

Teilnehmende:

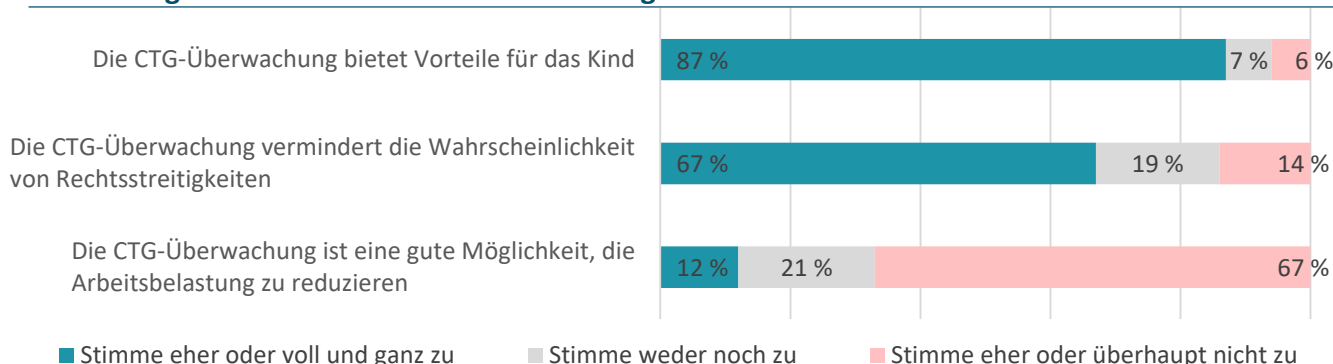
3 Männer und 4 Frauen

Alter: unter 30 Jahre bis über 60 Jahre

Assistenzärzt:innen bis Chefärzt:innen aus Geburtskliniken (alle Level) mit unter 600 bis über 4.000 Geburten

Zeitraum: Juli bis September 2024; Dauer: durchschnittlich 80 min. (Min 54 min.; Max 119 min.)

Einstellung zur dauerhaften CTG-Überwachung



Vorteile

- „Wir können besser überwachen und damit haben wir auch weniger kompromittierte Kinder.“ (G3)
- „Es warnt uns nämlich rechtzeitig und früh genug davor, wenn was sein könnte.“ (G2)
- „In Summe ist die perinatale Mortalität deutlich gesenkt worden. Ja, und es zählt halt jeder Einzelfall.“ (G2)

Angst vor Rechtsstreitigkeiten

- „Viele Geburtshelfer oder viele in der Geburtshilfe tätigen Ärzte haben ja Angst vor Rechtsstreitigkeiten.“ (G6)
- „Die Angst vor Rechtsstreitigkeiten [führt] zu Fehlinterpretationen [...] des CTGs und damit ist die Methode eher ein Transporteur wiederum der Invasion.“ (G1)

Verminderung von Rechtsstreitigkeiten

- „[...] und es [CTG] ja auch so ein bisschen lückenlose Dokumentationsmöglichkeit bietet und, ich glaube, allein das schon einfach hilft, am Ende im Rechtsstreit sagen zu können: ‚Da war aber das und das Ereignis und da haben wir das und das gemacht.‘“ (G3)

Reduktion der Arbeitsbelastung

- „Sicherlich ist das Dauer-CTG mit Monitoring eben tatsächlich so eine beliebte Sache, weil eben die Hebammen nicht in einer 1:1 Situation bei den Frauen sein können und dementsprechend ist das natürlich so, dass die Arbeitsbelastung reduziert wird“ (G1)
- „[...] denke ich, dass die Hebammen sich sehr stark [auf das zentrale Monitoring] verlassen und auch weniger betreuen als früher.“ (G4)
- „Und wenn wir sagen, wir wollen als Alternative Hörrohr, dann ist das Hörrohr mit erheblich mehr Arbeit verbunden, erheblich mehr.“ (G2)

Nachteile

- „Alle Studien zeigen, dass die frühzeitige und kontinuierliche CTG-Überwachung [...] dazu beiträgt, dass mehr interveniert wird [...] und damit eventuell sogar eine Schädigung für das Kind entstehen kann.“ (G1)

Keine Verminderung von Rechtsstreitigkeiten

- „Also ohne Indikation, würde ich auch sagen, vermindert das die Wahrscheinlichkeit von Rechtsstreitigkeiten nicht.“ (G7)

Keine Reduktion der Arbeitsbelastung

- „[...] weil man ja natürlich auch dafür sorgen muss, dass das dann auch ordentlich abgeleitet wird.“ (G7)
- „[...] dass man aufgrund einer Fehlinterpretation eben intervenieren muss, dass man dadurch mehr zu tun hat, MBUs usw. macht.“ (G1)

Leitende Oberärzt:innen stimmen im Vergleich zu Assistenzärzt:innen signifikant weniger zu, dass die dauerhafte CTG-Überwachung Vorteile für das Kind bietet

- „Die erfahrenen Leute wissen [...], dass die Methode tatsächlich ihre Schwächen hat“ (G1)
- „Was man sagen muss, ist, dass [unerfahrenere] Assistenzärzt:innen, [...] viel mehr dem Glauben unterliegen, dass tatsächlich das CTG das alles entscheidende Medium ist, um die Herztonüberwachung des Kindes zu gewährleisten.“ (G5)
- „Jemand, der nicht so erfahren ist und unsicher ist, starrt [...] ängstlich, viel mehr auf diese Überwachung und ist dann so gefangen in der Situation“ (G7)

Gründe gegen die intermittierende Auskultation in Kliniken

Überarbeitung

- „Die Hebammen sind überlastet, die müssen ständig Dienste übernehmen, wenn jemand krank wird, besonders wenn die dann alleine arbeiten. Und dann hat man auch irgendwann keine Lust mehr, sich intensiv mit den Patientinnen zu beschäftigen.“ (G4)

Risiko-Kollektiv

- „Es muss klar sein, dass es eine Niedrig-Risiko- oder Kein-Risiko-Schwangerschaft ist. Auch der Punkt ist schon in ganz vielen Kliniken gar nicht erfüllt“ (G1)

Kompetenz

- „Die Kompetenz ist vielleicht schon das erste Problem. Wir haben auch viele unerfahrene Hebammen, die ganz neu im Beruf sind und die vielleicht auch selber einfach sicherer sind, wenn sie das CTG vor sich sehen, als nur in Anführungsstrichen hören.“ (G3)
- „Wenn die Hebamme sich nicht sicher damit fühlt, dann soll man das auch einfach nicht tun. [...] Man muss das wirklich dann regelmäßig machen, um sicher zu sein.“ (G4)

Gewohnheit

- „Ich glaube, es ist auch eine Gewöhnungssache [...] . Und ich glaube, dann ist es noch schwieriger, diesen Arbeitsmodus zu ändern oder zu adaptieren.“ (G4)

Episiotomie

89% der Ärzt:innen stimmen (eher) zu, dass eine routinemäßig durchgeführte Episiotomie mehr schadet als nützt. → Höchste Zustimmungsrate bei leitenden Oberärzt:innen

- „Die haben schon so viele Erfahrungen gemacht, die haben so viel mit den Leitlinien zu tun, mit der aktuellen Forschung“ (G5)
- „Mit zunehmender Erfahrung weiß man, dass invasive Maßnahmen nicht immer den hohen Effekt haben, den man vorher vermutet.“ (G7)
- „[weil] sie vielleicht Epis gesehen haben, [...] wo die Epi der Frau dann wirklich geschadet hat oder wo am Ende geklagt wurde.“ (G3)
- „Die Oberärzte [...] die ambulanten Fälle sich anschauen mit Beckenbodeninsuffizienz oder insgesamt Inkontinenzproblematik oder Prolaps.“ (G4)

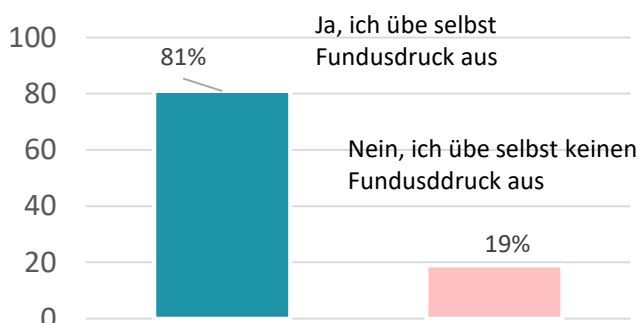
44% der ÄrztInnen stimmen (eher) zu, dass eine Episiotomie einem Dammriss Grad 3 oder 4 vorbeugen kann. Der Anteil der zustimmenden Assistenzärzt:innen und Fachärzt:innen ist signifikant höher als der Anteil der Oberärzt:innen und Chefärzt:innen.

- „Viele Oberärzte [...] kommen ja aus einer Zeit, wo man routinemäßig noch geschnitten hat und wo sie sehen, dass es häufig einen Schaden nimmt. [...] Die kommen halt aus einer Erfahrung oder aus einer Praxis, wo sie das ja noch routinemäßig gemacht haben und haben jetzt wahrscheinlich den Vergleich dazu, wo man davon komplett abgegangen ist und gesehen hat, wir machen das eigentlich gar nicht mehr“ (G6)

60% der Ärzt:innen stimmen (eher) zu, Episiotomien in zwingend erforderlichen Situationen auch ohne explizite Aufklärung/Einwilligung durchzuführen. → Ab einem Alter von 40 Jahren zeigt sich eine signifikant höhere Zustimmung

- „Man hat leider in der Situation, in der man das so notfällig machen muss, nicht die Zeit, der Patientin ganz genau zu erklären, was jetzt los ist, weil alles an Zeit, die man hat, will man eigentlich darauf verwenden, in der Situation das Kind zu holen.“ (G6)
- „[...] dass es Leute gibt, die angesichts des Zeitdrucks der Meinung sind, man kann sich die Aufklärung und Kommunikation sparen.“ (G7)
- „Es gibt sehr, sehr viele Patientinnen, die in der Geburtshilfe betreut werden, die kein Deutsch sprechen [...]. In der Akutsituation einer fetalen Bradykardie bleibt nicht viel Zeit, dann zu versuchen, mit Übersetzungsprogrammen eine Aufklärung durchzuführen.“ (G5)
- „Als frischer neuer Assistenzarzt ist man noch sehr unsicher und spricht viel mehr Sachen auch ab [...] . Wenn man vielleicht einfach seine 1.000 bis 1.500 Geburten gemacht hat und Erfahrungswerte gesammelt hat, vielleicht ist man dann auch nicht mehr so unsicher in der Einzelsituation, sondern macht dann halt, was man für richtig hält.“ (G3)
- „Früher hast du nie aufgeklärt. Das war völlig egal. Die heutige Generation ist da viel sensibler.“ (G2)

Fundusdruck



Assistenzärzt:innen üben signifikant häufiger Fundusdruck aus als Fachärzt:innen

- „Je erfahrener du bist, desto eher würdest du es [Fundusdruck] nicht machen.“ (G6)
- „Dass Assistenzärztinnen dann häufiger Fundusdruck [ausüben], ist doch klar. Die können kein Kiwi VE. Die sind ungeübt. Die können nicht selber entscheiden.“ (G2)
- „Ich traue mich nicht anzurufen, ich glaube, es könnte auch mit einer Episiotomie und Fundusdruck klappen. Dann muss ich nicht den Oberarzt in die Klinik rufen und somit vermeide ich formal gesehen eine vaginal-operative Entbindung dadurch, dass ich eine Episiotomie mit zusätzlichem Fundusdruck mache.“ (G5)

Fundusdruck in der öffentlichen Diskussion

- „Warum ich mir vorstellen kann, dass jemand sagt, ich mache das nicht, ist, weil der Fundusdruck sehr verpönt ist. Also in der öffentlichen Wahrnehmung ist er irgendwie schlecht, steht er schlecht da.“ (G5)

Einfluss des Kliniksettings

- „Ich glaube, dass ist ein bisschen Hausphilosophie. Dort [benachbartes Krankenhaus] ist es im Haus ganz klar verboten, Fundusdruck auszuüben. Also das gehört einfach gar nicht ins Repertoire der Möglichkeiten.“ (G3)

Angst vor rechtlichen Konsequenzen

- „[...] er [Fundusdruck] ist auch potenziell mit Klagegrund.“ (G5)
- „Mein Facharztkollege würde einfach ziehen. Ich darf nicht alleine eine VE ziehen. Wenn der gerade irgendwo anders in der Geburt steht, dann bleibt mir nichts anderes übrig, als zu drücken, weil ich nicht ziehen darf. Und am Ende sitze ich bei meiner Chefin, weil ich gezogen habe, obwohl ich es nicht darf. Wenn ich kristellere, sitze ich nirgendwo.“ (G6)

Angst vor klinischen Konsequenzen

- „Ich glaube, viele, die es machen, machen es aus Angst vor einem kompromittierten Kind.“ (G6)

Stimmen zur PDA

Aufklärungszeitpunkt

- „Ich muss sie [PDA] nicht ständig anbieten während der Geburt, aber ich muss zumindest irgendwie mal eine sinnvolle Aufklärung zu einem Zeitpunkt geben, wo die Frau auch noch juristisch entscheidungsfähig ist.“ (G5)

PDA verleitet zu weniger Bewegung

- „Manchmal hat man so ein bisschen den Eindruck, über die PDA wird dann vergessen, dass die Frau trotzdem weitermachen muss, weil sie halt selber nicht mehr so die Schmerzen äußert und selber nicht mehr so belastet ist. Und wenn dann natürlich nicht aktiv weitergearbeitet wird [...], dann wird es tatsächlich schwierig.“ (G3)

Gemeinsame Entscheidungsfindung

- „Das wesentliche Problem in der Geburtshilfe ist nicht die Frage, wann eine PDA angeboten wurde und ob früh oder spät, sondern es geht darum, eigentlich die Frau in diese Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen. Erstmal zu sagen, dass sie das Recht und die Möglichkeit hat, zu jedem Zeitpunkt, den sie möchte, eine PDA anzulegen.“ (G5)

(Nicht) Auslaufen lassen der PDA

- „Auf der einen Seite kann nur die Frau selbst beurteilen, wie schlimm ihre Schmerzen gerade sind. [...] Andersrum eine ganz späte PDA ist natürlich sehr schwierig, weil die Frau ja auch ein bisschen Gefühl noch zum Pressen braucht.“ (G3)
- „Dass Hebammen manchmal die PDA auslaufen lassen am Schluss, nach dem Motto, wenn das Kind kommen will, dann muss die Frau das spüren - das ist Unsinn, das ist ein Reflex.“ (G1)

Geburtsverlauf

- „Die Frauen, die von vornherein ja einen zögerlichen Geburtsfortschritt haben, haben ja deswegen häufiger eine PDA. Und die haben natürlich auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für vaginal operative Entbindungen. Aber nicht wegen der PDA, sondern sie haben die PDA, weil die Geburt vorher schon zögerlich war.“ (G2)

Geburtspositionen

Ergebnisse der quantitativen Mütterbefragung

- Liegend als am häufigsten genannte Geburtsposition (78%)
- Als häufigster Grund für die Einnahme der Rückenlage wurden Anweisungen des medizinischen Personals genannt, gefolgt von Einschränkungen durch PDA und CTG

Einfluss der Hebammen auf Position in AP

- „Deswegen ist es ganz, ganz wichtig, die Gebärende zum Positionswechsel zu motivieren. Ich muss nur ganz klar sagen, das ist nicht meine Aufgabe, sondern das ist die Aufgabe der Hebamme, die ja genau über die gesamte physiologische Geburt, ja die ganze Zeit in der Arbeit mit der Schwangeren ist. [...] wenn ich dazu gerufen werde, hat sich dieses Szenario [...] schon zwischen Hebamme und Gebärender eingespielt.“ (G5)
- „[...] dass wir als Ärzte normalerweise für das Ende gerufen werden oder nur, wenn da eine pathologische Situation ist. Und wie [die Gebärenden] auf die Position kommen, weiß ich ehrlich gesagt nicht.“ (G4)

Fehlende 1:1 Betreuung

- „Wenn die Hebamme zwei oder drei Kreißsäle gleichzeitig bedienen muss, dann sind viele Frauen auch oft nicht so motiviert, andere Positionen einzunehmen, weil sie auch Angst haben oder gerne jemanden hätten, der sie dabei begleitet.“ (G3)

Räumliche Ausstattung

- „Wenn ich alleine schon ein Bett ins Zentrum eines Raumes stelle, wird jeder Mensch, nachdem er erschöpft ist und Schmerzen hat, früher oder später sich in dieses Bett begeben. [...] Ich glaube schon, dass es auch von vielen Schwangeren auch als eine Art Folter wahrgenommen werden könnte zum Ende der Geburt, wo die nicht mehr können zu sagen: ‚Jetzt darfst du dich nicht mehr hinlegen‘.“ (G5)
- „Diese ganzen Betten dürfen gar nicht als Bett erstmal aufgebaut werden, sondern sie müssen erstmal so geformt werden, dass sie aussehen wie ein riesiger Stuhl. Nur wenn es dann notwendig ist, es überhaupt erst in ein Bett umzubauen [...]“. (G5)
- „[Für aufrechte Geburtspositionen] brauchen Sie kein Equipment zu. Das ist einfach eine Einstellungsfrage. Sie können auf jedem Stahlbrett auf dem Boden in aufrechte Position gehen.“ (G1)

Anweisung der Versorgenden

- „[...] dass es einfach häufig auch so ist, dass die Hebamme nochmal richtig untersuchen will und dann die Rückenlage als Position bevorzugt oder dass irgendeine Intervention angestrebt wird [...] oder sei es einfach nur nochmal einen Überblick zu kriegen, wie das Köpfchen wirklich steht.“ (G3)
- „Tatsächlich ist auch das CTG häufig ein Problem, [...] wenn die Frau im Vierfüßlerstand sich befindet und dann leitet das CTG irgendwann schlecht ab, dann machen sich alle Sorgen und dann will man doch nochmal schnell eine richtige Ableitung.“ (G3)

Alter und Gesundheitszustand der Versorgenden

- „Auch das Personal muss ja fit und motiviert sein, sich in diese Position zu geben“ (G5)
- „[...] dass es für viele Ärzte natürlich auch die bequemste Geburtsposition ist.“ (G4)
- „Die Rückenlage ist nur gut für alte Menschen, die daneben stehen und die dann quasi leichter gucken können, leichter schneiden können, leichter CTG ableiten können.“ (G1)

Erschöpfung der Gebärenden

- „[...] weil sie sich hinlegen müssen, weil sie einfach erschöpft sind.“ (G5)
- „Viele Positionen, die so ein bisschen mehr Power erfordern, kriegen viele Frauen dann auch einfach nicht mehr hin in dem Moment.“ (G3)
- „[...] wenn der Hocker dann aufgebaut wird, dass das häufig nicht bis zum Ende benutzt wird, dass trotzdem dann die Mutter irgendwann sagt: Nee, ich kann das nicht mehr, die Beinen halten, habe ich keine Kraft mehr und dann gehen die trotzdem in den Rückenposition.“ (G4)

Geburtspositionen (Fortsetzung)

**„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.“
(S3-Leitlinie vaginale Geburt am Termin)**

„Ich glaube, der Satz ist so formuliert, dass es irgendwie so eine Richtung zeigt, dass die Rückenlage auch nicht gut ist. Es gibt genügend Patienten, die möchten auf dem Rücken liegen. Und deswegen, nur weil sie da jetzt auf dem Rücken liegt, ist das ja nicht schlecht, wenn es auf dem Rücken gut läuft für die Patientin und auch für die Ableitung und alles andere, dann ist das doch für alle wunderbar. Die Rückenlage an sich macht ja nichts Schlechtes.“ (G7)

„Also der Satz ist irgendwie, also für mich persönlich unklar. Die Formulierung ist unklar: Was ist die das Ziel der Formulierung? Zu sagen, man soll in der AP nicht in Rückenlage liegen, stellt sich die Frage: Wieso eigentlich nicht? Oder geht es doch wieder darum, dass die Patientin nicht in Rückenlage sein will. Also das ist ja, das ist das Schlechte daran. Wenn die Patientin jetzt nicht auf dem Hocker sitzen will, ja dann ist doch schlecht, wenn man jetzt sagt: Sie müssen jetzt auf dem Hocker sitzen, weil Sie sind jetzt in der Austreibungsperiode.“ (G7)

„Sie sollten dazu angehalten werden, die Rückenlage zu vermeiden, vielleicht haben die [an Befragung teilnehmende Ärzt:innen] das zu direktiv empfunden, nach dem Motto: die Frau muss ja wissen, wie sie da liegen möchte.“ (G1)

„Am Ende gebären die, nicht wir.“ (G4)

„Also wenn die das als angenehm empfinden und ich sehe, ich habe einen Geburtsfortschritt und das CTG ist gut, dann finde ich, sollen die in der Position entbinden, in der sie wollen. [...] Die allermeisten, ich sag mal bei jungen, fitten, gesunden Frauen, wollen gar nicht in Rückenlage entbinden.“ (G6)

„Das wünschen sich ja auch alle, dass die Patientin selbstbestimmt ist und dass sie sozusagen sich in eine Position begibt, die für sie gut ist. Und ganz oft haben die Patientinnen ja auch ein Grundgefühl, was irgendwie richtig ist. Also das ist schon ja irgendwie eine Form von Instinkt.“ (G7)

„Und wenn die Frau oder die Hebamme sagt: ‚Wir haben alles schon probiert, aber die Frau möchte das jetzt.‘ Dann ist es eben so. Weil ich will genauso wenig Dogmen. Es gibt die Frau, die sagt: ‚Ich kann nicht mehr, ich will einfach so liegen.‘ Finde ich doof, wenn ich dann als Mann sage: ‚Nun kommen Sie mal, so kriegen Sie Ihr Kind nicht, ich zeige Ihnen mal, wie Sie Ihr Kind kriegen.‘“ (G1)

„Wenn man aus Medien, Filmen, allem Möglichen die Rückenlage kennt, vielleicht neigt man dann auch eher als Gebärende dazu, die zu wählen, weil es irgendwie was Bekanntes ist, was man in dem Moment unbewusst vielleicht auch anwendet. Von daher glaube ich, sollte man schon vorschlagen, aktiv auch andere Positionen einzunehmen.“ (G3)

„Da hätten wir wahnsinnig hohe Raten an Rücklagen. Also wenn wir die Frauen darüber gar nicht aufklären würden und wenn wir einfach 100 Frauen, die unter der Geburt sind, völlig unaufgeklärt sagen würden: ‚Begeben sich in die Positionen, die Ihnen am sinnvollsten erscheint.‘ Rückenlage.“ (G2)

„Hin und wieder haben wir schon Frauen, die sich dann in eine Position begeben, in der man einfach von außen sieht: So geht es nicht weiter. Und wenn man dann mal die Position wechselt, dass das Kind viel besser runterkommt und ja, manchmal hat man ja Zeit, wenn das CTG gut ist und der Muttermund noch nicht lange vollständig ist, dann kann man ja auch ein bisschen ausprobieren und hat auch die Zeit, eine Zeit lang in einer ineffektiven Position sich zu befinden, sag ich mal, aber gerade wenn es wirklich dann auch ein bisschen drängender ist und man sieht, das Kind sollte auch langsam zur Welt kommen, dann ist es schon so, dass wir manchmal korrigieren müssen und sagen müssen: ‚So wird es gerade nichts, wir müssen nochmal was anderes probieren.‘“ (G3)

„Ich finde es immer wichtig, die Patientin mit einzubinden. Grundsätzlich sollte man immer versuchen, dass die Patientin die Geburtsposition selber wählen kann und da ist die Kommunikation eben wieder total wichtig. Wenn man sagt: ‚Okay, wir haben jetzt eine Geburtsposition, da ist die Ableitung nicht so gut.‘ oder wir würden denken: ‚Für den Geburtsverlauf wäre es gut, so oder so eine Position einzuwählen.‘ dann muss man dass der Patientin einfach erklären und sie mit einbinden, warum man vielleicht jetzt wechselt und dass das auch nicht bedeutet, dass sie jetzt für immer in dieser Position sein muss, sondern dass man es einfach mal ausprobieren möchte.“ (G7)

Stimmen zur S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin

Die Leitlinie regt den Dialog über die physiologische Geburt an

„Bei uns im Haus war es so, dass sie tatsächlich einmal vorgestellt wurde und danach auch alle Standards überprüft wurden. Es wurden nicht alle Standards geändert und auch nicht alles von der Leitlinie nahtlos übernommen. Zum Beispiel das mit der Auskultation. Da haben wir einfach für uns als Haus beschlossen, es macht für uns keinen Sinn, weil wir dafür nicht den Personalschlüssel haben, und sind bei der CTG-Überwachung geblieben. Aber wir haben zumindest alle unsere Standards noch einmal geprüft, hinterfragt und man hat sich auch mit dem Gesamtbild physiologischer Geburt nochmal beschäftigt. Ich glaube, das alleine hat schon viel geholfen.“ (G3)

„[...] dass Hebammen und Ärzte miteinander nochmal sich auseinandersetzen. Also, dass man in den Teams sagt: [...] Das wollen wir nicht und das machen wir jetzt nicht. Und was machen wir dann daran? [...] alleine das. [...] und hier ist das wahrgenommen worden und hier ist in vielen Kliniken vieles Positives passiert.“ (G1)

Die Leitlinie entspricht nicht der klinischen Realität

„[...] die allermeisten Ärzte haben dicht gemacht bei der Debatte ums Hörrohr. Da war für die meisten Ärzte sofort Schluss, Ende. Brauche ich gar nicht Weiterlesen. [...] Wenn daraus ein Werk für alle werden soll, das wird es werden, das muss es werden, dann muss es so formuliert sein und so dargelegt sein, dass alle mitgehen können.“ (G2)

„[...] es ist nicht leistbar, dass überall Leute mit Hörrohren auf Bäume hören. Und dann ist auch die Frage: Wenn man auch anfängt, sowas in die Leitlinie zu schreiben, wird sie auch unglaublich. Weil wenn man auf den ersten 20 Seiten Dinge liest, wo man sagt, das ist gar nicht umsetzbar in der Klinik, liest man gar nicht weiter und vertraut auch einer Leitlinie nicht mehr in den anderen Bereichen.“ (G5)

„Ich glaube, die Leitlinie wird aktuell sehr kritisiert, weil sehr viele Einflüsse darin umgesetzt wurden, was aus meiner Sicht und aus Sicht vieler anderer Ärzte Wunschvorstellung außerklinisch tätigen Personals ist. Es ist aber nicht die Realität und es ist auch nicht leistbar.“ (G5)

„[In der Leitlinie] sehr viel oder eigentlich ja nur auf quasi Nicht-Risikogeburten eingegangen wird, die zumindest in meinem Haus sehr selten sind. Und deswegen finde ich jetzt persönlich sie [...] lückenhaft. Dass halt die Patientinnen, die jetzt irgendwelche Erkrankungen haben oder, sag ich jetzt mal, nur ein Diabetes, die sind da gar nicht abgebildet. Dabei ist das auch schon recht häufig. Und auch einfach nicht, also ist nicht praktikabel. Also 1:1 Betreuung ab sechs Zentimetern ist auch in meinem Haus, wo wir schon viele Hebammen haben, nicht möglich.“ (G6)

Interprofessionelle Zusammenarbeit



- „Hierarchien abzubauen, das Thema als gemeinsames Spiel zu sehen, gemeinsam Kaffee zu trinken, gemeinsam mal Pause zu machen, diesen sozialen Charakter zu stärken, um es eben nicht um ein ständiges Armdrücken, wer hat jetzt mehr die Geburt geleitet. Und so kann es auch in Kliniken stattfinden. Das ist meines Erachtens die Realität in vielen deutschen Geburtskliniken.“ (G5)
- „[Zusammenarbeit] viel besser als ich dachte, [...] weil, also es ist ja einfach bekannt, dass es da viele Reibereien gibt und viele unterschiedliche Ansichten.“ (G3)

Förderfaktor: Eltern und Kind im Fokus

- „Und alle, egal, was sie für eine Professionalität haben, welche Ebene sie haben, wie lange sie jetzt als Hebamme schon arbeiten; jeder hat dieses gemeinsame Ziel: Wir machen schöne Geburten. Und das klappt. Egal, ob man sich ausstehen kann oder nicht.“ (G6)

Förderfaktor: Kommunikation

- „Und ich finde es auch eine unserer Stärken, gerade auch in meiner Klinik, dass wir eine sehr gute Kommunikation miteinander haben. Wir haben das auch geschult.“ (G1)

Geburtshilfe ist Teamwork

- „Geburtshilfe ist ja nie nur die eine Hebamme, die dann die eine Geburt macht, sondern es ist ja immer eine Gesamtgemengelage von vielen Leuten, die mit mehreren Augen auf einen Fall schauen, um eben diese maximale Sicherheit gewährleisten zu können.“ (G2)

Aufgabenbereiche

- „Ein Geburtsverlauf ist sehr von Hebammen abhängig und wenn dann jemand da ist, die keine Lust hat, dann ist das Risiko, dass es zu einem Kaiserschnitt kommt, viel höher und ich glaube, das ist das Hauptproblem, diese Arbeitsbelastung.“ (G4)
- „Ich bin seit Jahrzehnten der Auffassung, dass die physiologische Geburt durch Hebammen geleitet wird. Und die haben auch das Sagen, auch bei mir im Team. Die Problematiken entstehen in der Abgrenzung zwischen physiologisch und pathologisch und ich möchte eigentlich nicht, dass die Ärzte raus sind aus der physiologischen Geburt, weil da haben sie am Schluss nur noch Angst und intervenieren erst recht, wenn sie quasi nicht die Normalität kennen.“ (G1)



- „Ich glaube, dass sie sich weniger verstehen als noch in den Jahren zuvor. Und ich glaube es hat auch damit zu tun, dass Hebammen ja, also wenn du jetzt Berufsanfänger Ärzte und Berufsanfänger Hebammen vergleichst, da sind die Berufsanfänger Hebammen im Schnitt immer 6 bis 10 Jahre jünger als die Berufsanfänger Ärzte. So. Das ist die erste Quelle für Missverständnisse. Das heißt allein altersmäßig ist die Frage der Augenhöhe immer eine sehr kritische. Wenn du erfahrene Hebammen hast, also ich sage mal Berufserfahrung 20 plus, [...] dann haben diese Hebammen nie, also exakt nie ein Problem mit Ärzten, egal welchen Ausbildungsstandes. Ja, da gibt es gar kein Augenhöhe Thema.“ (G2)

Gemeinsames Ziel, aber unterschiedliche Ansichten?

- „[...] dass es ein gewisses Spannungsfeld gibt in der Geburtshilfe, weil verschiedene Berufsgruppen, verschiedene Interessensgruppen zusammenarbeiten an demselben Projekt. Und das ist [...] die glückliche, schöne und gesunde Geburt für Mutter und Kind. Ich kenne Druck, der ausgeübt wird von Hebammen, die sagen, wir wollen hier keine vaginal-operative Entbindung, wir wollen, dass kein Oberarzt reinkommt, sondern wir machen das jetzt mal hier unter uns in unserem kleinen Geburtsteam.“ (G5)
- „Es ist so schade, weil eigentlich könnte das so eine schöne Zusammenarbeit sein, weil wir am Ende dann das gleiche Ziel haben. Aber die sehen dann uns ständig als Angsthasen, die die nur Pathologie sehen.“ (G4)
- „Wir hatten ein paar ältere Hebammen, die jetzt nach und nach in Rente gehen und man merkt schon, dass die natürlich sehr, sehr erfahren sind und wir gerade als ganz junge Assistenzärzte auch sehr davon profitiert haben, die andererseits auch manchmal sehr festgefahren sind in ihren Ansichten. Genau wie die alten Oberärzte ja auch, ehrlicherweise.“ (G5)

Kontextfaktoren

- „Das ist immer, glaube ich, abhängig von persönlicher Belastung auf allen Ebenen. Jetzt nicht nur beruflich, sondern auch privat, wie man so emotional gerade drauf ist und wie man sich dann im Team versteht und auch, wie lange man auch miteinander schon arbeitet oder sich vielleicht auch schätzt.“ (G7)

Herausforderungen und Wünsche

Arbeitsbedingungen, Personalmangel, Drop-Out

- „Also ich meine, für viele ist das Problem Schichtarbeit. Dass sie das vielleicht auch einfach körperlich irgendwann nicht mehr können und dass es dann auch wenig Alternativen gibt.“ (G6)
- „Das ist ein Riesenproblem für uns, den Fortbestand unseres Faches. Weil die Leute zu früh aufgeben.“ (G2)
- „Also sowohl was die Hebammen angeht, als aber auch was Ärzte angeht: Wir haben einfach zu wenig Nachwuchs. Wir sind immer schlecht besetzt. Es ist auch für die Schwangeren so schade, weil auch als Ärztin bin ich eine Ärztin im Nachtdienst und habe aber auch noch die drei gynäkologischen Stationen zu bedienen. Und dann kommen die Schwangeren oft zu kurz, das muss man einfach sagen.“ (G3)
- „Also diese Flexibilität, die gibt es halt nur, wenn man dann aussteigt aus dem Beruf und selbstständig ist und dann halt sein eigener Chef ist. Und das ist ganz oft der entscheidende Punkt für viele, dass sie diese Selbstbestimmung auch für sich in ihrer Arbeitswelt brauchen. Deswegen, ich würde mir wünschen, dass es Arbeitsmodelle gibt. Und mehr Personal, so teuer es auch ist, dass das ermöglicht, solche flexiblen Arbeitsmodelle überhaupt entwickeln zu können. Weil das geht nur, indem man wirklich viel Personal hat, zwischen denen man wechseln kann.“ (G7)

Kommunikation in Stresssituationen

- „Man sieht dabei [Notfalltraining], wie man auch selber in der Stresssituation ganz oft überhaupt nicht kommuniziert oder wie eingeschränkt. Man guckt die Patientin nicht an, man ist so voll selber mit sich in dieser Notfallsituation, mit seinen Entscheidungen beschäftigt. Und das macht natürlich oft, dass man auch denkt: Naja, das ist jetzt wichtiger, die Situation zu beherrschen, als zu kommunizieren. Es ist aber für die Patientinnen sehr wichtig, dass man überhaupt kommuniziert. Das ist extrem wichtig, auch für die Bewältigung solcher Situationen, für die Patientinnen psychisch später ist es extrem wichtig. Deswegen muss man eigentlich das lehren, dass man dennoch, egal wie schlimm es ist, die Patientinnen in der Zeit anspricht, sagt, was man vorhat und auch sagt, warum man das vorhat.“ (G7)
- „Da muss man wirklich ein ganz gutes Gespür dafür haben, die Frau tatsächlich auch einfach schon kennen, um zu wissen: Okay, ist das jetzt eine, die spornt das richtig an, wenn man sagt: ‚Das Kind ist gefährdet, es muss da jetzt raus.‘ Und dann gibt es welche, die werden so panisch, die schalten komplett ab und dann kann man erst recht die Saugglocke holen.“ (G6)
- „Weil ich glaube, wenn die [Gebärenden] uns verstehen würden, dass sie, also in unserer Haut stecken würden und wüssten, es gibt keine Zeit, würden die das anders sehen. Oder viele, nicht alle, aber viele. Aber vielleicht ist denen das gar nicht bewusst.“ (G6)

Geburtsvorbereitung durch außerklinisches Personal

- „[...] man müsste genauso einen ärztlichen Geburtsvorbereitungskurs bezahlen. [...] um da auch über die gängigsten und häufigsten Interventionen in der Klinik aufzuklären und eben die konkreten Klinikabläufe zu schildern.“ (G5)
- „Selbstbestimmung für mich ist Wissen. Wissen ist Macht. Wer was weiß, versteht die Abläufe um sich herum und kann auch Dinge einfordern, auch Fehler im System erkennen und sagen: ‚Ich möchte, dass wir hier darüber nachdenken, was hier gerade passiert.‘“ (G5)
- „Ich kenne auch einige der bedeutenden Hebammen, Influencerinnen. Da sind wirklich sehr, sehr viele dabei, die haben selber noch nie wirklich in der [klinischen] Geburtshilfe gearbeitet. Das sind sehr viele dabei, die haben überhaupt keine Ahnung von der Realität der [klinischen] Geburtshilfe.“ (G2)

Sprachbarrieren und Kultursensibilität

- „Kultursensibilität erstreckt sich eben nicht nur darauf jetzt besonders offen gegenüber Frauen mit Kopftuch und muslimischen Frauen und mit Gebetsräumen und sonst was zu begegnen, zu wissen, was ein Rabbi ist bei Jüdinnen, sondern erstreckt sich eben auch vor allen Dingen auch auf Frauen höheren Bildungsstandes, wo man weiß, ja, die ticken eben auch völlig anders.“ (G2)

Finanzierung, Zentralisierung

- „Die Geburtshilfe ist katastrophal finanziert. Für eine spontane Geburt gibt es viel zu wenig Geld dafür, dass sie so einen Betreuungsaufwand mit sich bringt.“ (G3)
- „In der Klinik einer bestimmten Größe, muss ich die Möglichkeit bieten, Leuten, die eben nur tagsüber arbeiten können auch die Möglichkeit zu geben, vorübergehend auf eine limitierte Zeit, wenn die Kinder klein sind, keine Ahnung, eben auch nur bestimmte Schichten zu arbeiten und es geht nur in der Klinik bestimmter Größe und deswegen müssen wir zentralisieren, allein dafür.“ (G2)
- Wir brauchen große Zentren, die alles unter einem Dach haben, sodass jede Frau nicht zu lange Wege hat, aber eben eine maximale Versorgung und innerhalb dieser Strukturen dann die Möglichkeit, dass Frauen wechseln können. [...] Und das Ganze muss dann innerhalb dieser Strukturen so sein, dass die Frauen eben nicht überrannt werden und nicht praktisch in irgend so einer Industrie entbinden, sondern dass das individuell dann ist. Also das heißt, wir brauchen eine stärkere Betreuungssituation und damit auch andere Finanzierung.“ (G1)

Herausforderungen und Wünsche (Fortsetzung)

Ausbildung

- „Es ist meine feste Überzeugung, verpflichtende Klinikjahre für Ärzte und genauso verpflichtende Klinikjahre für Hebammen. Also ich würde die Zulassung als Hebamme generell an verpflichtende Klinikjahre knüpfen, damit, sozusagen der Zwang besteht, eine gewisse Zeit durchzuhalten.“ (G2)
- „Eigentlich brauchen wir Masterstudiengänge für klinische Spezialaufgaben. Also wir brauchen High Risk Midwifery Care. Also wir brauchen mehr Hebammen, die eine Spezialweiterbildung haben für die Betreuung von Frauen mit Help Syndrom, mit schweren Blutungen, mit Hochrisikosituationen usw. Wir müssen diesen ganzen Berufsstand klinisch aufwerten.“ (G2)
- „Es geht nicht nur hier um Blutdruck, es geht nicht nur um die Frage: ‚Wie schnell war die E-E-Zeit?‘, sondern [...]: ‚Wie wurde denn die Entscheidung getroffen, wie wurde es kommuniziert?‘ Diese ganzen Themen, die sind doch extrem relevant, das heißt Kulturwissenschaften mehr einfließen zu lassen vielleicht ins Medizinstudium.“ (G5)
- „[...] das gegenseitige Miteinander zu stärken zwischen Hebammen und Ärzt:innen. Auch zum Beispiel gemeinsame Vorlesungen zu besuchen. Hebammenstudierende könnten ja auch mit den Medizinstudierenden gerade geburtshilfliche Vorlesungen, [...] um da gemeinsame Inhalte zu hören und andersrum.“ (G5)

Evidenzbasierung

- „Ich wünsche mir, dass die Evidenzbasierung besser wird. Das heißt, wenn wir tatsächlich Entscheidungsvorlagen geben wollen als Wissenschaftler:innen, dann ist das nur möglich, wenn wir entsprechende Studienunterstützung haben. Und diese Studienunterstützung kriegen wir nur hin, wenn Studien gemacht werden.“ (G1)

Bisherige Projektpublikationen

- Volkert A, Bach L, Hagenbeck C, Kössendrup J, Oberröhrmann C, Okumu MR, Scholten N. Obstetric interventions' effects on the birthing experience. BMC Pregnancy Childbirth. 2024 Jul 27;24(1):508. doi: 10.1186/s12884-024-06626-5.
- Scholten N, Strizek B, Okumu MR, Demirel I, Kössendrup J, Haid-Schmallenberg L, Bäckmann M, Stöcker A, Stevens N, Volkert A. Birthing positions and mother's satisfaction with childbirth: a cross-sectional study on the relevance of self determination. Arch Gynecol Obstet. 2024 Nov 4. doi: 10.1007/s00404-024-07770-1.