Medizinische Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen
Institut für Gesundheitswissenschaften
Abt. Hebammenwissenschaft

Bedarf an präpartaler Aufklärung zu schwangerschafts- und geburtsassoziierten Beckenbodenveränderungen aus Sicht der Frauen - Ein Scoping Review

Bachelorarbeit zur Erlangung
des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)
im Studiengang B.Sc. Hebammenwissenschaft

Rahel Elena Römheld
Geboren in Filderstadt
Matrikelnummer: 6406000
Fachsemester: 8
2026

Dekan der Medizinischen Fakultät: Professor Dr. rer. Nat. Bernd Pichler

1. Berichterstatterin: Konstanze Weinert, M.A.

2. Berichterstatterin: Kristie Walter, M.Sc.

Datum der Abgabe: 23.04.2026

Hinweis zur sprachlichen Gleichbehandlung und zum Zitationsstil

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und sprachlichen Konsistenz ausschließlich die weibliche Sprachform verwendet. Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen, wie z. B. „Frauen“, „Schwangere“ und „Hebammen“, gelten jedoch gleichermaßen für alle Geschlechter und sind außerdem unabhängig von der Genderidentität einer Person. Die Verwendung der weiblichen Form impliziert daher keinerlei Wertung oder Ausschluss anderer Geschlechter, sondern dient ausschließlich der Vereinfachung der sprachlichen Darstellung.

Die Zitation in dieser Arbeit erfolgt nach dem numerischen Zitierstil „Vancouver“, der durch seine platzsparenden Eigenschaften einen guten Lesefluss ermöglicht.

Abstract

Hintergrund: Schwangerschafts- und geburtsassoziierte Beckenboden(BB)veränderungen sind häufig, weshalb eine entsprechende präpartale Aufklärung aus ethischer, rechtlicher und medizinischer Perspektive geboten ist. Dennoch zeigen Frauen in der Peripartalzeit diesbezüglich einen geringen Wissensstand. **Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Forschungsstand zur Sicht der Frauen auf den Bedarf an präpartaler Aufklärung über peripartale BB-Veränderungen zu untersuchen, um Empfehlungen für die Hebammenarbeit/-wissenschaft abzuleiten. **Methodik:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Scoping Review nach Arksey und O'Malley unter Verwendung des PRISMA-Flowcharts durchgeführt. Die Literaturrecherche in PubMed und CINAHL basierte auf definierten Suchstrings und Einschlusskriterien; sieben Studien wurden eingeschlossen. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich Frauen bislang meist unzureichend über peripartale BB-Veränderungen informiert fühlen, äußern aber einen Bedarf an einer entsprechenden präpartalen Aufklärung durch medizinisches Fachpersonal. **Diskussion:** Eine Implementierung einer evidenzbasierten, verständlichen und bedarfsgerechten präpartalen Aufklärung über mögliche peripartale BB-Veränderungen in die Hebammenarbeit ist notwendig. Zu deren Gestaltung und zu möglichen Auswirkungen ist weitere Forschung nötig.

Background: Pregnancy- and childbirth-related pelvic floor (PF) changes are common, which is why appropriate prenatal education is essential from ethical, legal, and medical perspectives. Nevertheless, women in the peripartum period demonstrate a low level of knowledge on this topic. **Objective:** The objective of this study is to examine the current state of research regarding women's perspectives on the need for prenatal education about peripartum PB changes in order to derive recommendations for midwifery practice and research. **Methodology:** To answer the research question, a scoping review according to Arksey and O'Malley was conducted using the PRISMA flowchart. The literature search in PubMed and CINAHL was based on defined search strings and inclusion criteria; seven studies were included. **Results:** The results show that, to date, women generally feel inadequately informed about peripartum breast changes but express a need for appropriate prenatal education by healthcare professionals. **Discussion:** It is necessary to implement evidence-based, understandable, and needs-based prenatal education regarding potential peripartum BB changes into midwifery practice. Further research is needed regarding its design and potential effects.

Inhalt

Hinweis zur sprachlichen Gleichbehandlung und zum Zitationsstil III

Abstract IV

Abbildungsverzeichnis VII

Tabellenverzeichnis VII

Abkürzungsverzeichnis VII

1. Einleitung 1

1.1 Theoretische Hintergründe und Forschungsstand 2

1.1.1 Der weibliche Beckenboden: Anatomie und Funktion 2

1.1.2 Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden 4

1.1.3 Beckenbodendysfunktionen in der Schwangerschaft und postpartal 5

1.1.4 Psychosoziale Auswirkungen von Beckenbodendysfunktionen 7

1.1.5 Wissensstand der Frauen über PFM und mögliche PFD 7

1.1.6 Ethische, rechtliche und gesundheitssystemische Rahmenbedingungen 8

1.1.7 Die Sicht des medizinischen Fachpersonals 10

1.1.8 Chancen und Risiken präpartaler Aufklärung 11

1.2 Hebammenwissenschaftliche Relevanz 14

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung 14

2. Methodik 16

2.1 Studiendesign 16

2.2 Identifikation der Forschungsfrage 16

2.3 Identifikation relevanter Studien 17

2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien 17

2.3.2 Studienauswahl: Suchstrategie und Suchtermini 18

2.4 Auswahl geeigneter Studien 20

2.5 Bewertungsinstrumente 21

2.5.1 COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research 21

2.5.2 CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials 22

2.5.3 AXIS: Appraisal tool for Cross-Sectional Studies 23

3. Ergebnisse 23

3.1 Merkmale der inkludierten Studien 23

3.2 Auswertung der analysierten Studien: Berichtsqualität und Ergebnisse 28
3.2.1 Bugge et al. (2022) 28
3.2.2 Buurman et al. (2013) 30
3.2.3 Gondim et al. (2021) 32
3.2.4 Gutiérrez et al. (2019) 33
3.2.5 Hyakutake et al. (2017) 35
3.2.6 Moossdorff-S. et al. (2023) 38
3.2.7 Wagg et al. (2017) 40
4. Diskussion 42
4.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse 42
4.1.1 Peripartale BB-Veränderungen und die bisherige Aufklärungssituation aus Sicht der Frauen 42
4.1.2 Wunsch der Frauen nach präpartaler Aufklärung 46
4.1.3 Mögliche Effekte/Auswirkungen einer präpartalen Aufklärung 47
4.1.4 Gewünschte Gestaltung der präpartalen Aufklärung/Vorschläge 50
4.2 Limitationen 52
4.3. Forschungslücken und weiterer abzuleitender Forschungsbedarf 53
4.4 Implikationen für die Hebammenarbeit 54
5. Fazit und Ausblick 57
Literaturverzeichnis 61
Anhang 70
Anhang 1: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Bugge et al. (2022) nach COREQ 70
Anhang 2: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Buurman et al. (2013) nach COREQ 72
Anhang 3: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Gondim et al. (2021) nach AXIS 74
Anhang 4: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Gutiérrez et al. (2019) nach COREQ 75
Anhang 5: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Hyakutake et al. (2017) nach CONSORT 77
Anhang 6: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Moossdorff-S. et al. (2023) nach COREQ 80

Anhang 7: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Wagg et al. (2017) nach COREQ 82

Antiplagiatserklärung/Selbständigkeitserklärung 84

Reflexion über den Gebrauch generativer KI 86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm in Anlehnung an Moher et al. (2009) [74] 21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PCC-Modell 17
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien 18
Tabelle 3: Suchtermini 18
Tabelle 4: Verwendete Suchstrings 20
Tabelle 5: Übersicht der Merkmale der inkludierten Studien 27

Abkürzungsverzeichnis

ap.	antepartal
AXIS	Appraisal tool for Cross-Sectional Studies / Bewertungsinstrument für Querschnittsstudien
BB	Beckenboden
BMI	Body-Mass-Index
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials / Bewertungsinstrument für randomisiert kontrollierte Studien
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research / Bewertungsinstrument für qualitative Studien
DR	Dammriss
FI	Fecal Incontinence
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVK	Geburtsvorbereitungskurs
HCP	Health Care Professional / Gesundheitsfachkraft / medizinisches Fachpersonal
LL	Leitlinie(n)
M.	Musculus / Muskel
MeSh	Medical Subject Headings
MH	Exact Subject Heading
Mm.	Musculi / Muskeln
N.	Nervus / Nerv
NML	National Library of Medicine

Nn.	Nervi / Nerven
OAB	Over Active Bladder / Dranginkontinenz
PCC	Population-Concept-Context / Population-Konzept-Kontext
PFD	Pelvic Floor Dysfunction / Beckenbodendysfunktion
PFM	Pelvic Floor Muscles / Beckenbodenmuskulatur
PFMT	Pelvic Floor Muscle Training / Beckenboden-Training
PhD	Philosophiae Doctor / höchster akademischer Grad
POP	Pelvic Organ Prolapse / Beckenorganvorfall
pp.	postpartal
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PT	Physiotherapeut*in / Physiotherapie
RCT	Randomized Controlled Trial / Randomisierte kontrollierte Studie
ScS	Schwangerschaft
Sectio	Sectio caesarea / Kaiserschnitt
SUI	Stress Urinary Incontinence / Belastungsinkontinenz
TN	Teilnehmerinnen
UI	Urinary Incontinence / Urininkontinenz

1. Einleitung

Der Beckenboden (BB) ist eine zentrale Struktur im Körper, dessen Funktionsfähigkeit einen entscheidenden Beitrag zur körperlichen und psychischen Gesundheit der Frauen leistet. Inwieweit bzw. wie lange die Funktionsfähigkeit des BBs erhalten bleibt, hängt beispielsweise von Faktoren wie der Qualität des Bindegewebes, dem Alter, genetischen Dispositionen, dem Östrogenstatus, dem Körpergewicht oder der Intensität der Belastung, beispielweise durch schwere körperliche Arbeit oder chronischen Husten, ab [1]. Insbesondere eine Schwangerschaft (ScS) und die vaginale Geburt gelten als Hauptrisikofaktor für BB-Problematiken, da sie dessen Struktur verändern und zu Verletzungen führen können [2, 3]. Schon die erste ScS im Leben einer Frau ist mit nachhaltigen Veränderungen der Beckenbodenmuskulatur (PFM) verbunden, welche zu Funktionseinschränkungen führen können. Durch eine anschließende vaginale Geburt werden diese Veränderungen nochmals verstärkt [4]. Oft heilen Verletzungen aus oder bleiben ohne Folgen. Teilweise aber entstehen im Rahmen der ScS und Geburt bleibende BB-Funktionsstörungen, sogenannte Pelvic floor dysfunctions (PFD) [1]. Das Wissen der Frauen über den BB, mögliche derartige BB-Veränderungen und daraus resultierende -dysfunktionen oder auch Möglichkeiten, die PFM-Gesundheit zu beeinflussen, ist gering [5]. Die Zeit der ScS gilt als „*teachable moment*“ [6], in dem die Frauen besonders empfänglich für gesundheitsrelevante Informationen sind und die Motivation für Verhaltensveränderungen besonders hoch ist [6]. Die logische Voraussetzung, dass schwangere Frauen befähigt werden, informierte Entscheidungen zu treffen (wie beispielsweise die Wahl des Geburtsmodus) oder auch präventive bzw. therapeutische Maßnahmen ergreifen, scheint eine präpartale Aufklärung über mögliche schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen zu sein [7]. Eine derartige Aufklärung während der ScS durch medizinisches Fachpersonal (HCPs) findet in den meisten Fällen aber nicht routinemäßig statt [8-10]. Die Sicht der Frauen auf diese präpartale Aufklärung und deren diesbezügliche Bedürfnislage ist ein wichtiger Baustein, um nicht nur eine medizinisch sinnvolle, sondern auch bedürfnisorientierte Betreuung und Beratung zu gewährleisten und somit die langfristige BB-Gesundheit zu fördern. Diese Sichtweise der Frauen wurde bislang vermutlich nicht isoliert untersucht. Deshalb soll dieses Scoping Review einen Überblick über die bislang vorhandene Evidenz bieten, wie Frauen präpartale Aufklärung hinsichtlich möglicher schwangerschafts- und geburtsassoziierter BB-Veränderungen sehen.

1.1 Theoretische Hintergründe und Forschungsstand

In diesem Kapitel erfolgt zunächst die Einführung in die Thematik durch die Erläuterung relevanter theoretischer Hintergründe und die Darlegung des bisherigen Forschungsstands.

1.1.1 Der weibliche Beckenboden: Anatomie und Funktion

Das menschliche Becken (pelvis), ist ein massiver, ringförmiger Verbund mehrerer Knochen. Der rautenförmige Beckenausgang wird nach kaudal/dorsal durch eine mehrschichtige Muskel- und Bindegewebsplatte verschlossen: den Beckenboden. Die Hauptfunktionen des BBs sind neben dem Halten der Bauchorgane die variablen Verschlussmechanismen der Körperöffnungen Vagina, Harnröhre und After, welche die Kontinenz sichern. Die motorische Innervation erfolgt teils direkt über Äste des Plexus sacralis und teils über den N. (Nervus) pudendus, welcher Teil dieses Plexus ist. Differenziert werden, von kranial nach kaudal, drei Schichten des BBs: das Diaphragma pelvis, das Diaphragma urogenitale und die Sphinkter- und Schwellkörpermuskulatur. Das Diaphragma pelvis, die innerste Schicht des BBs, besteht aus dem M. (Musculus) levator ani und dem M. ischiococcygeus. Der M. levator ani, welcher wiederum aus dem M. puborectalis, M. pubococcygeus und dem M. iliococcygeus besteht, bildet eine Muskelplatte, die sogenannten Levatorschenkel. Die dazwischenliegende V-förmige Öffnung bildet das Levatortor (Hiatus levatorius), durch das die drei Körperöffnungen hindurchziehen. Da der M. puborectalis seinen Ansatz schlingenförmig hinten um das Rektum herum hat, zieht er dieses durch seinen Tonus nach kranial und ventral und trägt so wesentlich zur Stuhlkontinenz bei. Erst durch Erschlaffung des M. puborectalis wird die Defäkation möglich. Kaudal des Diaphragma pelvis liegt das Diaphragma urogenitale, welches als teils muskuläre, teils bindegewebige Platte ventral den Hiatus levatorius verschließt. Diaphragma urogenitale besteht aus dem M. transversus perinei profundus, -superficialis und dem Centrum perinei. Ein Geflecht aus dichtem Bindegewebe, welches in die Mm. (Musculi) transversus perinei superficialis einstrahlt, bildet das Centrum perinei. Diese Struktur trennt den Hiatus urogenitalis und den Hiatus analis. Hiatus urogenitalis wird der Teil des Levatortors genannt, welches durch den M. transversus perinei profundus abgedeckt ist und durch den die Urethra und Vagina hindurchtreten. Die Öffnung, durch die der Analkanal tritt und die sich durch den dorsalen Rand des Diaphragma urogenitale und die seitliche Begrenzung der Levatorschenkel ergibt, nennt man Hiatus analis. Die am weitesten kaudal gelegene Schicht bildet die Sphinkter- und Schwellkörpermuskulatur, welche sich aus dem Sphincter ani externus, dem M. bulbospongiosus und dem M. Ischiocavernosus zusammensetzt. Die Funktion des Sphinkter ani externus ist der Verschluss des Canalis analis. Der Introitus vaginae wird vom M. bulbospongiosus umschlossen.

Er trägt zur Stabilisierung des Centrum perinei bei und verengt den Scheideneingang. Der M. bulbospongiosus bildet gemeinsam mit dem Sphinkter ani externus ein Acht-förmiges Gebilde, welches in seinem Knotenpunkt das Centrum perinei stabilisiert. Der M. ischiocavernosus verläuft entlang der Rami ossis ischii und umhüllt das Corpus cavernosum clitoridis, welches durch Kompression dieses Teils der Klitoris an der sexuellen Erregung beteiligt ist. Das Perineum, bzw. der Damm, bezeichnet die Region zwischen äußerem Genital und Anus. Im darunterliegenden Centrum perinei vereinen sich Muskelfasern der Sphinkter- und Schwellkörpermuskulatur und des Diaphragmas urogenitale [11]. Neben der PFM sind des Weiteren zahlreiche Ligamente daran beteiligt, die Kontinenz zu sichern, ein Absinken der Beckenorgane zu verhindern und so die Voraussetzung für die physiologische Funktion dieser zu erhalten [12].

Eine Hauptaufgabe des BBs ist die Sicherung der Kontinenz. „*Kontinenz ist die Fähigkeit die Entleerung von Urin und Stuhl willentlich zu steuern bzw. zurückzuhalten, bis zu gelegener Zeit ein sozial akzeptabler und geeigneter Ort gefunden ist (Definition der International Society of Continence).*“ [12]. Harnkontinenz entsteht, wenn der Druck in der Harnröhre den Druck in der Blase übersteigt. Selbst unter Belastung und damit verbundenem intraabdominellem Druckanstieg sichern verschiedene Mechanismen (Muskulatur und Venengeflecht des Blasenhalses, bindegewebiges Gerüst der Urethra, Stabilisierung der Harnröhre durch das Ligamentum pubourethrale, die endopelvine Faszie und der M. pubococcygeus sowie der M. sphincter urethrae internus und externus) unter normalen Umständen die Kontinenz [13]. Auch bei der Stuhlkontinenz ist der anale Ruhetonus, der höher ist als der intraabdominale Druck, ausschlaggebend. Die anale Kontinenz wird durch ein Zusammenwirken des „Knickverschlusses“ (Flexura perinealis), durch den M. sphincter ani externus (quergestreifte Muskulatur, willentliche Kontraktion möglich) und den M. sphincter internus (glatte Muskulatur, vegetative Steuerung) sichergestellt. Der Feinverschluss wird durch den Corpus cavernosum recti (rektaler Schwellkörper), der aus glatten Muskelzellen und Gefäßkneulen besteht, gewährleistet. Des Weiteren sind die sensible Haut des Analkanals, die Ampulla recti mit ihrer Reservoirfunktion und der übrige BB, welcher das Rektum stützt, Voraussetzung für die Stuhlkontinenz. Auch wenn unter Belastung der Druck im Bauchraum und somit auf das Rectum steigt, sichert die reflektorische Verkürzung des M. puborectalis durch die Flexura perinealis weiterhin die Kontinenz [12].

1.1.2 Auswirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Beckenboden

Durch den Einfluss der Schwangerschaftshormone, insbesondere Progesteron und Relaxin, kommt es zu verschiedenen physiologischen Veränderungen. Die Faszien, Muskeln und Bänder des BBs werden dehnbarer, weicher und die Muskelstärke des BBs nimmt ab [14-16]. Da besonders die glatte Muskulatur auf das Progesteron reagiert, kommt es häufig zu Varizen, Hämorrhoidalleiden und Obstipation. Auch zu verschiedenen Blasenbeschwerden kommt es bei ca. einem Drittel bis zur Hälfte aller Frauen im Laufe ihrer ScS, die meist nach dem Wochenbett wieder verschwinden. Bereits ab Beginn der ScS kommt es durch die vermehrte Nierendurchblutung und das Absinken des antidiuretischen Hormons häufig zu Pollakisurie (häufiger Harndrang) und Nykturie (mehrmals nächtlicher Harndrang). Begünstigt wird dies außerdem durch das mit der Zeit zunehmende Gewicht des Uterus, was die funktionelle Blasenkapazität vermindert [16]. Lange et al. konnten zeigen, dass der Blasenhals in der ScS absinkt, was eine Belastungsinkontinenz begünstigt [17]. Häufiges Wasserlassen (Pollakisurie) betrifft in der Frühschwangerschaft ca. 50 % der Schwangeren, in der Spätschwangerschaft bis zu 85 %. Unter häufigem (mehr als zwei Mal) nächtlichen Harndrang (Nykturie) leiden in der Frühschwangerschaft 58 % und in der Spätschwangerschaft 66 % der Frauen [16, 18]. Auch verschiedene Formen der Harninkontinenz treten bei Frauen antepartal (ap.) und postpartal (pp.) häufig auf [19, 20], welche im nächsten Kapitel näher beschrieben werden. Dank der hormonellen Wirkung auf das Gewebe wird der Geburtskanal inklusive der PFM auf die enorme Dehnung (um mehr als das Dreifache), die während der Geburt stattfindet, vorbereitet [1, 15]. Dennoch kann es im Rahmen einer vaginalen Geburt zu Verletzungen im Bereich der PFM, der Nerven (v. a. des sakralen Plexus und des N. pudendus), der Bänder, des Blasenhalses und der Urethra kommen [1, 16, 21]. Dammrisse (DR) können die Funktion des BBs beeinträchtigen, insbesondere bei Beteiligung des analen Sphinkters (DR III° und IV°), was bei 0,5-10 % aller vaginalen Geburten (inkl. vaginal-operativ) vorkommt. Diese sind mit Stuhl- oder Flatusinkontinenz (FI) assoziiert [21, 22]. Auch die endopelvine Faszie, die die Kraft des Levators ani auf die Urethra und den Blasenhals überträgt, kann verletzt werden. Dies kann zu einer Belastungsinkontinenz (SUI) und Senkungen führen [16]. Ebenso kann der Levator ani, welcher sub partu stark gedehnt wird, einreißen, was stark mit Organsenkungen und Organprolaps (POP) assoziiert ist [1, 21]. Die vaginale Geburt, geht im Vergleich zu einer Geburt per Sectio (Kaiserschnitt), mit deutlich höheren Raten an PFD einher [23]. Dennoch konnten Atan et al. (2021) in ihrer Studie zeigen, dass allein die ScS (ohne vaginale Geburt) zu nachhaltigen Veränderungen der PFM

führt. Im Vergleich Nulligraviden wiesen die Frauen, welche ausschließlich per Sectio geboren hatten, eine signifikant höhere Beweglichkeit der Beckenorgane auf und während des Vasalva-Manövers (Aktivierung der Bauchpresse zur klinischen Beurteilung der BB-Stabilität, Kontinenz oder Organsenkungen) eine größere Hiatus-Fläche, was beides eine Organsenkung begünstigt [24].

1.1.3 Beckenbodendysfunktionen in der Schwangerschaft und postpartal

Neben den zuvor beschriebenen BB-Veränderungen, die im Rahmen der ScS und Geburt auftreten können, geht es nachfolgend um die häufigsten schwangerschafts- und geburtsassoziierten PFD mit ihren Symptomen, Prävalenzen und Risikofaktoren. Der Terminus PFD oder auch Beckenbodeninsuffizienz fasst alle Funktionsstörungen des BBs und dessen Strukturen zusammen und umfasst verschiedene Krankheitsbilder [25].

Die International Continence Society definiert Urininkontinenz (UI) folgendermaßen: „*Urininkontinenz liegt vor, wenn unwillkürlicher Harnabgang zum sozialen oder hygienischen Problem wird*." [26]. Die UI lässt sich weiter in verschiedene Formen differenzieren. Die Belastungsinkontinenz, welche am häufigsten im Kontext von ScS und Geburt auftritt, bezeichnet einen Urinverlust bei ungenügendem Harnröhrenverschluss durch intraabdominalen Druckanstieg aufgrund von Belastung (z. B. Niesen). Dagegen kommt es bei der Dranginkontinenz (OAB) zu Urinverlust aufgrund intensivem, nicht unterdrückbarem Harndrang, der durch eine Dysregulation des Blasenmuskels entsteht. Häufig treten auch kombinierte Beschwerdebilder der SUI und der OAB auf. Weitere Formen der UI, wie die Überlaufinkontinenz, sind deutlich seltener [16, 26]. Mit fortschreitendem Schwangerschaftsalter nimmt die Prävalenz von UI zu. Während im ersten Trimenon ca. 10 % der Frauen betroffen sind, sind es am Ende der ScS zwischen 23-32 %. Auch 6-13 Wochen postpartal leiden weiterhin bis zu 36%, nach sechs Monaten bis zu 31 % und nach einem Jahr bis zu 51 % der Frauen an einer UI [19, 20]. MacArthur et al. fanden heraus, dass dabei eine während der ScS oder pp. auftretende oder andauernde UI das Risiko einer langfristig anhaltenden UI bis 12 Jahre später signifikant erhöht [27].

Des Weiteren kann es zu verschiedenen Formen der analen Inkontinenz kommen. Eine „*Leichte Stuhlinkontinenz wird als unwillkürlicher Verlust von Wind oder Stuhl bei Durchfall definiert, eine schwere Stuhlinkontinenz liegt bei Verlust von geformtem Stuhl mehr als zweimal wöchentlich vor*." [26]. Ebenso können Symptome wie Stuhlschmieren und unwillkürlicher Abgang von Winden (Flatusinkontinenz) auftreten. Mögliche Ursachen im Kontext von SsS und Geburt können Hämorrhoidalleiden, Nervenverletzungen oder anale Sphinkterverletzungen

sein. Untersuchungen zeigen, dass 35 % der Erstgebärenden und 44 % der Mehrgebärenden pp. Sphinkterdefekte aufweisen, wobei davon nur ca. ein Drittel bis die Hälfte Symptome, wie Stuhl- oder Flatusinkontinenz, aufweist [26]. Drei Monate pp. leiden 8 % der Frauen an Stuhlinkontinenz [14].

Die dritte Gruppe der ScSs- und geburtsassoziierten BB-Veränderungen ist durch die veränderte Topografie der Beckenorgane bedingt. „*Eine Senkung liegt dann vor, wenn eine Struktur oder ein Organ innerhalb des Beckens tiefer tritt als seine normale Position tritt*. [Hierbei werden die Schweregrade I - III differenziert.] *Der Grad III einer Senkung wird als Vorfall bzw. Prolaps bezeichnet*. (…) *Hierbei treten Teile des inneren Organs aus der natürlichen Körperöffnung Scheide heraus.*“ [26]. Abhängig davon, welches Organ (Harnröhre, Harnblase durch die vordere Scheidenwand, Uterus, Rektum oder Enddarm) sich senkt, wird zwischen der Urethrozele, Zystozele, Descensus uteri, Rektozele, Enterozele und Kombinationen daraus differenziert. Symptome können Rückenschmerzen, ein vaginales Fremdkörpergefühl, Dyspareunie (Schmerzen bei Geschlechtsverkehr) oder auch Blasenentleerungsstörungen, Restharnbildung und rezidivierende Harnwegsinfekte sein. Es wird geschätzt, dass bei bis zu 50 % aller Frauen, die geboren haben, eine Senkung vorliegt, wovon 10-20 % symptomatisch sind. Nulligravidae weisen lediglich eine Prävalenz der Senkungen von ca. 2 % auf [26]. DeLancey et al. (2024) gehen davon aus, dass die Hauptursache des POP eine Schädigung des Levator ani bzw. des Bindegewebes des BBs ist. Die wichtigsten Risikofaktoren hierfür sind die Zangengeburt, Geburt aus hinterer Hinterhauptshaltung, eine lange Austrittsperiode, erhöhtes maternales Alter und ein kindliches Gewicht von über 4000 g [1].

Für diverse PFD lassen sich folgende Risikofaktoren zusammenfassen: höheres maternales Alter bei der ersten Geburt, vaginal-operativ assistierte Geburt (insbesondere Forceps), vor der Schwangerschaft bereits bestehende UI und eine geschwächte PFM, erhöhter BMI (Body-Mass-Index), eine familiäre Prädisposition, ein Geburtsgewicht des Kindes von über 4000 g bei geringer mütterlicher Körpergröße (<1,60 m) und Nikotinabusus [1, 19, 28, 29]. Höhergradige Dammrisse, welche häufig mit analer Inkontinenz einhergehen, werden neben den genannten Risikofaktoren außerdem durch mediane Episiotomien (Dammschnitt), Schulterdystokie und durch die Geburt in der tiefen Hocke oder in Steinschnittlage begünstigt [30]. Abhängig vom Geburtsmodus ergeben sich unterschiedliche Prävalenzen der PFDs. Eine aktuelle Metaanalyse von Barca et al. (2021) ergab, dass PFD im Allgemeinen, aber auch ein Descensus genitalis,

UI und Stuhlinkontinenz nach vaginaler Geburt signifikant häufiger vorkamen als nach Sectio [31].

1.1.4 Psychosoziale Auswirkungen von Beckenbodendysfunktionen

Neben medizinischen Problemen, die mit einer eingeschränkten Beckenbodenfunktion einhergehen, machen auch langfristige psychosoziale Auswirkungen die hohe Relevanz des Themas deutlich. PFD können psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen begünstigen, zu einer verminderten Teilhabe am sozialen Leben führen, die sportliche Aktivität einschränken und das Sexualleben der Frauen beeinträchtigen [10, 32].

1.1.5 Wissensstand der Frauen über PFM und mögliche PFD

Mit ihrem Scoping Review zeigten Weinert et al. (2025) in allen eingeschlossenen Studien ein großes Wissensdefizit der schwangeren Frauen hinsichtlich der Anatomie des BBs, dessen Funktion und möglicher schwangerschaftsassoziierter PFDs auf. Das defizitäre Wissen der schwangeren Frauen schien sich mit dem der übrigen Frauen im gebärfähigen Alter zu decken. Der potenzielle Einfluss auf die Entstehung von PFD durch ScS und Geburt scheint allgemein unterschätzt zu werden. Auch hinsichtlich möglicher Prävention von PFDs war das Wissen gering und medizinische Hilfe wurde nur selten in Anspruch genommen. Die Kenntnis von möglichen Behandlungsoptionen der PFDs war lediglich bei wenigen Frauen vorhanden und selbst bei bereits bestehender UI während der ScS nahmen die Frauen nur selten ärztliche Hilfe in Anspruch. Als Grund vermuteten mehrere Autoren die Schambehaftung von PFD und das fehlende Wissen der Betroffenen [5]. Auch scheinen Frauen häufig PFDs, wie UI, als unvermeidbare Folge einer vaginalen Geburt zu sehen, für welche es keine Behandlungsoptionen gibt [10, 33-35]. Wenn sich die Frauen Wissen über PFDs aneigneten, dann vorwiegend über das Internet oder sonstige Medien. [5]. Neels et al. (2016) konnten zeigen, dass in ihrer Studienpopulation (junge Nulligravidae) nur 58 % wussten, dass der weibliche BB drei Öffnungen besitzt. Lediglich ca. die Hälfte der Teilnehmerinnen (TN) war die Schließ- und Stützfunktion des BBs bekannt. Bei der Rolle des BBs für die Sexualität waren es lediglich 10 %. Den meisten TN (89%) war dagegen bewusst, dass eine vaginale Geburt, eine prolongierte Geburt, und eine Forceps-assistierte Geburt das Risiko für PFDs erhöhen. Der größte Teil der Studienteilnehmerinnen (86 %) war außerdem der Meinung, dass ein DR eine schwerwiegendere Verletzung der PFM verursachen würde im Vergleich zu einer Episiotomie. Begriffe wie „pelvic organ prolapse“ oder „sagging in the little pelvis“ waren den meisten (75 %) der TN nicht bekannt.

Lediglich 9 % der Studienpopulation (junge Nulligravidae) erwarteten alle drei Ausprägungen der PFDs (UI, FI und POP) als mögliche Folge von ScS und Geburt [36].

1.1.6 Ethische, rechtliche und gesundheitssystemische Rahmenbedingungen

Adäquates Wissen über PFDs bildet die Voraussetzung, um informierte Entscheidungen während der ScS zu treffen sowie Hilfe bei aufkommenden Problemen in Anspruch zu nehmen [7].

Im Ethik-Kodex für Hebammen, welcher auf der Grundlage des International Code of Ethics for Midwives vom deutschen Hebammenverband (2017) erarbeitet wurde, heißt es: „*Hebammen gewährleisten, dass die von ihnen versorgten Frauen ausreichende Informationen erhalten, die zu einer informierten Entscheidungsfindung führen. Hebammen ermutigen Frauen, für ihre Entscheidungen und deren Konsequenzen die Verantwortung zu übernehmen*." [37]. Somit kann eine Verpflichtung der Hebammen zur Informationsweitergabe und Aufklärung, auch hinsichtlich potenzieller geburts- und schwangerschaftsbedingter BB-Veränderungen, als Voraussetzung für eine informierte Entscheidungsfindung, abgeleitet werden. Auch die Ermutigung der Frauen zu informierten Entscheidungen und die Übernahme der Verantwortung für diese ist Aufgabe der Hebamme. Die ethische Handlungsgrundlage für ärztliches und sonstiges medizinisches Fachpersonal (HCP) wird durch die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress definiert: Fürsorge, Autonomie, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit [38]. Eine adäquate Aufklärung ist Voraussetzung für eine autonome Entscheidungsfindung (z. B. Wahl des Geburtsmodus) sowie für die Vermeidung von Schäden. Beispielsweise können sich PFDs infolge eines nicht angeratenen bzw. nicht durchgeführten Beckenbodentrainings (PFMT) verschlimmern, welches als Goldstandard der konservativen Therapie von PFDs gilt [30, 39].

Die rechtliche Basis bildet das GG Art. 2, aus dem sich das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit ableiten lassen. Juristisch gesehen bildet die Patient*innen-Einwilligung die Voraussetzung für die rechtmäßige Durchführung einer medizinischen Behandlung, welcher eine entsprechende Aufklärung vorausgegangen sein muss. Dies ist beispielsweise bei Geburten aus Beckenendlage die Regel, da durch eine Entscheidung (für eine vaginale Geburt oder Sectio) die Möglichkeit besteht, Risiken zu vermeiden oder zwischen mehreren gleichwertigen Behandlungsoptionen zu wählen (vgl. § 630e BGB) [23, 40]. Die gynäkologisch und geburtshilflichen Fachgesellschaften fordern grundsätzlich: „*Im Sinne einer informierten und wohlüberlegten Entscheidung sollen Frauen grundsätzlich evidenzbasierte Informationen über die relevanten Aspekte von Schwangerschaft und Geburt*

erhalten. Evidenzbasierte Informationen dienen dabei dazu, im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt im Gespräch mit dem medizinischen Fachpersonal informierte Entscheidungen treffen zu können." [41]. Dennoch wird intensiv diskutiert, inwieweit dies auch für die präpartale Aufklärung hinsichtlich möglicher schwangerschafts- und geburtsassoziierter BB-Veränderungen erfolgen sollte [23]. Bei der Aufklärung hinsichtlich des Geburtsmodus wird die Debatte deutlich: Da die vaginale Geburt an sich ein natürlicher Vorgang und weniger eine Behandlungsoption ist, bedarf sie, laut Hübner et al. (2022) keiner grundsätzlichen Aufklärung. Erst wenn eine erhebliche Risikokonstellation die BB-Gesundheit gefährdet, sollte der mögliche beckenbodenprotektive Wert der elektiven Sectio erläutert werden [23]. Malik et al. (2016) dagegen, die sich mit sämtlicher Literatur zur Ethik der Einwilligung nach Aufklärung im Bereich der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis sowie vor der vaginalen Geburt auseinandergesetzt haben, kommen zu folgendem Schluss: Auch wenn die vaginale Geburt nach wie vor als „Standardmethode" angesehen wird, sollten Geburtshelfer und Hebammen dennoch präpartal mit den Frauen die Risiken und Vorteile der vaginalen Geburt besprechen, möglichst einschließlich einer schriftlichen Dokumentation des Aufklärungs- und Einwilligungsprozesses. Nur so könne eine informierte Entscheidung getroffen werden [42]. Hinsichtlich vaginal-operativer Geburten, welche mit einem besonderen Risiko für Beckenbodenschäden einhergehen, empfehlen die Fachgesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe, dass den Schwangeren im Vorhinein (im Rahmen von GVKen oder einer Geburtsplanung) „Basisinformationen" zur Verfügung gestellt werden sollten [42, 43]. Hinsichtlich einer präpartalen Aufklärung über den BB und PFMT fordern die Leitlinien (LL) aus Großbritannien (deutlich konkreter als die deutschen Leitlinien), dass allen Frauen, Schwangeren und Wöchnerinnen eingeschlossen, vermittelt werden soll, dass PFMT PFDs vorbeugen kann und sie deshalb lebenslang ihre PFM trainieren sollen. Wenn Schwangere oder postpartale Frauen ein erhöhtes Risiko für PFDs aufweisen, sollen sie ein dreimonatiges angeleitetes PTMT-Programm erhalten [39]. Derartige LL-Empfehlungen sind für das medizinische Personal zwar nicht rechtlich bindend, fungieren aber dennoch als Handlungs- und Entscheidungskorridore, da sie den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand abbilden. Bei Abweichung im Rahmen einer Behandlung ist eine Begründung vonnöten [44]. Rechtlich bindend dagegen sind für die Schwangerenvorsorge durch die Gynäkolog*innen die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Auch die hebammengeleitete Vorsorge orientiert sich an diesen, da der GBA festlegt, welche Hebammenleistungen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vergütet. Eine Aufklärung über

den BB oder mögliche Veränderungen im Rahmen der ScS oder Geburt ist hier nicht explizit vorgesehen [45]. Die genauere Beschreibung der Leistungsbeschreibung der Hebammen, welche durch die GKV vergütet werden, findet sich im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (2025). Für die Vorsorge bzw. Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden finden sich nur sehr allgemeine Angaben, wie „*körperliche Untersuchungen, ggf. vaginale, zur Abgrenzung von Beschwerden und Pathologie*“ [46] oder „*Beratung zu den konkreten Beschwerden sowie praktische Hinweise und Anleitung zur Behebung*“ [46]. Eine konkrete Aufforderung zur Aufklärung über die PFM oder mögliche PFDs erfolgt nicht. In der Leistungsbeschreibung für GVKe finden „*Verlauf/Physiologie, Veränderungen, Begleiterscheinungen, mögl. Beschwerden (…)*“ [46] (was auf den BB bezogen werden kann) und Beckenbodenübungen zwar Erwähnung, werden aber nicht näher definiert. Die Aufklärung der Frauen über den BB und PFDs im Rahmen des GVKes unterliegt somit dem Ermessen der Hebamme und ist abhängig von deren fachlicher Kompetenz. Es steht Hebammen bislang frei, in welcher Intensität oder auch Qualität sie die Thematik in ihre Betreuung und Kurse integrieren und inwieweit sie sich in diesem Gebiet über die Berufsausbildung hinaus fortbilden.

1.1.7 Die Sicht des medizinischen Fachpersonals

Dr. Prof. Dr. med. Markus Hübner, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion e. V., forscht seit vielen Jahren intensiv zum Thema schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen. Er postuliert, die Frauen frühzeitig in der ScS für die BB-Gesundheit zu sensibilisieren [14] und darüber zu informieren, dass die ScS und die Geburt eine erhebliche Belastung für den BB darstellen. In diesem Zuge solle auch präventives PFMT und Rückbildung angesprochen werden. Sollte die Betreute erhebliche Risiken für PFD im Rahmen der Geburt aufweisen, sollte dies in die Betreuungs- und Geburtsplanung mit einbezogen werden [23]. Auch Wu et al. (2025) betonen die vielfältigen Chancen der frühzeitigen Aufklärung und Sensibilisierung für die Thematik und den daraus resultierenden positiven Effekt auf die BB-Gesundheit [47]. Die Realität in der Praxis hinsichtlich präpartaler Aufklärung zum Thema BB scheint stark von diesen Empfehlungen abzuweichen. Beispielsweise zeigten Dessie et al. (2015), dass die präpartale Aufklärung zu möglichen PFD erhebliche Lücken aufweist. 56,3 % der befragten Frauen hatten in der Schwangerschaftsberatung nie mit dem geburtshilflichen Personal über postpartale UI und 73,7 % nie über postpartale FI gesprochen. Gründe des Fachpersonals, welches die Frauen nicht über das Risiko von PFD beraten hatte, waren v. a. Zeitmangel und unzureichendes Wissen aufgrund einer lückenhaften Ausbildung in

diesem Bereich [9]. Das von Bugge et al. (2022) befragte Fachpersonal sah sich zwar grundsätzlich verpflichtet, die Frauen zum Risiko von PFDs und entsprechenden Präventionsstrategien zu beraten, hatte aber auch Sorge um eine Zunahme an Kaiserschnitten, welche wiederum selbst mit erhöhten (möglicherweise unterschätzten) Risiken für die Frauen einhergeht. Auch die Sorge, die Frauen mit sehr vielen und komplexen Informationen zu konfrontieren und sie damit zu belasten, wurde genannt [35]. In der Querschnittsstudie von Chen et al. (2021) wird dagegen deutlich, dass die meisten Geburtshelfer*innen über Kenntnisse zu PFDs verfügen, aber dennoch die Frauen nicht routinemäßig über PFDs aufklären, die korrekte PFM-Kontraktion überprüfen oder nach PFD-Symptomen fragen [48]. Auch unter den Hebammen scheint ein mangelndes Wissen über längerfristige BB-Komplikationen [49] und Präventionsstrategien für die perineale Gesundheit vorzuliegen [50]. Außerdem geben Hebammen fehlendes Selbstvertrauen in der Behandlung von PFDs als Grund dafür an, dass sie die Frauen präpartal nicht nach PDFs, wie UI, fragen, sowie als Grund, sich nicht zu erkundigen, ob die Frauen ihre PFM trainieren [8]. Auch leiten Hebammen die Frauen oft nicht zu PFMT an, aufgrund von Unsicherheiten in der Anleitung von korrektem PFMT [8] sowie Zweifel hinsichtlich dessen Wirksamkeit [33]. Erschwerend kam hinzu, dass manche Hebammen die Auffassung hatte, UI sei eine normale Folge der ScS, und sich nicht zutrauten diese zu behandeln [8]. Bugge et al. (2022) kamen zu dem Ergebnis, dass HCPs es zwar für wichtig hielten, die Frauen über das PFD-Risiko aufzuklären, aber aufgrund von Zeitmangel und der Sorge um eine steigende Sectiorate dies nur bei Frauen mit einem hohen PFD-Risiko und bei den Frauen, die Bedenken hinsichtlich PFDs äußerten, umsetzten [35].

1.1.8 Chancen und Risiken präpartaler Aufklärung

Als Risiken oder befürchtete Folgen einer präpartalen Aufklärung über mögliche BB-Veränderungen sind z. B. ein Anstieg der Sectiorate, Ängste oder auch eine Überforderung der Frauen denkbar [35, 51]. Hyakutake et al. (2018) konnten jedoch mit ihrem RCT (Randomized Controlled Trial) zeigen, dass es durch einen BB-Gesundheits-Workshop während der ScS, in dem u. a. umfassend über mögliche PFDs aufgeklärt wurde, nicht zu einem Anstieg der Sectiorate oder zu einer verminderten Zufriedenheit nach der Geburt kam [51]. Die unveränderte Zufriedenheit der Frauen nach der Aufklärung [51] könnte ein Hinweis darauf sein, dass die befürchteten Ängste [35] zumindest nicht im für die Zufriedenheit relevanten Maße hervorgerufen wurden. Auch die hohe Zufriedenheit aller Workshop-Teilnehmerinnen, die in einer vorherigen Studie bereits untersucht wurde, deutet nicht auf Ängste oder Überforderungen der Frauen hin [52].

Aufgrund des nicht signifikanten Einflusses des Workshops auf den Geburtsmodus [51] scheinen die Befürchtungen der HCPs um einen möglichen Anstieg der Sectiorate [35] nicht unbedingt gerechtfertigt zu sein. Auch die meisten von Bugge et al. (2022) befragten Frauen, welche über die PFD-Risiken der jeweiligen Geburtsmodi aufgeklärt wurden, erwähnten nicht, dass sie sich für eine Sectio als Präventionsstrategie entscheiden würden [35].

Dem gegenüber stehen diverse Chancen, die sich ergeben, wenn Frauen präpartal über mögliche schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen aufgeklärt werden. Eine Reihe an Risikofaktoren, welche PFDs im Rahmen von ScS und Geburt begünstigen, sind nicht veränderbar. Beispielsweise scheint die Ethnizität der Frauen mit unterschiedlich hohen Risiken für höhergradige Dammrisse (Frauen asiatischer Abstammung 9-fach höheres Risiko als kaukasische Frauen) oder UI (am häufigsten bei kaukasischen Frauen) in Zusammenhang zu stehen [21]. Auch die positive Familienanamnese hinsichtlich PFDs erhöht das Risiko für die Schwangere um das 2-3-Fache [19, 29]. Ebenso lässt sich das Risiko, welches durch zunehmendes mütterliches Alter, einen BMI über 25 kg/m² und der Parität steigt, zum Zeitpunkt der eingetretenen ScS nicht mehr verändern [21]. Hier bietet eine gezielte Anamneseerhebung mit einer individuellen Risikoabschätzung und einer darauf angepassten Betreuung und Beratung hinsichtlich präventiver Maßnahmen in der ScS und einer entsprechenden Geburtsplanung die einzige Chance, das ohnehin erhöhte Risiko durch andere Maßnahmen zu senken [14, 53]. Wilson et al. schlagen vor, anhand des UR-CHOICE-Bewertungssystems eine Risikokalkulation vor der Geburt zu machen, mit dem Ziel, das (wahrscheinlich kleine) Risikokollektiv zu identifizieren und angepasst zu beraten, während ein Großteil der Frauen beruhigt werden kann, da diese kein hohes Risiko für langfristige PFDs zu befürchten brauchen [54].

Andere Faktoren, die mit dem PFD-Risiko in Zusammenhang stehen, können noch während der ScS aktiv durch die Frauen beeinflusst werden. Die Chancen, dass die Frauen diese Gelegenheit gerne nutzen, stehen gut, denn die Motivation für Verhaltensveränderungen in der ScS ist höher als sonst („*teachable moment*“ [6]) [6]. Beispielsweise kann durch Lebensstilinterventionen das Risiko für ein LGA-Wachstum des Kindes, was wiederum das PFD-Risiko erhöht, bei Frauen mit Adipositas oder Gestationsdiabetes (GDM), gesenkt werden [1, 19, 55, 56]. Auch mit gezieltem, angeleitetem PFMT in der ScS, insbesondere bei bislang kontinenten Frauen, kann die Rate an postpartaler UI und FI gesenkt werden [57, 58]. Auch könnten Frauen durch Vermittlung des Nutzens der Dammmassage hierzu motiviert und befähigt werden. Obwohl diese die Verletzungsrate nicht zu verändern scheint [59], konnte eine Verkürzung der

Dauer der Austrittsphase nachgewiesen werden [60]. Da eine verlängerte Austrittsphase mit erhöhten Raten an (Levatoravulsionen, POP, UI) einhergeht [1, 61], wäre so ein präventiver Effekt für PFDs denkbar. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass durch eine adäquate Stress- und Angstreduktion, sowie Analgesie BB-Schäden reduziert werden können, da Angst, Schmerz und Stress und die daraus resultierende Anspannung mit BB-Verletzungen assoziiert ist [21, 62]. Somit könnten Frauen also durch z. B. das Erlernen von Entspannungstechniken profitieren. Medizinisch gesehen wäre es also sinnvoll, wenn Hebammen und Gynäkolog*innen die Frauen vor der Geburt über mögliche PFDs aufklären und sie zu diesen genannten möglichen Präventionsmaßnahmen beraten würden. Die Chance der präpartalen Aufklärung über mögliche BB-Veränderungen liegt aber auch darin, dass die Frauen für die Thematik sensibilisiert werden und so selbstwirksam aktiv werden können. Dies befähigt sie, auch eine weitere Beratung und ggf. Therapie bei Fachpersonen einfordern zu können. Denn erst wenn die Frauen vermittelt bekommen, dass PFDs, wie UI in der ScS und pp., entgegen der gesellschaftlich weit verbreiteten Meinung [5, 10] nicht normal sind und es wirksame Behandlungen gibt, ist die Voraussetzung, dass die Frauen (hoffentlich) Hilfe in Anspruch nehmen, gegeben. Auch könnte durch eine präpartale Aufklärung über die PFM, PFDs und PFMT, welches als Goldstandard der konservativen Therapie für PFDs gilt [30, 39], die Voraussetzung geschaffen werden, dass Frauen dieses tatsächlich umsetzen. Whitford et. al. (2011) konnten zeigen, dass neben dem Glauben an die positiven Effekte von PFMT, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, PFMT korrekt durchzuführen, und das subjektive Gefühl der Verpflichtung, PFMT durchführen zu sollen, wichtige Einflussfaktoren auf die Therapietreue von Schwangeren gegenüber PFMT darstellen [63]. All diese Komponenten könnten Teil der präpartalen Aufklärung sein und so die Frauen zu präventivem Training motivieren. Nicht zuletzt bietet dieser Ansatz auch wirtschaftliche Chancen, da alleine die Belastungsinkontinenz zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem und auch für den Arbeitsmarkt führt [64].

Auch die im vorherigen Kapitel beschriebene, bislang sehr zurückhaltende Haltung des medizinischen Fachpersonals hinsichtlich präpartaler Aufklärung über mögliche BB-Veränderungen, könnte, falls sich herausstellt, dass eine Aufklärung gewünscht wird, verändert werden. Denn erst wenn der tatsächliche Bedarf der Frauen hinsichtlich einer Aufklärung über peripartale BB-Veränderungen ermittelt ist, kann bedarfsgerecht betreut werden.

1.2 Hebammenwissenschaftliche Relevanz

Im Folgenden soll die Relevanz des Forschungsgebiets aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive beleuchtet werden, die sich aufgrund der zuvor dargestellten Aspekte ergibt. Hebammen haben per Gesetz (HebG) die Aufgabe, mit ihrer Fachexpertise den physiologischen Verlauf von ScS, Geburt und Wochenbett zu fördern und pathologische Veränderungen abzugrenzen [65]. Auch die BB-Gesundheit rund um die ScS und Geburt fällt in das Fachgebiet der Hebammen [46, 66]. Ca. zwei Drittel der Frauen in Deutschland werden während der ScS durch eine Hebamme betreut [67]. Durch die Kontinuität in der Betreuung kann ein besonderes Vertrauensverhältnis entstehen, was eine optimale Voraussetzung dafür darstellt, die Frauen schon früh in der ScS zu den sehr intimen Themen BB und PFDs zu beraten, sie für präventive Maßnahmen zu gewinnen, eine korrekte BB-Kontraktion sicherzustellen oder sie bei bestehenden/aufkommenden Problemen gezielt weiterzuleiten (Urogynäkologie, BB-Physiotherapie) [14]. Die Vorteile und Chancen einer präpartalen Aufklärung über den BB und die möglichen BB-Veränderungen sind aus medizinischer Sicht vielversprechend [14, 21] (siehe Kapitel 1.1.7-1.1.8). Doch Hebammen bewegen sich in ihrer Arbeit im Spannungsfeld zwischen Informationspflicht als Voraussetzung für informierte Entscheidungen der Frauen [37] und andererseits einer bedürfnisorientierten Betreuung. Somit ist die Sicht der Frauen auf das Thema präpartale Aufklärung hinsichtlich peripartaler BB-Veränderungen eine essenzielle Information für die Hebammenarbeit sowie die Hebammenwissenschaft. Nur so kann im Zusammenspiel aus medizinisch adäquater, ethisch und rechtlich korrekter und an die Bedürfnisse der Frauen angepasste Betreuung stattfinden. Auch die Zusammenarbeit auf interdisziplinärer Ebene hat noch viel Entwicklungspotenzial. Denn während die Frauen und die Gynäkolog*innen die Profession der Hebammen am geeignetsten und kompetentesten einschätzen, die Frauen präpartal über mögliche PFDs aufzuklären, hielten die Hebammen die Physiotherapeut*innen für geeigneter als sich selbst [35]. Statt des Abgebens der Verantwortung scheint es sinnvoll, dass diese drei Professionen gezielt, eng und wertschätzend zusammenarbeiten, um Synergismen zu nutzen [53]. Dies fordert auch das nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«: die individuelle Förderung von physiologischen Prozessen und Erhaltung der Gesundheit ist ein interprofessionelles Aufgabefeld von Hebammen, Gynäkolog*innen und Physiotherapeut*innen [68].

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Nun soll die Herausarbeitung der Forschungsfrage und der Zielsetzung dieser Arbeit erfolgen. Die bisherigen Kapitel haben die große Relevanz des BBs als zentrale Struktur im Körper mit

seinen vielen wichtigen Funktionen deutlich gemacht. Dessen Zustand und Funktionsfähigkeit wirken sich maßgeblich auf die körperliche, psychische und sexuelle Gesundheit der Frauen aus [10, 32]. Jedoch ist das Wissen der Frauen über mögliche Veränderungen oder Funktionseinschränkungen der PFM aufgrund von ScS und Geburt gering, obwohl die ScS und die vaginale Geburt einer der Hauptrisikofaktoren für PFDs darstellen [5]. Aus medizinischer, rechtlicher und ethischer Sicht scheint eine Aufklärung über mögliche BB-Veränderungen im Rahmen der ScS und Geburt angemessen und sinnvoll [23, 42, 47]. Um Frauen auch gemäß ihren Bedürfnissen zu betreuen und zu beraten, stellt sich die Frage, wie Frauen den Bedarf an präpartaler Aufklärung zu schwangerschafts- und geburtsassoziierten BB-Veränderungen sehen. Hierbei soll der Begriff „Aufklärung“ bewusst breit gefasst werden, denn es sollen neben klassischer Informationsweitergabe im Rahmen der Betreuung (durch z. B. Hebammen im Rahmen der Schwangerenbetreuung) oder in Geburtsvorbereitungskursen auch Workshops oder auch Beratung mithilfe von Risikokalkulationen (z. B. UR-CHOICE) miteingeschlossen werden. Es soll gezielt um die Aufklärung während der ScS (präpartal) gehen, da sich Frauen zu dieser Zeit häufig das erste Mal mit ihrem BB beschäftigen und auch zwangsweise mit Veränderungen der PFM aufgrund von ScS und Geburt konfrontiert werden. Schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen meinen neben PFD, wie UI, FI, Senkungen oder POP auch Veränderungen wie ein verändertes Empfinden dieses Körperbereichs, Veränderungen der PFM-Kraftempfindung, Schmerzen in diesem Bereich, Veränderungen im Miktionsverhalten oder Dyspareunie. Mit den Begriffen „Sicht der Frauen“ soll ebenfalls das Bedürfnis, der Wunsch nach präpartaler Aufklärung bzw. die Ablehnung dieser miteingeschlossen werden. Es soll beantwortet werden, ob oder ob keine Aufklärung erwünscht ist und, wenn sie erwünscht ist, auch auf welche Art, in welchem Setting, durch wen, mit welchen Inhalten oder zu welchem Zeitpunkt diese stattfinden soll. Auch wie Frauen eine solche präpartale Aufklärung über potenzielle BB-Veränderungen erleben und wie diese ihre Gefühle und Entscheidungen (z. B. das Ergreifen präventiver Maßnahmen oder die Wahl eines bestimmten Geburtsmodus) beeinflusst. Da sowohl die Sicht der schwangeren Frauen als auch retrospektiv die Sicht der Frauen, nachdem sie geboren haben, auf präpartale Aufklärung für die Beantwortung der Forschungsfrage interessant ist, sollen beide Optionen in dieser Arbeit berücksichtigt werden. Und auch aufgrund der sehr begrenzten Anzahl an Literatur zu diesem Thema, scheint dies sinnvoll. Auch die Frage, inwieweit Frauen subjektiv empfunden von einer präpartalen Aufklärung profitieren, ist ein wegweisender Aspekt zur Beantwortung der Forschungsfrage. Ziel dieser Arbeit ist

es also, den aktuellen Forschungsstand zum Bedarf an präpartaler Aufklärung hinsichtlich schwangerschafts- und geburtsassoziierter BB-Veränderungen aus Sicht der Frauen darzustellen, weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich zu identifizieren und durch die gewonnenen Erkenntnisse die Hebammenbetreuung und -aufklärung noch weiter an die Bedürfnisse der Frauen anzupassen. Die Identifikation der expliziten Forschungsfrage anhand des PCC-Schemas wird detailliert im Kapitel 2.2 beschrieben.

2. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Methodik dieser Arbeit dargestellt.

2.1 Studiendesign

Der Bedarf der Frauen an präpartaler Aufklärung über mögliche schwangerschafts- und geburtsassoziierte Beckenbodenveränderungen und -dysfunktionen wurde bisher nicht isoliert untersucht (Stand: 12.02.2026). Da das Feld der Hebammenwissenschaft ein verhältnismäßig neues Forschungsfeld ist und es bislang nur wenige Veröffentlichungen gibt, die diese Thematik zumindest in Teilaspekten beleuchten, erscheint ein Scoping Review zur Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung am geeignetsten. Scoping Reviews verfolgen das Ziel, einen Überblick über die vorhandene Forschungsliteratur, deren Umfang und somit das Forschungsfeld zu geben, Forschungslücken zu identifizieren und die bisher vorhandene Evidenz abzubilden [69-71]. Im Gegensatz zu einem systematischen Review, welches eine konkrete Fragestellung hinsichtlich einer gewissen Wirksamkeit von bestimmten Interventionen untersucht [69, 70], erlaubt das Scoping Review eine deutlich offenere Fragestellung. Außerdem führen die breiteren Einschlusskriterien hinsichtlich der Studiendesigns, des Veröffentlichungszeitraums oder auch der Studienqualität (welche normalerweise nicht berücksichtigt wird) dazu, tatsächlich einen umfassenden Überblick über die vorhandene (qualitative und quantitative) Evidenz zu erlangen [69] und, wie in diesem Fall, überhaupt ausreichend Literatur zur Bearbeitung der Forschungsfrage zu identifizieren. Nach Arksey und O'Malley untergliedert sich der Review-Prozess in die folgenden fünf Schritte: 1. Identifikation der Forschungsfrage, 2. Identifikation relevanter Studien, 3. Auswahl geeigneter Studien, 4. Darstellung der Daten, 5. Zusammenfassung und Darstellung der Ergebnisse [69]. Die Schritte 1-3 werden im Methodik-Kapitel dieser Arbeit beschrieben, Schritt 4 und 5 sind Teil der Kapitel Ergebnisse und Diskussion.

2.2 Identifikation der Forschungsfrage

Typischerweise arbeiten Scoping Reviews mit dem PCC-Modell (Population, Concept, Context). Dieses wird in die Formulierung der Forschungsfrage verwendet, hilft bei der Identifikation der

Suchparameter für den Literaturrecherche-Prozess und ist an der Definition der Ein- und Ausschlusskriterien beteiligt. Bei der Population (P) wird definiert, welche Merkmale Teilnehmer*innen bei den eingeschlossenen Studien aufweisen sollen. Um den Rahmen der Untersuchung klar zu definieren, wird unter Concept (C) das Kernkonzept, welches beleuchtet werden soll, definiert. Im Punkt Context (C) soll festgelegt werden, welchen Kontext die eingeschlossene Literatur mit einbeziehen soll [69].

Tabelle 1 stellt das PCC-Modell dar, welches für diese Arbeit verwendet wurde.

P	**Population**	schwangere Frauen; postpartale Frauen
C	**Concept**	präpartale Aufklärung
C	**Context**	schwangerschafts- und geburtsassoziierte Beckenbodenveränderungen und -dysfunktionen

Tabelle 1: PCC-Modell

Hieraus ergibt sich also die folgende Forschungsfrage: Wie sehen Frauen den Bedarf an präpartaler Aufklärung zu schwangerschafts- und geburtsassoziierten Beckenbodenveränderungen?

2.3 Identifikation relevanter Studien

In diesem Kapitel werden die Kriterien für die Literaturauswahl sowie die angewandte Suchstrategie dargestellt.

2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Identifikation relevanter Studien wurden Ergebnisse miteingeschlossen, welche sich auf die zuvor definierten Aspekte des PCC-Modells beziehen (siehe Tabelle 1 und 2). Zeitlich oder hinsichtlich des Studientyps wurde die Suche nicht eingeschränkt, da ein umfassender Überblick über die bislang verfügbare Evidenz geschaffen werden soll, ohne möglicherweise relevante Ergebnisse auszuschließen. Lediglich Abstracts ohne Volltext, Kommentare und Meinungsartikel wurden ausgeschlossen. Es wurde ausschließlich nach Literatur gesucht, von der ein Volltext in deutscher oder englischer Übersetzung verfügbar ist.

	Einschlusskriterien	**Ausschlusskriterien**
Population	Studien, die Frauen im gebärfähigen Alter einschließen, welche schwanger sind (Primigravida o. Multigravida) oder bereits ein o. mehrere Kinder geboren haben (Erst- u. Mehrgebärende).	Studien, die Nulligravidae oder postmenopausale Frauen* untersuchen. (*Aufgrund der physiologischen Veränderungen der PFM und der damit

	Geburtsmodus oder vergangene Zeit pp. nicht relevant.	zunehmenden PFDs [72] sollen postmenopausale Frauen ausgeschlossen werden)
Concept	Studien, die untersuchen, welche präpartale Aufklärung sich Frauen vor der Geburt wünschen, bzw. retrospektiv gewünscht hätten, oder die Reflexion der Frauen über die (nicht) erhaltene Aufklärung. Der Begriff „Aufklärung" soll bewusst breit gefasst werden, sodass damit auch die Beratung in der Schwangerenbetreuung, Wissensvermittlung in GVKen, Workshops, etc. oder individuelle Risikokalkulationen gemeint sind.	Studien, die keine Schlüsse auf die Sicht der Frauen hinsichtlich des Bedarfs nach präpartaler Aufklärung zulassen.
Context	Studien, die die präpartale Aufklärung hinsichtlich möglicher schwangerschafts- und geburtsassoziierter BB-Veränderungen und -dysfunktionen untersuchen.	Studien, die die präpartale Aufklärung hinsichtlich anderer Gesundheitsthemen im Fokus haben.
Studientyp	Qualitative und quantitative Studien jeglichen Studientyps	Abstracts ohne Volltext, Kommentare, Meinungsartikel
Zeitraum	Keine zeitliche Eingrenzung	-
Sprache	Volltext in deutscher oder englischer Sprache verfügbar	Volltext nicht in deutscher oder englischer Sprache verfügbar
Verfügbarkeit	Volltext verfügbar	Nur Abstract verfügbar

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

2.3.2 Studienauswahl: Suchstrategie und Suchtermini

In Anlehnung an das zuvor definierte PCC-Modell (Tabelle 1) wurden folgende englische Suchbegriffe, inklusive entsprechender Synonyme, festgelegt:

Population	women; pregnant people; pregnant women; pregnancy; antenatal; prenatal; before birth; nulliparous; postpartum; postpartum period
Concept	information; knowledge; education; counseling; patient education; health education; education; advice; information needs; patient expectations; patients satisfaction; expectations; wishes; experiences; perspectives
Context	pelvic floor disorders; pelvic floor; pelvic floor dysfunction; pelvic organ prolapse; urinary incontinence; fecal incontinence

Tabelle 3: Suchtermini

Die in Tabelle 3 genannten Suchbegriffe wurden mit den Boole'schen Operatoren AND und OR verknüpft, um sinnvolle Suchstrings zu erhalten. Um von Suchbegriffen wie „dysfunction" oder

„change“ verschiedene Wortformen mit einzuschließen, wurde bei diesen Worten der Wortstamm und eine Trunkierung mittels * verwendet. In PubMed wurde außerdem teils die Suche auf Title und Abstract [Title/Abstract] eingegrenzt und auch die Schlagwortsuche mit sogenannten Medical Subject Headings [MeSh Terms] verwendet. In CINAHL wurde mehrfach die Funktion „Exact Subject Heading“ (MH) verwendet, um nach einem Schlagwort genau in der eingegebenen Buchstaben-/Wortreihenfolge zu suchen. Mit den so entstandenen Suchstrings wurden zwischen dem 12.02.26 und dem 21.03.26 in den Datenbanken PubMed und CINAHL mehrere Literatursuchen durchgeführt. PubMed ist eine englischsprachige medizinische Literaturdatenbank, welche v. a. Daten von MEDLINE enthält, die wiederum von der National Library of Medicine (NML) erstellt wird. CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) ist die ebenfalls englischsprachige, führende bibliografische Datenbank für die Pflege und verwandte Gesundheitsberufe [71]. Die Suchstrings, welche letztendlich am 21.03.26 zur Suche relevanter Studien verwendet wurden, sind in Tabelle 4 dargestellt, inklusive der jeweils erzielten Ergebnisse. Eingegrenzt wurde die Suche anhand der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2).

In PubMed verwendeter Suchstring	**Ergebnisse**	**Datum**
(„postpartum” [Title/Abstract]“women” [Title/Abstract] OR “ Pregnant People” [MeSh Terms] OR „antenatal“ [Title/Abstract] OR „prenatal“ [Title/Abstract] OR „before birth“ [Title/Abstract] OR „nulliparous“ [Title/Abstract]) AND (“information” [Title/Abstract] OR “knowledge” [Title/Abstract] OR “education” [Title/Abstract] OR „counseling“ [Title/Abstract]) AND (“birth-related” [Title/Abstract] OR “pregnancy-related“ [Title/Abstract] OR “birth-associated” [Title/Abstract] OR “pregnancy-associated” [Title/Abstract] OR „change*“ [Title/Abstract] OR „risk“ [Title/Abstract]) AND (“pelvic floor disorders” [MeSH Terms] OR “pelvic floor” [MeSH Terms])	99	21.03.26
In CINAHL verwendeter Suchstring	**Ergebnisse**	**Datum**
((MH "Pregnant Women" OR MH "Pregnancy" OR MH "Postpartum Period" OR pregnant women OR pregnancy OR antenatal OR prenatal OR postpartum)) AND ((MH "Pelvic Floor" OR MH "Pelvic Floor Disorders" OR pelvic floor OR pelvic floor dysfunction* OR pelvic organ prolapse OR urinary	19	21.03.26

incontinence OR fecal incontinence)) AND ((MH "Patient Education" OR MH "Health Education" OR MH "Counseling" OR education OR information OR counseling OR advice)) AND ((MH "Information Needs" OR MH "Patient Expectations" OR MH "Patient Satisfaction" OR information needs OR expectations OR wishes OR experiences OR perspectives)

Tabelle 4: Verwendete Suchstrings

2.4 Auswahl geeigneter Studien

Die Studienauswahl erfolgt anhand des PRISMA („**P**referred **R**eporting **I**tems for **S**ystematic reviews and **M**eta-**A**nalyses“)-Schemas, welches ursprünglich die systemische, kriteriengeleitete Auswahl relevanter Studien von systematischen Reviews und Metaanalysen dokumentieren und illustrieren sollte [73]. In Anlehnung an Moher et al. (2009) wird im untenstehenden PRISMA-Flussdiagramm der Auswahlprozess dargestellt (siehe Abbildung 1).

In den verwendeten Datenbanken PubMed und CINAHL wurden 99 bzw. 19 Treffer erzielt, nachdem mit den zuvor dokumentierten Suchstrings und Einschlusskriterien gesucht worden war. Nach der Entfernung von Duplikaten blieben 116 Datensätze, welche anhand ihres Titels auf ihre thematische Eignung hin überprüft wurden. Es blieben 15 Studien, welche anhand eines Abstractscreenings überprüft wurden. Sieben verbleibende Studien wurden anhand des Volltextes auf ihre Eignung hin geprüft und für geeignet befunden. Somit wurden insgesamt sieben Studien in das vorliegende Scoping Review eingeschlossen.

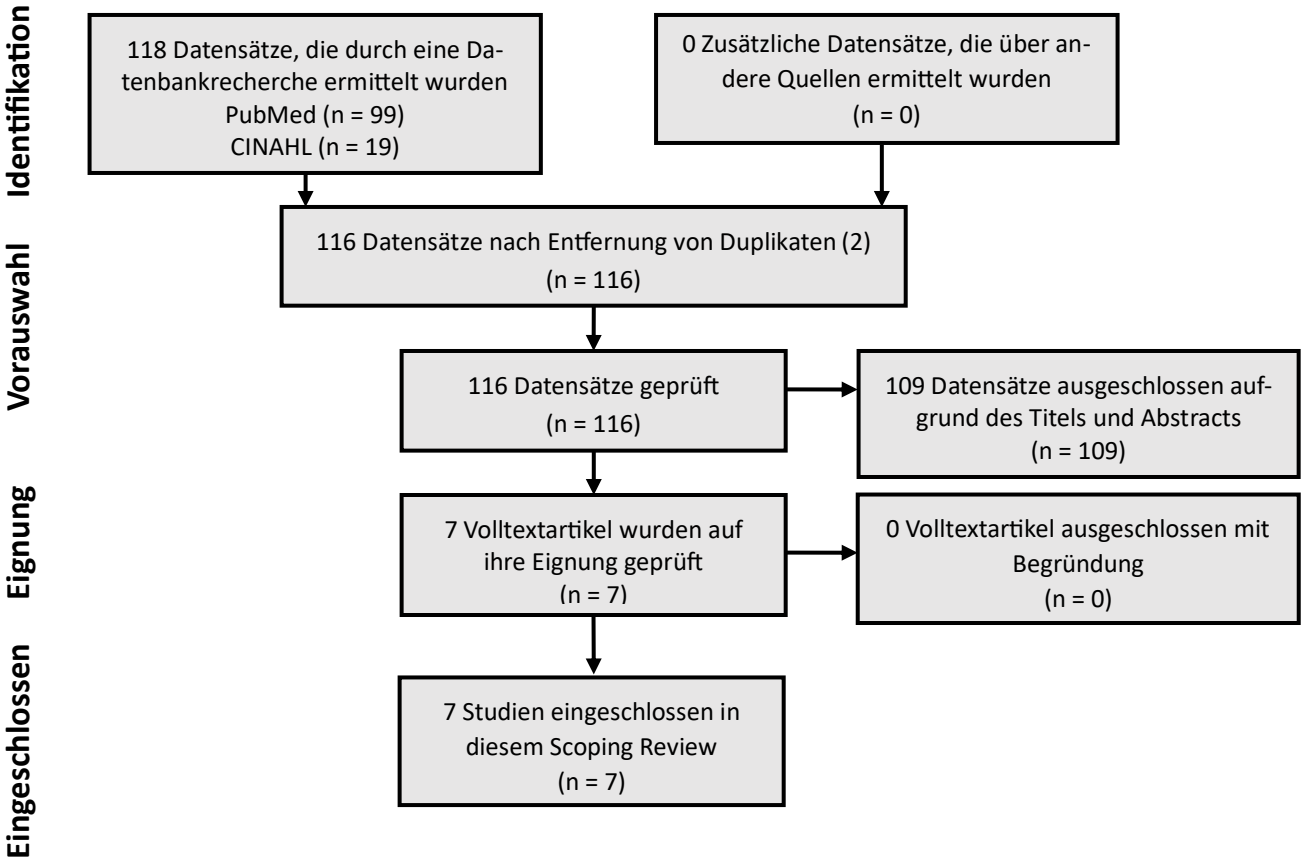


Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm in Anlehnung an Moher et al. (2009) [74]

2.5 Bewertungsinstrumente

Bewertungsinstrumente dienen dazu, das Design, die Durchführung, die Datenanalyse und die Ergebnisse von Studien genau zu untersuchen und somit die Transparenz und die Qualität der Berichterstattung zu verbessern bzw. einzuordnen. Um zu entscheiden, ob Forschungsergebnisse als Grundlage für Entscheidungen in der Praxis dienen sollen, ist eine kritische Bewertung der zugrundeliegenden Studien unerlässlich [75]. Eine solche kritische Bewertung der Studien ist bei einem klassischen Scoping Review in der Regel nicht vorgesehen [69]. Um aber die Qualität der Berichterstattung dieser Bachelorarbeit zu verbessern und die Anwendbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse für die Hebammenarbeit kritisch zu reflektieren, sollen die in dieser Arbeit eingeschlossenen Studien (n = 7) dennoch kritisch bewertet werden [75]. Im Folgenden werden die hier verwendeten Bewertungsinstrumente beschrieben und deren Auswahl begründet.

2.5.1 COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

Die in dieser Arbeit eingeschlossenen qualitativen Studien, welche auf Interviews und Fokusgruppen basieren, wurden mithilfe der COREQ-Kriterien (Consolidated criteria for reporting

qualitative research) bewertet. Die COREQ-Checkliste wurde speziell für die qualitative Gesundheitsforschung und die hier am häufigsten verwendeten Methoden der Datenerhebung, Tiefeninterviews und Fokusgruppen, entwickelt. Anhand von 32 Kriterien hilft diese Checkliste den Forschenden dabei, folgende Punkte transparent darzustellen: das Forschungsteam, dessen Merkmale und Reflexivität sowie dessen Beziehungen zu den TN, das Studiendesign inklusive theoretischem Rahmen, die Auswahl der TN, die Rahmenbedingungen (Setting), die Datenerhebung sowie die Datenanalyse und die Berichterstattung (z. B. in Form von unterstützenden Zitaten). Je mehr Kriterien der Checkliste erfüllt sind, desto höher wird die Qualität der Studie eingeschätzt, ohne dass ein Scoring-System vorgesehen ist [75]. In dieser Arbeit wurden dennoch alle erfüllten Kriterien (Verweis auf die Seitenzahl) mit einem Punkt bewertet und alle teilweise erfüllten mit 0,5 Punkten. Als „nicht relevant" deklarierte Kriterien, wurden aus der Gesamtwertung ausgenommen. Ab einer erreichten Punktzahl von mindestens 80 % wird in diesem Scoping Review von einer hohen Qualität der Studie, bei mindestens 65 % der erreichten Punkte von einer moderaten Qualität und unter 65 % von einer niedrigen Qualität ausgegangen.

2.5.2 CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

Die eingeschlossene randomisierte kontrollierte Studie (RCT) von Hyakutake et al. (2018) wurde mit dem Bewertungsinstrument CONSORT 2025 (Consolidated Standards of Reporting Trials) bewertet. Anhand der CONSORT-Checkliste, welche aus 30 Punkten mit weiteren 12 Unterpunkten besteht, soll die Vollständigkeit und Transparenz von Studienberichten gewährleistet werden. Diese wurde speziell für RCTs entwickelt und hilft der Leserschaft, die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit und Validität zu beurteilen. Es wird von einer hohen Berichtsqualität ausgegangen, wenn möglichst viele der CONSORT-Kriterien mit „ja" und möglichst wenige mit „nein" beantwortet wurden. Ein Scoring-System ist ebenfalls nicht vorgesehen [76]. Um jedoch eine aussagekräftige Einschätzung über die Berichtsqualität des eingeschlossenen RCTs machen zu können, soll in dieser Arbeit jedes erfüllte Kriterium (Verweis auf die Seitenzahl) mit einem Punkt bewertet werden und jedes teilweise oder nur indirekt erfüllte Kriterium mit 0,5 Punkten. Als „nicht relevant" wurden jene Kriterien deklariert, welche auf das RCT nicht zutrafen. Diese wurden aus der Gesamtbewertung ausgeschlossen. Als ein Maß für hohe Berichtsqualität wurden mindestens 80% und für moderate Qualität mindestens 65% der erreichten Punkte von der Autorin festgelegt. Unter 65% der erreichten Punkte wird in dieser Arbeit von einer niedrigen Qualität ausgegangen.

2.5.3 AXIS: Appraisal tool for Cross-Sectional Studies

Das Instrument „AXIS“ zur kritischen Bewertung der Qualität von Querschnittsstudien (Appraisal tool for Cross-Sectional Studies - AXIS) wurde dafür entwickelt die Zuverlässigkeit von Forschungsarbeiten einzuschätzen und die Relevanz und den Wert der Ergebnisse einzuordnen [77]. AXIS unterstützt den Leser, indem anhand von 20 Fragen, welche mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden können, die Studie systematisch interpretiert und deren Qualität beurteilt wird [78]. Auch bei AXIS ist ein Scoring-System nicht vorgesehen. Um die Berichtsqualität greifbarer zu machen, soll in dieser Arbeit für jedes wünschenswerte Kriterium (18 x „ja“, 2 x „nein“, jeweils mit einem grünen bzw. grauen Strich markiert) ein Punkt vergeben werden. Bei teilweise erfüllten Kriterien werden 0,5 Punkte vergeben. Seitens der Autorin wird für eine hohe Berichtsqualität mindestens 80 % und für moderate Qualität mindestens 65 % der erreichten Punkte vorausgesetzt. Weniger 65 % der erreichten Punkte werden als niedrige Qualität festgelegt.

3. Ergebnisse

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, wurden in den zwei Datenbanken PubMed und CINAHL insgesamt sieben relevante Studien identifiziert. Die Merkmale, die Berichtserstattung, sowie eine deskriptive Zusammenfassung der Ergebnisse dieser eingeschlossenen Studien sollen in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

3.1 Merkmale der inkludierten Studien

Vier der sieben inkludierten Studien stammen aus Europa (2 x Niederlande, 3 x Großbritannien), eine aus Brasilien und eine aus Kanada. Veröffentlicht wurden alle Studien in medizinischen wissenschaftlichen Fachzeitschriften. Obwohl die Literatursuche nicht zeitlich eingegrenzt wurde, wurden alle inkludierten Studien in dem Zeitraum von zehn Jahren, zwischen 2013 und 2023, veröffentlicht. Fünf der Studien verfolgten einen qualitativen Ansatz, wobei die Datenerhebung anhand halbstrukturierter Leitfadeninterviews und (teils) Fokusgruppen stattfand, welche jeweils eine kleine Stichprobe von 9-15 Frauen, sowie 8-17 HCPs untersuchten. Des Weiteren wurden eine quantitative Querschnittsstudie mit einer größeren Studienpopulation von 326 Frauen (Gondim et al., 2021) und eine randomisierte kontrollierte Studie mit 100 Frauen (Hyakutake et al., 2018) inkludiert. Sechs der Studien fanden im ambulanten Setting statt, eine (Gondim et al., 2021) in einer Klinik auf einer Wochenbettstation. In vier der eingeschlossenen Studien wurden Erst- und Mehrgebärende miteingeschlossen. Dagegen wurden in einer Studie ausschließlich Schwangere (Primi- und Multigravidae, Bugge et al., 2022),

in einer Studie schwangere und postpartale Frauen (Primi- und Multigravidae; Erst- und Mehrgebärende, Moossdorff-S., 2023) und in einer Studie dieselben Frauen vor und nach der Geburt (Primigravidae, dann Erstpara, Hyakutake et al., 2018) untersucht. Lediglich bei einer Studie war eine vorhandene PFD (UI) ein Einschlusskriterium (Gutiérrez et al., 2019), während in den anderen Studien ein zufälliger Teil der Studienpopulation unter PFDs litt.

In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 5) wird eine Übersicht der eingeschlossenen Studien dargestellt, welche die folgenden Kriterien umfasst: Autor, Jahr, Titel, Land, Ziel, Population, Methoden, sowie verwendete Screening-Instrumente und Ergebnismaße.

Autor, Jahr, Titel	Land	Ziel	Population	Setting	Methodik	Screening-Instrumente / Messparameter
Bugge et al. 2022 [35] *Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study*	Schottland	Die Studie hat das Ziel, die Sichtweisen von Schwangeren und HCPs zur Bereitstellung individueller Risikobewertungen für eine zukünftige PFD, die Durchführbarkeit im Rahmen der routinemäßigen ScS-Vorsorge und Maßnahmen, die Frauen aufgrund der Kenntnis ihres PFD-Risikos ergreifen könnten, zu untersuchen.	Schwangere Frauen n = 14; Primigravidae 50 %; Multigravidae 50 %; Alter ≥ 16J.; sozioökonomischen Status unterschiedlich; HCP n = 17; 6 Gynäkolog*innen; 8 Hebammen; 3 PT (Physiotherapeut*innen)	Rekrutiert der TN in der Schwangerenberatungsstelle eines großen schottischen Lehrkrankenhauses; Telefoninterviews; Fokusgruppen	Qualitative Studie; Datenerhebung durch halbstrukturierte Interviews und Fokusgruppen; Framework-Ansatz	Selbstentwickelter, halbstrukturierter Interviewleitfaden für die Telefoninterviews und Fokusgruppen
Buurman et al. 2013 [10] *Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study*	Niederlande	Diese Studie hat das Ziel, herausfinden wie die Wahrnehmungen und kognitiven Prozesse der Frauen in Bezug auf postpartale PFDs sind, sowie ihr hilfesuchendes Verhalten bzw. die Hindernisse zu untersuchen.	Frauen n = 26; 1 Mon.-1 J. nach vaginaler Geburt; Alter zw. 20-40 J.; Erstgebärende 53,85 %; Mehrgebärende 46,15 %; unkomplizierte Geburt n = 16; Episiotomie n = 3; vaginal-operativ n = 7	TN wurden aus 2 Hausarztpraxen in 2 verschiedenen Gegenden der NL rekrutiert (bei jeglichen Gesundheitsproblemen die erste Anlaufstelle); persönliche Interviews	Qualitative Interviewstudie; halbstrukturierte Interviews; konstant vergleichende Inhaltsanalyse	Halbstrukturierter Interviewleitfaden, welcher auf Grundlage der Literatur und Expertenmeinungen selbst erstellt worden ist
Gondim et al. 2021 [79] *Women know*	Brasilien	Ziel dieser Studie war die Bewertung des Wissens, der Einstellung und des	n = 326 Frauen; 12-72h pp.; gewünschter & stattgefundener	TN befanden sich auf einer brasilianischen Entbindungsstation;	Quantitative	Pilotgetesteter 15-fragiger Fragebogen (Wissen, die Einstellung und

about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice		Verhaltens (KAP) hinsichtlich der Vorbereitung der PFM auf die Geburt bei Frauen nach der Entbindung sowie der damit verbundenen Faktoren.	vaginale Geburt ab 34. SSW; 3,7 % Episiotomie; 66,3 % DR; 1,53 % DR III°; Alter 24.3 ± 6.2 Jahre; 49,3 % Erstgebärende; 50,6 % Mehrgebärende	Datenerhebung anhand der Krankenakte und eines Fragebogens, welchen die TN ausfüllten.	Querschnittsstudie	das Verhalten (KAP) hinsichtlich der Vorbereitung der PFM auf die Geburt) mit kategorialen Skalen; multivariate Analyse; χ^2-Test; Varianzanalyse; Bonferroni-Post-hoc-Test; multiple logistische Regression
Gutiérrez et al. 2019 [80] *Lack of care? Women's experiences of maternity bladder management*	England	Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Erfahrungen von Frauen mit der Blasenversorgung vor, während und nach der Geburt.	n = 9 Frauen; reifgeborener Einling; 2 Wo. – 6 Mon. pp.; ≥ 18 J.; Erstgebärende 55,56 %; Zweitgebärende 44,44 %; unterschiedliche Geburtsmodi; UI ap. n = 2; UI pp. n = 5; keine UI n = 2;	Krankenhäuser in Südengland; gezielte Stichprobe von TN, Rekrutierung über lokale Müttergruppen via Facebook; Interviews bei den TN zu Hause oder in der Universität	explorative, deskriptive Studie; tiefgehende, halbstrukturierte Interviews	Pilotgetesteter, halbstrukturierter Interviewleitfaden
Hyakutake et al. 2018 [51] *Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The PREPARED*	Kanada	Ziel dieser Studie war zu untersuchen, welchen Einfluss ein Schwangerschaftsworkshop auf das Wissen der TN über postpartale BB-Gesundheit, die Durchführung von PFMT, PFD-Symptome, die krankheitsspezifische Lebensqualität, den Geburtsmodus und die Zufriedenheit hat.	Primigravidae mit Einling (n = 100); Interventions- und Kontrollgruppe je 50 TN; 40 nahmen am Workshop teil; Durchschnittsalter 33,2 J.	Paul's Hospital; randomisiert; Interventionsgruppe erhielt einen Workshop in einem Fachkrankenhaus in Vancouver, die Kontrollgruppe erhielt dort die routinemäßige Schwangerenvorsorge; Befragungen ap. und auch 6 Wo. pp.	Randomized Controlled Trial	Verschiedene (teils validierte) Fragebögen; Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form 20; Pelvic Floor Impact Questionnaire-Short Form 7; t-Test für 2 Stich-proben; x^2-Test; Fisher-Test; Cochran-Armitage-Trendtests; Wilcoxon-Rang-summentests; logistische

						Regression; Signifikanztests zweiseitig mit α-Niveau 0,05
Moossdorff-S. et al. 2023 [34] *Experiences of Peri-partum Urinary Incontinence from a Women's and Health Care Perspective: A Qualitative Study*	Niederlande	Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, wie Frauen peripartale UI erleben, welche Faktoren diese Erfahrungen beeinflussen sowie die Sichtweise von HCPs auf UI während der ScS und im ersten Jahr pp.	Frauen mit UI im Alter von 24-38 J. n = 13; 6 Schwangere; 7 Frauen bis max. 1 J. pp.; 46,15 % Erstgebärende/Nullipara; 53,85 % Mehrgebärende; HCP n = 8; 3 Hebammen; 4 Gynäkolog*innen; 1 Urogynäkologe	persönliche Einzelinterviews zu Hause (eines am Arbeitsplatz d. TN); Rekrutierung über Facebook-Beiträge v. Hebammenpraxen; HCP: Fokusgruppe im Besprechungsraum des örtlichen Krankenhauses	Qualitative Studie anhand halbstrukturierter Interviews u. Fokusgruppen; konstant vergleichende Inhaltsanalyse	Halbstrukturierter Interviewleitfaden, der anhand aufkommender Themen erweitert wurde
Wagg et al. 2017 [33] *Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study*	England	Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen, Überzeugungen und das Wissen von Frauen bezüglich Harnwegsbeschwerden in der Zeit pp. zu untersuchen, zu beschreiben und besser zu verstehen; sowie die Wahrnehmung dieser Themen durch HCPs zu erfassen.	n = 15 Frauen; 12 Wo. pp.; unterschiedliche Alter und Parität; Erstgebärende: 53,33 %; Mehrgebärende: 46,67 %; n = 10 HCPs (1 Allgemeinmediziner, 1 Gesundheitsberaterin, 5 Praxis-/Kinder-/Familienplanungs-Kontinenzkrankenschwestern, 3 Hebammen(-studentinnen)	Rekrutierung in großer Allgemeinpraxis; persönliche Einzelinterviews, häuslichen Setting; Beobachtungssitzungen (Geburtsvorbereitungsklinik & Müttergruppe pp.); Fokusgruppen HCPs: multidisziplinär; 1 HCP Einzelinterview	Qualitative Studie; halbstrukturierte Einzelinterviews und Fokusgruppen; Beobachtungssitzungen	Halbstrukturierter Interviewleitfaden, der anhand aufkommender Themen erweitert wurde; FUS-Scores (Female urinary symptom score)

Tabelle 5: Übersicht der Merkmale der inkludierten Studien

3.2 Auswertung der analysierten Studien: Berichtsqualität und Ergebnisse

Im Folgenden werden die sieben identifizierten Studien hinsichtlich ihrer Berichtsqualität ausgewertet und deren Ergebnisse dargestellt.

3.2.1 Bugge et al. (2022): *Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study*

Die Studie von Bugge et al. aus dem Jahr 2022 ist eine qualitative Studie, deren Datenerhebung anhand von halbstrukturierten Interviews (schwangere TN) und Fokusgruppen (medizinische Fachkräfte) erfolgte. Auch wenn eine explizite Drop-out-Rate nicht berichtet wird, wird die ursprüngliche Rekrutierungsstrategie hinsichtlich der schwangeren TN als nicht erfolgreich beschrieben. Mit einer veränderten Strategie konnten dann von den angestrebten 15 Frauen eine Stichprobe von 14 Frauen (n = 14) als TN eingeschlossen werden. Außerdem nahmen 17 HCPs (n = 17) an der Studie teil, was dem Ziel der Forschenden entsprach. Diese Studie untersucht die Sichtweisen von Schwangeren und HCPs zur Bereitstellung individueller Risikobewertungen (UR-CHOICE) für die Entwicklung einer zukünftigen PFD, die Durchführbarkeit der Bereitstellung dieser Risikoeinschätzung im Rahmen der routinemäßigen Schwangerschaftsvorsorge und Maßnahmen, die Frauen aufgrund der Kenntnis ihres PFD-Risikos ergreifen könnten. Zu Beginn wurde der UR-CHOICE-Rechner, welcher das derzeit beste verfügbare Prognoseinstrument für PFD ist, inkl. Beispiele für Frauen mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko für PFDs den TN vorgestellt. Befragt wurden Schwangere unterschiedlicher Parität, Alters (≥ 16 Jahre) und sozioökonomischen Stauts, die an den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen teilnahmen, Gynäkolog*innen, Hebammen und PT (Physiotherapeut*innen). Die medizinischen Fachkräfte wurden zudem auch konkret nach ihrer derzeitigen Praxis im Zusammenhang mit PFD sowie ihren Ansichten zur Erörterung des PFD-Risikos mit Frauen ap. und pp. befragt.

Das Studiendesign, inklusive Setting, Rekrutierung und Eigenschaften der TN, und die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung und -analyse werden weitestgehend detailliert beschrieben. Unterstützende Zitate erhöhen die Transparenz und Vertrauenswürdigkeit. Auch die Finanzierung wurde offengelegt und ein Interessenskonflikt der Autor*innen wurde verneint. Dennoch weist die Studie einige Schwächen auf. Beispielsweise wurden die Qualifikation, die Ausbildung bzw. der Beruf der Forschenden nicht offengelegt und es bleibt unklar, ob rekrutierte TN im Laufe der Studie ausgeschieden sind. Außerdem wird nicht erwähnt, ob neben den Forschenden und TN noch weitere Personen bei den Interviews anwesend waren, wie lange diese dauerten, ob die Transkripte zur Korrektur den TN ausgehändigt wurden und eine

Beschreibung des Kodierbaums ist nicht enthalten. Auch bleiben Begriffe wie „die meisten Frauen“ oder „einige Frauen“ nicht näher definiert, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt. Außerdem wurden zwar Frauen aus unterschiedlicher sozioökonomischer Schicht rekrutiert, aber nur jene, die regelmäßige Schwangerenvorsorge in Anspruch nahmen. Die Auswirkung auf die Ergebnisse hierdurch bleibt unklar. Auch wurde zwar die zunächst erfolglose und überarbeitete Rekrutierungsstrategie berichtet, jedoch nicht, ob TN während der Studie ausschieden. Die anhand der COREQ-Kriterien beurteilte Qualität der Studie von Bugge et al. (2022) wird mit einer Punktzahl von 22,5 von maximal 32 erreichbaren Punkten (70,31 %) als moderat eingeschätzt. Die ausführliche COREQ-Checkliste befindet sich in Anhang 1.

Ergebnisse:

Bugge et al. (2022) konnten zeigen, dass das Wissen der Frauen über PFD begrenzt ist, insbesondere, wenn die TN keinen GVK besucht haben. Ausgehändigtes Informationsmaterial (Buch) wurde von den Frauen nicht gelesen. Ihr weniges Wissen stammte hauptsächlich von Freunden und der Familie. Außerdem war die Ansicht, dass UI eine unvermeidbare Folge der Geburt wäre, sehr verbreitet. Dies führte dazu, dass sie das PFD-Risiko gegenüber medizinischem Fachpersonal wahrscheinlich nicht ansprechen würden. Auch äußerten TN den Wunsch, von ihrem betreuenden HCP auf PFDs angesprochen zu werden, da so das Problem legitimiert werden würde, Verlegenheit reduziert würde und sie ermutigt würden, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sowohl die Frauen, als auch med. Fachpersonal hielt es für möglich, durch UR-CHOICE Ängste, Sorgen und Verlegenheit hervorzurufen. Dennoch waren alle befragten Frauen überzeugt, dass es wichtig sei, ihr individuelles PFD-Risiko zu kennen. Sie waren der Ansicht, dass dieses Wissen ihnen erlauben würde, vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen oder auf mögliche auftretende PFDs vorbereitet zu sein. Auch das medizinische Fachpersonal hielt es für wichtig (und sah sich verpflichtet, obwohl es ap. und pp. nicht zu deren Routine gehörte), das PFD-Risiko sowie Präventionsstrategien zu besprechen, und erkannte die freie Wahl des Geburtsmodus als Recht der Frauen an. Jedoch verhinderten Zeitmangel und Bedenken hinsichtlich steigender Kaiserschnittraten (und der damit einhergehenden, möglicherweise durch die Frauen unterschätzten Risiken) dies. Auch befürchteten die HCPs, sie könnten die Frauen mit Informationen überfluten oder diese nicht verständlich vermitteln können aufgrund der Komplexität. Ebenso wurde die Befürchtung geäußert, Frauen mit „niedrigem Risiko“ von präventiven Maßnahmen abzuhalten. Lediglich bei Frauen mit hohem Risiko für PFD oder solchen, die Bedenken äußerten, wurden PFD durch das

Fachpersonal thematisiert. Entgegen den genannten Erwartungen zogen nur einige Frauen einen Kaiserschnitt als Präventionsstrategie für PFDs in Erwägung, die meisten erwähnten dies nicht, obwohl ihnen die unterschiedlichen Risiken der einzelnen Geburtsarten aufgezeigt worden waren. Es gab unterschiedliche Ansichten darüber, wer UR-CHOICE in der Praxis am besten umsetzen könnte. Frauen und Geburtshelfer*innen gaben an, dass Hebammen die am besten geeigneten HCPs für die Durchführung der UR-CHOICE-Intervention seien (aufgrund ihrer guten Beziehung zu den Frauen), während Hebammen und PT (Physiotherapeut*innen) die Gruppe der spezialisierten PT (aufgrund ihres Fachwissens) nannten. Diese Diskrepanz könnte damit zusammenhängen, dass Hebammen kein Vertrauen in ihre Fähigkeit haben, über BB-Gesundheitsinterventionen wie PFMT zu sprechen. Die TN waren der Meinung, dass die UR-CHOICE-Intervention das Wissen der Frauen über PFD erweitern würde, eine fundierte Entscheidungsfindung erleichtern würde und Frauen dazu motivieren könnte, präventive Maßnahmen hinsichtlich PFDs zu ergreifen. Während manche Frauen keine Nachteile durch die Intervention befürchteten, sahen andere es als problematisch, die nötigen Informationen für die Risikoberechnung bereitzustellen (Familienanamnese) [35].

3.2.2 Buurman et al. (2013): *Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study*

Diese qualitative, interviewbasierte Studie von Buurman et al. (2013) hat das Ziel, herausfinden wie die Wahrnehmung und die kognitiven Prozesse der Frauen in Bezug auf postpartale PFDs ist sowie ihr hilfesuchendes Verhalten bzw. die Hindernisse zu untersuchen. TN waren Frauen (Erst- und Mehrgebärende, n = 26), welche im Zeitraum von einem Monat bis zu einem Jahr zuvor vaginal geboren hatten. Die Rekrutierung fand so lange statt, bis eine Datensättigung erreicht war. Keine der rekrutierten TN schied vorzeitig aus (Drop-out-Rate = 0).

Die TN wurden mit halbstrukturierten Interviews persönlich befragt. Demographische und geburtsspezifische Daten wurden im Voraus mit einem kurzen Fragebogen erfasst.

Es wird weitgehend detailliert beschrieben, wie TN rekrutiert wurden, deren Eigenschaften, das Setting, das methodische Vorgehen der Datenerhebung und deren Analyse. Auch werden unterstützende Zitate angeführt, Begriffe definiert, die Autor*innen erhielten keine finanziellen Fördermittel und Interessenskonflikte werden verneint. Dennoch weist die Studie einige Schwächen auf. Die Ergebnisse sind nur bedingt auf die Gesamtpopulation übertragbar, da die Teilnahme freiwillig war und lediglich 2 von 26 Frauen keine Niederländerinnen waren, was damit zusammenhing, dass Frauen, welche nicht niederländisch sprachen, ausgeschlossen

wurden. Außerdem bleibt es unklar, inwieweit sich die TN wirklich trauten, über die bislang sehr tabuisierten Themen, wie UI oder FI [81], zu sprechen. Außerdem unterliegen die Ergebnisse der subjektiven Sichtweise und Vorannahmen der Autor*innen, obwohl dieser Faktor bestmöglich versucht wurde, durch die Beteiligung von drei kodierenden Personen einzudämmen. All diese genannten Einschränkungen wurden bereits als Limitierung von den Autor*innen angeführt. Des Weiteren fehlen Angaben darüber, wo und wie lange die Interviews stattfanden, ob Wiederholungsinterviews durchgeführt wurden, eine Beschreibung des Kodierbaums und ob die Transkripte den TN zurückgegeben wurden. Die Berichterstattung erfüllt 73,33 % der COREQ-Kriterien (22 von 30 Punkten) und kann damit insgesamt als moderat eingeschätzt werden. Die ausführliche COREQ-Checkliste ist in Anhang 2 zu finden.

Ergebnisse:

Alle von Buurman et al. (2013) befragten Frauen litten unter verschiedenen PFDs (BB-Schmerzen, UI, Senkungen, Hämorrhoiden, Analfissuren, Verstopfung, Dyspareunie), worauf sie ap. nicht vorbereitet wurden. Von ihnen wussten mindestens 18/26 TN zuvor nicht, was die PFM ist, welche Funktion sie hat und welche PFDs auftreten können. Dass die BB-Probleme pp. so schwerwiegend sein würden, hatten die Frauen nicht erwartet. Sie (≥ 18/26) hofften, dass sich ihre Probleme von selbst bessern würden. Fast alle Befragten suchten sich Rat aus ihrem Umfeld. Die Frauen (7-13/26) schämten sich für ihre Inkontinenz und sprachen darüber gewöhnlich nur mit engen Vertrauten (Freundinnen, die selbst entbunden hatten, weiblichen Verwandten). Diese vermittelten den Frauen, dass die Probleme eine unvermeidliche Folge der vaginalen Entbindung seien und dass es keine wirklichen Behandlungsmöglichkeiten gäbe. So gaben 7-13 der 26 TN an, dass sie glaubten, ihre PFDs wären eine unumgängliche Folge der Geburt, die kein Grund dafür wäre, sich medizinische Hilfe zu suchen. Die Frauen äußerten, sowohl vor, als auch nach der Geburt, dringenden Bedarf an professionellen Informationen über ihre BB-Probleme (≥ 18/26 TN), schämten sich aber, außerhalb ihres engsten Kreises darüber zu sprechen. 4-7/26 TN nannten Scham als Grund dafür keine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie waren der Meinung, dass das direkte Fragen nach PFDs durch das medizinische Personal ihnen helfen würde, da es das Sprechen über dieses Thema legitimieren würde. Trotz aller Gelegenheiten während der Schwangerschaftsvorsorge sprechen Hebammen und Gynäkolog*innen nur selten über Probleme mit dem BB. Sie erwähnen zwar manchmal UI, geben aber keine Informationen zu anderen Problemen, die auftreten können, oder deren Ursache. Frauen wissen oft nicht, welche Probleme durch die Entbindung verursacht werden können,

und weisen darauf hin, dass sie nicht oder kaum über mögliche entbindungsbedingte PFDs aufgeklärt wurden. Die meisten TN (≥ 18/26) wären jedoch gerne auf potenzielle PFDs vorbereitet worden und wollten wissen, wann medizinische Hilfe indiziert ist. Fast alle Befragten gaben an, dass PFMT die Symptome bessern könnte, doch die meisten (≥ 18/26) wussten nicht, welche Übungen das wären oder wie man sie durchführt [10].

3.2.3 Gondim et al. (2021): *Women know about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice*

Gondim et al. (2021) untersuchten mithilfe einer quantitativen, fragebogenbasierten Querschnittsstudie, was Frauen zum Zeitpunkt kurz nach der Geburt (12-72h pp.) über eine Vorbereitung der PFM auf die Geburt wussten, ihre Einstellung dazu und ihr Verhalten sowie die damit verbundenen Faktoren. Insgesamt wurde eine Population von 326 TN (n = 326) untersucht, welche aus Erst- und Mehrgebärenden bestand, die unterschiedlichen Alters waren und sich auf der Entbindungsstation befanden. Eine explizite Drop-out-Rate wird nicht angegeben, lediglich, dass die angestrebte Stichprobengröße von 324 TN eingehalten (und übertroffen) wurde.

Das Studiendesign, inklusive Setting, Rekrutierung und Eigenschaften der TN, und die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung und -analyse werden weitestgehend detailliert beschrieben. Positiv hervorzuheben ist die relativ große Stichprobe von 326 TN (verglichen mit den anderen inkludierten Studien dieser Arbeit) und ein Kollektiv, das zumindest 80 % der brasilianischen Bevölkerung (da 80 % der Geburten dort in vergleichbaren Kliniken stattfinden) repräsentiert. Mögliche Verzerrungen oder Limitationen wurden angemessen reflektiert. Da die Studie nicht an schwangeren, sondern an postpartalen Frauen durchgeführt wurde, ist ein Memory-Bias (Erinnerungsfehler) denkbar. Die ausschließliche Rekrutierung der TN aus einem öffentlichen Krankenhaus könnte dazu führen, dass Frauen mit höherem Einkommen (welche hauptsächlich in Privatkliniken entbinden) und einem besseren Wissensstand über PFM und PFD eher unterrepräsentiert sind in der Stichprobe. Aufgrund der geringen Anzahl der TN (4%), die PFMT ausführten, war die geplante Analyse des Zusammenhangs zwischen Übungen und Geburtsverletzungen nicht möglich. Dagegen nicht angeführt von den Autor*innen wurden die folgenden unerwünschten Kriterien: Die Finanzierung der Studie wird nicht offengelegt und es gibt keine Angaben, wie bereits erwähnt, zu Nicht-Teilnahmen oder zur Rücklaufquote. Die Beurteilung der Berichtsqualität anhand er AXIS-Kriterien ergab 72,5 % der maximal

erreichbaren Punktzahl (14,5 von 20 Punkten), weshalb von einer moderaten Qualität ausgegangen werden kann [78]. Die detaillierte Bewertung befindet sich im Anhang 3.

Ergebnisse:

Folgende Ergebnisse lassen sich aus der Querschnittsstudie von Gondim et al. (2021) ableiten: Lediglich 2,5 % der 326 TN wiesen einen guten, 51,2 % einen schlechten und 46,3 % einen durchschnittlichen Wissensstand hinsichtlich PFM, deren Funktion, PFDs und deren Prävention auf. 86,2 % der Frauen hatten zwar bereits von möglichen Dammverletzungen bei einer vaginalen Geburt gehört, doch wusste die überwiegende Mehrheit nichts über die Funktionen der PFM oder darüber, wie man Dammverletzungen vorbeugen kann. Die Absicht/Bereitschaft/positive Einstellung dazu, sich über Möglichkeiten zur Vorbeugung von Perinealtraumen zu informieren, gaben 4,3 % der TN an. Aber nur 1,2 % von ihnen baten während der ScS um Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal (eine bat ihre Geburtsvorbereiter*in, eine bat eine Krankenschwester/Hebamme und zwei baten eine Physiotherapeut*in). Als die TN jedoch zu ihrer Einstellung befragt wurden, wenn sie während der ScS Informationen zur Vorbereitung der PFM erhalten hätten, gaben 71,2 % an, dass sie ihre PFM und ihr Perineum vorbereitet hätten, wenn sie professionelle Anleitung erhalten hätten. Nur 4,0 % der TN gaben an, dass sie während der ScS mindestens eine Sitzung zur Vorbereitung der PFM durchgeführt hatten (PFMT, Dammmassage usw.). Die multivariate Analyse zeigte, dass ein niedrigerer Bildungsgrad und ein geringes Einkommen mit mangelndem Wissen assoziiert ware. Ein geringes mütterliches Alter war signifikant öfter mit einem geringen Wissen und mit einer negativen Einstellung hinsichtlich der Suche nach Informationen zur Vorbeugung von Perinealverletzungen assoziiert [79].

3.2.4 Gutiérrez et al. (2019): *Lack of care? Women's experiences of maternity bladder management*

Gutiérrez et al. führten im Jahr 2019 anhand von halbstrukturierten Tiefeninterviews eine explorative, deskriptive Studie durch. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen von Frauen hinsichtlich der Blasenpflege und -versorgung vor, während und nach der Geburt zu untersuchen. Nachdem die ursprüngliche Rekrutierungsstrategie nicht erfolgreich war, wurde diese modifiziert und ergab eine Stichprobe von neun Frauen (n = 9). Eine Drop-out-Rate wurde nicht berichtet. Befragt wurden Erst- und Zweitgebärende, welche zwischen zwei Wochen und sechs Monaten zuvor durch unterschiedliche Geburtsmodi geboren hatten. Es wurden Fragen zu Blasen-/Kontinenz-Veränderungen im Rahmen der ScS und Geburt gestellt, die Sicht auf die

Betreuung der Blasengesundheit, die Sicht auf PFMT, das Wissen darüber und die Kommunikation über PFMT während der Betreuung.

Das Forschungsteam und dessen Reflexivität, die Studiengestaltung, die Datenerfassung und deren Analyse, sowie die Ergebnisse werden weitestgehend transparent beschrieben. Die Finanzierung fand im Rahmen eines Stipendiums statt und Interessenskonflikte wurden von den Autor*innen verneint. Jedoch weist die Berichterstattung einige Schwächen auf. Die Autor*innen merkten die folgenden Limitationen ihrer Studie an: Die Stichprobe ist nur bedingt auf die Grundgesamtheit übertragbar, da kulturelle und ethnische Minderheiten nicht angemessen repräsentiert sind. Außerdem kann eine Erinnerungsverzerrung nicht ausgeschlossen werden, da die Geburt der TN zum Zeitpunkt des Interviews teils bis zu sechs Wochen zurücklag, sowie eine Verzerrung aufgrund bestimmter Rollenerwartungen nicht ausgeschlossen werden kann. Weitere, nicht aufgeführte Limitationen sind, dass es unklar bleibt, ob rekrutierte TN die Teilnahme ablehnten (Drop-out) und ob weitere Personen bei den Interviews anwesend waren. Außerdem gibt es keine Angaben, ob die Datensättigung berücksichtigt wurde, ob eine Software zur Datenanalyse verwendet wurde und ob die TN die Transkripte korrigierten oder Feedback zu den Ergebnissen gaben. Die Aussagekraft der Studie wird außerdem limitiert durch die sehr kleine Stichprobe von neun TN. Des Weiteren geht aus der Berichterstattung an vielen Stellen nicht hervor, wie viele der befragten Frauen eine bestimmte Ansicht teilten, sondern es wird lediglich von z. B. „die Frauen glaubten…“ gesprochen. Die Qualität der Berichterstattung wurde anhand der COREQ-Kriterien beurteilt. Insgesamt kann die Qualität mit 74,19 % (23 von 31 Punkten) der maximal erreichbaren Punktzahl als moderat eingestuft werden. Die ausführliche Beurteilung der Berichtsqualität findet sich in Anhang 4.

Ergebnisse:

Gutiérrez et al. (2019) kamen zu folgenden Schlüssen: Die befragten Frauen berichteten, dass sie nur in sehr begrenztem Umfang eine Blasenversorgung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erhalten hatten, obwohl insgesamt von den neun befragten TN fünf pp. und zwei während der ScS ein gewisses Maß an Inkontinenz erlebt hatten. Die TN fühlten sich hierauf nicht vorbereitet. Sie werteten die UI jedoch eher als Begleiterscheinung der Geburt, weniger als Krankheit, und sahen UI nicht unbedingt als Grund, ihre PFM zu trainieren. Andere wiederum hielten es für nötig, ihre PFM zu trainieren, taten es jedoch nicht, da andere Dinge von höherer Priorität schienen. Ob die Frauen sich über ihre UI Sorgen machten oder es „einfach hinnahmen“, hing auch maßgeblich von der Einstellung ihres Umfelds ab. Auch führte die

starke Priorisierung der TN auf ihr Neugeborenes und auf ihre sonstigen Verpflichtungen sowie auch der Fokus des Fachpersonals auf das Neugeborene dazu, dass die Frauen, trotz UI, ihrer BB-Gesundheit keine Wichtigkeit einräumten. Die Frauen hatten außerdem das Gefühl, dass die Blasengesundheit rund um die Geburt durch die HCPs im Vergleich zu anderen Themen der VS, als unbedeutend angesehen wurde. Dieses Gefühl der Bedeutungslosigkeit der Probleme, sowie das Schamgefühl hielt die Frauen davon ab, das Fachpersonal auf ihre Probleme anzusprechen. Auch, dass die TN bei der Abschlussuntersuchung 6 Wochen pp. nicht direkt und gezielt auf mögliche Blasenprobleme angesprochen wurden, bemängelten die Frauen. Zusätzlich führte ein mangelndes Verständnis gegenüber der mehrdeutigen Ausdrucksweise der HCPs zu Unsicherheit und Missverständnissen. Obwohl die Frauen ein gewisses Maß an Anpassung in der Zeit nach der Geburt hatten, hatten sie das Gefühl, dass die mangelnde Vorbereitung auf Veränderungen der Blase ihre Fähigkeit, die Erfahrung zu verarbeiten, erheblich beeinträchtigte. Die TN waren der Meinung, dass ihnen vorherige Information über mögliche postpartale UI lieber gewesen wären, anstatt sich in einer verletzlichen Zeit nach der Geburt mit unvorhergesehenen Problemen auseinandersetzen zu müssen. TN waren besorgt darüber, dass die Blasenprobleme und PFMT nicht ausführlich besprochen wurden. Aber es wurden diesbezüglich auch Bedenken über mögliche dadurch aufkommende Ängste geäußert. Der Mangel an professionellen Informationen und Beratung durch HCPs schien die TN durch Mütterforen und Facebook-Gruppen im Internet auszugleichen. Auch Yoga-, Pilateskurse und ScS-Ratgeber wurden als Informationsquelle genannt. Obwohl die TN die Informationen, die sie während ihrer ScS zur Blasenpflege erhalten hatten, als unzureichend einstuften, schienen sie allgemein recht zufrieden mit dem Umfang der erhaltenen Informationen hinsichtlich gesundheitlicher Beschwerden [80].

3.2.5 Hyakutake et al. (2017): *Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The PREPARED Randomized Controlled Trial*

Bei der Studie von Hyakutake et al. aus dem Jahr 2017 handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie. Diese untersucht die Auswirkungen eines einmaligen zweistündigen Workshops zur BB-Gesundheit unter schwangeren Erstgebärenden (Interventionsgruppe: n = 50, davon n = 13 Drop-out- bzw. Follow-up-Verluste) verglichen mit jenen, die ausschließlich die routinemäßige Schwangerenvorsorge erhielten (Kontrollgruppe: n = 50, davon n = 13 Follow-up-Verluste) [51]. Der Workshop beinhaltete schwangerschaftsbedingte PFDs, die Auswirkungen verschiedener Geburtsmodi auf den BB sowie vorbeugende und therapeutische

Maßnahmen zur Förderung der BB-Gesundheit [52]. Untersucht wurde jeweils das Wissen von schwangeren Erstgebärenden über postpartale BB-Gesundheit und PFMT, die Durchführung von PFMT, PFD-Symptome, deren Auswirkung auf die Lebensqualität, den Geburtsmodus und die Zufriedenheit mit der Geburt. Die erste Datenerhebung via Fragebögen fand zum Zeitpunkt der Rekrutierung während der ScS statt, die zweite sechs Wochen pp.

Der wissenschaftliche Hintergrund, das Studiendesign (1:1-Randomisierung, parallelgruppig), die TN (inkl. Merkmale, Drop-out-Rate, Follow-up-Verluste, Rekrutierung), die Stichprobe, die Randomisierung, die Intervention, die Endpunkte, die Messinstrumente und die Datenanalyse wurden transparent beschrieben. Mögliche Schäden der Intervention wären anhand der Zufriedenheit der TN und dem Einfluss auf den Geburtsmodus erkennbar gewesen, mögliche weitere wurden jedoch nicht definiert. Eine Involvierung der Patientinnen/Öffentlichkeit fand nicht statt. Es fand eine Interpretation und Limitation der Ergebnisse statt. Auch die Studienfinanzierung wurde offengelegt und mögliche Interessenkonflikte verneint. Dennoch weist dieses RCT verschiedene methodische Schwächen auf. Diese liegen zum einen darin, dass für die Überprüfung des Wissens hinsichtlich der BB-Gesundheit für Schwangere keine validierten Fragebögen vorhanden sind. Die verwendeten Fragebögen waren für urogynäkologische Patientinnen mit bereits bestehenden PFDs konzipiert und erfassten keine analen Symptome, obwohl dies im geburtshilflichen Setting relevant wäre. Zum anderen stellt die fehlende Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung eine Limitation dar. 96 % der TN hatten einen höheren Bildungsabschluss und unterschiedliche ethnische und kulturelle Hintergründe waren nur bedingt vertreten, was nicht die Allgemeinbevölkerung repräsentiert, sondern einen untypisch hohen Wissensstand über die BB-Gesundheit suggerieren könnte [82, 83]. Außerdem wurde der Wissensstand der TN hinsichtlich BB-Gesundheit zu Beginn der Studie nicht getestet, um die TN der Kontrollgruppe davon abzuhalten, zusätzlich Informationen darüber zu suchen. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein, da der Effekt der Intervention so nur eingeschränkt beurteilt werden kann. Auch könnten die TN der Kontrollgruppe während der Studie neue PFD-Symptome entwickelt haben, was sie ebenso zu einer Suche nach Informationen veranlasst haben könnte. Diese Schwächen des RCTs wurden auch von den Autor*innen bereits als Limitationen angeführt [51]. Des Weiteren liegt keine genaue Beschreibung der Intervention (Workshop) und keine genaue Angabe zur Qualifikation der Ärzt*in, welche die Intervention durchführte, vor, was die Replizierbarkeit verhindert. Der fehlende Zugang zu den vollständigen Analysedaten und die fehlende Nennung des Studienregisters schmälert

außerdem die Transparenz. Bei der qualitativen Bewertung der Berichterstattung des RCTs von Hyakutake et al. (2017) anhand der CONSORT-Checkliste wurden von den insgesamt 38 zu erreichenden Punkten 30 erreicht. Dies sind 78,95 % der Gesamtpunktzahl, womit die Qualität insgesamt als moderat eingeschätzt werden kann. Die vollständige Beurteilung des RCTs anhand der CONSORT-Checkliste ist in Anhang 5 zu finden.

Ergebnisse:

Hyakutake et al. (2017) kamen zu folgenden Ergebnissen: In der Interventionsgruppe zeigten die TN im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant mehr Wissen über BB-Gesundheit (mean score 31.2/39 vs. 29.3/39, P = 0.02, 95% CI 0.3, 3.6), welches auch nach Bereinigung des Bildungsniveaus signifikant blieb (P=0.038). Außerdem zeigten sie ein ausgeprägteres Selbstvertrauen bei der Durchführung von PFMT (mean confidence score 4.0 vs. 3.3, P=0.004; 95% CI for the difference: 0.2,1.1), einen höheren Anteil an Frauen, die täglich PFMT ausführten 58,3% vs. 22,9%) und eine verbesserte darmbezogene Lebensqualität. Der Anteil derjenigen, die im PFME-Fragebogen richtige Antworten gaben, war in der Interventionsgruppe ebenfalls höher; der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Lediglich 23 % aller Frauen wurden von ihrer betreuenden Gynäkolog*in über PFMT aufgeklärt. 76 % der TN in der Interventionsgruppe und 73% der TN der Kontrollgruppe hatten Informationen zu PFMT aus anderen Quellen erhalten. Es gab zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede in den PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-Short Form 20) und PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-Short Form 7)-Scores, welche die Auswirkung von PFD-Symptomen auf die Lebensqualität abbilden. Lediglich die anale Symptomatik schien sich in der Interventionsgruppe weniger auf die Lebensqualität auszuwirken (CRAIQ-7 (Colorectal-Anal Impact Questionnaire): Wilcoxon P=0.046; OR for having no symptoms = 4.08 [95 % CI: 1.00, 16.63; P=0.049]). Hinsichtlich Senkungs- oder UI-Beschwerden gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Intervention hatte außerdem keine signifikante Auswirkung auf den Geburtsmodus (P=0.929), die elektive Sectiorate (14,7 % in der Kontrollgruppe vs. 10,8 % in der Interventionsgruppe), Geburtsverletzungen (P= 0.772), Episiotomien (P= 0.432) oder auf die Zufriedenheit der TN mit ihrer Geburt (P= 0.474), obwohl die TN umfassend über die Risiken der vaginalen Geburt für den BB informiert wurden [51].

3.2.6 Moossdorff-S. et al. (2023): *Experiences of Peri-partum Urinary Incontinence from a Women's and Health Care Perspective: A Qualitative Study*

Moossdorff-S. et al. (2023) untersuchten anhand einer qualitativen Studie, wie Frauen peripartale UI erleben, welche Faktoren diese Erfahrungen beeinflussen, sowie die Sichtweise von HCPs auf UI während der ScS und im ersten Jahr pp. Eine gezielte Stichprobe aus 13 schwangeren bzw. postpartalen Frauen (bis max. ein Jahr pp.) unterschiedlichen Alters, unterschiedlicher Parität, unterschiedlicher Schwangerschaftswoche bzw. vergangener Zeit pp. wurden zu ihren Erfahrungen mit peripartaler UI mithilfe von halbstrukturierten Einzelinterviews befragt (n = 13). Außerdem wurden die Erfahrungen, Einstellungen gegenüber peripartaler UI und die Praxis im Umgang damit von acht HCPs (n = 8) in Form von Fokusgruppen untersucht. Die Rekrutierung der Frauen fand über Beiträge auf den Facebookseiten dreier Hebammenpraxen statt, welche die Frauen auf die Studie aufmerksam machten. Interessentinnen konnten die Forscher*innen via E-Mail kontaktieren. Die HCPs wurden persönlich oder per E-Mail zur Teilnahme eingeladen. TN wurden so lange rekrutiert, bis eine Sättigung der Daten auftrat. Eine Drop-out-Rate wurde nicht berichtet. Die Daten wurden konstant vergleichend analysiert.
Das Forschungsteam und dessen Reflexivität, die TN-Eigenschaften und -Auswahl, der theoretische Rahmen, das Setting, die Datenerfassung und deren Analyse wird weitgehend detailliert beschrieben. Die Finanzierung der Studie wird offengelegt und ein Interessenkonflikt der Autor*innen verneint. Die Autor*innen selbst merken jedoch einige Limitationen ihrer Studie an: Die Fokusgruppen repräsentieren v. a. die in der Klinik tätigen HCPs, da lediglich zwei von acht der HCPs in einer privaten Praxis oder selbstständig tätig waren. Klinisch tätige HCPs betreuen in den Niederlanden schwerpunktmäßig Frauen mit risikoreicher, komplizierter Schwangerschaft, was deren Erfahrung und Sichtweise beeinflussen könnte. Die Stichprobe der schwangeren und postpartalen Frauen ist ebenso nur bedingt auf die Grundgesamtheit übertragbar, da davon auszugehen ist, dass jene Frauen, denen es sehr schwerfällt über ihre UI zu sprechen, sich nicht für die Teilnahme an der Studie bereiterklärt haben. Auch bildet die Stichprobe nicht die tatsächliche Vielfalt in der Gesellschaft ab, samt Menschen mit nicht-westlichem Migrationshintergrund (14 % der niederländischen Bevölkerung) und Menschen mit unterschiedlicher Bildung. Bis auf eine Ausnahme hatten alle TN einen niederländischen kulturellen Hintergrund und größtenteils einen hohen Bildungsstand. Somit scheinen die Ergebnisse dieser Studie lediglich Aussagen über eine ähnliche Population zuzulassen. Weitere, nicht angeführte Limitationen sind die teils nicht genauer definierten Angaben, wie z. B. „die meisten Frauen" oder „einige Frauen", und der fehlende Bericht über eine mögliche Drop-out-Rate oder Follow-up-

Verluste. Bei der Beurteilung der Berichtsqualität anhand der COREQ-Kriterien wurden insgesamt 79,69 % der maximal erreichbaren Punkte erfüllt (25,5 von 32 Punkten). Insgesamt kann somit von einer moderaten (beinahe hohen) Studienqualität ausgegangen werden. Die detaillierte COREQ-Checkliste ist im Anhang 6 zu finden.

Ergebnisse:

Moossdorff-S. et al. kamen mit ihrer qualitativen Studie zu folgenden Ergebnissen: Fast alle diese Frauen gaben an, dass sie sich nicht oder nur geringfügig durch ihre UI beeinträchtigt fühlten und diese als Folge der ScS und/oder der Geburt akzeptierten. Sie waren überrascht, da ihnen nicht bewusst war, dass UI sie ap. oder pp. betreffen könnte und diese ein Problem darstellen könnte. Die meisten Schwangeren erwarteten, dass die UI nur vorübergehend wäre. Frauen scheinen ein Bedürfnis nach Informationen über die UI zu haben, aber die Mehrheit fragte ihren HCP nach Informationen. Sie beschrieben sich aber dennoch als gesprächsbereit, wenn die HCPs sie darauf ansprechen würden. Urininkontinente Frauen gaben an, verschiedene Strategien zu nutzen, um mit der UI im Alltag zurechtzukommen, wie z. B. weniger zu trinken, weniger laut zu lachen oder die Nutzung von Inkontinenzeinlagen. Zwei Frauen trainierten ihre PFM. Wohingegen die meisten TN angaben, zu wissen, dass man UI mit PFMT behandeln könnte, dies aber nicht taten. Sie nannten Zweifel an der Effektivität, fehlende Zeit aufgrund anderer, dringenderer Tätigkeiten, Kosten, Anfahrtswege und eine Abneigung gegenüber einer Palpation durch die PT. Während ein Teil der von UI betroffenen Frauen nicht zögerte, Hilfe durch HCP in Anspruch zu nehmen (wobei keine eine spezialisierte PT kontaktierte), gaben andere an, erst bei einer Verschlimmerung der Symptome oder zunehmendem Leidensdruck Hilfe suchen zu wollen. Frauen, die ihre HCPs aufgrund der UI kontaktierten, erhielten häufig den Ratschlag, erst pp. mit PFMT zu beginnen. Keiner der HCPs fragte die Frauen routinemäßig nach dem Vorliegen einer UI während der ScS, obwohl es zumindest einem Teil der HCPs bewusst war, dass die Frauen das Thema nicht von selbst ansprechen würden. Bei der Nachuntersuchung 6 Wochen pp. war die UI für die Mehrheit der Gynäkolog*innen immer noch kein Standardthema, im Gegensatz zu den Hebammen, bei denen es üblicher war, die Frauen danach zu fragen. Die Aufmerksamkeit, welche der Thematik in der Betreuung gewidmet wurde, war bei den HCPs sehr unterschiedlich. Als Gründe für eine fehlende Thematisierung nannten die HCPs Zeitmangel und eine niedrige Priorisierung. Die HCPs schlugen vor, dass es sinnvoll wäre, wenn die Frauen durch Informationen, wie z. B. Plakate oder Broschüren, informiert würden, ein regulärer Termin, während der ScS zum Thema Blasenschwäche mit

einer spezialisierten Hebamme vorgesehen sein sollte und eine Standardfrage zu Inkontinenz in der elektronischen Patientenakte für die Betreuung hilfreich wäre. Auch von einer positiven Zusammenarbeit zwischen einer spezialisierten PT und einer Hebamme wurde durch eine Hebamme berichtet. Das Vorgehen der HCPs, wenn Frauen mit UI zu ihnen kamen, unterschied sich stark. Während manche die Frauen zu Allgemeinmediziner*innen, Urogynäkolog*innen oder spezialisierten PT überwiesen, rieten andere den Frauen dazu, bis nach der Geburt abzuwarten. Es gab viele Unklarheiten unter den HCPs darüber, was die Kriterien dazu wären, eine Frau an eine spezialisierte PT zu überweisen, wie diese zu finden sind und ob die spezialisierte PT überhaupt wirksam ist [34].

3.2.7 Wagg et al. (2017): *Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study*

Wagg et al. (2017) untersuchten anhand einer qualitativen Studie, welche Erfahrungen, Überzeugungen und welches Wissen Frauen bezüglich postpartaler UI haben und wie diese Thematik von HCPs wahrgenommen wird. Es wurde eine Stichprobe von 15 Frauen (n = 15), die in den letzten 12 Wochen geboren hatten, mithilfe von halbstrukturierten Leitfadeninterviews befragt. Außerdem wurden sie vor dem Interview mithilfe des FUS-Scores (female urinary symptom score), einem validierten Fragebogen zur Bewertung von UI bei Frauen und den Einfluss auf die Lebensqualität, in verschiedene Kategorien eingeteilt. Die Rekrutierung der Frauen war zunächst nur wenig erfolgreich (2 von 30), nach einer Modifikation der Strategie konnten aber 15 Frauen eingeschlossen werden. Über eine Drop-out-Rate oder Follow-up-Verluste wird nicht berichtet. Außerdem wurde die Wahrnehmung von zehn HCPs (n = 10) unterschiedlicher Profession in Form von multidisziplinären Fokusgruppen untersucht, ausgenommen von einem HCP, welcher im Einzelinterview befragt wurde. Unter den HCPs gab es keine TN, die vorzeitig ausschieden. Zusätzlich wurden zwei Beobachtungssitzungen durchgeführt, eine in einer Geburtsvorbereitungsklinik und eine in einer Müttergruppe für Frauen pp. Die Daten wurden anhand der Grounded Theory analysiert [33]. Diese ist ein analytischer Ansatz für qualitative Daten, bei dem durch einen induktiven Prozess theoretische Erkenntnisse generiert werden. Datenerhebung und Analyse finden parallel statt, so lange, bis eine Datensättigung eintritt [84].

Das Forschungsteam, die TN, die Studiengestaltung, sowie die Datenanalyse und Berichterstattung wurden weitgehend sehr detailliert und transparent beschrieben. Den TN wurde die Möglichkeit, das Interview, wenn nötig, abzubrechen, angeboten. Ob es Frauen gab, die dies

taten, wird nicht berichtet. Auch die Finanzierung der Studie wurde offengelegt und Interessenkonflikte aufgrund der Finanzierung verneint. Die Autorinnen selbst merkten einige Limitationen ihrer Studie an: Aufgrund ihres Berufs wurde die Forscherin teils von den Frauen um Rat gefragt, was einen Konflikt hervorrief. Des Weiteren können die Ergebnisse nur bedingt auf die Grundgesamtheit übertragen werden, da sich keine Teenager-Mütter und nur eine Frau einer ethnischen Minderheiten bereiterklärten, an der Studie teilzunehmen. Weitere Limitationen, die im Rahmen der Beurteilung der Berichtsqualität deutlich geworden sind, sind die fehlende Information, ob die Forscherin die teilnehmenden Frauen bereits zuvor kannte, ob im Verlauf der Rekrutierung oder der Interviews Frauen ausgeschieden sind und ob die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben haben [33]. Zur Bewertung der Studie von Wagg et al. (2017), welche sowohl Interviews und Fokusgruppen, als auch Beobachtungen miteinbezieht, wurden die COREQ-Kriterien ausgewählt. Obwohl diese zwar vorrangig für Studien, die ausschließlich auf Interviews und Fokusgruppen basieren entwickelt wurden (und nicht für Beobachtungsstudien) [75], erschien dieses Instrument hier dennoch als am besten geeignet. Anhand der Bewertung der Studie mithilfe der COREQ-Checkliste kann aufgrund 88,71 % (27,5 von 31 Punkten) der maximal erreichbaren Punktzahl trotz der genannten Schwächen, auf eine hohe Berichtsqualität geschlossen werden. Die zugehörige COREQ-Checkliste befindet sich im Anhang 7.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse von Wagg et al. (2017) zeigten, dass zeitweise mangelnde Kommunikation, fehlende klare Aufklärung und die Macht der Erzählungen von Angehörigen, welche die Symptome herunterspielten, Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe darstellten, Frauen entmündigten und ein Klima der Normalisierung schufen. Die Frauen waren zwar gesprächsbereit, zogen es jedoch vor, dass HCPs das Gespräch initiierten, und nannten teils auch die Angst vor einer Untersuchung als Grund die Thematik nicht anzusprechen. Auch schien ein nicht geeignetes Umfeld im Kontext der Betreuung durch die HCPs, Scham, Unsicherheit über die Einordnung der eigenen Symptomatik und Relativieren von eigenen Symptomen der Grund dafür zu sein, dass die Frauen das Thema nicht ansprachen. Dennoch zeigten die Frauen durchaus ein Bedürfnis, nach Aufklärung zu haben, zogen aber vor, mit ihrem Umfeld, anstatt mit HCPs, darüber zu sprechen. Die Fachkräfte schienen oft davon auszugehen, dass die Frauen keine UI-Symptome hätten, da sie diese ja sonst angesprochen hätten, und es fehlte an einem Bewusstsein für das Informationsbedürfnis der Frauen. Wenn HCPs Frauen auf ihre (In-

)Kontinenz ansprachen, wurde das von den Frauen oft missverstanden. TN, denen PFMT empfohlen wurde, waren sich oft nicht sicher, welchen Zweck und welche Bedeutung diese Übungen hatten oder wie sie korrekt ausgeführt wurden. Dies führte zu einem Gefühl von Hilflosigkeit, einem Aufgeben des PFMTs oder einer falschen Durchführung. Ein Teil der Frauen schien es für nötig zu halten, PFMT zu betreiben, denn sie äußerten ein schlechtes Gewissen, wenn sie es nicht taten. Frauen mit UI, die selbst Hilfe suchten, taten dies meist erst einige Jahre nach der Geburt. Darüber hinaus waren die HCPs besorgt über Zeitmangel und unsicher hinsichtlich der Wirkung von PFMT, da einige Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass eine erzielte Verbesserung möglicherweise nicht langfristig anhält. Ebenso wurden Wissenslücken (z. B. die Abgrenzung von Physiologie und Pathologie), Zweifel an der eigenen Aufklärungskompetenz und Unsicherheiten im Management der Weiterleitung symptomatischer Frauen, inklusive entsprechender Zuständigkeiten, als Hindernisse genannt. Das Wissen, dass PFMT wichtig ist, war bei allen HCPs vorhanden, jedoch nicht das Wissen über dessen korrekte Ausführung. Spezielle Kontinenzpflegerinnen waren sehr daran interessiert, die Frauen und auch HCPs aufzuklären, wurden aber nur selten kontaktiert. Außerdem bemängelten sie, dass den Frauen ausgehändigtes Informationsmaterial oft veraltet war und ignoriert wurde. Hebammen berichteten, das Thema UI zwar pp. in ihrer Betreuung zu besprechen, während der ScS aber kaum Zeit dafür zu finden [33].

4. Diskussion

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und im Kontext des aktuellen Forschungsstands diskutiert. Außerdem werden die methodischen und inhaltlichen Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt, weiterer Forschungsbedarf identifiziert sowie Implikationen für die Hebammenarbeit abgeleitet.

4.1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Im Folgenden werden die zuvor dargestellten Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet und im Spiegel der Literatur diskutiert.

4.1.1 Peripartale BB-Veränderungen und die bisherige Aufklärungssituation aus Sicht der Frauen

Sowohl der Wissensstand über den BB, peripartale BB-Veränderungen und PFDs von Schwangeren, als auch von Frauen nach der Geburt schien bei den meisten Frauen gering zu sein [10, 35, 79], was sich auch mit den Ergebnissen verschiedener anderer Studien deckt [5, 85, 86]. Insbesondere sehr junge Frauen oder jene mit niedrigem Bildungsabschluss wiesen ein

besonders geringes Wissen auf [79]. Frauen, die einen GVK besucht hatten, hatten etwas mehr Wissen [35]. Wogegen in der Studie von O'Neill et al. (2017) der Besuch eines GVKes nicht zu einer signifikanten Verbesserung des Wissens der Frauen führte [7]. Die Ansicht, dass PFDs eine unvermeidbare Folge von ScS und Geburt sind, war unter den Frauen weit verbreitet [10, 34, 35, 80]. Ebenso zeigten auch Neels et al. (2016 b), die Frauen in der ScS und kurz nach der Geburt befragten, dass ein hoher Anteil der Frauen (73-80 %) beispielsweise UI als normale Folge der ScS bzw. Geburt sieht und die meisten Frauen (83-91 %) der Meinung waren, es sei normal, dass die PFM pp. nicht mehr so stark ist, wie vor der ScS [86]. Auch gingen die meisten Schwangeren und Frauen nach der Geburt davon aus, dass sich eine UI von selbst bessern würde [10, 34] und die Frauen sahen oft keine Notwendigkeit, sich Hilfe zu suchen [10]. Nur für manche Frauen waren PFDs ein Grund, ihre PFM zu trainieren [80].

Dass die BB-Probleme pp. so schwer ausfallen würden, überraschte die Frauen [10, 80]. Manche waren sogar schockiert über das Ausmaß der Schmerzen im Genitalbereich und über PFDs, wie UI, auf die sie ap. nicht durch ihre Gynäkolog*innen und Hebammen vorbereitet wurden [10]. Auch in der Studie von Neels et al. (2016 b) ging nur ein Teil der Frauen (47%) davon aus, dass Schmerzen im Genitalbereich/BB eine Konsequenz von ScS und Geburt sein können. Mit einer UI als zu erwartende Folge von ScS und Geburt rechnete dagegen ein hoher Teil der Frauen (73-80 %) [86]. Die Tatsache, dass peripartale PDFs, wie UI, überhaupt ein gesundheitliches Problem darstellen, war vielen Frauen nicht bewusst [34]. Auch gaben Frauen an, dass die mangelnde Vorbereitung auf die Erfahrung der peripartalen Blasenveränderungen ihre Fähigkeit, diese zu verarbeiten, erheblich beeinträchtigte [80]. Frauen hatten das Gefühl, dass die HCPs die peripartale Blasengesundheit im Vergleich zu anderen Themen der Schwangerenvorsorge als unbedeutend ansahen [80], was sich mit den Ergebnissen anderer Studien deckt [8, 87].

Vier der analysierten Studien zeigen, dass die meisten Frauen nicht (oder kaum) routinemäßig in der ScS über mögliche peripartale BB-Veränderungen, wie beispielsweise UI, aufgeklärt werden [10, 34, 35, 80]. Trotz eines hohen Anteils an bereits harninkontinenten Frauen, wurde die Blasengesundheit nur sehr begrenzt in der Schwangerenvorsorge thematisiert [80]. Auch die befragten HCPs bestätigten diese Erfahrungen der Frauen, da sie auch angaben, dieses Thema nicht standardmäßig prä- oder postpartal mit den Frauen zu besprechen, außer mit jenen, die ein erhöhtes Risiko für PFDs aufwiesen, oder jenen, die explizit danach fragten [10, 35]. Ebenso gaben alle von Moossdorff-S. et al. (2013) befragten HCPs an, die Frauen nicht routinemäßig

nach UI in der ScS zu fragen. Obwohl ihnen (zumindest teils) bewusst war, dass die Frauen das Thema nicht selbst ansprechen würden [34]. Die genannten Erfahrungen werden von den Ergebnissen von Neels et al. (2016 b) gestützt, denn auch hier gaben lediglich 28 % der Frauen, die mit ihrem ersten Kind schwanger waren (2. Hälfte der ScS) oder gerade ihr erstes Kind geboren hatten, an, jemals zuvor Informationen zu PFDs erhalten zu haben [86]. Wenn den Frauen Informationsmaterial über BB-Gesundheit ausgehändigt wurde, schien dies nicht unbedingt zu einem Wissenszuwachs zu führen, denn die Frauen gaben an, dies nicht zu lesen [35].

Sowohl in der Zeit vor als auch nach der Geburt äußerten die Frauen Bedenken hinsichtlich der mangelnden Informationen zur Blasengesundheit und fühlten sich unzureichend informiert, obwohl sie mit dem sonstigen Umfang an Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden zufrieden waren [80]. Ebenso gaben auch 75 % der von Neels et al. (2016 b) befragten Frauen an, dass sie sich während der Peripartalzeit unzureichend über mögliche PFDs informiert fühlten bzw. sich mehr Informationen wünschten/gewünscht hätten [86]. Die Frauen schienen die fehlende Aufklärung durch HCPs über Informationen durch ihr Umfeld [10, 33, 34, 80], das Internet [33, 34, 80], durch Sportkurse [80] etc. auszugleichen. Jedoch führte das bei den Frauen häufig zu Verwirrung aufgrund widersprüchlicher Informationen [34].

Wenn HCPs die Frauen doch auf mögliche PFDs prä- oder postpartal ansprachen, bedienten sie sich häufig einer mehrdeutigen und missverständlichen Sprache, welche die Frauen verunsicherte. Dies führte dazu, dass diese meist nicht um Klarstellung baten, obwohl sie die Fragen oder Informationen der HCPs nicht verstanden (Guiterrez, Wagg). Des Weiteren schienen die Ratschläge, die Frauen von HCPs aufgrund ihrer antepartalen UI erhielten, sehr unterschiedlich zu sein. Die Aussagen der HCPs bestätigten dies. Während mache die Frauen zu Allgemeinmediziner*innen, Urogynäkolog*innen oder spezialisierten PT überwiesen, rieten andere den Frauen häufig, erst pp. mit PFMT zu beginnen [34].

Aufgrund dessen, dass die Frauen in der prä- und postpartalen Betreuung meist nicht auf PFDs bzw. ihre Blasengesundheit angesprochen wurden, ordneten sie ihre Symptomatiken als eine normale Begleiterscheinung von ScS und Geburt ein. Auch maßen der Thematik eine geringe Relevanz zu [80]. Die Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe bei PFDs bzw. bei der Bitte um Informationen schienen vielfältig zu sein. Als Gründe nannten die Frauen Scham [10, 80], Angst vor Untersuchungen [33, 34], die Befürchtung, Übungen machen zu müssen [33], eine unangemessene Atmosphäre für das Gespräch mit den HCPs [33], Unsicherheit bei der

Einordnung der eigenen Symptome [33] und eine Normalisierung von Inkontinenz aufgrund von Aussagen aus dem Umfeld [10, 33, 80] oder auch durch HCPs, welche Symptome herunterspielten (vermutlich mit der Absicht, die Frauen zu beruhigen), oder die Frauen nicht danach fragten [80]. Auch andere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine Tabuisierung von PFDs, ein geringes Wissen der Frauen darüber bzw. ein fehlendes Bewusstsein für die Thematik entscheidende Gründe dafür waren, dass Frauen keine Hilfe bei PFDs in Anspruch nahmen [85, 88]. Ebenso schien auch die Werbung für Inkontinenzprodukte den Frauen eine Normalisierung von Inkontinenz zu suggerieren [35]. Als weitere Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe nannten die Frauen die hohe Belastung durch andere, dringende Angelegenheiten und die Absicht, „keinen Aufstand machen zu wollen“ [33].

Hinsichtlich möglicher präventiver Maßnahmen zur Vorbeugung von PFDs schien die Aufklärungssituation ebenso lückenhaft. Zum Beispiel hatten die meisten Frauen zwar von Dammverletzungen im Rahmen der vaginalen Geburt gehört, jedoch wusste die Mehrheit nichts über die Funktion der PFM oder wie man Dammverletzungen vorbeugen kann [79]. In der Studie von Hyakutake et al. (2017) waren 23 % der befragten Frauen von ihrer betreuenden Gynäkolog*in über PFMT aufgeklärt worden [51]. Die von Moossdorff et al. (2013) untersuchten schwangeren und postpartalen Frauen gaben zum größten Teil an, zu wissen, dass PFMT zur Behandlung von UI geeignet ist, führten dieses aber mehrheitlich nicht durch [34]. Auch ein Großteil der Studienteilnehmerinnen (≥ 18/26) von Buurman et al. (2013) wusste, dass PFMT die Symptome von PFDs bessern kann, aber nicht, welche Übungen das wären oder deren Durchführung [10]. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, in denen zumindest einem Teil der Frauen (ca. zwei Drittel) bewusst war, dass PFMT UI reduzieren kann, doch lediglich 11 % der Frauen gaben an, ihre PFM während der ScS zu trainieren [88, 89]. Auch die von Buurman et al. (2013) genannte Unsicherheit bei der Durchführung von PFMT [10] war bei 30 % der Frauen, die ihre PFM trainierten, ebenfalls vorhanden [89]. Postpartal zeigte sich, dass Frauen zwar die Notwendigkeit sahen, ihre PFM zu trainieren, aber die Informationen, die die Frauen zu PFDs und PFMT erhielten, teils schwer verständlich waren. Dies führte zu Verwirrung, falscher Ausführung des PFMT, mangelndem Vertrauen in dessen Wirkung, einem Gefühl von Hilflosigkeit und teils dazu, dass die Frauen aufgaben [33]. Auch Zweifel an der Effektivität von PFMT, einer Abneigung gegenüber einer befürchteten Palpation durch die PT, Kosten, Anfahrtswege und die hohe Belastung durch andere, dringende Angelegenheiten wurden als Gründe dafür genannt, dass Frauen kein PFMT durchführten [34]. Da Whitford & Jones

(2011) die positive Einstellung zu PFMT und dessen Wirkung, ein Vertrauen in die eigene Fähigkeit, PFMT korrekt durchführen zu können, sowie die Erwartungen von außen als entscheidende Faktoren ermittelten, dass Frauen tatsächlich regelmäßig ihre PFM trainierten, erscheinen diese genannten Gründe nachvollziehbar [63].

4.1.2 Wunsch der Frauen nach präpartaler Aufklärung

Ein Bedürfnis nach Aufklärung über mögliche peripartale BB-Veränderungen schien bei den meisten Frauen vorhanden. Sie äußerten, sowohl vor als auch nach der Geburt, einen dringenden Bedarf an professionellen Informationen über ihre BB-Probleme [10, 34]. Auch die von Neels et al. (2016 b) befragten Frauen äußerten zu einem großen Teil (88 % der Primigravidae/Erstgebärenden und 59 % der Multigravidae/Mehrgebärenden) den Wunsch nach mehr Informationen zu möglichen PFDs [86]. Die Frauen wünschten sich, dass die HCPs die Thematik von sich aus ansprachen. Dies würde das Sprechen über das Thema legitimieren [10, 35], Verlegenheit reduzieren könnte und die Frauen ermutigen würde, Hilfe in Anspruch zu nehmen [35]. Auch lässt sich aufgrund der geäußerten Besorgnis der Frauen darüber, dass Blasenprobleme und PFMT prä- und postpartal nicht ausführlich besprochen werden, auf einen Wunsch nach diesbezüglicher vorgeburtlicher Aufklärung schließen [80]. In anderen Studien wurde der Wunsch nach Aufklärung von einigen Frauen nicht direkt geäußert. Die Frauen bezeichneten sich aber als gesprächsbereit, wenn sie von HCPs nach PFDs gefragt würden [33, 34]. In der Studie von Gondim et al. (2022) lässt sich ein Wunsch nach präpartaler Aufklärung und Anleitung zur Vorbereitung des BBs auf die Geburt ableiten. Entsprechende Informationen wären für 71,2 % der Frauen die Voraussetzung gewesen, ihre PFM auf die Geburt vorzubereiten, beispielsweise durch PFMT und Dammmassage [79]. Der BB-Workshop von Hyakutake et al. (2018) führte trotz der Aufklärung über die Auswirkungen verschiedener Geburtsmodi auf den BB nicht zu einer Veränderung der Geburtszufriedenheit [51, 52]. Aufgrund dessen lässt sich zwar kein direkter Bedarf an dieser Aufklärung ableiten, allerdings ergeben sich aber auch keine Hinweise auf eine Ablehnung oder negative Auswirkungen. Diese Annahme wird unterstützt durch das Ergebnis der deskriptiven Studie, die Hyakutake et al. (2016), die zwei Jahre zuvor zur Untersuchung der Effekte desselben BB-Workshops bereits durchführt wurde. Alle TN (Primigravidae, n = 40) empfanden den Workshop als hilfreich und 97,5% gaben an, dass sie den Workshop anderen Schwangeren empfehlen würden [52].

Der Aufklärungsbedarf über schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen wird auch durch die Suche der Frauen nach Informationen deutlich. Die Frauen hatten bei

Familie und Freunden [10, 33, 34, 80], in Büchern [33, 80], im Internet (beispielsweise in Facebook-Gruppen oder Mütterforen) [33, 34, 80], in Yoga- oder Pilateskursen [80], sowie durch das Befragen der Forscherinnen bei den hier inkludierten Studien [33] oder beim Mithören von Gesprächen anderer Mütter [34] versucht, hilfreiche Informationen zu finden. Bei den von Neels et al. (2016 b) befragten schwangeren und postpartalen Frauen gab ebenso zumindest ein Teil (25-28 %) der Frauen an, schon einmal selbst nach Informationen zu PFDs gesucht zu haben [86]. In der Studie von O'Neill et al. (2017) war das Internet die meistgenutzte Quelle für Informationen über PFDs der Frauen, gefolgt von Büchern, Verwandten, Freunden und der Hebamme [7].

Eine präpartale Aufklärung im Sinne einer Risikoabschätzung für künftige PFDs schienen die Frauen ebenfalls zu begrüßen. Bugge et al. (2022) zeigten mit ihrer Studie zur UR-CHOICE-Intervention, dass die Schwangeren (hier alle TN) über ihr individuelles PFDs-Risiko Bescheid wissen wollten. Die Frauen schätzten diese Information als wichtig ein, um informierte Entscheidungen zu treffen hinsichtlich der Prävention oder Behandlung von PFDs. Des Weiteren zogen die Frauen es vor, auf mögliche Probleme, die wahrscheinlich eintreten könnten oder unvermeidlich sind, vorbereitet zu sein [35]. Ebenso gab der Großteil der Frauen in der Studie von Buurman et al. (2013) an, dass sie retrospektiv gerne vor der Geburt auf mögliche PFDs vorbereitet worden wären und wissen wollten, wann medizinische Hilfe indiziert ist bei peripartalen PFDs. Manche Frauen zeigten sich regelrecht schockiert über das Ausmaß der Schmerzen im Genitalbereich und über PFDs, wie UI, auf die sie nicht ap. durch ihre Gynäkolog*innen und Hebammen vorbereitet worden sind [10]. Auch in der Studie von Gutiérrez et al. (2019) wird deutlich, dass den Frauen eine Vorwarnung und die Möglichkeit, sich auf mögliche PFDs einzustellen, lieber ist, als sich unerwartet postpartal damit auseinandersetzen zu müssen [80].

4.1.3 Mögliche Effekte/Auswirkungen einer präpartalen Aufklärung

Allein die Thematisierung der PFM sowie deren peripartaler Veränderungen und potenzielle PFDs durch HCPs würden die Frauen laut Bugge et al. (2022) als eine „*Legitimierung des Problems*" [35] sehen, ihre Verlegenheit reduzieren und sie ermutigen, Hilfe anzunehmen bei PFDs [35]. Auch Buurman et al. (2013) kamen zu demselben Ergebnis [10]. Eine adäquate Aufklärung über peripartale BB-Veränderungen, inklusive einer Befähigung, die PFM zu trainieren, könnte die Frauen sowohl ap., als auch pp. (trotz hoher Belastung) ermutigen, ihrer BB-Gesundheit Wichtigkeit einzuräumen, ihre PFM zu trainieren und bei Bedarf Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Annahme ist deshalb denkbar, weil Frauen aufgrund der fehlenden Thematisierung der BB-Gesundheit durch die HCPs dieser keine Wichtigkeit einräumen [80], durch fehlende Anleitung ihre PFM oft falsch oder gar nicht trainieren und häufig erst viele Jahre pp. Hilfe bei PFDs in Anspruch nehmen [33]. Außerdem waren Frauen der Meinung, dass ihnen durch eine präpartale Vorbereitung auf mögliche PFDs wie Blasenprobleme, der Umgang damit erleichtert worden wäre [35, 80].

Andererseits hielt es ein Teil der Frauen (und auch der HCPs) aber auch für möglich, durch das Sprechen über PFDs in der ScS bei diesen Ängste, Sorgen oder Verlegenheit hervorzurufen [35, 80]. Die nicht signifikant veränderte Zufriedenheit der Frauen mit ihrer Geburt nach der umfassenden Aufklärung über Risiken der Geburt für die PFM (im Rahmen des BB-Workshops) lässt vermuten, dass hierdurch zumindest keine ausgeprägten negativen Effekte hervorgerufen werden [51]. Auch bei den TN, die den Workshop zwei Jahre zuvor im Rahmen einer anderen Studie besuchten, gab es, aufgrund deren hoher Zufriedenheit mit dem Workshop, keine Hinweise auf derartige negative Auswirkungen [52]. Auch Wilson et al. (2014) gehen davon aus, dass durch eine routinemäßige präpartale Aufklärung über das individuelle Risiko von PFDs die Mehrheit der Frauen, welche keine langfristigen PFDs befürchten muss, ermutigt wird, sich auf den Geburtsvorgang einzulassen [54].

Außerdem besteht durch eine gezielte Vorbereitung der PFM und eine Sensibilisierung der Frauen für ihren BB in der ScS die Chance, deren Morbidität aufgrund von PFDs durch evidenzbasierte Maßnahmen wie z. B. angeleitetes PFMT oder Dammmassage zu senken [14, 21]. Hierfür scheinen jedoch die entsprechenden Informationen ein wesentlicher Schlüssel dafür zu sein, dass Frauen ihren BB auf die Geburt tatsächlich vorbereiten. Die von Gondim et al. (2022) untersuchten Frauen gaben nur zu einem sehr kleinen Teil (4,3 %) an, während der ScS die Absicht gehabt zu haben, sich über die Vorbeugung von Perinealtraumen zu informieren. Dagegen gaben die meisten (71,2 %) an, dass sie ihr Perineum vorbereitet hätten (z.B. durch PFMT), wenn sie entsprechende Informationen erhalten hätten [79]. Auch Whitford & Jones (2011) konnten zeigen, dass die Aufklärung der Schwangeren über die möglichen positiven Effekte von PFMT, welche eine positive Einstellung zu den Übungen erzeugen kann, ein entscheidender Faktor für dessen Durchführung darstellt [63]. Auch in dem RCT von Hyakutake et al. (2017) führte die präpartale Aufklärung in Form eines BB-Gesundheits-Workshops, welcher u. a. Wissen über BB-Gesundheit, die Durchführung von PFMT und mögliche peripartale PFDs beinhaltete, zu signifikant mehr Wissen über die BB-Gesundheit und PFMT sowie zu

mehr Frauen, die täglich PFMT ausführten, und einer verbesserten darumgezogenen Lebensqualität. Auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit, also das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, PFMT korrekt durchführen zu können, scheint eine entscheidende Voraussetzung dafür zu sind, dass Frauen während der ScS tatsächlich PFMT durchführen [63]. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Hyakutake et al. (2017), die zeigten, dass der genannte Schwangerschaftsworkshop zur BB-Gesundheit zu mehr Selbstvertrauen in der Umsetzung des PFMTs führte und gleichzeitig zu einem höheren Anteil an Frauen, die täglich ihre PFM trainierten [51]. Auch Wu et al. (2023) zeigen, dass ein hoher Wissensstand und eine positive Einstellung gegenüber PFMT (was beides in derartigen Interventionen, wie einem Workshop zur BB-Gesundheit, vermittelt werden könnte) unabhängige Prädiktoren für die Therapietreue beim PFMT sind [90]. Auch gibt es Hinweise, dass eine frühe Etablierung (vor oder während der ersten ScS) der Gewohnheit, die PFM zu trainieren, die Anzahl der Frauen, die auch in den folgenden ScS ihre PFM trainieren, erhöht [63]. Die von Bugge et al. (2022) befragten schwangeren Frauen waren der Meinung, dass durch das Wissen um das eigene Risiko für PFDs informierte Entscheidungen erleichtert werden und Frauen dazu motiviert werden, präventive Maßnahmen zu ergreifen [35]. Erkenntnisse von Whitford & Jones (2011) und Moossdorff-Steinhauser et al. (2015) zeigen allerdings, dass die wahrgenommene Anfälligkeit für eine Inkontinenz nicht mit der Absicht der Schwangeren, ihre PFM zu trainieren, in Zusammenhang steht [63, 91], was diese Annahme in Frage stellt. Dies relativiert wiederum die Befürchtung der HCPs gegenüber einer möglichen verringerten Motivation für präventive Maßnahmen bei Frauen, welche präpartal ein niedriges Risiko für künftige PFDs prognostiziert bekommen [35, 63]. Außerdem gab ein Teil der Frauen an, als präventive Strategie gegen PFDs einen Kaiserschnitt in Erwägung zu ziehen, während die meisten der befragten Frauen dies nicht taten [35]. So wurde der von vielen HCPs befürchtete Effekt, dass eine präpartale Aufklärung über mögliche PFDs zu einer steigenden, unverhältnismäßigen Kaiserschnittrate führe [35, 51], nicht bestätigt. Ebenso zeigte der BB-Workshop von Hyakutake et al. (2018 & 2016), der den Frauen umfassende Informationen über die Risiken der Geburt für den BB vermittelte, sowohl in der prospektiv deskriptiven Studie aus dem Jahr 2016 als auch das RCT aus dem Jahr 2018, keinen signifikanten Einfluss auf die Sectiorate [51, 52]. Auch Hübner et al. (2022 & 2022 b) gehen davon aus, dass durch eine Risikoaufklärung und -stratifizierung die meisten Frauen in ihrem Wunsch nach einer vaginalen Geburt bestärkt werden können, während Frauen mit entsprechender Risikokonstellation erkannt und deren Betreuung/Beratung entsprechend angepasst werden sollte [14, 23].

Zur Behandlung der Frauen, bei denen ein Verdacht auf PFDs besteht, zeigt sich eine spezialisierte Physiotherapie als wirksam [53, 92]. Diese ist assoziiert mit einer geringeren Rate an UI pp. [93], speziell auch der postpartalen SUI [20] und weniger perinealen Traumen [94]. Auch die LL *Harninkontinenz der Frau* empfiehlt sogar, präpartale Physiotherapie sollte allen Schwangeren angeboten werden [30]. Doch sowohl unter den HCPs, als auch unter den Frauen schienen spezialisierte PT bei PFDs selten oder mindestens nicht regelhaft kontaktiert zu werden [33, 34, 79]. So wäre es denkbar, dass eine präpartale Aufklärung über mögliche PFDs die Frauen dazu befähigen könnte, selbst spezialisierte PT in Anspruch zu nehmen oder ein Rezept von ihrer Gynäkolog*in/Allgemeinärzt*in einzufordern.

4.1.4 Gewünschte Gestaltung der präpartalen Aufklärung/Vorschläge

Allein durch eine Priorisierung und Thematisierung der PFM und PFDs im Rahmen der Schwangerenbetreuung durch HCPs könnte den Frauen vermittelt werden, dass ihre BB-Gesundheit von Bedeutung ist. Dies scheint für die Frauen von Bedeutung zu sein und könnte sie ermutigen, über PFDs zu sprechen [33]. Denn der starke Fokus der HCPs auf andere Themen während der ScS oder pp., erzeugte bei den Frauen den Eindruck, die PFM-Gesundheit hätte keine Relevanz, und führte zu einer Normalisierung der PFDs der Frauen [10, 80]. Die von Buurman et al. (2013) und von Bugge et al. (2022) befragten Frauen äußerten den Wunsch, direkt durch ihre Hebamme oder Gynäkolog*in im Rahmen der Betreuung auf mögliche peripartale BB-Veränderungen und PFDs angesprochen zu werden. Dies würde die Scham reduzieren und das Sprechen über das Thema legitimieren [10, 35]. Hierbei schien es für die Frauen wichtig, dass HCPs keine offenen Fragen stellen, das Thema lediglich andeuten oder eine missverständliche, mehrdeutige Sprache verwenden [33, 80], wie beispielsweise „*how are your water works*“ [33]. Frauen äußerten den Wunsch, von ihren HCPs direkt und unmissverständlich nach PFDs gefragt zu werden [10]. Auch die NICE-Guidelines empfehlen, dass HCPs beim Thema BB-Gesundheit und PFDs ihre Sprache an das Verständnis und die Lebenswelt der jeweiligen Frau anpassen sollen, sowie die Bereitstellung von klaren und prägnanten Informationen [39]. Die Schaffung eines angemessenen Gesprächsumfelds durch die HCPs wurde von den Frauen ebenso als wichtig erachtet, da dessen Fehlen sie davon abhielt, das Thema Beckenbodendysfunktionen anzusprechen [33].

Auch die Aufklärung über ihr individuelles PFDs-Risiko wurde von den Frauen gewünscht [35]. Zusätzlich äußerten die Frauen den Bedarf an der Bereitstellung von Informationen über die jeweiligen Risikofaktoren für PFDs, wie diese sich auf den BB ausüben, Präventionsstrategien

und Behandlungsmöglichkeiten von PFDs sowie die mit diesen einhergehenden Risiken [35]. Auch in anderen der inkludierten Studien wurde der Bedarf an professionellen, verlässlichen und verständlichen Informationsquellen zu PFDs und entsprechenden Behandlungsoptionen deutlich [10, 33, 34]. Die Suche nach Informationen führte oft zu Verwirrung, beispielsweise aufgrund von widersprüchlichen Informationen, die die Frauen im Internet lasen [34].

Da die Frauen (zumindest zum Teil) PFMT für wichtig hielten, die Notwendigkeit sahen, es durchzuführen und dies teils auch erfolglos versuchten bzw. nicht wussten, welche Übungen sie durchführen, sollten oder wie die korrekte Ausführung aussieht [10, 33], deutet darauf hin, dass die Frauen an einer präpartalen gezielten Anleitung zur korrekten PFM-Kontraktion und zum PFMT interessiert sein könnten. Auch 71,2 % der von Gondim et al. (2021) untersuchten TN gaben an, dass sie positiv gegenüber präpartalem PFMT eingestellt gewesen wären, sofern sie eine fachliche Anleitung erhalten hätten [79]. Dies deckt sich mit der Empfehlung der NICE-Guidelines, welche nicht nur die Ermutigung der Schwangeren und postpartalen Frauen zu (idealerweise lebenslänglichem) PFMT postulieren, sondern auch die Aufklärung über den Nutzen (PFMT hilft, PFD vorzubeugen) sowie die Sicherstellung der korrekten PFM-Kontraktion und -Entspannung durch entsprechend spezialisierte HCPs [39].

Am geeignetsten für die präpartale Aufklärung über mögliche schwangerschafts- und geburts-assoziierte BB-Veränderungen bzw. das individuelle Risiko für die Entwicklung einer PFDs hielten die Frauen die Profession der Hebammen [35]. Da sich eine kontinuierliche Hebammenbetreuung während der ScS auch sonst positiv auf diverse Outcomes auswirkt, sowie zu einer höheren Zufriedenheit der Frauen, verglichen mit anderen Betreuungsmodellen, führt, spricht auch das dafür, dass Hebammen diejenigen sein sollten, die Frauen über mögliche peripartale BB-Veränderungen aufklären [95]. Die Zufriedenheit aller TN des BB-Workshops von Hyakutake et al. (2016), welcher durch Gynäkolog*innen durchgeführt wurde [52], sowie der Wunsch der Frauen, durch ihre HCPs (meist Hebamme oder Gynäkolog*in) direkt auf das Thema PFDs angesprochen zu werden [33], zeigen auch die positive Einstellung der Frauen gegenüber einer ärztlichen Aufklärung.

Dazu, wie die präpartale Aufklärung umgesetzt bzw. verbessert werden könnte, gab es auch von Seiten der medizinischen Fachkräfte Vorschläge. Aufgrund der Erfahrungen der HCPs mit den Frauen könnten diese Vorschläge möglicherweise im Sinne der Frauen sein. Die von Moossdorff-S. et al. (2023) befragten HCPs schlugen vor, durch Plakate, Informationsbroschüren oder Bildschirme die Frauen im Wartezimmer über peripartale UI zu informieren, da ihnen

selbst häufig die Zeit dafür fehle oder sie die Thematik von niedriger Priorität einstuften. Auch eine standardmäßige Frage nach Inkontinenzsymptomen im Rahmen der peripartalen Betreuung wurde als hilfreich eingeschätzt. Ebenso wurde ein regulärer Termin während der ScS zum Thema Blasenschwäche mit einer spezialisierten Hebamme/Pflegeperson als sinnvoll erachtet. Auch die positive Zusammenarbeit mit einer spezialisierten PT wurde von einer Hebamme berichtet und empfohlen [34].

4.2 Limitationen

Dieses Scoping Review wurde nach den gängigen methodischen Standards verfasst [69, 74, 96]. Dennoch sollten die folgenden Limitationen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Eine wesentliche Limitation dieser Arbeit liegt darin, dass zwar eine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde, diese aber lediglich in den zwei medizinisch relevanten Datenbanken PubMed und CINAHL erfolgte. Aufgrund dieser Einschränkungen sowie der Begrenzung der Suche auf Studien mit verfügbarem Volltext ist davon auszugehen, dass nicht alle relevante Literatur erfasst wurde, was die Validität dieses Scoping Reviews verringert. Eine weitere Einschränkung stellt die Begrenzung auf deutsch- und englischsprachige Publikationen dar. Da der Großteil der eingeschlossenen Literatur (5 von 7: Bugge et al. (2022), Buurman et al. (2013), Guiterrez et al. (2019), Moossdorff-S. et al. (2023), Wagg et al. (2017)) qualitative Studien sind, ist zu berücksichtigen, dass die qualitativen Daten im Allgemeinen interpretationsbedüftig sind [97], zum einen von den Autor*innen der Studien, als auch von der Autorin dieser Arbeit. So kann ein gewisser subjektiver Einfluss nicht ausgeschlossen werden. Auch konnten keine Studien identifiziert werden, welche genau die Fragestellung dieser Arbeit untersuchen. Die Ergebnisse der inkludierten Studien können also nur teilweise oder auch nur indirekt für die Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden, was die Gefahr einer Verzerrung, aufgrund der Interpretation der Ergebnisse durch die Autorin noch verstärkt. Auch können, bedingt durch die große Heterogenität der inkludierten Studien, die jeweiligen Ergebnisse nur bedingt miteinander ins Verhältnis gesetzt werden. Obwohl alle der sieben inkludierten Studien eine moderate bzw. hohe Berichtsqualität aufweisen, sind dennoch einige methodische Schwächen erkennbar. Bei sechs von sieben Studien (alle außer Bugge et al., 2022) ist beispielsweise die analytische Verallgemeinerung nur bedingt gegeben. Grund hierfür ist, dass die Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich der Merkmale der TN oft nicht der beabsichtigten Zusammensetzung der Autor*innen entspricht, wodurch durch die Ergebnisse der

Studien teils nur Aussagen über ein bestimmtes Kollektiv an Frauen getroffen werden können [10, 33, 34, 51, 79, 80, 97]. Des Weiteren ist die geographische Einschränkung zu nennen, denn die Datenerhebung der inkludierten Studien fand hauptsächlich in Europa (5 von 7), eine in Süd- und eine in Nordamerika statt. Dies schränkt eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Teile der Erde sowie auf Deutschland deutlich ein. Auch die individuellen Unterschiede der einzelnen Gesundheitssysteme, denen die teilnehmenden Frauen entstammen, könnten die Ergebnisse beeinflussen, deren Vergleichbarkeit erschweren und die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem beeinträchtigen. Da die Thematik aller eingeschlossenen Studien eine gewisse Schambehaftung und Tabuisierung [10, 88] mit sich bringt und alle Frauen freiwillig teilnahmen, stellt sich die Frage, inwieweit Frauen, welche sich nicht trauen, über das Thema PFM und PFDs zu sprechen, automatisch aufgrund fehlender Teilnahme exkludiert wurden [10, 33, 80]. Des Weiteren ist bei vier der sieben miteingeschlossenen Studien ein Erinnerungsbias nicht auszuschließen, da die retrospektive Sicht der Frauen (teils bis ein Jahr pp.) auf Erfahrungen und Erinnerungen aus der Zeit der ScS untersucht wurde [10, 34, 79, 80].

4.3. Forschungslücken und weiterer abzuleitender Forschungsbedarf

Diese Arbeit gibt einen Einblick in die Sichtweisen von Frauen auf den Bedarf an präpartaler Aufklärung über schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen und stellt die aktuelle Evidenzlage dar. Gleichzeitig konnten verschiedene Forschungslücken identifiziert werden, die weiteren Forschungsbedarf verdeutlichen.

Es ist weitere Forschung nötig, um herauszufinden, wie eine evidenzbasierte, zielgerichtete und bedürfnisorientierte präpartale Aufklärung bestmöglich umgesetzt werden kann. Zwar lässt sich ableiten, durch wen die Frauen gerne aufgeklärt werden würden (Hebamme, aber auch andere HCPs, wie Gynäkolog*innen) [33, 35], jedoch nur bedingt, wann, wie und in welchem Setting die Aufklärung stattfinden soll. Vor dem Hintergrund des Ziels, die Frauen möglichst bedürfnisorientiert zu betreuen und sie zu informierten Entscheidungen zu befähigen [37, 38], sind hier noch mehr qualitative Studien über den Bedarf, die Wahrnehmung und die Wünsche der Frauen erforderlich.

Mögliche Instrumente zur Risikokalkulation möglicher PFDs, wie der UR-CHOICE-Rechner, scheinen in Pilotstudien, wie der von Bugge et al. (2022), eine vielversprechende Möglichkeit, sowohl effektiv [53] als auch im Sinne der Frauen gewünscht zu sein [34]. Dennoch merken Hübner et al. (2022) an, dass weitere randomisierte Studien nötig sind, um durch eine

Risikostratifizierung (und eine Anpassung des Managements) eine nachhaltige und langfristige Verbesserung der Beckenbodengesundheit zu belegen [22]. Auch wenn aus den Ergebnissen ein deutlicher Wunsch nach einer präpartalen Aufklärung hinsichtlich möglicher BB-Veränderungen ableitbar ist [10, 34, 35] (siehe Kapitel 4.1.2), und sich Befürchtungen negativer Auswirkungen dieser (wie z. B. das Erzeugen von Ängsten) für die meisten Frauen tendenziell kein Grund zu sein scheint, dass diese Aufklärung nicht stattfinden sollte [10, 80], ist hier sicherlich dennoch weiterer Forschungsbedarf vorhanden. Denn da trotz aller genannten Chancen der präpartalen Aufklärung und Sensibilisierung (siehe Kapitel 1.1.7) nicht alle PFDs verhinderbar sind, die therapeutischen Möglichkeiten (beispielsweise bei Levatorschäden) bisher noch begrenzt sind und zudem PFDs dicht mit psychischen Leiden verwoben sein können [21, 98], scheint eine sorgfältige Erforschung möglicher Folgen einer präpartalen Aufklärung und der wohlüberlegte Umgang damit von hoher Relevanz.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin, zu untersuchen, welche Verhaltensänderungen aufgrund einer präpartalen Aufklärung über mögliche BB-Veränderungen und das eigene PFDs-Risiko zu erwarten sind. Denn die in dieser Arbeit identifizierten Annahmen, ein Kennen des eigenen Risikos würde zu mehr Motivation für präventive Maßnahmen führen [35], stehen im Widerspruch zu anderen Ergebnissen, die zeigen, dass die erwartete Anfälligkeit für PFDs (hier UI) keinen Einfluss auf die Absicht, die PFM zu trainieren, hat [63].

Ebenso sollten die Effekte von PFMT als empfohlene Prävention und Behandlung von PFDs [30, 39] aufgrund teils uneinheitlicher Studienergebnisse [99, 100] durch weitere RCTs untersucht werden.

Inwieweit der Besuch eines GVKes zu einer Verbesserung des Wissens über den BB, dessen peripartale Veränderungen und PFDs beiträgt, bleibt unklar aufgrund widersprüchlicher Forschungsergebnisse [7, 35, 85, 89]. Hier besteht dringender Bedarf, zu untersuchen, wie eine erfolgreiche Wissensvermittlung und Aufklärung im Rahmen eines GVKes aussehen könnte, um das Ziel, die BB-Gesundheit langfristig zu fördern und zu erhalten, zu erreichen.

4.4 Implikationen für die Hebammenarbeit

Die Schwangerschaft als auch die Geburt stellen eine hohe Belastung für den BB dar und gelten als wichtige Risikofaktoren für PFDs [2, 3]. Der Hebamme kommt im Bereich der Förderung der peripartalen BB-Gesundheit deshalb eine zentrale Rolle zu. Sowohl die Förderung der Physiologie, die Abgrenzung zur Pathologie, inklusive einer bedarfsgerechten Weiterleitung in die ärztliche Betreuung sowie die Befähigung der Frau zu einer informierten Entscheidung durch

das Bereitstellen von ausreichenden Informationen umfassen das Aufgabengebiet der Hebamme [37, 65]. Der bislang größtenteils geringe Wissensstand der schwangeren (und postpartalen) Frauen [5, 10, 35, 79, 86], sowie der in dieser Arbeit als häufig unerfüllt identifizierte Wunsch nach einer adäquaten Aufklärung über mögliche peripartale BB-Veränderungen [10, 34, 35] zeigt die großen Säumnisse der Profession der Hebammen in ihrem Tätigkeitsbereich sowie den dringenden Handlungsbedarf.

Die Frauen werden durch die Hebamme oft über einen längeren Zeitraum betreut, wodurch häufig ein vertrauensvolles Verhältnis entstehen kann. Gepaart mit ihrem Fachwissen (welches vorhanden sein sollte) stellt die Hebamme eine ideale Ansprechpartnerin für alle Themen rund um den BB und PFDs dar [35, 66, 95]. Somit besteht die vielversprechende Chance, dass Hebammen die Weichen für die weitere BB-Gesundheit der Frauen stellen. Die Frauen scheinen grundsätzlich interessiert und motiviert, über das Thema PFDs und PFMT aufgeklärt zu werden [10, 34, 35, 101]. So könnten Hebammen den Frauen die Relevanz und Tragweite der Thematik vermitteln, sie zur korrekten Durchführung von PFMT anleiten sowie sie risikoadaptiert betreuen und beraten und so deren langfristige BB-Gesundheit positiv beeinflussen.

Der erste Schritt sollte sein, dass Hebammen dem Thema BB und peripartale BB-Veränderungen, wie PFDs, in ihrer Betreuung Priorität einräumen. Denn es scheint, dass allein die Priorisierung des BBs durch die Hebamme (oder andere HCPs), welche häufig bislang ap. und pp. nicht stattfindet (und den Frauen so vermittelt, das Thema sei nicht von Relevanz) [8, 10, 80, 87], zu einem veränderten Bewusstsein der Frauen für die Wichtigkeit der BB-Gesundheit führen könnte. Eine aktive Thematisierung des BBs und möglicher PFDs kann es außerdem den Frauen erleichtern, über diese schambehafteten Themen zu sprechen [10, 35]. So können Hebammen durch ihren offenen und professionellen Umgang mit dem Thema BB und PFDs einen entscheidenden Beitrag zur Enttabuisierung der Thematik in der Gesellschaft leisten. Auch über sonstige Hindernisse, die die Frauen davon abhalten, das Thema BB und PFDs in der Betreuung anzusprechen bzw. um Hilfe zu bitten (siehe Kapitel 4.1.1), sollten die Hebammen sich bewusst sein, um diesen möglichst entgegenzuwirken.

Um im nächsten Schritt den Frauen tatsächlich professionelle Informationen zur Verfügung stellen zu können und sie zu korrektem PFMT anleiten zu können, scheint der Bedarf an entsprechender Aus- und Fortbildung der Hebammen groß zu sein. Eine verstärkte Implementierung von BB-Gesundheit, PFDs sowie deren Prävention und Behandlung im Studium der Hebammenwissenschaft und vermehrte Fortbildungsangebote (beispielsweise in

Zusammenarbeit mit PhysioPelvica-Therapeut*innen) könnte dazu führen, dass für Hebammen ein fehlendes Fachwissen [33, 34] sowie ein niedriges Selbstbewusstsein in der Beratung bei PFDs und in der Anleitung von PFMT [8, 33, 35] nicht länger Gründe dafür sind, die Frauen nicht aufzuklären und anzuleiten. Auch scheint nicht nur das Defizit an evidenzbasiertem Wissen hinsichtlich PFM, PFMT und PFD ein Problem darzustellen, sondern auch fehlende nationale Leitlinien, was die Priorisierung und die klare Kommunikation dieser Thematik im Bereich der Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung zu verhindern scheint [8, 102]. Ein Verfassen bzw. Mitwirken der Hebammenprofession an der Erstellung von Leitlinien für den Umgang mit peripartalen BB-Veränderungen (inklusive Aufklärung, Prävention, Behandlung, Risikoermittlung, Zuständigkeiten etc.) könnte hier die Versorgung verbessern. Außerdem sollte die Hebammenwissenschaft evidenzbasierte Konzepte für die Praxis entwickeln und etablieren, um die Frauen effektiv und nachhaltig für ihre BB-Gesundheit zu sensibilisieren und sie zu einer Förderung dieser zu befähigen. Es fehlt an entsprechenden Konzepten für GVKe, für die Aufklärung im Rahmen der Schwangerenvorsorge oder auch für sonstige Ansätze, wie beispielsweise Workshops, die den Informations- und Aufklärungsbedarf der Frauen bedienen.

Da nur ein Teil der Frauen Hebammenhilfe während der ScS in Anspruch nimmt [14], sollte auch die Aufklärung, Information und Anleitung der Frauen, welche keine Hebammenbetreuung haben, ein Ziel sein. Idealerweise sollte jedoch die Sensibilisierung für den BB, dessen Funktion, PFMT und die Prävention von PFDs aller Mädchen und Frauen schon im Jugendalter angestrebt werden, was auch die NICE-Guidelines empfehlen [39]. Auch für die Übernahme dieser Aufgabe würden sich Hebammen eignen.

Bei der Aufklärung der Frauen bzw. der Wissensvermittlung sollte des Weiteren besonders auf eine unmissverständliche, direkte, eindeutige und leicht verständliche Sprache geachtet werden, um Verwirrung und Missinterpretationen zu vermeiden [33, 80]. Auch Nawabi et al. (2021) zeigen, dass eine verbesserte Kommunikation und die Bereitstellung leicht zugänglicher Informationen durch HCPs effektiv sein können, um gesundheitsförderliches Verhalten in der ScS zu fördern und gesundheitliche Ungleichheiten unter Schwangeren zu verringern [103].

Da, wenn Frauen selbst nach Informationen über den BB bzw. dessen Veränderungen suchen, das Internet die meistgenannte Quelle ist [7], ergibt sich auch hier ein Aufgabengebiet für Hebammen. Neben der regelhaften Aufklärung der Frauen im Rahmen der Vorsorge und in GVKen sollten Hebammen auch im Internet bzw. auf Social Media ein Angebot an professionellen und verständlichen Informationen über den BB und peripartale BB-Veränderungen (inklusive PFDs)

bereitstellen und so den Frauen zugänglich machen.

Zuletzt sei auch noch die hohe Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit im Bereich der BB-Gesundheit und Prävention genannt [1, 7, 14, 23, 53]. Auch wenn die Hebamme als Fachperson für die BB-Gesundheit eine zentrale Rolle hat [66], ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit (Uro-)Gynäkolog*innen und spezialisierten PT unerlässlich [1, 7, 14, 23, 53]. Die bislang suboptimale Zusammenarbeit [33, 34, 79, 87] sollte durch klare Vereinbarung der Zuständigkeiten und bestmögliche Nutzung der Synergismen verbessert werden. Hier könnte die Hebamme in ihrer Funktion als Gatekeeperin und kontinuierliche Betreuerin die vertraute erste Anlaufstelle darstellen, welche die Frauen informiert, aufklärt, individuell berät sowie informierte Entscheidungen ermöglicht. Und bei Risikokonstellationen oder Pathologien diese erkennt und die Frauen an die entsprechende Stelle weiterleitet.

5. Fazit und Ausblick

Um zu verstehen, warum trotz hoher Prävalenz geburts- und schwangerschaftsassoziierte BB-Veränderungen bzw. -dysfunktionen die Frauen kaum Wissen darüber haben, war es entscheidend, die Perspektive der Frauen darzustellen. Wollen die Frauen vor der Geburt über mögliche peripartale BB-Veränderungen gar nicht informiert werden? Wie sehen die Frauen den aktuellen Umgang mit dem Thema in der Betreuung während der ScS? Welche Informationen wünschen sich die Frauen? Möchten sie ihr eigenes Risiko für PFDs kennen? Von wem, wann und wo wollen sie aufgeklärt werden? Und wie wirkt sich eine präpartale Aufklärung über peripartale BB-Veränderungen auf die Gefühle und das Verhalten der Frauen aus?

Obwohl die Berichtsqualität der inkludierten Studien insgesamt als moderat bis hoch einzustufen ist, weisen diese methodische Schwächen auf. Die eingeschlossenen Studien beantworten die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung teilweise nur indirekt. Auch konnten keine relevanten Daten gefunden werden, die die Sicht der Frauen in Deutschland untersuchen. Es können also nur bedingt Aussagen über die Frauen hier und das deutsche Gesundheitssystem getroffen werden. Aufgrund der Schambehaftung von PFDs ist es außerdem denkbar, dass die Ergebnisse nur eingeschränkt Aussagen über die Sichtweise von Frauen zulassen, die sich nicht trauen, über die Thematik zu sprechen. Die Ergebnisse dieses Scoping Reviews sollten deshalb mit Bedacht interpretiert werden. Trotz dieser Einschränkungen können jedoch anhand der sieben eingeschlossenen Studien zum jetzigen Zeitpunkt vorläufige [104] wichtige erste Anhaltspunkte für die Sichtweise der Frauen über den Bedarf an präpartaler Aufklärung abgeleitet werden.

Nach der kritischen Auseinandersetzung mit der aktuellen Studienlage lässt sich für den Moment sagen: Ja, Frauen haben einen Bedarf an einer präpartalen Aufklärung über schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen und -Dysfunktionen [10, 34]. Sie bemängeln, dass sie durch ihre betreuenden HCPs bislang meist nicht routinemäßig über peripartale BB-Veränderungen und PFDs aufgeklärt und zu korrektem PFMT angeleitet werden [10, 34, 35, 80]. Sie fühlen sich unzureichend informiert [80], verstehen die missverständliche oder mehrdeutige Sprache der HCPs oft nicht [33, 80] und versuchen, ihren Informationsbedarf durch verschiedene andere Quellen zu decken [10, 33-35, 79, 80]. Nur wenige Frauen sprechen die Thematik von sich aus an [10, 33, 80]. Sie wünschen sich, von Hebammen und Gynäkolog*innen im Rahmen der Betreuung aktiv auf mögliche PFDs angesprochen zu werden [10, 35], denn das würde für sie das Sprechen darüber legitimieren, Verlegenheit reduzieren, die Frauen ermutigen, Hilfe anzunehmen [10, 35], und der Thematik eine Relevanz beimessen [10, 80]. Auch ihr eigenes Risiko für künftige PFDs möchten die Frauen kennen. Sie sehen dies als wichtige Grundlage für informierte Entscheidungen und als Motivation für das Ergreifen präventiver Maßnahmen [35]. Für diese Risikokalkulation halten Frauen die Profession der Hebammen als besonders geeignet, diese mit ihnen durchzuführen [35]. Als einen weiteren Grund für den Bedarf an einer präpartalen Aufklärung nennen die Frauen, dass eine Vorbereitung auf mögliche BB-Probleme ihnen den Umgang mit diesen erleichtert hätte [80] und sie diese gegenüber der postpartalen Konfrontation mit unvorhergesehenen Problemen vorziehen würden [80]. Auch stellt eine präpartale Aufklärung für die meisten Frauen eine notwendige Voraussetzung dar, ihren BB auf die Geburt vorzubereiten [79]. Abgesehen davon, dass Frauen ein Aufkommen von Ängsten oder Verlegenheit durch die präpartale Aufklärung über peripartale BB-Veränderungen in Erwägung zogen [35, 80], waren keine negativen Auswirkungen einer solchen Aufklärung erkennbar [51].

Um den Bedarf der Frauen an präpartaler Aufklärung zu decken, stellen die Hebammen aufgrund ihres Tätigkeitsbereichs, ihres Fachwissens und ihres Verhältnisses zu den Frauen eine Schlüsselrolle dar. Für ihre Profession ergibt sich in der Praxis ein dringender Handlungsbedarf. Damit die Hebammen ihrer Verpflichtung gegenüber den Frauen hinsichtlich der Förderung ihrer BB-Gesundheit, dem Erkennen von Pathologien und der Bereitstellung entsprechender Informationen [65] nachkommen können, muss das nötige Fachwissen und Selbstbewusstsein der Hebammen dringend durch eine Erweiterung des Ausbildungscurriculums sichergestellt werden. Auch ein offensiverer Umgang mit der Thematik ist geboten, denn das direkte

routinemäßige Ansprechen der Thematik bzw. Fragen nach PFDs (beispielsweise im Rahmen der Schwangerenvorsorge) scheint für die Frauen ein wichtiger Schlüssel zur Legitimierung der Thematik, zur Vermittlung deren Relevanz, zur Befähigung zur Abgrenzung zwischen physiologischen und pathologischen Veränderungen und Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfe zu sein. Deshalb ist die Implementierung einer strukturierten, standardisierten, evidenzbasierten und verständlichen Aufklärung der schwangeren Frauen zum Thema BB sowie schwangerschafts- und geburtsassoziierter BB-Veränderungen unumgänglich. Auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zeigt sich der dringende Bedarf an einer frühen Sensibilisierung aller Frauen für ihren BB, um schon früh den Grundstein für eine langfristige BB-Gesundheit zu legen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, dass schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen in der Betreuung nicht länger ein optionales Randthema bleiben dürfen. Zur Förderung einer angemessenen und beckenbodensensiblen Betreuung der Frauen rund um die Geburt wäre die Verankerung der BB-Gesundheit in den Mutterschaftsrichtlinien ein entscheidender Schritt. Auch LL werden gebraucht, die den Umgang mit peripartalen BB-Veränderungen in der ärztlichen und hebammengeleiteten Betreuung standardisiert regeln. Die professionelle und gut vernetzte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ebenso für die ganzheitliche Förderung der BB-Gesundheit der Frauen unabdingbar und sollte weiter verbessert werden. Nur so kann der „*teachable moment*“ [6] der ScS, indem die Frauen besonders empfänglich für gesundheitliche Informationen und Verhaltensänderungen sind [6], möglichst effektiv genutzt werden, um nachhaltig einen positiven Einfluss auf deren BB-Gesundheit zu nehmen und ihre Gesundheitskompetenz sowie ihre Selbstwirksamkeit zu fördern.

Diese Arbeit konnte eindrückliche, wertvolle Hinweise über die Sicht der Frauen auf die präpartale Aufklärung hinsichtlich peripartaler BB-Veränderungen geben und prägt den Begriff „bedarfsgerechte Betreuung“ neu. Gleichzeitig wird der große weitere Forschungsbedarf in diesem Feld deutlich: Wann ist der ideale Zeitpunkt, die Frauen für schwangerschafts- und geburtsassoziierte BB-Veränderungen zu sensibilisieren? Wie können die BB-Gesundheit und die Detektion von PFDs zielführend in den Mutterschaftsrichtlinien verankert werden? Wie kann ein Wissenszuwachs über peripartale BB-Veränderungen und die Prävention von PFDs im Rahmen von GVKen erreicht werden? Welche Auswirkungen hat es langfristig auf die Psyche der Frauen, wenn sie ein hohes, nur bedingt beeinflussbares Risiko für PFDs ermittelt bekommen? Auch wenn peripartale BB-Veränderungen und -Dysfunktionen vermutlich nie ganz

verhinderbar sein werden, ist das Potenzial der Prävention und Behandlung dieser im Rahmen der Betreuung von Frauen im reproduktiven Alter sicherlich noch lange nicht ausgeschöpft.

Literaturverzeichnis

1 DeLancey JOL, Masteling M, Pipitone F, LaCross J, Mastrovito S, Ashton-Miller JA. (2024) Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? American Journal Of Obstetrics And Gynecology.230(3):279-94 e2.

2 van Veelen GA, Schweitzer KJ, van der Vaart CH. (2014) Ultrasound imaging of the pelvic floor: changes in anatomy during and after first pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol.44(4):476-80.

3 Dietz HP. (2006) Pelvic floor trauma following vaginal delivery. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.18(5):528-37.

4 van Geelen H, Ostergard D, Sand P. (2018) A review of the impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor function as assessed by objective measurement techniques. International Urogynecology Journal.29(3):327-38.

5 Weinert K, Plappert CF. (2025) Pregnant Women's Knowledge of Pelvic Floor and Related Dysfunctions: A Scoping Review. Healthcare (Basel).13(8).

6 Uzan LM, Brust M, Molenaar JM, Leistra E, Boor K, Kiefte-de Jong JC. (2024) A cross-sectional analysis of factors associated with the teachable moment concept and health behaviors during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth.24(1):147.

7 O'Neill AT, Hockey J, O'Brien P, Williams A, Morris TP, Khan T, et al. (2017) Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. International Urogynecology Journal.28(1):125-9.

8 Terry R, Jarvie R, Hay-Smith J, Salmon V, Pearson M, Boddy K, et al. (2020) "Are you doing your pelvic floor?" An ethnographic exploration of the interaction between women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. Midwifery.83:102647.

9 Dessie SG, Hacker MR, Dodge LE, Elkadry EA. (2015) Do Obstetrical Providers, Counsel Women About Postpartum Pelvic Floor Dysfunction? Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie.60(5-6):205-10.

10 Buurman MB, Lagro-Janssen AL. (2013) Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Caring Sciences.27(2):406-13.

11 Aumüller. Duale Reihe - Anatomie. 2. Auflage ed: Georg Thieme Verlag KG 2007.

12 Tanzberger R. Funktionelle Anatomie. In: Tanzberger R, Kuhn, A., Möbs, G., Baumgartner, U., Daufratshofer, M., Kress, A. , editor. Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie - Das Tanzbergerkonzept München: Elsevir GmbH, Deutschland; 2019 a. p. 29-73.

13 Jocham D, Miller, K. . Praxis der Urologie: Georg Thieme Verlag KG; 2007.

14 Hubner M, Rothe C, Plappert C, Baessler K. (2022) Aspects of Pelvic Floor Protection in Spontaneous Delivery - a Review. Geburtshilfe Frauenheilkd.82(4):400-9.

15 Hader U, Seehafer, P. Beckenboden, Bindegeweebe und Haltebänder. In: Stiefel A, Geist, C., Hader, U., editor. Hebammenkunde - Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 5. Auflage. Stuttgart: Hippokratesverlag; 2013. p. 121-7.

16 Kuhn A. Veränderungen des Beckenbodens durch Schwangerschaft und Geburt. In: Tanzberger R, Kuhn, A., Möbs, G., Baumgartner, U., Daufratshofer, M., Kress, A. , editor. Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie - Das Tanzbergerkonzept München: Elsevir GmbH, Deutschland; 2019 a. p. 151-4.

17 Lange Rea. (2001) Veränderungen des Beckenbodens in gravitate: Blasenhalstopographie und Muskelfunktionalität. Eine Longitudinalstudie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde.970-76.

18 Tanzberger R. Wochenbett und Rückbildungszeit. In: Tanzberger R, Kuhn, A., Möbs, G., Baumgartner, U., Daufratshofer, M., Kress, A. , editor. Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie - Das Tanzbergerkonzept München: Elsevir GmbH, Deutschland; 2019 b. p. 168-82.

19 Metz M, Junginger B, Henrich W, Baessler K. (2017) Development and Validation of a Questionnaire for the Assessment of Pelvic Floor Disorders and Their Risk Factors During Pregnancy and Post Partum. Geburtshilfe Frauenheilkd.77(4):358-65.

20 Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. (2013) Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. Urol Int.90(1):1-9.

21 Kimmich N. (2023) Prophylaxe von Beckenbodenschäden. Gynäkologie 56.698–705.

22 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt 2020 [updated 2019-12-1.zitiert am 21.02.2026] URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-079l_S2k_Dammriss-III-IV-Grades_2020-12_1.pdf.

23 Hübner M, Meschede, J., Kratz, C., Reister, F., Deniz, M. (2022 b) Aufklärungüber Schwangerschafts- und geburtsbedingte Veränderungen des weiblichen Beckenbodens aus urogynäkologischer Sicht. Springer Medizin Verlag GmbH.

24 Atan I, Zhang W, Shek KL, Dietz HP. (2021) Does pregnancy affect pelvic floor functional anatomy? A retrospective study. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.259: 26-31.

25 Baumgartner U. Proktologie. In: Tanzberger R, Kuhn, A., Möbs, G., Baumgartner, U., Daufratshofer, M., Kress, A. , editor. Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie - Das Tanzbergerkonzept. München: Elsevir GmbH, Deutschland; 2019. p. 240-54.

26 Kuhn A. Erscheinungsbild und Häufigkeit von Beckenbodenerkrankungen. In: Tanzberger R, Kuhn, A., Möbs, G., Baumgartner, U., Daufratshofer, M., Kress, A. , editor. Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie - Das Tanzbergerkonzept München: Elsevir GmbH, Deutschland; 2019 b. p. 185-91.

27 MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire RJ, Hagen S, Toozs-Hobson P, et al. (2016) Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. BJOG.123(6):1022-9.

28 AGUB. e.V. Beckenbodenfunktionsstörungen – welche Faktoren das Risiko erhöhen: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.; 2022 [zitiert am 15.03.2026] URL: https://natuerlich.thieme.de/aktuelles/nachrichten/detail/beckenbodenfunktionsstoerungen-welche-faktoren-das-risiko-erhoehen-693.

29 Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M, Pelvic Floor Research G. (2010) Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. Obstetrics & Gynecology.115(3):618-28.

30 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Harninkontinenz der Frau AWMF S2k Leitlinie Version 1.0 [S2k Leitlinie]. 2021 [zitiert am 16.03.2026] URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-091l_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2022-03.pdf.

31 Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Asunsolo A, Cueto-Hernandez I, Ruiz-Labarta J, et al. (2021) Pelvic Floor Morbidity Following Vaginal Delivery versus Cesarean Delivery: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine.10(8).

32 Jundt K, Peschers U, Kentenich H. (2015) The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. Dtsch Arztebl Int.112(33-34):564-74.

33 Wagg AR, Kendall S, Bunn F. (2017) Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. Primary Health Care Research & Development.18(5):448-62.

34 Moossdorff-Steinhauser HFA, Houkes I, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. (2023) Experiences of Peri-partum Urinary Incontinence from a Women's and Health Care Perspective: A Qualitative Study. Matern Child Health J.27(7):1199-207.

35 Bugge C, Strachan H, Pringle S, Hagen S, Cheyne H, Wilson D. (2022) Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth.22(1):161.

36 Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. (2016) Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. Journal of Physical Therapy Science.28(5):1524-33.

37 Deutscher Hebammenverband. EINE ETHIK FÜR HEBAMMEN 2017 [updated 2023.zitiert am URL: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/02/DHV_Ethik_fuer_Hebammen2022.pdf.

38 Beauchamp TL CJ. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford: Oxford University Press; 1994.

39 National Institute for Health and Care Excellence. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management 2021 [zitiert am 27.03.2026] URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng210.

40 Neuhaus W. Aufklärung in der Geburtshilfe - Der Rede wert 2021 [zitiert am 19.03.2026] URL: https://link.springer.com/article/10.1007/s15013-021-4008-2.

41 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Vaginale Geburt am Termin AWMF S3 Leitlinie [S 3 Leitlinie]. AWMF online 2020 [zitiert am 01.09.2025] URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083

42 Malik MF, Awonuga AO, Iglesia CB. (2016) Informed Consent for Vaginal Delivery: Is It Time to Revisit the Shared Decision-Making Process? Journal of Reproductive Medicine.61(3-4):153-8.

43 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Vaginal-operative Geburt AWMF Sk2 Leitlinie Version 4.3 [Sk2 Leitlinie]. 2024 [zitiert am 21.02.2026] URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-023.

44 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF-Regelwerk Leitlinien - Von der Planung bis zur Publikation n.d. [zitiert am 19.03.2026] URL: https://www.awmf.org/regelwerk/.

45 Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. 2023. Contract No.: 19.03.2026.

46 GKV Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V 2025 [gültig ab 01.11.2025:[zitiert am 19.03.2026] URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/25-04-02_Hebammenhilfevertrag.pdf.

47 Wu Y, Zhong Y, Xu C, Li H, Chen M, Xu L. (2025) Interventions for Maintaining Pelvic Floor Health During Pregnancy: A Systematic Review. Physiother Res Int.30(3):e70077.

48 Chen Z, Wang X, Jin Y, Feng S. (2021) Knowledge, attitude and practice of pelvic floor dysfunction among obstetrical healthcare workers in China: A cross-sectional study. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.50(8):102068.

49 Webb SS, Skene ER, Manresa M, Percy EK, Freeman RM, Tincello DG. (2021) Evaluation of midwifery pelvic floor education and Training across the UK and Spain. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.256:140-4.

50 Carroll L, Sheehy L, Doherty J, O'Brien D, Brosnan M, Cronin M, et al. (2020) Perineal management: Midwives' confidence and educational needs. Midwifery.90:102817.

51 Hyakutake MT, Han V, Baerg L, Koenig NA, Cundiff GW, Lee T, et al. (2018) Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The

PREPARED Randomized Controlled Trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.40(4):418-25.

52 Hyakutake MT, Han V, Cundiff GW, Baerg L, Koenig NA, Lee T, et al. (2016) Pelvic Floor Health Education: Can a Workshop Enhance Patient Counseling During Pregnancy? Female Pelvic Med Reconstr Surg.22(5):336-9.

53 Weinert K, Hübner, M., Plappert, C., Rothe, C. . Beckenbodengesundheit rund um die Geburt: Best Practice im Verbund. Deutsche Hebammenzeitschrift. 2023:58-63.

54 Wilson D, Dornan J, Milsom I, Freeman R. (2014) UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? International Urogynecology Journal.25(11):1449-52.

55 Menichini D, Petrella E, Dipace V, Di Monte A, Neri I, Facchinetti F. (2020) The Impact of an Early Lifestyle Intervention on Pregnancy Outcomes in a Cohort of Insulin-Resistant Overweight and Obese Women. Nutrients.12(5).

56 Barakat R, Pelaez M, Lopez C, Lucia A, Ruiz JR. (2013) Exercise during pregnancy and gestational diabetes-related adverse effects: a randomised controlled trial. British Journal of Sports Medicine.47(10):630-6.

57 Woodley SJ, Hay-Smith EJC. (2021) Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women-why, when, what, and how. International Urogynecology Journal.32(7):1977-88.

58 Morkved S, Bo K. (2014) Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. British Journal of Sports Medicine.48(4):299-310.

59 Eogan M, Daly L, O'Herlihy C. (2006) The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal.19(4):225-9.

60 Demirel G, Golbasi Z. (2015) Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. International Journal of Gynecology & Obstetrics.131(2):183-6.

61 Lenzen-Schulte M. (2020) Schwangerschaft und Entbindung: Harninkontinent nach der Geburt. Deutsches Ärzteblatt.42/2020.

62 Parente MP, Natal Jorge RM, Mascarenhas T, Silva-Filho AL. (2010) The influence of pelvic muscle activation during vaginal delivery. Obstet Gynecol.115(4):804-8.

63 Whitford HM, Jones M. (2011) An exploration of the motivation of pregnant women to perform pelvic floor exercises using the revised theory of planned behaviour. British Journal of Health Psychology.16(4):761-78.

64 Turner D. (2004) The costs of stress urinary incontinence. Health Service Journal.114(5923):suppl 11-4 following 54.

65 HebG. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG) 2019 [zitiert am 20.03.2026] URL: https://www.gesetze-im-internet .de/hebg_2020/.

66 GKV-Spitzenverband. Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. 2023b [zitiert am 19.03.2026] URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung _1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung _Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf.

67 Angelescu K. Inanspruchnahme von Leistungen der Hebammenhilfe durch GEK-versicherte Schwangere 2008 bis 2009. Eine explorative Analyse von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse: Universität Bremen 2012 [zitiert am 15.11.2025] URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00102787-10.

68 Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt 2017 [zitiert am 25.03.2026] URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.

69 von Elm E, Schreiber G, Haupt CC. (2019) Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qual Gesundheitswesen.143:1-7.

70 Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. (2018) Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol.18(1):143.

71 Mayer H, Raphaelis S, Kobleder A. Literaturreviews für Gesundheitsberufe: recherchieren - bewerten - erstellen. Wien: facultas.at; 2023.

72 Malinauskas AP, Bressan EFM, de Melo A, Brasil CA, Lordelo P, Torelli L. (2023) Efficacy of pelvic floor physiotherapy intervention for stress urinary incontinence in postmenopausal women: systematic review. Archives of Gynecology and Obstetrics.308(1):13-24.

73 Willems PDAS. LEITFADEN: DAS SYSTEMATISCHE REVIEW Göttingen: INSTITUT FÜR ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT (IFE) 2020 [Stand August 2020:[zitiert am 21.03.2026] URL: https://www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/inklusion/Leitfaden_ Systematisches_Review_neu.pdf.

74 Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Journal of Clinical Epidemiology 62(10):1006-12.

75 Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care.19(6):349-57.

76 Hopewell S, Chan AW, Collins GS, Hrobjartsson A, Moher D, Schulz KF, et al. (2025) CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. Lancet.

77 Young JM SM. (2009) How to critically appraise an article. Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology 6:82-91.

78 Downes MJB, Marnie L; Williams, Hywel C; Dean, Rachel S Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS) BMJ Journals; 2016 [zitiert am 05.04.2026] URL: https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e011458.

79 Gondim EJL, Moreira MA, Lima AC, de Aquino PS, do Nascimento SL. (2023) Women know about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice. International Journal of Gynecology & Obstetrics.161(2):470-7.

80 Gutiérrez V, Fader, M., Monga, A., Kitson-Reynolds, E. . (2019) Lack of care? Women's experiences of maternity bladder management. British Journal of Midwifery.27 No1:15-25.

81 Hagglund D, Ahlstrom G. (2007) The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. Journal of Clinical Nursing.16(10):1946-54.

82 Rizk DE, Hassan MY, Shaheen H, Cherian JV, Micallef R, Dunn E. (2001) The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for fecal incontinence in multiparous United Arab Emirates females. Dis Colon Rectum.44(12):1850-6.

83 Rizk DE, El-Safty MM. (2006) Female pelvic floor dysfunction in the Middle East: a tale of three factors - culture, religion and socialization of health role stereotypes. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction.17(5):436-8.

84 Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ. (2015) Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh.45(3):201-5.

85 Toprak Celenay S, Coban O, Korkut Z, Alkan A. (2021) Do community-dwelling pregnant women know about pelvic floor disorder? Women Health.61(6):609-16.

86 Neels H, Tjalma WA, Wyndaele JJ, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. (2016 b) Knowledge of the Pelvic Floor in Menopausal Women and in Peripartum Women. Journal of Physical Therapy Science.28(11):3020-9.

87 Davis K, Kumar D. (2003) Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. Journal of Advanced Nursing.43(6):555-68.

88 Liu J, Tan SQ, Han HC. (2019) Knowledge of pelvic floor disorder in pregnancy. International Urogynecology Journal.30(6):991-1001.

89 Hill AM, McPhail SM, Wilson JM, Berlach RG. (2017) Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. International Urogynecology Journal.28(10):1557-65.

90 Wu X, Yi X, Zheng X, Chen Z, Liu J, Dai X. (2023) Knowledge, attitudes, and practice of pelvic floor dysfunction and pelvic floor ultrasound among women of childbearing age in Sichuan, China. Front Public Health.11:1160733.

91 Moossdorff-Steinhauser HFA, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman MEA, Nieman FHM, Berghmans B. (2015) Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.195:182-7.

92 Bo K, Fleten C, Nystad W. (2009) Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. Obstetrics & Gynecology.113(6):1279-84.

93 Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. (2008) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. (4):CD007471.

94 Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejia R, Suarez-Serrano C. (2017) Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. Midwifery.50:72-7.

95 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev.4(4):CD004667.

96 Arksey H, & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology.8(1):19–32.

97 Hussy W, Schreier, M., Echterhoff, G. . Qualitative Forschungsmethoden. Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin: Springer-Verlag; 2010. p. 184-212.

98 Skinner EM, Barnett B, Dietz HP. (2018) Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. Arch Womens Ment Health.21(3):341-51.

99 Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Kernohan A, et al. (2020) Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev.5(5):CD007471.

100 Dumoulin C, Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. . (2018) Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Data base of Systematic Reviews.

101 Borrelli SE, Walsh D, Spiby H. (2018) First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow'. Midwifery.63:39-45.

102 Butterfield YC, O'Connell B, Phillips D. (2007) Peripartum urinary incontinence: a study of midwives' knowledge and practices. Women Birth.20(2):65-9.

103 Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. (2021) Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health.18(7).

104 Keuth H. Karl Poppers „Logik der Forschung“. In: Franco Ge, editor. Handbuch Karl Popper. Wiesbaden: Springer VS; 2018.

Anhang

Anhang 1: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Bugge et al. (2022) nach COREQ

Nr.	Artikel-Nr.	Leitfragen/Beschreibung	Berichtet auf	Punkte
Bereich 1: Forschungsteam und Reflexivität				
Persönliche Eigenschaften				
1.	Interviewer/Moderator	Welche Autor*in bzw. welche Autor*innen haben das Interview oder die Fokusgruppe durchgeführt? → **C. Bugge, H. Strachan**	S. 2	1
2.	Qualifikation	Über welche Qualifikationen verfügte die Forscher*in? Z. B. Promotion, Doktor der Medizin	Nicht enthalten	0
3.	Beruf	Welchen Beruf übte sie/er zum Zeitpunkt der Studie aus?	Nicht enthalten	0
4.	Geschlecht	War die Forscher*in männlich oder weiblich? → **weiblich**	S. 2	1
5.	Erfahrung und Ausbildung	Über welche Erfahrung oder Ausbildung verfügte die Forscher*in?	Nicht enthalten	0
Beziehung zu den TN				
6.	Aufgebaute Beziehung	Besteht bereits vor Beginn der Studie eine Beziehung? → **H. Strachan war teilweise bei der Rekrutierung der Frauen anwesend, um die TN zu informieren, Einverständnis einzuholen und Fragen zu beantworten** → **Forscher*innen hatten zuvor mit den medizinischen Fachkräften via E-Mail und Telefon kontakt im Rahmen der Rekrutierung**	S. 2	1
7.	Kenntnis der TN über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über die Forschenden? Z. B. persönliche Ziele, Gründe für die Forschung → **alle TN erhielten Informationsbroschüre über die Studie** → **H. Strachan erklärte einem Teil der Frauen während der Rekrutierung die Details zur Studie und besprach die Details der Studie am Telefon mit allen TN**	S. 2 - 3	1
8.	Merkmale des Interviewers	Welche Eigenschaften wurden über die Interviewer*in/Moderator*in berichtet? Z. B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe, Interessen in Bezug auf das Forschungsthema → **die TN wurden von den Autorinnen interviewt (C. Bugge, H. Strachan)**	Teilweise S. 2	0,5
Bereich 2: Studiengestaltung				
Theoretischer Rahmen				
9.	Methodische Ausrichtung und Theorie	Welche methodologische Orientierung wurde als Grundlage der Studie angegeben? z.B. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, Inhaltsanalyse → **Framework Analyse**	S. 2	1
TN-Auswahl				
10.	Probenahme	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. gezielt, nach Bequemlichkeit, consecutive, snowball → **Consecutive Sampling**	S. 2	1
11.	Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. persönlich, telefonisch, per Post, per Mail → **die Frauen persönlich durch die betreuende Hebamme** → **Fachpersonal per Mail, bzw. über die leitende Physiotherapeut*in**	S. 3	1
12.	Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmer waren an der Studie beteiligt?	S. 4	1
13.	Nichtteilnahme	Wie viele Menschen haben sich geweigert teilzunehmen oder sind ausgeschieden? Gründe? → **die ursprüngliche Rekrutierungsstrategie war nicht erfolgreich, vermutlich wegen zu viel schriftlicher Informationen**	Teilweise S. 2	0,5
Einstellung				
14.	Einstellung der Datensammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. zu Hause, in der Klinik, am Arbeitsplatz → **Telefoninterviews zu Hause und Fokusgruppen (für Hebammen) in der Klinik**	S. 2	1
15.	Präsenz von Nicht-TN	War sonst noch jemand anwesend neben den TN und Forschern? → **wird nicht erwähnt**	Nicht enthalten	0
16.	Beschreibung der Probe	Was sind die wichtigen Merkmale der Stichprobe? z.B. demografisch → **gemischte Population aus Parität, Alter, sozioökonomischem Status** → **gemischt Population aus Qualifikation, Berufserfahrung, Tätigkeitsfeld**	S. 4	1
Datenerfassung				
17.	Interviewleitfaden	Wurden Fragen, Aufforderungen, Leitfäden von den Autor*innen bereitgestellt? → **Ja** War es Pilot-getestet? → **Nein**	S. 7	1

18	**Wiederholungsinterviews**	**Wurden Wiederholungsinterviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele? → Nein**	**S. 3**	**1**
19	Audio/visuelle Aufnahmen	Wurde in der Forschung Audio- oder Videoaufnahmen verwendet, um die Daten zu sammeln? → **Audioaufnahmen der Interviews & Fokusgruppen**	S. 3	1
20.	Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während und/oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe gemacht? → **Nein**	Nicht enthalten	0
21.	Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder Fokusgruppen?	Nicht enthalten	0
22.	Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert?	S. 3, S. 6	1
23.	Transkripte zurückgegeben	Wurden die Transkripte den TN zur Kommentierung und/oder zurückgegeben? Korrektur?	Nicht enthalten	0
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse				
Datenanalyse				
24.	Anzahl der Datenkodierer	Wie viele Datenkodierer haben die Daten kodiert? → **2**	S. 3	1
25.	Beschreibung des Kodierungsbaums	Haben die Autoren eine Beschreibung des Kodierungsbaums bereitgestellt?	Nicht enthalten	0
26.	Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet? → **Verwendung einer Mischung aus deduktiver Codierung auf der Grundlage des ursprünglichen thematischen Rahmens und einem induktiven, offenen Kodierungsansatz auf der Grundlage zusätzlicher sich herausbildender Themen**	S. 3	1
27.	Software	Welche Software, falls zutreffend, wurde verwendet, um die Daten zu verwalten? → **NVIVO 12**	S. 3	1
28.	TN-Prüfung	Haben die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben? → **Aufforderung an medizinisches Fachpersonal, die Ergebnisse zu überprüfen**	Teilweise S. 6	0,5
Berichterstattung				
29.	Präsentierte Zitate	Wurden Teilnehmerzitate präsentiert, um die Themen/Ergebnisse zu veranschaulichen? Wurde jedes Zitat identifiziert? z.B. TN-Nummer	S. 4 - 5	1
30.	Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es Konsistenz zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen?	S. 4 - 7	1
31.	Klarheit der Hauptthemen	Wurden die wesentlichen Themen klar in den Ergebnissen präsentiert?	S. 4 - 6	1
32.	Klarheit von Nebenmotiven	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion über kleinere Themen?	S. 4 - 7	1
			Summe:	**22,5/32**

Anhang 1: Bugge et al. (2022): Bewertung der Berichterstattung anhand der COREQ Kriterien; entwickelt von Tong A, Sainsbury P, Craig J. [75]

Anhang 2: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Buurman et al. (2013) nach COREQ

Nr.	Artikel-Nr.	Leitfragen/Beschreibung	Berichtet auf	Punkte
Bereich 1: Forschungsteam und Reflexivität				
Persönliche Eigenschaften				
1.	Interviewer/Moderator	Welche Autor*in bzw. welche Autor*innen haben das Interview oder die Fokusgruppe durchgeführt? → **werden nicht namentlich genannt, Medizinstudentinnen**	S. 407 / 2	1
2.	Qualifikation	Über welche Qualifikationen verfügte die Forscher*in? Z. B. Promotion, Doktor der Medizin → **Allgemeinmedizinerin & Prof. Allgemeinmedizin**	S. 406 / 1	1
3.	Beruf	Welchen Beruf übte sie/er zum Zeitpunkt der Studie aus? → **Studentinnen**	S. 407 / 2	1
4.	Geschlecht	War die Forscher*in männlich oder weiblich? → **weiblich**	S. 407 / 2	1
5.	Erfahrung und Ausbildung	Über welche Erfahrung oder Ausbildung verfügte die Forscher*in? → **Interviewerinnen: selbst noch nicht geboren, fast abgeschlossenes Medizinstudium, Interviewkurs** → **Autorinnen: Allgemeinmedizinerin & Prof. Allgemeinmedizin** → **Codierung: Doktorand, Betreuer des Doktoranden, leitende Wissenschaftler**	S. 407 / 2	1
Beziehung zu den TN				
6.	Aufgebaute Beziehung	Besteht bereits vor Beginn der Studie eine Beziehung? → **keine Behandlungs-Beziehung**	S. 411 / 6	1
7.	Kenntnis der TN über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über die Forschenden? Z. B. persönliche Ziele, Gründe für die Forschung → **Informationen über die Studie im Einladungsscheiben für die TN, keine Details genannt**	Teilweise S. 407 / 2	0,5
8.	Merkmale des Interviewers	Welche Eigenschaften wurden über die Interviewer*in/Moderator*in berichtet? Z. B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe, Interessen in Bezug auf das Forschungsthema → **gingen davon aus, dass die TN sich öffnen, aufgrund ihrer Weiblichkeit und ihres fast abgeschlossenen Medizinstudiums, sonst keine Infos**	Teilweise S. 407 / 2	0,5
Bereich 2: Studiengestaltung				
Theoretischer Rahmen				
9.	Methodische Ausrichtung und Theorie	Welche methodologische Orientierung wurde als Grundlage der Studie angegeben? z.B. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, Inhaltsanalyse → **konstant vergleichende Inhaltsanalyse**	S. 407 / 2	1
TN-Auswahl				
10.	Probenahme	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. gezielt, nach Bequemlichkeit, consecutive, snowball → **Consecutive Sampling**	S. 407 / 2	1
11.	Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. persönlich, telefonisch, per Post, per Mail → **persönlich während der Sprechzeiten oder telefonisch**	S. 407 / 2	1
12.	Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmer waren an der Studie beteiligt? → **26**	S. 407 / 2	1
13.	Nichtteilnahme	Wie viele Menschen haben sich geweigert teilzunehmen oder sind ausgeschieden? Gründe? → **keine**	S. 411 / 6	1
Einstellung				
14.	Einstellung der Datensammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. zu Hause, in der Klinik, am Arbeitsplatz → **keine genaue Angabe**	Nicht enthalten	0
15.	Präsenz von Nicht-TN	War sonst noch jemand anwesend neben den TN und Forschern? → **keine Angabe**	Nicht enthalten	0
16.	Beschreibung der Probe	Was sind die wichtigen Merkmale der Stichprobe? z.B. demografisch	S. 407 / 2	1
Datenerfassung				
17.	Interviewleitfaden	Wurden Fragen, Aufforderungen, Leitfäden von den Autor*innen bereitgestellt? War es Pilot-getestet? → **Leitfäden bereitgestellt, vermutlich nicht Pilotgetestet**	S. 407 / 2 S. 412 / 7	1
18	Wiederholungsinterviews	Wurden Wiederholungsinterviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele?	Nicht enthalten	0
19	Audio/visuelle Aufnahmen	Wurde in der Forschung Audio- oder Videoaufnahmen verwendet, um die Daten zu sammeln? → **Audioaufnahmen**	S. 407 / 2	1
20.	Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während und/oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe gemacht? → **vermutlich nein**	Nicht relevant	-
21.	Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder Fokusgruppen?	Nicht enthalten	0
22.	Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert? → **Ja**	S. 407 / 2	1

23.	Transkripte zurückgegeben	Wurden die Transkripte den TN zur Kommentierung und/oder zurückgegeben? Korrektur? → vermutlich nicht	Nicht enthalten	0
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse				
Datenanalyse				
24.	Anzahl der Datenkodierer	Wie viele Datenkodierer haben die Daten kodiert? → **3**	S. 406 / 1 S. 411 / 6	1
25.	Beschreibung des Kodierungsbaums	Haben die Autoren eine Beschreibung des Kodierungsbaums bereitgestellt?	Nicht enthalten	0
26.	Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet? → **beides**	S. 408 / 3	1
27.	Software	Welche Software, falls zutreffend, wurde verwendet, um die Daten zu verwalten? → **nicht zutreffend**	Nicht relevant	-
28.	TN-Prüfung	Haben die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben? → **vermutlich nicht**	Nicht enthalten	0
Berichterstattung				
29.	Präsentierte Zitate	Wurden Teilnehmerzitate präsentiert, um die Themen/Ergebnisse zu veranschaulichen? Wurde jedes Zitat identifiziert? z.B. TN-Nummer → **Ja**	S. 408 / 3 - S. 410 / 5	1
30.	Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es Konsistenz zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen? → **Ja**	S. 406 / 1; S. 408 / 3 S. - 412 / 7	1
31.	Klarheit der Hauptthemen	Wurden die wesentlichen Themen klar in den Ergebnissen präsentiert? → **Ja**	S. 408/3 - S. 412 / 7	1
32.	Klarheit von Nebenmotiven	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion über kleinere Themen? → **Ja**	S. 408 / 3 - S. 411 / 6	1
			Summe:	**22/30**

Anhang 2: Buurman et al. (2013): Bewertung der Berichterstattung anhand der COREQ Kriterien; entwickelt von Tong A, Sainsbury P, Craig J. [75]

Anhang 3: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Gondim et al. (2021) nach AXIS

Appraisal of Cross-sectional Studies

	Question	Yes	No	Don't know/ Comment	Verweis und Punkte
Introduction					
1	Were the aims/objectives of the study clear?	x			S. 470/1 - 471/2 1
Methods					
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	x			1
3	Was the sample size justified?	x			S. 471/2 1
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	x			S- 471/2; S. 474/5 1
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?		x	Ja, weitestgehend. Wobei auch Limitationen genannt werden.	S. 474/5 0,5
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	x			S. 474/5 1
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		x	Keine Angaben	0
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	x			S. 471/2 1
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	x		Der Fragebogen wurde an 10 Frauen Pilotgetestet.	S. 471/2 1
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	x			S. 472/3 1
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	x			S. 471/2 - 472/3 1
Results					
12	Were the basic data adequately described?	x			S. 471/2 - 472/3 1
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			Keine Angaben zur Rücklaufquote.	0
14	If appropriate, was information about non-responders described?			Keine Angaben zu non-responders.	0
15	Were the results internally consistent?		x	In Tabelle 1 wird eine andere Stichprobengröße als Referenz angegeben ohne Begründung.	S. 473/4 0
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	x		Ja, nur da zu wenige TN PFMT ausführten, war die Analyse diesbezüglich nicht möglich.	S. 472/3; S. 475/6 1
Discussion					
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?		x	*	S. 472/3 - 476/7 0,5
18	Were the limitations of the study discussed?	x			S. 474/5 1
Other					
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		x	Teilweise: Keine Angabe zur Finanzierung der Studie. Ein Interessenkonflikt wird verneint.	S. 476/7 0,5
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	x			S. 472/3 1

Summe: 14,5/20

*Teilweise:
Keine Angaben zu non-responders, ein möglicher Selektionsbias wird diskutiert, auch nicht-signifikante Ergebnisse werden diskutiert, Störfaktoren sind nicht ersichtlich

Anhang 3: Gondim et al. (2021): Bewertung der Berichterstattung anhand der AXIS Kriterien entwickelt von Downers, Martin J. [78]

Anhang 4: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Gutiérrez et al. (2019) nach COREQ

Nr.	Artikel-Nr.	Leitfragen/Beschreibung	Berichtet auf	Punkte
Bereich 1: Forschungsteam und Reflexivität				
Persönliche Eigenschaften				
1.	Interviewer/Moderator	Welche Autor*in bzw. welche Autor*innen haben das Interview oder die Fokusgruppe durchgeführt? → **eine praktizierende Hebamme und eine Masterstudentin der Gesundheitswissenschaft, vermutlich nicht die Autorinnen**	S. 17/3	1
2.	Qualifikation	Über welche Qualifikationen verfügte die Forscher*in? Z. B. Promotion, Doktor der Medizin → **Hebammen, Prof. der Kontinenz-Technologie, Urogynäkologin, Dr. der Hebammenwissenschaft**	S. 15/1	1
3.	Beruf	Welchen Beruf übte sie/er zum Zeitpunkt der Studie aus? → **siehe Punkt 2.**	S. 15/1	1
4.	Geschlecht	War die Forscher*in männlich oder weiblich? → **Autorinnen: 3x weibl., 1x männl.** → **Interviewerinnen: 2x weilbl.**	S. 15/1 S. 17/3	1
5.	Erfahrung und Ausbildung	Über welche Erfahrung **(→ nicht näher beschrieben)** oder Ausbildung **(→ siehe Punkt 2)** verfügte die Forscher*in?	Teilweise S. 15/1	0,5
Beziehung zu den TN				
6.	Aufgebaute Beziehung	Besteht bereits vor Beginn der Studie eine Beziehung? → **nein, (TN wurden ausgeschlossen, wenn sie eine klinische Hebammenbetreuung durch den Hauptuntersuchungsleiter erhalten hatten)**	S. 17/3	1
7.	Kenntnis der TN über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über die Forschenden? Z. B. persönliche Ziele, Gründe für die Forschung → **den TN war das Forschungsthema/-ziel**	Teilweise S. 20/6	0,5
8.	Merkmale des Interviewers	Welche Eigenschaften wurden über die Interviewer*in/Moderator*in berichtet? Z. B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe, Interessen in Bezug auf das Forschungsthema → **praktizierende Hebamme und Masterstudentin der Gesundheitswissenschaft, sonst keine Angaben**	Teilweise S. 17/3	0,5
Bereich 2: Studiengestaltung				
Theoretischer Rahmen				
9.	Methodische Ausrichtung und Theorie	Welche methodologische Orientierung wurde als Grundlage der Studie angegeben? z.B. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, Inhaltsanalyse → **Framework-Analyse, induktiver Ansatz**	S. 17/3	1
TN-Auswahl				
10.	Probenahme	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. gezielt, nach Bequemlichkeit, consecutive, snowball → **bewusstes Sampling, heterogene Geburtsmodi**	S. 17/3	1
11.	Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. persönlich, telefonisch, per Post, per Mail → **via Facebookseite lokaler Müttergruppen**	S. 17/3	1
12.	Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmer waren an der Studie beteiligt? → **9**	S. 17/3	1
13.	Nichtteilnahme	Wie viele Menschen haben sich geweigert teilzunehmen oder sind ausgeschieden? Gründe? → **Rekrutierung über Wochenbett-Hebammen war erfolglos, sonst keine Angaben zur Nicht-Teilnahme**	Teilweise S. 17/3	0,5
Einstellung				
14.	Einstellung der Datensammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. zu Hause, in der Klinik, am Arbeitsplatz → **nach der Präferenz der TN: zu Hause oder Universität**	S. 17/3	1
15.	Präsenz von Nicht-TN	War sonst noch jemand anwesend neben den TN und Forschern?	Nicht enthalten	0
16.	Beschreibung der Probe	Was sind die wichtigen Merkmale der Stichprobe? z.B. demografisch	S. 16/2	1
Datenerfassung				
17.	Interviewleitfaden	Wurden Fragen, Aufforderungen, Leitfäden von den Autor*innen bereitgestellt? → **ja** War es Pilot-getestet? → **ja**	S. 17/3	1
18	Wiederholungsinterviews	Wurden Wiederholungsinterviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele?	Nicht enthalten	0
19	Audio/visuelle Aufnahmen	Wurde in der Forschung Audio- oder Videoaufnahmen verwendet, um die Daten zu sammeln? → **Audioaufnahmen**	S. 17/3	1
20.	Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während und/oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe gemacht?	Nicht relevant	-
21.	Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder Fokusgruppen? → **zw. 15 u. 54 Min**.	S. 17/3	1

22.	Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert? → **es wurden eine gezielte Stichprobe von 9 TN angestrebt und erreicht, wobei die Datensättigung nicht diskutiert wurde**	Nicht enthalten	0
23.	Transkripte zurückgegeben	Wurden die Transkripte den TN zur Kommentierung und/oder zurückgegeben? Korrektur?	Nicht enthalten	0
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse				
Datenanalyse				
24.	Anzahl der Datenkodierer	Wie viele Datenkodierer haben die Daten kodiert? → **2, Hauptuntersucherin und ihre Betreuerin**	S. 17/3	1
25.	**Beschreibung des Kodierungsbaums**	Haben die Autoren eine Beschreibung des Kodierungsbaums bereitgestellt? → **Tabelle 3**	S. 17/3	1
26.	Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet? → **induktiver Ansatz**	S. 17/3	1
27.	Software	Welche Software, falls zutreffend, wurde verwendet, um die Daten zu verwalten?	Nicht enthalten	0
28.	TN-Prüfung	Haben die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben?	Nicht enthalten	0
Berichterstattung				
29.	Präsentierte Zitate	Wurden Teilnehmerzitate präsentiert, um die Themen/Ergebnisse zu veranschaulichen? Wurde jedes Zitat identifiziert? z.B. TN-Nummer	S. 18/4 - 22/8	1
30.	Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es Konsistenz zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen?	S. 17/3 - 24/10	1
31.	Klarheit der Hauptthemen	Wurden die wesentlichen Themen klar in den Ergebnissen präsentiert?	S. 17/3 - 22/8	1
32.	Klarheit von Nebenmotiven	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion über kleinere Themen?	S. 17/3 - 22/8	1
			Summe:	**23/31**

Anhang 4: Gutiérrez et al. (2019): Bewertung der Berichterstattung anhand der COREQ Kriterien; entwickelt von Tong A, Sainsbury P, Craig J. [75]

Anhang 5: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Hyakutake et al. (2017) nach CONSORT

Section / Topic	No	CONSORT 2025 checklist item description	Reported on page no.	Punkte
Title and abstract				
Title and structured abstract	1a	Identification as a randomised trial	S. 418 / 1	1
	1b	Structured summary of the trial design, methods, results, and conclusions	S. 418 / 1	1
Open science				
Trial registration	2	Name of trial registry, identifying number (with URL) and date of registration → **Studienregister nicht angegeben; URL und Datum enthalten**	Teilweise S. 419 / 2	0,5
Protocol and statistical analysis plan	3	Where the trial protocol and statistical analysis plan can be accessed → **Kontakt der korrespondierenden Autorin/Studienleitung Dr. Geoffrion**	indirekt S. 418 / 1	0,5
Data sharing	4	Where and how the individual de-identified participant data (including data dictionary), statistical code and any other materials can be accessed → **Kontakt der korrespondierenden Autorin/Studienleitung Dr. Geoffrion**	indirekt S. 418 / 1	0,5
Funding and conflicts of interest	5a	Sources of funding and other support (e.g., supply of drugs), and role of funders in the design, conduct, analysis and reporting of the trial	S. 424 / 7	1
	5b	Financial and other conflicts of interest of the manuscript authors	S. 418 / 1	1
Introduction				
Background and rationale	6	Scientific background and rationale	S. 419 / 2	1
Objectives	7	Specific objectives related to benefits and harms → **der Nutzen wird definiert, mögl. Risiken o. Schäden werden nur indirekt anhand angeführt (Zufriedenheit, Geburtsmodus, Komplikationen, Belastung durch Symptome)**	Teilweise S. 419 / 2; S. 422 / 5 - S. 423 / 6	0,5
Methods				
Patient and public involvement	8	Details of patient or public involvement in the design, conduct and reporting of the trial	Nicht vorhanden	0
Trial design	9	Description of trial design including type of trial (e.g., parallel group, crossover), allocation ratio, and framework (e.g., superiority, equivalence, non-inferiority, exploratory)	S. 419 / 2	1
Changes to trial protocol	10	Important changes to the trial after it commenced including any outcomes or analyses that were not prespecified, with reason → **es wurden keine Änderungen beschrieben**	Nicht relevant	-
Trial setting	11	Settings (e.g., community, hospital) and locations (e.g., countries, sites) where the trial was conducted	S. 419 / 2	1
Eligibility criteria	12 a	Eligibility criteria for participants	S. 419 / 2	1
	12 b	If applicable, eligibility criteria for sites and for individuals delivering the interventions (e.g., surgeons) → **Ärzt*in, Qualitikation nicht näher definiert**	Teilweise S. 419 / 2	0,5
Intervention and comparator	13	Intervention and comparator with sufficient details to allow replication. If relevant, where additional materials describing the intervention and comparator (e.g., intervention manual) can be accessed → **keine genaue Beschreibung der Intervetion (Workshop) oder der Standardversorgung**	Teilweise S. 419 / 2	0,5
Outcomes	14	Pre-specified primary and secondary outcomes, including the specific measurement variable (e.g., systolic blood pressure), analysis metric (e.g., change from baseline, final value, time to event), method of aggregation (e.g., median, proportion), and time point for each outcome	S. 420 / 3	1

Harms	15	How harms were defined and assessed (e.g., systematically, non-systematically) → **mögliche Schäden aufgrund der Intervention wurden nicht direkt definiert, nur indirekt anhand angeführt (Zufriedenheit, Geburtsmodus, Komplikationen, Belastung durch Symptome)**	Teilweise S. 419 / 2; S. 422 / 5 - S. 423 / 6	0,5
Sample size	16 a	How sample size was determined, including all assumptions supporting the sample size calculation	S. 419 / 2	1
	16 b	Explanation of any interim analyses and stopping guidelines → **kein Hinweis auf geplante Zwischenanalysen oder Abbruchkriterien**	Nicht erfüllt	0
Randomisation				
Sequence generation	17 a	Who generated the random allocation sequence and the method used → **ein Statistiker, in Blöcken, nummerierte Umschläge, keine Nennung des verwendeten Programms**	Teilweise S. 419 / 2	0,5
	17 b	Type of randomisation and details of any restriction (e.g., stratification, blocking and block size) → **siehe 17a**	S. 419 / 2	1
Allocation concealment mechanism	18	Mechanism used to implement the random allocation sequence (e.g., central computer/telephone; sequentially numbered, opaque, sealed containers), describing any steps to conceal the sequence until interventions were assigned	S. 419 / 2	1
Implementation	19	Whether the personnel who enrolled and those who assigned participants to the interventions had access to the random allocation sequence	S. 419 / 2	1
Blinding	20 a	Who was blinded after assignment to interventions (e.g., participants, care providers, outcome assessors, data analysts) → **Verblindung nicht möglich**	Nicht relevant	-
	20 b	If blinded, how blinding was achieved and description of the similarity of interventions → **keine Verblindung**	Nicht relevant	-
Statistical methods	21 a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes, including harms	S. 420 / 3 - S. 423 / 6	1
	21 b	Definition of who is included in each analysis (e.g., all randomised participants), and in which group → **Intention-to-Treat-Analyse; faktisch konnten aber nur die verfügbaren Fragebögen ausgewertet werden, also Per-Protocol-Analyse.**	S. 420 / 3	1
	21 c	How missing data were handled in the analysis	S. 420 / 3	1
	21 d	Methods for any additional analyses (e.g., subgroup and sensitivity analyses), distinguishing prespecified from post-hoc	S. 420 / 3 - S. 421 / 4	1
Results				
Participant flow, including flow diagram	22 a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended intervention, and were analysed for the primary outcome	S. 419 / 2	1
	22 b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	S. 420 / 3	1
Recruitment	23 a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up for outcomes of benefits and harms	S. 419 / 2	1
	23 b	If relevant, why the trial ended or was stopped	Nicht relevant	-
Intervention and comparator delivery	24 a	Intervention and comparator as they were actually administered (e.g., where appropriate, who delivered the intervention/comparator, how participants adhered, whether they were delivered as intended [fidelity])	S. 420 / 3	1
	24 b	Concomitant care received during the trial for each group	Nicht relevant	-
Baseline data	25	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	S. 421 / 4	1
Numbers analysed, outcomes and estimation	26	For each primary and secondary outcome, by group: - the number of participants included in the analysis → **37 Frauen je Gruppe** - the number of participants with available data at the outcome time point - result for each group, and the estimated effect size and its precision	S. 420 / 3 - S. 423 / 6	1

		(such as 95% confidence interval) - for binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect size		
Harms	27	All harms or unintended events in each group → **Es wurden keine Schäden oder unbeabsichtigte Ergebnisse berichtet, welche auf den Workshop zurückzuführen sind.**	Nicht vorhanden	0
Ancillary analyses	28	Any other analyses performed, including subgroup and sensitivity analyses, distinguishing pre-specified from post-hoc → **der Wissenszuwachs wurde um das Bildungsniveau bereinigt**	S. 420 / 3 - S. 421 / 4	1
Discussion				
Interpretation	29	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	S. 422 / 5	1
Limitations	30	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, generalisability, and, if relevant, multiplicity of analyses	S. 423 / 6 - S. 424 / 7	1
			Summe:	**30/38**

Anhang 5: Hyakutake et al. (2017): Bewertung der Berichterstattung anhand der CONSORT Kriterien, in Anlehnung an Hopewell S. et al. [76]

Anhang 6: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Moossdorff-S. et al. (2023) nach COREQ

Nr.	Artikel-Nr.	Leitfragen/Beschreibung	Berichtet auf	Punkte
Bereich 1: Forschungsteam und Reflexivität				
Persönliche Eigenschaften				
1.	Interviewer/Moderator	Welche Autor*in bzw. welche Autor*innen haben das Interview oder die Fokusgruppe durchgeführt? → **Interviews: Heidi F. A. Moossdorff-Steinhauser (MS)** → **Fokusgruppen: MS und Esther M. J. Bols**	S. 1202/4	1
2.	Qualifikation	Über welche Qualifikationen verfügte die Forscher*in? Z. B. Promotion, Doktor der Medizin → **MS, Inge Houkes, Esther M. J. Bols, Bary C. M. Berghmans: PhD** → **Marc E. A. Spaanderman: Doktor der Medizin**	S. 1202/4	1
3.	Beruf	Welchen Beruf übte sie/er zum Zeitpunkt der Studie aus? → **(spezialisierte) Physiotherapeutinnen (PT), Geburtshelfer, Epidemiologin**	S. 1202/4	1
4.	Geschlecht	War die Forscher*in männlich oder weiblich? → **4x weiblich, 1x männlich**	S. 1999/1	1
5.	Erfahrung und Ausbildung	Über welche Erfahrung oder Ausbildung verfügte die Forscher*in? → **MS hat bereits zuvor zum Thema Umgang mit UI und hilfesuchendem Verhalten bei peripartalen Frauen geforscht, hat 20 J. klinische Erfahrung in der spezialisierte PT** → **Inge Houkes: Erfahrung in Sozialmedizin & qualitativer Forschung** → **Esther M. J. Bols: Epidemiologin, PT, Projektmanagement, Supervision** → **Bary C. M. Berghmans: > 35 J. klinische Erfahrung in spezialisierten PT** → **Marc E. A. Spaanderman: Geburtshelfer** → **alle Forschenden verfügen über Erfahrung in der qualitativen Forschung**	S. 1200/2	1
Beziehung zu den TN				
6.	Aufgebaute Beziehung	Besteht bereits vor Beginn der Studie eine Beziehung?	Nicht enthalten	0
7.	Kenntnis der TN über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über die Forschenden? Z. B. persönliche Ziele, Gründe für die Forschung → **Frauen: Informationen über die Studie im Facebook-Post, der zu Rekrutierung genutzt wurde, ausführliches Informationsschreiben vor der Teilnahme** → **HCP: ausführliches Informationsschreiben vor den Fokusgruppen**	S. 1200/2	1
8.	Merkmale des Interviewers	Welche Eigenschaften wurden über die Interviewer*in/Moderator*in berichtet? Z. B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe, Interessen in Bezug auf das Forschungsthema → **MS hat bereits Erfahrung in dem Forschungsgebiet**	S. 1200/2	1
Bereich 2: Studiengestaltung				
Theoretischer Rahmen				
9.	Methodische Ausrichtung und Theorie	Welche methodologische Orientierung wurde als Grundlage der Studie angegeben? z.B. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, Inhaltsanalyse → **konstant vergleichende Analyse**	S. 1202/4	1
TN-Auswahl				
10.	Probenahme	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. gezielt, nach Bequemlichkeit, consecutive, snowball → **Frauen: Purposive Sampling**	S. 1200/2	1
11.	Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. persönlich, telefonisch, per Post, per Mail → **Facebook-Post auf den Seiten von 3 Hebammenpraxen** → **HCP: per Mail oder persönliche Einladung durch MS**	S. 1200/2	1
12.	Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmer waren an der Studie beteiligt? → **6 Schwangere, 7 Frauen pp., 8 HCP**	S. 1999/1 S. 1201/3	1
13.	Nichtteilnahme	Wie viele Menschen haben sich geweigert teilzunehmen oder sind ausgeschieden? Gründe? → **keine Angaben**	Nicht enthalten	0
Einstellung				
14.	Einstellung der Datensammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. zu Hause, in der Klinik, am Arbeitsplatz → **Einzelinterviews zu Hause, ein Interview am Arbeitsplatz der TN**	S. 1202/4	1

		→ **Fokusgruppen in Besprechungsraum des örtlichen Krankenhauses**		
15.	Präsenz von Nicht-TN	War sonst noch jemand anwesend neben den TN und Forschern? → **Nein, Einzelinterviews mit MS**	S. 1200/2 S. 1202/4	1
16.	Beschreibung der Probe	Was sind die wichtigen Merkmale der Stichprobe? z.B. demografisch	S. 1201/3	1
Datenerfassung				
17.	Interviewleitfaden	Wurden Fragen, Aufforderungen, Leitfäden von den Autor*innen bereitgestellt? → **halbstrukturierte Interviewleitfäden** War es Pilot-getestet? → **keine Angabe**	Teilweise S. 1999/1	0,5
18	Wiederholungsinterviews	Wurden Wiederholungsinterviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele?	Nicht enthalten	0
19	**Audio/visuelle Aufnahmen**	Wurde in der Forschung Audio- oder Videoaufnahmen verwendet, um die Daten zu sammeln? → **Audioaufnahmen der Interviews** → **keine Audioaufnahmen der Fokusgruppen**	S. 1201/3; S. 1202/4	1
20.	Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während und/oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe gemacht? → **ja, bei den Fokusgruppen**	S. 1202/4	1
21.	Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder Fokusgruppen? → **Interviews: ca. 45 Min; Fokusgruppen max. 2 h**	S. 1202/4	1
22.	Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert? → **ja**	S. 1202/4	1
23.	Transkripte zurückgegeben	Wurden die Transkripte den TN zur Kommentierung und/oder zurückgegeben? Korrektur?	Nicht enthalten	0
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse				
Datenanalyse				
24.	Anzahl der Datenkodierer	Wie viele Datenkodierer haben die Daten kodiert? → **Zwei**	S. 1202/4	1
25.	Beschreibung des Kodierungsbaums	Haben die Autoren eine Beschreibung des Kodierungsbaums bereitgestellt?	Nicht enthalten	0
26.	Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet? → **es wurde ein Interviewleitfaden mit Themen bereitgestellt, dieser wurde um aufkommende Themen während der Interviews erweitert**	S. 1202/4	1
27.	Software	Welche Software, falls zutreffend, wurde verwendet, um die Daten zu verwalten? → **NVIVO 12 pro**	S. 1202/4	1
28.	TN-Prüfung	Haben die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben?	Nicht enthalten	0
Berichterstattung				
29.	Präsentierte Zitate	Wurden Teilnehmerzitate präsentiert, um die Themen/Ergebnisse zu veranschaulichen? Wurde jedes Zitat identifiziert? z.B. TN-Nummer → **ja**	S. 1202/4 - S. 1204/6	1
30.	Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es Konsistenz zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen? → **ja**	S. 1202/4 - S. 1204/6	1
31.	Klarheit der Hauptthemen	Wurden die wesentlichen Themen klar in den Ergebnissen präsentiert? → **ja**	S. 1202/4 - S. 1204/6	1
32.	Klarheit von Nebenmotiven	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion über kleinere Themen? → **ja**	S. 1202/4 - S. 1204/6	1
			Summe:	**25,5/32**

Anhang 6: Moossdorff et al. (2023): Bewertung der Berichtsqualität anhand der COREQ Kriterien; entwickelt von Tong A, Sainsbury P, Craig J. [75]

Anhang 7: Bewertung der Berichtsqualität der Studie Wagg et al. (2017) nach COREQ

Nr.	Artikel-Nr.	Leitfragen/Beschreibung	Berichtet auf	Punkte
Bereich 1: Forschungsteam und Reflexivität				
Persönliche Eigenschaften				
1.	Interviewer/Moderator	Welche Autor*in bzw. welche Autor*innen haben das Interview oder die Fokusgruppe durchgeführt? → **Ann R. Wagg (Interviews & Fokusgruppen)**	S. 450/3	1
2.	Qualifikation	Über welche Qualifikationen verfügte die Forscher*in? Z. B. Promotion, Doktor der Medizin → **Leitende Praxiskrankenschwester (PhD)** → **Professorin für Gemeindekrankenpflege und öffentliche Gesundheit** → **Außerordentliche Professorin für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung**	S. 448/1	1
3.	Beruf	Welchen Beruf übte sie/er zum Zeitpunkt der Studie aus? → **Siehe Punkt 2**	S. 448/1	1
4.	Geschlecht	War die Forscher*in männlich oder weiblich? → **weiblich**	S. 448/1	1
5.	Erfahrung und Ausbildung	Über welche Erfahrung oder Ausbildung verfügte die Forscher*in? → **siehe Punkt 2, Interesse an Harnwegsproblemen bei Frauen, die sie aus früheren Forschungen (FUSS) gewonnen hat**	S. 448/1 S. 452/5	1
Beziehung zu den TN				
6.	Aufgebaute Beziehung	Besteht bereits vor Beginn der Studie eine Beziehung? → **die Forscherin war Mitarbeiterin der Praxis, in der die Interviews/Fokusgruppen/ vorgeburtlichen Beobachtungssitzungen durchgeführt wurden** → **unklar, ob die Forscherin die rekrutierten Frauen bereits kannte**	Teilweise S. 450/3	0,5
7.	Kenntnis der TN über den Interviewer	Was wussten die Teilnehmer über die Forschenden? Z. B. persönliche Ziele, Gründe für die Forschung → **den Frauen wurde zu Beginn der Grund der Forschung erklärt** → **den Fachkräften wurde bei der Rekrutierung ein Infoblatt ausgehändigt, Vorstellung der Hauptforscherin und ihrem Interesse zu Beginn der Fokusgruppe**	S. 450/3; S. 451/4; S. 452/5	1
8.	Merkmale des Interviewers	Welche Eigenschaften wurden über die Interviewer*in/Moderator*in berichtet? Z. B. Voreingenommenheit, Annahmen, Gründe, Interessen in Bezug auf das Forschungsthema → **leitende Praxiskrankenschwester, Mitarbeiterin der Einrichtung, in der die Rekrutierung und Forschung stattfand**	Teilweise S. 448/1; S. 450/3	0,5
Bereich 2: Studiengestaltung				
Theoretischer Rahmen				
9.	Methodische Ausrichtung und Theorie	Welche methodologische Orientierung wurde als Grundlage der Studie angegeben? z.B. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, Inhaltsanalyse → **Grounded theory**	S. 448/1; S. 450/3	1
TN-Auswahl				
10.	Probenahme	Wie wurden die Teilnehmer ausgewählt? z.B. gezielt, nach Bequemlichkeit, consecutive, snowball → **Frauen: theoretisches Sampling: zunächst Convenience Sampling, dann gezielte Auswahl** → **Fachkräfte: Convenience Sampling**	S. 450/3	1
11.	Vorgehensweise	Wie wurden die Teilnehmer angesprochen? z.B. persönlich, telefonisch, per Post, per Mail → **Frauen: postalisch, persönlich während der WB-Betreuung oder in Müttergruppen** → **Fachkräfte: persönlich oder per Infoblatt**	S. 450/3	1
12.	Stichprobengröße	Wie viele Teilnehmer waren an der Studie beteiligt? → **15 Frauen; 10 Fachkräfte**	S. 453/6; S. 454/7	1
13.	Nichtteilnahme	Wie viele Menschen haben sich geweigert teilzunehmen oder sind ausgeschieden? Gründe? → **bei der ursprünglichen Rekrutierung wollten 28 von 30 eingeladenen Frauen nicht teilnehmen, ob bei der sekundären Rekrutierung Frauen die Teilnahme ablehnten oder während der Studie ausschieden, bleibt unklar** → **von den Fachkräften hat sich niemand geweigert teilzunehmen**	Teilweise S. 450/3	0,5
Einstellung				
14.	Einstellung der Datensammlung	Wo wurden die Daten gesammelt? z.B. zu Hause, in der Klinik, am Arbeitsplatz → **Interviews bei den TN zu Hause** → **keine Angabe zum Ort der Fokusgruppen** → **Beobachtungssitzungen in der Geburtsvorbereitungsklinik und in der Müttergruppe**	Teilweise S. 450/3	0,5

15.	Präsenz von Nicht-TN	War sonst noch jemand anwesend neben den TN und Forschern? → **Nein**	S. 450/3	1
16.	Beschreibung der Probe	Was sind die wichtigen Merkmale der Stichprobe? z.B. demografisch	S. 453/6	1
Datenerfassung				
17.	Interviewleitfaden	Wurden Fragen, Aufforderungen, Leitfäden von den Autor*innen bereitgestellt? War es Pilot-getestet? → **Interviewleitfaden bereitgestellt und ein Pilotinterview durchgeführt**	S. 450/3	1
18	Wiederholungsinterviews	Wurden Wiederholungsinterviews durchgeführt? Wenn ja, wie viele? → **ja, das Pilotinterview wurde wiederholt**	S. 453/6	1
19	Audio/visuelle Aufnahmen	Wurde in der Forschung Audio- oder Videoaufnahmen verwendet, um die Daten zu sammeln? → **Audioaufnahmen der Interviews & Fokusgruppen** → **keine Audioaufnahmen bei den Beobachtungssitzungen**	S. 450/3 S. 452/5	1
20.	Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während und/oder nach dem Interview oder der Fokusgruppe gemacht? → **während der Beobachtungssitzungen**	S. 450/3	1
21.	Dauer	Wie lange dauerten die Interviews oder Fokusgruppen? → **Durchschnittslänge der Interviews 45 Min** → **Beobachtungssitzungen 2h** → **Fokusgruppen 1h**	S. 450/3; S. 451/4	1
22.	Datensättigung	Wurde die Datensättigung diskutiert? → **Befragungen wurden zielgerichtet fortgesetzt, bis Datensättigung erreicht**	S. 451/4	1
23.	Transkripte zurückgegeben	Wurden die Transkripte den TN zur Kommentierung und/oder zurückgegeben? Korrektur? → **ja, den Frauen und den Fachkräften wurden die Transkripte zur Korrektur zurückgegeben**	S. 453/6	1
Bereich 3: Analyse und Ergebnisse				
Datenanalyse				
24.	Anzahl der Datenkodierer	Wie viele Datenkodierer haben die Daten kodiert? → **eine (nur die Hauptforscherin), das Pilotinterview von 2 Personen**	S. 451/4	1
25.	Beschreibung des Kodierungsbaums	Haben die Autoren eine Beschreibung des Kodierungsbaums bereitgestellt? → **nicht direkt, aber die Struktur der Kategorien und Konzepte wird detailliert beschrieben**	Teilweise S. 454/7	0,5
26.	Ableitung von Themen	Wurden Themen im Voraus identifiziert oder aus den Daten abgeleitet? → **zunächst kurzer Interviewleitfaden, welche durch aufkommende Themen ergänzt wurde**	S. 450/3	1
27.	Software	Welche Software, falls zutreffend, wurde verwendet, um die Daten zu verwalten? → **keine**	Nicht relevant	-
28.	TN-Prüfung	Haben die TN Feedback zu den Ergebnissen gegeben?	Nicht enthalten	0
Berichterstattung				
29.	Präsentierte Zitate	Wurden Teilnehmerzitate präsentiert, um die Themen/Ergebnisse zu veranschaulichen? Wurde jedes Zitat identifiziert? z.B. TN-Nummer → **ja**	S. 454/7 - S. 458/11	1
30.	Daten und Ergebnisse konsistent	Gab es Konsistenz zwischen den präsentierten Daten und den Ergebnissen? → **ja (Zitate, Validierung durch TN, Standards der wissenschaftlichen Stringenz, etc.)**	S. 453/6 - S. 458/11	1
31.	Klarheit der Hauptthemen	Wurden die wesentlichen Themen klar in den Ergebnissen präsentiert? → **ja**	S. 453/6 - S. 458/11	1
32.	Klarheit von Nebenmotiven	Gibt es eine Beschreibung verschiedener Fälle oder eine Diskussion über kleinere Themen? → **ja**	S. 455/8	1
			Summe:	**27,5/31**

Anhang 7: Wagg et al. (2017): Bewertung der Berichtsqualität anhand der COREQ Kriterien; entwickelt von Tong A, Sainsbury P, Craig J. [75]

Antiplagiatserklärung/Selbständigkeitserklärung

Name: Römheld
Vorname: Rahel Elena
Matrikelnummer: 6406000
Studiengang: ☒ B.Sc. Hebammenwissenschaft ☐ M.Sc. Hebammenwissenschaft und Frauengesundheit
Adresse: Brucknerweg 4, 72076 Tübingen

Hiermit versichere ich, die Arbeit mit dem Titel:

Bedarf an präpartaler Aufklärung zu schwangerschafts- und geburtsassoziierten Beckenbodenveränderungen aus Sicht der Frauen - Ein Scoping Review

☐ Hausarbeit / Studienarbeit

☒ Bachelorarbeit / Masterarbeit

☐ Sonstige

im Sommer-/Wintersemester 2026 bei Konstanze Weinert, M.A. und Kristie Walter, M.Sc.

selbstständig und nur mit den in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst zu haben. Alle aus anderen Arbeiten übernommenen Inhalte, egal ob wörtlich oder paraphrasiert, habe ich als solche eindeutig gekennzeichnet.

Mir ist bekannt, dass ich alle schriftlichen Arbeiten, die ich im Verlauf meines Studiums als Studien- oder Prüfungsleistung einreiche, selbständig verfassen muss. Zitate sowie der Gebrauch von fremden Quellen und Hilfsmitteln müssen nach den Regeln wissenschaftlicher Dokumentation von mir eindeutig gekennzeichnet werden. Ich darf fremde Texte oder Textpassagen (auch aus dem Internet) nicht als meine eigenen ausgeben.

Im Falle des Einsatzes generativer KI in unterstützender Funktion (einschließlich in andere Programme eingebetteter KI, z. B. Textverarbeitungssoftware) ist mir bewusst, dass die Verwendung von mittels generativer KI erstellten Texten oder Inhalten keine Garantie für deren Qualität besteht und ich verantwortlich bin, wenn durch die Verwendung solcher Werkzeuge fehlerhafte Inhalte, Verstöße gegen Datenschutz- oder Urheberrechte oder wissenschaftliches Fehlverhalten (z. B. Plagiate) entstehen sollten.

Ich versichere, dass ich Instrumente der generativen KI nur als Hilfsmittel eingesetzt habe und bei dieser wissenschaftlichen Arbeit mein kreativer Einfluss überwiegt. Durch die nachfolgenden Erläuterungen zur Nutzung von Instrumenten der regenerativen KI habe ich nach bestem Wissen offengelegt, welche Instrumente ich zu welchem Zweck und in welchem Umfang eingesetzt habe.

Mir ist bewusst, dass die Arbeit in digitaler Form durch einen automatisierten elektronischen Vergleich auf die Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis geprüft und zu diesem Zweck auch an einen externen Dienstleister übermittelt werden kann. Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit in eine Datenbank eingespeist wird, in der sie auch nach der Prüfung verbleibt, um einen Vergleich mit künftig eingereichten Arbeiten zu ermöglichen.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die genannten Punkte prüfungsrechtliche Konsequenzen haben und insbesondere dazu führen kann, dass die Prüfungsleistung mit „nicht ausreichend“ bzw. die Studienleistung mit „nicht bestanden“ bewertet wird und bei mehrfachem oder schwerwiegendem Täuschungsversuch eine Exmatrikulation erfolgen bzw. ein Verfahren zur Entziehung eines eventuell verliehenen akademischen Titels eingeleitet werden kann.

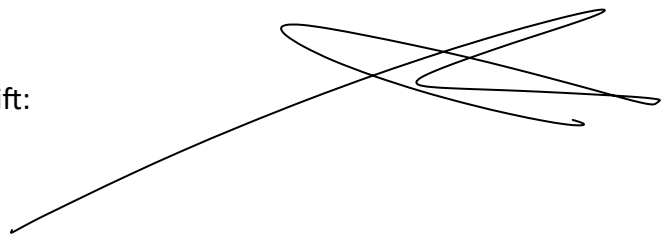
Teile dieser Arbeit wurden bereits veröffentlicht (z.B. mündlicher Vortrag, Abstract-Publikation, veröffentlichtes oder eingereichtes Paper/Kapitel):

☒ Nein

☐ Ja *(Fügen Sie hier die Teile und die Literaturquelle ein)*

Sofern eingereichten Abzüge meiner wissenschaftlichen Arbeit in unterschiedlichen Formaten erfolgen (beispielsweise als Papierdruck und als elektronische Datei) versichere ich, dass die eingereichten Exemplare identisch sind.

Datum: 23.04.2026 Unterschrift:



Reflexion über den Gebrauch generativer KI

1. Tabellarische Auflistung der eingesetzten Instrumente generativer KI

Instrument	Verwendungsart	Betroffene Teile der wissenschaftlichen Arbeit bzw. des Erstellungsprozesses
deepl.com	Übersetzen von Textpassagen ins Deutsche und des Abstracts ins Englische	Übersetzung wissenschaftlicher Arbeiten, die im Literaturverzeichnis aufgeführt sind; Abstract dieser Arbeit
chatgpt.com	Ideensammlung für eine mögliche Gliederung der Arbeit; Umformulierung des Titels zur besseren Lesbarkeit; Kürzungen im Abstract dieser Arbeit; Vorschläge zur klareren Formulierung einzelner sehr langer und verschachtelter Sätze zur Verbesserung der Lesbarkeit und des Stils	Gliederung; Titel; Abstract; einzelne wenige Sätze innerhalb der Arbeit
notebooklm.google	Hilfestellung zum Auffinden der richtigen Textstelle für die Beantwortung der Bewertungs-Items der Checklisten, wenn diese nicht selbst identifiziert werden konnte.	Bewertung der inkludierten Studien
Quillbot.com	Rechtschreib- und Grammatiküberprüfung	Ganze Arbeit

2. Reflexion meiner Erfahrungen beim Einsatz von generativer KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens anhand von zwei Beispielen

Welche Aufgabe innerhalb meiner wissenschaftlichen Arbeit habe ich mithilfe von generativer KI versucht zu lösen und wie war der konkrete Lösungsansatz? 1. Zur besseren Lesbarkeit sehr langer und verschachtelter Sätze habe ich chatgpt.com um Verbesserungsvorschläge gebeten. Als geeignet befundene Vorschläge habe ich selbstständig weiter angepasst und verwendet. 2. Zur Überprüfung der vermeintlich nicht enthaltenen Antworten auf die Checklist-Items in den inkludierten Studien habe ich notebooklm.goole verwendet. So wurden mir die Textstellen gezeigt, die die Antwort beinhaltete und die ich selbst nicht gefunden hatte.
Welche Probleme sind dabei aufgetreten? An welcher Stelle sind mir (inhaltliche) Fehler der von der generativen KI erzeugten Texte aufgefallen? 1. Teils war der Inhalt etwas von dem ursprünglich beabsichtigten Inhalt abweichend. 2. Teils identifizierte notebooklm.google in den Studien Antworten auf die gesuchte Frage, die ich als weit hergeholt und nicht ganz korrekt empfand.
Inwieweit konnte ich die Aufgabe mithilfe von generativer KI lösen und wo war mir dies nicht möglich? 1. ChatGPT war durchaus in der Lage, Sätze deutlich besser lesbar zu formulieren, jedoch war stets eine sehr wachsame Kontrolle des Inhalts notwendig. 2. Mehrmals konnte ich dank notebooklm.google die passende Stelle im Text, die die gesuchte Antwort auf die entsprechende Frage beinhaltete. Viele vorgeschlagene Textstellen zeigten sich aber auch als nicht hilfreich.

3. Diskussion über die Chancen und Risiken beim Einsatz von KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Gefahren sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Schreiben? - Ich schätze, dass es in Zukunft immer schwieriger sein wird, die Eigenleistung der Studierenden von KI-generierter Arbeit unterscheiden zu können. - KI-generierte Inhalte bergen immer die Gefahr eines unbeabsichtigten Plagiats.
Wie habe ich sichergestellt, dass sich diese Gefahren nicht negativ auf meine wissenschaftliche Arbeit auswirken? - Ich habe die KI lediglich zu Ideenanstößen, für Kürzungen und für die Umformulierung meiner eigenen Texte sowie für das Auffinden der entsprechenden Textstelle verwendet. Eine Verwendung von KI-generierten Textpassagen, die nicht als Basis die selbst geschriebene Eigenleistung hatten, wurde in dieser Arbeit nicht verwendet. Auch KI-generierte Ideen, wurden lediglich als Anstoß verwendet.
Welche Chancen sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Schreiben? - Erleichterung von mühsamer Arbeit, wie dem teils schwierigen Auffinden der richtigen Textpassage. - Selbst wenn Umformulierungen von Textpassagen gar nicht übernommen werden, bringen sie manchmal den nötigen Denkanstoß/die nötige Inspiration, um selbst auf eine bessere Formulierung zu kommen.
Wie habe ich versucht, diese Chancen im Prozess der Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit zu nutzen? - Notebooklm.goole hat mir das teils schwierige Auffinden der gesuchten Textpassage erleichtert. - Bei langen, verschachtelten Sätzen hat mir ChatGPT geholfen diese besser verständlich zu formulieren. Ich habe die Vorschläge von ChatGPT korrigiert und angepasst oder habe die nötige Inspiration bekommen, wie ich meine eigene Version besser formulieren kann.
Wie bewerte ich insgesamt den Erfolg des Einsatzes generativer KI bei der Erstellung der wissenschaftlichen Arbeit? - Der Einsatz bietet vielfältige Chancen die Arbeit erheblich zu erleichtern. - Dennoch ist der reflektierte Umgang damit, inklusive des Bewusstseins für mögliche Schwächen, Risiken und Gefahren essenziell.
Inwieweit ist es mir gelungen, die Gefahren des Einsatzes zu vermeiden und gleichzeitig die Chancen zu nutzen? - Da ich nicht blind KI-generierte Sätze oder Textpassagen übernommen habe, habe ich sicherlich die meisten Gefahren umgangen. - Eine Arbeitserleichterung durch Übersetzen von Textpassagen, das Suchen nach der richtigen Textstelle oder dem Kürzen/Umformulieren von Textpassagen hat mir die Arbeit erheblich erleichtert.