

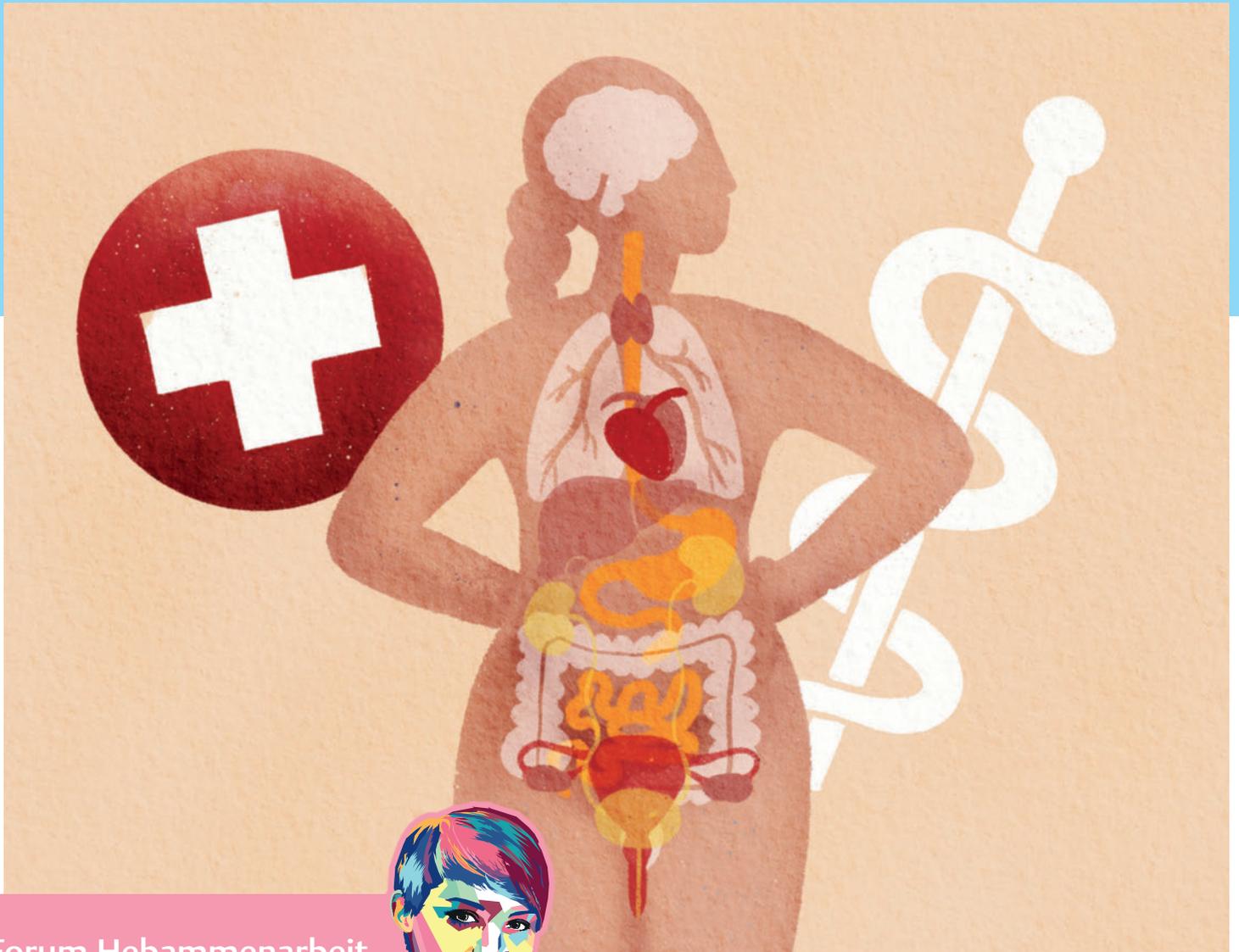
# Hebamme

Vaginismus erkennen und Schwangere adäquat begleiten

Tokophobie: Geburtsängste reduzieren, Frauen stärken

Social Freezing – eine Option für Frauen mit Kinderwunsch

## Frauengesundheit



Forum Hebammenarbeit  
21.-22.11.2025 in Mainz



# Thieme Hebammen

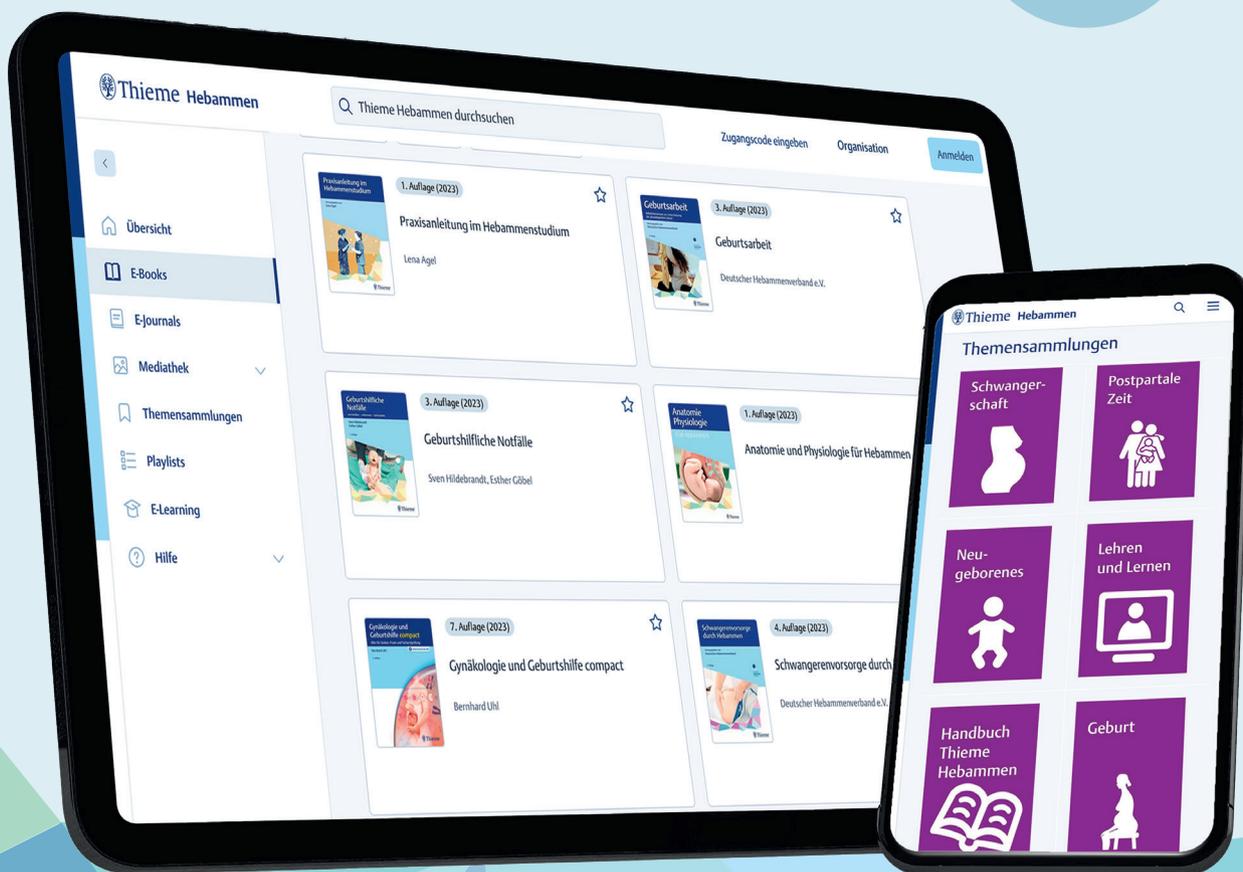
## Mehr wissen. Sicher handeln.

Die Wissenswelt für die Hebammenarbeit:  
Hier finden Sie verlässliche Antworten auf Ihre Fragen.  
Passend zur Situation. Passend zu Ihnen.

**Thieme Hebammen** ist an Ihrer Seite – in Studium  
und Lehre, in der Praxis und bei der Fortbildung.  
Eine Plattform – alles drin.

Mit  
**PROMETHEUS**  
LernAtlas

Einzigartige  
Bildsprache





**Anne-Katrin Klotzsch**  
Hebamme in Berlin, BSc  
International Midwifery  
Studies

## Frauengesundheit

### Warum wichtig ist, wie wir Frauen in der fertilen Lebensphase begleiten

Frauengesundheit ist ein komplexes Thema und betrifft uns als Hebammen in allen Phasen des Lebens. Die Schwerpunktartikel dieser Ausgabe widmen sich einigen beratungsrelevanten Aspekten: Dr. Laura Lotz bietet einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Polyzystischen Ovarsyndrom – der häufigsten hormonellen Störung bei Frauen im fertilen Lebensalter (Seite **82**). Dr. Rumina Goshe stellt die Methode des Social Freezing vor – einer Option der reproduktiven Gesundheitsversorgung für die Frau (Seite **78**). Und Sarah Graf hat zusammengefasst, was Sie zum Thema Vaginismus im Kontext von Schwangerschaft und Geburt wissen sollten, um Frauen und Paare adäquat begleiten zu können (Seite **88**).

Wir Hebammen versorgen Frauen nicht nur bei der Geburt, sondern sind auch in anderen Bereichen ihrer reproduktiven Gesundheit gefragt. Mit fachlicher Sensibilität gehen wir auf individuelle Herausforderungen jeder Schwangeren ein – diese Ausgabe widmet sich u. a. dem Thema Tokophobie: Lesen Sie ab Seite **96**, wie Hebammen die Geburtsangst von Frauen reduzieren und Schwangere stärken können. Mit dem Blick nach England stellt Anna Hultsch das Konzept von Preceptorship vor – ein Modell, das in der Ausbildung und Praxisbegleitung von Hebammen zunehmend an Bedeutung gewinnt (Seite **108**).

Die Artikel dieser Ausgabe zeigen, wie wichtig ein ganzheitlicher Ansatz für unsere Hebammenarbeit ist, der medizinische und psychosoziale Aspekte gleichermaßen umfasst. Mögen sie wertvolle Impulse für Ihren Berufsalltag geben und Sie dabei unterstützen, Ihre Expertise und Empathie in der Frauenbetreuung weiter auszubauen. Bleiben Sie neugierig und profitieren Sie von den vielfältigen Erkenntnissen.

Herzlichst,  
Anne-Katrin Klotzsch  
Mitherausgeberin HEBAMME

#### Herausgeberinnen-Team



Anna Brodersen  
Freiberufliche Hebamme, BSc, in Memmingen



Anne-Katrin Klotzsch  
Hebamme in Berlin, BSc International Midwifery Studies



Johanna Hünig  
Hebamme, MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin ZHAW  
Gesundheit, Institut für Hebammenwissenschaft und  
reproduktive Gesundheit, Winterthur



Dr. rer. medic. Astrid Krahl  
Dipl. Pflegewirtin (FH), Hebamme, Studiengangleitung  
MSc Hebamme, ZHAW Gesundheit, Institut für  
Hebammen, Winterthur



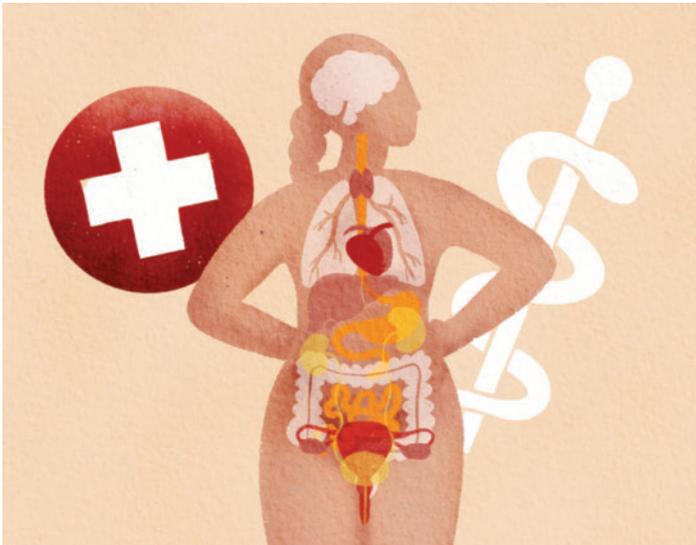
Katharina Kerlen-Petri  
Freiberufliche Hebamme und freie Autorin, Berlin



Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange  
Hebamme und Professorin für Hebammenwissenschaft an  
der Hochschule für Gesundheit in Bochum

# Hebamme

April 2025 . 38. Jahrgang



## CNE Schwerpunkt: Frauengesundheit

Lesen Sie in den Schwerpunktartikeln dieser Ausgabe, wann Social Freezing eine Option für Frauen mit Kinderwunsch ist, wie Sie schwangere Frauen mit Vaginismus erkennen sowie was Sie für deren Betreuung wissen sollten und das Wichtigste zu Symptomatik, Überwachung und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms. (Illustration: Quelle: © M. Bürger / Thieme) **Ab Seite 77**

- 65 Editorial
- 69 Profession
- 72 **Studienergebnisse** | Gestationsdiabetes nach Sterilitätsbehandlung | Dammschutzhilfe | Meinungen über Haus- und Klinikgeburten | Ausstreichen der Nabelschnur
- 75 **Gelesen und kommentiert** | Ergebnisse bei Frauen mit Diabetes, die hebammengeleitete Geburtshilfe in Großbritannien in Anspruch nahmen: eine nationale prospektive Kohortenstudie und Erhebung unter Verwendung des UK Midwifery Study Systems (UKMidSS)

## CNE Schwerpunkt: Frauengesundheit

- 77 **CNE Schwerpunkt** | Frauengesundheit
- 78 **CNE Schwerpunkt** | Selbstbestimmung oder Fantasie? Ein Blick auf Social Freezing
- 82 **CNE Schwerpunkt** | Das polyzystische Ovarsyndrom
- 88 **CNE Schwerpunkt** | Vaginismus verstehen und Schwangere begleiten – ein Leitfaden für Hebammen

## Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und 1. Lebensjahr

- 96 **Schwangerschaft** | Tokophobie und Selbstwirksamkeit – welchen Einfluss hat die Geburtsvorbereitung durch Hebammen?
- 101 **Wochenbett** | Neugeborenensepsis im häuslichen Wochenbett und die Rolle der Hebamme
- 108 **Beruf** | Preceptorship: das praktische Jahr nach dem Hebammenstudium – ein Blick über den Tellerrand nach England
- 113 **Geburt** | Geburtshilfliche Notfälle (2): Allgemeine Handlungsrichtlinien

---

## Service

- 123 **Rezensionen**
- 125 **Projekt** | Frauenrechte: „Viel ist erreicht – viel mehr bleibt zu tun“
- 127 **Forum der Industrie**
- 128 **Impressum** | **Vorschau**

**Covergestaltung:** © Thieme

**Titelbild:** Quelle: © M. Bürger / Thieme



### Das polyzystische Ovarsyndrom

Frauen mit PCOS brauchen mehr Zeit, um schwanger zu werden, bzw. benötigen sie häufiger reproduktionsmedizinische Maßnahmen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Eine frühe Diagnose im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge hilft dabei, Schwangerschafts- und Langzeitkomplikationen zu vermeiden. (© Orawan/stock.adobe.com) **Ab Seite 82**

---

### Redaktionsanschrift

Wir freuen uns über Ihr Feedback und Ihre Themenvorschläge oder  
Artikeleinreichungen:  
Georg Thieme Verlag KG  
Redaktion Hebamme  
Oswald-Hesse-Str. 50  
70469 Stuttgart  
E-Mail: [hebamme@thieme.de](mailto:hebamme@thieme.de)

### Ansprechpartnerinnen

Sophia Laquai (Projektmanagement)  
Frank Aschoff (Redaktion)  
Anja Stamm (Redaktion)  
Margit Gehrig (Redaktion)

### Herausgeberinnen

Anna Brodersen, Memmingen  
Johanna Hünig, Winterthur (CH)  
Katharina Kerlen-Petri, Berlin  
Anne-Katrin Klotzsch, Berlin  
Astrid Krahl, Winterthur (CH)  
Ute Lange, Bochum

### Hebamme digital

Alle Artikel dieser Zeitschrift und ein Online-Archiv finden Sie unter:  
Thieme E-Books & E-Journals –  
Hebamme/Ausgabe

### CNE Fragebogen

Certified Nursing Education (CNE) ist das multimediale Fortbildungskonzept von Thieme. Hebammen, die in einer CNE-Kundenklinik arbeiten, können den Fragebogen zum Schwerpunkt dieser Ausgabe online bearbeiten und CNE Punkte sammeln unter  
→ [cne.thieme.de](https://cne.thieme.de)

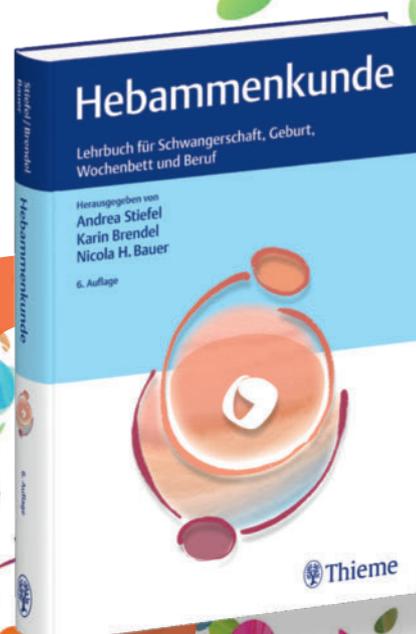
# JUBILÄUMSGEWINNSPIEL

Seit 30 Jahren voneinander lernen –  
teile deine besten Eselsbrücken

30 Jahre Hebammenkunde sind ein Grund zu feiern –  
und du kannst mitmachen. Teile mit uns deine kreativsten  
Eselsbrücken aus Studium & Praxis und gewinne 1 von  
30 Wunschgutscheinen im Wert von je 100,- Euro.

So einfach geht's:

1. Eigene Eselsbrücke einreichen.
2. Mit etwas Glück gewinnen.
3. Und das Wissen wächst weiter.



# 30

Jetzt mitmachen und Teil des Jubiläums werden!



[thieme.com/  
gewinnspiel-hebammenkunde](https://www.thieme.com/gewinnspiel-hebammenkunde)

 **Thieme**

## Geburtshilfe in Zahlen



© K. Oborny | Thieme

**Weltweit 34%! So viel ist** – laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – die „Maternal Mortality Ratio“, also die Fälle der Müttersterblichkeit auf 100 000 Lebendgeburten, zwischen 2000 und 2020 gesunken. Fast 95 % dieser Todesfälle sind in einkommensschwachen bzw. einkommensschwächeren Ländern. Quelle: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

## WHO-Positionspapier

## Gesundheitsförderung durch Hebammenversorgung

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht weltweit nach wie vor eine zu hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Die tatsächlichen Zahlen variieren je nach Entwicklungsstand des Landes. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit dem Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung ein Großteil dieser Todesfälle verhindert werden könnte. In dem 2024 veröffentlichten Positionspapier der WHO betonen die Autor\*innen die Wichtigkeit von Hebammen als Teil der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus werden verschiedene Modelle der Hebammenversorgung dargestellt und Vorteile der Implementierung solcher Versorgungsmodelle untersucht. Auf dieser Basis und vor dem Hintergrund der Kosteneffizienz spricht sich die WHO für die Förderung der globalen Implementierung von Hebammen als Teil der primären Gesundheitsversorgung aus. Aktuell wird zusätzlich an einem Handlungsleitfaden gearbeitet, welcher – angepasst an die ent-

sprechende Region – für diesen Prozess zur Verfügung gestellt werden soll.

Quelle: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379236/9789240098268-eng.pdf?sequence=1>

### Gesundheitsbroschüre

## Bluthochdruck in der Schwangerschaft

Die Broschüre „Basiswissen Bluthochdruck“ der Deutschen Hochdruckliga e.V. informiert über Bluthochdruck während der Schwangerschaft und richtet sich sowohl an werdende Mütter als auch an Fachpersonal. Sie erklärt verständlich die Entstehung von Bluthochdruck, die verschiedenen damit einhergehenden Komplikationen/Krankheitsbilder sowie den Umgang mit Bluthochdruck während der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit. Wichtige Hinweise zur Prävention, Diagnostik und Therapie stehen im Fokus, um mögliche Risiken für Mutter und Kind zu minimieren. Die Broschüre gibt praktische Tipps zur korrekten Blutdruck-

messung sowie zur Ernährung und Lebensweise während der Schwangerschaft, um den Blutdruck in einem physiologischen Rahmen zu halten. Zudem erläutert sie, welche Medikamente bei einem auftretenden Hypertonus sicher eingesetzt werden können. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Symptomen der Präeklampsie/des HELLP-Syndroms, die frühzeitig erkannt und behandelt werden müssen, um Komplikationen zu vermeiden. Abschließend finden sich nützliche Links und Hinweise zu weiterem Material, welches Schwangeren bei der aktiven Teilnahme an ihrer Gesundheitsvorsorge unterstützt. Die Broschüre steht zum kostenlosen Download auf der Webseite der Deutschen Hochdruckliga e.V. zur Verfügung.

Quelle: <https://www.hochdruckliga.de/fileadmin/downloads/patienten/Basiswissen-Schwangerschaft.pdf>

### Critical Midwifery Studies

## Aufruf für weltweit gerechte Geburtshilfe

Die Webseite „Critical Midwifery Studies“ stellt die Plattform eines Kollektivs aus Geburtshelfer\*innen, Forschenden, Künstler\*innen etc. dar, welches sich der Förderung kritischer und interdisziplinärer Ansätze in der Hebammenforschung und -praxis widmet. Sie betont die Bedeutung eines reflektierten Diskurses über Machtstrukturen, soziale Gerechtigkeit und Diversität im Bereich der Geburtshilfe. Das Ziel ist, bestehende Praktiken zu hinterfragen und neue Perspektiven auf die Rolle der Hebammen in unterschiedlichen sozialen, kulturellen und politischen Kontexten zu entwickeln. Die Plattform richtet sich an Wissenschaftler\*innen, Praktiker\*innen sowie Studierende und bietet vielfältige Ressourcen wie Blogbeiträge, Forschungsartikel und Informationen zu Konferenzen. Sie fördert den internationalen Austausch und die Vernetzung von Fachleuten, die sich für transformative und inklusive Ansätze in der Hebammenarbeit engagieren. Dabei legt sie besonderen Wert auf die Förderung eines gerechteren Zugangs zu qualitativ hochwertiger Geburtshilfe weltweit.

Quelle: <https://www.criticalmidwiferystudies.com>

Drei Fragen an ... Lena Henke

## Sexuelle und reproduktive Rechte



Drei Fragen an ... Lena Henke. Quelle: privat

Lena Henke arbeitet seit 2022 als Referentin für sexuelle und reproduktive Rechte bei „Terre des Femmes“, nachdem sie ihr Masterstudium Nachhaltiges Wirtschaften in Kassel abschloss. Ihre Schwerpunktthemen im Referat sind unter anderem Verhütung, Eizellspende, Leihmutterschaft und Schwangerschaftsabbrüche.

### 1. Was umfasst der Begriff „sexuelle und reproduktive Rechte“ genau?

Der Begriff umfasst die uneingeschränkten Menschenrechte von Frauen in Bezug auf ihr reproduktives System. Frauen müssen das uneingeschränkte Recht haben, frei und selbstbestimmt über ihren eigenen Körper zu entscheiden. Frauen müssen die Freiheit haben, eigenständig Entscheidungen über folgende Bereiche zu treffen:

- Anzahl, Zeitpunkt und Durchführung von Geburten,
- Wahl der Partnerin/des Partners und der Familienform,
- Auswahl und Nutzung von Verhütungs- und Familienplanungsmethoden,
- Gestaltung und Ausleben ihres Sexuallebens.

Ein barrierefreier Zugang zu umfassenden Informationen und Aufklärung muss ge-

währleistet sein. Ein flächendeckendes, qualitativ hochwertiges und ausreichend ausgestattetes Gesundheitssystem ist unabdingbar und muss für alle gleichermaßen zugänglich sein. Der Schutz vor Gewalt und Diskriminierung muss ein fundamentaler Bestandteil sexueller und reproduktiver Rechte sein.

### 2. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen für umfassende sexuelle Aufklärung?

- Mangelnde fundierte sexuelle Aufklärung, tief verwurzelte Desinformationen, gesellschaftliche Mythen (z. B. das Jungfernhäutchen), patriarchale Strukturen, Schamgefühl.
- Beachtung fachlicher Grundlagen: Werte, Normen, religiöse oder kulturelle Ansichten dürfen keinen Einfluss haben.
- Frühestmögliche umfassende sexuelle Bildung in Schulen.
- Abbau von Barrieren wie Sprachunsicherheiten oder Behinderungen, um gleiche Bildungschancen für alle zu gewährleisten.
- Verantwortung bei Eltern, Lehrkräften und externen Fachkräften wie Sexualpädagog\*innen oder Mediziner\*innen.
- Neben Schulen müssen auch Medien, Jugendeinrichtungen und die Politik ihren Beitrag leisten.

### 3. Inwieweit können Hebammen in ihrer Arbeit sexuelle und reproduktive Rechte stärken?

Hebammen spielen eine zentrale Rolle bei der Stärkung sexueller und reproduktiver Rechte. Durch die Nähe zu Patientinnen, Verständnis für kulturelle und religiöse Hintergründe sowie Kenntnis individueller Lebenssituationen haben sie direkten Zugang zu Frauen und Familien. Hebammen können durch ihre Fachkompetenz einen wertvollen Beitrag leisten, um Desinformation rund um reproduktive Gesundheit zu entkräften.

Im Verlauf der Lebensbiografie von Frauen sind Hebammen in unterschiedlichen Phasen wichtige Ansprechpersonen. Sie begleiten die Frauen nicht nur während der Schwangerschaft und Geburt, sondern können ihnen auch nach Schwangerschaftsabbrüchen oder Fehlgeburten beratend zur Seite stehen. Als Schlüsselfiguren in der Ge-

sundheitsversorgung tragen Hebammen besondere Verantwortung in der Förderung und Durchsetzung sexueller und reproduktiver Rechte. Eine regelmäßige Weiterbildung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Rechte ist essenziell.

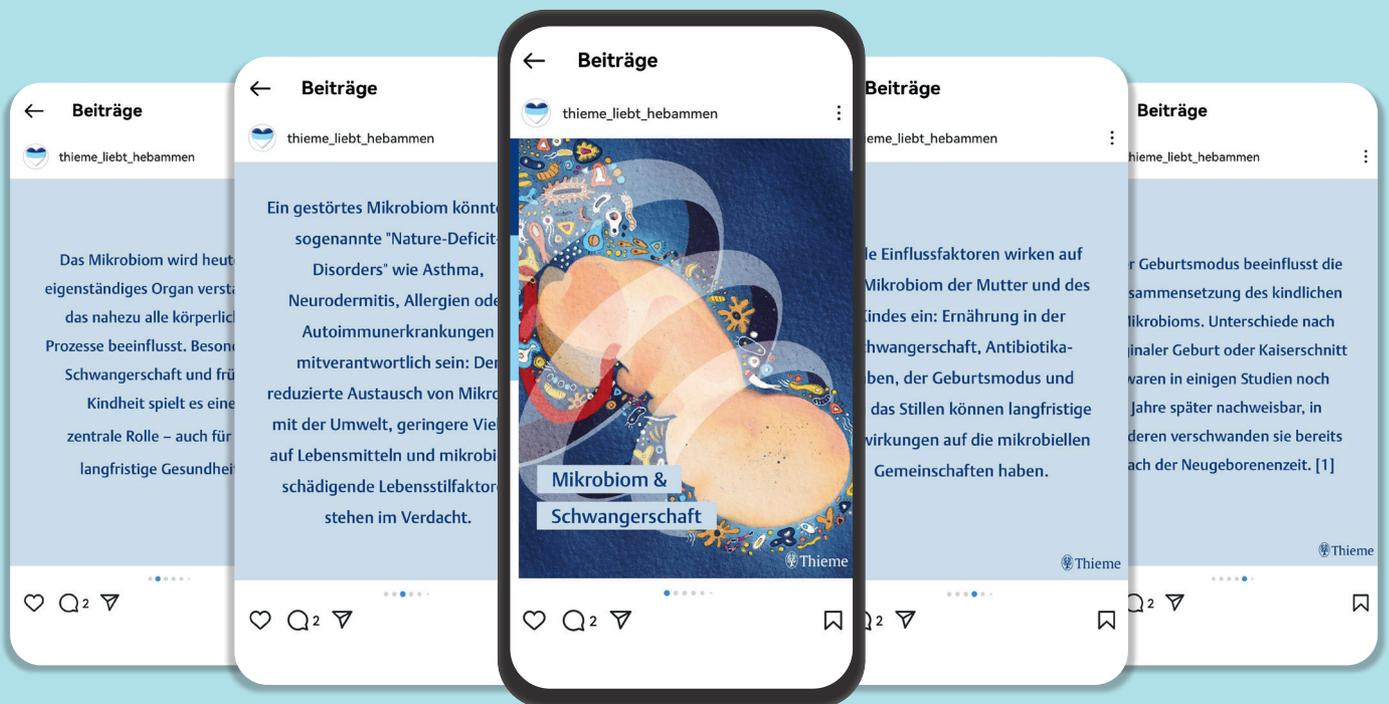
#### NEWS-TICKER

+++ „**Essalltag in Familien gestalten**“: Auf der Lernplattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen steht ein neuer, qualitätsgesicherter Online-Kurs zur Verfügung. Dieser richtet sich an Fachkräfte, um junge Familien in der Gestaltung eines gesunden Essalltags begleiten und unterstützen zu können. Der Kurs ist nach Registrierung kostenlos. <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/qualifizierung/lernplattform-fruehehilfen>. +++ **Dokumentation**

**Fachtage**: Anfang November 2024 fanden in Dresden Fachtage zur Eizellspende und Leihmutterschaft sowie zu Frauengesundheit und Klimawandel statt. Der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. stellt auf der Internetseite eine Online-Dokumentation dieser Veranstaltungen zur freien Ansicht zur Verfügung, unter anderem mit Videomitschnitten. <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2024/06/28/fachtage-im-deutschen-hygiene-museum-dresden>. +++ **Stellungnahme DHV**:

Als Reaktion auf das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz spricht sich der Deutsche Hebammenverband (DHV) für eine Umgestaltung des G-BA aus, um den Fokus mehr auf die Bedürfnisse der Patient\*innen zu lenken und die Beteiligungsrechte verschiedener Berufsgruppen auszuweiten. Darüber hinaus bedauert der DHV den Wegfall der Konzepte zu Primärversorgungszentren, Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen. [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/11/2024\\_11\\_11-DHV\\_SteNa\\_GVSG.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/11/2024_11_11-DHV_SteNa_GVSG.pdf). +++

# Mehr Wissen pro Wischen



@Thieme\_liebt\_Hebammen

## Gestationsdiabetes nach Sterilitätsbehandlung

F S Rep 2023. DOI: 10.1016/j.xfre.2023.11.008

Unter dem Begriff „Sterilitätsbehandlung“ werden verschiedene Therapien zusammengefasst. Darunter fallen neben der medikamentösen Therapie auch eine Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und eine In-vitro-Fertilisation (IVF). Jede dieser Behandlungen hat verschiedene Nebenwirkungen und bringt gewisse Risiken mit sich. Die Zahl der nach einer Sterilitätsbehandlung geborenen Kinder nimmt weltweit zu. Darüber hinaus entwickeln insgesamt mehr Frauen in der Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes (GDM), welcher mit einer entsprechenden Ernährung oder einer zusätzlicher medikamentösen Therapie eingestellt wird. Ein erhöhter Body Mass Index (BMI) ebenso wie die ethnische Herkunft können das Risiko für einen GDM erhöhen. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Gestationsdiabetes und einer Sterilitätsbehandlung wird vermutet, ist bisher jedoch wenig erforscht.

Die Autor\*innen stellten die Hypothese auf, dass Schwangere nach einer Sterilitätsbehandlung ein höheres Risiko für einen GDM aufweisen und testeten diese in einer Kohortenstudie in den USA mit Daten von 2015–2020. Insgesamt wurden 21 943 384 Frauen mit einer Einlingsschwangerschaft ohne vorherigen Diabetes untersucht, die zwischen der 20. und 44. Schwangerschaftswoche geboren haben. 1,5 % der Frauen hatten zuvor eine Sterilitätsbehandlung erhalten. Bei 11,0 % wurde ein GDM diagnostiziert, wohingegen nur 6,5 % der spontan schwangeren Frauen einen GDM entwickelten. Insgesamt berechneten die Autor\*innen für Frauen nach Sterilitätsbehandlung ein um 24 % erhöhtes Risiko, einen GDM zu entwickeln. Für hispanische Frauen erhöhte sich dieses Risiko zusätzlich, während ein größerer BMI das Risiko nicht zusätzlich beeinflusste.

### Fazit

Immer mehr Frauen erhalten bei unerfülltem Kinderwunsch eine Sterilitätsbehandlung. Damit einhergehende Risiken sind zwar bekannt, jedoch muss auch die steigende Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines GDM Beachtung finden. Sowohl bei der Beratung zur Sterilitätsbehandlung als auch in der folgenden Schwangerenvorsorge sollten die betreuenden Personen hierfür sensibilisiert sein, um die Frauen und ihre Kinder bestmöglich zu versorgen. Trotzdem ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass eine Sterilitätsbehandlung für die Paare in der Regel eine große Herausforderung und Belastung darstellt, und die zusätzlichen damit verbundenen Risiken sind in der Betreuung einzuordnen. Worin genau die Ursachen des Zusammenhangs liegen, muss weiter erforscht werden, um die Betreuung und Beratung entsprechend der Gesundheitsförderung anpassen zu können.

Marlene Koch

## Dammschutzhilfe

American Journal of Obstetrics & Gynecology  
MFM 2024. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2024.101402

Bereits 2014 untersuchte eine Studie die Auswirkungen auf Dammverletzungen bei Einsatz einer Dammschutzhilfe (Lavesson T et al. A perineal protection device designed to protect the perineum during labor: a multicenter randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.006). Bei der untersuchten Dammschutzhilfe handelt es sich um eine oval geformte Kunststoffscheibe, die bei krönendem Kopf in den Introitus eingeführt wird. Um den Druck gleichmäßig auf das Gewebe zu verteilen, liegen 2 Flügel beiderseits (medio-)lateral am Damm an. Diese Studie stellte zwar keinen Einfluss auf Schließmuskelverletzungen

fest, jedoch hatten mehr Frauen einen intakten Damm und weniger sonstige Geburtsverletzungen.

André et al. vergrößerten die damals verwendete Dammschutzhilfe und untersuchten, ob sich damit das Risiko von Dammrisen 2. Grades (DR II) und höher bei Erstgebärenden reduzieren lässt. Ein DR II kann bei Frauen nachhaltig die sexuelle Funktion beeinträchtigen. Zudem steigt das Risiko einer Harninkontinenz und eines Beckenorganprolapses. Bei Frauen mit einem DR II sind außerdem die Schmerzen im Wochenbett größer als bei Frauen mit einem DR I oder ohne Dammverletzung. In die Forschungsarbeit wurden 92 Erstgebärende in einer reifen Schwangerschaftswoche eingeschlossen, die vaginal geboren hatten. 49 Frauen wurden bei der Geburt mit einem Dammschutz mit warmen Kompressen unterstützt und bei 38 Frauen wurde die Dammschutzhilfe eingesetzt. Bei 5 Geburten wurde wegen Zeitmangels oder der Nutzung einer Saugglocke auf den geplanten Einsatz verzichtet. Die Autor\*innen kommen zu dem Schluss, dass der Einsatz der Dammschutzhilfe das Risiko eines DR II signifikant reduziert und darüber hinaus Verletzungen an den Labien verringert.

### Fazit

In Deutschland ist der Einsatz von Dammschutzhilfen nicht üblich. Die Ergebnisse der vorliegenden ebenso wie der Studie von 2014 deuten einen protektiven Effekt der Dammschutzhilfe auf die Geburtswege und vor allem den Damm an. Die Fallzahl der aktuellen Studie ist mit 92 Frauen sehr klein, was die Übertragbarkeit verringert. Für aussagekräftige Ergebnisse ist weiterer Forschung notwendig. Darüber hinaus wäre interessant, wie Gebärende den Einsatz bewerten. Ein positiver Effekt auf Schließmuskelverletzungen fand sich bislang noch nicht; vielleicht wäre eine Anpassung der Dammschutzhilfe in dieser Hinsicht möglich.

Maureen Kuhn & Marlene Koch

# STARTHELPER

# ZGN

Zeitschrift für  
Geburtshilfe  
& Neonatologie

This journal is indexed  
in PubMed, Current  
Contents, EMBASE and  
SCOPUS

Organ der  
Deutschen Gesellschaft  
für Perinatale Medizin



- Schwangerschaft und körperliches Wohlbefinden
- Vaginale Entbindung aus Beckenendlage
- Akademisierung des Hebammenberufes

 Thieme

**6 AUSGABEN  
PRO JAHR**

**Einstiegspreis für  
Neuabonnenten!**

inkl. **DIGITALZUGANG**

aktuelle Ausgabe und Archiv

Von Beginn der Schwangerenvorsorge bis über die Geburt hinaus: Die ZGN ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und bietet Ihnen als einzige deutsche Zeitschrift in diesem Gebiet aktuelle und interdisziplinäre Informationen. Holen Sie sich frisches Wissen aus Übersichts- und Originalarbeiten und dem Journal Club. Ganz praktisch wird es mit „Perinatalmedizin in Bildern“ – seltene, aber einprägsame Befunde jenseits der Routine.

[shop.thieme.de](http://shop.thieme.de)



 **Thieme**

## Meinungen über Haus- und Klinikgeburten

Cureus 2024. DOI: 10.7759/cureus.57621

Seit 2019 ist in den USA die Rate an Hausgeburten deutlich angestiegen. Forschende vermuten, dass dies unter anderem mit den medizinischen Versorgungslücken für Schwangere, aber auch mit den Vorstellungen der Frauen über Hausgeburten im Vergleich zu Klinikgeburten zusammenhängt. Laut amerikanischen Studien sind Hausgeburten mit höheren Risiken als Klinikgeburten assoziiert. Aus diesem Grund spricht sich das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) eher gegen die Geburt außerhalb der Klinik aus, befürwortet aber Diskussionen über Vorteile und potenzielle Risiken mit interessierten Schwangeren.

Um die Vorstellungen von Personen über Hausgeburten versus Klinikgeburten aufzuzeigen, untersuchten Morris et al. Beiträge zu diesen Schlagworten auf TikTok und Reddit, zwei der meistgenutzten Social Media Plattformen der USA. Äußerungen auf Social Media sind meist spontan und anonym und können so ungefilterte Meinungen zur Thematik abbilden. Insgesamt wurden 257 Posts und 2408 Kommentare analysiert, wobei nur Posts mit mindestens 10 Likes und Kommentare eingeschlossen wurden. 69% der Posts unterstützten Hausgeburten, 20% sprachen sich dagegen aus und 11% waren neutral. In den Kommentaren votierte die Mehrheit weiterhin für Hausgeburten und knapp 30% dagegen. Befürwortende Äußerungen über Hausgeburten betrafen Themenbereiche wie positive Erfahrungen (eigene/andere) mit Hausgeburten, die Kontrolle über die eigene Geburt und eine höhere Sicherheit für Mutter und Kind. Demgegenüber standen ablehnende Posts und Kommentare zu Themen wie Angst vor Komplikationen im häuslichen Setting und Falschinformationen von Frauen über Hausgeburten und deren Sicherheit sowie Beiträge über nur im klinischen Setting mögliche Interventionen bei Komplikationen. Neutrale Kommentare diskutierten über die Geburt im Geburtshaus als Kompromiss und über die Wahl des Geburtsorts als individuelle Entscheidung.

### Fazit

Aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Versorgung für Schwangere in Deutschland (z. B. werden Hausgeburtshilfen von der Krankenkasse finanziert) sind die Ergebnisse nicht unbedingt übertragbar. Sie können aber trotzdem als Orientierung dienen, welche Themen Frauen bei der Wahl des Geburtsorts beschäftigen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass keine Differenzierung des Geschlechts der Beitragschreiber erfolgte, wodurch eher eine gesellschaftliche als spezifisch die Meinung von (schwangeren) Frauen zu dieser Thematik dargestellt wird.

Maureen Kuhn

## Ausstreichen der Nabelschnur

American Journal of Obstetrics and Gynaecology 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.08.015

Jedes Jahr benötigen weltweit etwa 6 Millionen Neugeborene eine Reanimation nach der Geburt. Diese Kinder haben nach wie vor eine erhöhte Mortalität und Morbidität, wie z. B. ein größeres Risiko für das Auftreten einer hypoxisch ischämischen Enzephalopathie (HIE). Verschiedene Studien bewiesen bereits, dass das Ausstreichen der Nabelschnur (Cord milking) direkt nach der Geburt die kardiopulmonale Anpassung und Perfusion des Hirns positiv beeinflusst und Anämien verhindern kann. Kommt ein Neugeborenes deprimiert zur Welt, ist die aktuelle Empfehlung das direkte Abnabeln, um die notwendigen Maßnahmen nicht zu verzögern. Die vorliegende Studie wollte herausfinden, ob diese Kinder von einem Ausstreichen des Nabelschnurbluts profitieren.

Die Cluster-randomisierte Crossover-Studie in 10 Krankenhäusern in den USA, Kanada und Polen schloss insgesamt 1730 zwischen der 35. und 42. SSW entbundene Neugeborene ein, die innerhalb der ersten

15 Lebenssekunden einen schlechten Tonus, weißen Hautkolorit und/oder eine insuffiziente Atmung trotz Erstmaßnahmen wie Stimulation und Wärme aufwiesen.

Entgegen der Hypothese der Autor\*innen konnte das Ausstreichen der Nabelschnur die Aufnahmen in die neonatale Intensivstation nicht verringern. Jedoch brauchten die Neugeborenen mit verabreichtem Cord milking signifikant weniger kardiopulmonale Unterstützung und Hypothermietherapien, entwickelten seltener eine moderat schwere HIE und hatten einen höheren Hb-Wert, aber auch einen durchschnittlich niedrigeren 1-Minuten-Apgar-Score. Die Rate an HIE (insgesamt) und Fototherapien war in beiden Gruppen gleich. Ebenso zeigte sich kein Unterschied beim 5-Minuten-Apgar-Score und der Dauer des Klinikaufenthalts.

### Fazit

Das Ausstreichen der Nabelschnur ist ein viel diskutiertes Thema, und die diesbezüglichen Empfehlungen haben sich in den letzten Jahrzehnten häufig verändert. Das Auspulsiere lassen der Nabelschnur ist natürlich Goldstandard, in einer Notfallsituation wie der oben beschriebenen kann aber das Cord milking durchaus Vorteile für das Neugeborene haben, vorausgesetzt, es handelt sich um ein (fast) Reifgeborenes. Die Sorge, dass das größere Blutvolumen nach dem Ausstreichen zu einer erhöhten Rate an Hyperbilirubinämien führt, konnte diese Untersuchung nicht bestätigen: tatsächlich gab es in beiden Untersuchungsgruppen keinen einzigen Fall. In der Studie wurde die Nabelschnur 4-mal zum Kind ausgestrichen und die Kinder dadurch durchschnittlich 9 Sekunden später abgenabelt. Dieses Verfahren erwies sich als sichere, einfach anwendbare und wirksame Methode, um das Outcome von deprimiert geborenen Neugeborenen zu verbessern.

Emilia Campbell

## Gelesen und kommentiert: Ergebnisse bei Frauen mit Diabetes, die hebammengeleitete Geburtshilfe in Großbritannien in Anspruch nahmen: eine nationale prospektive Kohortenstudie und Erhebung unter Verwendung des UK Midwifery Study Systems (UKMidSS)

Morelli A, Smith L, Karia A et al. Outcomes for women with diabetes admitted for labour care to midwifery units in the UK: a national prospective cohort study and survey of practice using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *BMJ Open* 2024; 14: e087161. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087161

### Ziel der Studie

Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung bestand in Großbritannien (GB) eine nationale Empfehlung dafür, dass schwangere Frauen mit präexistentem Diabetes oder Gestationsdiabetes (GDM) ihre Geburt in einer ärztlich geleiteten Geburtsabteilung planen sollten. Bis dato existiert keine Evidenz dazu, wie viele Gebärende mit Diabetes hebammengeleitete Geburtshilfe in GB in Anspruch nehmen und welche Outcomes damit einhergehen. Ziel der Studie war es, Evidenz zu sammeln, um Schwangere mit Diabetes in der Entscheidungsfindung zur Wahl des Geburtsortes zu unterstützen.

### Methodik

Für die nationale populationsbasierte Kohortenstudie wurden alle hebammengeleiteten (an Kliniken angeschlossenen und freistehenden) Einrichtungen in GB zwischen Oktober 2021 und September 2022 zur Betreuung von Frauen mit präexistentem Diabetes oder GDM befragt. Als Vergleichsgruppe meldeten die Einrichtungen Gebärende mit gleichem Aufnahmezeitpunkt ohne Diabetes in der Anamnese. Im Anschluss fand eine Umfrage unter den hebammengeleiteten Einrichtungen mit hoher Anzahl an Gebärenden mit Diabetes zu hausinternen Leitlinien statt. Beide Befragungen erfolgten über das UKMidSS, welches zum Studienzeitpunkt insgesamt 199 hebammengeleitete Einrichtungen in GB umfasste.

Als primäre mütterliche Outcomes wurden unter anderem Einleitung mit Oxytocin, operative Geburtsbeendigung, umfassende Anästhesie, Dammriss 3. oder 4. Grades und Intensivpflege in der Nachgeburtphase ausgewählt. Als sekundäre maternale Outcomes galten unter anderem Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe, Schulterdystokie und postpartale Hämorrhagie  $\geq 1500$  ml. An kindlichen Outcomes standen Apgar-Scores  $< 7$  nach 5 Minuten,

Stillbeginn und Verlegung auf die Neonatologie im Vordergrund. Hinsichtlich der Diabeteserkrankung wurden Art des Diabetes, Diagnoseverfahren und Behandlung während der Geburt erhoben.

Es erfolgten deskriptive statistische Berechnungen mit einem 95%-Konfidenzintervall (KI) und einem p-Wert  $< 0,05$ . Relative und bereinigte Risiken (RR und aRR) wurden mit der log-Poisson-Regression ermittelt.

### Ergebnisse

An der Studie nahmen 186 hebammengeleitete Einrichtungen (116 an Kliniken angeschlossene, 70 freistehende) teil. Innerhalb von 12 Monaten wurden der Studie 482 Schwangere mit Diabetes mitgeteilt. Nach Berücksichtigung von Exklusionskriterien nahmen 420 Frauen mit Diabetes und 411 gesunde Frauen für die Vergleichsgruppe teil. Die Patientinnen mit Diabetes entsprachen 0,7% (KI: 0,67–0,82) aller in den teilnehmenden Einrichtungen angemeldeten Schwangeren. Außer 3 Frauen hatten alle einen GDM, und 16% erhielten ein medikamentöses Management. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wiesen die Patientinnen mit Diabetes unter anderem einen höheren BMI-Wert, ein niedrigeres Gestationsalter bei der Geburt und ihre Kinder ein niedrigeres Geburtsgewicht auf.

Die Gruppe der Frauen mit Diabetes zeigten zu 21% mindestens ein primäres Outcome im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 19% (aRR: 1,31, KI: 0,96–0,80). Auch im Bereich der maternalen und neonatalen sekundären Outcomes waren die Werte der Patientinnen mit Diabetes geringfügig höher. Allerdings waren keine Ergebnisse statistisch signifikant.

### Fazit

Die Autor\*innen der Studie resümieren, dass Schwangere mit gut eingestelltem GDM für

die Geburtsplanung problemlos eine an eine Klinik angebundene hebammengeleitete Einrichtung aufsuchen können. Mithilfe klarer Einschlusskriterien und hausinternen Leitlinien ermöglicht dieser Geburtsort Frauen mit GDM eine interventionsärmere Geburt mit besseren Outcomes.

### Kommen tar

Da die im Voraus geschätzte Stichprobenanzahl höher lag als die tatsächliche Zahl eingeschlossener Frauen mit Diabetes, ist die Studie statistisch unterpowert und für das primäre Ergebnis nicht aussagekräftig genug. Daher sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu behandeln. Die Autor\*innen gehen bei der Interpretation der Ergebnisse zurückhaltend vor, indem sie z. B. aufgrund der geringen Anzahl medikamentös eingestellter Frauen mit Diabetes für diese keine Empfehlung aussprechen. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass die Patient\*innen mit Diabetes in den hebammengeleiteten Einrichtungen für die Aufnahme sorgfältig ausgewählt wurden und für die Gesamtheit an Schwangeren mit Diabetes in GB (ca. 2–5% aller Schwangeren) wahrscheinlich nicht repräsentativ sind.

### Autorin

#### Rahel Pröhmer

Hebamme MSc, studiert aktuell Pflegepädagogik im Master an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

### Korrespondenzadresse

Rahel Pröhmer  
r.proehmer@web.de

# Einfach mal reinschauen: Thieme web.shop

    
**25**  
digitale Lösungen

   
**4400**  
Bücher  
Print und online

   
**200**  
Fachzeitschriften  
Print, online & Open Access



[shop.thieme.de](https://shop.thieme.de)

 **Thieme**

## Hebammenwissenschaft

### DGHWi wählte neue Präsidiumsmitglieder

Am 31. Januar 2025 wählten die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) vier neue Präsidiumsmitglieder. Die folgenden Informationen sind einer Pressemitteilung entnommen.

Neue Präsidentin der DGHWi ist Prof. Dr. Nicola H. Bauer. Sie hat den Lehrstuhl für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln inne und ist Leiterin des Instituts für Hebammenwissenschaft. Das Gründungsmitglied der DGHWi gehörte dem Präsidium als Beisitzerin für Öffentlichkeitsarbeit bereits seit 2024 an freut sich auf die neuen Aufgaben und Herausforderungen sowie auf den interprofessionellen Austausch mit anderen Fachgesellschaften und Verbänden.

Neue Beisitzerin für Leitlinien ist Prof. Dr. Lena Agel, Gründungsdekanin der Fakultät Gesundheitswissenschaften (i.Gr.) und seit 2022 Professorin für Hebammenwissenschaft an der TH Aschaffenburg. Sie war von 2018 bis 2024 bereits Leitlinienbeauftragte der DGHWi. Zur neuen Schatzmeisterin wählten die Mitglieder Prof. Julia Berger Ph.D. Sie ist Professorin für Hebammenwissenschaft an der Justus-Liebig-Universität Gießen und bringt als selbstständige Management- und Unternehmensberaterin ihre Erfahrung in der strategischen Führungs- und Personalentwicklung mit ein. Anna Brodersen wurde zur kommissarischen Beisitzerin für Öffentlichkeitsarbeit bis 2026 gewählt. Die freiberufliche Hebamme in Eichenau und Umgebung ist Lehrbeauftragte in Hebammenstudiengängen und Mitherausgeberin der Fachzeitschrift Hebamme. Das Präsidium komplettieren Vize-Präsidentin Dr. Astrid Krahl, Schriftführerin Julia Steinmann und die Beisitzerin für Stellungnahmen Dr. Nancy Stone.

### Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 75–76

DOI 10.1055/a-2473-2450

ISSN 0932-8122

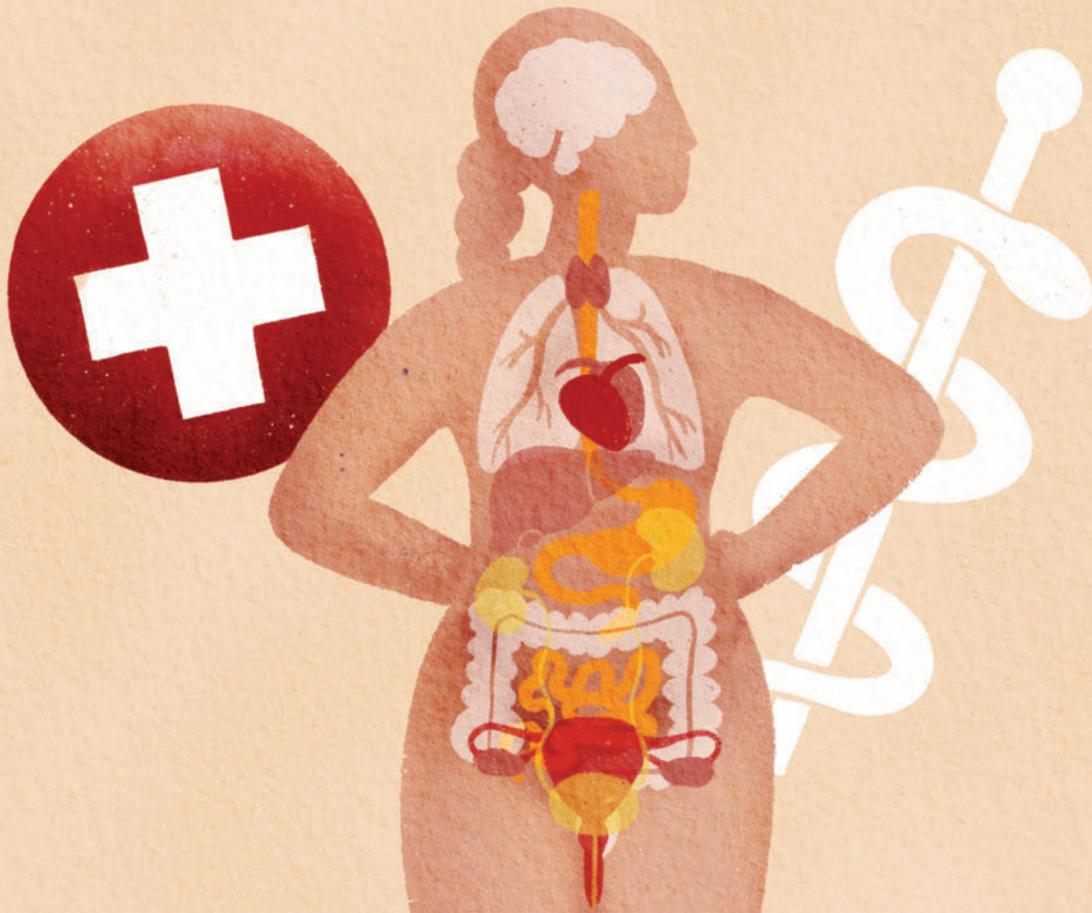
© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße  
50, 70469 Stuttgart, Germany

# Frauengesundheit

- Social Freezing – eine Option für Frauen mit Kinderwunsch
- Vaginismus erkennen und Schwangere adäquat begleiten – ein Leitfaden
- Das polyzystische Ovarsyndrom – Erkennung in der Schwangerenvorsorge, Überwachung und Therapie

Illustration: © M. Bürger / Thieme



# Selbstbestimmung oder Fantasie? Ein Blick auf Social Freezing

Rumina Goshe

Social Freezing ist inzwischen eine weit verbreitete Methode, mit der Frauen ihre Fruchtbarkeit für die Zukunft bewahren können. Die Konservierung von Eizellen stammt ursprünglich aus der Onkologie, um durch eine Krebstherapie in ihrer Fruchtbarkeit beeinträchtigte Patientinnen eine spätere Schwangerschaft zu ermöglichen. Die Methode entwickelte sich über mehrere Jahrzehnte und bietet nun Frauen generell eine realistische Option, ihren Kinderwunsch auf eine spätere Lebensphase zu verlegen. Aufgrund der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz wird Social Freezing mittlerweile weltweit von Fruchtbarkeitskliniken angeboten und hat sich als fester Bestandteil der reproduktiven Gesundheitsversorgung etabliert. Der Artikel soll betreuenden Hebammen Aufklärung und wichtige Informationen zu Social Freezing vermitteln.



Social Freezing ist ein reproduktionsmedizinisches Verfahren, bei dem einer Frau nach einer hormonellen Stimulation Eizellen entnommen und für eine spätere künstliche Befruchtung eingefroren werden. Quelle: © koya979/stock.adobe.com

In Deutschland sind 75,2% der Frauen berufstätig und belegen damit den 3. Platz der weiblichen Erwerbstätigenquote in Europa [1]. Dies könnte erklären, warum viele Frauen erst nach ihrem 30. Lebensjahr einen Kinderwunsch entwickeln. Das durchschnittliche Alter von Erstgebärenden in Deutschland lag 2024 bei 29,9 Jahren [2].

Im Jahr 2023 wurden 3700 Social-Freezing-Zyklen verzeichnet – ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den 1637 Zyklen im Jahr 2020 [3]. Diese Zahlen verdeutlichen, warum das Thema Social Freezing in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnt. Doch welche Vorteile und Nachteile bringt diese Methode mit sich? Wie funktioniert der Prozess? Wann ist es sinnvoll, Social Freezing in Anspruch zu nehmen, und wie sehen die tatsächlichen Erfolgsaussichten aus?

## Was ist Social Freezing?

Social Freezing bezeichnet das Einfrieren von nach einer hormonellen Stimulation entnommenen Eizellen. Diese können zu einem späteren Zeitpunkt aufgetaut und für eine künstliche Befruchtung verwendet werden.

## Wie funktioniert Social Freezing?

Der Prozess beginnt mit einer medikamentösen Stimulation der Eierstöcke über 10–14 Tage unter Verwendung von Hormonen, die auch der Körper verwendet [4]. Dabei erhält die Frau subkutane Hormonspritzen, um mehrere Eizellen gleichzeitig heranreifen zu lassen. Die erste Phase ist die Eizellreifung durch FSH/LH Gonadotropine, danach wird ein vorzeitiger Eisprung verhindert durch GnRH-Antagonisten. Während dieser Phase überwachen Ärzt\*innen die Entwicklung der Eizellen mithilfe von Ultraschall und Bluttests. Ist der optimale Zeitpunkt erreicht, werden die Eizellen mittels einer Follikelpunktion entnommen. Dabei wird unter Betäubung oder Sedierung eine dünne Nadel vaginal eingeführt, um die Eizellen aus den Follikeln abzusaugen. Dieser minimal-invasive Eingriff dauert etwa 15–30 Minuten.

Nach der Entnahme werden die Eizellen untersucht und mittels Vitrifikation (ultraschnelles Einfrieren) in flüssigem Stickstoff bei  $-196^{\circ}\text{C}$  konserviert. Diese Technik schützt die Zellen vor Schäden und ermöglicht eine langfristige Lagerung ohne Qualitätsverlust. Smith et al. [5] untersuchten die Vitrifikation im Vergleich zu langsamem Einfrieren, um die Effizienz beider Verfahren bei der Erzielung einer Schwangerschaft zu bewerten. Da die Vitrifikation zu höheren Überlebens-, Befruchtungs- und Schwangerschaftsraten sowie einer verbesserten Embryoentwicklung führte, empfehlen die Autoren diese Methode als die effektivste Methode zur Kryokonservierung von Eizellen [5].

Zu einem späteren Zeitpunkt können die eingefrorenen Eizellen wieder aufgetaut, befruchtet und in den Uterus

eingesetzt werden. Der Erfolg hängt von verschiedenen Faktoren ab, insbesondere vom Alter der Frau zum Zeitpunkt des Einfrierens – idealerweise vor dem 35. Geburtstag – je früher, desto besser.

## Wie viele Eizellen sind nötig?

Laut der Studie von Goldman et al. [6], die 520 Frauen mit intrazytoplasmatischer-Spermieninjektion-Behandlung (ICSI) untersuchte, liegt die Wahrscheinlichkeit für mindestens eine Lebendgeburt mit 20 eingefrorenen Eizellen bei 90% für Frauen im Alter von 34 Jahren, bei 75% für Frauen im Alter von 37 Jahren und bei 37% für Frauen im Alter von 42 Jahren. Daher empfehlen die Autoren zur Maximierung der Erfolgschancen, mindestens 10 und idealerweise 20 Eizellen einzufrieren [6].

Die Daten des Deutschen IVF-Registers zeigen, dass das durchschnittliche Alter von Frauen, die Social Freezing zwischen 2020 und 2023 nutzten, bei 35,6 Jahren lag [6].

## Verlieren eingefrorene Eizellen an Qualität?

In einer retrospektiven Studie zu den Erfolgsraten von IVF-Behandlungen mit zuvor vitrifizierten und aufgetauten Eizellen war die Befruchtungsrate bei vitrifizierten Eizellen (70%) fast identisch mit der frischer Eizellen (72%) [7]. Bemerkenswerterweise fielen die Implantationsrate (43% vs. 35%) und die klinische Schwangerschaftsrate (57% vs. 44%) bei vitrifizierten Eizellen sogar höher aus [7]. Allerdings fand sich bei der Lebendgeburtenrate (39% vs. 35%) kein signifikanter Unterschied [7]. Insgesamt ergab sich eine Effizienz von 6,4% pro vitrifizierter Eizelle für eine Lebendgeburt [7]. Diese Ergebnisse sind besonders für Patientinnen beruhigend, die ihre Eizellen aufgrund fehlender Spermien des Partners oder zur Begrenzung der befruchteten Eizellen konservieren möchten.

Eine weitere Studie analysierte die Schwangerschafts- und Geburtsverläufe von insgesamt 1027 aus 804 Schwangerschaften mit vitrifizierten Eizellen geborenen Kindern im Vergleich zu 1224 Kindern aus 996 Schwangerschaften mit frischen Eizellen [8]. Die Ergebnisse zeigten keine relevanten Unterschiede bei Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen wie Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck oder Frühgeburten. Auch Geburtsgewicht, Apgar-Werte, Fehlbildungen oder Aufnahmen auf die Intensivstation unterschieden sich nicht signifikant. In der Gruppe mit vitrifizierten Eizellen wurden lediglich eine erhöhte Anzahl invasiver Eingriffe (Odds Ratio: 2,12) und weniger Harnwegsinfektionen (Odds Ratio: 0,51). Um die Erkenntnisse zu untermauern, sind jedoch weitere Studien mit größeren Stichproben erforderlich.

In der Untersuchung von Noyes et al. [9] wiesen bei 936 Lebendgeburten nach der Kryokonservierung von Eizellen lediglich 1,3% der Neugeborenen Geburtsanomalien auf.

Diese Rate entsprach der Häufigkeit von Anomalien bei natürlich gezeugten Kindern, was auf eine vergleichbare Sicherheit der Methode hinweist [9].

## Kosten des Social Freezing

Social Freezing ist mit erheblichen Kosten verbunden. Ein Behandlungszyklus einschließlich hormoneller Stimulation und Eizellentnahme kostet etwa 3000–4000 Euro. Die notwendigen Medikamente schlagen mit weiteren 1000–1500 Euro zu Buche. Hinzu kommen jährliche Lagerungskosten von 300–500 Euro sowie 2000–4000 Euro für die spätere Befruchtung und den Embryotransfer. Insgesamt können die Kosten – abhängig von der Anzahl der Zyklen und der Lagerdauer – zwischen 6000 und 11 000 Euro oder mehr liegen.

## Vorteile des Social Freezing

Ein wesentlicher Vorteil des Social Freezing liegt darin, dass der gefühlte Zeitdruck für eine Schwangerschaft gemindert wird. Frauen können ihre Eizellen in jungen Jahren einfrieren lassen, was das Risiko genetischer Fehlbildungen reduziert. Außerdem könnte die Anzahl notwendiger künstlicher Befruchtungszyklen verringert werden. Social Freezing stärkt zudem die reproduktive Autonomie der Frauen, besonders für diejenigen, die aktuell keinen Partner haben oder sich zunächst auf ihre berufliche Entwicklung konzentrieren möchten.

## Nachteile des Social Freezing

Die hohen Kosten stellen eine der größten Hürden dar. Neben den Ausgaben für die Entnahme und das Einfrieren der Eizellen fallen auch bei der späteren Befruchtung erhebliche Kosten an, die Frauen ohne ausreichende finanzielle Mittel von der Behandlung ausschließen können.

Darüber hinaus birgt der medizinische Prozess gewisse Risiken. Sowohl die hormonelle Stimulation als auch die Eizellentnahme können – wenn auch selten – Nebenwirkungen verursachen. Laut dem Deutschen IVF-Register kam es 2023 bei 68 089 Eizellentnahmen in 522 Fällen (0,8%) zu Komplikationen wie vaginale Blutungen, intraabdominelle Blutungen, Darmverletzungen und Peritonitis [3]. Das Überstimulationssyndrom wurde in etwa 0,2% der Fälle festgestellt [3].

## Ethische Diskussion

Ethische und gesellschaftliche Fragestellungen rund um Social Freezing sind vielschichtig und regen eine kontroverse Debatte an. Kritiker führen an, dass die Methode möglicherweise einen gesellschaftlichen Trend unterstützt und Frauen ermutigt, den Kinderwunsch systematisch zu verschieben. Zwar bietet Social Freezing eine technische Lösung zur Bewahrung der Fruchtbarkeit, jedoch bleiben

biologische und gesundheitliche Einschränkungen bestehen: Schwangerschaften im höheren Alter gehen statistisch mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen wie hypertensive Erkrankungen, Frühgeburt oder Sectio einher [10]. Auch die Qualität des Uterus und altersbedingte Veränderungen können durch eingefrorene Eizellen nicht ausgeglichen werden, was die Erfolgsaussichten trotz der modernen Technologie begrenzen kann. Dies könnte bei Frauen falsche Erwartungen wecken und zu einer Unterschätzung der natürlichen biologischen Grenzen führen.

Darüber hinaus wird Social Freezing als Symptom einer zunehmenden Kommerzialisierung der Fruchtbarkeit gesehen. Da die Methode mit hohen Kosten verbunden ist, bleibt sie überwiegend wohlhabenderen Schichten vorbehalten und wirft Fragen nach sozialer Gerechtigkeit auf. Kritiker bemängeln, dass Frauen mit geringerem Einkommen oft von dieser Möglichkeit ausgeschlossen sind und dadurch eine Ungleichheit in der Reproduktionsmedizin entsteht. Diese Problematik wird durch Unternehmensangebote verschärft, die Social Freezing als „Work-Life-Balance-Vorteil“ präsentieren. Solche Maßnahmen könnten den Druck auf Frauen erhöhen, sich zwischen Karriere und Familiengründung entscheiden zu müssen, und vermitteln möglicherweise die Botschaft, berufliche Verpflichtungen sollten Vorrang haben.

Ein weiterer Punkt betrifft die kulturelle Botschaft, die durch Social Freezing ausgesendet werden könnte. Die Technologie kann den Eindruck erwecken, dass Fruchtbarkeit nahezu unbegrenzt „auf Vorrat“ verfügbar ist, was zu einer Verzerrung der Wahrnehmung biologischer Realitäten führen könnte. Dies stellt nicht nur eine Herausforderung für die individuelle Entscheidungsfindung dar, sondern könnte langfristig auch das gesellschaftliche Verständnis von Familienplanung und Mutterschaft verändern. Es bleibt fraglich, ob solche Entwicklungen für Frauen tatsächlich mehr Freiheit oder vielmehr neue soziale Zwänge bedeuten.

Schließlich sind auch die potenziellen Auswirkungen auf die durch Social Freezing gezeugten Kinder ein ethisches Thema. Obwohl aktuelle Studien keine Hinweise auf erhöhte Gesundheitsrisiken zeigen, bleibt unklar, wie sich Faktoren wie die Dauer der Eizellagerung langfristig auswirken könnten. Die Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen und die Abwägung zwischen technologischen Möglichkeiten und ethischen Grenzen stehen hierbei im Mittelpunkt.

Social Freezing ist somit nicht nur eine medizinische Innovation, sondern auch ein gesellschaftliches Thema, das weitreichende Diskussionen über Gleichberechtigung, individuelle Freiheit und kollektive Verantwortung auslöst. Es bedarf einer differenzierten Auseinandersetzung, um sowohl die Chancen als auch die Risiken der Methode in ihrem gesamten Kontext zu verstehen.

## Fazit

In Deutschland gewinnt Social Freezing zunehmend an Bedeutung, da viele Frauen aufgrund ihrer hohen Erwerbsbeteiligung und der Tendenz, ihre Familienplanung nach hinten zu verschieben, verstärkt daran interessiert sind, ihre Fruchtbarkeit für die Zukunft zu erhalten. Das Verfahren beinhaltet eine hormonelle Stimulation, gefolgt von der Entnahme und dem Einfrieren von Eizellen für eine spätere künstliche Befruchtung. Studien zeigen, dass die Methode der Vitrifikation im Vergleich zu herkömmlichen Einfriertechniken bessere Ergebnisse in Bezug auf die Überlebensfähigkeit, Befruchtung und Schwangerschaft erzielt, ohne die Qualität oder Sicherheit der Eizellen zu beeinträchtigen. Zwar bietet Social Freezing viele Vorteile wie eine größere reproduktive Entscheidungsfreiheit, demgegenüber stehen jedoch potenzielle Hindernisse wie hohe Kosten und seltene medizinische Risiken. Langfristige Untersuchungen belegen außerdem, dass Schwangerschaftsverläufe und Geburtsrisiken bei vitrifizierten Eizellen mit denen natürlicher Schwangerschaften vergleichbar sind.

## Autorin



### Rumina Goshe

ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie befindet sich derzeit in der Weiterbildung für Reproduktionsmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Helle-Mitte in Berlin. In ihrer Rolle beschäftigt sie sich mit verschiedenen Aspekten der Frauengesundheit,

insbesondere mit Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und reproduktive Gesundheit.

## Korrespondenzadresse

Rumina Goshe  
MVZ für Gynäkologie Helle-Mitte  
Fritz-Lang-Str. 2  
12627 Berlin  
Deutschland

## Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Europa in Zahlen: Erwerbstätigkeit von Frauen: Deutschland mit dritthöchster Quote in der EU. 2023. Zugriff am 21.02.2025 unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Arbeitsmarkt/ArbeitsmarktFrauen.html#:~:text=Deutschland%20hat%20im%20Vergleich%20zu,75%2C2%20%25%20dieser%20Altersgruppe>
- [2] Statistisches Bundesamt. Europa in Zahlen: Das erste Kind kommt immer später. 2024. Zugriff am 21.02.2025 unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Bevoelkerung/Alter-bei-Geburt.html>
- [3] Deutsches IVF-Register. Schwerpunktthema: Kryokonservierung von Oozyten und deren Verwendung nach Auftau. Zugriff am 21.02.2025 unter: <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2023-deutsch.pdf>
- [4] Next Fertility IVF Prof. Zech Bregenz. Follikel-Stimulation. 2025. Zugriff am 21.02.2025 unter: <https://www.ivf.at/kinderwunsch-behandlung.php?c=stimulation>
- [5] Smith GD, Serafini PC, Fioravanti J et al. Prospective randomized comparison of human oocyte cryopreservation with slow-rate freezing or vitrification. *Fertil Steril* 2010; 94: 2088–2095. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.12.065
- [6] Goldman RH, Racowsky C, Farland LV et al. Predicting the likelihood of live birth for elective oocyte cryopreservation: a counseling tool for physicians and patients. *Hum Reprod* 2017; 32: 853–859. DOI: 10.1093/humrep/dex008
- [7] Doyle JO, Richter KS, Lim J et al. Successful elective and medically indicated oocyte vitrification and warming for autologous in vitro fertilization, with predicted birth probabilities for fertility preservation according to number of cryopreserved oocytes and age at retrieval. *Fertil Steril* 2016; 105: 459–466.e2. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.10.026
- [8] Cobo A, Serra V, Garrido N et al. Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes. *Fertil Steril* 2014; 102: 1006–1015.e4. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.06.019
- [9] Noyes N, Porcu E, Borini A. Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. *Reprod Biomed Online* 2009; 18: 769–776. DOI: 10.1016/s1472-6483(10)60025-9
- [10] Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021; 70: 2–9. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 78–81  
DOI 10.1055/a-2512-6673  
ISSN 0932-8122  
© 2025. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany

# Das polyzystische Ovarsyndrom

Laura Lotz

Das polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) ist die häufigste hormonelle Störung bei Frauen im fertilen Lebensalter. In der Schwangerenvorsorge wird ihm trotz möglicher Auswirkungen auf Mutter und Fetus häufig wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei ist eine frühe Diagnose unverzichtbar, um Schwangerschafts- und Langzeitkomplikationen zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Der Artikel vermittelt, was Hebammen über die Diagnostik, pathophysiologische Prozesse, bisherige Behandlungsmöglichkeiten und potenzielle Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen mit PCOS wissen sollten.



► **Abb. 1** Frauen mit PCOS brauchen mehr Zeit, um schwanger zu werden, bzw. benötigen häufiger reproduktionsmedizinische Maßnahmen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. ©Orawan/stock.adobe.com

## Einleitung

Das polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) stellt die häufigste endokrine Störung bei Frauen dar. Weltweit wird die Prävalenz auf 6–12 % geschätzt [3]. Es resultiert ein heterogenes Krankheitsbild mit den Kardinalsymptomen einer Androgenisierung (= erhöhte männliche Geschlechtshormone) in Kombination mit einer Zyklusstörung. Der Androgenexzess, der zu einem männlichen Behaarungsmuster (= Hirsutismus), Haarausfall (= Alopezie) und Akne führen kann, bedeutet häufig eine große Belastung für die betroffenen Frauen. Kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Adipositas, Insulinresistenz und Dyslipidämie sind ebenfalls charakteristisch für PCOS und führen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Des Weiteren treten Depressionen und Schlafapnoe gehäuft auf.

Aufgrund seiner Verbindung mit Anovulation (= Ausbleiben des Eisprungs) und unregelmäßigen Menstruationszyklen ist PCOS eine Hauptursache für Unfruchtbarkeit bei

Frauen. Patientinnen mit PCOS bedürfen in der Schwangerschaft aufgrund erhöhter maternaler und neonataler Schwangerschaftskomplikationen einer besonderen Überwachung und Fürsorge. Das PCOS stellt damit kein alleiniges gynäkologisch endokrinologisches Problem dar, sondern ist für die lebenslange Gesundheit der betroffenen Frauen von zentraler Bedeutung.

## Diagnostik bei PCOS

Die Diagnose des PCOS wird anhand der überarbeiteten Rotterdam-Konsenskriterien gestellt. Bei Erwachsenen Frauen erfordert dies das Vorhandensein von 2 der folgenden 3 Kriterien:

1. klinischer/biochemischer Hyperandrogenismus
2. irreguläre Zyklen
3. polyzystische Eierstöcke im Ultraschall oder neu erhöhte AMH-Werte (Anti-Müllerian-Hormon/ Anti-Müller-Hormon)

Die Diagnosekriterien sind im Infokasten zusammengefasst.

Wenn unregelmäßige Menstruationszyklen und Hyperandrogenismus vorliegen, sind Ultraschall oder AMH-Bestimmung für die Diagnose nicht weiter erforderlich. Das heißt, eine Diagnosestellung ist auch ohne die namensgebenden polyzystischen Ovarien möglich. Bei Jugendlichen sollen weder die vaginale Sonografie noch die AMH-Messung wegen mangelnder Validität verwendet werden [14].

Wichtig ist zudem, dass das PCOS eine Ausschlussdiagnose darstellt, d. h. andere Ursachen einer Hyperandrogenämie und Zyklusstörungen (z. B. late-onset adrenogenitales Syndrom, Cushing Syndrom, Hyperprolaktinämie etc.) müssen zuvor weitestgehend ausgeschlossen werden.

### Diagnosekriterien

- **klinische und/oder laborchemische Hyperandrogenämie:**
  - Biochemische Hyperandrogenämie: Messung des Serum-Hormonstatus von Testosteron, Dehydroepiandrosteron (DHEA), Dihydrotestosteron, Sexualhormon-bindendem Globulin (SHBG) und weiteren androgenen Steroiden. Kombinierte orale Kontrazeptiva müssen mindestens 3 Monate vorher abgesetzt werden, da sie das sexualhormon-bindende Globulin erhöhen und Androgene senken.
  - Klinische Hyperandrogenämie: Dabei wird der Hirsutismus (Ferriman-Gallwey-Score  $\geq 4-6$ ) als starkes Hinweiszeichen für eine Hyperandrogenämie gewertet. Schwächere Zeichen sind isoliert auftretende Akne oder Haarausfall (ohne Hirsutismus).
- **Zyklusunregelmäßigkeiten:** 1 bis 3 Jahre nach der Menarche gelten Zykluslängen von 21 bis 45 Tagen als normal, danach bis zur Perimenopause Zyklen von 21 bis 35 Tagen. Als irregulär gelten Zyklen außerhalb dieser Intervalle, Abstände von mehr als 90 Tagen oder weniger als 8 Zyklen pro Jahr.
- **Polyzystische ovarmorphologie oder erhöhte AMH-Werte (Anti-Müller-Hormon):** Die Schwelle für die PCOS-Diagnose bei Erwachsenen liegt bei  $> 10$  Follikel pro Schnittbild in zumindest einem Eierstock oder ein Ovarvolumen  $> 10$  ml. Alternative Bestimmung des Anti-Müller-Hormons (AMH) als Marker für den ovariellen Follikelpool bei erwachsenen Frauen.

## Ätiologie und Pathophysiologie

Die Ätiologie und Pathophysiologie des PCOS sind komplex und teilweise noch nicht vollständig geklärt. Ein PCOS entwickelt sich wahrscheinlich auf dem Boden einer polygenetischen Prädisposition. Die Genese ist multifaktoriell. Genaue Ursachen sind bislang trotz zahlreicher Veröffentlichungen noch wenig verstanden. Ein Hauptmerkmal des PCOS ist die gestörte neuroendokrine Funktion der Hypophysen-Hypothalamus-Achse, wobei erhöhte Werte des luteinisierenden Hormons (LH) im Verhältnis zum follikelstimulierenden Hormon (FSH) ein häufiger Befund sind [4].

Insulinresistenz und Hyperinsulinämie spielen ebenfalls eine zentrale Rolle bei der Pathogenese von PCOS und tragen zum Hyperandrogenismus bei, indem sie die Androgenproduktion in den Ovarien stimulieren und den Spiegel des Sexualhormon-bindenden Globulins (SHBG) senken, wodurch die Bioverfügbarkeit von Androgenen erhöht wird [17]. Der Hyperandrogenismus stört die normale Follikelentwicklung, was zu Anovulation und der charakteristischen Morphologie polyzystischer Eierstöcke führt.

## Langzeitfolgen – metabolische und kardiovaskuläre Risikofaktoren

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehören zu den wichtigsten Mortalitätsursachen bei Frauen. Bei Patientinnen mit PCOS treten gehäuft eine Dyslipidämie, arterielle Hypertonie sowie eine gestörte Glukosetoleranz und Diabetes mellitus auf [16]. Über 50% der Patientinnen mit PCOS sind adipös, wodurch die kardiometabolischen Risikofaktoren verstärkt werden. Aber auch ohne erhöhten BMI sind Patientinnen aufgrund der Insulinresistenz prädisponiert für kardiovaskuläre Risiken [5].

Daher wird ein standardisiertes Screening von Frauen mit PCOS auf metabolische und kardiovaskuläre Risikofaktoren gemäß der aktuellen internationalen Leitlinie empfohlen. In ► **tab. 1** sind die Screening-Untersuchungen zusammengefasst.

Der Diabetesstatus mittels 75 g oGTT (oraler Glukosetoleranztest) sollte bei aktivem Kinderwunsch bereits vor Schwangerschaftseintritt abgeklärt werden. Bei schwangeren Frauen mit PCOS, die diese Diagnostik präkonzeptionell nicht erhalten haben, wird ein 75 g oGTT im 1. Trimester und erneut bei 24 + 0–27 + 6 SSW empfohlen. Anhand der nationalen Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) kann ein Screening im 1. Trimenon für Frauen mit erhöhtem Diabetesrisiko im ersten Schritt auch durch eine Bestimmung von Nüchternblutglukose oder HbA1c erfolgen. Im Falle eines HbA1c im Prädiabetesbereich erfolgt dann die Durchführung eines 75 g oGTT zur weiteren Abklärung auch schon im 1. Trimenon. Im Falle unauffälliger Befunde des Frühscreenings wird die Durchfüh-

► **tab. 1** Screening auf kardiovaskuläre und metabolische Risiken (modifiziert nach Sonntag B 2023 [13]).

Blutdruckmessung	Bei Diagnose, jährlich und präkonzeptionell
Lipidprofil (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride)	Bei Diagnose, dann abhängig von den Werten und dem individuellen Risikoprofil
Glukosestoffwechsel (oGTT, alternativ Nüchtern glukose und/oder HbA1c)	Bei Diagnose, dann alle 1–3 Jahre sowie präkonzeptionell bei Kinderwunsch oder in der Frühschwangerschaft, erneut in der 24.–28. SSW

ung eines 75 g oGTT zum Zeitpunkt des regulären GDM-Screenings (24 + 0–27 + 6 SSW) empfohlen.

Des Weiteren besteht eine hohe Prävalenz von Depressionen, Angsterkrankungen und Essstörungen bei PCOS [15]. Androgenisierungserscheinungen, Übergewicht, Körperschemastörungen und Angst vor Infertilität können zudem zu einer psychosexuellen Dysfunktion führen. Es sollte gezielt nach entsprechenden Symptomen gefragt werden und bei Bedarf eine psychologische Anbindung erfolgen.

## PCOS und Fertilität

Frauen mit PCOS benötigen zur Erfüllung ihres Kinderwunsches mehr Zeit und häufiger medizinische Maßnahmen.

In einer bevölkerungsbezogenen Studie aus Schweden konnte anhand der Daten von 45 395 Frauen mit PCOS festgestellt werden, dass diese im Vergleich zu Frauen ohne PCOS seltener spontan ein Kind bekommen und dass sie zum Erreichen der 1. Schwangerschaft mehr Zeit benötigen (im Durchschnitt 2,3 Jahre länger). Betroffene hatten im Vergleich zu Frauen ohne PCOS seltener mehr als ein Kind [10].

Aufgrund der Verbindung mit Anovulation und unregelmäßigen Menstruationszyklen ist PCOS eine häufige Ursache für Unfruchtbarkeit bei Frauen. Es gibt jedoch eine Vielzahl an reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, um diesen Frauen zu helfen. Unter Berücksichtigung von assistierten Schwangerschaften weisen Frauen mit PCOS daher eine vergleichbare Wahrscheinlichkeit auf, ein Kind zu bekommen wie Frauen ohne PCOS [10].

## Schwangerschaftskomplikationen bei PCOS

### Merke

In der Schwangerschaft benötigen Frauen mit PCOS aufgrund multipler Risikofaktoren für Schwangerschaftskomplikationen eine besondere medizinische Wahrnehmung und Überwachung [12].

Patientinnen mit PCOS weisen ein ungünstiges metabolisches Profil auf und leiden häufig bereits vor der Schwangerschaft an Adipositas, Diabetes oder Hypertonie. Des Weiteren ist aufgrund der PCOS-bedingten Subfertilität durch die Anovulation die Anwendung stattgehabter In-vitro-Fertilisationen und Mehrlingsschwangerschaften erhöht [6].

In einer populationsbasierten Analyse von 9,1 Mio. Geburten konnte für Frauen mit PCOS eine 30–40%ige Risikohöherung für Gestationshypertonie und Präeklampsie sowie ein 2-fach erhöhtes Risiko für einen Gestationsdiabetes festgestellt werden [6].

Auch die aktuelle ESHRE-Leitlinie [14] weist explizit in ihrem systematischen Review und gepoolten Metaanalyse darauf hin, dass Frauen mit PCOS ein signifikant höheres Risiko für Fehlgeburten, Gestationsdiabetes, Schwangerschaftsbluthochdruck, Präeklampsie und Kaiserschnitt aufweisen. Auch besteht ein erhöhtes Risiko für eine höhere Gewichtszunahme während der Schwangerschaft und für einen höheren BMI.

## Neonatales Outcome bei PCOS

Die mütterlichen Komorbiditäten bedingen auch fetale und neonatale Probleme. Adipositas und ein schlecht eingestellter Diabetes zum Zeitpunkt der Organogenese können das Fehlbildungsrisiko erhöhen [12]. Sowohl in Kohortenstudien als auch in der ESHRE-Leitlinie konnte ein 2-fach erhöhtes Risiko für Frühgeburten nachgewiesen werden [14]. Des Weiteren sind ein niedriges Geburtsgewicht und intrauterine Wachstumsretardierungen signifikant häufiger, vermutlich infolge des vermehrten Auftretens von Hypertonie und Präeklampsie [8]. Eine Risikoerhöhung für Large for Gestational Age (LGA) und Makrosomie konnte in der Leitlinie nicht festgestellt werden [14]. Die maternalen und fetalen Komplikationen bedingen auch eine erhöhte Verlegungsrate und perinatale Mortalitätsrate [1].

## Therapeutische Maßnahmen für Frauen mit PCOS bei Kinderwunsch

### Lebensstilintervention

#### Merke

Zur Reduktion von Schwangerschaftskomplikationen ist es essenziell, bereits vor einer Schwangerschaft Faktoren zu erfassen und zu optimieren, die die Fertilität, eine Kinderwunschbehandlung und den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen können.

Hierzu zählen die Optimierung des Gewichts, des Blutdrucks, des Blutzuckers und psychischer Komorbiditäten, das Einstellen des Nikotin- und Alkoholkonsums sowie regelmäßige körperliche Aktivität und eine ausreichende

Folsäuresupplementierung (bei BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> höhere Dosierung).

Die präkonzeptionelle Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Frauen mit PCOS und Kinderwunsch wird als First-line-Therapie empfohlen. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Reduktion von 5–10% des Körpergewichts bei Frauen mit PCOS und Adipositas die Ovulationsfunktion, die Menstruationsregelmäßigkeit und die Insulinempfindlichkeit signifikant verbessert [7].

Die Gewichtsreduktion umfasst diätetische Maßnahmen und körperliche Aktivität. Eine Überlegenheit einer speziellen Diätform oder Art der körperlichen Aktivität konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Zur Förderung einer Gewichtsabnahme und der Verhinderung einer erneuten Gewichtszunahme sollten Erwachsene (18–64 Jahre) ein Minimum von 250 Minuten/Woche mit mäßig intensiven Aktivitäten oder 150 Minuten/Woche mit intensiven Aktivitäten oder eine gleichwertige Kombination aus beidem anstreben – plus muskelstärkende Aktivitäten (z. B. Widerstands-/Bewegungsübungen), idealerweise an 2 nicht aufeinanderfolgenden Tagen pro Woche [14].

## Ovarielle Stimulation und Ovulationsinduktion

Bei anovulatorischen Zyklen infolge eines PCOS ist eine ovarielle Stimulation die Therapie der Wahl [2]. Der Aromatasehemmer Letrozol hat sich zur Ovulationsinduktion bei unfruchtbaren, anovulatorischen Frauen mit PCOS ohne weitere Unfruchtbarkeitsfaktoren durchgesetzt. Letrozol senkt durch die Hemmung der Aromatase die Estradiol-Serumspiegel und bewirkt dadurch eine reflektorische Erhöhung der FSH-Ausschüttung. Letrozol ist in der Therapie des Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinoms zugelassen und nicht zur Ovulationsinduktion. Letrozol wird daher bei PCOS im Off-label-Use eingesetzt und bedarf einer entsprechenden Aufklärung und Einwilligung der Patientin.

Zugelassen zur Ovulation ist Clomifen. Clomifen ist ein Estrogenrezeptor-Modulator, der durch seine partiell antiestrogene Wirkung in der Hypophyse die Ausschüttung von FSH fördert. Verglichen mit Letrozol weist Clomifen jedoch eine signifikant niedrigere Lebendgeburtenrate auf [2].

## Metformin

Metformin ist ein zugelassenes Diabetesmedikament, das bei Frauen mit PCOS und Kinderwunsch im Off-label-Use eingesetzt werden kann. Es weist allerdings als Monotherapie eine geringe Effektivität im Vergleich zu Letrozol und Clomifen auf. Eine Kombination von Metformin und Clomifen ist effektiver zur Steigerung der Schwangerschaftsrate als Clomifen allein.

Zum Einsatz von Metformin in der Schwangerschaft gibt es derzeit keine generelle Empfehlung. Laut der interna-

tionalen ESHRE-Leitlinie könnte Metformin bei Frauen mit PCOS unter bestimmten Umständen (z. B. beim Risiko einer Frühgeburt) in Betracht gezogen werden, da es in Studien das Risiko für eine Frühgeburt und eine übermäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft reduziert [14]. Allerdings scheint es nach bisheriger Datenlage nicht die Entstehung eines Gestationsdiabetes, späte Fehlgeburten, Bluthochdruck in der Schwangerschaft, Präeklampsie sowie Makrosomie oder ein Geburtsgewicht  $\geq 4000$  g zu verhindern [14]. Des Weiteren sind die Auswirkungen der Metformin-Exposition auf die langfristige Gesundheit der Nachkommen unklar. Es gibt Hinweise auf ein erhöhtes Gewicht in der Kindheit nach Metformin-Gabe während der Schwangerschaft, obwohl die Kausalität nicht sicher ist [11].

Bei einer Unverträglichkeit von Metformin werden Inositol als Nahrungsergänzungsmittel beworben. Diese sind jedoch im Hinblick auf ihren klinischen Nutzen zur Verbesserung der Ovulation und Schwangerschaftsrate limitiert und dem von Metformin unterlegen.

## Weitere Maßnahmen

Ein Viertel der Patientinnen reagiert weder adäquat auf Clomifen noch auf Letrozol. Bei diesen Frauen kommt eine Gonadotropin-Stimulation infrage, bei der follikelstimulierendes Hormon (FSH), luteinisierendes Hormon (LH) oder humanes Menopausengonadotropin (HMG) individuell verabreicht werden können.

Zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften benötigen die ovulationsstimulierenden Therapien eine Betreuung durch ein Ultraschallmonitoring. Der Zyklus sollte bei mehr als 2 (> 14 mm) Follikeln abgebrochen werden.

Als Second-line-Therapie bei Clomifenresistenz besteht in speziellen Zentren die Möglichkeit des „Ovarillings“, bei dem die Oberfläche des Eierstocks perforiert wird mit dem Ziel, dessen Volumen zu verringern und die Freisetzung der Eizelle zu befördern.

Im Falle von Versagen der Therapien zur Ovulationsinduktion können Maßnahmen der assistierten Reproduktion zur Realisierung des Kinderwunsches eingesetzt werden – eine In-vitro-Fertilisation (IVF) oder eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Hierbei besteht ein erhöhtes Risiko der Überstimulationen, worüber die Frauen aufgeklärt werden müssen. Das Mehrlingsrisiko lässt sich durch den Transfer von einem Embryo effektiv kontrollieren.

## Therapeutische Maßnahmen für Frauen mit PCOS ohne Kinderwunsch

Bei Frauen mit PCOS ohne Kinderwunsch besteht das vordergründige Therapieziel in der Zyklusregulation und der Behandlung der androgen bedingten Symptome, sekun-

där auch in der Optimierung der Insulinempfindlichkeit mit Metformin. Ebenso wie bei Frauen mit Kinderwunsch sind multimodale Konzepte zur Optimierung und Stabilisierung des Gewichtes essenziell.

### Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva

Zur Behandlung eines Hirsutismus und irregulärer Zyklen sind kombinierte hormonelle Kontrazeptiva (KOK) im Off-label-Use die erste Wahl. Es sollte möglichst niedrigen EE(Ethinylestradiol)-Dosierungen (20–30 µg) oder natürlichen Estrogenen der Vorzug gegeben werden. Für die Überlegenheit bestimmter Estrogen-Gestagen-Kombinationen liegt keine Evidenz vor [9]. Eine Therapiedauer von mindestens 6 Monaten ist notwendig, um die Effektivität auf die klinische Hyperandrogenämie beurteilen zu können.

Wird kein zufriedenstellender kosmetischer Effekt erreicht, ist auch der zusätzliche Einsatz von Antiandrogenen möglich, wobei hier aufgrund der teratogenen Wirkung auf eine sichere Kontrazeption geachtet werden sollte. Zudem ist es wichtig, dass alle KOK zu einer Steigerung des thromboembolischen Risikos führen können. Thrombose-Risikofaktoren wie Hypertonie, Hyperlipidämie und Übergewicht liegen bei vielen Patientinnen mit PCOS vor. Hoher Blutdruck (> 160/100 mmHg), Thrombophilie und tiefe Venenthrombose in der Anamnese sind Beispiele für Kontraindikationen. Bei Kontraindikationen können zur Endometrium-Protektion auch Gestagenmonopräparate eingesetzt werden.

### Metformin

Metformin kann zur Verbesserung des BMI und weiterer metabolischer Parameter (Insulinresistenz, Glukose, Lipide) bei PCOS im Off-label-use eingesetzt werden. Im Vergleich zu KOK ist Metformin alleine weniger effektiv. In Kombination mit einem KOK ist Metformin möglicherweise am vorteilhaftesten für Gruppen mit hohem metabolischen Risiko, einschließlich solcher mit einem BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>, Diabetes-Risikofaktoren, gestörter Glukosetoleranz oder in ethnischen Hochrisikogruppen.

### Pharmakologische und operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Neuere pharmakologische Maßnahmen wie Orlistat oder GLP-1-Rezeptor-Agonisten wie Liraglutid und Semaglutid können begleitend zu einer Ernährungsumstellung und körperlicher Aktivität bei Erwachsenen mit Adipositas eingesetzt werden. Da Sicherheitsdaten in der Schwangerschaft fehlen, ist eine sichere Konzeption notwendig. Des Weiteren können bariatrische Maßnahmen neben einer dauerhaften Gewichtsreduktion zu einer Remission der metabolischen Folgeerkrankungen führen. Bei höherem BMI (> 35 kg/m<sup>2</sup>) oder einem BMI von 30–34,9 kg/m<sup>2</sup> und zusätzlichen Risikofaktoren kann daher die Indikation zur bariatrischen Operation gestellt werden.

## Forschung – PHOEBE-Studie

PCOS beginnt bereits bei Mädchen im jugendlichen Alter und ist schon früh mit kardiovaskulären Risikofaktoren verbunden. Allerdings stellt das PCOS bei jungen Frauen eine diagnostische Herausforderung dar, da die Diagnosekriterien aus dem Erwachsenenalter sich nicht einfach auf das Jugendalter übertragen lassen. So bleiben viele Patientinnen mehrere Jahre unbehandelt.

Eine frühzeitige Diagnose des PCOS ist essenziell, um Langzeitkomplikationen und damit einhergehend Schwangerschaftskomplikationen zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Aus diesem Grund wird an der Frauenklinik Erlangen eine Biomarker-Evaluierungsstudie bei Jugendlichen und jungen erwachsenen Frauen durchgeführt. Sie verfolgt das Ziel, neue Blutmarker für eine zuverlässige und genaue Diagnose des PCOS zu entwickeln, um den Anteil falsch oder nicht rechtzeitig behandelter Frauen zu reduzieren. Informationen zu dieser sog. PHOEBE-Studie sind auf der Website der Universitätsfrauenklinik Erlangen zu finden – Link zur Polycystic ovarian syndrome in Human adolescent and young adult females – Biomarker evaluation study: <https://www.frauenklinik.uk-erlangen.de/forschung/labor-fuer-reproduktionsmedizin/phoebe-studie>.

### FAZit

Das PCOS ist ein wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit. Es handelt sich um ein sehr heterogenes Erkrankungsbild mit endokrinen, reproduktiven, psychologischen und kardiometabolischen Merkmalen. Aufgrund der metabolischen Langzeitfolgen sollte die ärztliche Betreuung von Frauen mit PCOS, idealerweise ab der Adoleszenz, im interdisziplinären Team erfolgen. Das Therapiekonzept sollte neben symptomorientierten Vorgehensweisen in den unterschiedlichen Lebensphasen der betroffenen Frauen immer auch multimodale Ansätze zur Gewichtskontrolle beinhalten. In der Schwangerschaft bestehen erhöhte maternale Risiken, v. a. für Gestationsdiabetes und hypertensive Erkrankungen sowie für das Neugeborene. Daher sollte das medizinische Fachpersonal sicherstellen, dass der PCOS-Status während der Schwangerenvorsorge erkannt wird und eine angemessene Überwachung und Unterstützung gewährleistet ist.

## Autorin



### PD Dr. med. Laura Lotz

ist seit 2020 Oberärztin an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen. Seit 2021 besitzt sie die Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Ihre klinischen Forschungsschwerpunkte sind Hormonstörungen bei Frauen, Physiologie der Fortpflanzung und Fertilitätsersatz bei malignen Erkrankungen.

## Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Laura Lotz  
Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen  
Universitätsstraße 21-23  
91054 Erlangen  
Deutschland  
laura.lotz@uk-erlangen.de

## Literatur

- [1] Farland LV, Stern JE, Liu CL et al. Polycystic ovary syndrome and risk of adverse pregnancy outcomes: a registry linkage study from Massachusetts. *Hum Reprod* 2022; 37: 2690–2699. DOI: 10.1093/humrep/deac210
- [2] Franik S, Le QK, Kremer JA et al. Aromatase inhibitors (letrozole) for ovulation induction in infertile women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 9: CD010287. DOI: 10.1002/14651858.CD010287
- [3] Huddleston HG, Dokras A. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome. *JAMA* 2022; 327: 274–275. DOI: 10.1001/jama.2021.23769
- [4] Ibáñez L, Oberfield SE, Witchel S et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence. *Horm Res Paediatr* 2017; 88: 371–395. DOI: 10.1159/000479371
- [5] Lim SS, Kakoly NS, Tan JWJ et al. Metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obes Rev* 2019; 20: 339–352. DOI: 10.1111/obr.12762
- [6] Mills G, Badeghiesh A, Suarathana E et al. Polycystic ovary syndrome as an independent risk factor for gestational diabetes and hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study on 9.1 million pregnancies. *Hum Reprod* 2020; 35: 1666–1674. DOI: 10.1093/humrep/deaa099
- [7] Moran LJ, Ko H, Misso M et al. Dietary composition in the treatment of polycystic ovary syndrome: a systematic review to inform evidence-based guidelines. *Hum Reprod* 2013; Update 2013 19: 432–432. DOI: 10.1093/humupd/dmt015
- [8] Naver KV, Grinsted J, Larsen SO et al. Increased risk of preterm delivery and pre-eclampsia in women with polycystic ovary syndrome and hyperandrogenaemia. *BJOG* 2014; 121: 575–581. DOI: 10.1111/1471-0528.12558
- [9] Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep* 2024; 73: 1–126. DOI: 10.15585/mmwr.rr7304a1
- [10] Persson S, Elenis E, Turkmen S et al. Fecundity among women with polycystic ovary syndrome (PCOS) – a population-based study. *Hum Reprod* 2019; 34: 2052–2060. DOI: 10.1093/humrep/dez159
- [11] Rowan JA, Rush EC, Plank LD et al. Metformin in gestational diabetes: the offspring follow-up (MiG TOFU): body composition and metabolic outcomes at 7-9 years of age. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2018; 6: e000456. DOI: 10.1136/bmjdr-2017-000456
- [12] Schäfer-Graf U, Reger-Tan S. PCOS und Schwangerschaft. *Gynäkologe* 2022; 55: 85–89. DOI: 10.1007/s00129-021-04894-2
- [13] Sonntag B. Endokrinologie und Reproduktion: Das Polyzystische Ovarialsyndrom ist mehr als nur eine Zyklusstörung. *Dtsch Arztebl International* 2023; 120: A-1780
- [14] Teede H, Tay CT, Laven JSE et al. International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome 2023. Monash University. Online resource. DOI: 10.26180/24003834.v1. Im Internet: [https://bridges.monash.edu/articles/online\\_resource/International\\_Evidence-based\\_Guideline\\_for\\_the\\_Assessment\\_and\\_Management\\_of\\_Polycystic\\_Ovary\\_Syndrome\\_2023/24003834](https://bridges.monash.edu/articles/online_resource/International_Evidence-based_Guideline_for_the_Assessment_and_Management_of_Polycystic_Ovary_Syndrome_2023/24003834)
- [15] Thannickal A, Brutocao C, Alsawas M et al. Eating, sleeping and sexual function disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A systematic review and meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2020; 92: 338–349. DOI: 10.1111/cen.14153
- [16] Zhang J, Xu JH, Qu QQ et al. Risk of Cardiovascular and Cerebrovascular Events in Polycystic Ovarian Syndrome Women: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Front Cardiovasc Med* 2020; 7: 552421. DOI: 10.3389/fcvm.2020.552421
- [17] Zhao H, Zhang J, Cheng X et al. Insulin resistance in polycystic ovary syndrome across various tissues: an updated review of pathogenesis, evaluation, and treatment. *J Ovarian Res* 2023; 16: 9. DOI: 10.1186/s13048-022-01091-0

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 82–87  
DOI 10.1055/a-2512-6755  
ISSN 0932-8122  
© 2025. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany

# Vaginismus verstehen und Schwangere begleiten – ein Leitfaden für Hebammen

Sarah Graf

Vaginismus ist ein unwillkürlicher, heftiger, reflexartiger Zusammenzug des Beckenbodens, der Penetration schmerzhaft oder unmöglich macht. Oft bleibt er unerkannt – schätzungsweise 5–17 % der Frauen im klinischen Setting leiden unter dieser sexuellen Funktionsstörung. Scham, Tabuisierung und Unwissen erschweren eine frühe Diagnose. Dabei belastet Vaginismus Frauen und Paare im Alltag, besonders wenn ein Kinderwunsch besteht. Hebammen können durch ihre Nähe zum Paar und ihre Expertise Symptome frühzeitig erkennen und individuelle Unterstützung anbieten. Das reduziert Stress und Risiken und ermöglicht eine positive Geburtserfahrung.



► **Abb. 1** Von Vaginismus betroffene Frauen berichten, es fühle sich an, als versperre eine Wand den Vaginaleingang: Ihre Angst vor Schmerzen bei einer Penetration löst aus, dass sich das vordere Drittel der Vagina zusammenzieht und verschließt – wie ein Schutzmechanismus des Körpers. © Patcharanan/stock.adobe.com (Symbolbild)

Vaginismus in der Schwangerschaft ist ein unterschätztes Thema in der Hebammenpraxis: Die sexuelle Funktionsstörung beeinflusst Lebensstil, Sexualität, Fruchtbarkeit und psychische Gesundheit der Betroffenen. Trotz der weitreichenden Implikationen ist das Thema wenig erforscht. Studien zu Vaginismus und Schwangerschaft sind rar: Seit 2022 sind lediglich wenige relevante Veröffentlichungen erschienen [7, 8, 21, 29, 30, 37].

Es gibt mehr Bewusstsein für das Thema, doch nur etwa die Hälfte der Frauen sucht Gynäkolog\*innen auf. Davon erwähnt wiederum nur die Hälfte die durch den Vaginismus erlebten Symptome – und meist geschieht dies erst, wenn die Fachperson das Thema proaktiv anspricht. Scham bei den Betroffenen und fehlendes Wissen der Fachpersonen erschweren deshalb oftmals die Diagnose. Betroffene Frauen fühlen sich dadurch oft nicht ausreichend verstanden und aufgehoben und meiden Terminangebote. Studien zeigen, dass Frauen mit Vaginismus vor gynäkologischen Konsultationen häufig unter starken Stresssymptomen wie Schlafstörungen, Tachykardie oder vermehrtem Schwitzen leiden. Nicht selten sind dann die vorgeburtlichen Konsultationen im Krankenhaus die ersten vaginalen oder transvaginalen Untersuchungen, die diese Frauen erleben [1].

### Definition

#### Vaginismus

Vaginismus ist eine sexuelle Schmerzstörung, die durch unwillkürliche Spasmen der Beckenbodenmuskulatur den Vaginaleingang verengt und Penetration erschwert oder verhindert. Die Störung reicht von mild (Einführung eines Tampons, kleinstes Spekulum möglich) bis stark (jegliche Berührung des Geschlechts wird vermieden) [18]. Dieses Zusammenziehen und Verschließen des vorderen Drittels der Vagina reagiert wie ein Schutzmechanismus des Körpers, der durch starke Angst vor Schmerzen durch eine mögliche Penetration ausgelöst wird. Betroffene berichten, es fühle sich an, als ob eine „Wand“ den Vaginaleingang versperre.

Vaginismus und Dyspareunie sind in der DSM-5-Klassifizierung unter der Bezeichnung **Genito-Pelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Dyspareunie/Vaginismus, GPPD)** zusammengefasst. Im ICD-11 wird Vaginismus als **sexuelle Schmerzstörung** definiert. Obwohl GPPD die heute technisch korrekte Terminologie ist, bleibt Vaginismus ein gängiger, klinischer Begriff [31]. Während Vaginismus durch **Angst vor Schmerzen** gekennzeichnet ist, stehen bei Dyspareunie **bestehende Schmerzen** im Vordergrund. Da diese Schmerzsymptome bei beiden Krankheitsbildern vorkommen und diese sich oft überlappen, ist eine klare

Abgrenzung schwierig, aber nötig, denn sie erfordern unterschiedliche Therapien [22, 32].

Man unterscheidet **primären Vaginismus** (Symptome schon immer bestehend) und **sekundären Vaginismus** (nach schmerzfreier Sexualität, oft durch Traumata ausgelöst). Bei beiden Formen lösen Ängste reflexartige Muskelanspannungen aus, die eine Penetration verhindern.

## Ganzheitlicher Therapieansatz

Die Behandlung von Vaginismus erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, da Körper und Psyche eng verknüpft sind. Die Therapieziele sind eine Verbesserung der Kontrolle über die Beckenbodenmuskulatur, die Reflexion von Ängsten und Glaubenssätzen sowie die Linderung von Schmerzen [18]. Viele Betroffene empfinden große Scham und Unsicherheiten. Ihr Leidensweg ist lang, bis sie sich trauen, Hilfe zu suchen [2, 4, 5]. Vaginismus belastet schwer und behindert nicht selten die Entwicklung einer erfüllten Sexualität oder das Eingehen von Beziehungen.

Frauen, die in einer langjährigen Partnerschaft sind und verständnisvolle Partner\*innen haben, finden meist kreative Wege, um eine lebendige Sexualität ohne Vaginalpenetration zu führen. Viele Betroffene haben eine funktionierende sexuelle Reaktionsfähigkeit und Erregbarkeit und sind orgasmusfähig. Der Wunsch nach Intimität ist vorhanden, doch die Angst vor Penetration überwiegt [9, 16, 20, 24].

Die männlichen Partner leiden oft oder entwickeln mit der Zeit erektile Dysfunktionen, da sie immer wieder daran scheitern, ihre Partnerin zu penetrieren, und mit der Zeit ihre Erektion verlieren. Bei einer anfälligen Therapie sollte deshalb der Partner miteinbezogen werden. Dies stellt eine zusätzliche Motivation für die Frau dar [11, 32].

### Merke

**Vaginismus ist behandel- und heilbar. Der Therapieprozess erfordert Zeit und Geduld. Langjährige Muster können nicht sofort gelöst werden, doch mit konsequenter Unterstützung und Begleitung ist eine erfolgreiche Behandlung möglich [17].**

Nicht immer steht der Geschlechtsverkehr im Fokus der Therapie: Bei Kinderwunsch können eine natürliche Schwangerschaft oder Geburtsvorbereitung die Therapieziele sein. Hebammen spielen daher eine wichtige Rolle, indem sie die Bedürfnisse der Frauen und Paare klären und sie einfühlsam begleiten und motivieren.

## Prävalenz von Vaginismus in der Schwangerschaft

Die Prävalenz bei Vaginismus ist sehr inkonsistent und stark abhängig von den herangezogenen Datensätzen. Sie

variiert zwischen 5–17 % im klinischen Kontext [17, 23, 35]. Beim Fachpersonal fehlt es an fundiertem Wissen, was sich in fehlenden spezialisierten Weiterbildungsangeboten widerspiegelt. Sowohl der Deutsche Hebammenverband als auch der Schweizerische Hebammenverband bieten noch keine Weiterbildungen oder Materialien zu Vaginismus an. Interessierte werden an gynäkologische Beratungen oder spezielle Sprechstunden in Kliniken weitergeleitet.

### Herausforderung Kinderwunsch

Frauen mit Vaginismus stehen beim Thema Kinderwunsch vor erheblichen Herausforderungen. Viele Betroffene empfinden ihren Körper als fremd oder eingeschränkt, was Schamgefühle und Selbstzweifel verstärkt und den Austausch über eine mögliche Schwangerschaft erschwert. Zusätzlich besteht oft Unsicherheit darüber, wie eine Schwangerschaft ohne vaginale Penetration möglich ist, während für einige die Angst vor der Geburt eine weitere Barriere darstellt. Verlässliche Daten darüber, wie viele Frauen mit Vaginismus tatsächlich einen Kinderwunsch hegen und ob dieser erfüllt wird, liegen aufgrund mangelnder Forschung nicht vor.

### Ätiologie und Pathogenese des Vaginismus

Vaginismus entsteht oft durch eine Kombination aus psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren. Unvollständige Septen oder Hymenanomalien treten nur in äußerst seltenen Fällen auf [11]. Zu den häufigsten Auslösern zählt die Angst vor Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die durch Erzählungen oder mangelnde Aufklärung verstärkt wird. Aussagen wie „Sex macht man für den Mann“ oder „Geschlechtsverkehr ist für Frauen schmerzhaft“ tragen ebenso dazu bei wie fehlendes Wissen über den eigenen Körper und die eigene Sexualität.

Falsche Vorstellungen über die Vagina – etwa die Wahrnehmung, sie sei zu klein im Vergleich zum Penis, der als überdimensioniert oder bedrohlich empfunden wird – führen zu einem verzerrten Körperbild und verstärken die Angst vor Penetration. In patriarchalischen oder religiös geprägten Familien und Gesellschaften treten diese Faktoren häufiger auf. Strenge und starre Rollenbilder, ein mangelnder Zugang zu sexueller Aufklärung und der Druck, familiären oder gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen, erschweren den Umgang mit der eigenen Sexualität und erhöhen die Prävalenz.

Ein weiterer zentraler psychischer Auslöser ist die konditionierte Angst vor Schmerzen, welche eine Abwehr- und Rückzugsreaktion auslöst. Sie führt zu einer Phobie vor Penetration, die durch klassische oder operante Konditionierung verstärkt wird und sich langfristig verfestigt [10].

### Der Pathomechanismus: Wie Vaginismus den Körper beeinflusst

Der pathophysiologische Kern des Vaginismus beruht auf einem Kreislauf aus Angst und Vermeidung, der im Sinne des Angst-Vermeidungs-Modells (Fear-Avoidance Model) funktioniert und mit zunehmender Zeit verstärkt wird. Die Erwartung von Schmerzen führt zu einer reflexartigen Anspannung der Beckenbodenmuskulatur, die vom Nervensystem als Stress interpretiert wird. Dieser Stress verstärkt die Angst, wodurch der Teufelskreis sich weiter schließt und phobische Ausmaße annehmen kann [16, 18]. Physiologisch führt die anhaltende Muskelkontraktion zu einer eingeschränkten Durchblutung und Lubrikation der Vagina, was erklärt, warum manche Frauen trotz sexueller Erregung nicht ausreichend Gleitmittel bekommen können [12].

Die Erfahrungen aus der Praxis werden in Studien bestätigt. Sie zeigen, dass betroffene Frauen vor gynäkologischen Konsultationen oft unter Stresssymptomen wie Schlafstörungen, Tachykardie (anhaltender, schneller Herzrhythmus mit mehr als 100 Schlägen/min) oder vermehrtem Schwitzen leiden. Während der Untersuchung können extreme Reaktionen wie Dissoziation, Schreien, Weinen oder ein buchstäbliches Vom-Stuhl-Springen auftreten [10]. Unwissenheit des Fachpersonals führt häufig zu Retraumatisierungen: Kommentare wie „So schlimm ist das nicht“, „Stellen Sie sich nicht so an“, „Ihr armer Ehemann“ oder „Trinken Sie nächstes Mal ein Glas Wein und entspannen Sie sich“ sind keine Seltenheit und verschärfen Scham und Unsicherheit. Dies führt oft dazu, dass Frauen sich weiter zurückziehen und medizinische Termine meiden. Häufig erfolgt die erste vaginale Untersuchung erst im Rahmen vorgeburtlicher Konsultationen [1].

Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt, dass viele Betroffene epistemische Ungerechtigkeit erfahren, bei der ihre Wahrnehmungen und ihr Wissen nicht ernst genommen werden. Über die Hälfte der Patientinnen denkt aufgrund solcher Erfahrungen über den Abbruch der Behandlung nach. Dieser Rückzug verstärkt Unsicherheiten und erhöht das Risiko für Komplikationen, etwa bei Geburten [27].

#### Merke

**Zieht sich die betroffene Frau – etwa aufgrund negativer Erfahrungen in Zusammenhang mit der Behandlung – von der Therapie zurück, kann dies das Risiko für geburtshilfliche Komplikationen erhöhen.**

### Vaginismus im Kontext von Kinderwunsch und Schwangerschaft

Eine Studie aus dem Jahr 2022 hält fest: „Trotz ihrer Erkrankung haben Frauen mit Vaginismus einen großen Kinderwunsch, und trotz der Herausforderungen, mit denen sie

konfrontiert sind, möchten sie schwanger werden (sei es durch assistierte Reproduktion oder spontan). Der Wunsch oder Druck, ein Kind zu bekommen, um die Ehe aufrechtzuerhalten, sind Hauptmotive für eine Vaginismus Behandlung, insbesondere in konservativen Gesellschaften.“ [7] Genaue Zahlen zum Kinderwunsch bleiben jedoch unklar, da Datensätze fehlen.

Besondere Herausforderungen bei einer Empfängnis haben die Paare beim Wunsch, auf natürliche Weise schwanger zu werden. Durch die Vermeidung von Geschlechtsverkehr und glücklose Versuche sind die Erfolgsquoten deutlich reduziert [26]. Es gibt aber gute Alternativen, den Kinderwunsch zu erfüllen. Die künstliche Befruchtung ist eine davon. Durch den invasiven Charakter kann eine solche Wahl bei manchen Paaren erheblichen Stress auslösen und sogar dazu führen, dass Paare in Fertilitätskliniken fälschlicherweise als unfruchtbar diagnostiziert werden.

### Alternative Methoden der künstlichen Befruchtung wählen

Heiminseminationen, die intravaginale Insemination (Sperma wird mithilfe einer Spritze oder eines anderen medizinischen Geräts in die Nähe des Gebärmutterhalses eingebracht) und die äußere oder perivaginale Insemination (Sperma wird direkt beim Vaginaleingang oder in der Nähe der Vulva deponiert) stellen vielversprechende Befruchtungsmethoden dar. Diese Varianten sind minimalinvasiv, kosteneffizient und für die Betroffenen weniger belastend. Studien belegen, dass diese Ansätze bei gesunden jungen Paaren hohe Erfolgschancen bieten [1, 6, 33]. Diese Alternativen zeigen, wie eine gezielte Aufklärung und ein sensibler Umgang den Paaren helfen können, ihren Kinderwunsch zu erfüllen, ohne unnötige Belastungen zu erleben [1, 6, 15, 33].

Während der Schwangerschaft können betroffene Frauen auf weitere Herausforderungen stoßen – insbesondere bei vaginalen Untersuchungen, die bei starkem Vaginismus extrem belastend sein können. Studien empfehlen, vaginale Untersuchungen und Gesten nach Möglichkeit zu vermeiden, um Stress zu reduzieren [10, 28, 36].

#### Merke

**Vaginale Untersuchungen und Gesten sollten bei Frauen mit starkem Vaginismus möglichst vermieden werden.**

### Vertrauen für Schwangerschaft und Geburt bilden

Trotz dieser Schwierigkeiten bieten Schwangerschaft und Geburt auch Chancen. Ein sicherer und unterstützender Rahmen kann das Vertrauen stärken und sich positiv auf die gesamte Schwangerschaft auswirken. Eine Studie aus der Türkei zeigt, dass schwangere Paare den Vaginismus

# Beruflich weiterkommen!



#### Ausgewählt und exklusiv:

- Fortbildungsbeiträge und Studienübersichten
- Neues aus der Welt der digitalen Wissensplattformen
- aktuelle Literaturempfehlungen



Kostenlos  
in Ihr Postfach!  
[thieme.com/newsletter](https://thieme.com/newsletter)

schneller überwinden konnten und weniger Konsultationen benötigten als nicht schwangere Paare [14]. Dies könnte auf die gesteigerte Motivation während der Schwangerschaft sowie auf die engmaschige Therapie zurückzuführen sein. Die Ergebnisse sind vielversprechend, erfordern jedoch weitere Forschung, um ihre Aussagekraft zu untermauern.

## Vaginismus und die Geburt: Aspekte der Geburtsbegleitung

Vaginismus ist ein wichtiger Risikofaktor für Geburtsangst (FOC, Fear of Childbirth) und wiederum eng mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Geburtskomplikationen verbunden [29]. Frauen mit Vaginismus oder Vulvodynie werden daher häufig als Risikoschwangere eingestuft. Studien belegen, dass betroffene Frauen ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Komplikationen wie Eklampsie, Chorioamnionitis, Kaiserschnitt oder verlängerte Krankenhausaufenthalte haben [7]. Auch ein Zusammenhang mit schwereren Dammrissen und einer höheren Rate operativer Geburten wurde festgestellt [30]. Der erhöhte Beckenbodentonus, der mit Vaginismus einhergeht, kann den Geburtsprozess erschweren und das Risiko für Komplikationen weiter steigern [37].

Eine frühzeitige Diagnose und gezielte Unterstützung sind daher entscheidend, um sowohl körperliche als auch psychologische Belastungen zu minimieren. Frauen werden heute verstärkt in Entscheidungen eingebunden. Und bei starker Geburtsangst empfehlen Gynäkolog\*innen zunehmend Kaiserschnitte. Eine umfassende Aufklärung über Optionen wie minimal-invasive Untersuchungen, transabdominale Sonografie, Kaiserschnitt oder der Einsatz von Periduralanästhesie (PDA) können dazu beitragen, Geburtsängste zu reduzieren und den Frauen ein Gefühl der Kontrolle zu geben.

### Herausforderungen für die Hebamme

Die Betreuung von Frauen mit Vaginismus stellt Hebammen und Fachpersonal vor besondere Herausforderungen. Während einige Frauen ihre Ängste offen ansprechen, zeigen andere erst durch körperliche Stressreaktionen wie Anspannung oder Schwitzen Anzeichen ihres Unwohlseins. Diese subtilen Hinweise können im hektischen Klinikalltag leicht übersehen werden. Umso wichtiger sind eine sensible Gesprächsführung, Geduld und Einfühlungsvermögen, um Vertrauen aufzubauen und Stress zu vermeiden sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen zu pflegen.

Beispiele aus der Praxis zeigen, dass komplikationsfreie Geburten bei Frauen mit Vaginismus möglich sind. Die Wahl des Geburtsmodus sollte individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche der Frau abgestimmt werden. Eine enge Begleitung durch Hebammen bietet dabei einen sicheren und unterstützenden Rahmen. Dies ist entscheidend, um Kom-

plikationen und psychologischen Stress zu minimieren, das Vertrauen der Frauen zu stärken und das Geburtserlebnis positiv zu gestalten. Gleichzeitig sinkt die Gefahr von Notkaiserschnitten, Dammrissen und postpartalen Traumata sowie das Risiko weiterer sexueller Dysfunktionen wie des sekundären Vaginismus [26].

### Merke

**Die Angst vor Penetration unterscheidet sich grundlegend von den Herausforderungen des Geburtsprozesses. Während Penetration eine Bewegung von außen nach innen ist, stellt die Geburt einen natürlichen Vorgang dar, bei dem das Kind von innen nach außen durch den Geburtskanal tritt [10, 13]. Frauen mit Vaginismus haben nicht automatisch Geburtsängste, diese treten bei Betroffenen aber häufiger auf. Einzelne Berichte legen nahe, dass eine vaginale Geburt in seltenen Fällen sogar zu einer Heilung des Vaginismus führen kann. Solche Fälle bleiben jedoch die Ausnahme [3].**

Durch eine frühzeitige Diagnose, einfühlsame Betreuung und individuelle Anpassung des Geburtsprozesses können Frauen mit Vaginismus optimal unterstützt werden, um sowohl ihre Ängste als auch potenzielle Risiken zu minimieren [10, 28].

## Wochenbett und Nachsorge bei Frauen mit Vaginismus

Nach der Geburt mangelt es häufig an systematischen Nachgesprächen, die essenziell für die Verarbeitung der Geburtserfahrung wären. Der häufige Wechsel des betreuenden Fachpersonals in der Geburtshilfe erschwert die Kontinuität der Betreuung und hinterlässt oft Lücken in der Nachsorge. Viele Frauen mit Vaginismus erscheinen nicht zur Nachkontrolle [25]. Daher ist es entscheidend, diese Frauen frühzeitig abzuholen, sie über die Diagnose aufzuklären und Möglichkeiten zur Therapie aufzuzeigen. Besonders wichtig ist es, die Diagnose Vaginismus klar zu kommunizieren, sodass die betroffenen Frauen nach dem Wochenbett gezielte Unterstützung in Anspruch nehmen können.

Häufig tritt mit der Geburt des Kindes der Vaginismus für die betroffenen Frauen in den Hintergrund. Doch die frühzeitige Diagnose und Unterstützung sind entscheidend, um langfristige Verbesserungen zu erzielen. Je früher Hilfsangebote gemacht und angenommen werden, desto nachhaltiger können sie wirken.

### Betreuungslücken schließen, Nachsorge verbessern

Derzeit erhalten Gynäkolog\*innen in der Schweiz meist nur knappe Geburtsberichte, die auf medizinische Fakten beschränkt sind. Detaillierte Informationen darüber, wie die Frau die Geburt erlebte, fehlen zumeist. Es existiert

keine standardisierte Nachsorge, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett systematisch miteinander verbindet. Ein strukturierter Informationsbogen, der die verschiedenen Phasen dokumentiert und den Austausch zwischen Fachpersonen erleichtert, ist bislang nicht etabliert. In anderen Ländern gibt es Ansätze, die als Vorbild dienen könnten. In Deutschland erhalten Schwangere den Mutterpass, der seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt wird und in dem der Verlauf der Schwangerschaft festgehalten wird [19]. In Österreich existiert seit 1974 der Mutter-Kind-Pass, der 2024 in Eltern-Kind-Pass umbenannt wurde, aktuell im Sozialministerium weiterentwickelt wird und ab 2026 in überarbeiteter Form implementiert werden soll [34]. Solche Dokumente könnten helfen, Lücken in der Betreuung zu schließen und die Nachsorge insbesondere für Frauen mit besonderen Bedürfnissen wie Vaginismus zu verbessern.

## Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen fassen die zentralen Erkenntnisse zusammen und bieten einen praxisnahen Leitfaden für die Betreuung von Frauen mit Vaginismus während Schwangerschaft und Geburt.

### Pränatale Untersuchungen

- Aufbau einer konstanten, vertrauensvollen Patient\*innenbeziehung
- Proaktive Kommunikation zu Sexualität und Ängsten
- Klare Erklärung und individuelles Tempo bei vaginalen Untersuchungen
- Einsatz von kleinen Spekula, Spiegeln oder transabdominalem Ultraschall
- Minimierung oder Verzicht auf vaginalen Untersuchungen

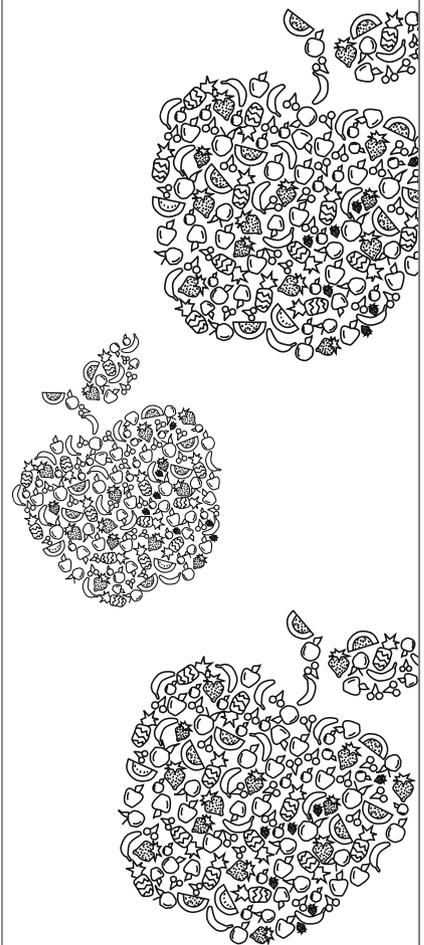
### Individuelle Geburtsvorbereitung

- Erstellung eines personalisierten Geburtsplans (Alternativen vorschlagen, Schmerzmanagement, Atemtechniken, Hypnose)
- Aufklärung zu Geburtsmodi und intrapartalen Abläufen
- Austausch mit Betroffenen zur Selbststärkung
- Anbieten von spezifischen Kursen für Frauen mit Vaginismus

### Geburtshilfe bei Vaginismus

- Kontinuierliche Betreuung mit klarer, empathischer Kommunikation
- Einbindung von interdisziplinären Fachpersonen wie Sexual- und Beckenbodentherapeut\*innen
- Beratungsstellen und Therapieangebot für Betroffene
- Weiterbildungen zum Thema Vaginismus für Fachpersonal
- Strukturierte Nachsorge mit Angeboten wie Akupunktur oder Selbsthilfegruppen
- Frühzeitige Erkennung psychischer Belastungen durch gezielte Reflexion

**Unsere E-Books.  
Gönnen Sie Ihrem  
E-Reader mal  
was Gesundes.**



**shop.thieme.de**  
und überall,  
wo's E-Books  
gibt

 **Thieme**

## Kontakt

Der **Verein Lichen Sclerosus** leistet europaweite Aufklärung zu Vulvakrankheiten in den Medien und in medizinischen Fachkreisen. Zudem vernetzt er die Betroffenen mit der Beratung. Links mit Fachartikeln und Erfahrungsberichten sowie zum Netzwerk Vulvodynie finden Sie unter [https://www.lichensclerosus.ch/de/vulvodynie\\_chronic\\_pelvic\\_pain](https://www.lichensclerosus.ch/de/vulvodynie_chronic_pelvic_pain) Kontakt zu **Selbsthilfegruppen für Vaginismus-Betroffene** in Deutschland, Österreich und der Schweiz können Sie per E-Mail aufnehmen:

- DE Mailadresse: [vaginismus.hilfe@gmail.com](mailto:vaginismus.hilfe@gmail.com)
- AT Mailadresse: [invisible.wall@gmx.at](mailto:invisible.wall@gmx.at)
- CH Mailadressen: [thevagstories.com](http://thevagstories.com), [thevagstories@gmail.com](mailto:thevagstories@gmail.com)

## Zusammenfassung und Ausblick

Vaginismus in Schwangerschaft und Geburt erfordert Sensibilität und Fachkenntnisse. Hebammen spielen eine Schlüsselrolle, indem sie Vertrauen aufbauen, Ängste reduzieren und individuelle Betreuung gewährleisten.

Da viele Frauen ohne Vaginismusdiagnose ins Gesundheitssystem kommen, ist es entscheidend, subtile Hinweise wie Stressreaktionen oder zögerliches Verhalten wahrzunehmen. Empathisches Handeln, proaktive Kommunikation und ein sensibles Vorgehen ermöglichen es, Unsicherheiten frühzeitig aufzufangen und gezielte Unterstützung anzubieten. Eine klare Kommunikation, personalisierte Geburtsvorbereitung und interdisziplinäre Zusammenarbeit, etwa mit Sexualtherapeut\*innen oder Beckenbodenexpert\*innen, sind unerlässlich, um eine hochwertige, patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten.

Standardisierte Leitlinien und größere Studien sind notwendig, um die Bedürfnisse von Frauen mit Vaginismus zu adressieren. Sensibilisierung, Fortbildung und interdisziplinäre Netzwerke können eine nachhaltige Betreuung fördern.

Parallel dazu ist die Enttabuisierung des Themas durch gesellschaftliche Aufklärung und Informationsmaterialien in medizinischen Einrichtungen notwendig, um Vaginismus bekannter zu machen. Individuelle Betreuungspläne, die auf die Bedürfnisse der Patientinnen eingehen und Alternativen wie Atemtechniken, Akupunktur oder Sophrologie einschließen, fördern die Selbstbestimmung der Betroffenen und tragen zu einer würdevollen Geburt bei.

Durch gezielte Maßnahmen wie die Vernetzung von Betroffenen, den Ausbau von Ressourcen und eine kontinuierliche Begleitung durch konstante Fachpersonen kann die Versorgung von Frauen mit Vaginismus optimiert werden. Eine interdisziplinäre, patientenzentrierte Betreuung ist der Schlüssel, um Lebensqualität und Geburtserfahrungen nachhaltig zu verbessern.

## Autorin



### Sarah Graf

MA Sexologie, ist Sexualberaterin und -therapeutin in selbstständiger Praxis in Zürich (Schweiz). Sie begleitet Menschen in allen Lebensphasen zu Themen rund um Sexualität, sexuelle Gesundheit und Beziehungsdynamik.

Neben ihrer therapeutischen Tätigkeit ist sie als

Freelancerin in Schulen und Institutionen aktiv und engagiert sich im Verein GummiLove für die Förderung sexueller Gesundheit und Rechte. Ende 2024 hat sie das Core Skill Training in Emotion Focused Therapy (EFT) für Paartherapie am Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Zürich (ISP) erfolgreich abgeschlossen und vertieft derzeit ihre Kenntnisse in Klinischer Sexologie am Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie (ZISS).

## Korrespondenzadresse

Sarah Graf  
ISP Zürich  
Grossmünsterplatz 6  
8001 Zürich  
Schweiz  
[mail@sarah-graf.ch](mailto:mail@sarah-graf.ch)

## Literatur

- [1] Achour R, Koch M, Zgueb Y et al. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 137–143. DOI: 10.2147/PRBM.S186950
- [2] Amherd C. Wenn die Liebe schmerzt: ein Selbsthilfebuch für Frauen, die unter Schmerzen beim Sex leiden. Books on Demand. 2011
- [3] Amrani WE. Le vaginisme: accompagner les femmes pour un meilleur vécu du per-partum: étude qualitative, par entretien semi-directif entre Mai et Juin 2022 auprès de 14 sages-femmes hospitalières de Moselle et de Meurthe-et-Moselle. *Médecine humaine et pathologie*. 2021; hal-04325907, version 1 (06-12-2023). Im Internet: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04325907/document>
- [4] Badiane MN. Je guéris du Vaginisme. Genf: Éditions Jouvence; 2022. Im Internet: <https://jeguerisduvaginisme.com/>
- [5] Briken P, Berner M. (Hg.). Praxisbuch sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme; 2013
- [6] Banerjee K, Singla B. Pregnancy Outcome of Home Intravaginal Insemination in Couples with Unconsummated Marriage. *J Hum Reprod Sci* 2017; 10: 293–296. DOI: 10.4103/jhrs.JHRS\_5\_17
- [7] Baril S, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Obstetric outcomes in women with vulvodynia or vaginismus. *Arch Gynecol Obstet* 2023; 308: 471–477. DOI: 10.1007/s00404-022-06669-z
- [8] Baril S, Marion A, Abenhaim HA. Obstetric outcomes in women with vulvodynia and vaginismus: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 2025; 311: 1–11. DOI: 10.1007/s00404-024-07871-x
- [9] Beier KM, Loewit KK. Praxisleitfaden Sexualmedizin – Von der Theorie zur Therapie. Berlin Heidelberg: Springer; 2011

- [10] Benabdejlil Y, Hakimi I, Guelzim K et al. Vaginisme Primaire, sexualité, grossesse et accouchement: Conduite à tenir à travers une observation avec revue de la littérature [Primary vaginismus, sexuality, pregnancy and delivery: Management of this condition through a case with literature rev. Int J Innovation and Scientific Res 2015; 18: 90–94
- [11] Bischof K. Vaginismus und Dyspareunie der Frau. In: Gehrig P, Bischof K (Hrsg). Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis. Zürich: Pfizer AG; 2010
- [12] Chaffai I, Desjardins L, Gourier J et al. Santé Sexuelle. La revue de l'institution Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins. 2013. Im Internet: [www.sexocorporel.com](http://www.sexocorporel.com)
- [13] Drenth JJ, Andriessen S, Heringa MP et al. Connections between primary vaginismus and procreation: some observations from clinical practice. J Psychosom Obstet Gynaecol 1996; 17: 195–201. DOI: 10.3109/01674829609025683
- [14] Eserdag S, Akalin EE. Evaluation of Characteristics and Clinical Outcomes of Vaginismus Treatment During Pregnancy. South Clin Ist Euras 2021; 32: 134–140. DOI: 10.14744/scie.2020.03411
- [15] Goldsmith T, Levy A, Sheiner E et al. Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. J Matern Fetal Neonatal Med 2009; 22: 863–866. DOI: 10.1080/14767050902994598
- [16] Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I. Female Sexual Pain Disorders. In: Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I (Eds.) Female Sexual Pain Disorders. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2009. DOI: 10.1002/9781444308136
- [17] Graf S. Vaginismus und Behandlungsansätze Wirkfaktoren zur Genesung eines Vaginismus sowie der Zustand sexueller Zufriedenheit vor und nach einer Behandlung, aufgezeigt anhand zwei unterschiedlicher Behandlungsansätze sowie qualitativer Befragungen von Fachleuten. Merseburg: Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg (Hrsg); 2022. Im Internet: [https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/94587/1/GrafSarah\\_Vaginismus\\_und\\_Behandlungsansaeetze.pdf](https://opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/94587/1/GrafSarah_Vaginismus_und_Behandlungsansaeetze.pdf)
- [18] Hartmann U. Sexualtherapie. In: Hartmann U (Ed.). Sexualtherapie. Berlin Heidelberg: Springer; 2013. DOI: 10.1007/978-3-662-54415-0
- [19] Hottenbacher L, Mangler M. Notfälle in der Schwangerschaft und Notfallgeburt. Notaufnahme Up2date 2024; 06: 289–312. DOI: 10.1055/a-2079-3194
- [20] Kurban D, Eserdag S, Yakut E et al. The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. Int J Reprod Contracept Obst Gyn 2021; 10: 1328–1336. DOI: 10.18203/2320-1770.ijrcog20211107
- [21] Kurniawati EM, Hardianto G, Paraton H et al. Pregnancy Following Treatment in Patients with Vaginismus in East Java Indonesia in 2022. J Obstet Gynecol Cancer Res 2023; 8: 541–544. DOI: 10.30699/jogcr.8.5.541
- [22] Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S et al. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Arch Sex Behav 2015; 44: 1537–1550. DOI: 10.1007/s10508-014-0430-z
- [23] Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R et al. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. Womens Health (Lond) 2010; 6: 705–719. DOI: 10.2217/whe.10.46
- [24] Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT et al. Management of Sexual Dysfunction in Men and Women. In: Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldi A, Perelman MA (Eds.). Management of Sexual Dysfunction in Men and Women: An Interdisciplinary Approach. New York: Springer; 2016. DOI: 10.1007/978-1-4939-3100-2
- [25] Mahishale A, Parikh Z. Knowledge and Awareness of Pelvic Floor Disorders and Rehabilitation in Postpartum Women: An Observational Study. J Health and Allied Sciences NU 2024; 3–6. DOI: 10.1055/s-0044-1788988
- [26] Möller L, Josefsson A, Bladh M et al. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. BJOG 2015; 122: 329–334. DOI: 10.1111/1471-0528.12946
- [27] Moss C, Skovronsky G, Holloway J et al. (086) MEDICAL GASLIGHTING AND VULVOVAGINAL PAIN DISORDERS. J Sexual Medicine 2024; 21: 37–48. DOI: 10.1093/jsxmed/qdae054.081
- [28] Müller JA, Stüssi SM. No entrance Betreuungsschwerpunkte bei Schwangeren mit Vaginismus. Winterthur: ZHAW digitalcollection; 2023 Im Internet: <https://digitalcollection.zhaw.ch/server/api/core/bitstreams/5e3444a5-168c-4d75-8fc5-7036c131856f/content>
- [29] Özçelik Eroğlu E, Yıldız Mİ, Türkoğlu Ö et al. High/severe fear of childbirth and related risk factors among pregnant women: is vaginismus a risk factor? J Obstet Gynaecol 2022; 42: 2860–2866. DOI: 10.1080/01443615.2022.2110459
- [30] Paul-Dehlinger R, Chatzistergiou K, Chanier JB et al. Impact of vaginismus on mode of delivery and obstetrical outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2024; 303: 288–293. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2024.10.056
- [31] Ramanathan V, Gautham K, Ramasubramaniam UM. Common Pitfalls in the Management of Vaginismus in Couples with Subfertility in India. J Psychosexual Health 2022; 4: 133–137. DOI: 10.1177/26318318221089600
- [32] Raveendran AV, Rajini P. Vaginismus: Diagnostic Challenges and Proposed Diagnostic Criteria. Balkan Med J 2024; 41: 80–82. DOI: 10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2022-9-62
- [33] Souza MDCB, Gusmão MCG, Antunes RA et al. Vaginismus in Assisted Reproductive Technology Centers: an invisible population in need of care. JBRA Assist Reprod 2018; 22: 35–41. DOI: 10.5935/1518-0557.20180013
- [34] Sozialministerium Österreich. Eltern-Kind-Pass. 2024. Im Internet: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/Eltern-Kind-Pass.html>
- [35] Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. Arch Sex Behav 1990; 19: 389–408. DOI: 10.1007/BF01541933
- [36] Zgueb Y, Ouali U, Achour R et al. Cultural aspects of vaginismus therapy: A case series of Arab-Muslim patients. Cognitive Behaviour Therapist 2019; 12. DOI: 10.1017/S1754470X18000119
- [37] Zulfikaroglu E, Yaman S. Obstetric outcomes of 297 women treated for vaginismus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2022; 276: 134–138. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.07.018

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 88–95  
 DOI 10.1055/a-2512-6781  
 ISSN 0932-8122  
 © 2025. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
 70469 Stuttgart, Germany

# Tokophobie und Selbstwirksamkeit – welchen Einfluss hat die Geburtsvorbereitung durch Hebammen?

Elisa Döring

Jede Schwangerschaft ist einzigartig, und jede Geburt ist ein prägendes Ereignis. Beides ist meist mit positiven Gefühlen verbunden. Der individuelle Verlauf jedoch macht viele Aspekte unvorhersehbar, was Unsicherheiten und Ängste hervorrufen kann. Nicht selten entwickelt sich daraus der pathologische Angstzustand der Tokophobie [1]. Mittlerweile ist Tokophobie in Deutschland die häufigste Ursache für eine primäre Sectio caesarea ohne gynäkologische Indikation [2].

## Tokophobie/Geburtsängste

### Definition

**tokophobie** – auch **Maieusiophobie** oder **Parturiophobie** genannt – ist eine intensive, unbegründete Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt [1]. Die Prävalenz liegt in westlichen Ländern zwischen 6,3% und 14,8%, die globale Prävalenz bei durchschnittlich 14% [2].

Es werden 2 Formen der Tokophobie unterschieden: Die **primäre tokophobie** betrifft Personen, die noch nie schwanger waren oder erstmalig schwanger sind. Die **sekundäre tokophobie** tritt bei Personen auf, die bereits traumatische Geburtserfahrungen erlebt haben [3].

Die sekundäre Tokophobie ist unbedingt von einer **posttraumatischen Belastungsstörung (PtBS)** abzugrenzen. Während Betroffene mit sekundärer Tokophobie Angst vor einer erneuten Schwangerschaft und Geburt empfinden, beziehen sich die Ängste von Personen mit PTBS auf die zurückliegende Geburt [4].

- Auffällige geburtshilfliche Anamnesen, z. B. ungewollte Schwangerschaften, Aborte [5], stille Geburten oder traumatische Geburtserfahrungen [1]
- Erfahrungen aus der Kindheit oder Adoleszenz, z. B. häusliche Gewalt oder sexueller Missbrauch [6]
- Soziokulturelle Einflüsse durch Erzählungen traumatischer Geburtserlebnisse von Familienangehörigen oder Freund\*innen sowie eine unzureichende familiäre Unterstützung [1]
- Soziale Medien und andere unreflektierte Informationsquellen, die falsche oder dramatisierte Informationen verbreiten [6]

Tokophobische Personen leiden unter typischen Stresssymptomen wie Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Alpträumen, Kopf- und Magenschmerzen [5] sowie Panikattacken. Präkonzeptionell neigen sie dazu, mehrere Kontrazeptiva zu missbrauchen oder sie beenden eine intakte Schwangerschaft. Während der Schwangerschaft empfinden sie häufig Scham- und Schuldgefühle, zudem sind sie vermehrt von Aborten, Frühgeburten und negativen Geburtserfahrungen betroffen [7]. Peripartal kommt es häufiger zu protrahierten Geburtsverläufen, stärkerem Wehenempfinden und medizinischen Interventionen [5].

## Ätiologie

Die Entwicklung einer Tokophobie ist komplex und multifaktoral. Wichtige Prädispositionen umfassen:

- Präexistente psychische Erkrankungen wie Ängste oder Depressionen [1]

Postpartal leiden tokophobische Personen vermehrt unter einer reduzierten psychischen Gesundheit wie bei PTBS oder Depressionen [8]. Ihre Kinder sind häufiger von physischen und kognitiven Entwicklungsstörungen betroffen. Tokophobische Personen haben nachweislich ein niedri-

ges Selbstbewusstsein und Vertrauen in ihre Fähigkeit, eine Schwangerschaft oder Geburt zu bewältigen [9].

## Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeit, 1977 von Albert Bandura entwickelt [10] und 1993 von Nancy K. Lowe im Kontext der Geburtshilfe angewendet [11], beschreibt den Glauben an die eigene Fähigkeit, bestimmte Ziele zu erreichen und so das eigene Leben zu beeinflussen [10]. Selbstwirksamkeit und Geburtsängste entwickeln sich konträr zueinander: Personen mit hoher Selbstwirksamkeit vertrauen in ihre Fähigkeit zur natürlichen Geburt und haben weniger Geburtsängste. Umgekehrt steigert ein niedrigeres Selbstwirksamkeitsgefühl die Ängste und Schmerzen bei der Geburt und erhöht das Risiko für geburtshilfliche Interventionen [11].

## Tokophobie – als Krankheit nicht klassifiziert

Das Problem: Derzeit ist das Krankheitsbild der Tokophobie weder im ICD-11 noch im DSM-5 separat definiert [4]. Seit 2015 zählt die Tokophobie im ICD-10 als „Phobische Angststörung, unspezifisch“ [6], wobei eine Abgrenzung zu generalisierten Angststörungen dringend erforderlich ist. Studien zeigen, dass prä- und postpartale Ängste unterschiedliche Krankheitsbilder sind [12]. Auch die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt behandelt Tokophobie nur marginal und verweist auf psychoedukative Therapien ohne klare Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung [13].

Die Folge: Tokophobie wird häufig zu spät erkannt. Gegenwärtig findet ein Großteil der Schwangerenversorgen in Deutschland bei Gynäkolog\*innen statt. Die Termine bieten jedoch häufig keinen zeitlichen und inhaltlichen Rahmen für vulnerable Themen [2]. Infolgedessen werden Tokophobien zu spät diagnostiziert und unzureichend behandelt.

## Die Rolle der Hebamme in der Schwangerenversorgung

Laut Ethikkodex des Deutschen Hebammenverbands von 2018 gehört es zu den Kernaufgaben von Hebammen, die physiologischen Aspekte der Schwangerschaft zu vermitteln und das Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit zu stärken [14]. Studien zeigen, dass Gespräche mit Hebammen angstlindernd wirken und die Selbstwirksamkeit fördern können [2]. Infolgedessen könnte eine frühzeitige Diagnostik und gezielte Betreuung – auch durch interdisziplinäre Zusammenarbeit – ein positives Geburtserlebnis für tokophobische Personen ermöglichen. Diagnostische Instrumente sind verfügbar, werden jedoch hauptsächlich in der Forschung eingesetzt [4].

*Gespräche mit Hebammen lindern die Angst vor der Geburt und fördern das Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit. Hebammen können Frauen mit Tokophobie in der Schwangerenversorgung frühzeitig erkennen, gezielt betreuen und ihnen ein positives Geburtserlebnis ermöglichen.*

## Messinstrumente für Geburtsängste

Die Abgrenzung der physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsangst zur Tokophobie gestaltet sich grundsätzlich als anspruchsvoll. Für die Diagnostik stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung:

Der **Wijma Delivery expectancy/experience Questionnaire (W-DeQ)** findet derzeit am häufigsten in der Forschung und Praxis Anwendung. Durch insgesamt 66 Items des Fragebogens werden sowohl präpartale (W-DEQ A) als auch postpartale Geburtsängste (W-DEQ B) eingeschätzt. Der Cronbachs-Alpha-Koeffizient beträgt für alle Paritäten 0,93, was für eine sehr hohe Zuverlässigkeit des W-DEQ zur Ermittlung von Geburtsängsten spricht [15].

Der **Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised 2 (PRAQ-R2)** beleuchtet 3 Angstdimensionen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: die Angst vor der Geburt, die Angst um die Gesundheit des Kindes und die Angst vor körperlichen Veränderungen. Trotz seiner Kompaktheit scheint er mit einem Cronbachs-Alpha-Koeffizienten von 0,85 ein valides Diagnostikinstrument für Tokophobien darzustellen [12].

Die im Jahr 2023 durch Weigl et al. erweiterte **Pregnancy-Related Anxiety Scale (PrAS)** umfasst 8 Dimensionen. Sie gilt als zuverlässig (Cronbachs Alpha: 0,90) und scheint geeigneter zu sein, da sie Tokophobien noch differenzierter abbildet [16].

## Messinstrumente für die Selbstwirksamkeit

Das **Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)**, 1993 von Nancy K. Lowe entwickelt, misst das Selbstwirksamkeitsempfinden schwangerer Personen bezüglich ihrer Geburt. Der Fragebogen umfasst 62 Items, die die Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartung während der Eröffnungs- und Austrittsphase erfassen. Höhere Werte zeigen ein stärkeres Selbstwirksamkeitsempfinden an. Das Instrument bietet eine hohe Zuverlässigkeit (Cronbachs Alpha zwischen 0,88 und 0,94) [11].

## Womit Hebammen ein positives Schwangerschafts- und Geburtserlebnis ermöglichen

Die Autorin beschäftigte sich in ihrer Bachelorarbeit mit der Frage, welche Maßnahmen der Hebammenarbeit im Rahmen der Schwangerenvorsorge nachweislich zu einem positiven Schwangerschafts- und Geburtserlebnis führen. Dabei lag der Fokus darauf, welche Auswirkungen gezielte Maßnahmen auf die Geburtsangst (primäres Forschungsziel) und auf die Selbstwirksamkeit (sekundäres Ziel) haben.

Trotz des zunehmenden empirischen und praktischen Interesses in den vergangenen 30 Jahren bleibt Tokophobie ein unterschätztes und wenig priorisiertes Gesundheitsproblem. Einige Studien bestätigen den positiven Effekt präpartaler Interventionen wie von Geburtsvorbereitungskursen, psychoedukativen Schulungen sowie kognitiv-behavioralen Therapien auf Geburtsängste und das Selbstwirksamkeitsgefühl [9]. Allerdings fehlen evidenzbasierte Handlungsempfehlungen. Bisherige Studien konzentrieren sich überwiegend auf die Reduktion der Sectiorate anstelle der eigentlichen Reduktion von Geburtsängsten [7]. Zudem wurde in vielen Studien nicht durch Hebammen, sondern durch andere Fachkräfte wie Gynäkolog\*innen, Psycholog\*innen oder Anästhesist\*innen interveniert.

### Met Ho DiK

Das gewählte Studiendesign eines integrativen Reviews ermöglichte einen umfassenden Überblick über das Gesundheitsproblem und den aktuellen Forschungsstand zur Thematik Tokophobie. Nach einer Literaturrecherche zwischen März und Mai 2024 wurden Primärstudien mit qualitativen und quantitativen Ansätzen ausgewählt, die eine Stichprobengröße von mindestens 50 Proband\*innen aufwiesen und in denen Tokophobie mittels W-DEQ diagnostiziert wurde. Es wurden nur Studien berücksichtigt, in denen ausschließlich Hebammen intervenierten, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Qualitätsbewertung der Studien erfolgte mithilfe des Mixed Methods Appraisal Tools (MMAT) [17].

## Ergebnisse

In das Review wurden 11 englischsprachige Primärstudien zwischen 2014 und 2021 aufgenommen, darunter 8 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und 3 quasi-experimentelle Studien. Insgesamt nahmen 1546 Proband\*innen teil, von denen 1184 (76,58%) die Studien vollständig beendeten. 8 Studien beinhalteten ausschließlich Nulliparae, während in 3 Studien auch Pluri- und Multiparae einbezogen wurden.

7 Studien untersuchten die Wirkung von Geburtsvorbereitungskursen, die entweder klassisch [8, 18, 19, 20] oder in Kombination mit Meditationsübungen [21], Kunsttherapie [22] oder realitätsnahen Simulationstrainings [23] durchgeführt wurden. Diese Kurse fanden zwischen 4- und 9-mal statt, mit einer Dauer von 70 bis 240 Minuten pro Sitzung und sie wurden 1- bis 2-mal wöchentlich im Gruppenformat angeboten. 1 Studie ließ den Probanden die Wahl zwischen Einzel- oder Gruppensitzungen [22].

6 Studien bestätigten einen positiven Effekt der Geburtsvorbereitungskurse auf die Reduktion der Schwangerschafts- und Geburtsangst. Die Kombination von Geburtsvorbereitung und Kunsttherapie zeigte jedoch keine signifikante Angstreduktion. 4 Studien dokumentierten zusätzlich eine Steigerung der Selbstwirksamkeit nach der Teilnahme [8, 19, 20, 23].

3 Studien untersuchten das BELIEF-Protokoll (kurz für: Birth Emotions: Looking to Improve Expectant Fear), eine psychoedukative Intervention speziell zur Reduktion von Tokophobie. Dabei erhalten schwangere Personen die Möglichkeit, ihre Ängste und Gedanken zur Schwangerschaft und Geburt in einem strukturierten Gesprächsrahmen zu äußern [3, 24, 25]. Die Gespräche fanden persönlich oder telefonisch statt, mit 2 bis 8 Einzelberatungen zwischen der 24. und 36. SSW. Alle 3 Studien zeigten eine signifikante Angstreduktion, und 2 Studien dokumentierten zusätzlich eine erhöhte Selbstwirksamkeit durch den Einsatz des BELIEF-Protokolls [24, 25].

Abschließend untersuchte 1 Studie die Wirksamkeit lösungsorientierter Beratungen [5], in denen Schwangere in 5 wöchentlichen Einzelberatungen (jeweils 60 Minuten) dazu ermutigt wurden, proaktive Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Auch diese Intervention führte zu deutlich niedrigeren Angstwerten nach der Beratung.

## Ausblick für die Praxis

Tokophobie sollte als eigenständiges Krankheitsbild im ICD-11 oder DSM-5 kodiert werden. Eine daraus resultierende einheitliche Definition würde die Diagnostik und Ermittlung von Prävalenzen erleichtern sowie standardisierte Behandlungsansätze ermöglichen, auch wenn dies durch die multifaktorielle Ätiologie erschwert ist [16].

Hebammen sollten unverzüglich in der standardisierten Nutzung und Auswertung entsprechender Messinstrumente sowie in tokophobiespezifischen Behandlungen ausgebildet werden. Dadurch können die Sensibilität für Betroffene gesteigert und eine Enttabuisierung des Krankheitsbildes der Tokophobie erreicht werden.

Regelmäßige präpartale Maßnahmen wie Geburtsvorbereitungskurse in Kombination mit Meditationen oder Simulationstrainings, psychoedukative und lösungsorientierte Be-

rationen können ein großes Maß an Vertrauen schaffen, die Selbstwirksamkeit stärken und Ängste abbauen.

Betroffene sollten entsprechend des Shared Decision Making aktiv in die Wahl der Behandlungsoptionen einbezogen werden. Eine Kombination aus Einzel- und Gruppentreffen [2] sowie eine differenzierte Betreuung je nach Parität bietet sich an, da sich die Bedürfnisse von Betroffenen mit primärer oder sekundärer Tokophobie unterscheiden [9].

*Hebammen sollten in der standardisierten Messung und Behandlung der Tokophobie ausgebildet werden. Sie sollten die Gebärende aktiv in die Wahl der Behandlung einbeziehen und diese an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.*

### Ausblick für die Forschung

Es gibt derzeit nur wenige vergleichbare qualitativ hochwertige Studien zur Tokophobie, da die Wahl an Behandlungsmöglichkeiten und Messinstrumenten zu stark variiert. Zukünftige Studien sollten homogener sein und größere, heterogenere Stichprobengrößen umfassen. In

Deutschland wurden die kulturellen Bedürfnisse tokophobischer Personen bisher wenig erforscht. Diese sollten zunehmend wissenschaftlich beleuchtet werden. Die zukünftige Forschung sollte auch Tokophobien von Angehörigen – insbesondere Partnerpersonen – untersuchen und passende Diagnostikinstrumente entwickeln, um einen holistischen Ansatz für die familiäre psychische Gesundheit zu fördern [16].

### Autorin



#### elisa Döring

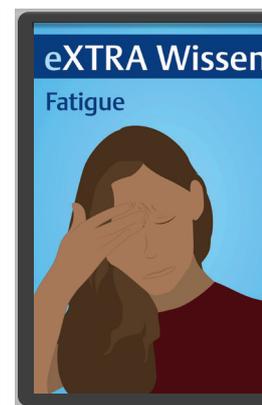
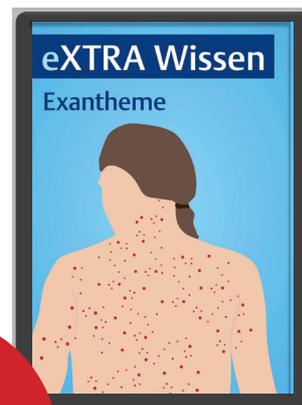
schloss ihre Ausbildung zur Hebamme am Städtischen Klinikum Dresden Neustadt 2015 ab. Seitdem arbeitet sie am St. Joseph Krankenhaus in Berlin Tempelhof, seit 2025 als stellvertretende Leiterin des Hebammen Kreißsaals. 2019 erwarb sie die Qualifikation zur Praxisanleiterin und 2024 den Bachelor of

Science Midwifery an der Evangelischen Hochschule Berlin (Quelle: Manuel Tennert)

### Korrespondenzadresse

Elisa Döring  
elisa.doering@sjk.de

## AUF DER ÜBERHOLSPUR INS FACHTHEMA



je **NUR**  
**19,99 €**

Direkt online  
Verfügbar

Diese und weitere Themen entdecken:  
[shop.thieme.de/extra-wissen](http://shop.thieme.de/extra-wissen)

## Literatur

- [1] Mandal S, Santosh SB, Km S et al. A review on prevalence of tokophobia: Fear of childbirth, diagnosis & its management approaches. *NeuroQuantology* 2022; 20: 5918–5927. DOI: 10.14704/nq.2022.20.8.NQ44618
- [2] Striebich S, Ayerle GM. Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie. *GMS Z Hebammenwiss* 2020; 7: Doc01. DOI: 10.3205/zhwi000015
- [3] Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA et al. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *J Educ Health Promot* 2017; 6: 97. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_172\_16
- [4] Jomeen J, Martin CR, Jones C. Tokophobia and fear of birth: a workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol* 2021; 39: 2–15. DOI: 10.1080/02646838.2020.1843908
- [5] Mortazavi F, Mehrabadi M, Karrabi R. Effectiveness of Solution-Focused Counseling Therapy on Pregnancy Anxiety and Fear of Childbirth: A Randomized Clinical Trial. *NPT* 2021; 8: 244–254. DOI: 10.18502/npt.v8i3.5939
- [6] O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS et al. Tocophobia – the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2015; 25: 175–177. DOI: 10.1016/j.ogrm.2015.03.002
- [7] O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P et al. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev* 2021; 7: CD013321. DOI: 10.1002/14651858.CD013321.pub2
- [8] Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016; 34: 166–172. DOI: 10.1016/j.midw.2015.11.016
- [9] Stoll K, Swift EM, Fairbrother N et al. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth* 2018; 45: 7–18. DOI: 10.1111/birt.12316
- [10] Bandura A. Self Efficacy. In: Ramachaudran VS (Hrsg.). *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4). New York: Academic Press; 1994: 71–81
- [11] Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 219–224. DOI: 10.3109/01674820009085591
- [12] Mudra S, Göbel A, Barthel D et al. Psychometric properties of the German version of the pregnancy-related anxiety questionnaire-revised 2 (PRAQ-R2) in the third trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19: 242. DOI: 10.1186/s12884-019-2368-6
- [13] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin: AWMF Register Nr. 015/083. Berlin: AWMF Online; 2021. Im Internet: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>; Abruf am 22.03.2024
- [14] Deutscher Hebammenverband. Leitbild des Deutschen Hebammenverbandes. 3. Aufl. (03/2018). Im Internet: [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/09/180314\\_DHV\\_Leitlinien\\_2018\\_web.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/09/180314_DHV_Leitlinien_2018_web.pdf); Abruf am 10.06.2024
- [15] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 84–97. DOI: 10.3109/01674829809048501
- [16] Weigl T, Brunton R, Dryer R et al. Validation of the German version of the pregnancy-related anxiety scale (PrAS): psychometric properties across all trimesters of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023; 23: 472. DOI: 10.1186/s12884-023-05787-z
- [17] Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information* 2018; 34: 285–291. DOI: 10.3233/EFI-180221
- [18] Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y et al. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev* 2016; 63: 60–67. DOI: 10.1111/inr.12223
- [19] Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H et al. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res* 2016; 32: 227–232. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.07.013
- [20] Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res* 2021; 30: 818–829. DOI: 10.1177/1054773820916984
- [21] Veringa-Skiba IK, de Bruin EI, van Steensel FJA et al. Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth* 2022; 49: 40–51. DOI: 10.1111/birt.12571
- [22] Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K. Art Therapy and Counseling for Fear of Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Art Therapy* 2020; 37: 123–130. DOI: 10.1080/07421656.2020.1721399
- [23] Dai L, Shen Q, Redding SR, Ouyang YQ. Simulationbased childbirth education for chinese primiparas: a pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2021; 104: 2266–2274. DOI: 10.1016/j.pec.2021.02.036
- [24] Toohill J, Fenwick J, Gamble J et al. A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth* 2014; 41: 384–394. DOI: 10.1111/birt.12136
- [25] Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S et al. The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20: 522. DOI: 10.1186/s12884-020-03230-1

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 96–100  
 DOI 10.1055/a-2512-6926  
 ISSN 0932-8122  
 © 2025. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
 70469 Stuttgart, Germany

# Neugeborenenensepsis im häuslichen Wochenbett und die Rolle der Hebamme

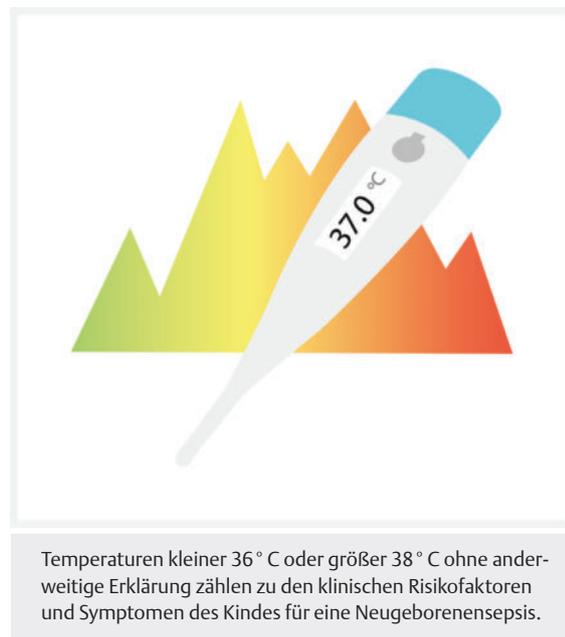
Christine Wehrstedt

Neugeborenenensepsis ist eine seltene, jedoch lebensgefährliche Komplikation im häuslichen Wochenbett. Fehleinschätzungen der Diagnose stellen einen erheblichen Risikofaktor für kindliche Morbidität und Mortalität dar. Dies unterstreicht die Bedeutung der Kenntnis über Risikofaktoren, Symptome, Handlungsbedarf und Therapie. Hebammen müssen je nach Verdachtsgrad des jeweiligen Falls die korrekte Handlungskaskade einleiten. Die relevanten AWMF-Leitlinien hierzu sind aktuell in Überarbeitung, und eine Aktualisierung liegt noch nicht vor [1]. Da in diesem Artikel der Schwerpunkt auf dem häuslichen Wochenbett liegt, richtet sich der Fokus auf Symptome und die sich daraus ergebende Handlungsimperative anstelle von Laborparametern und Therapie in der Klinik.

## Einleitung

Es gibt keine international klar konsentrierte Definition für die Neugeborenenensepsis [2]. Zudem ist die Diagnose nicht über einen Einzelparameter möglich, da es sich um eine generalisierte Entzündungsreaktion des Körpers bzw. um das Systemic Inflammatory Response Syndrome (systemisches inflammatorisches Antwortsyndrom, SIRS) handelt [3]. Dessen Symptome in Kombination mit gesichertem oder starkem Verdacht auf Infektion reichen aus, um entsprechende Therapieformen einzuleiten [4]. Als Erreger kommen vornehmlich Bakterien, aber auch Viren und Pilze sowie deren Toxine infrage.

Ursachen im Vorfeld zu eruieren und prophylaktisch zu eliminieren, gelingt noch nicht so zuverlässig wie gewünscht. Das aktuell in Deutschland empfohlene Schema zur Streptokokken-Diagnostik in der Schwangerschaft und nachfolgender Antibiotikaprophylaxe unter der Geburt resultiert in unbefriedigend hohen Raten an Übertherapien mit fraglichem Nutzen [1, 5]. Kuld et al. [6] fordern deshalb: „Die Wertigkeit des mütterlichen Abstriches zur Identifikation neonataler Sepsiserreger muss kritisch hinterfragt werden. Wahrscheinlich ist es sinnvoller, die Diagnostik beim Neonaten zu beginnen und sich auf diese Untersuchungsergebnisse zu konzentrieren“. Das zeigt, wie wichtig die Beobachtung der Vitalität Neugeborener ist, um gefährdete Kinder rechtzeitig herauszufiltern.



## Frühe versus späte Neugeborenenensepsis

Die Eingruppierung der Neugeborenenensepsisformen erfolgt nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens. Die Early-onset Sepsis (frühe Sepsis, EOS) tritt in den ersten 72 Stunden – meist innerhalb von 24 Stunden – nach der Geburt auf. Im Zusammenhang mit B-Streptokokken wird jedoch teilweise ein Auftreten innerhalb der ersten 7 Tage nach der Geburt als früh definiert [4]. Die EOS betrifft 60% aller

Neugeborenensepsisfälle. Vor Einführung der Streptokokken-Prophylaxe traten 80 % der Erkrankungen in diesem Zeitraum auf. Als Late-onset Sepsis (späte Sepsis, LOS) ist ein Auftreten später als 72 Stunden postpartal definiert. Unabhängig von der zeitlichen Definition ist die Systemerkrankung stets lebensbedrohlich.

Inzwischen ist die die Late-onset-Gruppe von 20 % auf 40 % der Fälle angestiegen. Dies verdeutlicht eine Verschiebung der Anteile weg von der frühen hin zur späten Sepsis und erhöht die Relevanz für das häusliche Wochenbett. Ein besonderes Augenmerk liegt auf frühen Entlassungen bei anamnestisch und klinisch unauffälligen Kindern. Bei außerklinischer Geburtshilfe ist ohnehin die gesamte Zeitspanne abzudecken.

In Ländern mit hohem medizinischen Standard betrifft eine Neugeborenensepsis je nach Statistik 1–8 Kinder auf 1000 Lebendgeburten. In der Gruppe der Frühgeborenen mit einem Gewicht unter 1500 g sind es 1,5 %. Dennoch handelt es sich bei insgesamt 80 % der septischen Kinder um Reifgeborene, da deren Gesamtkollektiv viel höher ist [4]. In absoluten Zahlen stellen sie deshalb das Gros der Patient\*innen, insbesondere im häuslichen Umfeld [4].

Durch ihren raschen Verlauf weist die Neugeborenensepsis weiterhin eine hohe Komplikationsrate mit insgesamt etwa 34 % Langzeitschäden und 4 % Sterblichkeit auf. Die neurologischen Schäden sind vor allem nach einer durch B-Streptokokken verursachten Meningitis (GBS-Meningitis) mit 25 % leichter bis mittlerer und 19 % schwerer Ausprägung oft irreversibel und können bei Überleben die Lebensqualität für Kind und Familie erheblich schädigen. Insgesamt ist die Neugeborenensepsis für 10 % der perinatalen Sterblichkeit verantwortlich [5].

## Infektionswege und prophylaktische Maßnahmen

Eine späte Sepsis wird bei nicht primär stationär auf einer Intensivstation aufgenommenen Kindern in der Regel durch eine Keimübertragung aus dem Umfeld ausgelöst. Im Erregerspektrum sind am häufigsten *Escherichia coli*, B-Streptokokken und Staphylokokken die verursachenden Keime [4]. Übertragungswege gibt es sowohl im pränatalen Bereich als auch nach der Geburt. Die frühesten Symptome werden dabei durch eine intrauterine Übertragung provoziert. Damit kommen als Übertragungswege der mütterliche Körper, jegliche Kontaktinfektion durch familieneigene und -fremde Mitmenschen sowie die nosokomiale Infektion in der Klinik infrage. Sepsis durch eine Übertragung nach der Geburt kann dabei nicht nur in der Neugeborenenphase auftreten, sondern auch nach den ersten 4 Wochen bis hin zu Monaten. Das verdeutlicht die Bedeutung von Hygienemaßnahmen. Insgesamt sind auch hier Frühgeborene überrepräsentiert und umso häufiger betroffen, je früher sie geboren wurden und je weniger sie wogen [7].

Die einfachste Sepsisprophylaxe besteht in der Beachtung von Hygienemaßnahmen, insbesondere rund um den Nabel. Bei Anwesenden mit Halsschmerzen ist an eine mögliche Streptokokken-Infektion zu denken, und entsprechende Kontakte daher zu vermeiden. Eine große Bedeutung kommt normaler Handhygiene zu. Dennoch lassen sich die Übertragungswege nicht immer aufklären, und es bestehen weitere offene Fragen in der Pathogenese: welche Kinder warum im Individualfall teilweise trotz intrapartaler Prophylaxe schwer erkranken und andere bei derselben Exposition nicht.

Muttermilchernährung ist eine weitere wichtige Säule: insbesondere am Anfang ausschließliches Stillen und Kolostrium für den Erstkontakt des Darms mit Nahrungsmitteln. Neben schlechter Hygiene findet sich nämlich unter den Hauptursachen Formulaernährung – auch bei Teilstillen – insbesondere, wenn das Neugeborene vor dem ersten Stillen andere Nahrung als Muttermilch erhält.

## Einordnung von Symptomen und Handlungskonsequenzen

Das wichtigste Kriterium zum rechtzeitigen Erkennen und adäquaten Therapiebeginn bleibt bislang ein sicherer Umgang mit korrekter Symptominterpretation. Der NICE Quality Standard QS75 „Neonatal infection“ beinhaltet eine Liste als Diagnosehilfe, ob es sich bei einem Komplex aus Symptomen und anamnestischen Risikofaktoren mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine Sepsis oder gegebenenfalls eine andere Erkrankung handelt [7]. Die beiden Kategorien werden wiederum in Red Flags und Non Red Flags unterteilt. Die Non Red Flags sind hierbei nicht im Sinne von harmlosen Hinweisen zu verstehen, sprechen jedoch weniger eindeutig für das Vorliegen einer Sepsis. Sie bedeuten vielmehr, dass gegebenenfalls andere Ursachen hinter den jeweiligen Symptomen stehen könnten.

In ► **Tab. 1** sind belegte anamnestische Risikofaktoren für die frühe Neugeborenensepsis aufgeführt. Ein Teil davon trifft auch auf die späte Variante zu. Hinweise mit Red Flags betreffen Faktoren, die mit einer bereits um den Geburtszeitpunkt bestehenden Abwehrreaktion des Körpers zusammenhängen. Systemische Infektionszeichen unter der Geburt werden als Red Flags eingestuft.

Bedeutender sind die klinischen Symptome und Risikofaktoren des Kindes selbst (► **Tab. 2–4**). Für eine übersichtliche Darstellung einer Neugeborenensepsis des NICE Quality Standards QS75 sind die Übersichten hier in Kategorien und Organsystemen tabellarisch sortiert.

Eine auffällige frühzeitige Veränderung des Allgemeinzustands betrifft insbesondere allgemeine Schlappeheit. Neben Fieber kann ebenso Untertemperatur auftreten, aber auch Normaltemperatur bestehen bleiben. Es ist wichtig, die Eltern hierüber aufzuklären, da sie in aller

► **Tab. 1** Anamnestische Risikofaktoren für Neugeborenensepsis.

Risikofaktoren	Red Flag (RF)
B-Streptokokken-Infektion bei einem vorhergehenden Kind	–
Mütterliche B-Streptokokken-Kolonisierung; Bakteriurie oder Infektion in vorhergehender oder aktueller Schwangerschaft	–
Klinische Anzeichen einer Chorioamnionitis	–
Frühgeburt nach spontanem Wehenbeginn (<37. Woche)	–
Blasensprung > 18 Stunden bei Frühgeburt; Blasensprung > 24 Stunden vor Wehenbeginn bei reifem Kind	–
Intrapartales Fieber > 38° C bei – auch Verdacht auf – bakterieller Infektion	–
<b>Therapeutische (nicht: prophylaktische) Antibiotikagabe aufgrund invasiver Infektionen während, 24 Stunden vor oder nach Geburt; Chorioamnionitis</b>	<b>RF</b>
<b>Verifizierte oder vermutete Infektion eines Geschwisterkindes bei Mehrlingen</b>	<b>RF</b>

► **Tab. 2** Klinische Risikofaktoren und Symptome für Neugeborenensepsis (1).

	Risikofaktoren/Symptome	Red Flag (RF)
Allgemeinzustand	Verhalten oder Reaktionsfähigkeit verändert/reduziert; Lethargie	–
Allgemeinzustand	Muskeltonus verändert: <b>Schlappheit</b>	–
Allgemeinzustand	<b>Temperatur:</b> <36° C oder >38° C ohne anderweitige Erklärung	–
Atmung	Atemnotanzeichen; <b>Tachypnoe</b> >50/Minute; Nasenflügeln; <b>Einziehen; Stöhnen</b>	–
<b>Atmung</b>	<b>Atemnot mehr als 4 Stunden nach der Geburt; Apnoe</b>	<b>RF</b>
Atmung	Hypoxie: Zentralisierung, <b>Blässe/Zyanose</b> oder O <sub>2</sub> -Sättigungsmangel	–
Atmung	Verlängerte Capillary Refill Time (CRT) >3 Sekunden; nach 5 Sekunden Kompression; ab Tag 7 CRT >2 Sekunden pathologisch	–
<b>Atmung</b>	<b>Beatmungspflichtiges frühgeborenes Kind</b>	<b>RF</b>
<b>Atmung</b>	<b>Beatmungspflichtiges reif geborenes Kind</b>	<b>RF</b>
<b>Atmung/Herz-Kreislauf-System</b>	<b>Reanimationspflichtiges Kind nach Geburt/cerebroplazentare Ratio (CPR)</b>	<b>RF</b>

► **Tab. 3** Anamnestische Risikofaktoren und Symptome für Neugeborenensepsis (2).

	Risikofaktoren/Symptome	Red Flag (RF)
Gerinnung	Starke Blutung; Thrombozytopenie; Koagulationsstörungen	–
Harntrakt	<b>Oligurie</b> >24 Stunden postpartal	–
Harntrakt	Harnwegsinfektion bei Late-onset Sepsis	–
Haut	<b>Hautblässe; Marmorierung; Petechien; Hautdefekte; Rötungen an Punktionsstellen; kalte Haut</b>	–
Haut	<b>Nabelinfektion</b>	–
Herz-Kreislauf-System	<b>Bradykardie; Tachykardie</b>	–
Herz-Kreislauf-System	Persistierende fetale Zirkulation (PFC; pulmonal-arterielle Hypertonie)	–
Herz-Kreislauf-System	Hypotonie; Hypertonie	–
Herz-Kreislauf-System// Allgemeinzustand	<b>Schockanzeichen</b>	<b>RF</b>

► **Tab. 4** Anamnestische Risikofaktoren und Symptome für Neugeborenensepsis (3).

	Risikofaktoren/Symptome	Red Flag (RF)
<b>Ikterus</b>	Hyperbilirubinämie innerhalb 24 Stunden postpartal	–
Magen-Darm-Trakt	<b>Trinkschwäche; Nahrungsverweigerung</b>	–
Magen-Darm-Trakt	Nahrungstoleranz: <b>Erbrechen</b> , Magenaspirate, abdominale Spannung	–
Stoffwechsel	Hypoglykämie (< 35 mg/dl) oder Hyperglykämie (> 150 mg/dl) ohne andere erkennbare Ursache	–
Stoffwechsel	Metabolische Azidose/Übersäuerung (mind. 10 mmol/l)	–
ZNS	Enzephalopathiezeichen	–
<b>ZNS</b>	<b>Krämpfe/Zittern</b>	<b>RF</b>

► **Tab. 5** Zusammenfassung Red Flags.

Risikofaktoren/klinische Hinweise mit Red Flags
<i>Therapeutische</i> (nicht: prophylaktische) Antibiotikagabe aufgrund invasiver Infektionen während, 24 Stunden vor oder nach Geburt; Chorioamnionitis
Verifizierte oder vermutete Infektion eines Geschwisterkindes bei Mehrlingen
Atemnot mehr als 4 Stunden nach der Geburt; Apnoe
Beatmungspflichtiges reif geborenes Kind
Reanimationspflichtiges Kind nach Geburt/cerebroplazentare Ratio (CPR)
Schockanzeichen
Krämpfe/Zittern
Schwer krankes Erscheinungsbild ohne erkennbare Ursache

► **Tab. 6** Leitsymptome der Neugeborenensepsis/des Systemischen inflammatorischen Antwortsyndroms (SIRS).

Unspezifisch analog zu SIRS, ggf. zunächst schwach ausgeprägt	Zusätzlich/alternativ
Hypo-/Hyperthermie	Apnoen mit Sättigungsabfall; Einziehen
<b>Tachypnoe</b> (zu schnelle Atmung > 50/Minute bei reifen Neugeborenen)	Hypotonie
<b>Tachykardie</b> (Puls > 170)	Ikterus
Bradykardie (Puls < 90)	Erbrechen; Durchfall
Trink- und Saugunlust	Abdominelle Abwehrspannung
Verminderte Spontanaktivität	Blässe; graue Haut; Petechien
	Schlaffheit; Lethargie
	Zittern

Regel Fieber mit gefährlichen Infekten verbinden und kein oder geringes Bewusstsein für die Gefahren der Untertemperatur haben. Auch die Eltern können Atemauffälligkeiten registrieren. Für den häuslichen Bereich sind hier vor allem Einziehen, Tachypnoe über 50 Atemzüge pro Minute sowie Stöhnen und Blässe zu betonen, wenn weitere diagnostische Hilfsmittel nicht zur Verfügung stehen.

Fehlende Urinausscheidung ebenso wie auffällige Hautveränderungen einschließlich Nabelinfektionen lassen sich auch im häuslichen Umfeld ohne Hilfsmittel gut wahrnehmen, wohingegen Pulsveränderungen das Abhören des Kindes notwendig machen. Als generell stark auffällig gelten Schockanzeichen.

Des Weiteren sind Symptome wie schwerer und früh auftretender Ikterus sowie ausgeprägte Trinkschwäche oder Erbrechen gut erkennbar. Eine Abwehrspannung des Bauches erfordert die Gesamtbetrachtung des Kindes und kann an einem Tag, an dem das Kind nicht gewogen und eventuell nicht ganz ausgezogen wird, leicht übersehen werden. Zittern und Krämpfe dagegen lassen sich schwerlich übersehen.

► **Tab. 5** fasst die Red Flags und damit die wichtigsten Hinweise auf eine Neugeborenensepsis zusammen.

Auf der Webseite von Global Health Media gibt es einen kostenfreien Film, der die Symptome der Neugeborenensepsis besonders in den Filmminuten 1–3 eindrücklich darstellt: [www.globalhealthmedia.org/videos/sepsis](http://www.globalhealthmedia.org/videos/sepsis) [8].

Eine späte Sepsis manifestiert sich häufig als Meningitis oder Pneumonie, wobei vor allem die Meningitis eine hohe Rate an schweren neurologischen Langzeitschäden aufweist [9, 10].

Nach dem Schema der Neonatal Sepsis Management Guidelines [10] ist ein Kind bei Auftreten von 1 Red Flag oder mindestens 2 Non Red Flags behandlungsbedürftig. Dabei ist irrelevant, aus welchen Kategorien sich diese zusammensetzen: anamnestisch, klinisch oder eine Kombination aus beiden.

Frühsymptome beider Sepsisformen können zunächst unspezifisch und schwach ausgeprägt sein, wobei es bei früher Sepsis eher zu einem raschen Verlauf kommt (► **Tab. 6**). Alle diese Symptome können einzeln harmlos und vorübergehend sein, in Kombination gilt jedoch: je mehr davon, desto verdächtiger. Insbesondere bei der Kombi-

nation von Tachypnoe und Tachykardie darf nicht über Nacht unbeobachtet abgewartet oder ähnlich zögerlich vorgegangen werden.

Ein einfaches diagnostisches Mittel ist zudem die kapilläre Auffüllzeit, die CRT: Dabei wird beim Neugeborenen am Sternum 5 Sekunden die Haut komprimiert und die Zeit gemessen, bis die Haut wieder rosig ist. Vor dem 7. LT sind bis zu 3 Sekunden tolerierbar, nach der ersten Woche gelten 2 Sekunden als normal. Eine verlängerte CRT ist mit einer vierfachen Morbidität assoziiert. Allerdings lässt im Umkehrschluss eine normale CRT nicht auf einen gesunden Zustand schließen. Dieses aussagekräftige Symptom kann ohne technische Hilfsmittel erfasst werden und ist damit im häuslichen Setting von großer Bedeutung.

Eine Fehleinschätzung der Situation kann eine erhebliche Prognoseverschlechterung nach sich ziehen und ein scheinbar gesundes Kind mit leichter Symptomatik über wenige Stunden todkrank werden.

## Verlegung von Kindern mit Sepsis

Trifft die Hebamme im häuslichen Umfeld ein Kind mit Red Flags oder sonstiger schwerer Symptomatik an, sind diese in der Regel nicht zu übersehen und erfordern ein sofortiges Handeln. In einem bereits kritischen Zustand ist ein Eigentransport durch die Eltern nur in Ausnahmefällen anzuraten, wenn kein Rettungstransport in adäquater Zeit zur Verfügung steht. Bei hoch kritischem Zustand sollte die Hebamme über aktuelle Reanimationskenntnisse verfügen. Entsprechende Fortbildungserfordernisse sind nicht auf das klinische Setting beschränkt.

Es ist wichtig, den Eltern gegenüber organisiert aufzutreten und Ruhe zu bewahren. Auch bei ausgeprägten Non-Red-Flag-Symptomen ist eine Verlegung ohne Zeitverlust notwendig, zumal ab 2 derartigen Symptomen eine kindliche Behandlung und Intensivüberwachung empfohlen wird.

Für die Verlegung spielt die Kommunikation eine bedeutende Rolle, da 80 % aller Behandlungsfehler in der Medizin durch Kommunikationsfehler entstehen [11]. Eine Übergabe mit den wichtigsten Aspekten führt zu weniger Fehleinweisungen in Kliniken ohne die erforderlichen Ressourcen. Die korrekte Wahl der aufnehmenden Klinik ist essenziell für die Verlaufsprognose. Hebammen können stets ein Blanko-Übergabeformular mitführen, das mindestens folgende Eintragsparameter umfassen sollte:

- Name der Mutter: möglichst als Datenaufkleber
- Geburtsdatum und -modus des Kindes
- Anamnestische Risiken, z. B. mütterlicher B-Streptokokkenstatus (GBS), Blasensprung sup partu > 18 Stunden, Krankheiten bei Kontaktpersonen, Scharlach bei Geschwistern
- Ernährungsform des Kindes
- Verlaufparameter: Symptome: Welche? Seit wann?

- Verdachtsdiagnose/ Fragestellung schriftlich festhalten

Nicht immer ist die Situation frühzeitig klar. Zudem sind zu viele Fehleinweisungen zu vermeiden. Wie so oft handelt es sich auch in diesem Bereich um die Gratwanderung der Abwägung zwischen „zu viel und zu früh“ versus „zu spät und zu wenig“. Ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erfordert umfassendes Wissen und professionelle Erfahrungsexpertise. Gegebenenfalls steht am Anfang das Bauchgefühl bzw. die Intuition: Gefällt der Hebamme der Zustand des Kindes nicht, sollte sie dieses Gefühl anschließend mit objektivierbaren Kriterien und durch Analyse von Anamnese und aktuellem Zustand – insbesondere Veränderungen – unterfüttern. Lässt sich damit keine Eindeutigkeit erzielen, hat sie stets das Recht, wenn sie es nicht verantworten kann oder möchte, alleine zu entscheiden, ob der kindliche Zustand im Normbereich ist, die Eltern weiterzuschicken bzw. eine Empfehlung zur Abklärung zu geben. Diesen Rat sollte sie sich zur eigenen Absicherung zudem bestenfalls unterschreiben lassen. Die Hebamme muss im häuslichen Bereich im Zweifel keine Überwachungsdienste gewährleisten, die nur stationär realisierbar wäre, aber sie sollte entsprechend klar im Gegenzug überweisen, wenn sie den Eindruck hat, das Kind nicht alleine lassen zu können.

## Therapieschemata

In der AWMF-Leitlinie findet sich ein Handlungsalgorithmus unter „Empfehlungen zum Vorgehen beim Neugeborenen“ für die Klinikeinweisung und Behandlung je nach Fallunterscheidungen differenziert nach Akkumulation von Risikofaktoren und Symptomatik [5]. Deren Kenntnis stellt eine sinnvolle Ergänzung dar – auch für die stationäre Therapie des Kindes.

Antibiotikagaben ohne Ergebnis der Blutkultur sind aufgrund des Schadenspotenzials falsch zugewiesener Antibiotikatherapien umstritten. Sie sind jedoch üblich, da ein Abwarten zu weiteren Todesfällen durch fulminante Verläufe führen kann. Die American Academy of Paediatrics empfiehlt zum zielgerichteteren Einsatz den Kaiser Permanente Neonatal Sepsis Calculator [12], bei dessen Verwendung es zu einer geringeren Rate an Antibiotikagaben bei vergleichbarem Outcome kommt. Der Calculator ist kostenfrei nutzbar unter: <https://neonatalesepsiscalculator.kaiserpermanente.org> [13].

Die NICE-Guideline mit den oben dargestellten ausführlichen Auflistungen von Risikofaktoren und Symptomen ist hingegen in der Identifikation noch asymptomatischer oder leicht symptomatischer Neugeborenen bei sehr frühem Sepsisbeginn überlegen [10]. Beide Leitlinien sind sich jedoch einig, was die übergeordnete Bedeutung von Betreuung und Beobachtung sowie besonders für den häuslichen Bereich eine gute Aufklärung und Einbeziehung der Eltern betrifft.

## Schulung und Aufklärung der Eltern

Eltern sollten darin geschult werden, wie sich ein normaler Allgemeinzustand darstellt und wann sie sich Hilfe holen müssen. Hier schließen sich folgende Fragen an: Welches Kind muss wie und warum überwacht werden? Wann müssen wir als Eltern reagieren und wie? Wen müssen wir informieren? Was machen wir, wenn die Hebamme und/oder die/der Kinderärzt\*in nicht verfügbar bzw. erreichbar sind? Diese Fragen können bei einem auffälligen anamnestischen Hintergrund sachlich und ohne Angst zu schüren, besprochen werden. Zudem schadet es ohnehin nicht, wenn Eltern lernen, was die Bandbreite kindlicher Vitalität ausmacht, um weder zu ängstlich zu sein noch bedeutende Probleme zu übersehen.

Hierfür kann ihnen ein Beobachtungsbogen ausgehändigt werden, auf dem sie die Parameter zu Muskeltonus, allgemeiner Vitalität, Atmungs- und Trinkverhalten, Hautfarbe sowie rektal gemessener Temperatur eintragen. Liegt dieser Beobachtungsbogen neben dem Wickelort, fallen den Eltern anhand des Protokolls eher auftretende Veränderungen auf. Bei entsprechenden Auffälligkeiten sollten sie sich rasch an eine Fachperson wenden. Bei vorliegenden Risiken sollten Eltern wissen, dass sich eine Sepsis rasch entwickeln kann und bei jedem Wickeln die Vitalität ihres Kindes beurteilen.

Beim Wunsch nach außerklinischer oder ambulanter Geburt in Kombination mit einem positiven vaginalen Streptokokken-Abstrich besteht ein bislang ungelöstes Problem darin, dass die AWMF-Leitlinie eine Klinikgeburt mit mindestens 24 Stunden postpartalem Aufenthalt voraussetzt und damit keine Lösung für die außerklinische und ambulante Geburtshilfe bietet [5].

### FAZIT

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass 3 Säulen für das häusliche Umfeld zu beachten sind: (1) proaktiv sein, (2) aufmerksam sein bei Auffälligkeiten, (3) handeln im Verdachtsfall.

(1) Proaktiv das Stillen fördern, Hygiene beachten, die Anamnese und Umgebung im Blick halten. Die Eltern sollten in der Schwangerschaft bei Vorliegen anamnestischer Risiken, bei Entlassung oder zu Hause sachlich und ohne Panik geschult werden, wenn Risikofaktoren vorliegen.

(2) Aufmerksamkeit bei Symptomen, insbesondere einem kombinierten Auftreten von Tachypnoe und Tachykardie; Veränderungen im Allgemeinzustand.

(3) Handeln im Verdachtsfall: Die Möglichkeit des rasch progredienten Verlaufs im Auge behalten; nicht über Nacht abwarten, sondern bei begründetem Verdacht für eine ärztliche Abklärung sorgen. Bei dem schweren Notfallgeschehen einer Sepsis sind rechtzeitiges Erkennen und Therapie essenziell

für die Verlaufsprognose. Da die professionelle Einschätzung der Situation auch ohne oder mit geringen Hilfsmitteln und adäquate Handlungsabläufe einen erheblichen Einfluss auf die Prognose haben, kann die praktische Erfahrung und Aufmerksamkeit nicht genug betont werden.

### Über diesen Artikel

Die Autorin referiert zum Thema dieses Artikels auf dem **Forum Hebammenarbeit** vom 21. bis 22. November 2025 in Mainz: „Neugeborenensepsis im häuslichen Wochenbett und die Rolle der Hebamme“ – darum geht es am Samstag, 21.11., von 9 bis 10 Uhr.

### Autorin



#### Dr. Christine Wehrstedt

ist Hebamme und Hebammenwissenschaftlerin. Sie forschte zu berufsbiografischen Entscheidungsprozessen und ist neben praktischer Hebammentätigkeit in Fort- und Weiterbildung für Hebammen an und außerhalb von Hochschulen tätig. Ihre Schwerpunkte liegen in den Bereichen

Förderung der natürlichen Geburt im Umfeld mit hohen Kaiserschnitttraten, kritische Beleuchtung genereller Screenings für Schwangere, Bindungsförderung versus Vorschriftenmedizin und Gesundheitsförderung versus Krankheitsbekämpfung im salutogenetischen Ansatz.

### Korrespondenzadresse

Dr. Christine Wehrstedt  
E-Mail: [hebamme@hebamme-muenchen.de](mailto:hebamme@hebamme-muenchen.de)

### Literatur

- [1] Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (BVDfK), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) und Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI). S2k-Leitlinie 024-020 „Prophylaxe der Neugeborenensepsis – frühe Form – druch Streptokokken der Gruppe B. Stand: 03/2016. Im Internet: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-020\\_S2k\\_Prophylaxe\\_Neugeborenensepsis\\_Streptokokken\\_2016-04-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-020_S2k_Prophylaxe_Neugeborenensepsis_Streptokokken_2016-04-abgelaufen.pdf); Stand: 24.01.2025
- [2] Shane AL, Sánchez PJ, Stoll BJ. Neonatal sepsis. *Lancet* 2017; 390: 1770–1780. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31002-4
- [3] Briegel J. Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), Sepsis und Multiorganversagen. In: Rossaint R, Werner C, Zwißler B, Hrsg. *Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin* Berlin. Springer; 2012

- [4] Zemlin M, Berger A, Franz A et al. Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen. Leitlinie der GNPI, DGPI, DGKJ und DGGG. (S2k-Level, AWMF-Leitlinien-Register-Nr. 024/008, April 2018). *Z Geburtshilfe Neonatol* 2019; 223: 130–144. DOI: 10.1055/a-0756-7338
- [5] Franz A, Härtel C, Herting E et al. Prophylaxe der Neugeborenenensepsis – frühe Form – durch Streptokokken der Gruppe B. Leitlinie des BVF, BVDfK, der DGGG, DGHM, DGPI, DGPM und GNPI. (S2k-Level, AWMF-Registernummer 024/020, März 2016). *Z Geburtshilfe Neonatol* 2017; 221: 122–129. DOI: 10.1055/s-0043-105207
- [6] Kuld R, Krauth A, Kühn J et al. Possible Rates of Detection of Neonatal Sepsis Pathogens in the Context of Microbiological Diagnostics in Mothers – Real World Data. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2023; 83: 1382–1390. DOI: 10.1055/a-2091-0856
- [7] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Neonatal infection: quality standard QS75. 2014. Im Internet: [www.nice.org.uk/guidance/qs75/chapter/quality-statements](http://www.nice.org.uk/guidance/qs75/chapter/quality-statements); Stand: 24.01.2025
- [8] Global National Health Media Project: Sepsis – New Born Care Clinical Series. Video. Im Internet: [www.globalhealthmedia.org/videos/sepsis](http://www.globalhealthmedia.org/videos/sepsis); Stand: 24.01.2025
- [9] Dong Y, Speer CP. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015; 100: F257–F263. DOI: 10.1136/archdischild-2014-306213
- [10] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment. NICE guideline [NG195]. 2024. Im Internet: [www.nice.org.uk/guidance/ng195/chapter/Recommendations#risk-factors-for-and-clinical-indicators-of-possible-early-onset-neonatal-infection](http://www.nice.org.uk/guidance/ng195/chapter/Recommendations#risk-factors-for-and-clinical-indicators-of-possible-early-onset-neonatal-infection); Stand: 24.01.2025
- [11] Pateisky N. Patientensicherheit im Krankenhaus. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM, Hrsg. *Die Geburtshilfe*. Berlin: Springer; 2016
- [12] Fleiss N, Schwabenbauer K, Randis TM et al. What's new in the management of neonatal early-onset sepsis? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2023; 108: 10–14. DOI: 10.1136/archdischild-2021-323532
- [13] Kaiser Permanente Division of Research. Neonatal Early-Onset Sepsis Calculator. 2025. Im Internet: <https://neonatalesepsis-calculator.kaiserpermanente.org>; Stand: 24.01.2025

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 101–107  
 DOI 10.1055/a-2512-6813  
 ISSN 0932-8122  
 © 2025. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
 70469 Stuttgart, Germany

# Preceptorship: das praktische Jahr nach dem Hebammenstudium – ein Blick über den Tellerrand nach England

Anna Hultsch

Das Preceptorship-Programm bietet die Chance, Hebammen am Anfang ihres Berufsweges ebenso zu integrieren wie solche, die eingewandert sind oder wieder in den Beruf einsteigen wollen. Seit Jahren wird es in Großbritannien erfolgreich umgesetzt. Die Autorin war aktiv involviert und vermittelt, welche Vorteile es Teilnehmenden bietet, wie es abläuft und inwieweit es auf Deutschland übertragbar ist.

Mit der Akademisierung des Hebammenberufes stellt sich in Deutschland die Frage, wie Hebammen am Karrierestart ihre neuen Fähigkeiten im Berufsalltag optimal anwenden und ausbauen können, um den Übergang von studierender zu erfahrener Hebamme zu bewältigen. Das Preceptorship beschreibt eine Fortführung des Lernens in der Praxis im Anschluss an die Hebammenqualifizierung. Dabei werden Berufsanfänger\*innen in einer besonders vulnerablen Phase ihrer Karriere von erfahrenen Hebammen unterstützt.

## Wichtige Elemente des Preceptorships sind:

- die Orientierung in der neuen Rolle
- die Integration ins interdisziplinäre Team
- die Festigung des erlernten Basiswissens
- die angeleitete Selbstreflexion der eigenen Arbeitsweise

Neue Fähigkeiten wie eigenverantwortliches Arbeiten in hebammengeleiteten Modellen und erste Elemente von Leadership können in dieser Zeit hinzugewonnen werden. Am Beispiel aus England seien nachfolgend die praktische Umsetzung und der Nutzen von Preceptorship-Programmen im Klinikalltag erläutert.

## Was versteht man unter Preceptorship?

Das **Preceptorship** beschreibt einen Zeitraum der Weiterbildung eines Schülers/einer Schülerin (**Preceptee**) durch einen Tutor/eine Tutorin oder einen Lehrer/eine Lehrerin (**Preceptor**) oder im medizinischen (bzw. Hebammen-) Kontext eine Berufsanfänger\*in, der durch erfahrene Kolleg\*innen praktisches klinisches Wissen weitergegeben wird [11]. Im Gegensatz zum Mentorenverhältnis für

Hebammenstudierende geht es nicht um das grundsätzliche Erlernen des Hebammenberufes, sondern um die praktische Unterstützung von Hebammen, die zum ersten Mal eigenverantwortlich arbeiten, Entscheidungen treffen und klinische Erfahrungen sammeln.

*Die Preceptorship-Zeit ist ein strukturierter Abschnitt der praktischen Berufsentwicklung für kürzlich examinierte Hebammen.*

Dabei werden die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen, unter denen mithilfe erfahrener Begleitung die eigenen Fähigkeiten gefestigt werden. Damit kann der Übergang von studierender zu erfahrener Hebamme bestmöglich erfolgen.

## Hintergrund

Der „State of the World’s Midwifery Report“ schätzt, dass gut ausgebildete Hebammen unter den passenden Voraussetzungen und mit intensiver interdisziplinärer Zusammenarbeit weltweit bis zu 90 % aller essenziellen Leistungen rund um den reproduktiven Lebenszyklus einer Frau einschließlich der Geburtshilfe abdecken könnten [14]. Das Investieren in Hebammen führt zu positiven Geburtserlebnissen und besseren mütterlichen sowie kindlichen Outcomes. Allerdings fehlen für eine ideale Umsetzung weltweit etwa 900 000 Hebammen, disproportional vor allem in Ländern des globalen Südens [14]. Der Report mahnt den dringenden Handlungsbedarf für eine grundlegende Stärkung des Hebammenberufs auch in Industrienationen an, z. B. durch die Optimierung der Rolle entsprechend

ihrer beruflichen Autonomie, die Umsetzung hebammengeleiteter Modelle, Hebammen in Führungspositionen und eine qualitative Aus- und Weiterbildung [14].

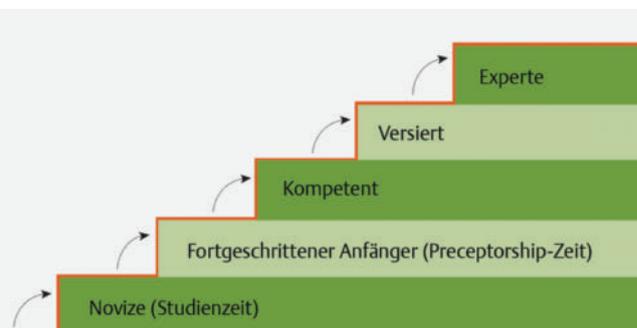
Deutschland hat dahingehend nach europäischer Verordnung die Akademisierung des Berufes eingeführt und damit eine wichtige Angleichung für Hebammen im europäischen Vergleich geschaffen [2]. Damit verbunden stellt sich die Frage, wie Hebammen ihre neuen hebammenwissenschaftlichen Kompetenzen nach dem Studium im klinischen Alltag festigen und ausbauen, um den Prozess der kontinuierlichen Berufsentwicklung zu beginnen und Erfahrungen mit eigenverantwortlichem Arbeiten zu sammeln. Die Wichtigkeit dafür spiegelt sich in den derzeitigen Anforderungen mit komplexeren Fällen sowie höherer Arbeitsbelastung wider. Es ist daher nicht verwunderlich, dass immer mehr Hebammen von Burnout betroffen sind oder gar vorzeitig aus dem Beruf aussteigen wollen [5].

Auch in Deutschland gibt es in Anbetracht von Personal- und gestiegrtem Arbeitspensum mehr Hebammen, die darüber nachdenken, den Beruf zu verlassen. Dies rückt das Thema Nachhaltigkeit des Hebammenberufes ins Licht [4]. In einer britischen Untersuchung unter Hebammen gaben 67 % der Befragten an, von berufsbedingtem Burnout betroffen zu sein. In diesem Zusammenhang dachten zwei Drittel darüber nach, den Beruf dauerhaft zu verlassen. Die Gruppe der Kolleg\*innen am Berufsbeginn hatte dabei signifikant höhere Belastungen angegeben und sich damit als besonders vulnerabel herauskristallisiert [5]. Einen Grund dafür sehen Hunter et al. (2019) darin, dass neu qualifizierte Hebammen ein Missverhältnis zwischen ihren Idealvorstellungen einer frauenorientierten hebammengeleiteten Berufspraxis und dem tatsächlichen medizinisch-dominierten und an institutionelle Belange angepassten Klinikalltag vorfinden, sobald sie eigenständig Verantwortung übernehmen [5].

Empfehlungen gehen damit einher, dass ein gezielter Schwerpunkt in der Unterstützung von Berufsanfänger\*innen gesetzt werden muss, um sie durch Resilienz längerfristig im Beruf zu halten, statt nur die Zahl der Studienplätze kontinuierlich zu erhöhen, um den Hebammenmangel auszugleichen [5]. Studien zeigen, dass bei Berufsanfänger\*innen ein positiver Zusammenhang zwischen strukturiertem Karrierestart und mentaler Gesundheit besteht, der mit langfristiger sowie zufriedenstellender Berufsausübung einhergeht [3].

## Prinzipien des Preceptorships

In einigen Nationen, z. B. England oder Australien, ist eine Preceptorship-Zeit für Krankenpfleger\*innen und Hebammen eine etablierte und gängige Praxis [7, 13]. In England sind Rahmenbedingungen und Prinzipien des Preceptorship-Programms für Hebammen auf nationaler Ebene geregelt [7]. Das Royal College of Midwives (RCM) als wich-



► **Abb. 1** Stufenmodell nach Benner (2004) [1]: Novice – Advanced Beginner – Competent – Proficient – Expert.

tigste Berufsgenossenschaft für Hebammen betont genauso wie das Nursing & Midwifery Council (NMC) als regulierende Behörde des Hebammenberufs die Wichtigkeit der Preceptorship-Zeit für die Entwicklung jeder Hebamme [8, 12].

Das RCM (2022) positioniert sich wie folgt: „Während wir anerkennen, dass neu qualifizierte Hebammen über Kompetenz im gesamten Berufsausübungsbereich der Hebammenpraxis verfügen, müssen sie alle Fähigkeiten in allen Versorgungsbereichen und Betreuungsmodellen (einschließlich hebammengeleiteter Einrichtungen) entwickeln und festigen.“ [12] Ziel ist es also, Kompetenzen zu erlangen, Erfahrungen zu sammeln und dadurch das Selbstvertrauen zu steigern. Benner (2004) stellt in einem Modell die Phasen der Entwicklung von „Novize“ zu „Experte“ dar, wobei die Stufe „Fortgeschrittener Anfänger“ als die erste Zeit nach der Berufsqualifikation dargestellt werden kann [1] (► **Abb. 1**). Die nächsten Entwicklungsstufen zu erreichen, beschreibt das Prinzip eines Preceptorships trefflich.

### PrEcEPtorshIP-ElEmEntE

- Dauer: 12 Monate (in Vollzeit)
- strukturierter Karrierestart
- Einarbeitungszeit
- Basiswissen festigen
- neue Kompetenzen erlernen
- Berufserfahrung in verschiedenen Abteilungen sammeln
- Selbstreflexion
- psychosoziale Unterstützung
- Begleitung durch berufserfahrene Preceptoren
- Förderung von: Selbstsicherheit, eigenverantwortlichem Arbeiten, Entscheidungsfähigkeit, Leadership, Arbeiten in hebammengeleiteten Modellen

Im Wesentlichen konzentrieren sich die Inhalte der Preceptorship-Richtlinien in England auf die Verinnerlichung und die kompetente, praktische Umsetzung der Berufsethik, des sog. **code of conduct**, ausgegeben vom NMC [7, 10]. Dieser beinhaltet Standards sowie Verhaltensregeln und setzt sich aus 4 Säulen zusammen:

- Menschen priorisieren
- effizient arbeiten
- Sicherheit bewahren
- Professionalität und Vertrauen fördern

In England geht der Abschluss der Preceptorship-Zeit außerdem mit einer Beförderung in die nächste Berufsgruppierung einher. Damit verbunden sind eine höhere Gehaltsklasse, mehr Verantwortlichkeiten und erweiterte Karrieremöglichkeiten. Es ist von zentraler Bedeutung, dass ein Preceptorship-Programm keinesfalls dazu dient, verpasste Lerninhalte aus dem Studium nachzuholen, die zur Berufsqualifikation gehören, und dass es weder einen Ersatz für die reguläre Einarbeitung und Weiterbildungen darstellt noch Personalgespräche ersetzt [7].

## Struktur des Preceptorships

Das Hauptaugenmerk bei der Organisation und Durchführung von Preceptorship-Programmen liegt auf neu qualifizierten Hebammen, die direkt nach ihrem Abschluss in den Beruf starten. Allerdings können die Grundprinzipien in zugeschnittener Form auch für internationale Hebammen, die ins Land einwandern, oder für Hebammen, die wieder in den Beruf einsteigen, angewendet werden [7]. Die Preceptorship-Zeit dauert in Vollzeit im Allgemeinen 12 Monate, kann aber in Ausnahmefällen nach 9 Monaten beendet werden oder bei Bedarf auf 18 Monate verlängert werden. Hinzu kommt eine initiale Einarbeitungsphase als zusätzliche Hebamme pro Schicht [7]. Diese Orientierungszeit liegt zwischen 1 und 3 Wochen für jede neue Abteilung [7, 12].

Während des Preceptorship-Zeitraumes gibt es keine Richtlinien zur prozentualen Aufteilung von Schichten in den jeweiligen Abteilungen. Es hat sich in der praktischen Umsetzung aber bewährt, rund die Hälfte der Zeit intrapartum und die andere Hälfte jeweils 3 Monate im präpartalen sowie postpartalen Bereich zu arbeiten, um die Erfahrungen so breitgefächert wie möglich zu gestalten. Wenn am Einsatzort Modelle der Kontinuität oder einer hebammengeleiteten Geburtsbegleitung praktiziert werden, sollten diese Bereiche mit einbezogen werden.

## Modelle der Umsetzung

Die Umsetzung des Preceptorship-Programms kann durch verschiedene Herangehensweisen erreicht werden [7]. Bei einer geringeren Anzahl von Teilnehmer\*innen bietet es sich die Methode an, Preceptee und Preceptor direkt zu vernetzen und regelmäßige Treffen zwischen beiden zu ermöglichen, um den Fortschritt des Preceptees zu evaluieren.

In größeren Kliniken mit zeitgleich vielen Berufseinsteiger\*innen eignet sich ein Modell, das von einer leitenden Preceptorship-Hebamme koordiniert wird. Diese fungiert zugleich als hauptverantwortlicher Preceptor in der klinischen Supervision und Weiterbildung. Aus Erfahrung mit diesem Modell ergibt sich der Vorteil einer fairen Umsetzung der Richtlinien für alle Preceptees. Es begünstigt zudem die Optimierung, Etablierung und Evaluierung des Programmes. Auf jeder Station muss dabei ein ausgewogener Anteil an erfahrenen und unerfahrenen Hebammen arbeiten, um Sicherheit zu schaffen. Die Preceptorship-Koordinatorin behält hier den Überblick. Sie regelt, wie die Preceptees den Abteilungen zugeteilt werden und trägt damit zur Qualitätssicherung bei. Zudem ist sie bei zusätzlichen Lernbedürfnissen involviert und unterstützt erfahrene Hebammen in ihrer Preceptorenrolle, in der diese für die Berufsanfänger\*innen unverzichtbar sind.

Als Leitfaden ihres Preceptorships dient den Preceptees die Preceptorship-Mappe mit wichtigen Informationen, u. a. zu Einarbeitung, Zeitraum der jeweiligen Einsatzorte, Dokumentation der Preceptee-Preceptor-Treffen, Selbstreflexion und Kompetenzen.

## Potenziell erwerbende Befähigungen

Die zu erwerbenden weiterführenden Befähigungen sind in England je nach Klinikrichtlinien individuell. Allgemein betrachtet müssen alle Berufsanfänger\*innen u. a. die adäquate Versorgung von Geburtsverletzungen ebenso erlernen wie die intravenöse Verabreichung von Medikamenten, da sie diese von Rechts wegen als Student\*in noch nicht ausführen dürfen. Hierfür sieht das Preceptorship-Programm zusätzliche Weiterbildungstage vor. Diesen folgt eine Phase einer supervisierten Ausübung und letztendlich das formelle Bestätigen der Kompetenz durch eine leitende Hebamme.

Andere Fähigkeiten, die nicht fallzahlenmäßig erfasst werden können, sind Gegenstand von Gesprächen zwischen Preceptor und Preceptee. Dies betrifft z. B. die Selbstsicherheit im eigenverantwortlichen Arbeiten, eine hebammengeleitete Geburtsbegleitung oder die eigene Entscheidungsfähigkeit.

### EXKUr s

#### midwifery Exemptions & r evalidation

In Großbritannien gibt es eine allgemeingültige Richtlinie, nach der Hebammen ab dem Tag ihrer Qualifikation bestimmte Medikamente für einen komplikationslosen Geburtsverlauf unter bestimmten Voraussetzungen eigenverantwortlich anordnen dürfen (Midwifery Exemptions). Dies umfasst eine breite Palette von Paracetamol bis Morphin. Für hebammengeleitete Modelle sind zudem Notfallmedikamente, z. B. Misoprostol bei Atonie, eingeschlossen.

Im Vereinigten Königreich ist eine Erneuerung der Hebammenzulassung, sog. Revalidation, alle 3 Jahre verpflichtend [9]. Das Thema Selbstreflexion spielt dabei eine zentrale Rolle. Alle Hebammen werden verpflichtet, ihr eigenes Handeln kritisch zu analysieren und Erkenntnisse für die zukünftige evidenzbasierte Arbeitsweise schriftlich darzulegen. Preceptees sollen während ihrer Preceptorship-Zeit unter Anleitung an das Thema herangeführt werden.

## Selbstreflexion und evidenzbasiertes Arbeiten

In regelmäßigen Treffen zwischen Preceptee und Preceptor, die laut Richtlinie mindestens 6-mal stattfinden sollen, werden konkrete Fallbeispiele sowie die allgemeine Arbeit in einer Abteilung erörtert. Dabei steht die Preceptor-Person anleitend zur Seite und kann in einer beratenden Funktion ihre klinische Erfahrung weitergeben.

Fragen zur Entscheidungsfindung bei komplexen Fällen, zur sicheren Dokumentation oder Kommunikation im interdisziplinären Team stehen erfahrungsgemäß ganz oben auf der Liste. Hier zeigt sich oft die Wichtigkeit der erweiterten Fürsorgerolle eines Preceptors über klinische Sachverhalte hinaus. Dieser kann z. B. zur Selbstfürsorge ermutigen oder eine Vermittlerrolle bei Gesprächen mit der Abteilungsleitung einnehmen.

## Integration ins Team und Perspektiven

Zudem steht die Integration der neuen Kollegin in das Team im Vordergrund. Im Anschluss an ein Treffen wird ein individueller Weiterentwicklungsplan erstellt. Hierzu eignet sich das SMART-Format (engl. Abk. für: spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitgerecht), um realisierbare Ziele festzuhalten und einen Ausblick auf den nächsten Abschnitt zu geben. So ein Ziel kann z. B. die Teilnahme an einer relevanten Weiterbildung oder die Übernahme eines komplexen Falls unter indirekter Supervision sein, um individuelle klinische Kompetenzen zu erlangen.

## Wie aus erfahrenen Hebammen gute Preceptoren werden

Ein Preceptor ist als erfahrene Kolleg\*in dafür verantwortlich, eine Willkommenskultur zu schaffen, Orientierungshilfe zu ermöglichen und das Programm ihres Preceptees zu begleiten oder im Falle einer leitenden Preceptorship-Hebamme die Koordination aller Preceptees zu übernehmen [7]. Dabei ist es nicht bindend, dass Preceptee und Preceptor dauerhaft eng klinisch zusammenarbeiten wie in einem Mentorenverhältnis zwischen Studierende\*r und Hebamme. Vielmehr sollte ein Preceptor Ansprechperson sein und in regelmäßigen Abständen Treffen mit dem Preceptee abhalten. Dabei wird die Selbstreflexion angeleitet, die Berufsentwicklung evaluiert und psychosoziale Unter-

stützung angeboten. Erforderliche klinische Supervision oder praktische Hilfestellung zur Entscheidungsfindung im Dienst kann von jeder erfahrenen Kolleg\*in übernommen werden. Allerdings sollte ein Preceptor ihre Preceptee auch in der Praxis begleiten können, wann immer es möglich ist.

Um der Aufgabe eines Preceptors gerecht zu werden, sollten Hebammen mindestens 12 Monate Berufserfahrung haben, klinisch praktizieren und sich regelmäßig zum Thema Preceptorship und klinische Anleitung weiterbilden [7]. Hierfür kann ein Austausch mit Preceptoren anderer Einrichtungen hilfreich sein. Außerdem ist unerlässlich, selbst ein Vorbild in der eigenen klinischen Rolle zu sein und eine positive Einstellung im Bereich Berufsentwicklung mitzubringen.

Was einen guten Anleiter ausmacht, fassen LaFleur und White (2010) wie folgt zusammen: Persönliche Attribute wie Empathie, Enthusiasmus, Beständigkeit, Freundlichkeit und Flexibilität sind genauso wichtig wie fachliche Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit, z. B. durch aktives Zuhören und konstruktives Feedback. Die Rolle eines Mentors oder Preceptors zu übernehmen, steigert die persönliche Zufriedenheit sowie den beruflichen Erfolg und leistet einen wichtigen Beitrag für die Hebammenprofession [6].

### FAZit

Eine Zeit des Übergangs von studierender zu erfahrener Hebamme ist in Bezug auf die wachsende Komplexität und Eigenverantwortlichkeit des Hebammenberufes unabdingbar. Während einer einjährigen Preceptorship-Zeit werden die im Studium erworbenen Kompetenzen gefestigt und erweitert. Zusätzlich können mit erfahrener Begleitung neue Fähigkeiten unter Anleitung erworben und klinische Erfahrungen in strukturierter Weise gesammelt werden. Dies dient v. a. der Resilienz in einer kritischen Phase der Karriere und kann die mentale Gesundheit und die langfristige Ausübung des Berufs positiv beeinflussen. Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland die Nachhaltigkeit des Hebammenberufes zunehmend thematisiert wird und die Akademisierung gerade etabliert wurde, sollte es Überlegungen geben, wie man kürzlich examinierten Hebammen einen auf psychosoziale Bedürfnisse orientierten und strukturierten Karrierestart ermöglicht. Das Sammeln von Berufserfahrung im geschützten Rahmen trägt zusätzlich zur Qualitätssicherung bei.

## Autorin



### Anna hultsch

hat ihre Hebammenausbildung in Leipzig abgeschlossen und arbeitet seit 15 Jahren in London. Sie hat u. a. Erfahrung im hebammengeleiteten Birth Centre und als leitende Preceptorship-Hebamme gesammelt. Zurzeit ist sie als Midwifery Clinical Educator für den NHS Versorgungsbereich Nordwest London mit der

Leitung der Vorbereitungsprogramme für internationale Hebammen beauftragt. Sie schließt gegenwärtig den Master in Global Maternal Health ab.

## Korrespondenzadresse

Anna Hultsch  
Anna.Hultsch@city.ac.uk

## Literatur

- [1] Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of science, technology & society* 2004; 24: 188–199. DOI: 10.1177/0270467604265061
- [2] Bundesamt für Justiz. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – (HebG)). Bundesamt fuer Justiz 2019; BGBl. I:1759. Im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/hebg\\_2020/BJNR175910019.html](https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html)
- [3] Capper TS, Haynes K, Williamson M. How do new midwives' early workforce experiences influence their career plans? An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice* 2023; 70: 103689. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103689
- [4] Frey N. Nachhaltigkeit – ein Wegweiser der zukunftsorientierten Hebammenarbeit. *Hebamme* 2022; 35: 46–52. . DOI: 10.1055/a-1824-1471
- [5] Hunter B, Fenwick J, Sidebotham M et al. Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery* 2019; 79: 102526–102526. DOI: 10.1016/j.midw.2019.08.008
- [6] LaFleur AK, White BJ. Appreciating mentorship: the benefits of being a mentor. *Professional case management* 2010; 15: 305–311. DOI: 10.1097/NCM.0b013e3181eae464
- [7] NHS England. National preceptorship framework for midwifery. 2023. Im Internet: <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-preceptorship-framework-for-midwifery/#:~:text=Preceptorship%20should%20be%20a%20structured,the%20NMC%20Code%20on%20a>
- [8] Nursing & Midwifery Council (NMC). Principles of Preceptorship. 2024. Im Internet: <https://www.nmc.org.uk/standards/guidance/preceptorship/>
- [9] Nursing & Midwifery Council (NMC). Revalidation. 2024. Im Internet: <https://www.nmc.org.uk/revalidation/>
- [10] Nursing & Midwifery Council (NMC). The Code. 2024. Im Internet: <https://www.nmc.org.uk/standards/code/>
- [11] Oxford University Press. Oxford English Dictionary. 2024. Im Internet: <https://www.oed.com/?tl=true>
- [12] Royal College of Midwives (RCM). Position Statement for newly qualified midwives. 2017: 1-7. Im Internet: <https://rcm.org.uk/position-statements/>
- [13] State of Victoria. Nursing and midwifery graduates. 2021. Im Internet: <https://www.health.vic.gov.au/nursing-and-midwifery/nursing-and-midwifery-graduates>
- [14] United Nations Population Fund (UNPF), International Confederation of Midwives (ICM) & World Health Organization (WHO). The State of the World's Midwifery report. New York: United Nations Publications Found 2021. Im Internet: <https://www.unfpa.org/sowmy>

## Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 108–112  
DOI 10.1055/a-2564-7914  
ISSN 0932-8122  
© 2025, Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany

# Geburtshilfliche Notfälle (2): Allgemeine Handlungs- richtlinien

Sven Hildebrandt, Esther Göbel

Wer Geburten fachlich begleitet, sollte beim Auftreten einer geburtshilflichen Komplikation ein inneres Handlungsprotokoll parat haben, das ritualhaft ablaufen kann. Und dies unabhängig von der Natur des Notfalles. Der hier vorgestellte Algorithmus ist einleuchtend und logisch, die Prinzipien mögen banal erscheinen. Doch inmitten einer geburtshilflichen Krise zeigt sich die Bedeutung eines solchen Handlungsprotokolls.



► **Abb. 1** Dieser Artikel mit allgemeinen Handlungsrichtlinien für das Auftreten geburtshilflicher Notfälle ist der zweite Teil unserer Artikelserie „Geburtshilfliche Notfälle“. Er enthält Auszüge aus der Neuauflage des gleichnamigen Buches der Autor\*innen [1].  
© globalmoments/stock.adobe.com – posed by a model

## Warum ein Handlungsprotokoll von Bedeutung ist

Ein Beispiel: In der Situation einer atonischen Nachblutung kommt es darauf an, diese Blutung sofort zum Stehen zu bringen – sonst wird die Frau sterben. Was aber, wenn wir

uns der Dringlichkeit zwar bewusst sind, jedoch erstmal in Panik und Angst erstarren, uns für Zehntelsekunden wie gelähmt fühlen? Selbst in der schlimmsten Verwirrung fällt uns das Stichwort „venöser Zugang“ hoffentlich möglichst rasch ein. Aber womöglich fragt sich weiter: „Wo waren in diesem Kreißaal noch gleich die Infusionsnadeln, wo die

Schachtel mit dem Cytotec und den Infusionslösungen?“ Ein Blick auf die Frau potenziert die Panik – sie ist blass, apathisch und blutet unverändert. Handelt es sich beim vorliegenden Notfall nicht um eine Atonie, sondern um einen Zervixriss, verstreichen kostbare, vielleicht lebensrettende Minuten, bis dieser fatale Irrtum einem bewusst wird.

Die geschilderte Situation ist überhöht. Jeder, der den Alltag im Kreißaal erlebt hat, weiß jedoch: So ähnlich kann es zugehen. Die nachfolgenden Handlungsprinzipien ergeben aus diesem Blickwinkel einen Sinn, denn die strenge Einhaltung des Protokolls hätte in unserem Beispiel die Zeit bis zur operativen Versorgung der Blutungsquelle dramatisch verkürzt.

## Grundlagen eines professionellen Notfallmanagements

Professionelle Geburtshilfe bedeutet, sich nicht vom Wissen um die denkbaren Gefahren der Geburt erschüttern zu lassen, sondern mit großer Nüchternheit und Sorgfalt Vorkehrungen für den Komplikationsfall zu treffen. Umsichtige Vorbereitungen für einen möglichen Notfall sind in zweifacher Hinsicht von größter Bedeutung für unsere Berufsausübung:

- Sie verbessern beim Auftreten einer Pathologie deutlich die Chance, die Situation optimal zu meistern und Schaden von Mutter und Kind abzuwenden.
- Sie sind im Schadensfall ein wesentliches gutachterliches Kriterium für die Bewertung der geburtshilflichen Qualität.

### Logistische Grundlagen

#### Alarmsystem

Die Suche nach Telefonnummern darf keinerlei Zeit und Kapazitäten blockieren. Alle wichtigen Partner müssen im Telefon möglichst mit Sofortzugriffsmöglichkeit gespeichert sein (Kurzwahltaste oder im Kontakte-Ordner ganz oben unter „AARettungsleitstelle“, „AAKindernotdienst“ usw. positionieren).

#### Absprachen

Alle wichtigen Partner müssen einander kennen. Beispielsweise sollte die persönliche Vorstellung der freiberuflichen Hebamme in der potenziellen Verlegungsklinik selbstverständlich sein. Jeder Partner muss die ihm wichtigen Dinge dem anderen erklären: der Rettungsdienst die Verfahrensweise mit Chipkarte und Transportschein, die Klinik die Modalitäten bezüglich Patientenmeldung, Labor etc.

#### Transportweg

Auch ein Neuling auf dem Rettungstransportwagen muss den Weg zum Geburtshaus und bis in den Geburtsraum sofort finden. Das Gleiche gilt in den Kliniken für die Wege zum Kreißaal oder zum OP. Es lohnt sich, mal mit „frem-

den Augen“ Zufahrt, Parkplatz und Transportweg zu betrachten, Hindernisse aus dem Weg zu räumen und Ausschilderungen vorzunehmen. Schwerer haben es die Hausgeburtshebammen, die immer neue örtliche Gegebenheiten vorfinden. Hier ist es obligat, vor der Hausgeburt ein potenzielles Verlegungsszenario zu durchdenken, Transportwege optimal freizumachen und dem Rettungsdienst im Verlegungsfall präzise und übersichtlich Anfahrtsbeschreibungen mitzuteilen.

#### Rufregime

Es muss für jeden zu jedem Zeitpunkt eindeutig klar sein, wer im Notfall wie und durch wen alarmiert wird. Je größer die Einrichtung, desto komplexer die Anforderungen an ein Rufregime. Die Kunst der Verantwortlichen besteht in einer möglichst klaren und einheitlichen Absprache aller Beteiligten, die in einem für jeden verständlichen Plan an prominenter Stelle veröffentlicht wird. Jede Einrichtung sollte einen „Logistik-Chef“ bestimmen, der sich um diese Fragen kümmert und alles auf dem aktuellen Stand hält.

#### Notfallmappe

Einrichtungsinterne Leitlinien und Handlungsanweisungen können in eine übersichtliche Kurzform gebracht, in einer Klarsichtfolien-Mappe alphabetisch geordnet werden und durch Reiter markiert in jedem Geburtsraum griffbereit ausliegen. Für die inhaltliche Orientierung und die grafische Gestaltung dieser Mappe schlagen wir die Erstellung von Notfallkarten vor (► **Abb. 2**).

#### Notfallkästchen

Für einige Notfälle bietet sich an, alle notwendigen Utensilien in schuhkartonartige Metallkästen zu legen und griffbereit zu lagern. Der deutlich lesbar mit „ATONIE“ beschriftete Container enthält z. B. 4 Tabletten Cytotec, 1 Ampulle Oxytozin 10 IE, 2 Infusionsbestecke, je 2 mittlere und großlumige Infusionsnadeln, 2 Flaschen Ringerlösung, Stauschlauch, Alkoholtupfer. Und im Deckel klebt eine Kopie der Handlungsrichtlinie aus der Notfallmappe. Mit einem Griff ist fürs Komplikationsmanagement alles am Platz. Kein wirres Herumkramen und -suchen.

#### Verlegungsbrief-Mappe

In der außerklinischen Geburtshilfe bietet sich an, alle im Verlegungsfall benötigten Formulare in einer Mappe griffbereit in Klarsichtfolien zu bündeln. Jede Klarsichtfolie enthält ein Formular für einen Verlegungs-Kurzbrief und je nach Absprache mit der Klinik andere notwendige Formblätter (z. B. Anamnesebögen für die Narkose u.Ä.).

### Ausstattung für Notfälle

Auch die Notfallausstattung hängt von der Art der geburtshilflichen Einrichtung ab. Natürlich kann die Hausgeburtshebamme nicht mit dem Arsenal des Klinikkreißsaales anreisen. Dennoch sollte auch sie einen Mindeststandard einhalten (► **Checkliste**).

## NOTFALLKARTE

### Allgemeine Handlungsrichtlinien beim Auftreten eines geburtshilflichen Notfalls

#### Ruhe, Besonnenheit und Souveränität bewahren

- Atmen Sie tief durch und bemühen Sie sich dann um eine ruhige Atmung.
- Versuchen Sie, emotional kurz aus der Situation herauszugehen, um sich zu sammeln.
- Praktizieren Sie ein Ritual Ihres Selbstvertrauens.

#### Ruhe ausstrahlen

- Sorgen Sie für eine „kollektive Beruhigung“ bei allen Anwesenden.
- Zeigen Sie möglichst wenig von der Dramatik der Situation.
- Vermeiden Sie unbedingt jedes hektische Herumrennen, Herumkramen, Herumrufen.
- Erledigen Sie ruhig und besonnen die notwendigen Handgriffe.
- Beruhigen Sie die Gebärende und sorgen Sie dafür, dass sie ruhig und tief atmet.
- Sorgen Sie für eine gute Verbindung zwischen Mutter und Kind.
- Behalten Sie den Mann im Auge: Beziehen Sie ihn ein und beschäftigen Sie ihn – aber möglichst im Raum!

#### Klare Diagnose stellen

- Was ist eigentlich passiert?
- Liegt das Bild einer typischen Komplikation vor („innere Checkliste“)?

#### Differenzialdiagnose

- Kann ich mich irren?
- Gibt es evtl. eine andere Ursache für den Notfall?
- Was ist das Leitsymptom, von dem die meiste Information und/oder die größte Gefahr ausgeht?
- Denken Sie an „Läuse und Flöhe“.

#### Venöser Zugang

#### Hilfe holen

- Prüfen Sie, ob Sie die Komplikation alleine bewältigen können oder dürfen.
- Sorgen Sie für eine professionelle Kommunikation unter allen beteiligten Helfern.

#### Eindeutige Handlungsprotokolle

- Prägen Sie sich die wichtigsten Handlungsschritte gebetsmühlenartig ein.
- Sorgfältig dokumentieren

► **Abb. 2** Notfallkarten helfen, besonnen und kompetent zu handeln, wenn geburtshilfliche Komplikationen auftreten. Quelle: Hildebrandt S, Göbel E, Hrsg. Geburtshilfliche Notfälle. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2023.

## CHECKLISTE

### Notfallausstattung

- je 3 Infusionsnadeln mit mittlerem und großem Lumen, 2 Infusionsbestecke
- 1 Ringerlösung oder NaCl 0,9% (Viaflex-Beutel 500 ml) Magnesium-5-Sulfat-10%-Ampullen
- NaCl 0,9%-Ampullen
- Oxytozin-Ampullen, 3 IE und 10 IE Partusisten-Intrapartal-Ampullen, Atropin-Sulfat-0,5-mg-Ampullen
- Adrenalin 1:1000 Ampullen
- Misoprostol: Cytotec oder Misodel 200 µg oder 400 µg Tabl.
- Beatmungsbeutel mit Masken Größe 0 und 1
- Sauerstoffflasche mit Ventil und Schlauchsystem
- Neugeborenen-Stethoskop

- elektrische Absaugung\*
- Mundabsauger
- mechanisches Blutdruckmessgerät
- große Spekula, Fensterklemmen und Kornzange zur ZervixEinstellung
- Nahtbesteck: Nadelhalter, Kocherklemme, Kornzange, Schere, Tupfer, chirurgische Pinzette, Faden/Nadel rund, 3 Größen; Faden/Nadel scharf, eine Größe
- in der außerklinischen Geburtshilfe zusätzlich: Berotec N 100 µg (Spray)
- Nifedipin-Tropfen
- auch wenn nachfolgend genannte Medikamente inzwischen als obsolet gelten, können für den Verzweiflungsfall in der außerklinischen Geburtshilfe bereitgehalten werden:

- 1 Plasmaexpander (z. B. HAES 6 % oder Gelafusal 500 ml)
- Diazepam (Valium/Faustan) 10-mg-Ampulle oder Midazolam-Ampulle
- Methylergobrevin/Methergin-Ampulle

\*nicht in der Hausgeburtshilfe erforderlich

### Einrichtung der Geburtsräume

Die Geburtsräume sollten in einer Balance zwischen Zweckmäßigkeit und Gemütlichkeit eingerichtet sein. Alle im Notfall erforderlichen Geräte, Hilfsmittel und Medikamente müssen griffbereit platziert sein. Ideal ist z. B. ein rollbarer Notfallcontainer, der alles enthält – von der Sauerstoffflasche bis zum Intubationsbesteck.

Die Hausgeburtshilfende muss den Geburtsraum i. d. R. hinnehmen, wie er ist. Auch sie sollte vor der Geburt ein potenzielles Notfallszenario durchdenken und sich sozusagen ihre private Ecke im fremden Schlafzimmer gestalten. Hier lagert sie alle für ein mögliches Notfallmanagement notwendigen Utensilien und schafft sich eine Rückzugsmöglichkeit. Eine banal erscheinende Frage kann während einer Hausgeburt größte Dringlichkeit bekommen: Welche Toilette benutze ich, wenn die Gebärende stundenlang in der Wanne sitzen sollte?

## Innere Ruhe als wichtigstes Handlungsprinzip im Notfall

### regEL 1

#### **r**uhe, **B**esonnenheit und **S**ouveränität **b**ewahren

- Atmen Sie tief durch und bemühen Sie sich dann um eine ruhige Atmung.
- Versuchen Sie, emotional kurz aus der Situation herauszugehen, um sich zu sammeln.
- Aktivieren Sie Ihr Selbstvertrauen.

Ruhe bewahren: Diese einfach klingende Forderung ist bei einer geburtshilflichen Komplikation die wichtigste. Meist kann sie am schwersten realisiert werden. Innere Panik stellt ggf. die größte Gefahr dar. Ruhiges, besonnenes Handeln ist der Schlüssel, um den Notfall kompetent zu meistern.

### Beispiel Beruhigungsprotokoll

Als Beleg für diese These sei die primäre (geburtsmechanisch bedingte) Schulterdystokie genannt. Nüchtern betrachtet befindet sich das Kind in diesem Moment in keiner unmittelbaren Lebensgefahr: Die placentare Sauerstoffversorgung ist intakt, es gibt keinen Grund dafür, dass nach der erfolgreichen Passage des größten und härtesten Kindsteiles die Geburt der relativ flexiblen Schulter nicht

gelingen sollte. Ein planvolles, gelassenes Management dürfte das geburtsmechanische Problem lösen: Veränderung der Gebärdposition, Bewegung des Beckens und notfalls die innere Führung der Schulter.

Die Analyse der Schulterdystokie mit fatalem Ausgang zeigt leider fast ausnahmslos ein anderes Bild: Panisch und unüberlegt wird am Köpfchen des Kindes gezogen oder gar noch von oben kristallert. Diese Handlungsweisen sind traurige Realität und wurzeln in der mit dieser Komplikation verbundenen panischen Angst. Deshalb hat es höchste Priorität, selbst in größter Katastrophe ruhig zu bleiben.

Schritt 1 dazu ist es, **Paniksituationen zu definieren und zu identifizieren**. Dieser ist erfolgreich absolviert, wenn wir in diesem Moment unsere Angst und Panik bewusst wahrnehmen und sagen: „Das jetzt eben war eine Panikreaktion.“

Schritt 2 ist, ein **Beruhigungsprotokoll** zu erarbeiten. Mit dem Begriff werden hier theoretisch fixierte Handlungs- oder Reaktionsabläufe bezeichnet: Im vorliegenden Fall muss ein Protokoll geschaffen werden, das sich in Paniksituationen abrufen lässt und das dann ablaufen kann. Die Beruhigung stellt sich ein – als hätten Sie den Notknopf der Rolltreppe betätigt, um diese zu stoppen.

Schritt 3 ist es, solche **Notfallsituationen zu üben**. Anfangs werden wir erst im Nachhinein merken, dass dies eine Paniksituation war, auf die wir mit Selbstberuhigung hätten reagieren müssen. Aber mit jeder Lektion werden wir stabiler und ruhiger.

*Ruhe und Besonnenheit auch in kritischen Situationen zu bewahren – das muss erlernt und immer wieder trainiert werden.*

### Sich selbst beruhigen

Der wichtigste Punkt ist die Atmung. Mit einer ruhigen, gleichmäßigen Atmung lässt sich auf die vegetative Balance einwirken. Als nächstes sollten wir versuchen, kurz aus der Situation herauszugehen und uns zu sammeln. Falls es die Situation erlaubt, können tiefes Durchatmen am offenen Fenster oder ein kalter Wasserstrahl äußerst beruhigend sein. Andernfalls kann ein psychotherapeutisches Werkzeug dies ersetzen: Jeder sollte einen „Wohlfühlort“ haben, an den sich in kritischen Momenten für einen Augenblick gedanklich entfliehen lässt. Der dritte Punkt des Beruhigungsprotokolls könnte ein Ritual des Selbstvertrauens sein, das die emotionale Stabilität festigt. Dafür genügt es, eine einfache Formel für solche Situationen mantraartig zu verinnerlichen: „Ich schaffe das! Ich bin der Aufgabe gewachsen!“ Wer sich dabei mutmachend leicht auf die Brust klopft, wird die Wirkung körperlich spüren.

## r EgEL 2

### ruhe ausstrahlen

- Sorgen Sie für eine „kollektive“ Beruhigung bei allen Anwesenden.
- Zeigen Sie möglichst wenig von der Dramatik der Situation.
- Vermeiden Sie unbedingt jedes hektische Herumrennen, Herumkramen, Herumrufen.
- Erledigen Sie ruhig und besonnen die notwendigen Handgriffe.
- Beruhigen Sie die Gebärende und sorgen Sie dafür, dass sie ruhig und tief atmet.
- Sorgen Sie für eine gute Verbindung zwischen Mutter und Kind.
- Behalten Sie alle beteiligten Personen (Partner!) im Auge: Beziehen Sie sie ein und beschäftigen Sie sie, aber stets im Raum!

### Beruhigung aller im Team

Ebenso wichtig wie die eigene Besonnenheit ist die Beruhigung aller im Raum Anwesenden, von deren Panik die gleiche Gefahr ausgeht. Dies betrifft die anderen Ärzt\*innen und Hebammen, die wir stets im Blick haben sollten. Unsere Ruhe und Gelassenheit strahlen auf sie aus. Und doch brauchen sie manchmal Zuspruch, um sich emotional zu stabilisieren. Eine kleine Geste, ein herzlicher Blick, das Auflegen der Hand, ein Wort des Mutmachens – das kann Ruhe auf unsere Kolleg\*innen übertragen. Die Fähigkeit zur kollektiven Selbstberuhigung muss vom gesamten geburtshilflichen Team erarbeitet und geübt werden. Dabei geht es nur in zweiter Linie um konkrete Handlungsabläufe in simulierten Notfallsituationen. Wichtiger sind Absprachen zur Vermeidung einer unkontrollierten Panik im Geburtsraum, besonders zwischen den „Dienstgraden“.

*Ein Notfalltraining sollte mindestens vierteljährlich unter Beteiligung aller potenziell bei Komplikationen anwesenden Mitarbeitenden stattfinden.*

### Beruhigung der Frau und ihres Kindes

Im Mittelpunkt steht die Beruhigung der Frau und ihres Kindes. In der Gebärenden verdichten sich die Grundspannung der laufenden Geburt, die Sorge vor einem fatalen Ausgang, die panische Reflexion der bei den Hebammen und Ärzt\*innen zu beobachtenden Anspannung und die klinische Symptomatik des Notfalls selbst zu einem destruktiven emotionalen Cocktail, der die Krise potenzieren kann. Wir müssen zuerst die Übertragung unserer eigenen Angst auf die Gebärende unterbinden. Wir sollten möglichst wenig von der Dramatik der Situation zeigen, mit

größter Achtsamkeit unsere Worte wählen und mit jedem unserer Handlungsschritte Ruhe und Besonnenheit ausstrahlen. Hektisches Herumrennen und -kramen müssen vermieden werden. Es ist ein Trugschluss, dass wir mit Tempo Zeit gewinnen – das Gegenteil ist der Fall: Bedachtsamkeit und Gelassenheit – ohne zu trödeln – führen zu einem unglaublichen Zeitgewinn!

Ebenso wichtig ist die aktive Einwirkung auf die Gebärende. Auch hier steht die ruhige, tiefe Atmung im Mittelpunkt, zu der wir die Frau immer wieder auffordern sollten. Es ist oft hilfreich, mit ihr gemeinsam zu atmen, sie sozusagen in die ruhige Atmung mitzunehmen. Diese Aufgabe kann auch der Mann erledigen, was für dessen Anspannung heilsam sein dürfte.

*Von elementarer Bedeutung ist die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Verbindung der Frau zum Kind.*

Die biologische Einheit Mutter-Kind bezieht sich keineswegs nur auf organische Aspekte wie Stoffaustausch und Regulation. Auch in emotionaler Hinsicht sind beide Organismen direkt gekoppelt und beeinflussen sich wechselseitig. Es verdichten sich die Hinweise, dass der Kontaktabbruch zwischen Mutter und Kind dramatischen Einfluss auf den Verlauf und Ausgang geburtshilflicher Komplikationen ausübt. Deshalb müssen wir die Gebärende immer wieder animieren, zu ihrem Kind zu gehen und bei ihm zu bleiben.

Dieser Teil des Notfallmanagements sollte im Rahmen der Geburtsvorbereitung dargelegt und von der Schwangeren verinnerlicht werden: „Mutter und Kind sind während der Geburt ein Team, das miteinander den manchmal mühsamen, belastenden und möglicherweise auch gefährlichen Weg durchsteht, sich im Schmerz und in der Wehe gegenseitig tröstet und beruhigt und immer fest zusammenhält.“ Diese Sichtweise dürfte in der Gebärenden alle mütterlichen Reflexe wecken: Das Kind ist ein fühlendes Wesen, das ähnliche Angst und Schmerzen verspürt wie ich. Es braucht jetzt meinen ganzen Zuspruch, alle meine Liebe und Nähe. Wir beobachten immer wieder, dass die Wiederherstellung der Verbindung zwischen Mutter und Kind unglaubliche Auswirkungen auf Geburtsdynamik, kindliche Einstellung und Herztonmuster hat.

### Beruhigung des Partners

Das dritte Element der kollektiven Beruhigung ist der Partner. Ihn müssen wir in der Krise unbedingt genauso im Blick haben wie die Gebärende und unsere Kolleg\*innen, ihn beruhigen, ihm Mut machen und Zuversicht geben. Es erweist sich als hilfreich, den Partner irgendwie zu beschäftigen. Generell gilt: Der Mann sollte möglichst im Raum und in der Nähe seiner Frau bleiben, sofern er nicht von sich aus gehen will. Er könnte den Rücken seiner Frau streicheln, mit ihr tief und ruhig atmen, ihre Stirn kühlen, seine

Hand auf ihren Bauch legen und damit sein Kind beruhigen und trösten. Kleine Hilfsdienste, wie das Licht anzuschalten oder das Fenster zu öffnen, übernehmen die Männer dankbar und bereitwillig. Das befreit sie aus der passiven Beobachterrolle und macht sie sozusagen zum Teil des therapeutischen Systems, was sich i.d.R. als stabilisierend erweist.

Es ist günstig, in der Geburtsvorbereitung denkbare Szenarien mit dem Partner abzusprechen. Die Hebamme braucht dann im Notfall nur noch die vereinbarte Formel auszusprechen, nimmt ihm die Panik und findet einen beflissenen Helfer, der sie wirklich unterstützt.

## Diagnose und Differenzialdiagnose

### r EgEL 3

#### Eine klare Diagnose stellen

- Was ist passiert?
- Liegt das Bild einer typischen Komplikation vor (innere Checkliste)?

Das Benennen einer klaren Diagnose ist von größter Bedeutung für ein professionelles, geordnetes Komplikationsmanagement. Hier geht es erst in zweiter Linie um eine eindeutige Kommunikation mit den Kolleg\*innen. Zuerst dient dieser Schritt der Herstellung einer eigenen inneren Ordnung. Es ist ein Unterschied, ob wir zu uns sagen: „Es blutet gewaltig“ oder: „Das also ist eine atonische Nachblutung!“ Während wir im ersten Fall diffus bleiben („Tupfen?“), aktivieren wir mit der klaren Diagnosestellung ein vorbereitetes Handlungsprotokoll. Wir müssen gedanklich die App „Atonie“ öffnen und den dort gespeicherten Algorithmus ablaufen lassen. Dabei ist der Katalog geburtshilflicher Notfälle überschaubar (► **Checkliste**). Wenn Sie diese Liste verinnerlichen und beim Auftreten einer Komplikation gedanklich durchgehen, trifft mit allergrößter Wahrscheinlichkeit eine der Diagnosen in der vorliegenden Situation zu.

### CHECKLISTE

#### Innere Checkliste beim Auftreten einer geburtshilflichen Komplikation

##### Hauptsymptom: Schmerz

- Leitsymptom: beängstigende Zunahme des Wehenschmerzes + Wehenanomalie → drohende Uterusruptur
- Leitsymptom: Schmerz und/oder Blutung + CTG-Anomalie → vorzeitige Plazentalösung

##### Hauptsymptom: Wehenanomalie

- Leitsymptom: beängstigende Zunahme des Wehenschmerzes + Wehenanomalie → drohende Uterusruptur
- Leitsymptom: „6-mal und/oder“: Wehenanomalie/Fieber/Tachykardie Mutter/Kind/fötides Fruchtwasser/lang zurückliegender Blasensprung → Amnioninfektion

##### Hauptsymptom: schlechter Allgemeinzustand der gebärenden

- Leitsymptom: plötzlicher Verfall der Gebärenden ohne fassbare geburtshilfliche Ursache → Fruchtwasserembolie
- Leitsymptom: auffallend kranke Gebärende und/oder Oberbauchschmerz → HELLP-Syndrom

##### Hauptsymptom: Krampfanfall

- Leitsymptom: tonisch-klonischer Krampf mit Anurie und ggf. hypertoner Krise → Eklampsie
- Leitsymptom: zeitlich begrenzter Krampfanfall mit Urinabgang → Epilepsie

##### Hauptsymptom: CTG-Anomalie

- Leitsymptom: Schmerz und/oder Blutung + CTG-Anomalie → vorzeitige Plazentalösung
- Leitsymptom: akute CTG-Anomalie im Zusammenhang mit dem Blasensprung → Nabelschnurvorfal, vorzeitige Plazentalösung
- Leitsymptom: CTG-Anomalie + Destruktivitätszeichen (grünes Fruchtwasser, Geburtsgeschwulst) → intrauteriner Notzustand

##### Hauptsymptom: prolongierte Dezeleration nach Blasensprung

- Leitsymptom: Tastbefund Nabelschnur → Nabelschnurvorfal
- Leitsymptom: anhaltende Bradykardie auch nach Entlastung → vorzeitige Plazentalösung

##### Hauptsymptom: Blutung

- Leitsymptom: CTG-Veränderung und/oder Schmerz → vorzeitige Plazentalösung
- Leitsymptom: postpartale Blutung bei atonischem Uterus → Atonie
- Leitsymptom: postpartale Blutung bei kontrahiertem Uterus → Zervixriss
- Leitsymptom: Schock/Ohnmacht vor Blutung → Fruchtwasserembolie

Nachdem wir uns zu einer Diagnose durchgerungen haben, müssen wir diese sofort wieder infrage stellen. Es wäre fatal, wenn wir uns bei der Auswahl unserer gedanklichen App irrten und das falsche Programm ablaufen ließen. Ein denkbare Szenario für einen solchen Irrtum wurde am Anfang dieses Artikels geschildert. Deshalb haben das kritische Hinterfragen der gefundenen Diagnose und das Benennen möglicher Differenzialdiagnosen größte Bedeutung.

#### r EgEL 4

##### Differenzialdiagnose abwägen

- Kann ich mich irren?
- Gibt es eventuell eine andere Ursache für den Notfall?
- Was ist das Leitsymptom, von dem die meiste Information und/oder die größte Gefahr ausgeht?
- Liegen evtl. 2 Krankheitsbilder gleichzeitig vor? Denken Sie an „Läuse und Flöhe“.

Wir sollten uns Komplikationsbilder mit ähnlicher Symptomatik vor Augen führen und mit der vorliegenden Situation vergleichen. Dabei müssen wir die markantesten oder auch die gefährlichsten Befunde herauslösen und abwägend in unser Diagnoseraster einordnen. Beim Finden der ursprünglichen Verdachtsdiagnose darf unser Bauchgefühl eine Rolle spielen. Intuitives Handeln hält zunehmend wissenschaftlichen Kriterien stand [2, 3]. Bei der Differenzialdiagnostik müssen dagegen größte Nüchternheit, Sachlichkeit und Sorgfalt im Vordergrund stehen. Wir schlagen den in ► **Abb. 3** dargestellten gedanklichen Algorithmus vor.

Am Ende dieses Abwägungsprozesses, der nur Sekunden dauern darf, gibt es 2 Möglichkeiten:

- Entweder es spricht weiterhin alles für die ursprünglich gefundene Diagnose. Dann werden wir das zugehörige Handlungsprogramm nun starten.
- Oder wir finden für unsere Differenzialdiagnose eine größere Übereinstimmung der Befunde, dann löschen wir gedanklich unsere alte App und starten beherzt und konsequent das neue Handlungsprogramm. Diesen Schritt sollten wir so sicher gehen, dass wir später nicht mehr daran zweifeln müssen.

Wir müssen bei unseren differenzialdiagnostischen Abwägungen bedenken, dass 2 Krankheitsbilder zufällig gleichzeitig vorkommen können. „Man kann auch Läuse und Flöhe haben.“ Wenn beispielsweise bei einem Zervixriss die Uteruskontraktion nachlässt oder sich bei einer Fruchtwasserembolie die Plazenta vorzeitig und stark blutend löst, dann besteht die Gefahr, dass das eine Bild vom anderen überdeckt und dadurch übersehen wird. Deshalb spielt der Gedanke an „Läuse und Flöhe“ am Ende des differenzialdiagnostischen Schrittes eine wichtige Rolle.

***Nichts ist schlimmer als Wankelmütigkeit in Notsituationen! Die Differenzialdiagnostik ist eine der bedeutsamsten Aufgaben medizinischer Handlungsweisen.***

## Klare Handlungsprotokolle

Nach Festlegen der Diagnose muss ein gedanklich eindeutig fixiertes und hoffentlich regelmäßig trainiertes Handlungsprotokoll bereitstehen, das nun nahezu automatisiert ablaufen kann. Die meisten der o.g. Notfälle gehen mit dem Symptom des Schocks einher. Der Schock ist eine komplexe vegetative Reaktion unseres Organismus auf eine lebensbedrohliche Störung seiner Homöostase. Der Körper schaltet auf eine sympathikotone Reaktionslage seines vegetativen Nervensystems um, der eine Art „Notfallplan“ zur Selbstrettung darstellt. Die durch den Sympathikus getriggerten Reaktionen haben zwei Ziele:

- Kreislaufzentralisation zur Sicherung der Perfusion überlebenswichtiger Organe (Koronargefäße, Gehirn, Niere, Leber, Lunge)
- Kreislaufstabilisierung durch Verstärkung der Herzleistung (Symptom: Tachykardie), Vergrößerung des peripheren Widerstandes (Symptom: blasse, kalte Haut) und Verstärkung des venösen Rückstroms (Symptom: Anurie)

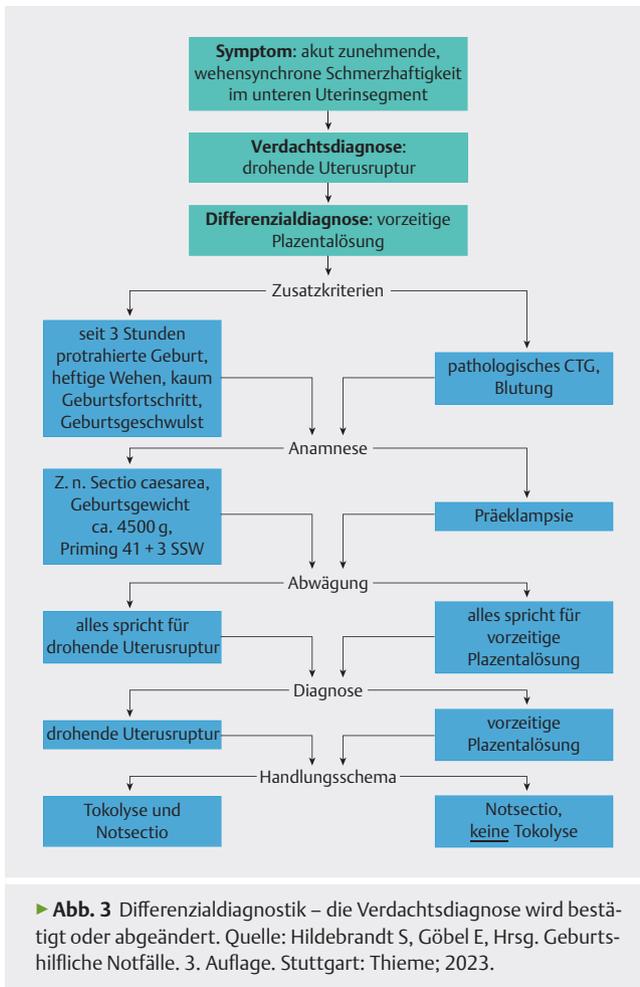
#### r EgEL 5

##### Venösen Zugang legen

Mit diesen Maßnahmen kann der Körper eine gewisse Zeit die wichtigsten Körperfunktionen aufrechterhalten. Wir sprechen vom kompensierten Schock. Unsere Aufgabe ist es, den kompensierten Schock als wichtigen Selbstrettungsmechanismus unseres Körpers zu begreifen und effizient zu unterstützen. Das Leitsymptom des Schocks ist die Tachykardie. Der Blutdruckabfall zeigt die Dekompensation der Schockmechanismen an und bedeutet das Versagen des Selbstrettungssystems. Die Frau ist in absoluter Lebensgefahr!

Die Dekompensation des Schocks hat eine andere, sehr problematische Auswirkung: Durch den Zusammenbruch des Kreislaufs kollabieren die Venen. Es wird uns nun kaum noch gelingen, einen venösen Zugang zu legen und damit die unter Umständen lebensrettende Zufuhr von Medikamenten und Volumen sicherzustellen. Aus diesem Grunde muss die Forderung nach dem Legen eines venösen Zugangs so stark hervorgehoben und an die erste Stelle der medizinischen Maßnahmen gesetzt werden. Natürlich ist diese Priorität nur bei Komplikationen angezeigt, die mit einem Schock einhergehen. Hier aber ist sie von größter Bedeutung.

Venöser Zugang meint einen Venenverweilkatheter (Braunüle, Flexüle). Sogenannte Butterfly-Systeme sind z. B. beim Transport nicht stabil genug und das Lumen ist möglicherweise zu klein.



Das zuverlässige Legen eines stabilen venösen Zugangs sollte zum obligatorischen Repertoire jeder Hebamme gehören. Erlernen und üben kann sie diese Technik an gedulden Schwangeren bei der Blutentnahme im Rahmen der Schwangerenbetreuung. Immer wieder werden berufrechtliche Bedenken hinsichtlich des Handlungskorridors der Hebamme vorgetragen, die jedoch vollständig unzutreffend sind. Die Kompetenzgrenze der Hebamme wird erst bei der Applikation verschreibungspflichtiger Arzneimittel, also etwa bei einer Akut-Tokolyse, überschritten. Und selbst dann darf und muss die Hebamme so lange sämtliche notwendigen Maßnahmen ergreifen, bis kompetente ärztliche Hilfe zur Verfügung steht.

## WEITERE EGELN

### regel 6: Hilfe holen

- Prüfen Sie, ob Sie die Komplikation allein bewältigen können oder dürfen!
- Sorgen Sie für eine professionelle Kommunikation unter allen beteiligten Helfenden!

### regel 7: Kompetent handeln

- Prägen Sie sich die wichtigsten Handlungsschritte gebetsmühlenartig ein.

### regel 8

- Sorgfältig dokumentieren

## Über diesen Artikel



Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung des Kapitels „Allgemeine Handlungsrichtlinien beim Auftreten geburtshilflicher Notfälle“ aus dem Praxisbuch der Autor\*innen: „Geburtshilfliche Notfälle“. Das Buch von Sven Hildebrandt und Esther Göbel wurde für die 3. Auflage zum Teil grundlegend überarbeitet, dem aktuellen Wissensstand angepasst und um einige Thesen erweitert. Es enthält weitere wichtige Regeln und vertieft die Ausführungen anhand anschaulicher Beispiele aus der geburtshilflichen Praxis. Die Fortsetzung der Artikelreihe „Geburtshilfliche Notfälle“ in dieser Zeitschrift finden Sie in Hebamme 3/2025 zum Thema: Mütterlicher Notfall: Fruchtwasserembolie – ein seltenes, aber hoch akutes und schicksalhaftes Beispiel.

## Autor\*innen



### Sven Hildebrandt

studierte an der Berliner Charité Medizin und absolvierte bis 1995 seine Facharztausbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Diakonissenkrankenhaus Dresden. 1996 gründete er mit den Hebammen Esther Göbel und Ines Junge das

Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden, wo er als niedergelassener Frauenarzt arbeitet. Er ist Gründungspräsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (DAfiGb). Von 2010–2016 war er Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM). Seit 2015 ist er Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda/University of Applied Sciences.



### Esther göbel

arbeitete nach einer Ausbildung zur Hebamme von 1984–1995 im Kreissaal des Diakonissenkrankenhauses Dresden. Seit 1991 ist sie nebenberuflich freiberuflich in der Nachsorge tätig. Im Dezember 1995 gründete sie zusammen mit Sven Hildebrandt und Ines

Junge das Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau, wo sie bis heute in allen Bereichen der Freiberuflichkeit tätig ist. Sie hat verschiedene zusätzliche Ausbildungen, u. a. in Homöopathie, Akupunktur und Kraniosakraltherapie, absolviert.

### Korrespondenzadresse

---

Prof. Dr. Sven Hildebrandt  
info@prof-hildebrandt.de

### Literatur

---

- [1] Hildebrandt S, Göbel E. Hrsg. Geburtshilfliche Notfälle. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2023
- [2] McCraty R, Atkinson M, Bradley RT. Electrophysiological evidence of intuition: Part 1. The surprising role of the heart J Altern Complement Med 2004; 10: 133–143. DOI: 10.1089/107555304322849057
- [3] McCraty R, Atkinson M, Bradley RT. Electrophysiological evidence of intuition: Part 2. A system-wide process? J Altern Complement Med 2004; 10: 325–336. DOI: 10.1089/107555304323062310

### Bibliografie

---

Hebamme 2025; 38: 113–121  
DOI 10.1055/a-2473-3088  
ISSN 0932-8122  
© 2025. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany

# FRAUENZENTRIERT UND INTERVENTIONSARM



## Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt

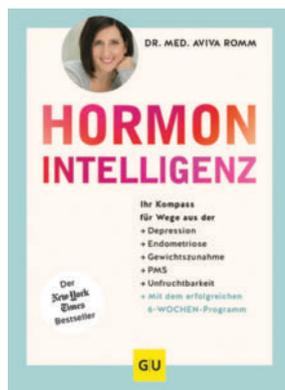
Dieses Praxisbuch zeigt die vielfältigen Möglichkeiten, wie Sie als Hebamme eine natürliche Geburt fördern und unterstützen können. Dabei wurden sowohl die vorhandenen Studienergebnisse als auch das immense Erfahrungswissen von vielen Hebammen in der klinischen und der außerklinischen Geburtshilfe aufgenommen. Der Schwerpunkt liegt auf konkreten Hilfestellungen, Therapieempfehlungen und Praxistipps für die typischen Problemsituationen in den einzelnen Phasen der Geburt. Dazu gehört auch die kritische Auseinandersetzung mit umstrittenen Interventionen in der Geburtshilfe.

Auch als E-Book  
ISBN 978 3 13 244688 5



## „Hormon Intelligenz“ als Konzept

## Die Hormone im Einklang



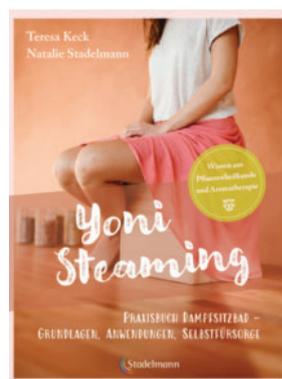
Dr. med. Aviva Romm ist Hebamme, Ärztin und Mutter. Die Grundlage für ihre Arbeit bildet ein ganzheitlicher Ansatz, bei dem vor allem die Hormone eine entscheidende Rolle spielen. Bei „Hormon Intelligenz“ handelt es sich nicht nur um den Titel, sondern dahinter steht ein Konzept. Die Autorin erklärt, welchen Einfluss diverse Faktoren wie die soziale Umwelt oder das Frauenbild in der Gesellschaft auf unsere Hormone ausüben und welche Auswirkungen ein mögliches Ungleichgewicht haben kann. Darüber hinaus stellt sie das von ihr entwickelte 6-Wochen-Programm vor, das einen Einklang herstellen soll, um Symptome und Beschwerden zu lindern. Das Konzept ist sehr interessant zu lesen, gibt Ansätze zum Verständnis möglicher Zusammenhänge, die in einer Beratung z. B. bei unerfülltem Kinderwunsch zu berücksichtigen sind. Insgesamt fehlen Quellenangaben, wobei einige ohne Verknüpfung zum Text am Ende aufgelistet sind. Als Leser\*in sollte man im Hinterkopf behalten, dass die Autorin das Konzept auf Basis von Erfahrung und medizinischem Wissen entwickelt hat, das jedoch kein schulmedizinisches wissenschaftlich getestetes Verfahren darstellt.

Marlene Koch

**Titel:** Hormon Intelligenz  
**Autorin:** Dr. med. Aviva Romm  
**Kategorie:** Ratgeber  
**Verlag:** Gräfe und Unzer  
**Jahr:** 2023  
**Preis:** 29,99 Euro

## Sanftes Naturheilverfahren

## Praxisbuch Dampfsitzbad



Das Buch über Yoni Steaming – auch bekannt als Dampfsitzbad – beleuchtet eine alte traditionelle und in den letzten Jahren wieder aufgelebte Praxis. Die Methode wird als sanftes Naturheilverfahren vorgestellt, das die Gesundheit der weiblichen Geschlechtsorgane fördern kann. Dabei werden die Wirkungen des Dampfbads umfassend interpretiert: Förderung der Durchblutung, Entspannung der Muskeln und Anregung des Stoffwechsels. Das Buch bietet vielfältige Anwendungsbereiche von Prämenstruellem Syndrom (PMS) über unerfüllten Kinderwunsch bis hin zur Verarbeitung nach einer Fehlgeburt. Besonders interessant ist der Abschnitt zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Hier könnten Hebammen Impulse finden, um Frauen in diesen besonderen Lebensphasen Möglichkeiten zur Selbstwirksamkeit an die Hand zu geben. Allerdings legt das Buch wenig Wert auf Wissenschaftlichkeit. Zwar werden vereinzelt Forschungen erwähnt, es fehlen jedoch gesicherte Quellenangaben. Für Hebammen oder interessierte Frauen, die nach sanften Methoden zur Unterstützung ihres Körpers suchen, kann es Inspiration bieten. Schlussendlich gelingt es dem Buch, ein altes Hausmittel in einem umfassenderen Kontext zu präsentieren – eine spannende Idee, die je nach Perspektive durchaus wertvoll sein kann.

Maureen Kuhn

**Titel:** Yoni Steaming  
**Autorinnen:** Teresa Keck, Natalie Stadelmann  
**Kategorie:** Sachbuch  
**Verlag:** Stadelmann Verlag  
**Jahr:** 2023  
**Preis:** 18,90 Euro

## Psychische Erkrankungen

## Ratgeber bei Depressionen und Ängsten

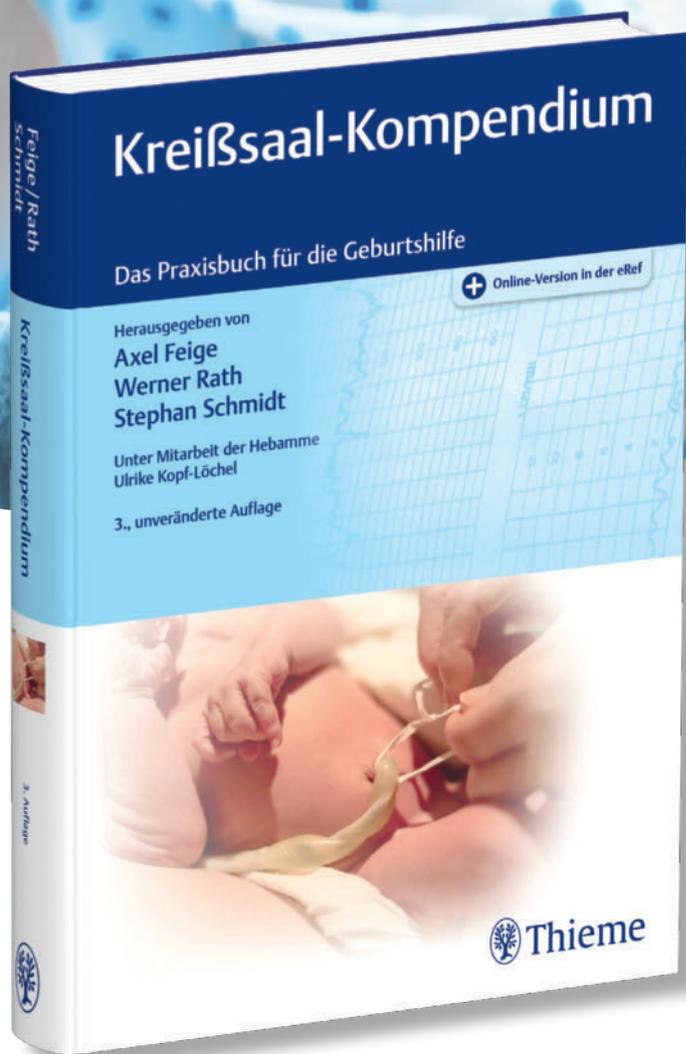


Wenn Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt psychische Erkrankungen entwickeln, ist das für sie selbst und ihr Umfeld eine herausfordernde Situation. Der Ratgeber der beiden Autorinnen soll eine möglicherweise notwendige Behandlung oder Therapie nicht ersetzen, sondern eine weitere Hilfestellung für Patient\*innen darstellen. Die Lesenden erhalten Einblicke in verschiedene Symptome oder Gedankenspiralen von Patient\*innen und die entsprechende Einordnung. Darüber hinaus stellt das Buch Möglichkeiten zur Selbsthilfe, wie z. B. Meditationen, aber auch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten wie eine Lichttherapie oder eine Medikation mit Psychopharmaka vor. Ein ganzes Kapitel thematisiert häufig gestellte Fragen rund um die Erkrankungen. Interessierte können sich auch vertieft über die Einordnung der Krankheitsbilder in den ICD10-Katalog oder Diagnosen, wie z. B. Angststörungen informieren. Der Ratgeber gibt einen guten Überblick für Patient\*innen sowie ihre Bezugspersonen und bietet erste Hilfestellungen. Zur besseren Lesbarkeit sind die Quellenangaben im Anhang aufgeführt und daher den Aussagen nicht direkt zuzuordnen. Insbesondere für Fachpersonal wäre dies aber für eine evidenzbasierte Beratung hilfreich gewesen.

Maureen Kuhn und Marlene Koch

**Titel:** Rund um die Geburt. Depressionen, Ängste und mehr. Hilfe und Selbsthilfe bei peripartalen psychischen Problemen  
**Autor\*innen:** Anke Rohde, Almut Dorn  
**Kategorie:** Ratgeber  
**Verlag:** Kohlhammer  
**Jahr:** 2023  
**Preis:** 32 Euro

# Geburten sicher und souverän leiten



Erfahrene Geburtshelfer geben Ihnen Tipps und Tricks für Ihre Arbeit im Kreißsaal. Das ist normal, hier wird es gefährlich: Lernen Sie, jede Situation schnell und vorausschauend zu beurteilen. Klare Handlungshinweise und systematische Anleitungen für alle Phasen der Geburt geben Ihnen Sicherheit. Auch für spezielle Situationen und gefährliche Notfälle erhalten Sie konkrete Vorgehensweisen. Alle Fakten sind kurz und übersichtlich dargestellt. Freuen Sie sich zudem über wertvolles Online-Zusatzmaterial wie Filme und Animationen zur Spontangeburt, Beckenendlage und Schulterdystokie.

Buch + Online-Version in der eRef  
ISBN 978 3 13 245134 6

## Frauenrechte: „Viel ist erreicht – viel mehr bleibt zu tun“



Motivbanner von Terre des Femmes anlässlich des Tags „Nein zu Gewalt an Frauen“ am 25. November 2023. Quelle: <https://frauenrechte.de> – TERRE DES FEMMES Menschenrechte für die Frau e.V.

Bei Terre des Femmes handelt es sich um eine gemeinnützige und spendenbasierte Menschenrechtsorganisation, die auf mehr als 40 Jahre Vereinsgeschichte zurückblickt. Das übergeordnete Ziel von Terre des Femmes ist der weltweite Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen an Frauen und Mädchen aufgrund ihres Geschlechts. Die Organisation betont, dass in ihrem Verständnis von Feminismus alle Geschlechter gleichgestellt sind.

### Die Vision

Als ihre Vision beschreibt Terre des Femmes eine Welt, in der Mädchen und Frauen überall gleichberechtigt, selbstbestimmt und frei leben können. Dies umfasst eine Gleichstellung vor dem Gesetz und die gleichen Bildungs- und Karrierechancen. Die Organisation fordert, dass Mädchen und Frauen in ihrer Sexualität und ihren Lebensentscheidungen selbstbestimmt und frei von Rollenzwängen handeln und am öffentlichen Leben teilnehmen können. Dafür sollen die patriarchalen Strukturen überwunden werden.

Grundlage für die Arbeit von Terre des Femmes bildet unter anderem die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 (<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/german-deutsch?LangID=ger>) sowie die Europaratskonvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und

häusliche Gewalt von 2011 (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/verhuetzung-und-bekaempfung-von-gewalt-gegen-frauen-und-haesuslicher-gewalt-122282>).

Terre des Femmes bezeichnet sich selbst als politisch unabhängig und setzt sich in ihrer Arbeit für eine internationale Vernetzung ein. Darüber hinaus sind die umfassende Öffentlichkeitsarbeit durch gezielte Aktionen und Kampagnen ebenso wie die Vermittlung von Informationen zum Thema Frauenrechte Teil des Engagements.

### Kernbereiche der Arbeit

Die Arbeit von Terre des Femmes gliedert sich in mehrere wichtige Themenfelder, die verschiedene Aktionen beinhalten. Zu jedem Bereich werden Informationsquellen zur Verfügung gestellt sowie Hilfsangebote und Anlaufstellen aufgeführt.

- **Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte:** Terre des Femmes setzt sich für die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen ein und formuliert klare Forderungen in Positionspapieren, wie z. B. die Streichung des § 218 und § 219 aus dem Strafgesetzbuch.
- **Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung:** In Projekten wie „Join our CHAIN“ entwickelt die Organisation mit anderen Partnerorganisationen Handlungsempfehlungen zum Umgang mit und präventive Maßnahmen gegen Genitalverstümmelungen sowie Früh- und Zwangsheirat.
- **Verhinderung häuslicher und sexualisierter Gewalt:** Kampagnen wie „#jedeVierte“ oder „#UNHATEWOMEN“ sollen die Gesellschaft für die Thematik sensibilisieren. Darüber hinaus wird unter anderem der Ausbau von Frauenhausplätzen und Zufluchtswohnungen für von Gewalt betroffene Frauen und Kinder gefordert.
- **Sensibilisierung für Zwangsheirat und Gewalt im Namen der Ehre:** Präventionsarbeit an Schulen soll Zwangs- und Frühheiraten verhindern. Orientiert an der „Forced Marriage

### INFO

In Deutschland konnte Terre des Femmes durch ihre Arbeit bereits einige Gesetzesänderungen erreichen, unter anderem die Anerkennung von Vergewaltigung in der Ehe als Straftat (1997), weibliche Genitalverstümmelung als Straftatbestand und das Gesetz zur Bekämpfung von Kinderehen durch Festsetzung des Mindestheiratsalters auf 18 Jahre ohne Ausnahme (2017).

Unit“ (FMU) in Großbritannien werden zentrale Anlauf- und Meldestellen gefordert.

- **Gegen Frauenhandel und Prostitution:** Aufklärung über das „System Prostitution“ und Forderung nach Mindeststandards für Arbeitsbedingungen von Prostituierten.
- **Förderung Integration von Migrantinnen:** Terre des Femmes bietet Schulungen für Hilfskräfte und arbeitet in verschiedenen Projekten an Verbesserungen der nachhaltigen Aufnahmestrukturen geflüchteter Frauen und Mädchen.

### „Alle Blicke auf Frauenrechte“

Mit verschiedenen Aktionen will die spendenbasierte Organisation Terre des Femmes auf Missstände und Frauenrechtsverletzungen aufmerksam machen. Hierzu erstellt sie Petitionen, organisiert Kundgebungen und Kampagnen und veranstaltet Demonstrationen.

Um auf Frauenfeindlichkeit im Alltag in der Werbung aufmerksam zu machen, wählt eine Jury jährlich den Negativ-Preis „Zorniger Kaktus“ für die sexistischste Werbung. Im Kalender für Frauenrechte informiert die Organisation über wichtige Tage für die Rechte von Mädchen und Frauen, wie z. B. der Internationale Tag gegen Menschenhandel am 30. Juli oder der Weltmädchentag am 11. Oktober. Seit mehr als 20 Jahren dient der 25. November als internationaler

## Thieme ist für Sie da



Einfach zu Hause.  
[www.thieme.com](http://www.thieme.com)  
 Als Startseite empfohlen.



Das ganze Programm.  
[shop.thieme.de](http://shop.thieme.de)  
 Und ab ins Körbchen.



[cme.thieme.de](http://cme.thieme.de)  
 Punkten und verwalten.



Anmelden und nichts  
 mehr verpassen.  
[www.thieme.de/newsletter](http://www.thieme.de/newsletter)



Für alle Fälle.  
[kundenservice.thieme.de](http://kundenservice.thieme.de)

Tag „NEIN zu Gewalt an Frauen“ dazu, Betroffenen eine Stimme zu geben und mit konkreten Forderungen an Politiker\*innen heranzutreten. Hierzu fand 2024 eine Fahnenaktion „#WennDieGewaltNichtAufhört – Partnerschaftsgewalt endlich wirksam beenden“ statt.

Alle wörtlichen Zitate und Inhalte des Projektberichts sind der Website entnommen: <https://frauenrechte.de>.

Maureen Kuhn und Marlene Koch

### KONTAKT

Terre des Femmes – Menschenrechte  
 für die Frau e.V.  
 Brunnenstraße 128, 13355 Berlin  
[info@frauenrechte.de](mailto:info@frauenrechte.de)  
<https://frauenrechte.de>

### Bibliografie

Hebamme 2025; 38: 125–126  
 DOI 10.1055/a-2473-2953  
 ISSN 0932-8122  
 © 2025. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-  
 Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

## Regenerative Therapieansätze

## Zukunftsgerichtete Stammzelltherapien aus Nabelschnurblut und -gewebe

Nabelschnurblut und -gewebe während der Geburt zu gewinnen, ist für Mutter und Kind schmerzfrei und die enthaltenen Zellen haben großes Potenzial bei regenerativen Therapieansätzen. Prof. Holger Stepan, Leipzig, und Univ.-Prof. Ursula Felderhoff-Müser, Essen, nahmen zusammen mit Vita 34, der führenden Stammzellenbank Europas, den Welt-Nabelschnurblut-Tag am 15. November zum Anlass, um über die Gewinnung von Nabelschnurblut und Nabelschnurgewebe und deren therapeutisches Potenzial aufzuklären.

Um Nabelschnurblut und Nabelschnurgewebe für eine evtl. spätere Therapie zur Verfügung zu haben, muss man es während der Geburt gewinnen. Dies ist für Mutter und Kind schmerzfrei. In den allermeisten Fällen werden aber die Gewebe und das darin enthaltene kindliche Blut nach der Geburt verworfen. Das liege an mangelnder Aufklärung und Information der werdenden Eltern: „Die Information über die Möglichkeit der Einlagerung von Nabelschnurblut sollte möglichst früh in der Schwangerschaft erfolgen. Das ist eine wichtige Aufgabe für die niedergelassenen Gynäkologen, aber auch vor allem für die Hebammen“, so Prof. Stepan. Viele Schwangere und werdende Eltern würden sich über soziale Netzwerke informieren und dort auch ein breites Angebot finden. Die fachkundige direkte Information durch Gynäkologen und Hebammen in der Geburtsvorbereitung sei aber ein essenzieller Baustein, um auf die Möglichkeit der Einlagerung hinzuweisen und über die Chancen aufzuklären. Seiner Auffassung nach gehört die Information und Aufklärung auch in die S3-Leitlinie der Geburtsbetreuung. Die Gewinnung selbst ist für Mutter und Kind schmerz- und risikofrei. Blut und Gewebe aus der Nabelschnur lassen sich sowohl beim vorzeitigen Abnabeln nach Kaiserschnitt als auch beim von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und der Weltgesundheitsorganisa-



► **Abb. 1** Aus Nabelschnurblut lassen sich Stammzellen gewinnen, die in rund 80 verschiedenen Indikationen therapeutischen Nutzen haben. Aus dem Gewebe der Nabelschnur gewinnt man auch sog. mesenchymale Stammzellen mit Potenzial für weitere Therapieansätze. (Quelle: Vita 34, Leipzig)

tion empfohlenen verzögerten Abnabeln nach wenigen Minuten gewinnen. Ein verzögertes Abnabeln nach der Geburt und Nabelblutspende schließen sich nicht gegenseitig aus [1]. „In den nächsten Jahren sollte die Gewinnung von Nabelschnurblut noch mehr in die Breite gehen und mehr oder weniger selbstverständlich bzw. normal werden. Bei der gegenwärtigen Datenlage und v. a. aufgrund des dynamischen medizinischen Fortschritts auf diesem Gebiet werden sich noch weitere zukunftsreiche Perspektiven eröffnen“, so Prof. Stepan weiter.

### Breiter klinischer Einsatz und neue Indikationsfelder

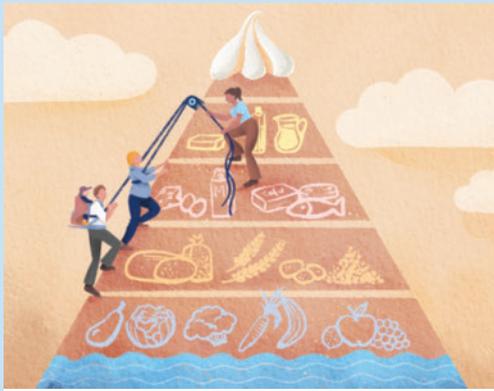
Eingelagerte Nabelschnurblute werden in mehr als 80 unterschiedlichen Indikationsgebieten eingesetzt [2, 3]. Im Bereich des Knochenmark- und Immunsystemaufbaus kamen Blute v. a. bei Leukämie und anderen Bluterkrankungen zum Einsatz, aber auch nach der Behandlung von Immundefekten, von soliden Tumoren oder von Stoffwechselerkrankungen [2, 3]. Neben den Stammzellen aus Nabelschnurblut sind auch sog. mesenchymale Stammzellen aus Nabelschnurgewebe von großem Interesse. Diese Zellen sind in Nabelschnurgewebe reichlich vor-

handen und können leicht daraus gewonnen werden (► **Abb. 1**). Prof. Felderhoff-Müser stellte Forschungsergebnisse zum Einsatz bei neonatalem Schlaganfall und Asphyxie vor. Im Tiermodell zeigten sich bereits positive Effekte auf die geschädigten Hirnregionen und auf die kognitiven Funktionen [4–7]. Erste vielversprechende klinische Phase-I-Studien zum kombinierten Einsatz dieser Zellen bei Neugeborenen mit hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie nach Asphyxie fanden bereits statt [8–10]. Um diese Studien allerdings in die reguläre Behandlung zu übertragen, seien noch einige Herausforderungen zu bewältigen und weitere Forschung nötig, so Felderhoff-Müser.

Nach einer Pressemeldung der VITA 34 | FamiCord AG, Leipzig

### Literatur

- [1] Deutsches Ärzteblatt. Nabelschnurblutspenden in Deutschland rückläufig, Relevanz könnte zunehmen. 5. Januar 2024. Im Internet: [https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147624/Nabelschnurblutspenden-in-Deutschland-ruecklaeufig-Relevanz-koennte-zunehmen?utm\\_source=divr.it&utm\\_medium=twitter](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147624/Nabelschnurblutspenden-in-Deutschland-ruecklaeufig-Relevanz-koennte-zunehmen?utm_source=divr.it&utm_medium=twitter); Stand 28.01.2025
- [2] Mayani H et al. Bone Marrow Transplant 2020; 55: 48–61
- [3] Dessels C et al. Stem Cells Transl Med 2018; 7: 643–650
- [4] Reinboth BS et al. Exp Neurol 2016; 283: 264–275
- [5] Herz J et al. Brain Behav Immun 2018; 70: 118–130
- [6] Kaminski N et al. Front Cell Neurosci 2020; 14: 601176
- [7] Labusek N et al. J Neuroinflamm 2023; 20: 280
- [8] Cotten CM et al. J Pediatr 2014; 164: 973–979.e1
- [9] Tsuji M et al. Sci Rep 2020; 10: 4603
- [10] Cotten CM et al. Stem Cells Transl Med 2023; 12: 355–364



HEBAMME 3/2025 hat das Schwerpunktthema:  
Ernährungsberatung  
(Quelle: © M. Bürger / Thieme)

## Im nächsten Heft

### CNE Schwerpunkt: Ernährungsberatung

Geplante Themen sind u. a.:

- Vegane und vegetarische Beikost
- Ernährungsberatung von Schwangeren und Eltern
- Grundlagen der Ernährung in der Schwangerschaft

Die nächste Ausgabe erscheint im Juni 2025

#### HEBAMME

Fortbildungszeitschrift für Hebammen  
Heft 2 | April 2025 | 38. Jahrgang

#### Eigentümer und Copyright

Wenn nicht anders angegeben: © 2025. Thieme. All rights reserved. Die Zeitschrift *Hebamme* ist Eigentum von Thieme. Georg Thieme Verlag KG Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart, Germany ISSN 0932-8122

#### Herausgeberinnen

Anna Brodersen, freiberufliche Hebamme, B.Sc., Eichenau

Johanna Hünig, Hebamme, M.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin ZHAW Gesundheit, Institut für Hebammenwissenschaft und reproduktive Gesundheit, Winterthur, Schweiz

Katharina Kerlen-Petri, freiberufliche Hebamme, freie Autorin, Berlin

Anne-Katrin Klotzsch, Hebamme in Berlin, B.Sc. International Midwifery Studies

Dr. rer. medic. Astrid Krahl, Dipl. Pfliegewirtin (FH), Hebamme, Studiengangleitung M.Sc. Hebamme, ZHAW Gesundheit, Institut für Hebammen, Winterthur, Schweiz

Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange, Hebamme, Professorin für Hebammenwissenschaft, Hochschule für Gesundheit Bochum

Die Herausgeber\*innen sind nicht verantwortlich für in der Zeitschrift enthaltene Anzeigen und Beilagen.

#### Projektmanagement

Manuela Linder (V.i.S.d.P.), Sophia Laquai  
Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart  
E-Mail: hebamme@thieme.de

#### Redaktion

Frank Aschoff, Margit Gehrig, Anja Stamm

#### Mitarbeiterinnen dieser Ausgabe

Marlene Koch, Maureen Kuhn

#### Umsatzsteuer-ID

DE147638607

#### Handelsregister

Sitz und Handelsregister Stuttgart,  
Amtsgericht Stuttgart HRA 3499,  
Verkehrsnummer 16427

#### Produktion

Franziska Billmann

#### Anzeigenleitung

Petra Beutler

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 37 gültig ab  
1. Oktober 2024

#### Preise und allgemeine Informationen

Persönlicher Jahresbezugspreis 110,00 €, Preise für Studierende/Schüler\*innen (Nachweis) 66,00 €, Institutioneller Jahresbezugspreis\*: 213,00 €. (Der institutionelle Jahresbezugspreis inkludiert den Online-Zugriff für 1 Standort. Weitere Informationen finden Sie unter <https://lp.thieme.de/fachzeitschriften/ijbp/>). Jährliche Bezugspreise in €, unverbindlich empfohlene Preise inkl. der gesetzl. MwSt und inkl. der Versand- und Handlingkosten. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 31,00 €. Nach einer Mindestlaufzeit von 12 Monaten verlängert sich das persönliche Abonnement unbefristet und kann jederzeit mit Wirksamkeit zum Monatsende des folgenden Monats gekündigt werden. Für institutionelle Abonnements gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Kalenderjahresende. Im Ausland verstehen sich die Preise und Versandkosten exkl. der gesetzlichen MwSt. Die HEBAMME erscheint mit 6 Ausgaben pro Jahr. Für Abonnenten ist der Zugang zum Online-Archiv in den Thieme E-Journals im Preis enthalten: [www.thiemeconnect.de/products](http://www.thiemeconnect.de/products) → Zeitschriften → HEBAMME

Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Für Preisangaben sowie Angaben über Diagnose und Therapie, insbesondere über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Dosierungen, Indikationen, Applikationsformen und mögliche Kontraindikationen von Pharmaka sollten in jedem Fall mit Hilfe des Beipackzettels der verwendeten Präparate und gegebenenfalls Konsultation von Spezialist\*innen überprüft werden, um Abweichungen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift festzustellen. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf dem Markt sind.

Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr. Bitte teilen Sie der Redaktion etwaig aufgefallene Ungenauigkeiten mit.

#### Datenschutz

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patient\*innen, ihren Angehörigen und Freund\*innen, z. T. auch bei weiteren Personen, die z.B. in die Behandlung von Patient\*innen eingebunden sind.

#### Fragen und Anregungen ...

... an die Redaktion sowie Themenvorschläge und Artikel einreichungen:

Georg Thieme Verlag KG  
Redaktion HEBAMME  
Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart  
E-Mail: hebamme@thieme.de

#### ... zum Anzeigenverkauf:

Thieme Media  
Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH  
Petra Beutler  
Tel.: 0711 8931-579  
E-Mail: Petra.Beutler@thieme-media.de

#### ... zum Abonnement oder Probeabonnement:

Tel.: 0711 8931-321, Fax: 0711 8931-422  
E-Mail: <https://kundenservice.thieme.de>

#### ... zum institutionellen Abonnement Thieme Sales:

Tel.: 0711 8931-407,  
E-Mail: [eproducts@thieme.de](mailto:eproducts@thieme.de)

#### ... zum Kongress Forum Hebammenarbeit:

Manuela Linder  
Tel.: 0711 8931-893, E-Mail: [Manuela.Linder@thieme.de](mailto:Manuela.Linder@thieme.de)

#### ... zu Marketing und Vertrieb:

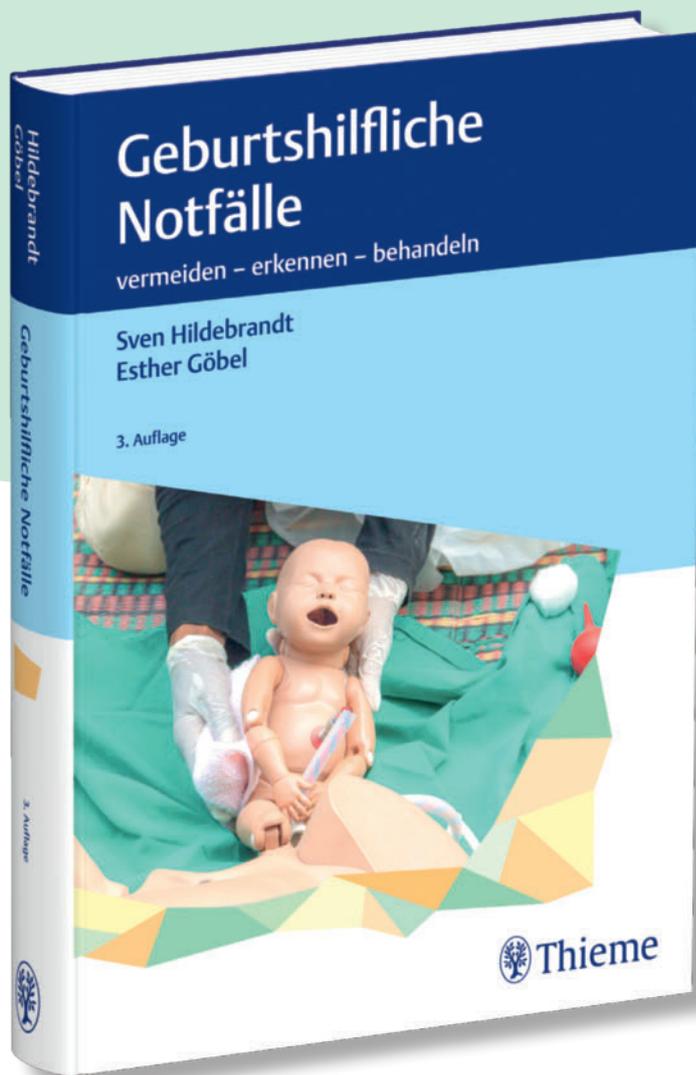
Stephanie Eilmann, Tel.: 0711 8931-943  
E-Mail: [stephanie.eilmann@thieme.de](mailto:stephanie.eilmann@thieme.de)

#### Printed in Germany

Satz: MPS Limited, Bangalore (India)  
Druck und Bindung: W. Kohlhammer  
Druckerei + Co. KG, Stuttgart



# Souverän jede Notfallsituation meistern



Geburtshilfliche Notfälle treten oft überraschend und unvorhergesehen ein. Sie erfordern rasches Handeln und klare Entscheidungen. Dieses Kompendium hilft Hebammen und Geburtshelfern, in geburtshilflichen Notfällen besonnen und kompetent zu handeln.

- Grundlagenwissen für richtiges, souveränes Handeln
- konkrete Handlungsanweisungen
- alle wichtigen mütterlichen und kindlichen Notfälle
- mehrere Kurzvideos zeigen wichtige Handgriffe bei Handlungsabläufen
- die wichtigsten Fakten auf übersichtlichen Notfallkarten zum Download
- umfassende Behandlung des Geburtsstillstandes mit innovativen Ideen

Auch als E-Book  
ISBN 978 3 13 244692 2

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister Stuttgart, HRA 3499.

[shop.thieme.de](http://shop.thieme.de)



 **Thieme**

# FORTBILDUNG PUR

# Hebamme

Was die interprofessionelle  
Zusammenarbeit besser macht

So messen Sie die Qualität  
der Wochenbettbetreuung

Geburtserfahrungen teilen  
und voneinander lernen

## Wochenbett



 Thieme

6-MAL  
JÄHRLICH

Einstiegspreis für  
Neuabonnenten!

inkl. **DIGITALZUGANG**

aktuelle Ausgabe und Archiv

Die Fachzeitschrift HEBAMME erweitert und vertieft Ihr Fachwissen kontinuierlich. Profitieren Sie vom Wissen forschender, lehrender und praktisch erfahrener Hebammen sowie Expert\*innen. Jede Ausgabe widmet sich einem Schwerpunktthema und bietet zusätzlich spannende Fortbildungsthemen aus allen Tätigkeitsfeldern. Dank zusammengefasster Studienergebnisse bleiben sie auf dem Laufenden und lernen, Wissenschaft für die evidenzbasierte Praxis zu nutzen. Ob klassische Ausbildung oder Studium: Die Fachzeitschrift HEBAMME bereitet Sie auf künftige Entwicklungen vor und begleitet Sie durch den großen Change-Prozess Ihrer Profession.

[shop.thieme.de](https://shop.thieme.de)



 Thieme