

# Originalarbeit

## Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammriss ersten und zweiten Grades?

*Out-of-hospital midwifery care of perineal tears grade 1 and 2*

Sylvia Kvasnicka M.Sc., Dr. rer. medic. Christine Loytved MPH und Martina König-Bachmann MHPE

### Abstract

**Hintergrund:** Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) heilen entweder mit oder ohne Naht. Zu diesen Versorgungsalternativen sind bislang Kurzzeiteffekte bekannt. Da Langzeitstudien fehlen, ist die Evidenzlage hinsichtlich ihrer (Neben-) Wirkungen unzureichend. Darüber hinaus liegen bislang für deutschsprachige Regionen keine Angaben vor, wie Hebammen einen DR I° oder DR II° versorgen.

**Methodik:** Im vorliegenden Survey, der im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wurde, wurde danach gefragt, welche Voraussetzungen nach der Geburt gegeben sein müssen, um die Dammrissversorgung festzulegen und wie Hebammen diese vornehmen. Zudem wurde der Frage nachgegangen, ob Hebammen in diesem Bereich Fortbildungsbedarf für sich sehen. Die Online-Befragung richtete sich an außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich, von welchen sich 117 beteiligten. Die quantitative Analyse der Multiple-Choice Fragen erfolgte deskriptiv; die offenen Items mit Bemerkungen der Hebammen wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Nur ca. 18% der Befragten konnten auf Wissen aus ihrer Aus- und Fortbildung zurückgreifen. Insgesamt 83% waren sich in der Differenzierung nach Dammrissgraden sicher. Mit einer spontanen Heilung hatten über 50% der Hebammen Erfahrung bei DR I° und 12% bei DR II°. Rund die Hälfte aller Hebammen (45% in Deutschland, 51% in Österreich) hatte ein weiteres Fortbildungsinteresse.

**Schlussfolgerung:** Beide Versorgungsarten sollten derzeit in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden, da die Evidenzlage keine klare Präferenz vorgibt.

**Schlüsselwörter:** Damm, Dammriss, Naht, Hebamme

### Hintergrund

Mehr als die Hälfte aller Frauen, die in deutschen Kliniken vaginal gebären, müssen mit einer Weichteilverletzung rechnen. In vielen Fällen handelt es sich dabei Dammriss ersten und zweiten Grades (DR I° und DR II°) (AQUA, 2012). Seitdem die klinische Vorgehensweise bei der Geburt – angestoßen durch den West Berkshire Perineal Management Trial von Sleep et al. (1984) – nicht mehr aus der

**Background:** First-degree or second-degree perineal tears can heal with or without suture. With regard to these two options, only short-term healing effects are currently known. As long-term studies are lacking, evidence on their effects, or harms, is weak. No data from German-speaking regions are presently available to indicate how midwives treat first-degree or second-degree perineal tears.

**Methods:** In the current online survey, undertaken for a master's degree, 117 independent midwives from Germany and Austria, who participated, were asked about the postpartal prerequisites for their decision on the treatment and the actual care of perineal tears. In addition, their interest in further training was investigated. Quantitative analysis of the multiple-choice questions was descriptive; additional items for free text were content-analysed according to Mayring.

**Results:** Only 18% of the participants learned how to treat perinatal tears during formal training. 83% of the midwives felt confident when diagnosing the grade of the tear. Half of them had experience with first-degree perineal tears and 12% with second-degree perineal tears healing unsutured. About half of the midwives (45% in Germany) and (51% in Austria) were interested in further training.

**Conclusion:** Both suturing and spontaneous perineal healing should be part of any formal training for midwives, as evidence for a preferred option does not currently exist.

**Key words:** perineum, perineal laceration, suture, midwife

routinemäßigen Episiotomie besteht, rückt die Versorgung eines DR stärker in den Vordergrund. Ein DR II° wurde in den 1980er Jahren üblicherweise genäht. Mit den Ergebnissen der Ipswich-Studie, die von 1992 bis 1994 durchgeführt worden ist, wuchs die Überzeugung, dass die obere Hautschicht nicht mehr genäht werden muss und eine „two stage repair“ ausreicht (Gordon et al., 1998). Auch

das Nahtmaterial, die -technik und der -zeitpunkt sowie deren Auswirkungen wurden genauer untersucht (Mackrodt et al., 1998, Grant et al., 2001, Fleming et al., 2003, Kettle et al., 2010, 2012). Die Studie von Fleming et al. (2003) entstand in einer Zeit, in der – zumindest in Großbritannien – DR I° und DR II° seltener genäht wurden. Ihre randomisierte kontrollierte Studie zeigte, dass die Wunde nach Naht besser heilt als ohne Naht. Allerdings fehlte ihr auf Grund des geringen Umfangs der Stichprobe die statistische Power. Auf diese Studie bezieht sich die erstmalig erschienene britische NICE Guideline Intrapartum Care (2007, S. 23) und empfiehlt die Naht selbst bei einem DR I°, es sei denn, die Wundränder liegen gut aneinander. Eine Umfrage von Bick et al. (2012) bei britischen Hebammen im Jahr 2007 ergab, dass trotz der NICE Guideline Intrapartum Care über die Hälfte der Befragten einen DR II° nicht nähten. Die neueste Meta-Analyse von Elharmel et al. (2013) kommt wiederum zum Schluss, dass keine klare Empfehlung für oder gegen eine Naht bei DR I° oder DR II° ausgesprochen werden kann. Das Autorenteam rät, im konkreten Fall nach der klinischen Erfahrung und der Präferenz der Betroffenen zu entscheiden.

Die Studienlage zur Frage nach der Notwendigkeit einer Naht nach DR I° oder DR II° stellt sich als inhomogen dar. Die Interventionen sind zwar vergleichbar, denn in allen drei wichtigen Studien zum Thema wurden die Frauen mit Einzelknopfnah der Muskelschicht versorgt, doch weicht das weitere Design der Studien weit voneinan-

der ab. In der randomisierten kontrollierten Studie von Langley et al. (2006) wurden lediglich Gebärende mit DR II° eingeschlossen, die weder Blutungen oder klaffende Wundränder aufwiesen. Diese engen Einschlusskriterien hatten die Studien von Lundquist et al. (2000) und Fleming et al. (2003) nicht. In den einzelnen Studien weichen die konkreten Fragestellungen voneinander ab; außerdem wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente genutzt (siehe Tabelle 1). So fragten Langley et al. (2006) danach, ob sich die Frauen „wie vorher fühlten“, Fleming et al. (2003) verwendeten hingegen eine Schmerzskala. Auch die Datenaufnahme zu den Aspekten Schmerzmittelbedarf, -gabe, -präparat und deren Erhebungszeitpunkte unterschieden sich. Der Status der Wundheilung wurde nur bei Fleming et al. (2003) mittels einer standardisierten Skala erhoben. Das Outcome „Aufnahme der Stillbeziehung“ findet sich nur bei Lundquist et al. (2000). Somit können die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht direkt verglichen werden. Derzeit liegt keine Studie vor, die Alternativen zur Naht, wie beispielsweise Sitzbäder, Laserbehandlung oder Verhaltensempfehlungen, untersuchte.

Insofern interessiert, wie Hebammen zu einer Entscheidung gelangen, ob die Geburtsverletzung im Einzelfall genäht werden sollte oder nicht. Dieser Frage gingen auch Bick et al. (2012) in der etwa zeitgleich mit der Durchführung des vorliegenden Surveys erschienenen Querschnittsuntersuchung zur Implementierung von evidenzbasierten Erkenntnissen nach. Anlass für ihre Untersuchung waren

Tabelle 1: Merkmale, Erhebungsinstrumente und Hauptergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien

Autor/-innen der Studie	Land	Studien/Kontrollgruppe (n/n)	Jahr der Erhebung	Schmerzen	Schmerzmittelbedarf	Wundheilung	Aufnahme der Stillbeziehung
Fleming et al. (2003)	Großbritannien	33/41	1999-2000	keine signifikanten Unterschiede (gemessen mit Schmerzskalen nach McGill und Visuellen-Analog-Skalen)	keine signifikanten Unterschiede	Beurteilung zu bestimmten Zeitpunkten mit REEDA-Skala: ♦ erster Tag und zehnter Tag p.p.: keine signifikanten Unterschiede ♦ nach sechs Wochen p.p.: Signifikante Unterschiede in der Geschwindigkeit der Wundheilung, schnelleres Schließen des Dammrisses in der Gruppe „Naht“ (p=0,001)	Keine Angaben
Lundquist et al. (2000)	Schweden	40/40	1996-1997	kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit, jedoch in der Intensität des Schmerzes (bis zwölf Wochen p.p. 13% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“)	Wöchnerinnen mit Naht benötigten mehr Schmerzmittel: 48-72 Stunden p.p. benötigten 18% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 8% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ und acht Wochen p.p.: 11% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“	kein signifikanter Unterschied bei der Beurteilung des Risses zur Geschwindigkeit der Wundschließung nach Dammriss zu den Zeitpunkten 48-72 h und acht Wochen p.p.	16% in der Gruppe „Naht“ gegenüber 0% in der Gruppe „spontane Rissheilung“ fühlten sich gestört (p=0,0385)
Langley et al. (2006)	Großbritannien	100/100	Keine Angaben	„sich wie vorher“ fühlen konnten Frauen mit spontaner Rissheilung 6 Wochen p.p. mit höherer Wahrscheinlichkeit (p=0,045)	Frauen mit Naht benötigten bis zum 10. Tag p.p. signifikant mehr Schmerzmittel als Frauen ohne Naht (p=0,025)	nach zehn Tagen p.p. keine Unterschiede	Keine Angaben

die seltenen Fortbildungsgelegenheiten in Großbritannien zum Thema Dammversorgung nach der Geburt auf der einen Seite und die gleichzeitig bestehenden Unkenntnisse der Anatomie des Perineums und Nahttechnik auf der anderen Seite. Die Erkenntnis, dass Fortbildungen notwendig und wirksam sind, resultierte offensichtlich aus der von Bick et al. (2010) durchgeführten PErineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS).

Da in Großbritannien bei (fast) allen vaginalen Geburten Hebammen für die Dammversorgung zuständig sind, konnte eine Zufallsstichprobe aus der Mitgliederkartei des Hebammenverbandes von insgesamt 1.000 Hebammen schriftlich befragt werden. Die Rücklaufquote lag bei 40%. Die befragten Hebammen arbeiteten in unterschiedlichen Einrichtungen, nur wenige Hebammen waren selbstständig freiberuflich tätig. Sie wurden unter anderem danach befragt, wie sicher sie sich in der Einschätzung und Versorgung einer Geburtsverletzung (inklusive Episiotomie) fühlen, welche Nahttechnik und welches Material sie benutzen, und in welchen Fällen sie die Notwendigkeit zur Naht sehen. Zuletzt wurden sie danach gefragt, ob sie nach einer Naht eine rektale Kontrolle durchführen und ob sie Zugang zu Leitlinien zum Thema Dammversorgung haben.

Für Deutschland liegen folgende Angaben zur Dammrissrate in der außerklinischen Geburtshilfe vor: Bei 55% aller Frauen, die 2011 eine außerklinische Geburt begonnen hatten, wurde eine Geburtsverletzung dokumentiert (Loytved, 2012, S. 45). Von allen 8.655 Gebärenden mit außerklinisch beendeter Geburt im Jahr 2011 wiesen 1.736 (20,1%) einen DR I° und 1.515 Frauen (17,5%) einen DR II° auf (Loytved 2012, p. 46). Demnach standen außerklinisch tätige Hebammen bei etwa jeder dritten Geburt vor der Frage nach einer adäquaten Versorgung des Damms nach der Geburt. Die Gesamtrate der DR war bei Erst- und Mehrgebärenden nahezu vergleichbar, wobei deutlich mehr Erstgebärende einen DR II° (22%) als Mehrgebärende (15%) erlitten. Auf Nachfrage bei der Autorin wurden für 2011 Angaben dazu bereitgestellt, ob die dokumentierenden Hebammen den Riss per Naht versorgten bzw. versorgen ließen: Insgesamt 77% der DR I° sowie 97% der DR II° wurden genäht (Anke Wiemer [QUAG], schriftliche Mitteilung vom 10.9.2012).

## Ziel und Fragestellung

Im außerklinischen Geburtssetting ist generell die Hebamme für das weitere Vorgehen nach DR verantwortlich, daher war das Vorgehen der außerklinisch tätigen Hebammen von Interesse. Das Ziel der vorliegenden Studie war, genauere Erkenntnisse über die Überlegungen von außerklinisch tätigen Hebammen hinsichtlich der Entscheidung für oder gegen eine DR-Naht. Die Fragestellung lautete daher: Wie häufig und auf welche Art versorgen außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich einen DR I° und DR II° und inwiefern besteht zu diesem Thema Fortbildungsbedarf?

## Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde das Design eines Surveys gewählt. Ein quantitativer Ansatz bietet sich an, um die derzeitige Versorgungspraxis der Hebammen zu beschreiben. Als Zielpopulation wurden außerklinisch geburtshilflich tätige Hebammen in Deutschland und Österreich definiert, da im Rahmen einer Masterarbeit an der FH Tirol (fhg) der Fortbildungsbedarf in diesen beiden Ländern erhoben werden sollte. Für den Zugang in Deutschland wurde QUAG genutzt, um diejenigen Hebammen zur Befragung per E-Mail anzuschreiben, welche bereits an der freiwilligen Datenerfassung zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe bei QUAG teilnahmen. Für Österreich wurde eine Annäherung an eine Gesamterhebung außerklinisch geburtshilflich tätiger Hebammen angestrebt. Alle Hebammen, die im E-Mailverzeichnis der offiziellen aktuellen Informationsbroschüre des Österreichischen Hebammengremiums und dessen Homepage aufgelistet waren, wurden angeschrieben. Eine Auskunft über die genaue Anzahl und Charakteristika außerklinisch tätiger Hebammen war weder für Österreich noch für Deutschland zu erhalten, da in beiden Ländern keine vollständige Erfassung zur Verfügung steht, die nach Arbeitsgebieten gegliedert ist. Daher kann in beiden Fällen keine belastbare Aussage zur Rücklaufquote gemacht werden. Auch wenn sich diese Untersuchung auf eine Gelegenheitsstichprobe stützt, so bietet das Spektrum der Antworten dennoch interessante Einblicke in die Versorgungspraxis der Hebammen.

Die Daten wurden im Frühjahr 2012 in einem Zeitraum von 14 Tagen in Deutschland und vier Wochen in Österreich mittels eines anonymen Online-Fragebogens erhoben, welcher im November 2011 von der Ethikkommission an der FH Tirol genehmigt worden war. Der Fragebogen bestand – unter Rückgriff auf Hinweise zur Fragebogenkonstruktion in Bortz (2006) und Porst (2011) – hauptsächlich aus Multiple-Choice Fragen, die teilweise Mehrfachantworten ermöglichten. Einzelne offene Fragen gaben den Befragten die Gelegenheit zu Ergänzungen. Der Fragebogen wurde im Vorfeld an insgesamt neun verschiedenen Personen (davon sieben Hebammen aus Deutschland und Österreich, die nicht zur Stichprobe gehörten) getestet und jeweils im Anschluss überarbeitet (insgesamt fünf Mal).

Bei einzelnen inkonsistenten Antworten im Rücklauf, die eindeutig als Flüchtigkeitsfehler erkennbar waren, wurden Datenkorrekturen vorgenommen. Die Angaben der Hebammen in Freitextfeldern wurden zunächst angelehnt an Mayring (2001) kategorisiert und dann zur Darstellung der Ergebnisse teilweise quantifiziert. Zitate wurden nach Rechtschreibung redigiert wiedergegeben. Die Auswertung nach Ländern erfolgte nur bei der Stichprobenbeschreibung sowie bei Fragen nach dem Fortbildungsbedarf. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die vorhandenen Angaben, da einzelne Fragen von manchen Hebammen nicht beantwortet wurden. Die fehlenden Angaben ("missing") errechnen sich aus der

Abweichung der angegebenen Stichprobengröße von der Gesamtstichprobe von 117 Teilnehmerinnen.

## Ergebnisse der Umfrage

### Beschreibung der Stichprobe

Von den 117 Hebammen, die geantwortet hatten, arbeiteten 61% (n=71) in Deutschland, 39% (n=46) in Österreich. Am längsten lag das Ausbildungsende 44 Jahre, am kürzesten ein Jahr zurück (Median: 14 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als sechs Jahren im Hebammenberuf, ebenso viele seit über 22 Jahren. Die älteste Hebamme war im 67., die jüngste im 25. Lebensjahr (Median: 41 Jahre). Die längste außerklinische Tätigkeit lag bei 40 Jahren, die kürzeste begann im Jahr 2012 (Median: 10 Jahre). Ein Viertel der Hebammen war seit weniger als vier Jahren, ein weiteres Viertel war seit über 18 Jahren außerklinisch tätig.

Insgesamt 59% der Hebammen (n=70) begleiteten ausschließlich Hausgeburten, andere waren zusätzlich im Geburtshaus oder im Krankenhaus als Beleghebammen beschäftigt. Die befragten Hebammen begleiteten drei bis 60 Frauen pro Jahr (Median: 15 Geburten pro Jahr). Ein Viertel der Hebammen (n=29) dokumentierte mehr als 25 Geburten, ein Viertel weniger als 10 Geburten pro Jahr.

### Sicherheit in der Einschätzung und Versorgung

Fast alle Hebammen (97%, n=114) nähten DR außerklinisch selbstständig. Etwas weniger Hebammen (86%, n=98) schätzten sich

selbst als sicher in der eigenverantwortlichen Nahtversorgung eines Risses bis DR II° ein. Eine Risseinteilung nach DR I° von DR II° nahmen 95% der Hebammen (n=111) vor. Insgesamt 83% (n=92) dieser Hebammen fühlten sich bei der Unterscheidung von DR I° und DR II° als sicher bzw. ganz sicher.

### Versorgung des DR I°

Keine der Hebammen verlegte eine Wöchnerin zur Versorgung eines DR I° ins Krankenhaus. Fast die Hälfte der (n=107) Hebammen (n=45) entschied von Fall zu Fall über die Notwendigkeit einer Naht. Ein Drittel (n=36) von 107 Hebammen versorgte den DR I° chirurgisch. Von diesen 36 Hebammen nähten 28% den DR selbst und 6% zogen eine weitere Fachkraft (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu. Nach Angaben knapp eines Viertels der 107 Hebammen (n=26) verheilten alle DR I° ohne Naht. Von 110 Hebammen merkten 42% (n=38) in einer offen gestellten Frage an, dass sie auf eine Naht verzichteten, wenn keine muskuläre Beteiligung vorlag.

### Versorgung des DR II°

Die Mehrheit der Hebammen (88%, n=88) veranlasste bei jedem DR II° die chirurgische Versorgung. Von diesen nähten 83% selbst (n=72), 11% zogen eine andere Fachperson (Hebamme/ Ärztin/ Arzt) hinzu (n=11) und 5% verlegten in ein Krankenhaus (n=5). Lediglich 12% der Hebammen (n=12) versorgten DR II° auch ohne Naht, wobei die spontane Heilung nur für 4% der Hebammen (n=4) die einzige Methode der Wahl war.

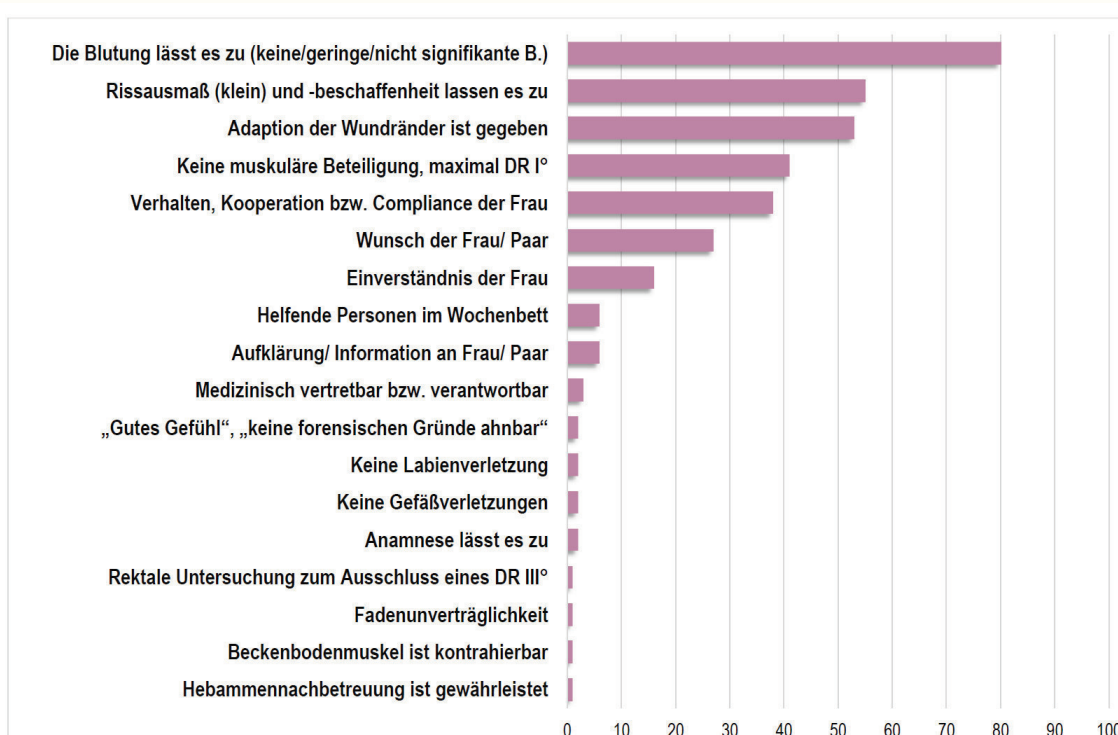


Abbildung 1: Voraussetzungen für den Nahtverzicht (n=117), Mehrfachantworten möglich (Anzahl der Nennungen)

## Voraussetzungen für einen Nahtverzicht

Fast alle Hebammen gaben im Freitext mehrere Voraussetzungen an, die zutreffen müssen, um auf eine Naht bei DR I° oder DR II° zu verzichten. Am häufigsten wurden das geringe Ausmaß der Blutung und die Beschaffenheit des Risses benannt. Der Riss sollte klein und von geringer Tiefe sein und sich möglichst symmetrisch („nicht zipfelig“) darstellen. Weitere Nennungen betrafen die gute bzw. ausreichende Adaption der Wundränder, eine geringe muskuläre Beteiligung und den Wunsch der Frau (siehe Abbildung 1).

## Die Gewichtung der Voraussetzungen für den Nahtverzicht

Insgesamt 108 Hebammen gewichteten, wie entscheidend die vorgegebenen Faktoren für sie waren, auf eine Naht zu verzichten. Für den DR I° waren alle vordefinierten Faktoren (bis auf kosmetische Gründe) wichtig. Die gewichtete Reihenfolge war: Blutungsstärke (sehr stark: 61%, stark: 23%), Dammrissgrad (sehr stark: 50%, stark: 28%), Blutungsdauer (sehr stark: 37%, stark: 38%), Dammrisstiefe (sehr stark: 44%, stark: 30%), funktionelle Gründe (sehr stark: 43%, stark: 28%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 42%, stark: 28%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 10%, stark: 30%).

Für den DR II° wurden alle Faktoren etwas höher eingestuft: Die Tiefe des DR (sehr stark: 65%, stark: 23%), Blutungsstärke (sehr stark: 69%, stark: 18%), Adaption der Wundränder (sehr stark: 61%, stark: 21%), Grad des DR (sehr stark: 59%, stark: 18%), Blutungsdauer (sehr stark: 58%, stark: 16%), funktionelle Gründe (sehr stark: 57%, stark: 25%) und kosmetische Gründe (sehr stark: 23%, stark: 36%).

Von 114 Hebammen kannten mehr als drei Viertel (79%, n=90) die Meinung der Frau zur Naht bei einem DR. Ein Viertel der Hebammen (25%, n=29) gab zusätzlich an, dass die Meinung der Wöchnerin immer Einfluss auf die Entscheidung hatte, für 32% der Hebammen (n=37) war dies häufig, für 30% der Hebammen (n=34) lediglich manchmal der Fall.

## Wissenserwerb zur Naht

Eine zusätzliche Fortbildung zur Damмнаhtversorgung hatten 73% der 70 Hebammen (n=51), die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert hatten, besucht. Von 42 in Österreich ausgebildeten Hebammen hatten sich 62% (n=26) zusätzlich fortgebildet.

Der häufigste Grund für die Fortbildung war für 37 von 51 Hebammen mit einer Ausbildung in *Deutschland* (73%), zu geringe praktische Vorkenntnisse zu besitzen und näher lernen zu wollen, gefolgt von dem Wunsch, mehr Sicherheit und Wissen zu erlangen. Drei Hebammen gaben an, ohne Fortbildung nicht eigenverantwortlich nähen zu dürfen. Dass in der Ausbildung die Dammversorgung rein theoretisch gelehrt wurde und die Praxis dem Arzt vorbehalten blieb, wurde ebenso als Grund genannt.

Zehn von 26 Hebammen mit einer Ausbildung in *Österreich* (62%) nannten als Fortbildungsgrund zu geringe praktische Vorkenntnisse und den Wunsch, näher lernen zu wollen. Insgesamt verfolgten 15 Hebammen das Ziel, zu ihren bestehenden Kenntnissen zusätzliche Sicherheit und Wissen zu erlangen. Zudem gaben sieben Hebammen an, ohne Fortbildung nicht selbstständig nähen zu dürfen. Auch der mögliche Wunsch der betreuten Frauen, die Hebamme möge einen etwaigen Riss selbst versorgen, war ein weiterer Fortbildungsgrund.

## Das Erlernen der Naht

Lediglich 17% (von 71 in Deutschland) bzw. 19% (von 46 in Österreich ausgebildeten) der Hebammen hatten die Naht sowohl in der Aus- als auch in der Fortbildung erlernt. Knapp bzw. über ein Viertel (24% in Deutschland, 28% in Österreich) besaß keine Nahtkenntnisse aus der Aus- oder Fortbildung (siehe Abbildung 2 und 3).

Hebammen erlernten die Nahtversorgung auch außerhalb der Aus- und Fortbildung: In *Deutschland* lernten die meisten Hebammen (n=71) die Naht bei Kolleginnen. An zweiter Stelle wurde das Krankenhaus, an dritter Stelle die praktische Arbeit (Berufsalltag und

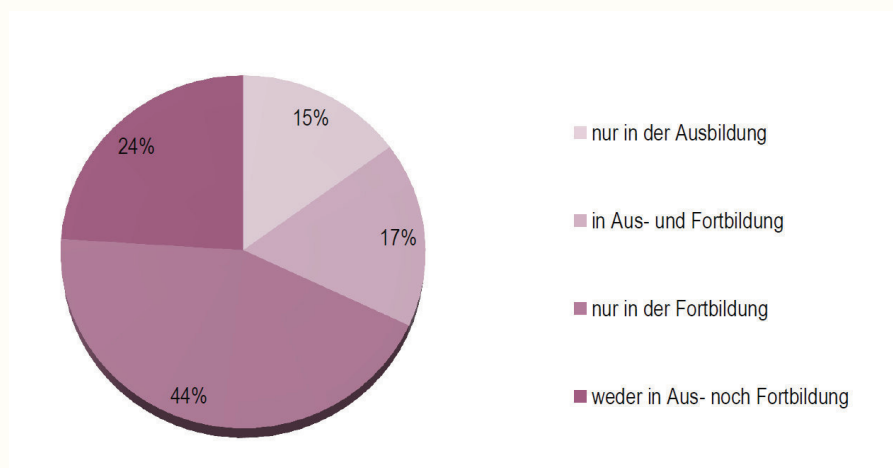


Abbildung 2: Anlass für das Erlernen der Dammrissversorgung in Deutschland (n=71)

Erfahrung) und an vierter Stelle die Weitergabe durch Ärztinnen und Ärzte genannt. In Österreich (n=43) gaben die meisten Hebammen das Krankenhaus, an zweiter Stelle Ärztinnen und Ärzte, an dritter Stelle Kolleginnen und ebenso häufig die praktische Arbeit an.

#### Weitere Angaben der Hebammen

Mehr als ein Drittel von 113 Hebammen (35%, n=40) machten weitere Angaben. Manche Hebammen betonten ihre guten Erfahrungen, DR nicht zu nähen: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass nicht genähte Risse in der Regel besser verheilen als genähte“ (Österreich) oder: „Ich finde, dass es zu wenig Fortbildungen darüber gibt, wie selten eine Versorgung wirklich notwendig ist“ (Österreich). Zusätzlich wurde der Zeitfaktor bei der Entscheidung über die Naht betont: „Ich finde es wichtig, mit dem Nähen nach der Geburt mindestens zwei Stunden zu warten, dann kann man alles besser einschätzen, insofern die Blutung nicht zu stark ist“ (Deutschland). Auch das verwendete Material wurde angesprochen: „Ich sehe bei ärztlicher Versorgung eher das Problem, dass zu viel und zu stabiles Material vernäht wird. Durch die verdeckten Nähte ist oft ein Ziehen des störenden Fadens leider nicht möglich“ (Deutschland).

Einzelne Hebammen zeigten sich darüber irritiert, dass im Fragebogen die Möglichkeit ankreuzbar war, bei DR II° von einer Naht abzu-sehen: „Ich habe mich noch nie damit beschäftigt, einen DR II° nicht zu nähen“ (Österreich) oder „DR II° müssen immer genäht werden“ (Deutschland).

#### Aktuelles Fortbildungsinteresse

Fortbildungsinteresse zur Nahtfortbildung bezeugten 45% der Hebammen, die derzeit in Deutschland, und 51% der Hebammen, die zum Befragungszeitpunkt in Österreich arbeiteten (siehe Tabelle 2).

Für 95% der Hebammen aus Deutschland (n=41) und für 84% der Hebammen aus Österreich (n=25) sollte die Dozentin eine Hebamme mit Erfahrungen in der außerklinischen Geburtshilfe sein. Für

die Hebammen (76% aus Deutschland, 60% aus Österreich) war eine Kollegin mit langjähriger Berufserfahrung wichtig, vorzugsweise mit langjähriger Erfahrung in spontaner Heilung eines DR. Einige Hebammen wünschten sich bei der Dozentin zusätzliche Qualifikationen wie didaktische Fähigkeiten oder das Angebot, über einen längeren Zeitraum begleitet zu werden.

Für eine vortragende Ärztin bzw. einen Arzt waren folgende Wünsche (in Österreich deutlicher als in Deutschland) gelistet: Erfahrung mit außerklinischen Geburten und die Qualifikation als Fachärztin bzw. Facharzt in der Gynäkologie/ Geburtshilfe.

Hebammen aus Deutschland wünschten sich bei den offenen Items mehr Informationen zur Nahttechnik, zum Nahtmaterial sowie praktische Übungen. Den Hebammen aus Österreich waren die praktischen Übungen am wichtigsten, gefolgt von Informationen über Abweichungen in der Heilung und deren Behandlungsmöglichkeiten.

#### Diskussion

Aufgrund der derzeitigen unklaren Evidenzlage ist der aktuelle Umgang mit DR in der außerklinischen Praxis interessant, in denen Hebammen selbstständig zu einer Entscheidung gelangen müssen. Während die britische Studie von Bick et al. (2012) nahe legte, dass einige der befragten Hebammen auf Grund ihrer Unsicherheit bei der Beurteilung von Geburtsverletzungen manche Geburtsverletzungen nicht nähten, obwohl es den Heilungsprozess günstig beeinflusst hätte, war dieses Verhalten bei Hebammen in Deutschland und Österreich nicht erkennbar.

Die spontane Rissheilung war für zwei Drittel (n=71) aller in Deutschland und Österreich befragten 117 Hebammen eine akzeptable Form, einen DR I° (nicht) zu versorgen. Als Voraussetzungen hierfür nannten alle Hebammen eine nur geringe Blutung, Risstiefe und -länge sowie eine ausreichende Wundrandadaption. Die NICE Guideline Intrapartum Care (2008, S. 23) empfiehlt zwar die Naht auch bei einem DR I°, überlässt die Entscheidung jedoch den Fach-

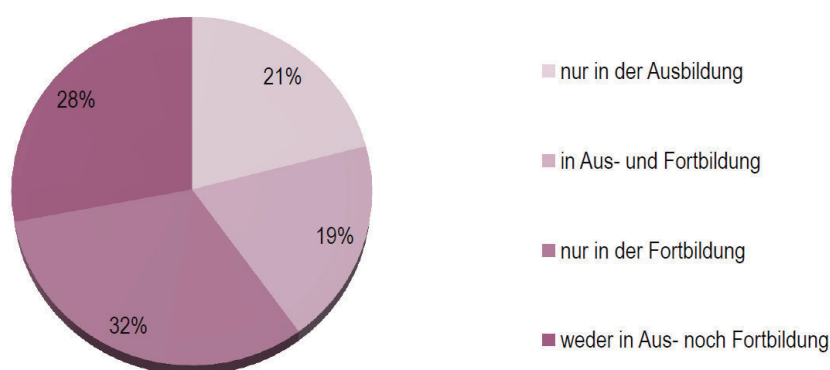


Abbildung 3: Anlass für das Erlernen der Dammissversorgung in Österreich (n=46)

Tabelle 2: Fortbildungsinteresse und Wünsche der Hebammen zur Dammrissversorgung (bezogen auf den derzeitigen Arbeitsort)

	Deutschland (n= 71)	Österreich (n= 43)
<b>Fortbildungsinteresse</b>	45%	51%
<b>Inhalte sollen vermittelt werden ...</b>		
durch eine Hebamme	58%	58%
durch eine Ärztin/ einen Arzt	14%	44%
gemeinsam durch Hebamme und Ärztin/ Arzt	10%	40%
mit Vortrag zur spontanen Rissheilung	79%	81%

personen und Betroffenen in den Fällen, in denen die Wundränder gut aneinander liegen. In der Studie von Bick et al. (2012) gab es keine Aussage dazu, da sie nicht nach der Versorgung von DR I° fragten.

Wurde ein DR II° versorgt, wählten fast 90% der Hebammen in Deutschland und Österreich immer die Naht und nur vier Prozent der Hebammen ließen einen DR II° ausschließlich spontan heilen. Immerhin zwölf Prozent erwogen eine spontane Rissheilung. Dagegen ergab die Befragung von Bick et al. (2012), dass fast 60% der Hebammen in Großbritannien bei einem DR II° auf eine Naht verzichteten. Die Definition, welche Art von Verletzung unter einem DR II° zu verstehen war, war in beiden Untersuchungen gleich. Bick et al. (2012) stellten nicht dar, welche Überlegungen die Hebammen zu ihrer Art der Rissversorgung anstellten. Für Hebammen in Deutschland und Österreich war die Entscheidung abhängig von der Geburtsverletzung, vom Wunsch der Frau sowie vom Wissen der Hebamme über beide Versorgungsmethoden. Beim DR II° fielen für die Entscheidung zur Naht die Fragen nach der Dammrisstiefe und Adaption der Wundränder mehr ins Gewicht als beim DR I°. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass in bestimmten Fällen der Wunsch der Wöchnerin respektiert wurde, von der Damмнаht abzu-sehen.

Die Mehrzahl der befragten Hebammen in Deutschland und Österreich (über 80%) fühlten sich in der Unterscheidung und Versorgung von DR I° und DR II° sicher. Auch in Großbritannien beurteilte sich ein etwa gleich großer Anteil an Hebammen als sicher in der Einschätzung der Geburtsverletzung, etwas weniger (75%) fühlten sich in der Versorgung nach DR I° und DR II° sowie nach Episiotomien sicher (Bick et al. 2012).

73% der Hebammen in Deutschland und 62% der Hebammen in Österreich hatten die Naht in einer Fortbildung erlernt. Dagegen hatten fast alle der befragten Hebammen in Großbritannien eine themenbezogene Fortbildung besucht. Gleichzeitig zeigten Bick et al. (2012) auf, dass die Handlungsweisen der befragten Hebammen im Widerspruch zu den Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinien standen.

Bick et al. (2012) hatten nicht danach gefragt, welche Wünsche in Bezug auf die angebotenen Fortbildungen bestanden, sondern gaben lediglich zu bedenken, dass zum Zeitpunkt der Studie keine evidenzbasierten Fortbildungsangebote zu dieser Thematik bestehen. In Österreich und Deutschland hatten etwa die Hälfte aller befragten Hebammen (51% in Österreich und 45% in Deutschland) Fortbildungsinteresse und bevorzugten dabei, von außerklinisch erfahrenen Hebammen fortgebildet zu werden, die Erfahrungen in der Dammversorgung sowohl mit als auch ohne Naht besitzen. Sie interessierten sich am meisten für praktische Übungen, die Nahttechnik, Probleme bei der Wundheilung und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Voraussetzungen für eine spontane Rissheilung.

### Limitationen der Studie

Die Grundgesamtheit aller außerklinisch tätigen Hebammen in beiden Ländern war zum Erhebungszeitpunkt unbekannt. Somit beruhen die Ergebnisse auf einer Gelegenheitsstichprobe und sind nicht auf alle Hebammen in der außerklinischen Praxis übertragbar. Innerhalb der ausgewählten Zielgruppe kam es weiterhin zu folgenden Besonderheiten, die das Antwortverhalten beeinflussten („bias“): Es konnten nur Hebammen berücksichtigt werden, die in den jeweiligen Verteilern erfasst, per E-Mail kontaktierbar und offen für eine Online-Befragung waren. Weitere Faktoren, wie sie auch Bortz (2006) und Porst (2011) nennen, beeinflussten wahrscheinlich das Umfrageergebnis: Das Erinnerungsvermögen der Hebamme zu den Fällen mit DR sowie zum konkreten Vorgehen nach DR, ihre Motivation und damit verbunden die Detailliertheit ihrer Angaben sowie mögliche Verständnisprobleme. Darüber hinaus konnte der Kontext der Versorgung nicht abgebildet werden.

### Stärken der Studie

In diesem Survey konnte einer in deutschsprachigen Ländern wenig erforschten Fragestellung nachgegangen werden. Die Stichprobe konnte bei geringem finanziellen und zeitlichen Aufwand rekrutiert werden. Die Teilnehmerinnen erhielten durch die Anonymisierung eine gewisse Sicherheit, sich frei zu äußern.

### Schlussfolgerungen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf

Nach physiologisch verlaufener Geburt sollte es Hebammen selbstständig möglich sein, einen unkomplizierten DR I° oder DR II° – ob mit oder ohne Naht – am Ort der Geburt zu versorgen. Fertigkeiten der Hebamme zur chirurgischen Versorgung und spontaner Rissheilung sollten von außerklinisch geburtshilflich tätigen Expertinnen/Experten evidenzbasiert und bedarfsbezogen in der Aus- und Fortbildung vermittelt werden. Dadurch wird es Hebammen ermöglicht, beide Versorgungsarten zu praktizieren. Die Wöchnerin sollte sich – im Sinne einer „informierten Entscheidung“ sowie den Umständen entsprechend – in den Behandlungsplan einbringen können. Allerdings kann die Studienlage noch nicht klar darstellen, in welchen Fällen die Naht nach einem DR I° oder DR II° vorgenommen werden sollte. Derzeit kann nur empfohlen werden, die Methode der Wahl in jedem Einzelfall offen mit der Frau zu besprechen.

Es ist anzunehmen, dass die Wissensweitergabe von Hebamme zu Hebamme sowie die Überprüfung von Tätigkeiten unter kritischer

Einbeziehung der wissenschaftlichen Evidenz die Arbeitsqualität verbessern.

Die hier dokumentierten Angaben zum Fortbildungswunsch können von den Hebammenverbänden in Deutschland und Österreich genutzt werden, um ihr Fortbildungsangebot anzupassen. Der postpartalen Dammversorgung durch Hebammen sollte in der Aus- und Fortbildung jedoch stärkeres Gewicht beigemessen werden. Neben einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung ermöglicht die praktische Anleitung in Fortbildungen durch Hebammenexpertinnen den Fortbestand und die Erweiterung der Hebammenkunst. Sobald eine evidenzbasierte Leitlinie in Deutschland und Österreich gültig wird, könnte eine Querschnittsstudie den Grad der Umsetzung eruieren. Eine longitudinal angelegte Forschungsarbeit könnte evaluieren, ob sich durch entsprechende Fortbildung von Hebammen die Heilungschancen für Frauen nach DR I° und II° erhöhen.

### Literatur:

- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2012). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2011,16/1 – Geburtshilfe*. Göttingen.
- Bick, D.E., Ismail, K.M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S. & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(57). DOI: 10.1186/1471-2393-12-57 (Stand: 7.6.2014).
- Bick, D.E., Kettle, C., Macdonald, S., Thomas, P.W., Hills, R.K. & Ismail, K.M. (2010). PErineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10(10). DOI: 10.1186/1471-2393-10-10 (Stand: 7.6.2014).
- Bortz, J. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.
- Elharmel, S. M. A., Chaudhary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A., & Driel, M. L. van (2013). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2 (Stand: 7.6.2014)
- Fleming, V., Hagen, S., & Niven, C. (2003). Does perineal suturing make a difference: the SUNS trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(7), 684-689.
- Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A., Ayers, S. & Grant, A. (1998). The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 435-440.
- Grant, A., Gordon, B., Mackrodt, C., Fern, E., Truesdale, A. & Ayers, S. (2001). The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(1), 34-40.
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2010) Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 6, CD000006. DOI: 10.1111/j.1756-5391.2010.01093.x (Stand: 7.6.2014)
- Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K. M. (2012) Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews* 11, CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub3 (Stand: 7.6.2014)
- Langley, V., Thoburn, A., Shaw, S. & Barton, A. (2006). Second degree tears: to suture or not? A randomized controlled trial. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 550-554.
- Loytvad, C. (2012). *Qualitätsbericht 2011*. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E. & Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal birth? *Birth*, 27(2), 79-85.
- Mackrodt, C., Gordon, B., Fern, E., Ayers, S., Truesdale, A. & Grant, A. (1998) The Ipswich Childbirth Study: 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(4), 441-445.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Social Research. Sozialforschung*, 2(1), Art. 6. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110> (Stand: 7.6.2014)
- NICE (2007) *Guideline Intrapartum Care 55*. London. [www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf) (Stand: 7.6.2014)
- Porst, R. (2011). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sleep, J., Grant, A., Garcia, J., Elbourne, D., Spencer, J. & Chalmers, I. (1984). *West Berkshire perineal management trial*. *British Medical Journal*. 289(6445), 587-590.