

1 Einführung

Wochenbettbetreuung wird von angestellten und freiberuflichen Hebammen angeboten und durchgeführt. Bis zu einem Viertel der Wöchnerinnen haben 2018 aufgrund fehlender wohnortnaher Verfügbarkeit keine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme erfahren. Ein Fünftel der schwangeren Frauen hat länger als zwei Monate nach einer Hebamme für das Wochenbett gesucht. (Skopos 2018)

Angesichts der derzeitigen Mangelversorgung bietet dieses Tätigkeitsfeld ein Wachstumspotential im Hinblick auf Hebammenbeschäftigung (DHV 2012c). Die Implementierung eines wohnortnahen Angebots einer Wochenbettambulanz kann kurzfristig einen Versorgungsengpass abmildern, bleibt bisher jedoch die Ausnahme (Erdmann 2019).

Eine Hebammenbetreuung im Wochenbett gewährleistet eine höhere Zufriedenheit der Mutter mit ihrer Lebenssituation, einen sicheren Umgang mit dem Neugeborenen und die Übernahme der Mutterrolle sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine depressive Erkrankung der Mutter (Grieshop 2013).

Wählt eine Hebamme im Rahmen der Wochenbettbetreuung eine nach ihrem Methodenschwerpunkt und für die Wöchnerin und Familie geeignete Behandlungsempfehlung oder Maßnahme aus, gelangt sie dabei unweigerlich in das Spannungsfeld zwischen traditioneller Hebammenkunst und evidenzbasierter Betreuung, Pflege (Evidence-based

Nursing – EbN) und Medizin (Evidence-based Medicine – EbM).

Solange die teilweise jahrzehntelangen Beobachtungen und Erfahrungen von Hebammen nicht mit Respekt gewürdigt werden, bleibt die Begegnung mit evidenzbasierten Maßnahmen ein Konfliktfeld in Bezug auf den Anspruch von folgerichtiger Beratung und des Vorgehens. Eine erfolgreiche Synthese in der Hebammenarbeit legt Ergebnisse aus aktueller, systematischer Forschung zugrunde, richtet die Handlungsempfehlungen darauf aus und bezieht sie in die praktische Arbeit ein.

Ziel des vorliegenden Buches ist es, aktuelle Evidenzen zu Wirksamkeit und Unwirksamkeit sowie Beratungsinhalte und Maßnahmen der traditionellen Hebammenkunst zu den einzelnen Parametern eines Wochenbettbesuches zusammenzufassen.

Um Kolleginnen zudem eine Hilfe bei dem QM-Prozess Wochenbett zu geben, ist jedes Kapitel nach gleichem Schema in Anlehnung an das QM-System des DHV (Schwarz & Krauspenhaar 2014) aufgebaut. Die Kapitel 2 bis 5 beinhalten die Ebenen der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (Schwarz & Krauspenhaar 2014). Jedes Unterkapitel befasst sich inhaltlich mit einem Wochenbettparameter der alltäglichen Hebammenarbeit (z. B. Rektusdiastase). Der strukturelle Rahmen umfasst die in der folgenden Tabelle erläuterten Parameter (► Tab. 1.1):

Tab. 1.1: Aufbau der Unterkapitel (eigene Zusammenstellung)

Struktur	Erläuterung
Definition/-en	Bestimmung und Abgrenzung des jeweiligen Wochenbett-parameters
Ziel	Beschreibung des Zwecks der Betreuungsmaßnahme («Betreuungsziel«)
Inhalt	Physiologischer Prozess
Beratung	Primärpräventive Empfehlungen zur Unterstützung
Maßnahmen und Anleitung	Sekundärpräventive Handlungsempfehlungen
Vorgehen bei Regelwidrigkeiten	Fachärztliches Behandlungsschema
Beginn und Dauer	Geeigneter Beginn von Beratung oder Maßnahme und deren Dauer
Gute Erfahrung mit	Eine kleine Auswahl bewährter Beratungsinhalte oder Maßnahmen der traditionellen Hebammenkunst
Kooperierende	Interdisziplinäre Berufsgruppen

1.1 Was ist Evidenzbasierte Betreuung, Pflege, Hebammentätigkeit und Medizin?

Kirstin Bütthe

Hebammen überwachen seit Beginn des Berufes die zeitgerechte und physiologische, genitale und extragenitale Involution sowie das Gedeihen des Neugeborenen. Sie fördern die Bindung von Mutter und Kind sowie das Stillen. Die Weichen für einige Parameter werden bereits in der Schwangerschaft gestellt. Sie begegnen Frauen und Eltern auf Augenhöhe und beraten sie kompetent.

Zur Förderung des Stillens können sie auf bereits validierte Maßnahmen zurückgreifen. Pflege- und Beratungsinhalte sowie Anleitungen zum Neugeborenen oder zur puerperalen Involution basieren mehrheitlich auf der in-

dividuellen und facettenreichen Fachexpertise der Hebamme. Meist schließt dies die tolerable Behandlungsdauer für den Umgang mit Komplikationen im Wochenbett mit ein.

Eine Professionalisierung der Hebammenbetreuung im Wochenbett setzt Ergebnisse über evidente, qualitativ und quantitativ einflussnehmende Faktoren der Involution sowie der Neugeborenen- und Säuglingspflege voraus.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen repräsentieren die aktuellen wissenschaftlichen Belege und Ergebnisse und stellen die Inhalte zu Behandlungs- und Gesundheitsentscheidungen dar. (Lühnen et al. 2017)

1.1.1 Definitionen

Evidenzbasierte Betreuung (EbB): Die Begleitung, Beratung, Anleitung und Behandlung einer Frau in Orientierung an der eigenen Fachexpertise und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der systematischen Forschung. Der Frau wird mit Sensibilität und Sachverstand begegnet. Ihre Wünsche und Ziele stehen im Mittelpunkt und werden respektiert: Sowohl die Betreuungsform als auch die Behandlungsmaßnahmen werden gleichberechtigt festgelegt (Stiefel et al. 2013).

Evidence-based Nursing (EbN): dt.: Evidenzbasierte oder beweisgestützte Pflege. EbN beschreibt die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen Ergebnisse pflegerischer Forschung in der Zusammenarbeit zwischen Patient/-innen und professionell Pflegenden (Behrens & Langer 2016).

Evidence-based Medicine (EbM): Auch evidenzbasierte oder beweisgestützte Medizin. Der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patient/-innen. In der praktischen Umsetzung von EbM wird die individuelle klinische Expertise durch bestmögliche Forschungsergebnisse ergänzt (DNEbM 2011a; Sackett et al. 1996).

Evidence-based Midwifery (EbMid): Auch evidenzbasierte Hebammenarbeit oder Hebammenbetreuung. Nach einer gemeinsamen Abwägung von Wissen und Erfahrung der Hebamme mit den Wünschen und Bedürfnissen von Frau und Familie wird eine Entscheidung getroffen. Hebammenerfahrung und alle verfügbaren, wissenschaftlichen Evidenzen fließen in die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme mit ein, ohne maßgeblich zu sein. Eine Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung der Frau validieren den Rahmen von Behandlungsmöglichkeiten. Die Informationen sind der Frau und den Eltern in verständlicher Form, fundiert und ergebnisoffen zu geben. Evidenzbasiertes Ar-

beiten bedeutet, die Sinnhaftigkeit und den Benefit der eigenen Arbeit für die Frau und Familie stetig in Frage zu stellen. Eine stetige Reflexion der eigenen Haltung ist ebenso unerlässlich wie die Unsicherheit auszuhalten, nicht alle Fragen beantworten zu können. Eine ablehnende Entscheidung der Frau ist zu akzeptieren. (Stahl 2014)

Qualitative Studien: Diese Forschung fragt nach menschlichen Empfindungen, Reaktionen und Erfahrungen und berücksichtigt kulturelle sowie soziale Lebensumstände des gewohnten Umfeldes. Sie sind hinsichtlich EbN besonders aufschlussreich in Bezug auf die Erforschung von Patient/-innenerfahrungen, -ansichten und der Compliance gegenüber ausgewählten Maßnahmen (Herr-Wilbert 2008).

Quantitative Forschung: Ausgehend von einer Fragestellung oder Hypothese wird nach Ursache und Wirkung der Interaktion von Variablen gesucht und Beziehungen und Unterschiede geprüft. Die Ergebnisse von quantitativer Forschung sind geeignet zur Übertragung auf die Praxis. Nach Design werden verschiedene, im Folgenden aufgeführte Studienformen unterschieden (Herr-Wilbert 2008).

Review: Auch Übersichtsarbeit. Zusammenfassung der Ergebnisse durch Auswertung aller relevanten Studien zu einer Fragestellung (Schwarz & Stahl 2013).

Randomized Controlled Trial (RCT): Auch randomisierte kontrollierte Studie. Sie erforscht Ursache und Wirkung und zeichnet sich durch eine hohe Verlässlichkeit der Ergebnisse aus. Die Teilnehmer/-innen werden per Zufall (engl.: random) einer Gruppe zugeordnet. Die Zugehörigen einer Gruppe werden einem Ereignis ausgesetzt, die anderen nicht. Doppelblind bedeutet in diesem Zusammenhang, dass weder Untersucher/-in noch Untersuchte wissen, wer dem Einfluss ausgesetzt ist und wer nicht (Kontroll- oder Placebo-Gruppe). Randomisiert kontrollierte Studien sind eine geeignete Methode zur (nachträglichen) Überprüfung pflegerischer Interventionen (Herr-Wilbert 2008).

Cohort-Study: Auch Kohortenstudie. Sie erforscht den Zusammenhang von Belastungen oder Ereignissen auf einen Zustand, beispielsweise auf die Gesundheit. Dazu wird eine Gruppe von Menschen, die einer Belastung oder einem Ereignis ausgesetzt waren oder sich selber ausgesetzt haben, mit einer Gruppe verglichen, die keinen Einfluss einer entsprechenden Belastung hatte. Beide Gruppen werden über einen bestimmten Zeitraum beobachtet. Geprüft wird, ob, wie häufig oder in welchem Zeitabstand und in welcher Gruppe interessante Ereignisse auftreten (Schwarz & Stahl 2013).

Case-Control-Study: Auch Fall-Kontroll-Studie. Von einem untersuchungsrelevanten Ergebnis betroffene Patient/-innen werden rückblickend (retrospektiv) verglichen mit einer ähnlichen Population ohne dieses Ergebnis. Es wird geprüft, ob und welche Gruppe einer Exposition ausgesetzt war, die von Interesse ist. Diese Studienform kommt bei seltenen Ereignissen zum Einsatz und gibt Hinweise auf ursächliche Faktoren (DNEbM 2011b; Herr-Wilbert 2008).

Crosssectional-Study: Auch Querschnittstudie. Verschiedene Merkmale von postuliert ursächlicher Wirkung werden in Beziehung gesetzt. Ergebnisse dieses Studiendesigns identifizieren einflussnehmende Faktoren und deren Gewicht (DNEbM 2011b; Herr-Wilbert 2008).

Before-After-Study: Auch Vorher-Nachher-Studie. Teilnehmer/-innen werden vor und nach einem Ereignis oder einer Intervention untersucht. Es gibt keine Kontrollgruppe. Diese Form der Untersuchung eignet sich für Fragestellungen über den Einfluss eines Ereignisses, bspw. Eintritt der Schwangerschaft oder die Geburt, auf ein Merkmal wie psychische Gesundheit (Herr-Wilbert 2008).

Survey: Auch Befragung. Umfrage in und über bestimmte Bevölkerungsgruppen mittels mündlichen oder schriftlichen Interviews. Der Rücklauf im Verhältnis zu den erstellten Fragebögen beschreibt u. a. die Repräsentativität der Umfrage (Schwarz & Stahl 2013).

Systematic Review: Auch systematische Übersichtsarbeit. Die Bewertung aller zu einer konkreten Fragestellung vorhandenen Studien nach vorher genau festgelegten Kriterien (Timmer & Richter 2008).

Empfehlungen und Stellungnahmen: Dienen der Sensibilisierung der Behandelnden und ggf. der Öffentlichkeit für änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte (Schwarz & Stahl 2013).

Richtlinien: Eine Richtlinie regelt das Verfahren, den Inhalt und Umfang sowie beteiligte Institutionen und Personen zu einem medizinischen Thema. Es ist eine abstrakte Handlungsanweisung, welche den aktuellen Stand der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegelt (Bundesärztekammer 2015).

Leitlinien: Systematisch und nach gegenwärtigem Kenntnisstand entwickelte Aussagen, die die Entscheidungsfindung von Arzt/Ärztin und Patient/-innen für eine angemessene Behandlung unterstützen. Sie sprechen klare Handlungsempfehlungen aus. In begründeten Fällen kann und muss von ihnen abgewichen werden (Lühnen et al. 2017; AWMF 2012a).

Ziel: Eine stetige Verfeinerung der eigenen Fachexpertise

Inhalt: Erfahrungswissen wird zunehmend durch wissenschaftlich untermauerte Fachexpertise ergänzt und bereichert. In diesem Zusammenhang kann auf Forschungsergebnisse durch evidenzbasierte Pflege und Medizin zurückgegriffen werden.

Beratungsinhalte und Handlungen im Sinne von Interventionen können ebenso eine unerwünschte oder negative Nebenwirkung haben. Sie können wohlgemeint eine ärztliche Behandlung verfrüht oder verspätet einleiten und damit den Gesundungsprozess beeinflussen (Schlömer 2000).

Eine kontinuierliche Aktualisierung der eigenen Fachexpertise schützt davor, nicht evidente Heilungsversprechen zu machen oder aufwendige Pflegepraktiken anzuleiten.

Eine professionelle Entscheidung bezüglich Beratung und Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung von fünf Komponenten: den Wünschen, Zielen und Vorlieben der Patientin sowie ihres familiären und sozioökonomischen Kontextes, dies in vorrangiger Rolle. Diese Komponenten stellen die »interne Evidenz« dar. Die Expertise der Fachkraft, hier der Hebamme, sowie entsprechende Forschungsergebnisse liefern die sogenannten Erfahrungen Dritter und bilden damit die »externe Evidenz« (Behrens & Langer 2016; Behrens 2008).

1.1.2 Vorgehen

Evidenzbasierte Betreuung, ob EbB, EbN oder EbM, ist eine praxisorientierte Methode. Eine gezielte, zur Lösung eines Problems dienliche Frage wird formuliert, zu deren Beantwortung relevante Studien und Forschungsergebnisse in Datenbanken und Fachzeitschriften gesichtet werden.

Sowohl die Fragestellung oder Hypothese als auch wissenschaftliche Gütekriterien entscheiden über die Auswahl von Studien. Besonders quantitative Forschungsdesigns werden auf Gültigkeit (Validität) geprüft, d.h. darauf, ob ihre Ergebnisse auf eine Patient/-innengruppe außerhalb der Studie übertragbar sind. Ihre Zuverlässigkeit (Reliabilität) sagt aus, ob eine Studienwiederholung zu gleichen Ergebnissen führen würde. Die Wahrscheinlichkeit (p-Wert) gibt an, wie viele der ermittelten Messwerte auf Koinzidenz oder Kausalität zurückzuführen sind. Der p-Wert gibt Auskunft über die statistische Signifikanz. Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit ergänzen als qualitative Gütekriterien die Bewertung. Das Design des Forschungsvorhabens und -vorgehens unterliegt strengen ethischen Anforderungen und wird durch den Aufbau des Forschungsvorhabens definiert.

Der Evidenzlevel, die Beweiskraft einer Studie (im Sinne der Übertragbarkeit der

Ergebnisse auf andere, z.B. Bevölkerungsgruppen), geht aus dem Studiendesign hervor. Vom Evidenzlevel wiederum hängt der Grad der Empfehlung ab.

Dieser kann von einem hohen Empfehlungsgrad A über Abstufungen zum mittleren Empfehlungsgrad B bis hin zu einem schwachen Empfehlungsgrad C reichen. Ungeachtet eines schwachen Evidenzgrades kann es sich dennoch um den höchsten Beweisgrad handeln, der zu der wissenschaftlichen Beantwortung einer Frage erreicht werden kann (Schwarz & Stahl 2013).

Den höchsten Empfehlungsgrad für die Übertragbarkeit einer Studie besitzen Untersuchungsergebnisse mit dem Evidenzlevel Ia und Ib. Dem Level Ia entsprechen systematische Übersichtsarbeiten von randomisiert kontrollierten Studien (RTC) sowie Metaanalysen. Ib umfassen die Ergebnisse von RTCs an sich. (Kunz et al. 2001)

Ein moderater Empfehlungsgrad B wird für Ergebnisse von wissenschaftlichen Arbeiten mit Evidenzlevel II und III ausgesprochen. Der Evidenzlevel IIa und IIb umfasst die systematischen Übersichtsarbeiten von Kohorten- und kontrollierten Studien bzw. einzelne Kohorten- und quasi-experimentelle Studien. Systematische Übersichtsarbeiten von Fall-Kontroll-Studien, einzelne Fall-Kontroll-Studien, deskriptive Studien, Vergleichsstudien sowie Korrelationsstudien werden mit dem Evidenzlevel III bewertet. (Kunz et al. 2001)

Von schwachem Empfehlungsgrad III sind Evidenzen mit Level IV. Dies umfasst Berichte und Meinungen von Expert/-innenkreisen, von Konsenskonferenzen oder von klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. (Kunz et al. 2001)

Nach dem o.g. methodischen Vorgehen wird die Literatur auf Berücksichtigung kritisch geprüft, bspw. ob die Ergebnisse aussagekräftig genug oder auf die aktuelle Situation anwendbar sind. Die Evidenzen werden mit der eigenen Fachexpertise verglichen und finden schließlich ggf. Eingang in die eigene Arbeitsweise (Schlömer 2000).

1.2 Evidenz dieses Buches

Im Rahmen dieses Buches wurde nach wissenschaftlichen Belegen für Prozesse, deren Beeinflussbarkeit sowie den dazugehörigen Maßnahmen gesucht. Es wurde Fachliteratur (Lehrbücher und Fachzeitschriften) gesichtet sowie Internetrecherche betrieben (Google, Google Scholar, non-profit-Fachdatenbanken, Cochrane Library, NCBI, NICE, AWMF, DGGG, BfR, DGE, DNQP, RKI) mit dem

Ziel einer komplexen Darstellung der Empfehlungen zu Wochenbett, Stillen und Neugeborenen. Die vorliegende Arbeit versteht sich dabei weniger als das Ergebnis einer wissenschaftlichen Literaturrecherche als eine Literaturrecherche wissenschaftlicher Ergebnisse. Ziel war die komplexe Darstellung der Empfehlungen zu Wochenbett, Stillen und Neugeborenen.

2 Thematischer Einstieg

Kirstin Bütke und Cornelia Schwenger-Fink

2.1 Gesundheit der Wöchnerin

Angesichts gestiegener Hygiene-, Gesundheits- und Lebensstandards hat das Wochenbett an akutem Gefährdungspotential für Mutter und Kind verloren. Dies ermöglicht die Begleitung auch der psychosozialen Herausforderungen des neuen Lebensabschnittes (zu Sayn-Wittgenstein 2007).

Die meisten Frauen bewerten ihre Gesundheit im Frühwochenbett und sechs Wochen nach Geburt subjektiv als gut bzw. gut bis sehr gut. Auf die Frage nach Beschwerden beklagen aber knapp ebenso viele Mütter mindestens eine somatische Beschwerde wie Erschöpfung/Müdigkeit, Rückenschmerzen, Schmerzen der Naht oder Kopfschmerzen. Nach sechs Monaten trifft dies noch immer auf ca. drei Viertel der Frauen zu. Das Beschwerdespektrum ist erweitert durch den Bereich Blasenschwäche und Problemen bei der Ko-habitation. Ca. jede fünfte Frau hat im frühen Wochenbett einen abklärungsbedürftigen Verdacht in Hinsicht auf eine Wochenbettdepression. Insgesamt kann die gesundheitliche Situation von Frauen in dieser Zeitspanne als belastet eingestuft werden (Grieshop 2013).

Entbundene Frauen, hier besonders Erstgebärende, wünschen sich von der Wochenbettbetreuung Sicherheit und Kompetenzer-

werb. Anleitung zu Pflege und Handling des Neugeborenen ist dabei ebenso von Bedeutung wie Stillberatung, die Vermittlung von Stillpositionen und fachkundiger Umgang mit Stillproblemen (Polleit 2006). Eine gute Vorbereitung der werdenden Mutter auf das Wochenbett durch eine Hebamme oder Ärztin mindert die Stressbelastung im Wochenbett und führt zur (Rückver-)Sicherung sozialer Unterstützung (Grieshop 2013).

Hebammenarbeit im Wochenbett kommt eine zentrale Rolle hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Wöchnerin und Kind zu. Hebammen überwachen das Befinden von Mutter und Kind, stellen das Gedeihen von Neugeborenen und Säuglingen sicher und stabilisieren sowohl die Stillbeziehung als auch die familiäre Bindung. Idealerweise ist es ihnen möglich, die Bewältigungsfähigkeit im Sinne der (Be-)Stärkung (Empowerment) der jungen Mutter für die neuen Herausforderungen zu erhalten und zu fördern.

Die Erweiterung der Hebammenbetreuung auf einen Zeitraum von sechs Monaten würde zu einer weiteren und signifikanten Verbesserung der gesundheitlichen Situation von jungen Müttern führen (Grieshop 2013).

2.2 Konzept der Wochenbettbetreuung

Definition Puerperium: Wochenbett. Zeitraum nach Geburt der vollständigen Plazenta bis sechs bis acht Wochen postpartum (Mändle 2015a).

Ziel: Strukturierter Ablauf einer Wochenbettbetreuung über die gesamte Betreuungsspanne

Inhalt:

Die gesundheitliche Verwundbarkeit von Mutter und ihrem Neugeborenen ist in den frühen Wochenbetttagen noch vergleichsweise hoch. Sie sinkt im Laufe der Zeit durch physiologische Heilungs- und Rückbildungsprozesse sowie psychosoziale Anpassung beider an den neuen Lebensabschnitt.

Der Betreuungszeitraum einer Hebamme umfasst die ersten zwölf Wochen postpartum unter Einhaltung einer Maximalanzahl von Wochenbettbesuchen. In den ersten zehn Tagen postpartum sind insgesamt 20 Wochenbettleistungen (aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin, Wochenbettbetreuung im Krankenhaus, nichtaufsuchende Wochenbettbetreuung sowie Beratung mit Kommunikationsmedium) abrechnungsfähig, darüber hinaus weitere 16 Besuche bis zwölf Wochen postpartum. Pro Tag sind mehr als zwei Leistungen abrechnungsfähig, insofern die Gesamtzahl nicht überschritten wird. In begründeten Fällen wird eine weitere Leistung vergütet. Weitere Leistungen sind über Pädiaater/-in, Gynäkolog/-in oder auch Hausarzt/-ärztin mit Indikation rezeptierungsfähig, wenn bereits über 20 Leistungen in den ersten zehn Tagen erbracht wurden. (GKV-Spitzenverband 2018, Hebammen-Vergütungsvereinbarung).

Die Intensität der Betreuung der Wöchnerin variiert gemäß ihrem Befinden und gesundheitlichem Zustand im frühen und späten Wochenbett. Das frühe Wochenbett um-

fasst einen Zeitraum vom ersten bis zum zehnten Tag postpartum. Hier stehen die genitale Involution und insbesondere die Wundheilungsvorgänge der ehemaligen Plazentahaftfläche sowie ggf. die der Geburtsverletzungen im Vordergrund. Voraussetzung für eine komplikationsarme Zeit ist eine regelrechte Involution des Uterus sowie die Abwesenheit von Infektionen (Al-Bassam 2009).

Besuche können in diesem Zeitraum entsprechend engmaschiger und mehrmalig an einem Tag sein. Das späte Wochenbett ist durch abschließende genitale und extragenitale Involution gekennzeichnet. Gemäß vorangeschrittener genitaler Involution können die Besuche in größeren Abständen erfolgen.

Das Kind ist über die gesamte Betreuungsspanne auf seine gesundheitliche Entwicklung und sein Gedeihen zu beobachten und zu untersuchen. Konkret bedeutet dies die Beobachtung und Untersuchung in Hinsicht auf die Entwicklung einer angemessenen Nahrungsnachfrage, -aufnahme, die damit verbundene Gewichtszunahme sowie das Abheilen eines Nabelschnurrestes, die Temperaturregulationsfähigkeit sowie die Überwindung der Leberunreife bzw. die Überwindung einer Hyperbilirubinämie. Ein perinatales Infektionsgeschehen mit den Frühwarnsymptomen (Trinkschwäche, graues Hautkolorit, Tachypnoe, Temperaturregulationsstörung bis hin zu Hypothermie u. a.), besonders in den ersten Lebenstagen, ist auszuschließen (Illing 2018).

Im weiteren Verlauf der Wochenbettbetreuung von Mutter und Kind steht neben der klinischen Inspektion und Untersuchung die Beratung und Anleitung bei resultierenden Pflegemaßnahmen im Vordergrund der Begleitung. Hierbei ist es einerseits das Ziel, die Ausgangssituation für ein regelrechtes Wochenbett zu ermöglichen und andererseits die Mutter und Eltern für die Übernahme der (pflegerischen) Verantwortung gegenüber sich selbst und dem Kind zu befähigen.

Beginn und Dauer:

Die Betreuung beginnt in Absprache mit der Wöchnerin am Tag der Entbindung oder der Klinikentlassung, spätestens einen Tag danach. Tageszeitpunkt und Abstand zwischen den Besuchen richten sich nach den Erfordernissen der Rückbildungsprozesse und den Wünschen der Frau. Die Betreuung sollte solange andauern, bis die extragenitale und genitale Involution, insbesondere die des Uterus, verlässlich im Gang ist.

Ein guter Zeitpunkt zum Abschluss der Betreuung ist, wenn die junge Mutter die selbstständige Übernahme der Involution förderlichen Maßnahmen leisten kann oder – insofern dies erforderlich ist – eine

interdisziplinäre Behandlung in Anspruch nimmt. Die Stillbeziehung kann von ihr gelenkt werden und das Gedeihen des Kindes über sein Geburtsgewicht hinaus ist sichergestellt. Je nach Kontext hat die Frau Kenntnis und ggf. bereits Kontakt zu lokalen Eltern-Kind-Angeboten oder Hilfen zur Selbsthilfe. Der Abschluss einer Betreuung im Sinne von häuslichen Besuchen wird einvernehmlich festgelegt. Eine Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt sollte jederzeit möglich sein. Im Falle von Abwesenheit der Hebamme sollte eine Vertretungsregelung mit Beginn der Betreuung transparent sein.

Kooperierende: Gynäkolog/-in, Pädiater/-in, Physiotherapeut/-in

2.3 Ablauf eines Wochenbettbesuches

Ziel: Strukturierter Ablauf eines häuslichen Wochenbettbesuches

Inhalt:

Zur Strukturierung eines Wochenbettbesuches bietet es sich an, stets nach demselben Schema vorzugehen. Das vereinheitlichte Vorgehen im Sinne eines Standards gewährleistet eine vollständige Befunderhebung (kein Parameter wird vergessen) und vermittelt der Wöchnerin einen Orientierungsrahmen für den Ablauf des Wochenbettbesuches. Bei akut auftretenden Ereignissen oder Fragen kann es angezeigt sein, von dem Schema abzuweichen.

Der erste (aufsuchende) Wochenbettbesuch kann je nach Ort (Klinik oder zu Hause) oder Geburtsmodus wenige Stunden nach der Geburt oder nach Komplikationen auch erst am zehnten Wochenbetttag oder später stattfinden. Entsprechend der genitalen und extragenitalen Involution der Wöchnerin variieren

zeitgemäß die zu erwartenden, physiologischen Befunde. Gleiches gilt für die Inspektion und Untersuchung des Neugeborenen.

Allgemeine Beratungsinhalte bezüglich Mutter und Kind richten sich nach gegenwärtigen und zukunftsnahe Prozessen (z. B. Ruhe und Schlafbedürfnis der jungen Mutter, initiale Brustdrüsenanschwellung, gesteigerter Hunger bei Wachstumsschub des Kindes) (Geist & Bauer 2020; Mändle 2015a; Mändle 2015b).

Spezielle Beratungsinhalte richten sich an Frauen in besonderen Lebenslagen (Frauen nach ambulanter Entbindung, mit Kind in Kinderklinik, mit Früh- oder Totgeburt, Mehrlinge etc.). Sie greifen initiativ aktuelle Themen, Fragen oder Pflegeprobleme auf. Rat und Empfehlung sollten stets prägnant und für die junge Mutter bzw. für die Eltern verständlich ausgedrückt werden.

Beginn und Dauer: siehe Wochenbettbetreuung (► Kap. 2.2)

Kooperierende: Gynäkolog/-in, Pädiater/-in, Physiotherapeut/-in

Tab. 2.1: Strukturierter Ablauf eines Wochenbettbesuches

Merkmal	Kriterien
Befinden	- aktuelle Situation erfassen, Nachtschlaf und Befinden sowie Schmerzen erfragen - Vitalzeichen erheben (Temperatur, Puls, RR) - Mutter(-Vater)-Kind-Bindung einschätzen (Geist 2013)
Brust	- Stillssituation erfragen (Motivation, bisherige Erfahrung und Erfolg) - Brustinspektion durchführen (Größe, Weichheitsgrad, Hautfärbung und Erwärmung, Gefäßzeichnung, Abtasten der Drüsensegmente nach deren Entfaltung oder nach Verhärtungen, potentielle axillare Brustdrüsen ertasten) - Inspektion der Mamillen durchführen (Empfindsamkeit, Wundgefühl, Hauterositionen, Infektionen) - Laktation erfragen und erfassen (Milchbildungs- und Milchspendereflex, Kolostrom oder Übergangsmilch erfassen, ggf. Abstillsituation erfassen und beurteilen) - individualisierte, bedürfnis- und bedarfsorientierte Stillberatung (Rouw 2010)
Bauch	- Uterusinvolution durch Tasten bei leerer Harnblase und ausgestreckten Beinen beurteilen (Fundusstand, Konsistenz, Lage, Größe und Druckdolenz) - Rektusdiastase ertasten (Breite ermitteln) - Inspektion und Beurteilung von Geburtsverletzung Sectio-Naht (Adaption, Qualität der Wundränder, Hämatome, Infektionszeichen), ggf. reinigen (z. B. mit Octenidin) - situationsangemessene Informationen bezüglich Nachwehen, Rückbildungsförderung sowie Kreislaufmobilisierung (Mändle 2015a)
Beckenboden	- Beurteilung der Lochien (Menge, Farbe, Geruch) - Prävention Anämie (z. B. durch Uterus involutionsfördernde Maßnahmen, Ernährungsberatung) - spezielle Hygienehinweise (z. B. Händehygiene) - Erstbesuch: Damminspektion auch bei Frauen ohne Geburtsverletzung - Inspektion und Beurteilung von Geburtsverletzung Damm: Schürfungen, Nähte, Infektionszeichen, Hämatome; ggf. reinigen mit Octenidin - Schmerzsituationen erfassen (z. B. beim Sitzen, Gehen, Defäkation oder Miktions sowie bei Steißbeinfraktur, Symphysenlockerung oder -fraktur), mittels Schmerz-Skala einschätzen - Voraussetzungen für verlässliche Wundheilung erläutern (körperliche und seelische Ruhe und Schonung, lokale Wärme u. a.) - Anleitung zu rückbildungsfördernden Beckenbodenübungen sowie deszensuspräventiven Bewegungen und Abläufen im Wochenbett - Hilfe bei Schmerzen (Heller 2015; Geist 2013)
Blase und Darm	- Miktions, Defäkation und Kontinenz erfragen, Physiologie der Ausscheidungsvorgänge erläutern (z. B. Harnflut) - bei Störung der Miktions (z. B. Dysurie, Harninkontinenz) ggf. Anleitung zum Blasentraining - bei Störung der Defäkation (z. B. Flatus-/Stuhlinkontinenz oder Hämorrhoiden) Ernährungsberatung sowie Obstipations- bzw. Hämorrhoidenbehandlung erläutern - spezielle Hygienehinweise - Anleitung zu deszensuspräventiven Bewegungen und Bewegungsabläufen im Wochenbett (Hoehl et al. 2017a)
Beine	- Inspektion auf Ödeme und Varizen - Anleitung zu entstauenden Übungen und Bewegungen (Heller 2015)