

Umsetzung der S3-Leitlinie Vaginale Geburt aus Sicht von Hebammen

Ergebnisbericht

Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers
Hilke Schauland
Celina Ruppert

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis	VI
Hintergrund.....	1
Methode	1
Ergebnisse	2
Stichprobenbeschreibung.....	2
Möglichkeit zur Umsetzung der Leitlinie.....	4
Informierte Entscheidung.....	6
Allgemeine Betreuung.....	9
Monitoring.....	16
Schmerzmanagement.....	19
Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung.....	21
Vorgehen in der passiven und aktiven Eröffnungsphase.....	24
Vorgehen in der Austrittsphase.....	29
Vorgehen in der Nachgeburtsphase.....	40
Aspekte der Qualitätssicherung.....	42
Diskussion	45
Schlussfolgerung	49
Literatur	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Verteilung Bundesländer für überwiegende Tätigkeit (Angabe in %)	2
Abbildung 2 Verteilung Levelkliniken in Prozent (Angabe in %)	2
Abbildung 3 Berufserfahrung der teilnehmenden Hebammen (Angabe in %)	3
Abbildung 4 Hebamme in leitender Position (Angabe in %)	3
Abbildung 5 Hebamme in leitender Position in Prozent Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %) %)	4
Abbildung 6 Wie leicht fällt es Ihnen, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin umzusetzen? (Angabe in %)	4
Abbildung 7 Wie leicht fällt es Ihnen, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin umzusetzen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)	5
Abbildung 8 Gründe für die leichte bis sehr leichte Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie (Angabe in %)	5
Abbildung 9 Gründe für schwere bis unmögliche Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie (n=851) (Angabe in %)	6
Abbildung 10 Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung (n=1.336) (Angabe in %)	8
Abbildung 11 Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)	9
Abbildung 12 Möglichkeit gegeben, dass Gebärende sich bewegt (Angabe in %)	9
Abbildung 13 Möglichkeit gegeben, dass Gebärende sich bewegt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)	10
Abbildung 14 Möglichkeit der freien Wahl der Gebärposition (n=1.856) (Angaben in %)	10
Abbildung 15 Möglichkeit der freien Wahl der Gebärposition Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	11
Abbildung 16 Möglichkeit, die gewünschte Anzahl an Begleitpersonen dabei zu haben (n=1.856) (Angaben in %)	11
Abbildung 17 Möglichkeit, die gewünschte Anzahl an Begleitpersonen dabei zu haben Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	12

Abbildung 18 Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen (n=1.856) (Angaben in %)	12
Abbildung 19 Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	13
Abbildung 20 Wahrung der Intimsphäre (Angaben in %)	13
Abbildung 21 Wahrung Intimsphäre Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	14
Abbildung 22 Zur Verfügung stehendes Inventar (Angaben in %)	14
Abbildung 23 Zeit für eine Eins-zu-eins-Betreuung (Angaben in %)	15
Abbildung 24 Zeit für eine Eins-zu-eins-Betreuung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	15
Abbildung 25 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko (Angaben in %)	16
Abbildung 26 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko Level 1 und 2 (Angaben in %)	17
Abbildung 27 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko Level 3 und 4 (Angaben in %)	17
Abbildung 28 Angebot Telemetrie (Angaben in %)	18
Abbildung 29 Angebot Telemetrie Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	18
Abbildung 30 Methoden nicht medikamentöse Schmerzlinderung. Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)	19
Abbildung 31 Nutzung der Walking PDA (Angaben in %)	20
Abbildung 32 Nutzung der Walking PDA Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	20
Abbildung 33 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung (Angaben in %)	22
Abbildung 34 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung Level 1 und 2 (Angaben in %)	22
Abbildung 35 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung Level 3 und 4 (Angaben in %)	23
Abbildung 36 Geburtseinleitung bei vorzeitigem Blasensprung (Angaben in %)	23
Abbildung 37 Geburtseinleitung bei vorzeitigem Blasensprung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	24

Abbildung 38 Empfehlung, die Latenzphase zu Hause zu verbringen (Angaben in %)	25
Abbildung 39 Empfehlung, die Latenzphase zu Hause zu verbringen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %).....	25
Abbildung 40 Routinemäßige frühzeitige Amniotomie in der Eröffnungsphase (Angaben in %) ..	26
Abbildung 41 Routinemäßige frühzeitige Amniotomie in Eröffnungsphase Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	26
Abbildung 42 Frühzeitige Applikation von Oxytocin in der Eröffnungsphase (Angaben in %)	27
Abbildung 43 Frühzeitige Applikation von Oxytocin in der Eröffnungsphase Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	27
Abbildung 44 Häufigkeit vaginale Untersuchungen - Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)	28
Abbildung 45 Rhythmus Steigerung Oxytocintropf (Angaben in %)	28
Abbildung 46 Rhythmus Steigerung Oxytocintropf Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	29
Abbildung 47 Abwarten einer längeren Wehenpause bei vollständigem Muttermund (Angaben in %).....	30
Abbildung 48 Abwarten einer längeren Wehenpause bei vollständigem Muttermund Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %).....	30
Abbildung 49 Abwarten des Pressdrangs (Angaben in %)	31
Abbildung 50 Abwarten des Pressdrangs Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	31
Abbildung 51 Anleitung zum aktiven Mitschieben (Pressen) bei einer komplikationslosen Geburt (Angaben in %)	33
Abbildung 52 Anleitung zum aktiven Mitschieben (Pressen) bei einer komplikationslosen Geburt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	34
Abbildung 53 Vorgehen bei ineffektivem Pressen – Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)	35
Abbildung 54 Schnittführung der mediolateralen Episiotomie (Winkel zur Vertikalen 60°) (Angaben in %)	35
Abbildung 55 Schnittführung der mediolateralen Episiotomie (Winkel zur Vertikalen 60°) Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %).....	36

Abbildung 56 PDA aufspritzen, Pudendusblock oder Infiltration vor Episiotomie (Angaben in %)	36
Abbildung 57 PDA aufspritzen, Pudendusblock oder Infiltration vor Episiotomie Level 1 /2 vs. Level 3 /4 (Angaben in %)	37
Abbildung 58 Durchführung Handgriff nach Kristeller (Angaben in %)	38
Abbildung 59 Durchführung Handgriff nach Kristeller Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	38
Abbildung 60 Haut-zu-Haut-Kontakt (Angaben in %)	40
Abbildung 61 Haut-zu-Haut-Kontakt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	41
Abbildung 62 Ausstattung mit Praxisanleitenden (Angaben in %)	43
Abbildung 63 Ausstattung mit Praxisanleitenden Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Auswahl von Empfehlungen/Statements, die eine informierte Entscheidung adressieren	7
Tabelle 2 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase (Angaben in %).....	32
Tabelle 3 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase Level 1 und Level 2 Kliniken (Angaben in %)	32
Tabelle 4 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase Level 3 und Level 4 Kliniken (Angaben in %)	33
Tabelle 5 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden (Angaben in %)	39
Tabelle 6 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden - Level 1 und Level 2 (Angaben in %)	39
Tabelle 7 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden - Level 3 und Level 4 (Angaben in %)	40
Tabelle 8 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch (Angaben in %)	41
Tabelle 9 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch - Level 1 und Level 2 (Angaben in %)	41
Tabelle 10 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch - Level 3 und Level 4 (Angaben in %)	42

Hintergrund

Mit der S3-Leitlinie 015/083 Vaginale Geburt am Termin wird der Praxis eine Zusammenfassung bestmöglicher Evidenzen zur Verfügung gestellt, um eine evidenzbasierte Betreuung während einer primär physiologischen Geburt zu ermöglichen [1]. Sie wurde im Januar 2021 veröffentlicht und wird in der Praxis bis dato sehr unterschiedlich bewertet [2, 3]. In dem Forschungsprojekt zur Umsetzung der S3-Leitlinie 015/083 Geburt am Termin aus Sicht von Hebammen wird sich der Frage gewidmet, wie hoch der Umsetzungsgrad der Leitlinie aus Sicht von Hebammen ist und welche Faktoren förderlich oder auch hinderlich für eine Umsetzung sind.

Methode

Diese Querschnittsstudie zur Umsetzung der S3-Leitlinie 015/083 Vaginale Geburt am Termin wurde zwischen April und Juli 2024 mittels einer Online-Umfrage durchgeführt. Der Fragebogen basierte auf den Handlungsempfehlungen der Leitlinie und wurde zwischen Oktober 2023 und Januar 2024 entwickelt. Ursprünglich für Niedersachsen geplant, wurde die Studie auf alle Bundesländer ausgeweitet.

Studiendesign: Die Studie wurde als anonyme Online-Umfrage konzipiert. Gerichtet war sie an Hebammen, die im Kreißaal arbeiten. Die Teilnahme war freiwillig. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben, so dass keine Rückschlüsse auf die Person oder Kliniken möglich waren.

Datenerhebung und Rekrutierung: Der Zeitraum der Datenerhebung umfasste 13 Wochen vom 2. Mai bis 14. Juli 2024. Als Software wurde LimeSurvey (Version 6.12.0) genutzt. Der Pretest wurde in Nordrhein-Westfalen zur Überprüfung der Verständlichkeit und Zeiterfassung beim Ausfüllen durchgeführt. Die Umfrage wurde über verschiedene Kanäle veröffentlicht: In Niedersachsen wurden E-Mails an die Kreißsäle geschickt. Des Weiteren wurde die Onlineumfrage durch die Newsletter des Deutschen Hebammenverbandes und die der Bundesländer beworben. Auch Social-Media-Posts wurden genutzt, um die Umfrage bekannter zu machen.

Ethische Aspekte: Auf der Startseite der Umfrage wurden die Teilnehmenden über das Studienziel und die Anonymität der Datenerhebung informiert. Die Teilnahme erforderte eine Zustimmung und Bestätigung des Mindestalters von 18 Jahren.

Datenanalyse: Die Auswertung der Daten erfolgte durch Prof. Dr. Rainhild Schäfers unter Verwendung der Statistik- und Analyse-Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 29.0. Die Daten wurden unter Anwendung der deskriptiven Statistik ausgewertet, wobei unter anderem Angaben von Hebammen aus Level 1 und Level 2 Kliniken zusammengefasst und denen von Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken gegenübergestellt wurden.

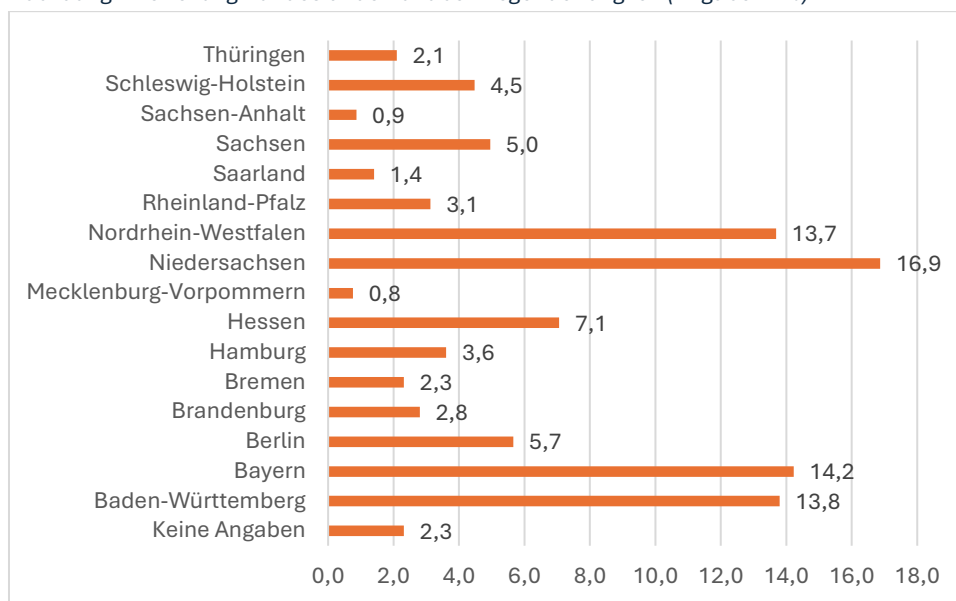
Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 2.174 Hebammen den Fragebogen ausgefüllt, wobei 14,6% (n=318) Hebammen die Befragung spätestens nach der ersten inhaltlichen Frage (Haben Sie die S3-Leitlinie vaginale Geburt am Termin und/oder die Handlungsempfehlungen gelesen bzw. sind sie Ihnen vorgestellt worden?) beendet haben. Diese 318 Hebammen wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Damit flossen die Angaben von insgesamt 1.856 Hebammen in die deskriptive Auswertung ein.

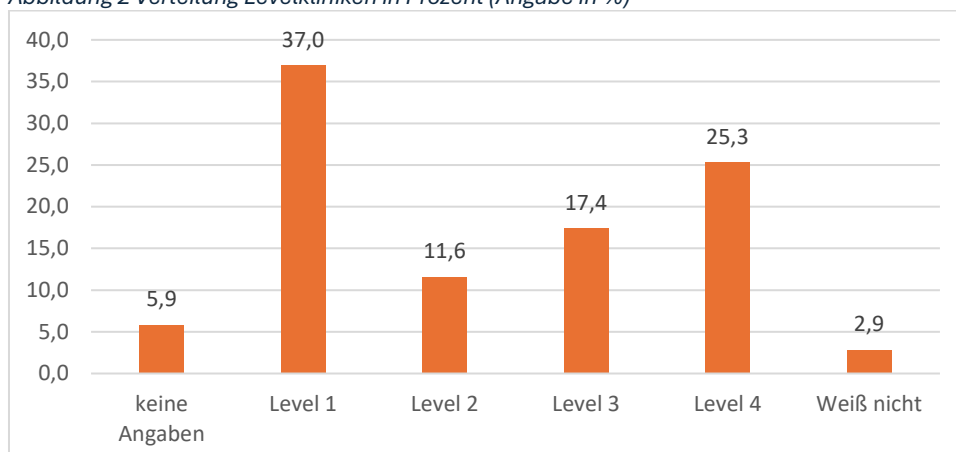
Aus dem Bundesland Niedersachsen haben mit 16,9% (n=313) die meisten Hebammen teilgenommen, gefolgt von Bayern mit 14,2% (n=264) und Baden-Württemberg mit 13,8% (n=256, siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 Verteilung Bundesländer für überwiegende Tätigkeit (Angabe in %)



Die meisten der befragten Hebammen arbeiten in einer Level 1 Klinik (37,0%, n=686), gefolgt von Hebammen aus Level 4 Kliniken (25,3%, n=470, siehe Abbildung 2). In der Gegenüberstellung der Daten aus Level 1 und Level 2 Kliniken gegenüber den Daten aus Level 3 und Level 4 Kliniken konnten Angaben von 901 Hebammen aus Level 1 und Level 2 Kliniken und 793 Hebammen aus Level 3 und Level 4 Kliniken berücksichtigt werden.

Abbildung 2 Verteilung Levelkliniken in Prozent (Angabe in %)



Ein Viertel der teilnehmenden Hebammen verfügt über eine Berufserfahrung von bis zu 5 Jahren (siehe Abbildung 3) und knapp 11,0% arbeiten in einer leitenden Position (siehe Abbildung 4). Die Verteilung der Berufsjahre hat sich in den Einrichtungen nicht unterschieden.

Abbildung 3 Berufserfahrung der teilnehmenden Hebammen (Angabe in %)

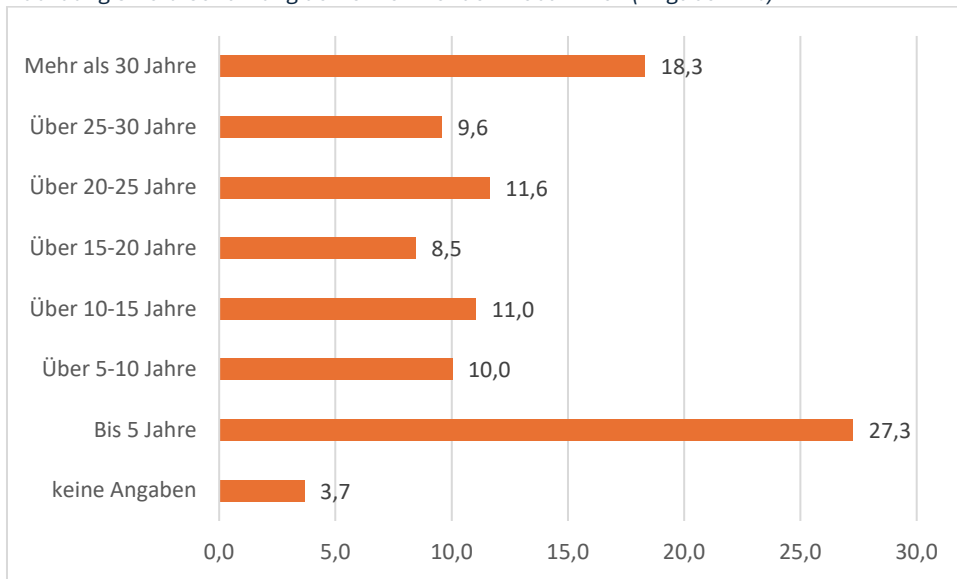
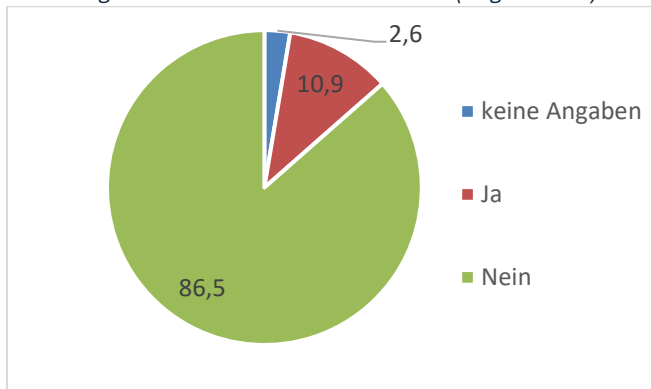
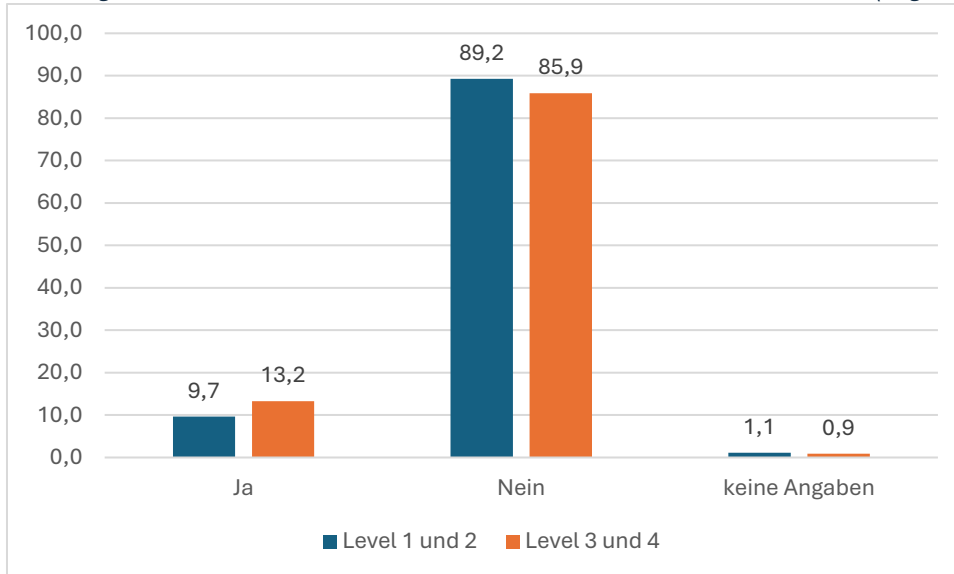


Abbildung 4 Hebamme in leitender Position (Angabe in %)



9,7% der befragten Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken haben eine Leitungsfunktion inne. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 13,2% (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5 Hebamme in leitender Position in Prozent Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)

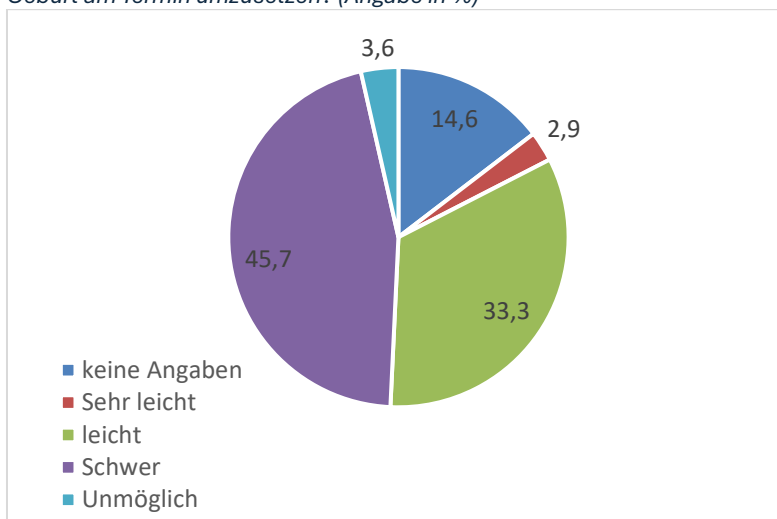


Möglichkeit zur Umsetzung der Leitlinie

91,8% der befragten Hebammen geben an, dass sie die S3-Leitlinie vaginale Geburt am Termin und/oder die Handlungsempfehlungen gelesen haben bzw. ihnen vorgestellt worden ist/sind.

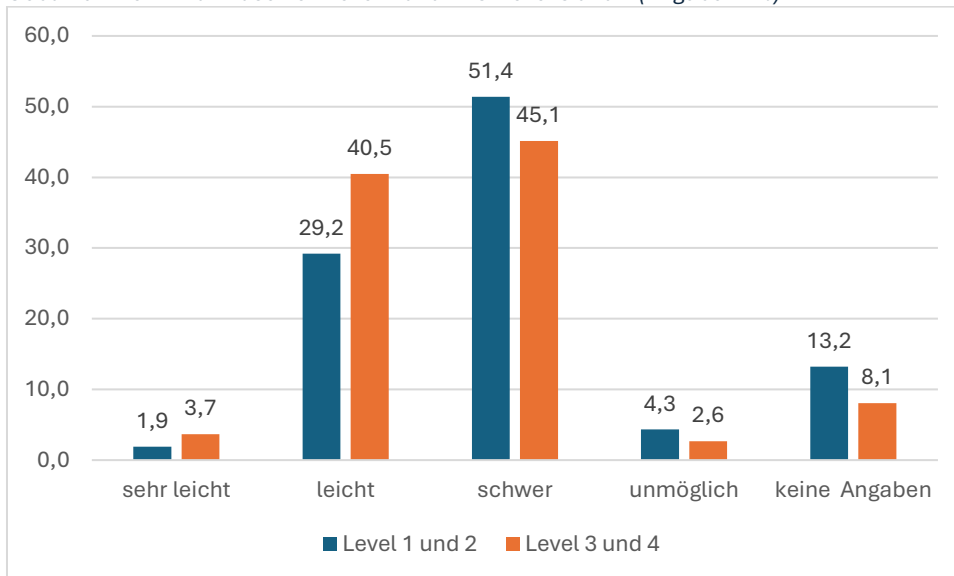
36,2% der Hebammen geben an, dass es ihnen leicht bis sehr leicht fällt, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen umzusetzen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6 Wie leicht fällt es Ihnen, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin umzusetzen? (Angabe in %)



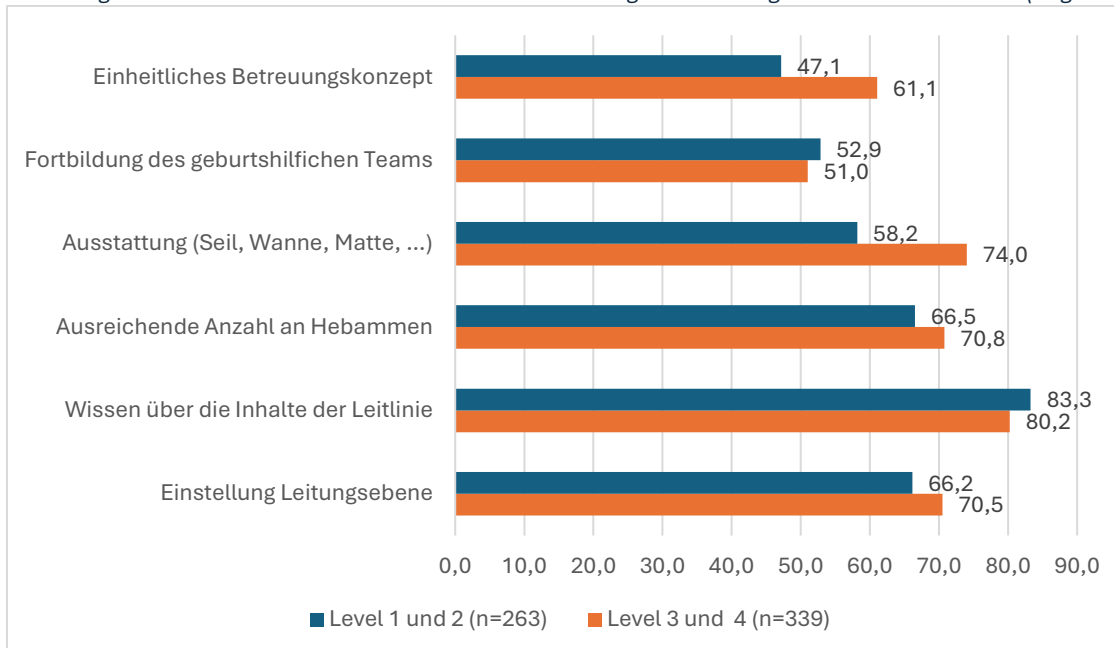
31,1% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken, die eine Bewertung bezüglich der Umsetzungsmöglichkeit vornahmen, geben an, dass ihnen die Umsetzung des überwiegenden Teils der Handlungsempfehlungen leicht bis sehr leicht fällt. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 44,2% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7 Wie leicht fällt es Ihnen, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin umzusetzen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)



602 der 671 Hebammen, die die Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie als leicht bis sehr leicht bewerteten, nennen Gründe hierfür. Als Hauptgrund wird hierbei das Wissen über die Inhalte der Leitlinie (Ärzt:innen und Hebammen) genannt. Im Antwortverhalten unterteilt nach Levelteilung gibt es in Bezug auf die Ausstattung und das einheitliche Betreuungskonzept die deutlichsten Unterschiede (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8 Gründe für die leichte bis sehr leichte Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie (Angabe in %)

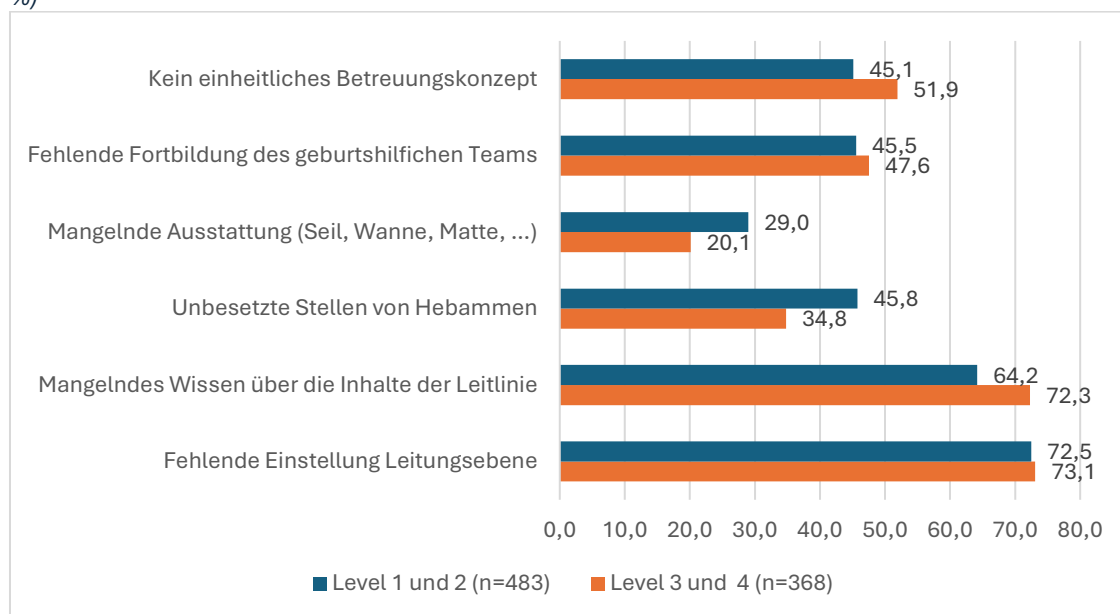


44 Hebammen nennen darüber hinaus sonstige Gründe für eine leichte bis sehr leichte Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie. Die hier am häufigsten genannten Gründe sind die Vorhaltung eines Hebammenkreißsaals und die Motivation der beteiligten Berufsgruppen.

Nahezu die Hälfte der Hebammen gibt an, dass es ihnen schwerfällt bzw. sie es als unmöglich ansehen, den überwiegenden Teil der Handlungsempfehlungen umzusetzen (siehe Abbildung 6).

851 der 914 Hebammen, die die Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie als schwer bis unmöglich bewerten, nennen Gründe hierfür. Im Antwortverhalten unterteilt nach Levelteilung gibt es in Bezug auf unbesetzte Hebammenstellen den deutlichsten Unterschied (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9 Gründe für schwere bis unmögliche Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie (n=851) (Angabe in %)



97 Hebammen nennen sonstige Gründe für eine schwere bis unmögliche Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie. Die am häufigsten hier ausformulierten Gründe sind eine reguläre Stellenbesetzung, die jedoch für die Umsetzung der Leitlinie, insbesondere einer Eins-zu-eins-Betreuung nicht ausreicht, sowie eine Ablehnung durch die Ärzt:innenschaft.

Im Folgenden werden in der Reihenfolge der Leitlinienkapitel ausgewählte Aspekte bezüglich ihrer Umsetzung näher dargestellt. Zu Beginn des jeweiligen Abschnitts werden die Empfehlungen aus der Leitlinie gelistet und diese den Ausprägungen der Umsetzung aus Sicht der Hebammen gegenübergestellt.

Informierte Entscheidung

Empfehlung der Leitlinie

Die S3-Leitlinie 015/083 Vaginale Geburt am Termin konstatiert die reduzierende Wirkung von partizipativen Entscheidungsfindungsprozessen auf Entscheidungskonflikte und Ängste während der Schwangerschaft. Ebenso wird festgehalten, dass die partizipative Entscheidungsfindung die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben sowie die Sicherheit bei der Wahl des Geburtsortes erhöht. Die Information der Schwangeren/Gebärenden ist ein elementarer Bestandteil des partizipativen Entscheidungsprozesses. An unterschiedlichen Stellen der Leitlinie 015/083

Vaginale Geburt am Termin wird in den Empfehlungen und Statements die Relevanz von Informationen sowie der informierten Entscheidung adressiert.

Tabelle 1 stellt eine Auswahl dieser Empfehlungen/Statements dar.

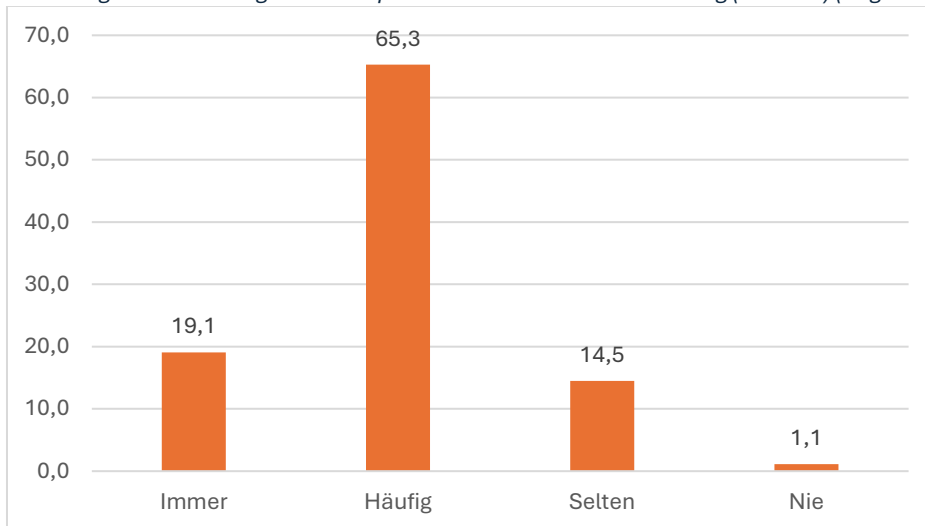
Tabelle 1 Auswahl von Empfehlungen/Statements, die eine informierte Entscheidung adressieren

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENTS
3.1	Frauen sollen über die Möglichkeit unterschiedlicher Geburtsorte informiert sein.
3.2	Frauen sollen grundsätzlich über die unterschiedlichen Möglichkeiten der erreichbaren geburtshilflichen Settings informiert werden, z. B. Zugang zu einer Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, Zugang zu ärztlicher Betreuung, Zugang zu unterschiedlichen schmerzlindernden Maßnahmen und pharmakologischen Schmerzmitteln, Möglichkeiten der vaginalen Geburt bei Zustand nach Sectio caesarea, BEL und Zwillingen und weitere Aspekte.
3.3	Wenn mit einer Frau der Geburtsort besprochen wird, sollen persönliche Sichtweisen und Urteile bzgl. ihrer Wahl vermieden werden zugunsten objektiver Beratung.
3.4	Alle Gesundheitsfachpersonen sollen jederzeit dafür sorgen, dass Frauen eine individuelle und respektvolle Betreuung erhalten, dass sie mit Wertschätzung und Achtung behandelt werden und dass sie selbst informiert entscheiden können.
3.5	Schwangeren sollen frühzeitig evidenzbasierte Information und Unterstützung angeboten werden, die sie befähigen, eine informierte Wahl hinsichtlich der Geburt zu treffen. Die Sichtweisen und Bedenken von Frauen sollen als integraler Bestandteil des Beratungs- und Entscheidungsprozesses anerkannt werden.
6.1	Angehörige der Gesundheitsberufe sollten sich ihrer eigenen Haltung gegenüber dem Geburtsschmerz bewusst sein und ihre Betreuung darauf ausrichten, die Frau in ihren Entscheidungen zu unterstützen
6.2	Eine Frau, die Atem- und Entspannungstechniken zur Bewältigung der Wehen einsetzen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden.
6.3	Eine Frau, die sich nach erlernten Massagetechniken von ihrer Geburtsbegleitung massieren lassen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden.
6.7	Gebärende sollen darin unterstützt werden, die Musik ihrer Wahl abzuspielen.
6.8	Für Akupunktur, Akupressur, Hypnose, Aromatherapie und Yoga sind keine nachteiligen Wirkungen beschrieben. Den Wünschen der Frau, die diese Methoden anwenden möchte, kann entsprochen werden. Eine entsprechende Ausbildung des Anwenders /der Anwenderin soll gegeben sein.
6.11	Gebärenden unter der Geburt, die einer Analgesie bedürfen oder eine Analgesie wünschen, sollte eine Epiduralanalgesie angeboten werden.
7.16	Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sollte <ul style="list-style-type: none"> - die Schwangere nach ihrem Befinden, ihren Wünschen, ihren Erwartungen und ihren Befürchtungen befragt werden. - die Schwangere nach den fetalen Bewegungen und möglichen Veränderungen befragt werden. - die Schwangere darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet und wie sie mit dem Wehenschmerz umgehen kann. - die Schwangere darüber informiert werden, welche Unterstützung sie erwarten kann. - mit der Schwangeren das weitere Vorgehen geplant werden, inklusive des Hinweises, wer wann für sie zuständig und zu kontaktieren ist. - die Begleitperson Hilfestellung erhalten.
7.19	Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden soll eine ausreichende Anamnese inklusive ihrer Erwartungen und Wünsche erhoben werden.
7.35	Die Gebärende sollte dazu ermutigt werden, sich zu bewegen und die Position einzunehmen, die für sie am angenehmsten ist. Sie soll aktiv bei der Einnahme der von ihr gewählten Positionen unterstützt werden.
7.45	Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass Oxytocin die Frequenz und Stärke der Wehen steigert, und dass dies zu einer kontinuierlichen Überwachung führt. Eine Periduralanästhesie sollte vor der Oxytocin-Gabe angeboten werden.
9.5	Die Frau soll vor der Geburt über das aktive Management und das abwartende Vorgehen in der Nachgeburtsperiode und über den damit verbundenen Nutzen und die Risiken informiert werden.

9.6	Entscheidet sich eine Frau mit geringem postpartalen Blutungsrisiko für ein abwartendes Management der Nachgeburtsperiode, so sollte dieser Wunsch respektiert werden. Die Frau sollte dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden.
9.8	Ein Wechsel vom abwartenden zum aktiven Management soll der Frau angeboten werden, wenn diese die Nachgeburtsphase verkürzen möchte.
9.11	Die Nabelschnur sollte vor Ablauf von 5 Minuten nach der Geburt des Neugeborenen abgeklemmt und durchtrennt werden. Entscheidet die Frau, dass die Nabelschnur erst nach Ablauf von mehr als 5 Minuten nach der Geburt abgeklemmt wird, dann sollte dieser Wunsch respektiert werden und die Frau entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden.
9.35	Es soll sichergestellt werden, dass jede Untersuchung oder Behandlung des Neugeborenen mit Zustimmung der Eltern und möglichst in ihrer Gegenwart oder, wenn dies nicht möglich ist, mit ihrem Wissen stattfindet.

1.390 Hebammen (74,9%) ist das Konzept der informierten Entscheidungsfindung ganz oder teilweise vertraut. 1.336 dieser Hebammen machen Angaben dazu, wie häufig das Konzept angewendet wird (siehe Abbildung 10).

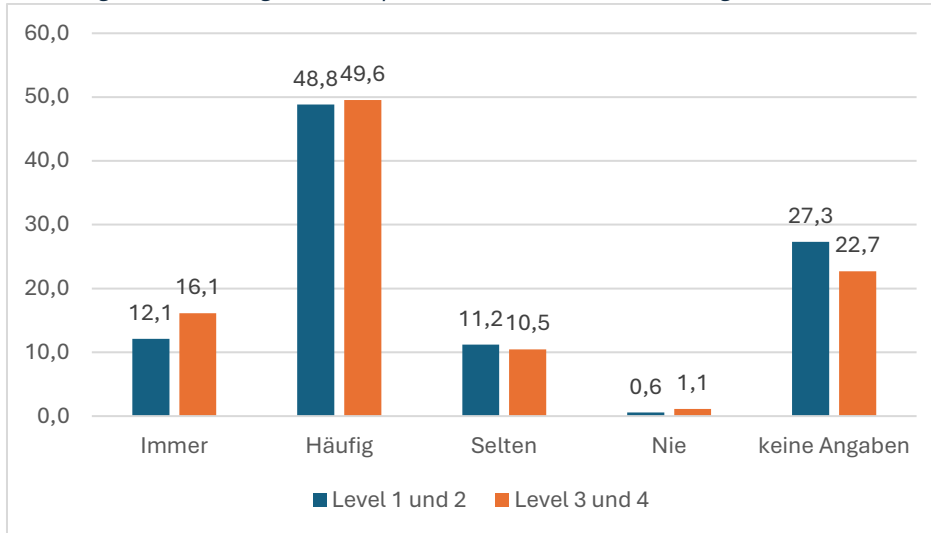
Abbildung 10 Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung (n=1.336) (Angabe in %)



Während 60,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken die Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung immer/häufig gelingt, sind es in Level 3 und 4 Kliniken 65,9% (siehe Abbildung 11).

Aus den Antworten geht nicht hervor, in welchen konkreten Situationen bzw. in Bezug auf welche der in Tabelle 1 gelisteten Empfehlungen das Konzept der informierten Entscheidung angewendet wurde.

Abbildung 11 Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)



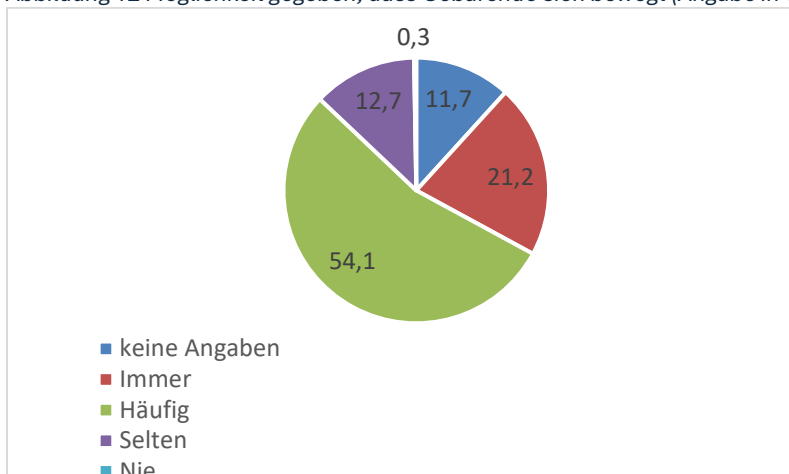
Allgemeine Betreuung

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.35	Die Gebärende sollte dazu ermutigt werden, sich zu bewegen und die Position einzunehmen, die für sie am angenehmsten ist. Sie soll aktiv bei der Einnahme der von ihr gewählten Positionen unterstützt werden.

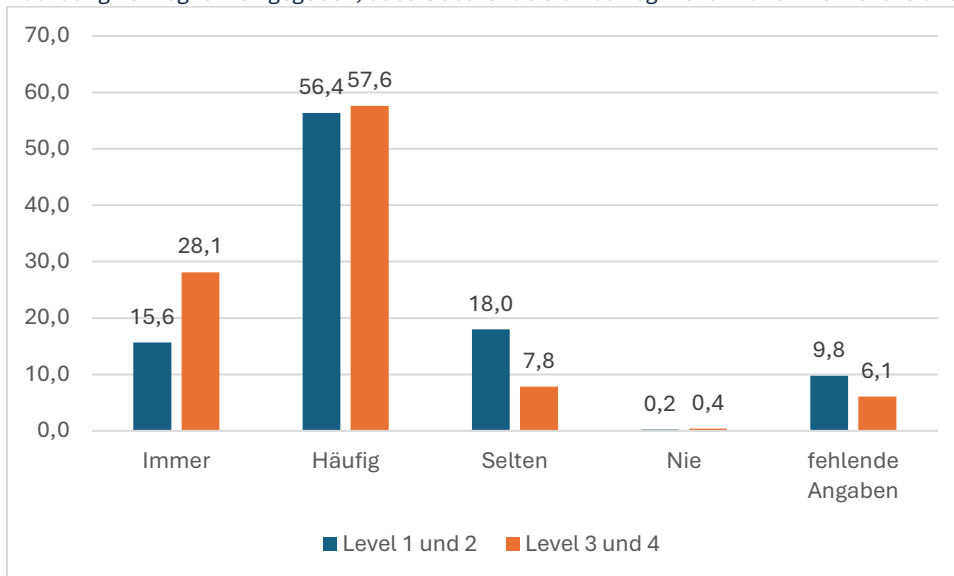
Zwei Drittel der Hebammen geben an, dass in ihrer Einrichtung Gebärenden immer oder häufig die Gelegenheit gegeben wird, sich zu bewegen (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12 Möglichkeit gegeben, dass Gebärende sich bewegt (Angabe in %)



72% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken beschreiben, dass dort immer/häufig die Möglichkeit für die Gebärende gegeben ist, sich zu bewegen. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 85,7% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13 Möglichkeit gegeben, dass Gebärende sich bewegt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angabe in %)

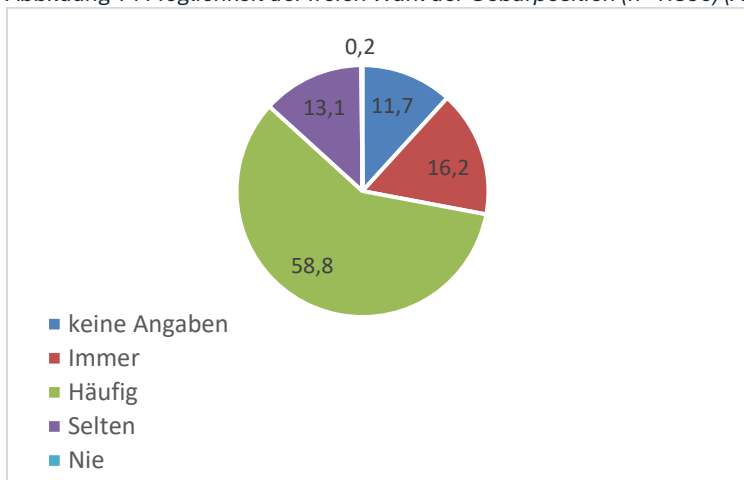


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.7	Die Gebärende soll dazu angehalten werden, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Sie soll motiviert werden die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfindet.

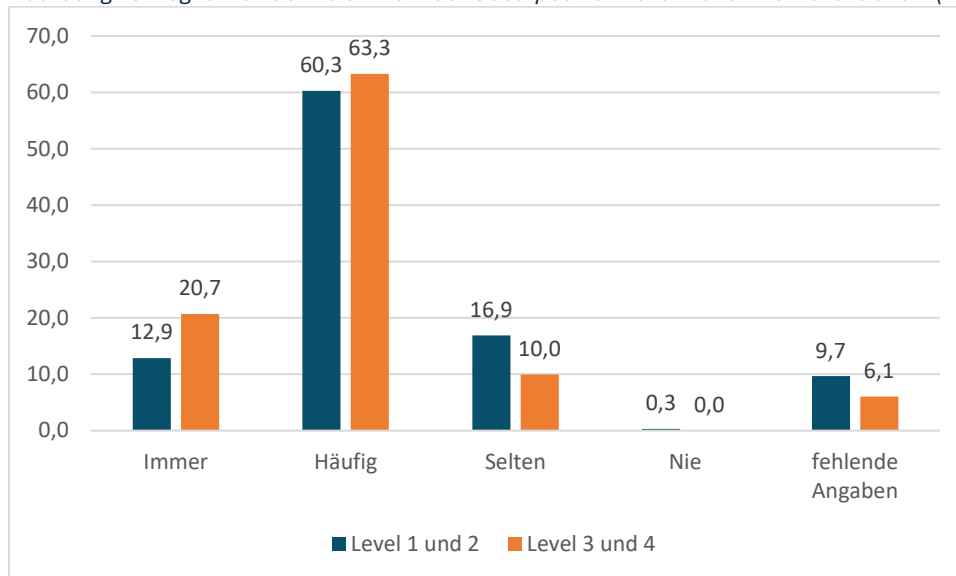
Abbildung 14 zeigt die Einschätzung der Hebammen, wie oft Gebärenden die Möglichkeit gegeben wird, die Gebärposition frei zu wählen. Auch wenn die Empfehlung aus der Leitlinie nicht wortwörtlich so abgefragt wurde, darf angenommen werden, dass, wenn Frauen, die Gebärposition frei wählen, sie sich dazu motiviert fühlten, zumindest aber keine Barrieren empfunden haben, dies zu tun.

Abbildung 14 Möglichkeit der freien Wahl der Gebärposition (n=1.856) (Angaben in %)



73,2% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken beschreiben, dass dort immer/häufig die Möglichkeit für die Gebärende gegeben ist, die Geburtsposition frei zu wählen. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 84% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15 Möglichkeit der freien Wahl der Gebärlposition Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)

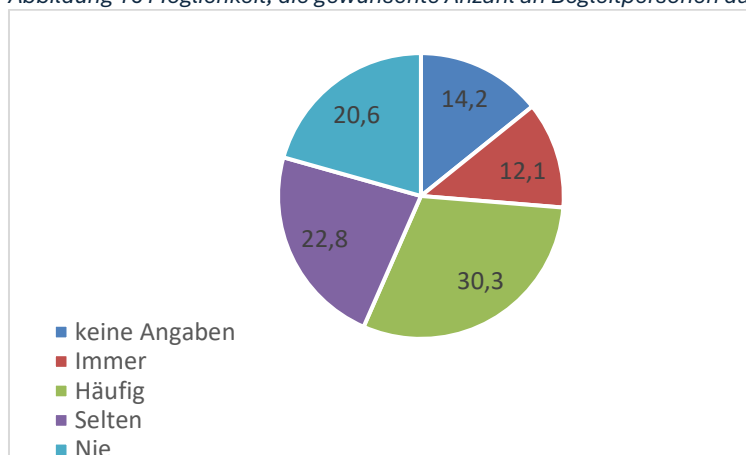


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
4.3	Frauen sollte es ermöglicht werden, von einer Begleitperson /Begleitpersonen ihrer Wahl während der Geburt unterstützt zu werden.

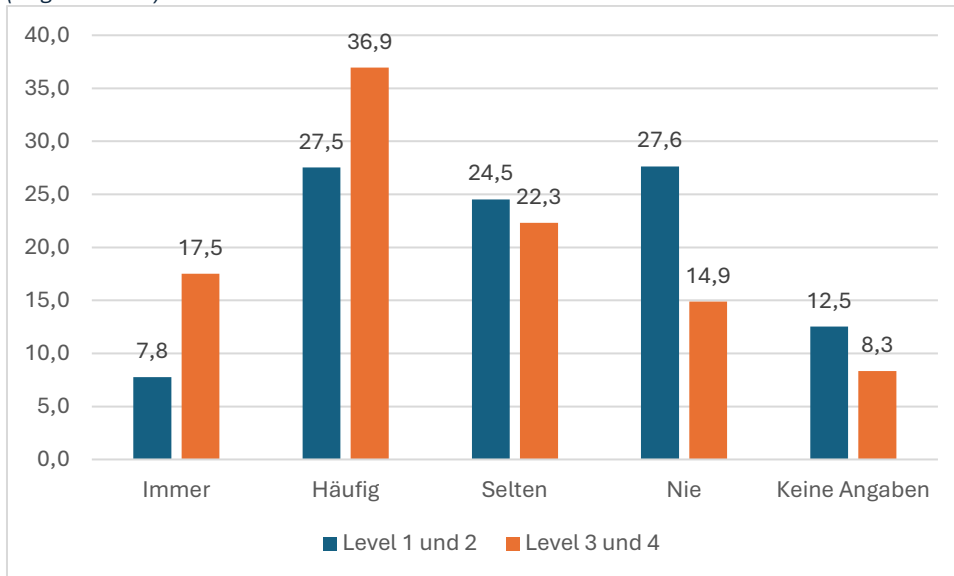
1.417 von 1.616 Hebammen (91,2%), die sich zur Anwesenheit von Begleitpersonen äußern, geben an, dass dies kontinuierlich zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich ist. Die Studienteilnehmenden wurden mit Bezug auf die Empfehlung 4.3 auch gefragt, ob Gebärende die Möglichkeit haben, von der von ihr gewünschte Anzahl an Personen begleitet zu werden. Über 43% der Hebammen antworten, dass dies selten oder nie möglich ist (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16 Möglichkeit, die gewünschte Anzahl an Begleitpersonen dabei zu haben (n=1.856) (Angaben in %)



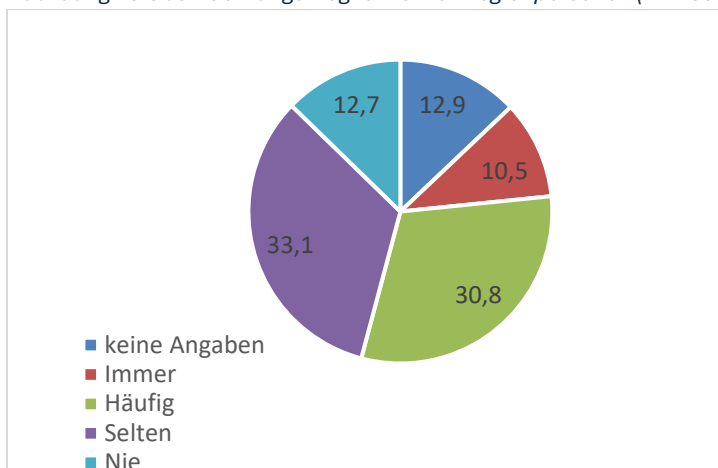
Während 35,3% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken angeben, dass Gebärenden immer/häufig die Möglichkeit gegeben wird, die gewünschte Anzahl an Begleitpersonen dabei zu haben, sind es 54,4% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17 Möglichkeit, die gewünschte Anzahl an Begleitpersonen dabei zu haben Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



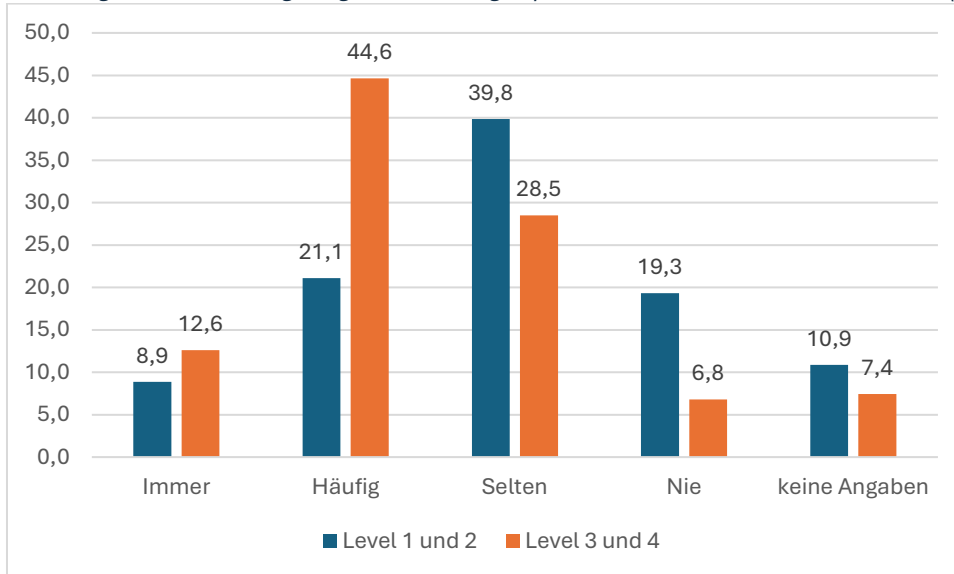
Auch wenn die Begleitung durch eine Vertrauensperson kontinuierlich zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich ist, ist das zur Verfügung stellen von Übernachtungsmöglichkeiten für Begleitpersonen jedoch nicht durchgängig gegeben (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18 Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen (n=1.856) (Angaben in %)



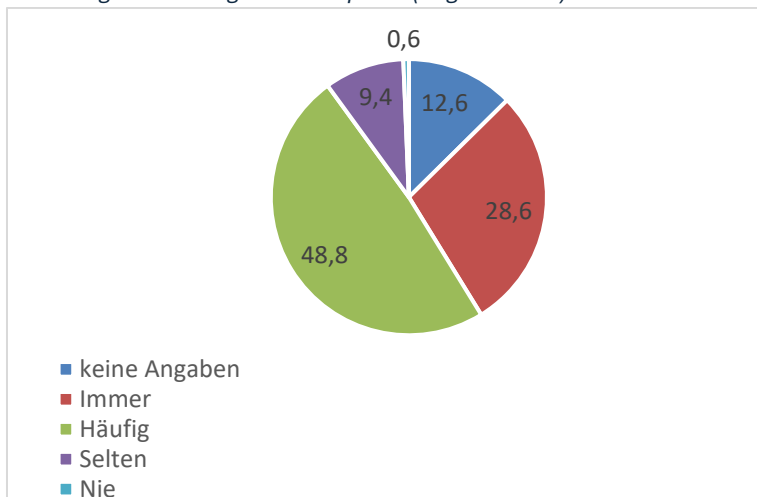
30% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass immer/häufig eine Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen besteht. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 57,2% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19 Übernachtungsmöglichkeit für Begleitpersonen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



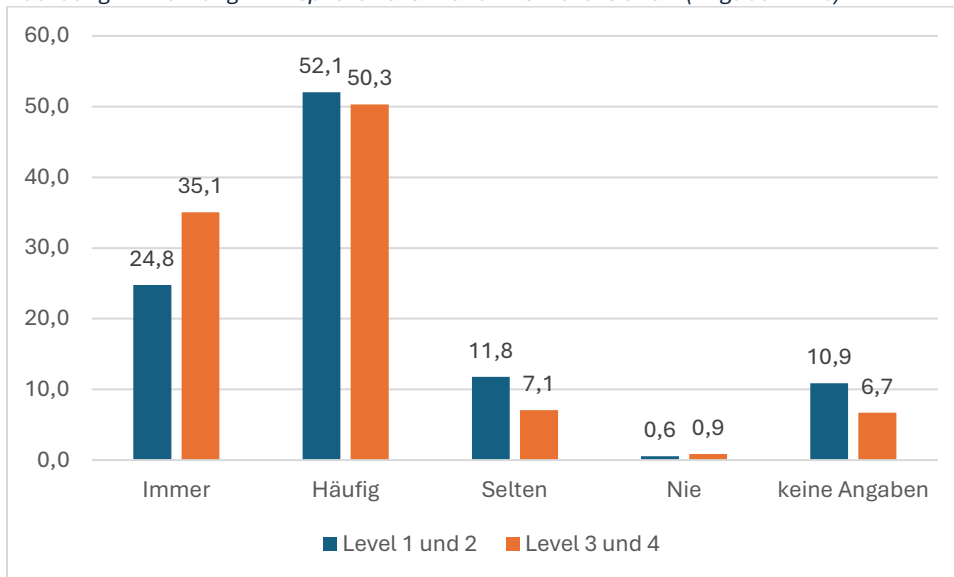
Wenngleich Hebammen die Wahrung der Intimsphäre der Gebärenden als eine Selbstverständlichkeit postulieren, scheint dies nicht immer gegeben zu sein (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20 Wahrung der Intimsphäre (Angaben in %)



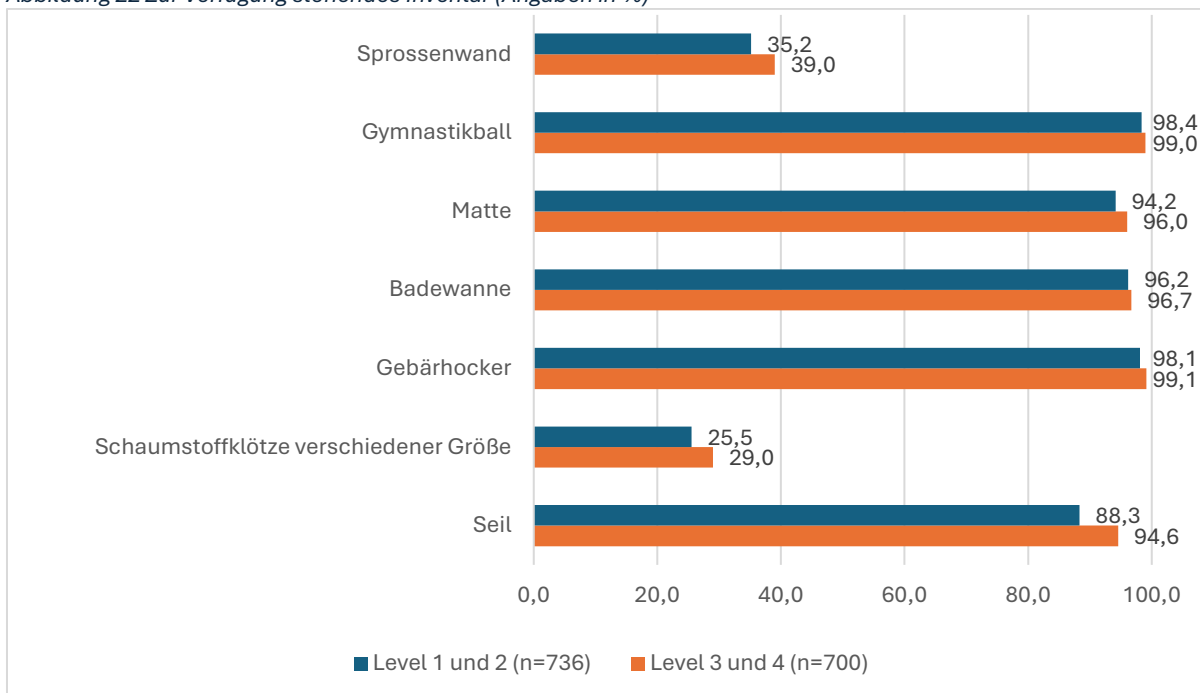
76,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass immer/häufig die Intimsphäre der Gebärenden gewahrt wird. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 85,4% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 21).

Abbildung 21 Wahrung Intimsphäre Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



1.513 Hebammen (81,5%) beantworteten die Frage nach vorhandenem Inventar, das eine aufrechte Gebärhaltung ermöglicht, mit „ja“. Von diesen Hebammen geben 1.506 Hebammen nähere Auskunft, um welches Inventar es sich dabei handelt. Es fällt auf, dass mehr Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken gegenüber Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken über einzelne Ausstattungsaspekte zur Förderung der aufrechten Geburt verfügen (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22 Zur Verfügung stehendes Inventar (Angaben in %)



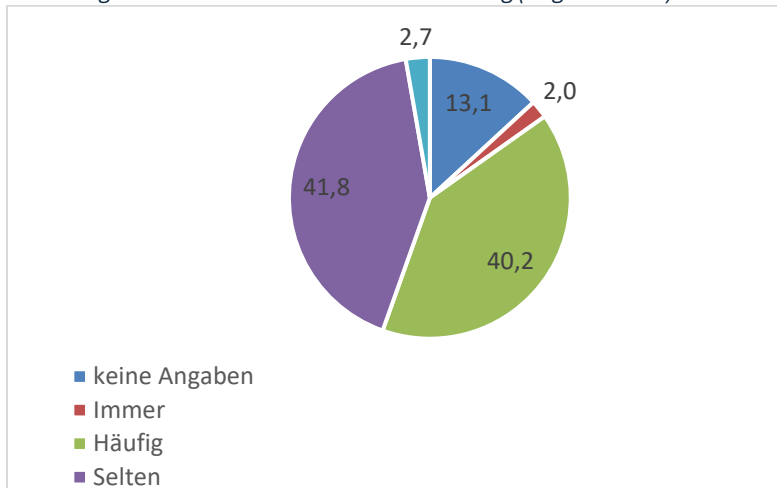
117 Hebammen nennen sonstiges Inventar, wobei hier ein verstellbares Kriebbett bzw. spezielles Zubehör für das Kriebbett als der häufigste Einrichtungsgegenstand genannt wurde.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
4.1	Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten.

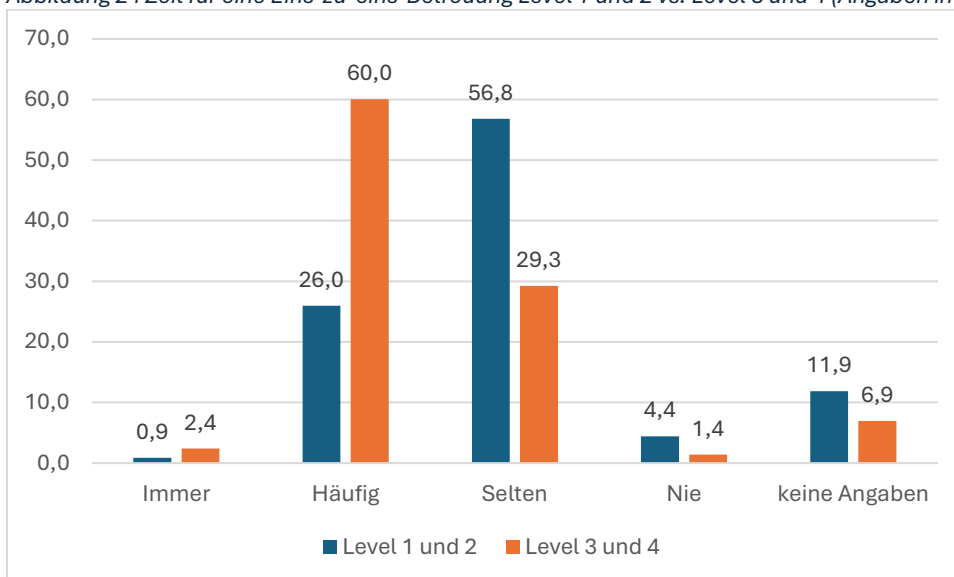
Insgesamt 44,5% der Hebammen berichten, dass sie selten bzw. nie Zeit für eine Eins-zu-eins-Betreuung haben (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23 Zeit für eine Eins-zu-eins-Betreuung (Angaben in %)



26,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass immer/häufig Zeit für die Eins-zu-eins-Betreuung vorhanden ist, während 61,2 % der Hebammen darstellen, selten/nie Zeit für Eins-zu-eins-Betreuung zu haben. Demgegenüber geben 62,4% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken an immer/häufig und 30,7% selten/nie Zeit für Eins-zu-eins-Betreuung zu haben (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24 Zeit für eine Eins-zu-eins-Betreuung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



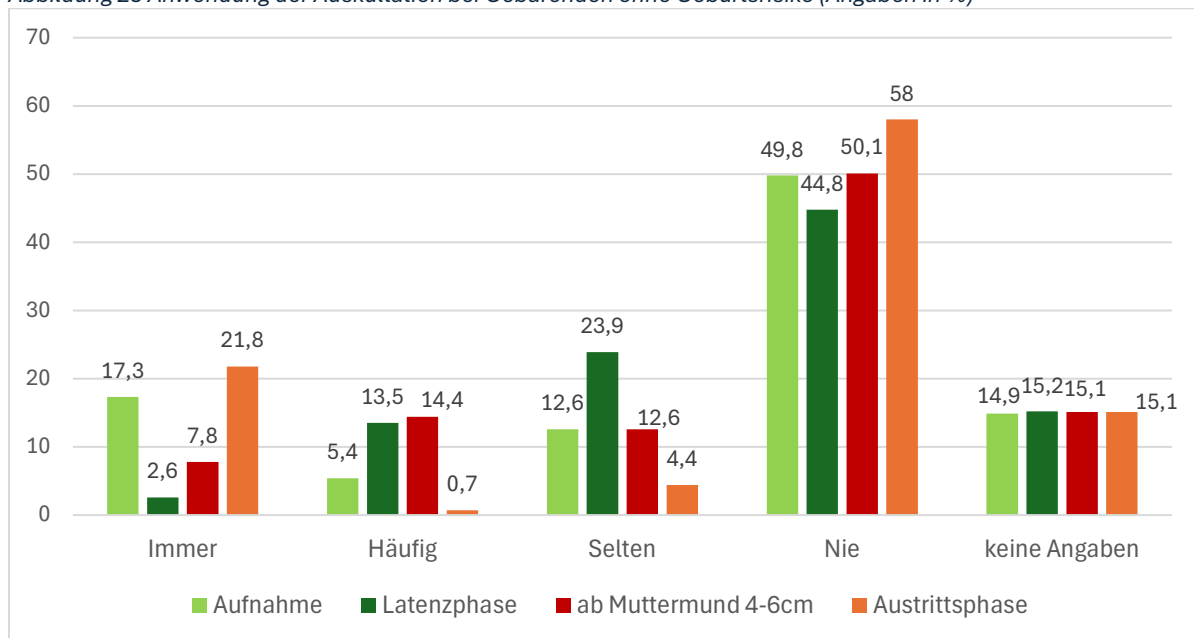
Monitoring

Empfehlungen der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
5.1	Die fetale Herzfrequenz soll bei Aufnahme zur Geburt und bei jeder weiteren Beurteilung des Zustands von Mutter und Kind auskultiert werden.
5.5	Die intermittierende Auskultation der fetalen Herzfrequenz soll Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase angeboten werden. Hierzu sollte ein Pinard-Stethoskop oder eine Dopplersonographie verwendet werden. Die intermittierende Auskultation sollte alle 15 bis 30 Minuten erfolgen.
5.9	Bei Aufnahme einer Niedrig-Risiko-Schwangeren sollte die CTG-Aufzeichnung nicht bei Verdacht auf Geburtsbeginn durchgeführt werden.
5.10	Auf eine CTG-Aufzeichnung sollte bei einer Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden.
5.11	Eine CTG-Aufzeichnung soll empfohlen werden, wenn bei der intermittierenden Auskultation der fetalen Herzfrequenz Auffälligkeiten festgestellt werden. Wenn das CTG-Muster unauffällig ist, kann das CTG nach 20 Minuten wieder entfernt werden.
5.13	Eine CTG-Überwachung bei leicht-grünem Fruchtwasser ist nicht indiziert, wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen.

Die Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko erfährt in den Kliniken insbesondere in der Austrittsphase kaum Umsetzung (siehe Abbildung 25).

Abbildung 25 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko (Angaben in %)



22,6% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken kreuzen an, dass die Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko bei der Aufnahme immer/häufig angewendet wird, in der Latenzphase sind es 17,1%, in der Eröffnungsphase 22,5% und in der Austrittsphase sind es 23% der befragten Hebammen, die diese Antwort wählen. Im Gegensatz dazu geben 64,3% der Hebammen aus diesen Kliniken an, dass in ihrer Einrichtung bei der Aufnahme die Auskultation selten/nie angewendet wird, in der Latenzphase sind es 69,7%, in der Eröffnungsphase sind es 64,1% und in der Austrittsphase 63,6% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 26). Die Angaben der Hebammen aus Level 3 und 4 ähneln sich sehr denen der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken (siehe Abbildung 27).

Abbildung 26 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko Level 1 und 2 (Angaben in %)

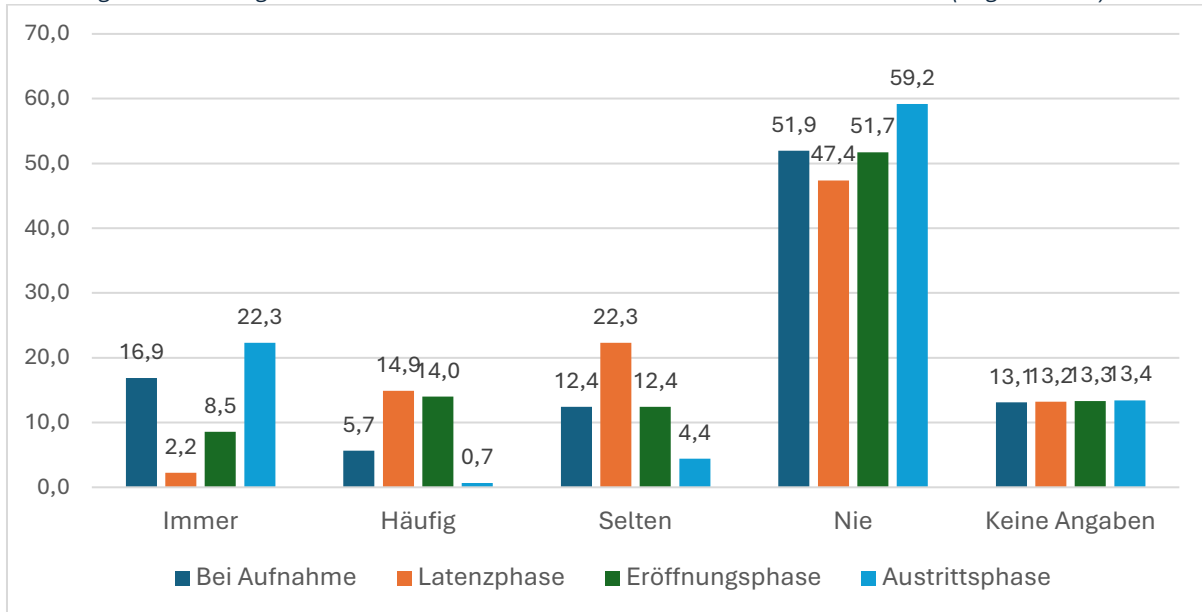
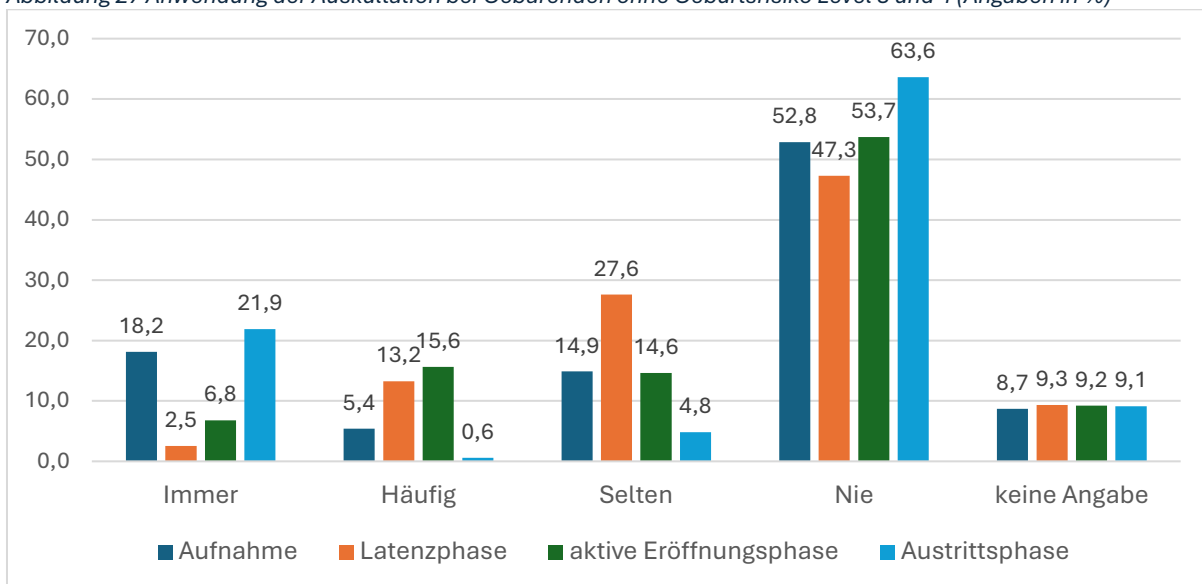


Abbildung 27 Anwendung der Auskultation bei Gebärenden ohne Geburtsrisiko Level 3 und 4 (Angaben in %)



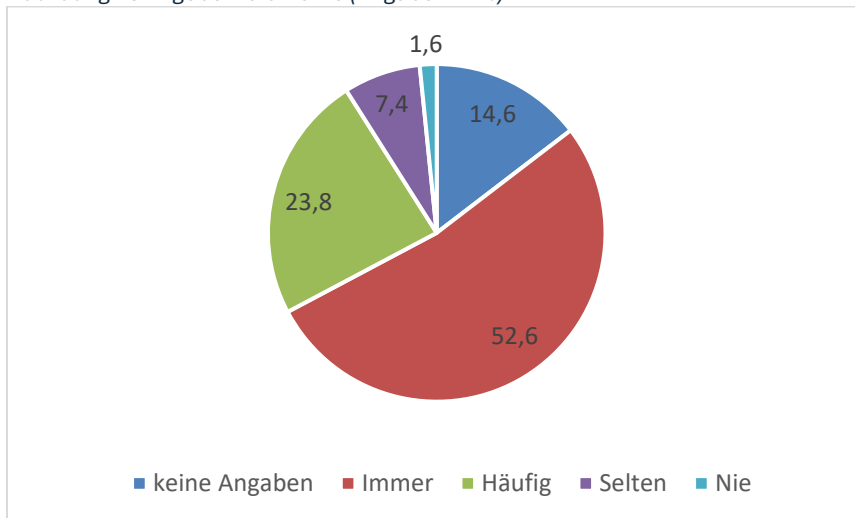
536 Hebammen benennen die Methode der Auskultation. 88,6% verwenden ein Dopton und 11,4% ein Pinardrohr.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
5.14	Die CTG-Ableitung mittels Telemetrie soll allen Frauen mit kontinuierlicher Ableitung angeboten werden.

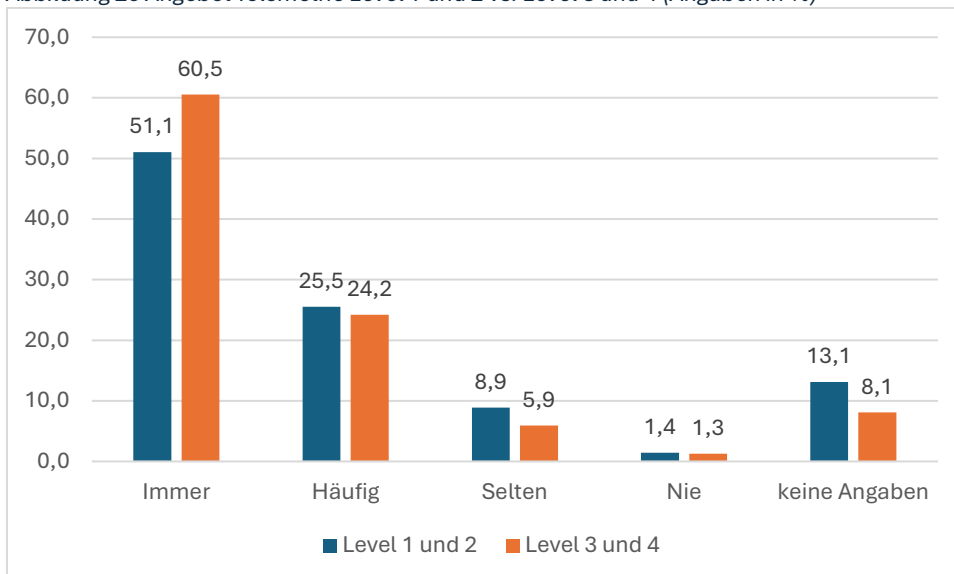
Die Herzttonableitung mittels Telemetrie scheint eine etablierte Methode zu sein. Drei Viertel der Hebammen geben an, dass diese Methode immer bzw. häufig angeboten wird (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28 Angebot Telemetrie (Angaben in %)



76,6% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken schätzen die Frequenz des Angebots der Telemetrie als immer/häufig ein. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 84,7% befragten Hebammen (siehe Abbildung 29).

Abbildung 29 Angebot Telemetrie Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
5.19	Zur Interpretation der CTG-Muster soll der FIGO-Score verwendet werden

75,4% der Hebammen geben an, dass sie für die Interpretation des CTGs den FIGO-Score aus der S3-Leitlinie nutzen. 7,9% verneinen die Frage und 16,7% verzichten auf jegliche Angaben hierzu. In der Gegenüberstellung der Angaben der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken gegenüber den Angaben der Hebammen aus 3 und 4 Kliniken betragen die Anteile bezüglich der Nutzung des FIGO-Scores 76,4% Nutzung (8,2% keine Nutzung, 15,4% keine Angaben) vs. 82,5% Nutzung (7,9% keine Nutzung, 9,6% keine Angaben).

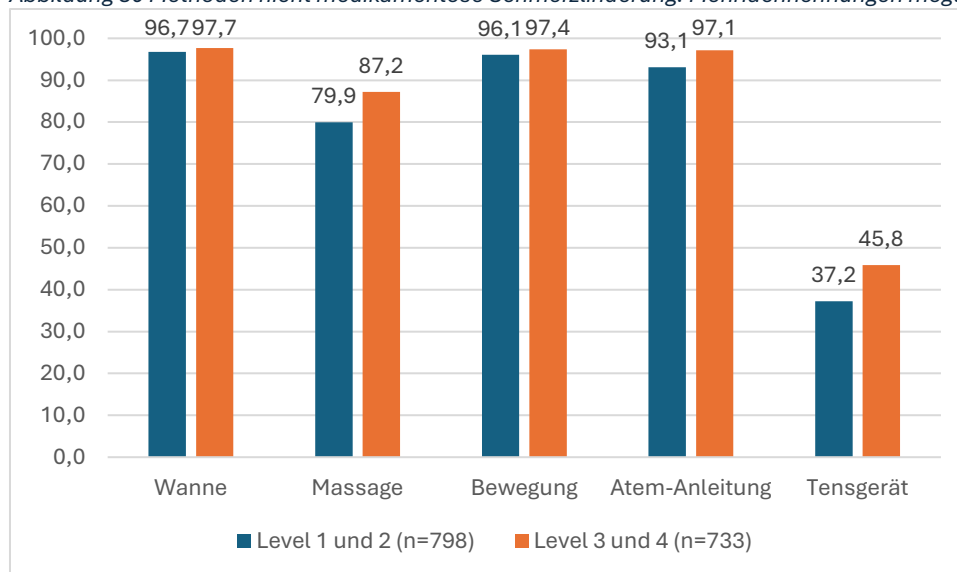
Schmerzmanagement

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
6.2	Eine Frau, die Atem- und Entspannungstechniken zur Bewältigung der Wehen einsetzen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden.
6.3	Eine Frau, die sich nach erlernten Massagetechniken von ihrer Geburtsbegleitung massieren lassen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden.
6.4	Der Frau soll die Möglichkeit angeboten werden, die Wehen zur Schmerzerleichterung im Wasser zu verarbeiten.

1.642 Hebammen machen Angaben zu den Methoden der nicht medikamentösen Schmerzlinderung. In der Gegenüberstellung der Angaben der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken gegenüber den Angaben der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken werden Massagen wie auch die Anwendung von TENS-Geräten von den Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken häufiger angegeben (siehe Abbildung 30).

Abbildung 30 Methoden nicht medikamentöse Schmerzlinderung. Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)



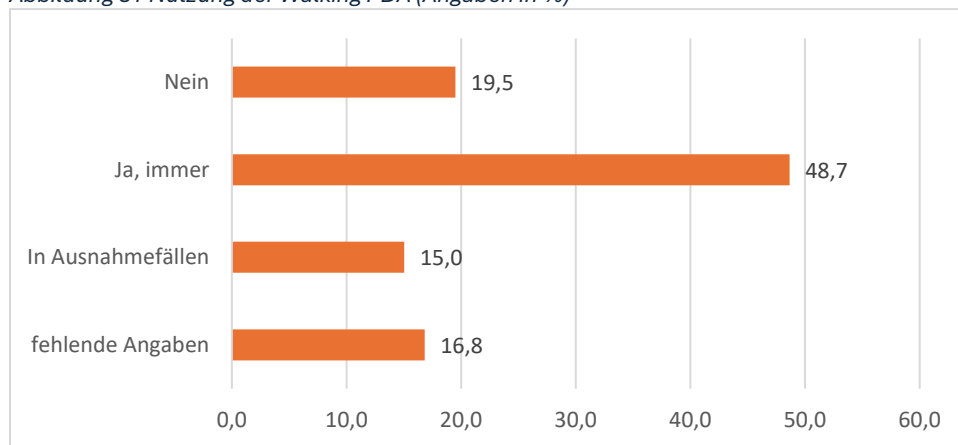
339 Hebammen geben sonstige Methoden der nicht medikamentösen Schmerzlinderung an. Die Akupunktur wird von einem Drittel der Hebammen als häufigste Methode zur nicht medikamentösen Schmerzlinderung benannt.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
6.12	Ein wirksames neuraxiales Verfahren der Analgesie bedingt keinesfalls die Notwendigkeit der Immobilisierung. Insofern sollen Frauen unter der Geburt dazu ermuntert werden eine Position einzunehmen, die zu ihrem Wohlbefinden beiträgt.

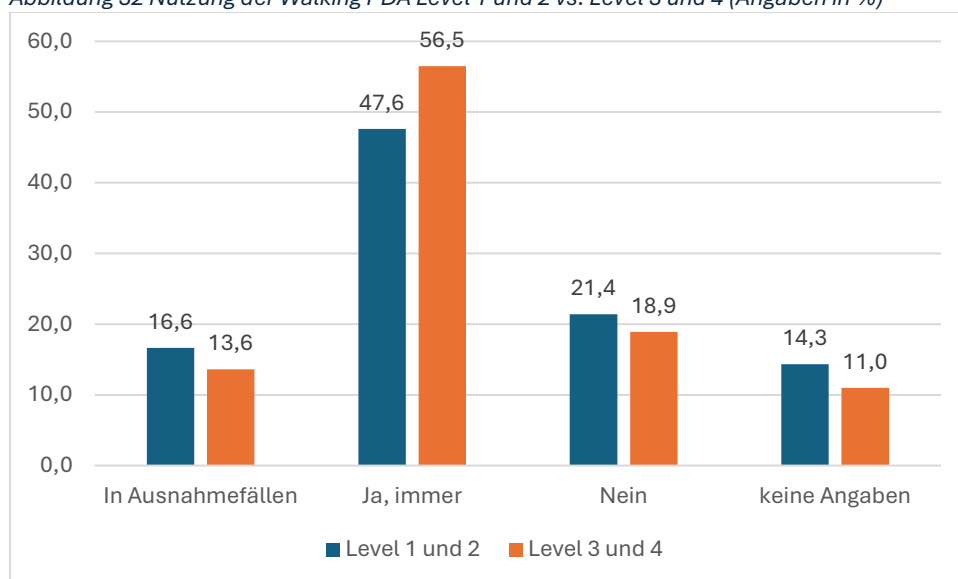
Knapp 50% der befragten Hebammen geben an, dass den Gebärenden immer eine Walking PDA angeboten wird (siehe Abbildung 31)

Abbildung 31 Nutzung der Walking PDA (Angaben in %)



47,6% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, im Bedarfsfall immer eine Walking PDA zu nutzen, gegenüber 56,5% der befragten Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken (siehe Abbildung 32).

Abbildung 32 Nutzung der Walking PDA Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.1	Es sollte keine Empfehlung für die Maßnahme des Hinlegens nach vorzeitigem Blasensprung gegeben werden

989 der 1.856 befragten Hebammen (53,3%) geben an, dass es in ihrer Einrichtung einen einheitlichen Konsens gegen die Empfehlung des Hinlegens nach vorzeitigem Blasensprung gibt. 25,6% verneinen diese Frage ausdrücklich und empfehlen weiterhin das Hinlegen. 53,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken und 57,9% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken bejahten die Frage. Mit „Nein“ antworteten 26,5% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken gegenüber 27,2 % der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
7.2	Es soll keine vaginale Untersuchung (Palpation, Spekulum) erfolgen, wenn sicher ist, dass die Fruchtblase gesprungen ist.
7.3	Eine Spekulum-Untersuchung sollte empfohlen werden, wenn unklar ist, ob ein vorzeitiger Blasensprung erfolgt ist. Eine vaginale Untersuchung soll bei fehlender Wehentätigkeit nicht erfolgen.

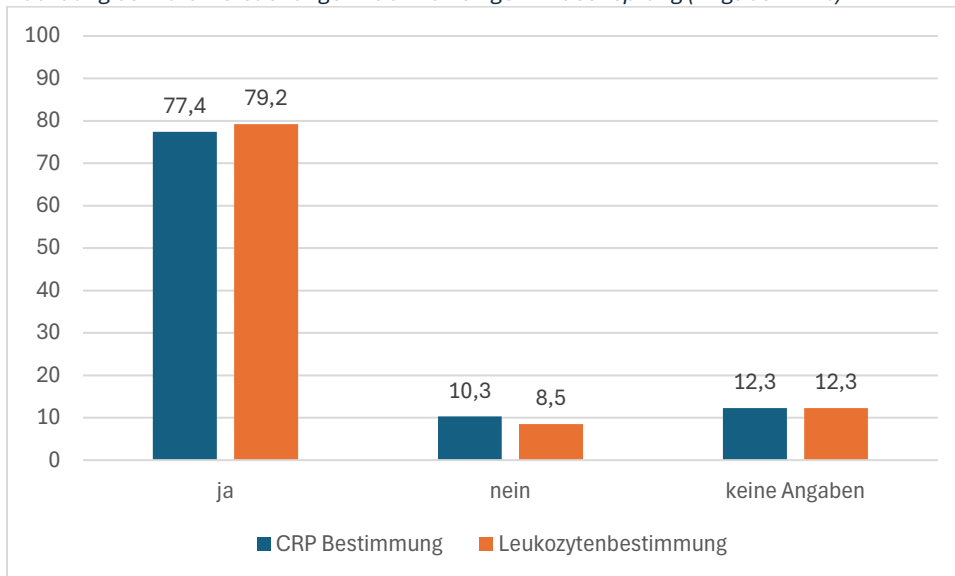
Die routinemäßige Durchführung einer vaginalen Untersuchung bei Aufnahme der Schwangeren mit einem vorzeitigem Blasensprung wurde von 1.060 (n=57,1%) angegeben. 26,8% verneinten diese Frage. 59,6% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken und 59,6% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken bejahten die Frage. Mit „Nein“ antworteten 26,1% sowohl der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken als auch aus Level 3 und 4 Kliniken.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.4	Es sollen keine vaginalen Abstriche oder CRP-Kontrollen im Blut durchgeführt werden, wenn nach einem vorzeitigem Blasensprung eine Geburtseinleitung begonnen oder ein abwartendes Management (über 24 Stunden) gewählt wurde. Temperaturkontrollen zum Ausschluss von Fieber sollen alle 4 Stunden in der Wachphase erfolgen und Veränderungen des vaginalen Ausflusses in Farbe und Geruch sollen von der Frau umgehend rückgemeldet werden.

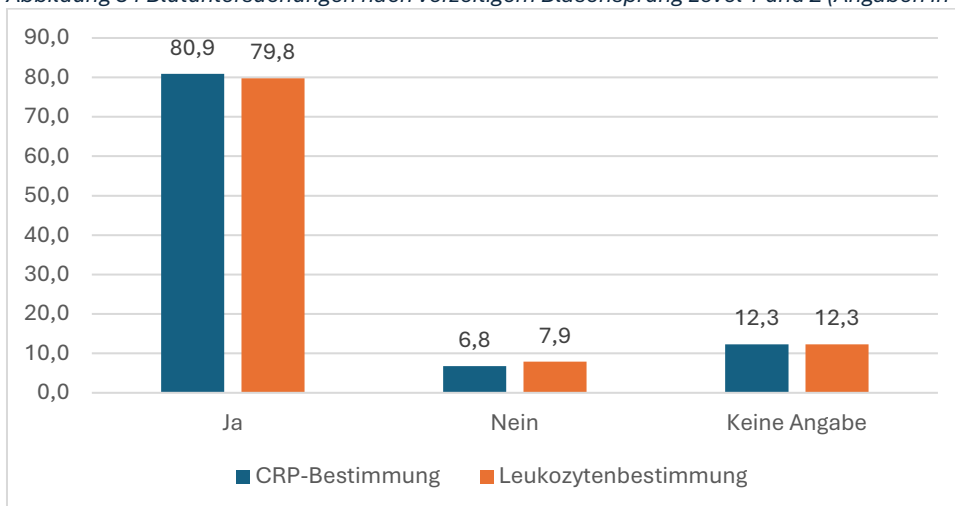
Auch wenn laut Leitlinie bei einem vorzeitigen Blasensprung keine CRP-Kontrollen im Blut vorgenommen werden sollen, scheint dies in der Praxis immer noch ein etabliertes Verfahren zu sein (siehe Abbildung 33).

Abbildung 33 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung (Angaben in %)



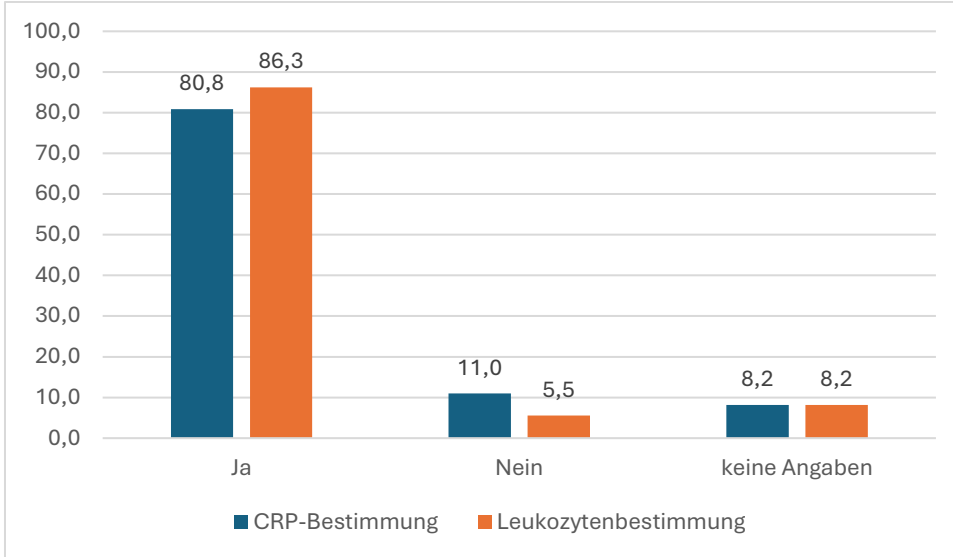
Nach Angaben von 80,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken erfolgt dort die CRP-Kontrolle und 79% nennen die Durchführung der Leukozytenbestimmung bei einem vorzeitigem Blasensprung (siehe Abbildung 34).

Abbildung 34 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung Level 1 und 2 (Angaben in %)



Die Angaben der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken unterscheiden sich in diesen Punkten nur unwesentlich von denen der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35 Blutuntersuchungen nach vorzeitigem Blasensprung Level 3 und 4 (Angaben in %)

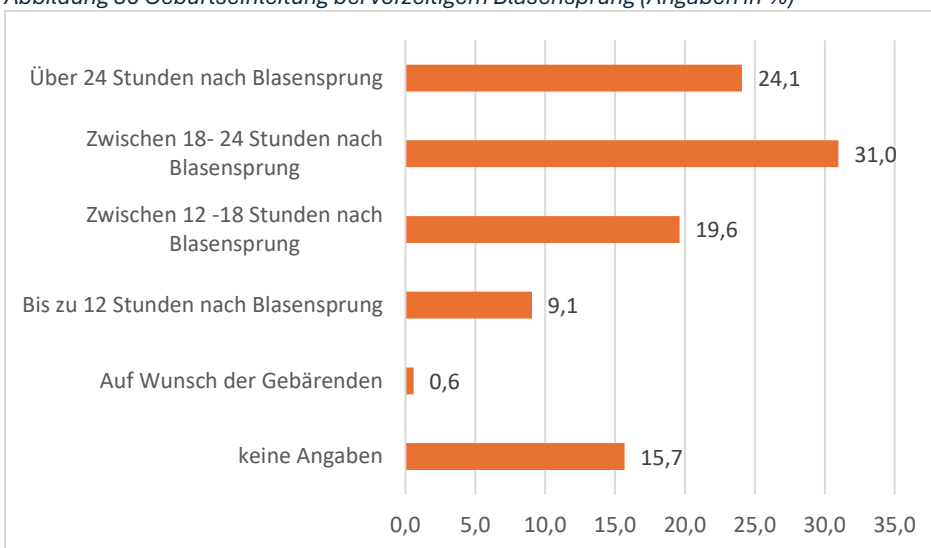


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.10	Nach einem vorzeitigem Blasensprung entwickeln circa 60 % der Frauen Wehen innerhalb von 24 Stunden. Eine Geburtseinleitung sollte nach 24 Stunden angeboten werden.

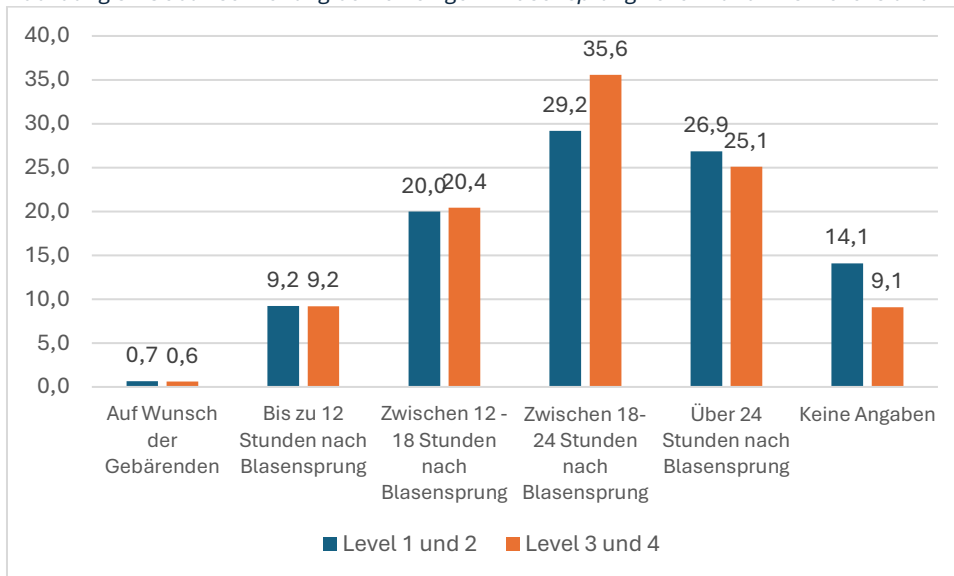
Gut die Hälfte der Hebammen gibt an, dass üblicherweise frühestens 18 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung eine Geburtseinleitung vorgenommen wird (siehe Abbildung 36).

Abbildung 36 Geburtseinleitung bei vorzeitigem Blasensprung (Angaben in %)



56,1% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken berichten, dass üblicherweise frühestens 18 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung eine Geburtseinleitung vorgenommen wird, gegenüber 80,7% der Hebammen aus Level 3 und 4 (siehe Abbildung 37).

Abbildung 37 Geburtseinleitung bei vorzeitigem Blasensprung Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



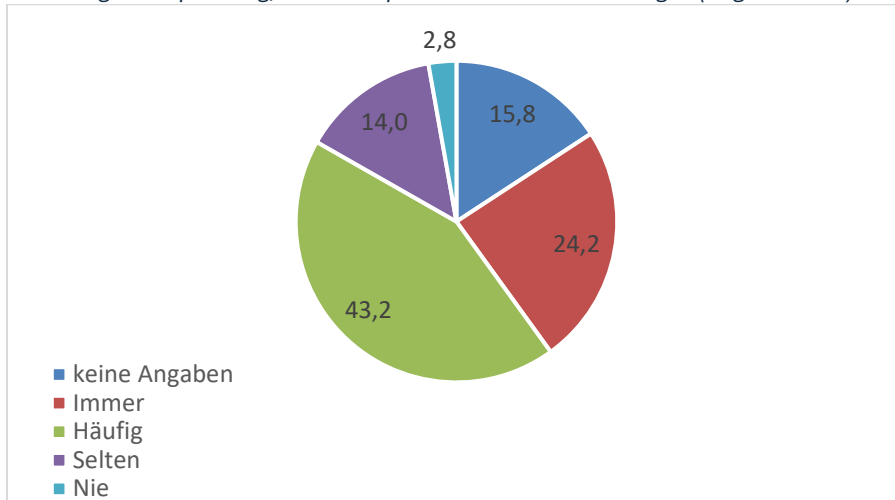
Vorgehen in der passiven und aktiven Eröffnungsphase

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.18	<p>Wenn sich eine Schwangere mit schmerzvollen Kontraktionen in der Latenzphase/frühen Eröffnungsphase vorstellt, sollte(n)</p> <ul style="list-style-type: none"> - daran gedacht werden, dass schmerzvolle Kontraktionen ohne zervikale Veränderungen vorliegen können, die subjektiv den Eindruck vermitteln, dass sie Geburtswehen hat. - ihr individuelle Unterstützung und gegebenenfalls Schmerztherapie angeboten werden. <p>diese ermutigt werden, wieder nach Hause zu gehen, wenn kein erhöhtes Risiko für eine unbegleitete Geburt vorliegt.</p>

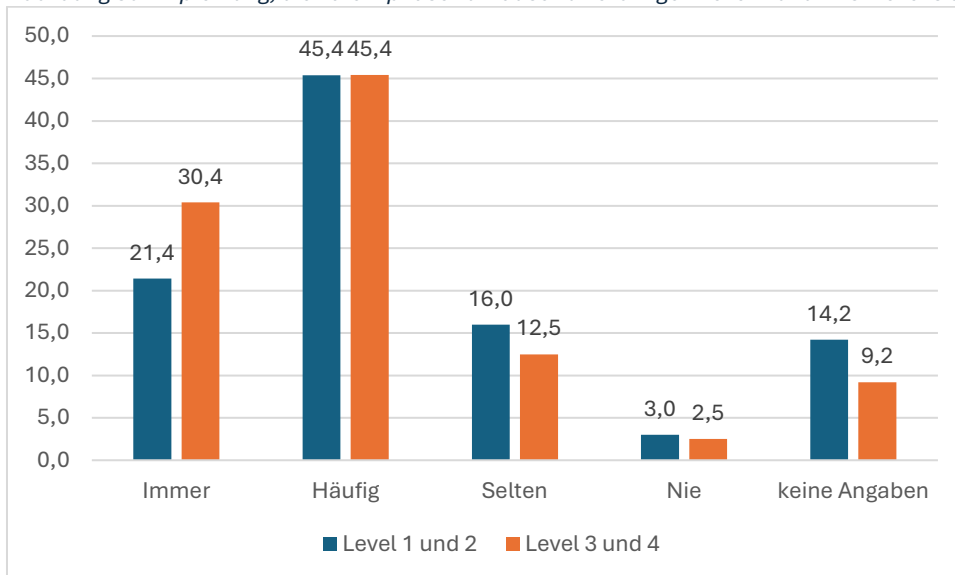
673 Hebammen (36,3%) der befragten Hebammen, geben an über ein „Vorwehen- oder Latenzzimmer“ zu verfügen. Unabhängig davon spricht ein Großteil der Hebammen immer oder häufig die Empfehlung aus, die Latenzphase im häuslichen Umfeld zu verbringen (siehe Abbildung 38).

Abbildung 38 Empfehlung, die Latenzphase zu Hause zu verbringen (Angaben in %)



66,8% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass in der Regel in ihrer Einrichtung empfohlen wird, die Latenzphase zu Hause zu verbringen. In Level 3 und 4 Kliniken sind es 75,8% der befragten Hebammen (siehe Abbildung 39).

Abbildung 39 Empfehlung, die Latenzphase zu Hause zu verbringen Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)

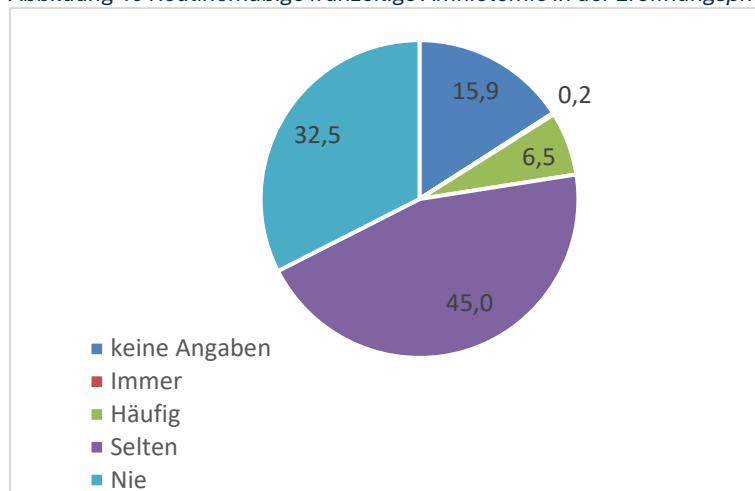


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
7.34	Es soll nicht routinemäßig ein aktives Management angeboten werden.
7.36	Bei normalem Geburtsfortschritt soll eine Amniotomie nicht routinemäßig erfolgen.
7.37	Die Kombination von frühzeitiger Amniotomie und Applikation von Oxytocin soll nicht routinemäßig angewendet werden.

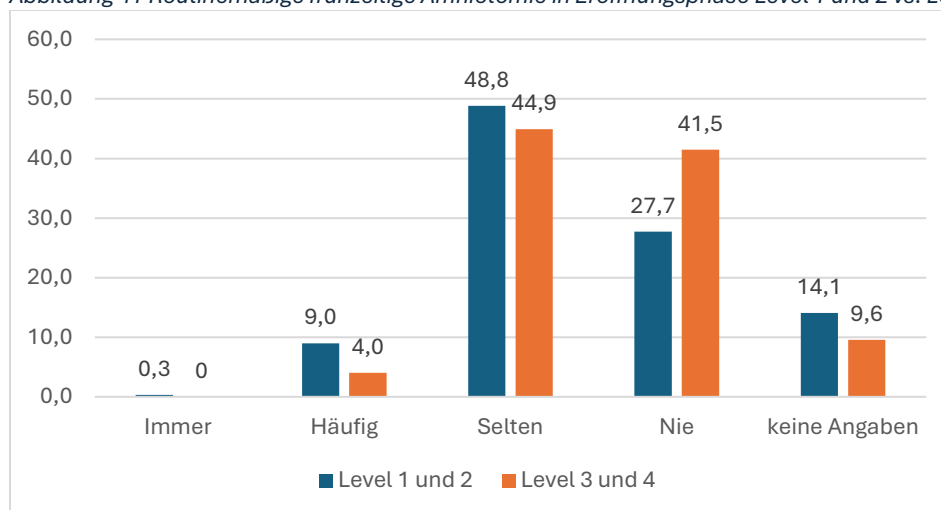
Die routinemäßige frühzeitige Amniotomie und Oxytocingabe zur Beschleunigung der Eröffnungsphase findet in den Einrichtungen nach Angaben der Hebammen überwiegend gar nicht bzw. selten statt (siehe Abbildung 40 und Abbildung 42).

Abbildung 40 Routinemäßige frühzeitige Amniotomie in der Eröffnungsphase (Angaben in %)



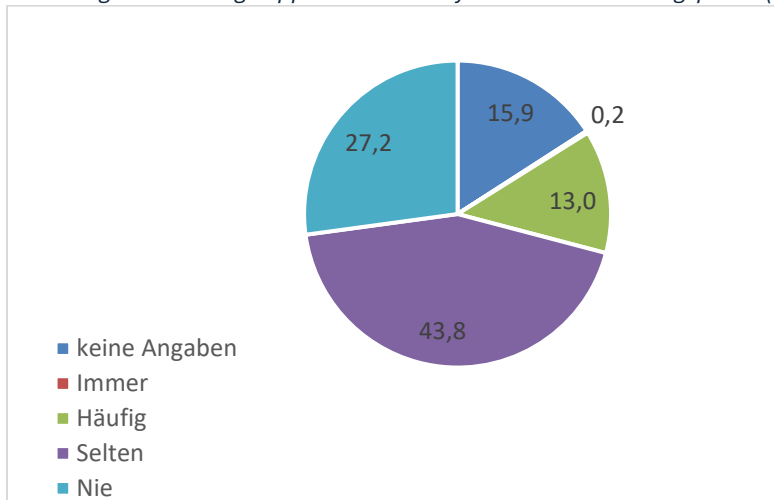
9,3% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass in ihrer Einrichtung immer/häufig routinemäßig eine frühzeitige Amniotomie in der Eröffnungsphase vorgenommen wird. 86,5% der befragten Hebammen aus diesen Kliniken wählten die Antwort selten/nie. 4% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken geben an, dass in ihrer Einrichtung routinemäßig immer/häufig eine frühzeitige Amniotomie in der Eröffnungsphase vorgenommen wird, 86,6 der befragten Hebammen aus diesen Kliniken wählten die Antwort selten/nie (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41 Routinemäßige frühzeitige Amniotomie in Eröffnungsphase Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



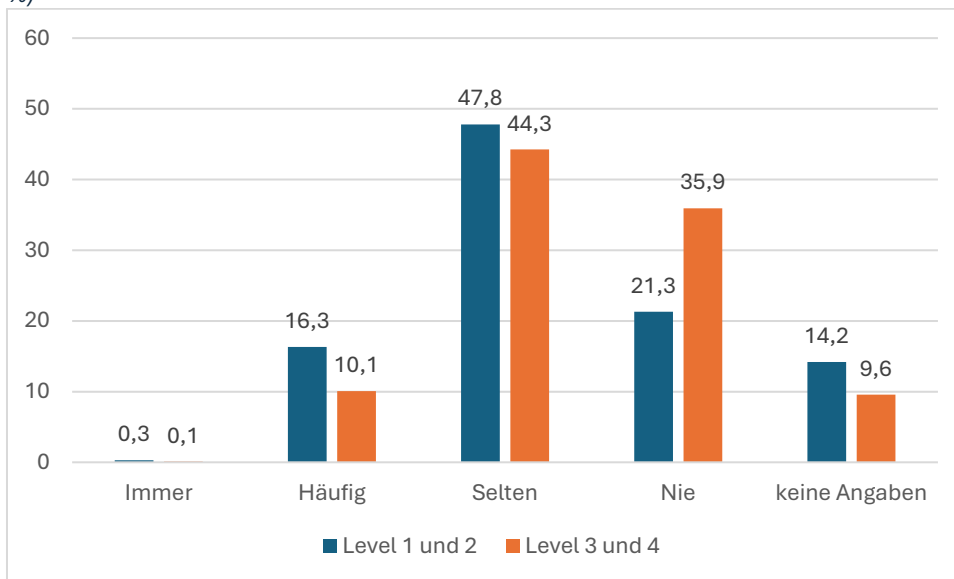
Die frühzeitige Applikation von Oxytocin in der Eröffnungsphase wird von 13,2% der Hebammen als immer oder häufig beschrieben (siehe Abbildung 42).

Abbildung 42 Frühzeitige Applikation von Oxytocin in der Eröffnungsphase (Angaben in %)



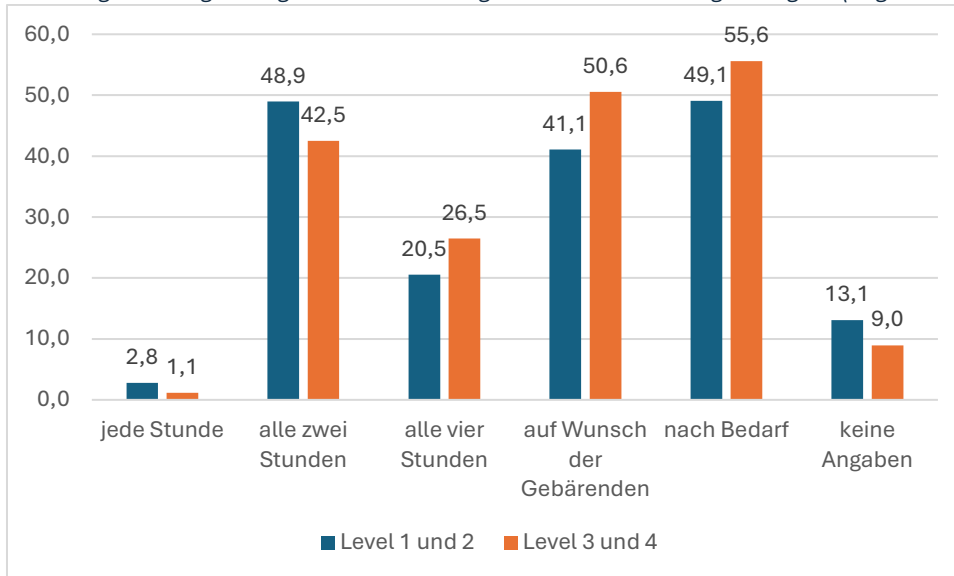
Unter den Hebammen aus Level 1 und 2 Klinik beträgt dieser Anteil 16,2%, im Gegensatz zu 10,2% der Hebammen aus Level 3 und 4 Klinik geben (siehe Abbildung 43).

Abbildung 43 Frühzeitige Applikation von Oxytocin in der Eröffnungsphase Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Entsprechend des in der Leitlinie dargestellten Algorithmus zum Vorgehen in der aktiven Eröffnungsphase soll der Gebärende eine vaginale Untersuchung vierstündlich angeboten werden. Ein Fünftel der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken und ein Viertel der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken gibt an, dass in ihrer Einrichtung üblicherweise alle vier Stunden vaginal untersucht wird (siehe Abbildung 44).

Abbildung 44 Häufigkeit vaginale Untersuchungen - Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)

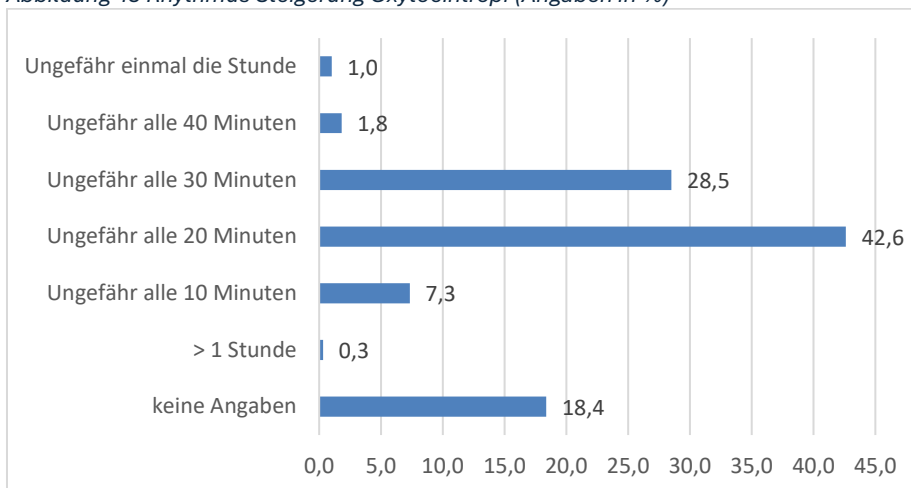


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
7.46	Wenn Oxytocin gegeben wird, sollen die Zeitabstände zwischen den einzelnen Dosissteigerungen nicht kürzer als alle 30 Minuten sein. Die Oxytocin-Dosis sollte so lange erhöht werden, bis 4–5 Kontraktionen pro 10 Minuten auftreten.

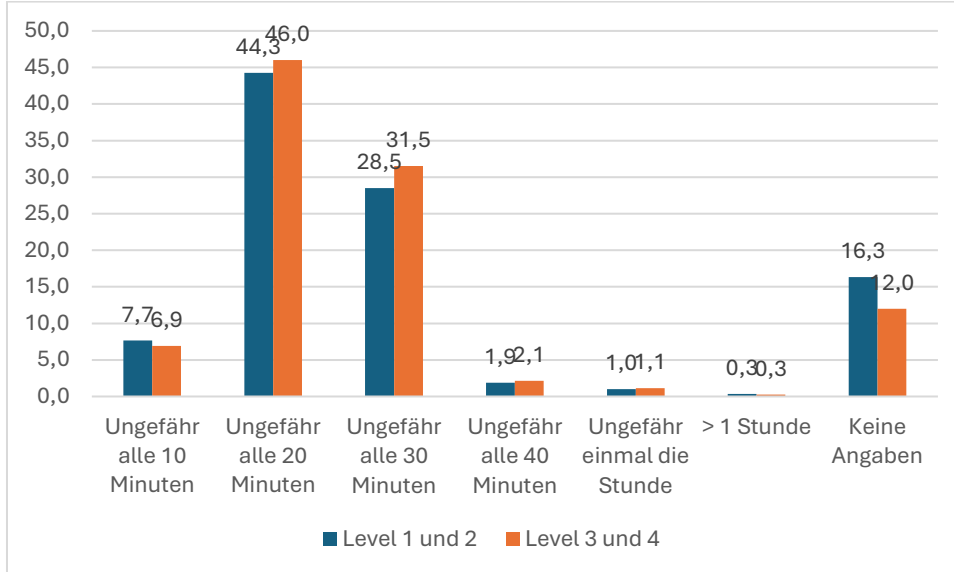
Der überwiegende Teil der Hebammen steigert den Tropf alle 20 bis 30 Minuten (siehe Abbildung 45).

Abbildung 45 Rhythmus Steigerung Oxytocintropf (Angaben in %)



44,3% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, im Rhythmus von 20 Minuten den Oxytocintropf zu steigern. Ähnlich fallen die Antworten der Hebammen aus Level 3 und 4 aus (siehe Abbildung 46).

Abbildung 46 Rhythmus Steigerung Oxytocintropf Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Als Trägerlösungen für einen möglichen Oxytocintropf geben 44,6% der Hebammen NaCl und 32,3% Jonosteril/Ringerlösung an. Für die Dosierung des Oxytocins werden vornehmlich 6 (51,1% bzw. 3 (16,1%) internationale Einheiten genutzt.

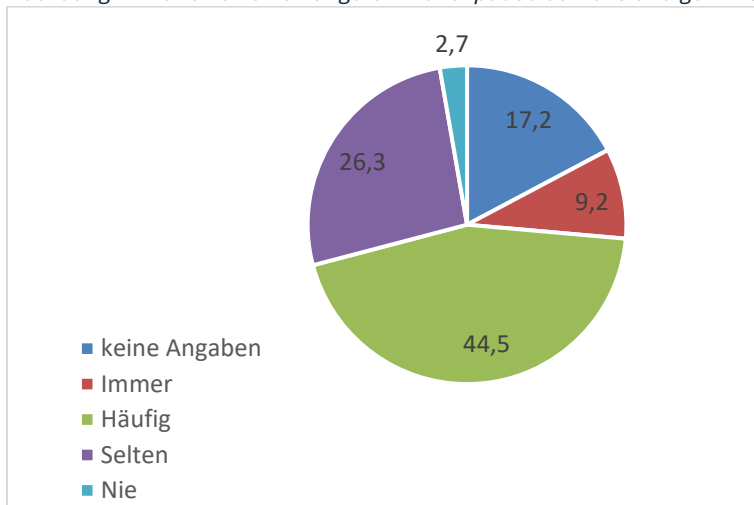
Vorgehen in der Austrittsphase

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
8.1	Die passive Austrittsphase ist durch folgende Aspekte gekennzeichnet <ul style="list-style-type: none"> • vollständige Muttermundöffnung • (noch) ohne Pressdrang
8.2	Die aktive Austrittsphase ist durch folgende Aspekte gekennzeichnet: <ul style="list-style-type: none"> • Kind sichtbar und /oder • reflektorischer Pressdrang bei vollständigem MM bzw. • aktives Pressen ohne reflektorischen Pressdrang
8.9	Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass ‘angeleitetes Pressen’ einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat.

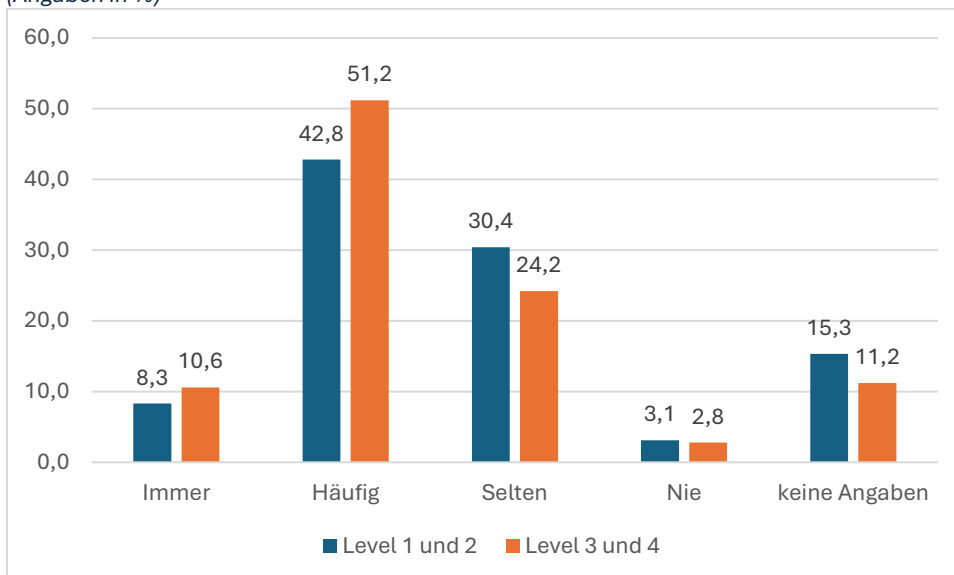
In der Betreuung der Austrittsphase werden überwiegend sowohl längere Wehenpausen bei vollständigem Muttermund als auch der Pressdrang abgewartet (siehe Abbildung 47 und Abbildung 49)

Abbildung 47 Abwarten einer längeren Wehenpause bei vollständigem Muttermund (Angaben in %)



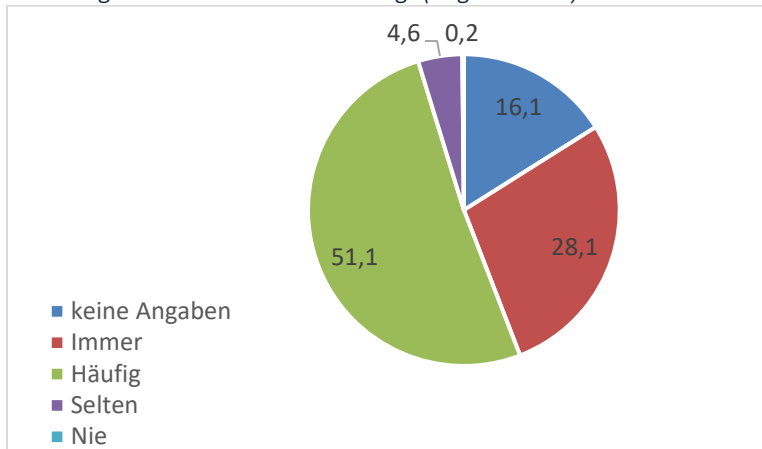
51,1% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, eine längere Wehenpause bei vollständigem Muttermund immer/häufig abzuwarten gegenüber 61,8% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken (siehe Abbildung 48).

Abbildung 48 Abwarten einer längeren Wehenpause bei vollständigem Muttermund Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



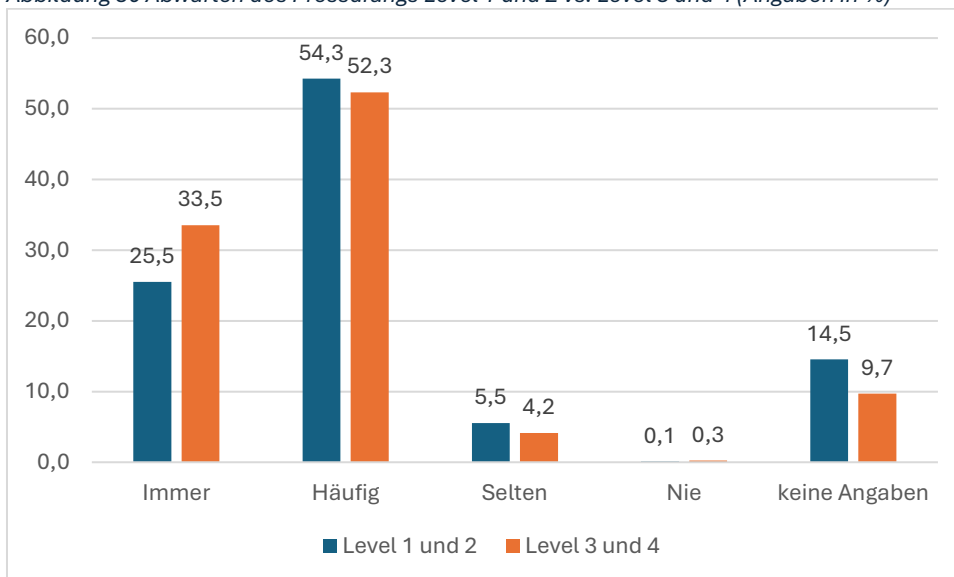
79,2% der Hebammen benennen das immer oder häufige Abwarten des Pressdrangs (siehe Abbildung 49).

Abbildung 49 Abwarten des Pressdrangs (Angaben in %)



79,8% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, den Pressdrang immer/häufig abzuwarten gegenüber 85,8% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken (siehe Abbildung 50).

Abbildung 50 Abwarten des Pressdrangs Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.4	<p>Eine protrahierte AP wird diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven Phase bezüglich der Rotation und /oder Tiefertreten bei einer Erstgebärenden über 2 Stunden und bei einer Mehrgebärenden über 1 Stunde inadäquate Fortschritte aufweist.</p> <p>Ein Geburtsstillstand in der AP wird diagnostiziert, wenn die aktive Phase der AP bei einer Erstgebärenden 3 Stunden und bei einer Mehrgebärenden 2 Stunden überschreitet.</p>

40,6% der befragten Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass in ihrer Einrichtung ein Geburtsstillstand in der Austrittsphase üblicherweise diagnostiziert wird, wenn innerhalb von drei Stunden kein Geburtsfortschritt erfolgt. 38,7% geben zwei Stunden als Zeitraum an und 3,2% eine Stunde. Für Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken liegen die prozentualen Anteile der Hebammen wie folgt: 45,4% (nach drei Stunden), 38,7% (nach zwei Stunden), 3,0% (nach einer Stunde).

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.7	Die Gebärende soll dazu angehalten werden, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Sie soll motiviert werden die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfindet.

Tabelle 2 gibt Hinweise über die am häufigsten gewählten Positionen in der Austrittsphase. Angemerkt werden muss, dass nach den Positionen in der Austrittsphase gefragt wurde. Diese sind nicht zwingend gleichbedeutend mit der Position, in der sich die Gebärende bei der tatsächlichen Geburt des Kindes befunden hat.

Tabelle 2 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase (Angaben in %)

	Hocker %	Rückenlage %	Seitenlage %	Stehend %	Tiefe Hocke %	Vierfüßler/Kniee %
Rang 1 (n=1.242)	1,9	20,8	54,3	1,9	2,4	18,4
Rang 2 (n=1.234)	3,6	21,2	32	4	5,8	33,3
Rang 3 (n=1.224)	10	20,3	8,3	11,8	11,4	38,2
Rang 4 (n=1.206)	25	15,7	2,4	25,5	24,8	6,6
Rang 5 (n=1.184)	29,5	9,3	2	27,3	29,9	2
Rang 6 (n=1.169)	30	13,4	0,9	29,3	25,6	0,9

Am häufigsten wird die Seitenlage als präferierte Körperposition in der Austrittsphase genannt. Die Rückenlage wird von 25,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken und von 15,1% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken angegeben (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4).

Tabelle 3 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase Level 1 und Level 2 Kliniken (Angaben in %)

	Hocker %	Rückenlage %	Seitenlage %	Stehend %	Tiefe Hocke %	Vierfüßler/Kniee %
Rang 1 (n=618)	1,6	25,9	55,5	1,6	1,6	13,8
Rang 2 (n=614)	2,8	23,3	33,6	3,3	5,7	31,4
Rang 3 (n=608)	8,9	19,1	7,6	11,5	9,9	43,1
Rang 4 (n=600)	23,7	15,0	2,2	26,7	24,7	7,8
Rang 5 (n=588)	31,3	7,1	0,7	25,3	33,3	2,2
Rang 6 (n=582)	31,8	10,3	0,7	30,9	25,1	1,2

Tabelle 4 Rangliste Körperpositionen in der Austrittsphase Level 3 und Level 4 Kliniken (Angaben in %)

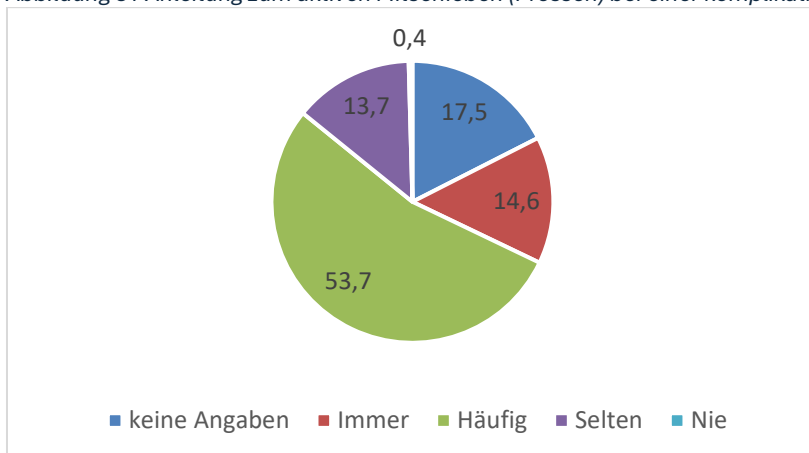
	Hocker %	Rückenlage %	Seitenlage %	Stehend %	Tiefe Hocke %	Vierfüßler/Knieend %
Rang 1 (n=569)	2,3	15,1	54,0	1,9	3,5	23,2
Rang 2 (n=566)	4,4	18,9	30,6	4,8	5,3	36,0
Rang 3 (n=563)	11,2	22,2	8,9	11,7	12,6	33,4
Rang 4 (n=556)	25,7	17,1	2,5	23,7	25,7	5,2
Rang 5 (n=546)	27,8	11,0	2,9	29,9	26,6	1,8
Rang 6 (n=538)	28,6	16,0	0,9	28,3	25,8	0,4

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.9	Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass ‘angeleitetes Pressen’ einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat.

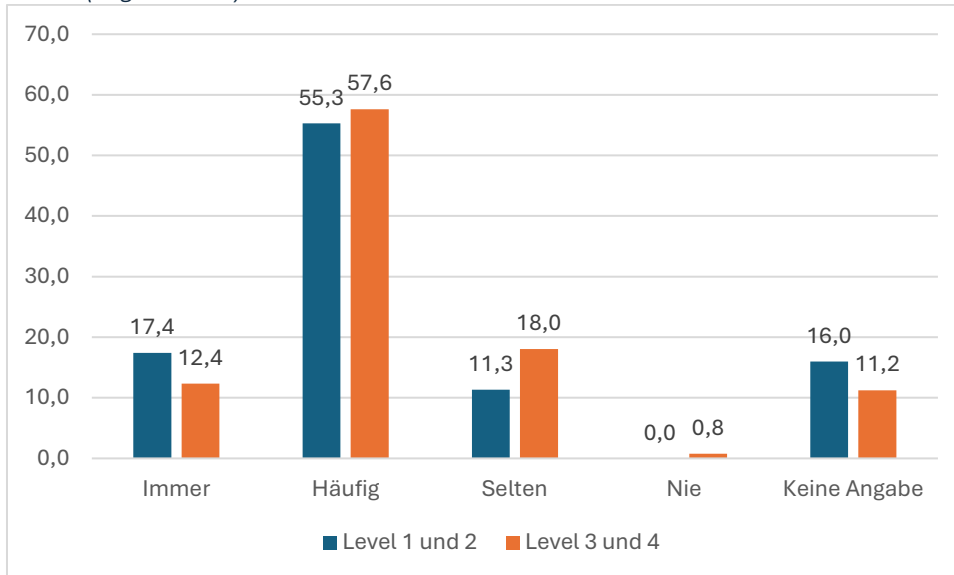
Gut 70% der befragten Hebammen geben an, dass die Gebärende üblicherweise häufig oder immer zum aktiven Pressen angeleitet wird (siehe Abbildung 51).

Abbildung 51 Anleitung zum aktiven Mitschieben (Pressen) bei einer komplikationslosen Geburt (Angaben in %)



72,7% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken, geben an, dass dort immer/häufig zum aktiven Mitschieben (Pressen) angeleitet wird. Ähnlich sehen es die befragten Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken (siehe Abbildung 52).

Abbildung 52 Anleitung zum aktiven Mitschieben (Pressen) bei einer komplikationslosen Geburt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



55,0% der Hebammen geben als die übliche Form des Anleitens das Valsalver-Manöver (Einatmen, Luft anhalten und Mitschieben) und 15,1% das „Open-glottis pushing“ (Einatmen, während des langsamen Ausatmens Bauchmuskeln anspannen zum Mitschieben) an. 8,1% der Hebammen geben sonstige Formen an, wobei sich die überwiegenden Antworten auf die Fähigkeiten und Bedarfe der Gebärende bezieht.

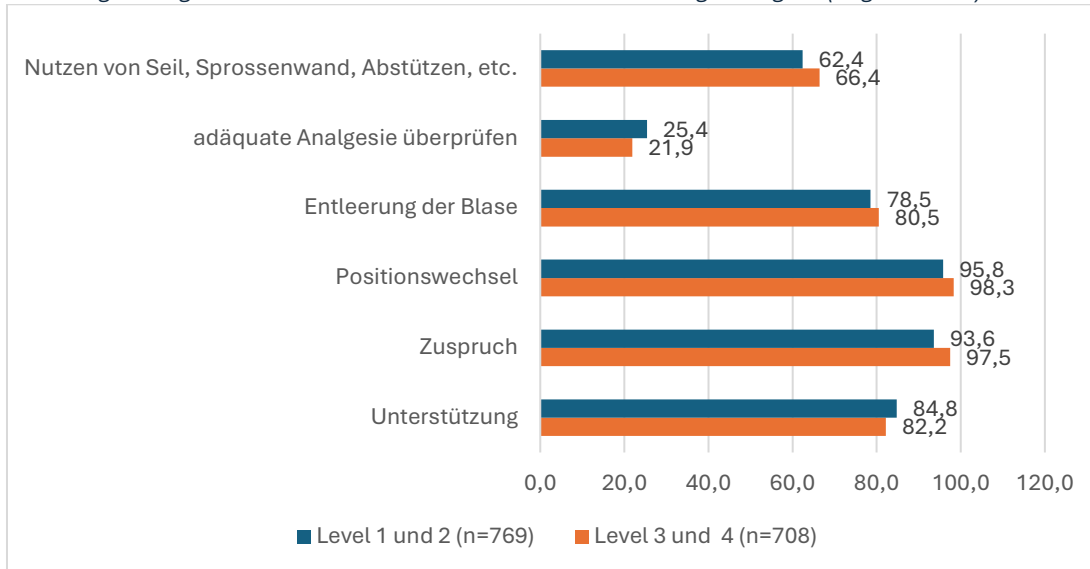
58,5% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben das Valsalver-Manöver und 12,9% das „Open-glottis pushing“ als Methode des aktiven Mitschiebens an. Demgegenüber geben 56,2% der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken das Valsalver-Manöver und 19,3% das „Open-glottis pushing“ als Methode des aktiven Mitschiebens an.

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.10	Sollte das Pressen ineffektiv sein bzw. die Gebärende es wünschen, sollten Strategien zur Geburtsunterstützung angeboten werden, z. B. Unterstützung, Zuspruch, ein Positionswechsel und Entleerung der Blase. Außerdem sollte die Notwendigkeit adäquater Analgesie regelmäßig evaluiert und adressiert werden. Dies ist insbesondere wichtig bei protrahierter AP und /oder bei übermäßigem Distress der Mutter.

Im Falle eines ineffektiven Mitschiebens geben die meisten Hebammen einen Positionswechsel der Gebärenden als Unterstützungsmöglichkeit an, wobei sich die Angaben der Hebammen aus Level 1 und Level 2 Kliniken kaum von denen aus Level 3 und Level 4 Kliniken unterscheiden (siehe Abbildung 53).

Abbildung 53 Vorgehen bei ineffektivem Pressen – Mehrfachnennungen möglich (Angaben in %)

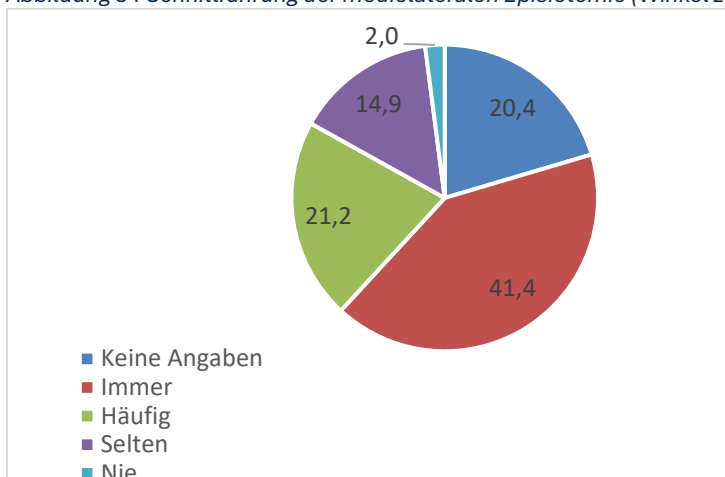


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
8.14	Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, soll diese mediolateral ausgeführt werden. Der Winkel zur Vertikalen soll zum Zeitpunkt der Durchführung (am gespannten Damm) 60° zur Vertikalen betragen und nicht unmittelbar in der Medianlinie beginnen. Die Länge soll der Scherenbranche entsprechen.
8.16	Es soll eine effektive Analgesie vor der Durchführung einer indizierten Episiotomie gewährleistet sein, außer in einem Notfall aufgrund akuter fetaler Kompromittierung.

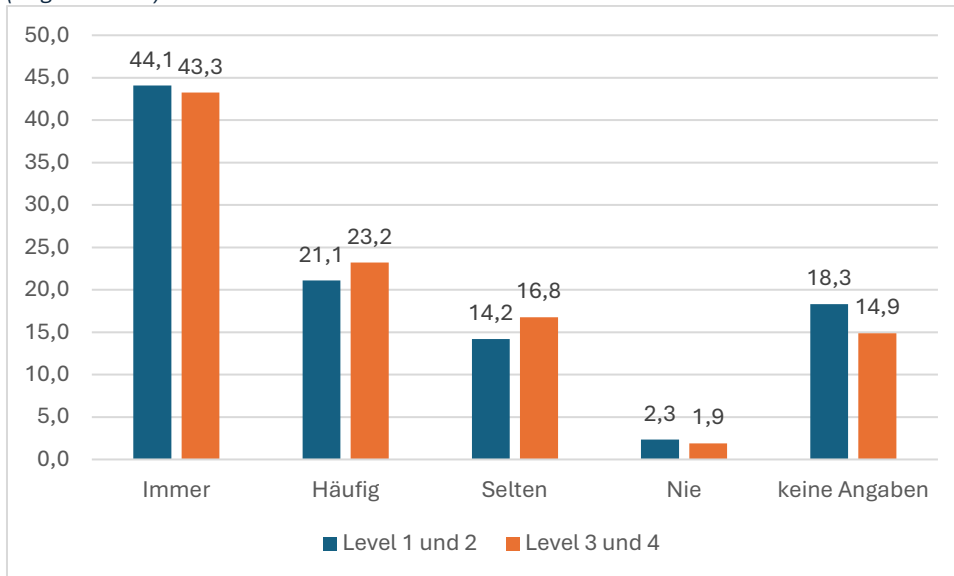
Im Falle einer Episiotomie hat sich eine mediolaterale Schnitfführung scheinbar durchgesetzt (siehe Abbildung 54).

Abbildung 54 Schnitfführung der mediolateralen Episiotomie (Winkel zur Vertikalen 60°) (Angaben in %)



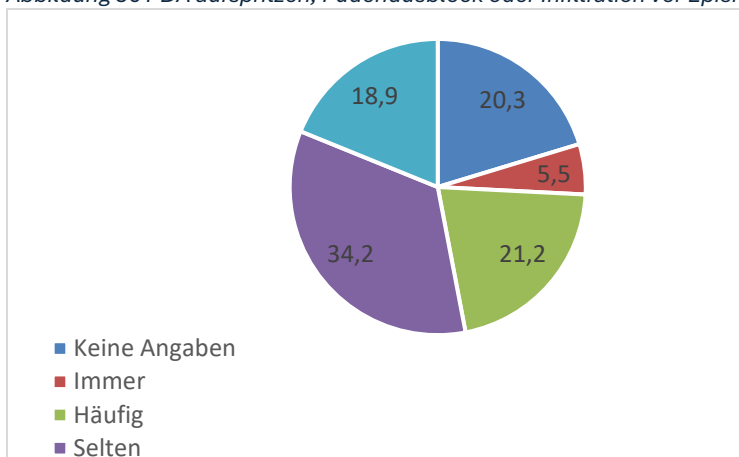
65,2% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken beschreiben, dass die Schnittführung der Episiotomie immer/häufig mediolateral erfolgt. Die Angaben der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken lassen dort Ähnliches annehmen (siehe Abbildung 55).

Abbildung 55 Schnittführung der mediolateralen Episiotomie (Winkel zur Vertikalen 60°) Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



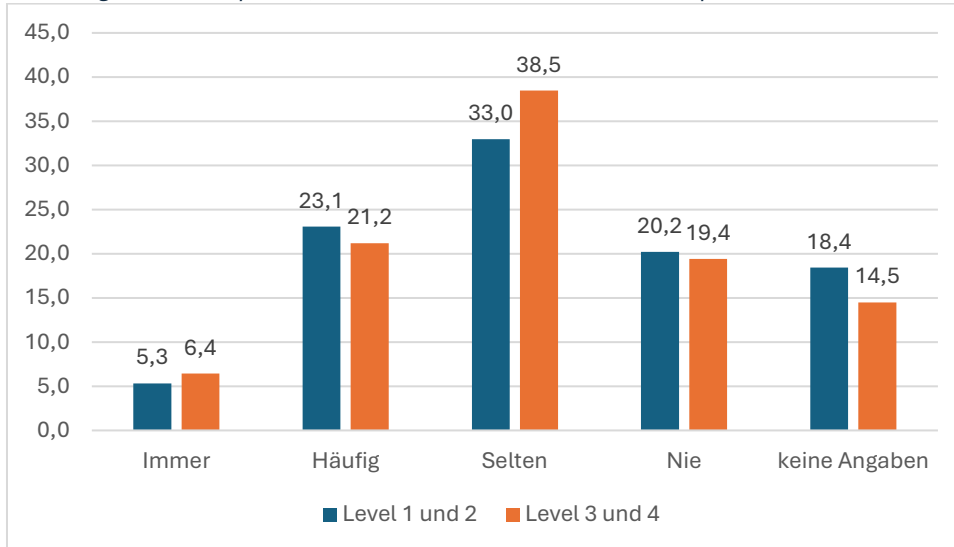
Bezüglich des Schmerzmanagements vor dem Anlegen einer Episiotomie gibt der überwiegende Teil der Hebammen an, dass vor einer Episiotomie selten oder auch nie ein Aufspritzen der PDA, das Anlegen eines Pudendusblocks oder auch eine Infiltration erfolgt (siehe Abbildung 56).

Abbildung 56 PDA aufspritzen, Pudendusblock oder Infiltration vor Episiotomie (Angaben in %)



28,4% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass in ihren Einrichtungen die PDA aufgespritzt, der Pudendusblock gesetzt oder die Infiltration vor Episiotomie vorgenommen wird, Der Anteil Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken beschreibt Ähnliches (siehe Abbildung 57).

Abbildung 57 PDA aufspritzen, Pudendusblock oder Infiltration vor Episiotomie Level 1 /2 vs. Level 3 /4 (Angaben in %)

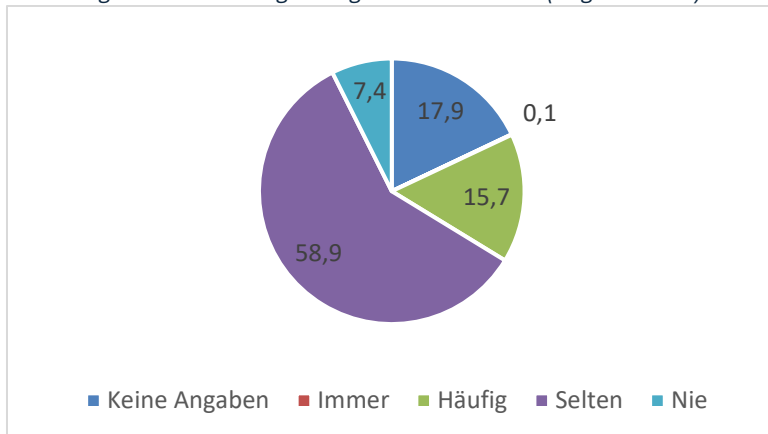


Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
8.21	<p>Fundusdruck soll möglichst nicht ausgeübt werden. Nur unter strenger Indikationsstellung kann diese Maßnahme erwogen werden. Folgende Bedingungen müssen gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden • Veto-Recht der Gebärenden • kontinuierliche Kommunikation mit der Frau • nur in der späten AP • wehensynchrone Ausführung • möglichst manueller Druck auf den Fundus, nach kaudal gerichtet • Weiterhin ist hier auch auf eine gute Absprache im geburtshilflichen Team und mit den Begleitpersonen zu achten

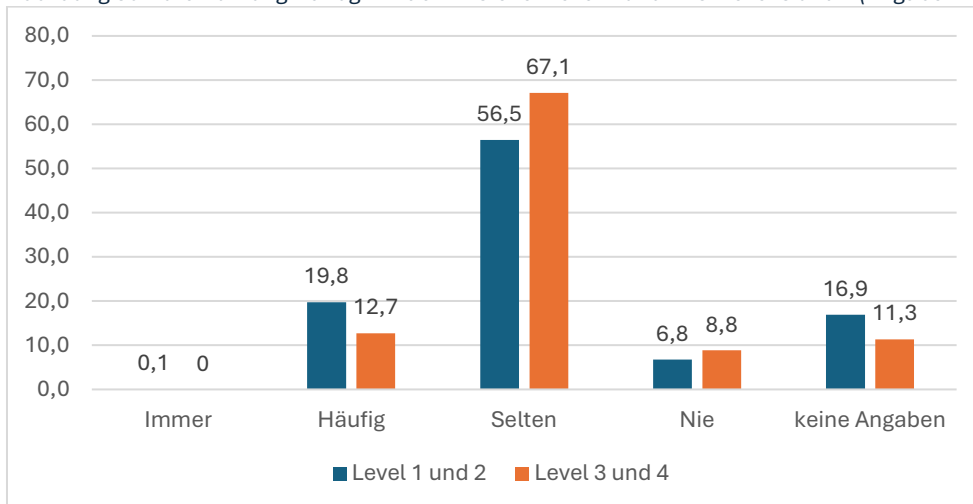
15,7% der Hebammen geben an, dass der Handgriff nach Kristeller in ihrer Einrichtung häufig durchgeführt wird (siehe Abbildung 58).

Abbildung 58 Durchführung Handgriff nach Kristeller (Angaben in %)



19,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken beschreiben, dass der Handgriff nach Kristeller immer/häufig in ihrer Einrichtung durchgeführt wird, gegenüber Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken, von denen dies nur 12,4% angeben (siehe Abbildung 59).

Abbildung 59 Durchführung Handgriff nach Kristeller Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



91,5% der Hebammen beschreiben, dass bei der Durchführung des Handgriffs nach Kristeller eine kontinuierliche Kommunikation mit der Gebärenden immer/häufig stattfindet. Die Beachtung des Veto Rechts der Frau wird jedoch von 23,8% der Hebammen als selten oder nie eingeschätzt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden(n=1.423)	55,5	29,6	12,4	2,5
Veto-Recht der Gebärenden (n=1.391)	53,3	22,9	18,2	5,5
kontinuierliche Kommunikation mit der Gebärenden (n=1.435)	65,7	25,8	7,6	0,9
nur in der späten AP (n=1.362)	73,1	22,1	3,8	1
wehensynchrone Ausführung (n=1.413)	88,4	10,3	1,1	0,1
möglichst manueller Druck auf den Fundus, nach kaudal gerichtet (n=1.359)	59,6	29,6	9	1,8
gute Absprache im geburtshilflichen Team und mit den Begleitpersonen (n=1.426)	54,1	34,6	10	1,2

In der Gegenüberstellung der Aussagen der Hebammen aus Level 1 und Level 2 Kliniken gegenüber den Aussagen der Hebammen aus Level 3 und Level 4 Kliniken fällt auf, dass letztere die Kategorie „immer“ nahezu durchgängig häufiger angeben als Hebammen aus Level 1 und Level 2 Kliniken (siehe Tabelle 6 und Tabelle 7).

Tabelle 6 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden - Level 1 und Level 2 (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden(n=705)	54,3	30,4	12,6	2,7
Veto-Recht der Gebärenden (n=687)	52,1	24,3	17,9	5,7
kontinuierliche Kommunikation mit der Gebärenden (n=712)	63,2	27,4	8,3	1,1
nur in der späten AP (n=679)	71,1	24,4	3,5	0,9
wehensynchrone Ausführung (n=704)	86,9	11,4	1,4	0,3
möglichst manueller Druck auf den Fundus, nach kaudal gerichtet (n=682)	57,6	30,8	2,5	9,1
gute Absprache im geburtshilflichen Team und mit den Begleitpersonen (n=708)	52,3	34,3	12,1	1,3

Tabelle 7 Aspekte, die bei dem Handgriff nach Kristeller beachtet werden - Level 3 und Level 4 (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden (n=652)	58,1	28,7	10,9	2,3
Veto-Recht der Gebärenden (n=639)	56,0	21,8	17,1	5,2
kontinuierliche Kommunikation mit der Gebärenden (n=656)	68,9	24,2	6,4	0,5
nur in der späten AP (n=624)	76,8	18,8	3,5	1,0
wehensynchrone Ausführung (n=645)	90,5	8,7	0,8	0,0
möglichst manueller Druck auf den Fundus, nach kaudal gerichtet (n=619)	62,4	28,3	8,2	1,1
gute Absprache im geburtshilflichen Team und mit den Begleitpersonen (n=654)	56,1	25,0	7,8	1,1

Vorgehen in der Nachgeburtsphase

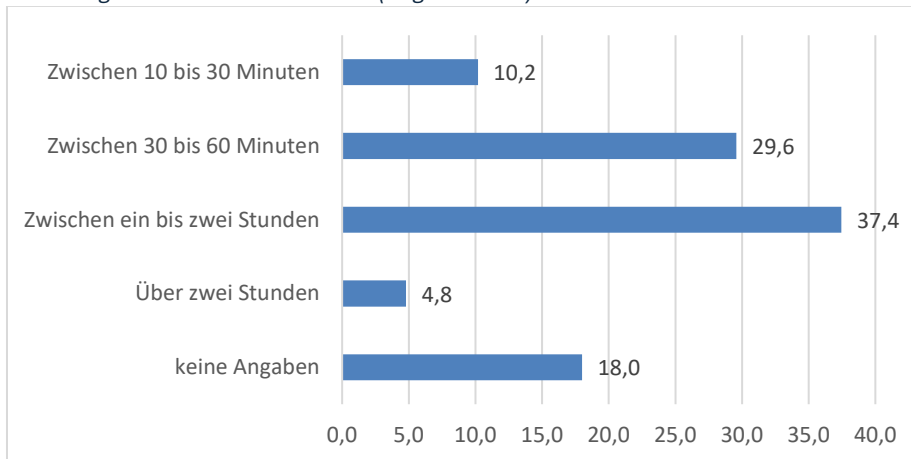
Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
9.2	Mütter sollen ermutigt werden, so bald wie möglich nach der Geburt Haut-zu-Haut-Kontakt zu ihrem Neugeborenen zu haben.
9.34	Mütter sollen ermutigt werden, das Kind so früh wie möglich an die Brust anzulegen, möglichst innerhalb der ersten Lebensstunde, um den Beginn des Stillens zu fördern.

Im Hintergrundtext zu dieser Empfehlung wird darüber hinaus propagiert, dass „Der ungestörte Haut-zu-Haut-Kontakt unmittelbar nach der Geburt des Kindes [...] mindestens bis zur Beendigung des Saugens an beiden Mamillen andauern [soll]“, da dies die Stillrate und Stilldauer fördert. Weiter heißt es: „Für den Haut-zu-Haut-Kontakt soll das Kind postnatal abgetrocknet und nackt in Bauchlage auf die unbedeckte Haut der Mutter gelegt werden.“

37,4% (n=695) der Hebammen geben an, dass ein ungestörter Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Eltern und Kind vor der U1 üblicherweise zwischen ein und zwei Stunden ermöglicht wird (siehe Abbildung 60). Unklar ist allerdings, ob in dieser Zeit ein erstes Anlegen des Kindes an die Brust erfolgt.

Abbildung 60 Haut-zu-Haut-Kontakt (Angaben in %)



34,4% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben zwischen 10 und 30 Minuten/zwischen 30 bis 60 Minuten ungestörten Haut-zu-Haut-Kontakt an und 39,1% der Hebammen zwischen ein bis zwei Stunden/über zwei Stunden (siehe Abbildung 61). Die Angaben der Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken unterscheiden sich von denen der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken vor allem in den Kategorien zwischen ein bis zwei Stunden/über zwei Stunden (siehe Abbildung 61).

Abbildung 61 Haut-zu-Haut-Kontakt Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)

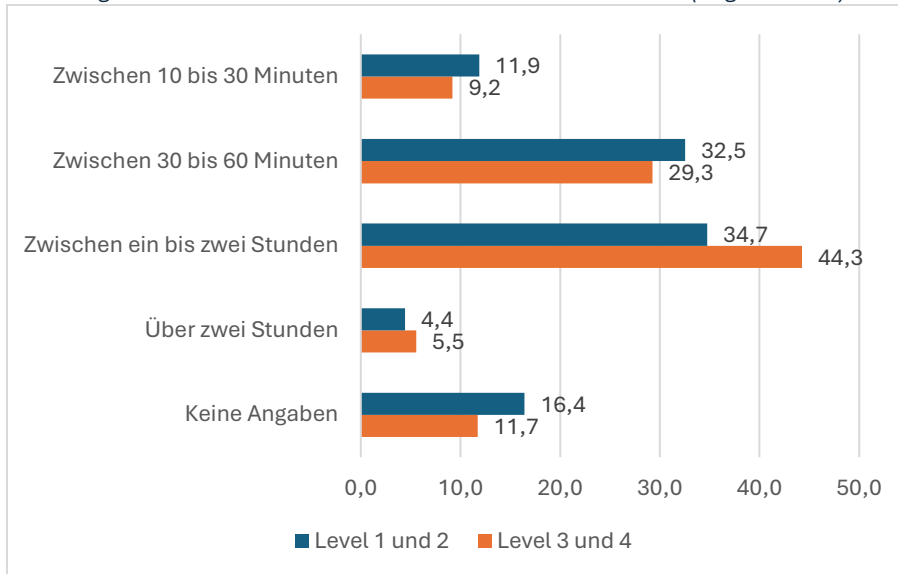


Tabelle 88 zeigt, dass die Positionierung des Kindes in Bauchlage auf den Oberkörper der Mutter ein etabliertes Verfahren zur Stillunterstützung ist.

Tabelle 8 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
frühzeitiges Anlegen des Neugeborenen (n=1.516)	62,3	35,8	1,6	0,1
Neugeborenes in Bauchlage auf dem Oberkörper der Mutter gelegt (n=1.518)	79	20	0,9	0,1
Unterstützung, dass das Kind die Mamille erfasst (n=1.513)	43,4	50,6	5,6	0,4

Bei der Stillunterstützung zeigt sich, dass in allen Versorgungsstufen das frühzeitige Anlegen des Neugeborenen, das Legen des Neugeborenen in Bauchlage auf den Oberkörper der Mutter und die Unterstützung des Kindes beim Erfassen der Mamille zu hohen Prozentsätzen vorgenommen wird (siehe Tabelle 9 und 10).

Tabelle 9 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch - Level 1 und Level 2 (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
frühzeitiges Anlegen des Neugeborenen (n=752)	68,1	29,1	1,6	0,4
Neugeborenes in Bauchlage auf dem Oberkörper der Mutter gelegt (n=755)	75,8	22,9	1,3	0,0
Unterstützung, dass das Kind die Mamille erfasst (n=751)	40,9	52,1	6,5	0,5

Tabelle 10 Stillunterstützung bei initialem Stillwunsch - Level 3 und Level 4 (Angaben in %)

	Immer %	Häufig %	Selten %	Nie %
frühzeitiges Anlegen des Neugeborenen (n=694)	76,1	23,5	0,4	0,0
Neugeborenes in Bauchlage auf dem Oberkörper der Mutter gelegt (n=695)	66,8	32,1	1,2	0,0
Unterstützung, dass das Kind die Mamille erfasst (n=693)	82,7	16,5	0,6	0,3

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNGEN/STATEMENTS
9.5	Die Frau soll vor der Geburt über das aktive Management und das abwartende Vorgehen in der Nachgeburtsperiode und über den damit verbundenen Nutzen und die Risiken informiert werden.
9.6	Entscheidet sich eine Frau mit geringem postpartalen Blutungsrisiko für ein abwartendes Management der Nachgeburtsperiode, so sollte dieser Wunsch respektiert werden. Die Frau sollte dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden.

29,3% der Hebammen geben an, dass sie Frauen mit einem geringen Blutungsrisiko über das Nachgeburtsmanagement entscheiden lassen. 516 Hebammen geben Auskunft darüber, wann die Entscheidung bezüglich des Managements der Nachgeburtsphase fällt. 37,8% dieser Hebammen geben an, dass die Entscheidung bereits üblicherweise in der Schwangerschaft fällt (Level 1 und 2 Kliniken 32,3%, Level 3 und 4 Kliniken 41,9%)

7,9% geben als Zeitpunkt für die Entscheidung bezüglich des Managements der Nachgeburtsphase während der Geburt (Level 1 und 2 Kliniken 8,6%, Level 3 und 4 Kliniken 7,7%) und 54,3% nach der Geburt des Kindes an (Level 1 und 2 Kliniken 59,1%, Level 3 und 4 Kliniken 50,4%).

Aspekte der Qualitätssicherung

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
10.2	Leitende Hebammen sollten, angepasst an das zuvor dokumentierte Tätigkeitsfeld, von den praktischen Tätigkeiten in der geburtshilflichen Abteilung anteilig oder ganz freigestellt werden. Der Anteil der Freistellung soll in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

50,3% der Hebammen bejahen die Frage, ob es in ihrer Einrichtung eine leitende Hebamme gibt, die für die leitenden Aufgaben vom Dienst ganz oder teilweise (Berücksichtigung im Dienstplan) freigestellt ist (Level 1 und 2 Kliniken 74,6%, Level 3 und 4 Kliniken 53,0%).

Die Freistellung von Praxisanleitenden bestätigen 26,6% (Level 1 und 2 Kliniken 41,0%, Level 3 und 4 Kliniken 36,6%).

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
10.4	Hebammenschüler*innen/-student*innen sollten nicht in die Personalbemessung mit einbezogen werden.

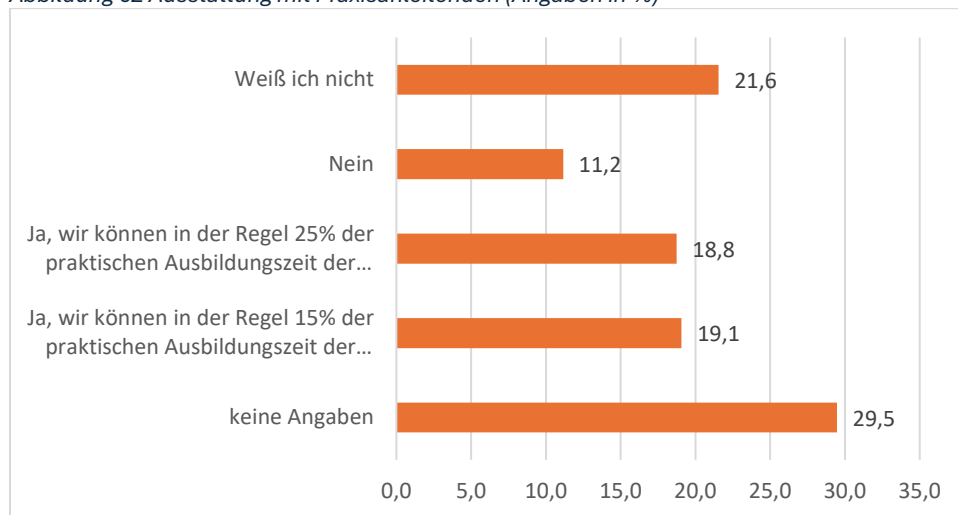
1.328 (71,6%) Hebammen arbeiten mit Hebammenschüler:innen/-studierenden. Von diesen beantwortet 1.313 Hebammen die Frage, inwieweit die Hebammenschüler:innen/-studierenden in die Personalbemessung mit einbezogen werden. 12,6% bejahten (Level 1 und 2 Kliniken 14,8%, Level 3 und 4 Kliniken 9,8%) und 71,7% verneinten die Frage nach dem Einbezug von Hebammenschüler:innen/-studierenden in die Personalbemessung (Level 1 und 2 Kliniken 65,1%, Level 3 und 4 Kliniken 80,3%). 15,8% geben an, dass sie nicht wüssten, inwiefern ein Einbezug erfolgt (Level 1 und 2 Kliniken 20,1%, Level 3 und 4 Kliniken 10,5%).

Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
10.3	Hebammen, die nach Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben als Praxisanleiter*in tätig sind, sollten im Rahmen dieser Tätigkeit anteilig von den praktischen Tätigkeiten in der geburtshilflichen Abteilung freigestellt werden. Der Anteil der Freistellung soll in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

Abbildung 62 zeigt, wie die befragten Hebammen die Ausstattung mit Praxisanleitenden einschätzen.

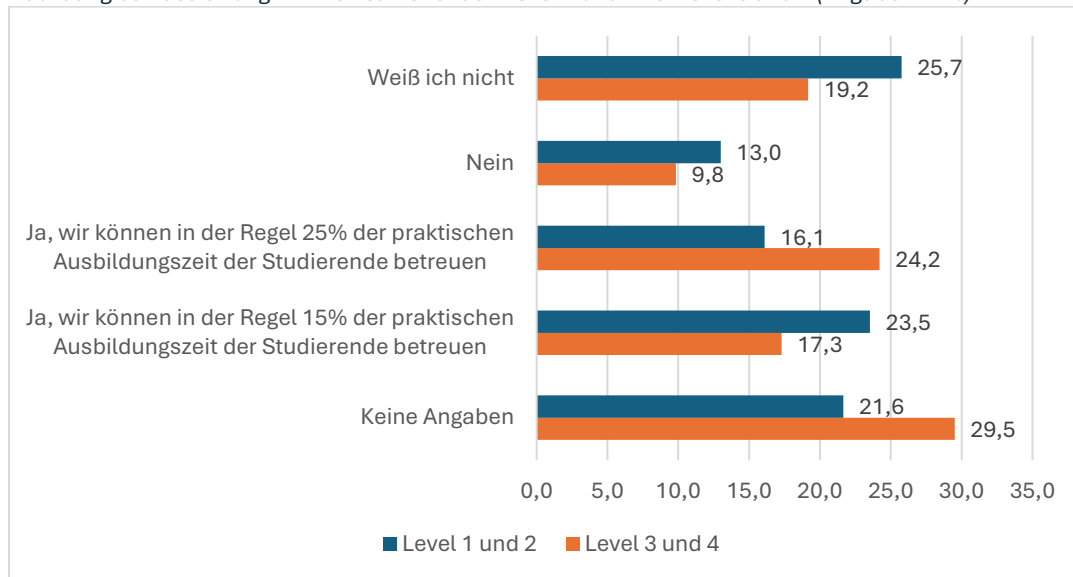
Abbildung 62 Ausstattung mit Praxisanleitenden (Angaben in %)



16,1% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken geben an, dass sie in der Regel 25% der praktischen Ausbildungszeit die Studierenden betreuen, 23,5% können in der Regel 15% der praktischen Ausbildungszeit betreuen und 13% verneinen die ausreichende Ausstattung mit Praxisanleiter:innen zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben (siehe Abbildung 63).

Hebammen aus Level 3 und Level 4 Kliniken können offenbar den gesetzlich geforderten Anteil von 25% Betreuungszeit eher erfüllen als Hebammen aus Level 1 und Level 2, während letztere eher die Übergangsregelung von 15% Betreuungszeit realisieren können (siehe Abbildung 63).

Abbildung 63 Ausstattung mit Praxisanleitenden Level 1 und 2 vs. Level 3 und 4 (Angaben in %)



Empfehlung der Leitlinie

NR	EMPFEHLUNG/STATEMENT
9.28	Alle relevanten Akteure (Hebammen, Geburtshelfer*innen, Kinderärzt*innen, Anästhesist*innen), die sich um Frauen und Kinder während der Geburt kümmern, aber nicht regelmäßig auch kritische deprimierte Neugeborene versorgen (Neonatolog*innen), sollen jährlich einen qualitativ hochwertigen Kurs in Neugeborenen-Reanimation besuchen.

72,9% der Hebammen geben an, dass es regelmäßige und verbindliche interdisziplinäre Fortbildungen für Neugeborenen-Reanimation in ihrer Einrichtung gibt (Level 1 und 2 Kliniken 88,0%, Level 3 und 4 Kliniken 92,3%).

Diskussion

Einige Antworten dieser Befragung weisen darauf hin, dass oftmals Zeitmangel des Personals für die reduzierte Umsetzung der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie ein maßgeblicher Faktor zu sein scheint. Das gilt insbesondere für die mangelnde Umsetzung der Eins-zu-eins-Betreuung. Folglich bedarf es für die erfolgreiche Implementierung der S3-Leitlinie in den Kreißsälen mehr Personal, das Zeit hat, die Eins-zu-eins-Betreuung als einen wesentlichen Faktor einer frauenzentrierten Geburtshilfe umzusetzen.

Da alle Hebammen ohne mögliche Rückschlüsse auf ihre Kliniken antworten können sollten, konnten keine Erkenntnisse über die Anzahl der Kliniken, die in dieser Befragung vertreten waren, gewonnen werden. Somit kann diese Beobachtungsstudie nicht den Umsetzungsgrad in den Kliniken allgemein aufzeigen. Dennoch entsteht der Gesamteindruck, dass die Umsetzung in den Kliniken insbesondere der Empfehlungen, die einen Paradigmenwechsel von einem aktiven Geburtsmanagement hin zu einem zurückhaltenden Geburtsmanagement unter Einbezug der Frau auslösen, gewissen Einflussgrößen unterliegt.

Die geburtshilflichen Teams stehen vor der Herausforderung, die Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie umzusetzen. In allen Versorgungsleveln gibt es gleiche Einschätzungen zu den Voraussetzungen und Hürden bei der Umsetzung der S3-Leitlinie. Der am häufigsten genannte Grund für eine gelingende Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie war das Wissen um die Inhalte der Leitlinie. In den freien Antworten wurden zudem u.a. die Vorhaltung eines Hebammenkreißsaals und Motivation der beteiligten Berufsgruppen erwähnt. Für eine schwere bis unmögliche Umsetzung wurde am häufigsten die fehlende Einstellung der Leitungsebene (Ärzt:innen und Hebammen) genannt. Auch wurden in den freien Antworten zur Frage der Gründe für eine schwere bis unmögliche Umsetzung u.a. die fehlende reguläre Stellenbesetzung und die damit verbundene fehlende Möglichkeit der Eins-zu-eins-Betreuung angegeben.

Unabhängig vom Versorgungslevel kann anhand der Befragungsergebnisse abgeleitet werden, dass bestimmte Voraussetzungen für die Implementierung der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie gegeben sein müssen, um die regelhafte Anwendung im Klinikalltag sicherzustellen. Für die Implementierung der Handlungsempfehlungen der S3 Leitlinie bedarf es einer positiven Einstellung und Motivation der Berufsgruppen sowie deren Willen der Umsetzung. Als Voraussetzung für die Umsetzung der S3-Leitlinie gilt insbesondere Veränderungen in der Einstellung der Führungsebene und der Ärzt:innenschaft. Die Herausforderung für Führungspersonen besteht darin, eine konkrete Zielsetzung zu formulieren, Wissensmanagement zu betreiben, Strukturen zu entwickeln und Konflikte zu managen [4]. Zudem muss die Zielsetzung transparent an das Team weitergegeben werden, da es für den Wandlungsprozess entscheidend ist, dass der Bedarf erkannt und das Ziel als erreichbar betrachtet wird [5]. Fehlt die Motivation der Führungsebene, fehlt eine entscheidende Kraft in der Umsetzung der Handlungsempfehlungen. Je mehr Personen sich am Veränderungsprozess beteiligen, umso größer sind die Erfolgchancen [6]. Als Antwortvorgabe dieser Befragung wurde nicht die mögliche unterschiedliche Einstellung der Teammitglieder zur Implementierung der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie genannt. Die Literatur sieht darin jedoch einen großen Einfluss. Die Einstellungen der Mitarbeitenden kann von enthusiastischer Unterstützung bis hin zu starkem Widerstand reichen. Auch ohne offensichtlichen Widerstand sollten alle Mitarbeitenden in den Prozess integriert werden. Durch das Einbinden des Teams können die einzelnen Personen den Wandel besser verstehen und nachvollziehen [7]. Ein förderlicher Motivationsfaktor könnte die juristische Sichtweise sein. Hirschmüller (2021) weist darauf hin,

dass die evidenz- und konsensbasierte Leitlinie, die den aktuellen Stand der Wissenschaft aufzeigt, im Haftungsfall von den Sachverständigen miteinbezogen wird [8].

In Deutschland erwarten die Frauen von Hebammen nicht nur medizinische Versorgung, sondern einen ganzheitlichen respektvollen Ansatz. Es soll neben ihren körperlichen, emotionalen und sozialen Bedürfnissen auf ihre Individualität in Erfahrungen, Standpunkten und Verhalten eingegangen werden [9]. Diese frauenzentrierte Betreuung bedarf eines adäquaten Personalschlüssels, bei dem die Eins-zu-eins-Betreuung bei der Geburt berechnet ist. Die Ergebnisse der Beobachtungsstudie zeigen, dass die Eins-zu-eins-Betreuung für 26,9% der befragten Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken und für 62,4% der befragten Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken immer/häufig möglich ist. Gravierender wirkt die Prozentzahl von 61,2 % der befragten Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken, welche die Möglichkeit einer Eins-zu-eins-Betreuung als selten oder unmöglich einstufen. Im Vergleich dazu wird dies von 30,7% der befragten Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken angegeben. Durch die seit dem 01.01.2025 geltende Qualitätsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) dürfen Gebärende erst mit der 37+0 SSW einen Kreißsaal in einem Level 4 Haus als Geburtsort wählen [10]. Es werden daher mehr Geburten in Level 1 bis 3 Häusern stattfinden müssen. Die Kapazitäten für eine Eins-zu-eins-Betreuung in Level 1 und 2 Häusern werden so weiter reduziert.

Ein Grund für die Unterschiede in der Möglichkeit einer Eins-zu-eins-Betreuung je nach Versorgungslevel kann sein, dass neben der eigentlich geburtshilflichen Tätigkeit in Kliniken mit einem höheren Versorgungslevel patient:innenferne oder auch -fremde Tätigkeiten wie zum Beispiel leitende wie auch edukative Tätigkeiten in einem höheren Umfang zum Tragen kommen, als dies in Häusern mit einem niedrigeren Versorgungslevel der Fall ist. Generell hebt die S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin hervor, dass für diese Tätigkeiten eine Freistellung der betroffenen Hebammen erfolgen sollte [1]. Bei der Frage, ob dies tatsächlich der Fall ist, geben in der vorliegenden Beobachtungsstudie jedoch im Fall der Praxisanleitung fast die Hälfte der Hebammen aus beiden Gruppen an, dies nicht zu wissen oder machten keine Angaben dazu. Ein möglicher weiterer Grund für den niedrigen Anteil Hebammen in Level 1 und 2 Kliniken bezüglich der möglichen Umsetzung einer Eins-zu-eins-Betreuung könnte ein standortbedingter Nachteil bei der Gewinnung von Fachkräften sein. Beispielsweise könnte aus höheren Lebenshaltungskosten in Ballungsräumen ein Hebammenmangel resultieren. Der Aspekt der Stellenbesetzung wurde jedoch nicht explizit abgefragt.

Möglicherweise kann ein stärkerer Hebammenmangel aufgrund beschriebener standortbedingter Nachteile, verbunden mit einem höheren Arbeitsaufkommen in Level 1 und 2 Häusern als Ursache für die Antworten der Hebammen aus den verschiedenen Versorgungsstufen zur Umsetzung der Eins-zu-eins-Betreuung gesehen werden. Eine hohe Arbeitsbelastung ist der Hauptgrund, warum 43% von 2.108 im Rahmen einer Studie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung zur stationären Hebammenversorgung im Jahr 2018 befragten Hebammen angaben, im Laufe des vorherigen Jahres oft bzw. sehr oft an eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit gedacht zu haben, 28% sogar an eine vollständige Aufgabe ihrer Tätigkeit [11]. Mehr als die Hälfte geben als Grund für eine mangelnde Arbeitszufriedenheit an, zu wenig Zeit für eine adäquate Betreuung der Frauen zu haben [11]. Die Zahlen legen nahe, dass nicht nur die Gebärenden, sondern auch die Hebammen und die geburtshilflichen Strukturen, in denen sie arbeiten, von einer Eins-zu-eins-Betreuung profitieren. Die teilnehmenden Hebammen der vorliegenden Beobachtungsstudie thematisieren, dass auch bei einer regulären Stellenbesetzung die Anzahl der Hebammen nicht ausreicht, um eine Eins-zu-eins-Betreuung zu gewährleisten. Einen Personalschlüssel, der die Eins-zu-eins-Betreuung im Kreißsaal berücksichtigt, gibt es jedoch bisher nicht. Auch aus diesem Grund resultiert der Rückzug der

Hebammen aus den Kreißsälen. Eine Befragung der Hebammen im Jahr 2022 durch den Deutschen Hebammenverband ergab, dass 2.700 Hebammen in die klinische Geburtshilfe zurückkehren würden, wenn die Rahmenbedingungen, wie eine Eins-zu-eins-Betreuung gegeben seien [12]. Der Deutsche Hebammenverband hat einen entsprechenden Personalschlüssel mit einer Berechnungsgrundlage für die Betreuungsrelation 1:60 aufgestellt [13].

Zeitmangel des Personals kann auch bei der Umsetzung des Konzepts der informierten Entscheidungsfindung von Bedeutung sein. Das Konzept der informierten Entscheidungsfindung ist 74,9% der antwortenden Hebammen ganz oder teilweise vertraut. Während 60,9% der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken angeben, dass die Anwendung des Konzepts der informierten Entscheidung dort immer/häufig gelingt, sind es 65,7% der befragten Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken. Die Ergebnisse zur informierten Entscheidung sind in der vorliegenden Studie nicht sehr aussagekräftig, da unsicher ist, auf welche Situationen sie sich beziehen. Frauen umfassend über ihre Handlungsoptionen zu informieren, kostet Zeit und so ist möglicherweise aus bereits oben beschriebenen Gründen der Unterschied in den Angaben der Hebammen aus den verschiedenen Versorgungsleveln erklärbar. Im Fokus der Betreuenden muss dennoch gesehen werden, dass ein wesentlicher Bestandteil der Eins-zu-eins-Betreuung das Einbeziehen der Frau in Entscheidungen ist bzw. ihr dies generell durch Bereitstellung von Informationen zu ermöglichen ist. Frauen formulieren mit dem Wissen von Vor- und Nachteilen von geburtshilflichen Interventionen ihre Bedürfnisse [14]. Die Form der partizipativen Entscheidungsfindung kann die Zufriedenheit und die Chance für ein positives Geburtserleben steigern [14,15].

Bei einigen der im Rahmen dieses Surveys abgefragten Aspekte lassen die Angaben der Hebammen darauf schließen, dass die Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin nicht in dem zu wünschenden Maß umgesetzt werden. Zu den fehlenden Umsetzungen der Handlungsempfehlungen gehören neben der Eins-zu-eins-Betreuung u.a. der Handgriff nach Kristeller, das Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung, die Häufigkeit der vaginalen Untersuchungen, die Wahrung der Intimsphäre oder auch das Vorgehen während der Austritts- und der Nachgeburtsphase. In den Antworten zu diesen Handlungsempfehlungen wird die Differenz in der Umsetzung zwischen den Versorgungsleveln 1/2 und 3/4 sichtbar. Es entsteht der Eindruck, dass die Umsetzung der Leitlinie in Level 3 und 4 Kliniken eher zu gelingen scheint. Denkbar ist, dass auch wenn sich die Fragen ausdrücklich auf Low-Risk-Schwangere bezogen, die Antworten der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken durch die Tatsache beeinflusst werden können, dass in diesen Häusern zu einem hohen Anteil auch Risikoschwangere/-geburten betreut werden und somit eine Differenzierung nach vorhandenem Risiko in den Antworten nicht mehr zuverlässig gelingt bzw. gelingen kann. Auch innerhalb eines geburtshilflichen Teams kann die Sichtweise variieren, mit welchen Kriterien eine Low-Risk-Gebärende eben als solche gilt. Bisher gibt es keinen verbindlichen Kriterienkatalog zur Definition von Low-Risk-Schwangeren/-Gebärenden. Die Erstellung eines solchen würde eine konkrete und einheitliche Einstufung ermöglichen und hätte damit Einfluss auf die möglicherweise folgenden Interventionen. Für die Differenz der Umsetzung zwischen den Versorgungsleveln ist aber auch denkbar, dass das geburtshilfliche Handeln an sich dadurch beeinflusst wird und Low-Risk-Schwangeren gewissermaßen aus der Sozialisation der geburtshilflich Tätigen in einem Krankenhaus des Versorgungslevels 1 oder 2 eher ein aktives Geburtsmanagement zuteil wird, als in Krankenhäusern mit dem Versorgungslevel 3 oder 4.

Die in der S3-Leitlinie gegebenen Handlungsempfehlungen sind evidenzbegründet und sollen die Versorgung der Gebärenden verbessern. Der frauenzentrierte Betreuungsrahmen für die physiologischen Geburtsphasen wird in der S3-Leitlinie mit Handlungsempfehlungen wie z.B. zur

partizipativen Entscheidungsfindung, persönlichen Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung, Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen evidenzbasiert beschrieben [1]. Weiterhin wird in der Leitlinie angeführt, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung zu einer interventionsärmeren Geburt führt und das Fehlerpotenzial senkt [1]. Die Handlungsempfehlungen orientieren sich daran, dass gute Geburtshilfe das Wohlergehen und die Sicherheit für Mutter und Kind in das Zentrum stellt. In der Literatur finden sich einige Parameter dazu: Die Beziehungskontinuität von Gebärender und Hebamme erzeugt psychologisch Vertrauen und Vorhersehbarkeit und sorgt somit für ein Wohlbefinden der Gebärenden [16]. Eine unzureichende Unterstützung während der Geburt ist ein Einflussfaktor für ein negatives Geburtserleben [17,18]. Die in der S3-Leitlinie genannte formulierte Selbstbestimmung der Frau wird als Qualitätsmerkmal in der Literatur genannt. Für psychosoziale Einflussgrößen ist das persönliche Kontrollgefühl neben der Selbstwirksamkeit ein wichtiger Prädiktor [19]. So geht z.B. die Wahl der Geburtsposition mit einem besseren Kontrollgefühl der Frau einher [20]. In der Literatur wird aufgezeigt, dass das Geburtserleben der Frau kurz- und langfristige Auswirkungen auf ihre subjektiv empfundene Gesundheit und ihr Wohlbefinden sowie auf ihre Familie hat [20,21]. Für jede in der Geburtshilfe tätige Person gilt es in einem kontinuierlichen Prozess die Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie zu betrachten, die eigene Arbeitsweise zu reflektieren und diese gegebenenfalls zu verändern. Grundsätzlich sollten die gesamten Handlungsempfehlungen laufend betrachtet, bewertet und unter Berücksichtigung fallbezogener und situativer Aspekte angewendet werden. Das AWMF-Regelwerk sieht in der Transferierung der Leitlinie in individuelles Handeln eine hohe Bedeutung. Mit Leitlinien wird ein Handlungskorridor beschrieben, der nur in begründeten Fällen verlassen werden sollte [22]. In der Literatur wird herausgestellt, dass dies die Bereitschaft erfordert, etablierte Versorgungskonzepte zu überprüfen und die Bereitschaft, innovative Versorgungskonzepte zu übernehmen [23].

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Beobachtungsstudie können keine repräsentativen Schlussfolgerungen für den konkreten Umsetzungsgrad der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin, bezogen auf die verschiedenen Kliniklevel, bieten. Dennoch wird deutlich, dass die Umsetzung der Leitlinie scheinbar gewissen Einflussgrößen unterliegt. Insbesondere sind das Wissen um die S3-Leitlinie und die positive Einstellung und Motivation der Berufsgruppen, sowie deren Willen der Umsetzung von entscheidender Bedeutung. Weitere Einflussfaktoren, die sich aus den Empfehlungen ergeben und die auf einen Paradigmenwechsel von einem aktiven Geburtsmanagement hin zu einem zurückhaltenden Geburtsmanagement weisen, sind der Handgriff nach Kristeller, das Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung, die Häufigkeit der vaginalen Untersuchungen, die Wahrung der Intimsphäre oder auch das Vorgehen während der Austritts- und der Nachgeburtsphase. Um ein Changemanagement zu initiieren, bedarf es als Voraussetzung die Einsicht und den Willen der beteiligten Professionen für Veränderungen. Die Bildung von Netzwerken, bestehend aus Klinikteams, bietet generell die Möglichkeit in einer Art Peer Review Verfahren mit- und voneinander zu lernen und Veränderungen herbeizuführen.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Hebammen aus Level 3 und 4 Kliniken häufiger von einer stattgefundenen Eins-zu-eins-Betreuung berichten als Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken. Jedoch werden im Rahmen der Zentralisierung der Kliniken insbesondere Level 4 Kliniken geschlossen. Bei allen Zentralisierungsbestrebungen sollte mit Blick auf die Ergebnisse dieser Beobachtungsstudie sichergestellt sein, dass ein Krankenhaus über die Ressourcen für die Umsetzung der evidenzbasierten Empfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin verfügt. Hierzu gehört auch einen Wissenszuwachs sowie eine Motivationsprüfung bezüglich der Umsetzungsbestrebungen der Leitlinie für die Leistungserbringenden zu ermöglichen.

Eine Verstärkung des Arbeitsaufkommens in Level 1 und 2 Häusern wird sich auch durch die seit dem 01.01.2025 geltende Qualitätsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFRRL) ergeben. Durch die Erhöhung der Schwangerschaftswoche für die Aufnahme der Schwangeren von 36+0 SSW auf 37+0 SSW werden mehr Geburten dort stattfinden müssen. Die flächendeckende wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung darf zudem nicht aus dem Fokus geraten. Die zurzeit unkontrolliert stattfindende Zentralisierung der geburtshilflichen Kliniken darf nicht abgewartet werden. Ein flächendeckendes Versorgungsnetz muss eine verlässliche und qualitativ hochwertige Versorgung garantieren. Zur Sicherstellung dieses Ziels müssen Kommunen, Land und Bund zusammenarbeiten und neben der Krankenhausreform rasch ergänzende Gesetzgebungen und Verordnungen aufstellen.

Die Ergebnisse der Beobachtungsstudie zeigen, dass die fehlende reguläre Stellenbesetzung der Hebammen eine Hürde darstellt und die Eins-zu-eins-Betreuung aus Sicht der befragten Hebammen unmöglich macht. Auch der bisher angewendete Stellenschlüssel für Hebammen im Kreißaal lässt scheinbar in einigen Fällen keine Eins-zu-eins-Betreuung zu. Als Grund für die mangelhaft stattfindende Eins-zu-eins-Betreuung wird die zu hohe Arbeitsbelastung gesehen. Das IGES-Gutachten stützt diese These. Aus den schlechten Rahmenbedingungen in den Kreißälen resultiert der Rückzug der Hebammen. Die Umfrageergebnisse des Deutschen Hebammenverbandes zeigen auf, dass 2.700 Hebammen in die klinische Geburtshilfe zurückkehren würden, wenn die Rahmenbedingungen, wie eine Eins-zu-eins-Betreuung, gegeben seien. Um die Handlungsempfehlung der S3-Leitlinie der Eins-zu-eins-Betreuung in allen Versorgungsstufen der Geburtshilfe ermöglichen zu können, ist die Einführung eines Personalschlüssels erforderlich, der die Berechnung der Eins-zu-eins-Betreuung inkludiert. Die Betreuungsrelation ist mit 1:60 durch den Deutschen Hebammenverband ermittelt worden.

Gebärende und Hebammen profitieren davon. Des Weiteren wird für eine unproblematische Umsetzung des überwiegenden Teils der Leitlinie die Vorhaltung eines Hebammenkreißsaals gesehen. Dort ist die in der Leitlinie empfohlene Eins-zu-eins-Betreuung als strukturelle Voraussetzung hinterlegt. Um die Option, in einem Hebammenkreißsaal gebären zu können, zu haben, sollten diese flächendeckend implementiert werden.

Zeitmangel kann auch bei der Umsetzung des Konzeptes der informierten Entscheidungsfindung von Bedeutung sein. Es bedarf Zeit, wenn Frauen umfassend über ihre Handlungsoptionen informiert werden. Das Konzept ist ein wesentlicher Bestandteil der frauenzentrierten Betreuung und soll durch Bereitstellung von Informationen ermöglicht werden. Die Anwendung des Konzeptes der informierten Entscheidungsfindung erhöht sowohl die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben als auch die Sicherheit bei der Wahl des Geburtsortes.

Für die Durchsetzung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen der Leitlinie wird es Zeit und Fortbildungen brauchen. Kliniken, die diese Empfehlungen bereits umsetzen, könnten mit der Veröffentlichung ihrer Daten die Zweifelnden oder auch Negierenden überzeugen. Auch wenn es innerhalb des Teams unterschiedlich hemmende Einflüsse zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie gibt, so ist jede in der Geburtshilfe tätige Person für ihr Handeln verantwortlich. Die Wahrung der Intimsphäre, das Unterlassen des Kristeller-Manövers und eine gute Kommunikation sind bedeutsame Faktoren in der Betreuung von Gebärenden und können individuell umgesetzt werden.

Die vorliegende Beobachtungsstudie bezog sich auf Low-Risk-Gebärende, doch kann es nicht ausgeschlossen werden, dass die Antworten der Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken durch den hohen Anteil von zu betreuenden Risikoschwangeren/-geburten in diesen Häusern beeinflusst wurden, sodass eine Fokussierung auf ausschließlich Low-Risk-Geburten nicht möglich war. Auch innerhalb eines geburtshilflichen Teams kann die Sichtweise variieren. So wäre die Erstellung eines verbindlichen Kriterienkatalogs für eine Definition Low-Risk-Gebärender sinnvoll. Eine konkrete und einheitliche Einstufung der Frauen in Low-, Moderate- und High-Risk wäre so möglich, was einen Einfluss auf geburtshilfliche Interventionen haben könnte. Ob Hebammen aus Level 1 und 2 Kliniken tatsächlich durch ihr Aufgabenfeld mit Risikoschwangeren/-gebärenden in ihrer Beantwortung zu Low-Risk-Gebärenden beeinflusst werden, sollte mit weiterer Forschung untersucht werden.

Die S3-Leitlinie hat das Ziel, mit ihren evidenzbegründeten Handlungsempfehlungen die Versorgung der Gebärenden zu verbessern. Dieser frauenzentrierte Betreuungsrahmen mit den Handlungsempfehlungen wie z.B. zur partizipativen Entscheidungsfindung, persönlicher Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung, Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen, stellt das Wohlbefinden der werdenden Mutter und ihrem Kind in den Mittelpunkt. Eine kontinuierliche Betreuung führt zu einer interventionsärmeren Geburt und senkt das Fehlerpotenzial. Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen der Leitlinie kann als Chance für die Frauen und deren Familien für eine positive Geburtserfahrung gesehen werden, sowie evidenzbasiertes Handeln der betreuenden Berufsgruppen sicherstellen.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (2021) S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. AWMF Register Nr. 015/083. AWMF Online, Berlin
2. Baumgarten K (2024) "Ein Kraftakt" - Interview mit Rainhild Schäfers und Michael Abou-Dakn – Teil 2. Deutsche Hebammenzeitschrift 76(11):48–53
3. Baumgarten K (2024) "Eine Leitlinie, die wahrgenommen wird" - Interview mit Rainhild Schäfers und Michael Abou-Dakn – Teil 1. Deutsche Hebammenzeitschrift 76(10):14–20
4. Tewes, Renate (2015): Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. 3., aktualisierte und erw. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar: <http://swbplus.bsz-bw.de/bsz432142983cov.htm>.
5. Krüger, Wilfried; Bach, Norbert (Hrsg.) (2014): Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler (Uniscope Publikationen der SGO Stiftung).
6. Kotter, John P. (2007): Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. In: Harvard Business Review (2), 1-10.
7. Cinite, Inta; Duxbury, Linda E. (2018): Measuring the Behavioral Properties of Commitment and Resistance to Organizational Change. In: The Journal of Applied Behavioral Science 54 (2), S. 113–139. DOI: 10.1177/0021886318757997.
8. Hirschmüller, Ann-Kathrin (2021): Stellungnahmen einer Fachanwältin für Medizinrecht zur Gewichtung einer S3-Leitlinie im Haftungsfall an den Bremer Hebammenlandesverband e.V. am 15.11.2021.
9. Mattern, Elke; Lohmann, Susanne; Ayerle, Gertrud M. (2017): Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 17 (1), S. 389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss :Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFRRL) in der Fassung vom 20. September 2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684) in Kraft getreten am 1. Januar 2006 zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 20.01.2025 B4) in Kraft getreten am 1. Januar 2025, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3703/QFR-RL_2024-10-17_iK-2025-01-01.pdf (Zugriff 09.04.2025)
11. Albrecht, Martin; Bock, Hendrik; Heiden, Iris; Loos, Stefan; Ochmann, Richard; Sander, Monika; Temizdemir, Ender (2019): Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit Berlin. IGES Institut. Online verfügbar: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092_019_ger.pdf
12. Deutscher Hebammenverband (2022): WELT-HEBAMMENTAG AM 05.05.2022, https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/03/2022_DHV_Jede_von_uns_zaeHLT_Fact-Sheet-Umfrage.pdf (Zugriff 10.04.2025)
13. Deutscher Hebammenverband (2023): Empfehlung Leistungsgruppen Geburtshilfe: Physiologie fördern und Eins-zu-eins-Betreuung absichern,

- https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/04/2023_04_13_DHV-Empfehlung_Leistungsgruppen_Geburtshilfe.pdf (Zugriff 10.04.2025)
14. David, Matthias; Kentenich, Herbert(2008): Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. In: *Gynäkologie* 41 (1), S. 21-27. DOI: 10.1007/s00129-007-2088-2.
 15. Waldenström, Ulla; Rudman, Ann; Hildingsson, Ingegerd (2006): Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. In: *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 85 (5), S. 551–560. DOI: 10.1080/00016340500345378.
 16. Dahlberg, Unn; Aune, Ingvild (2013): The woman's birth experience-the effect of interpersonal relationships and continuity of care. In: *Midwifery* 29 (4), S. 407–415. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006.
 17. Stahl, Katja (2009): Wie zufrieden sind Frauen mit ihrer Geburtsklinik? In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 213 (1), S. 11–17. DOI: 10.1055/s-0028-1119387.
 18. Waldenström, Ulla; Hildingsson, Ingegerd; Rubertsson, Christine; Rådestad, Ingela (2004): A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. In: *Birth* 31 (1), S. 17–27. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x.
 19. Büscher, Andreas; Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (Hrsg.) (2015): *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung.* Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; Verbund Hebammenforschung. Dezember 2014. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
 20. Nieuwenhuijze, Marianne J.; Jonge, Ank de; Korstjens, Irene; Budé, Luc; Lagro-Janssen, Toine L. M. (2013): Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. In: *Midwifery* 29 (11), e107-14. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
 21. Schäfers, Rainhild, (2015): Influence of negative experience on self-rated health quality of life in women, *DGHWi, Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 03/2015, S. 40–45.
 22. AWMF-Ständige Kommission Leitlinien (2020): *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“.* 2. Auflage. Online verfügbar: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (Zugriff 17.12.2021).
 23. Muche-Borowski, Cathleen; Kopp, Ina (2011): Wie eine Leitlinie entsteht. In: *Zeitschrift für Herz-Thorax-Gefäßchirurgie* 25 (4), S. 217–223. DOI: 10.1007/s00398-011-0860-z.