

KURZBERICHT

Thema	„Systematische Auswertung des aktuellen Forschungsstands zum Kaiserschnitt“ - Los 1: Beratung der Schwangeren
Schlüsselbegriffe	Schwangere, Kaiserschnitt, Beratung, Psychotherapie, Traumatische Geburt
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit
Auftragnehmer(in)	IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin Lehrstuhl für Chirurgische Forschung Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin Universität Witten/Herdecke
Projektleitung	Dr. Dawid Pieper
Autor(en)	Barbara Prediger, Stefanie Bühn, Monika Becker, Dawid Pieper
Beginn	02.05.2016
Ende	09.06.2016

Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele (max. 1.800 Zeichen)

Die Kaiserschnittrate ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Dabei steht der Geburtsmodus im Zusammenhang mit der perinatalen und maternalen Morbidität. Zwecks Reduktion dieser sollten Indikationen und Durchführen der elektiven Kaiserschnittgeburten geprüft werden. Zudem zeigen sich in Deutschland erhebliche Versorgungsunterschiede, wie beispielsweise durch regional stark unterschiedliche Kaiserschnittraten veranschaulicht werden kann (1). Eine Vielzahl an Kaiserschnitten wird ohne eindeutige medizinische Indikation durchgeführt. Viele Fragen sind bislang trotz steigender Relevanz durch die erhöhten Kaiserschnittraten jedoch noch unbeantwortet. Es fällt auf, dass es zu diesem Thema noch keine umfassende Leitlinie gibt. Diese ist jedoch unter der Registernummer 015 – 084 „Die Sectio caesarea“ bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) angemeldet und soll Ende des 1. Quartals 2017 veröffentlicht werden, so dass die Ergebnisse dieses Vorhabens direkt in diese Leitlinie eingebunden werden könnten.

Ziel ist es, die beiden nachfolgenden Fragen zu beantworten:

Hat der Zeitpunkt der Beratung der Schwangeren zum Geburtsmodus vor der 30. SSW Einfluss auf Ihre Entscheidung zum Geburtsmodus bzw. die Sectorate?

Führt eine postpartale psychologische /psychotherapeutische Beratung für Frauen in der postpartalen Phase nach einer traumatischen Geburt oder Notsectio zu einer verbesserten Bewältigung?

Durchführung, Methodik

Zur Beantwortung der obigen Fragen ist eine systematische Übersichtsarbeit erstellt worden. Hierbei wurde sich an den international etablierten Standards zur Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten orientiert, wie sie zum Beispiel von der Cochrane Collaboration vorgegeben werden und im Cochrane Handbook (2) niedergelegt sind oder aber zum Beispiel von der AWMF für die Erstellung von Leitlinien zum Einsatz kommen (3).

Im ersten Schritt wurde für jede der beiden Fragen eine systematische Suchstrategie entworfen, mit der in den Datenbanken Medline, EMBASE, CENTRAL, CINAHL und Psycinfo Primärstudien identifiziert werden sollten. Weiterhin sollten in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects und Health Technology Database systematische Übersichtsarbeiten zu den oben genannten Themen

recherchiert werden. Zusätzlich wurden bereits bestehende Leitlinien auf die Beantwortung der beiden Fragen untersucht und die Studienregister ClinicalTrials, Deutsches Register Klinischer Studien sowie EU Clinical Trials Register nach neuen Einträgen durchsucht.

Im zweiten Schritt wurde die so identifizierte Literatur auf die Einschlusskriterien überprüft. Dies erfolgte erst auf Title/Abstract-Ebene, in weiterem dann auf Volltextebene.

Als drittes wurden Informationen und Ergebnisse, der als geeignet betrachteten Studien, mithilfe von ReviewManager 5.3 extrahiert.

In einem vierten Schritt wurde das Verzerrungspotential der Studien mit dem Cochrane Risk of Bias Tool bewertet. (4)

Im letzten Schritt zur Evidenzsynthese wurde der „body of evidence“ also die gesamte Evidenz zu den einzelnen Fragestellungen mit "Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation" (GRADE) bewertet. GRADE bietet weiterhin die Möglichkeit Empfehlungen für Leitlinien direkt mit der Stärke der Evidenz zu verknüpfen. (5)

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Zur Beantwortung von Frage 1 konnte keinerlei relevante Literatur identifiziert werden.

Frage 2 konnte mithilfe von vier geeigneten Studien bearbeitet werden. (6-10)

Das Verzerrungspotential aller Studien zeigte Mängel auf. Auch die Bewertung mit GRADE auf Outcome-Ebene zeigte eine sehr niedrige bis niedrige Qualität der Evidenz.

Zwei Studien zeigten zum Teil statistisch signifikant bessere Ergebnisse durch psychotherapeutische/psychologische Beratung nach traumatischer Geburt/Notkaiserschnitt. Dies bezog sich auf Depressionen nach drei bzw. sechs Monaten. In einer Studie zeigten die Patientinnen signifikant niedrigere posttraumatische Stressreaktionen nach der psychotherapeutischen/psychologischen Beratung.

Die anderen beiden Studien zeigten keine Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

Für die Entwicklung von Empfehlungen bedarf es dringend weiterer Studien. Frage 1 konnte zu diesem Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Bisherige Forschung konzentriert sich auf die Untersuchung verschiedener Aufklärungsarten, lässt aber den Zeitpunkt außer Betracht.

Zur Beantwortung von Frage 2 konnten jedoch aus zwei Studien mit niedrigen Patientenzahlen positive Effekte für eine psychotherapeutische/psychologische Beratung nach traumatischer Geburt/ Notkaiserschnitt bezüglich der Depressionsrate und posttraumatischen Stressreaktionen gezeigt werden.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die Ergebnisse fließen in eine interdisziplinäre S3-Leitlinie „Kaiserschnitte“ ein, die von den zuständigen Fachgesellschaften erarbeitet wird.

verwendete Literatur

1. Mikolajczyk R.T., et al.. Regional variation in caesarean deliveries in Germany and its causes. BMC pregnancy and childbirth. 2013;13:99. Epub 2013/05/03.
2. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: The Cochrane Collaboration,; 2011.
3. Muche-Borowski C., et al., Das AWMF-Regelwerk Leitlinien 2012.
4. Higgins J.P.T., et al., The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011;343(oct18 2):d5928-d.
5. Guyatt G.H., et al., GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. Journal of clinical epidemiology. 2011;64(4):380-2. Epub 2010/12/28.
6. Ryding, E.L., K. Wijma, and B. Wijma Postpartum counselling after an emergency cesarean. Clinical psychology & psychotherapy, 1998. 231-7.
7. Ryding, E.L., et al., Group counseling for mothers after emergency cesarean section: a randomized controlled trial of intervention. Birth: Issues in Perinatal Care, 2004. 31(4): p. 247-253 7p.
8. Gamble, J., et al., Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. Birth: Issues in Perinatal Care, 2005. 32(1): p. 11-19.
9. Turkstra, E., et al., PRIME: impact of previous mental health problems on health-related quality of life in women with childbirth trauma. Arch Womens Ment Health, 2013. 16(6): p. 561-4.
10. Creedy, D., Gamble, J. 2009, Personal Communication.