

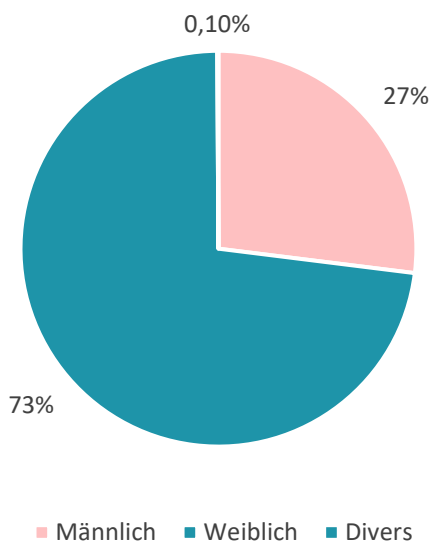
Auswerten konnten wir die Angaben von **875** in der Geburtshilfe tätigen Ärzt*innen. Befragungszeitraum war Frühjahr 2023. Die Befragung richtete sich bundesweit an alle ärztlichen Geburtshelfer:innen. Hierfür wurden alle ärztlichen Leitungen der Geburtshilfe mit einem persönlichen Anschreiben kontaktiert, mit der Bitte, die beiliegenden Fragebögen und QR Codes für die online Befragung an das ärztliche Team weiterzuleiten.

Charakteristika der Teilnehmenden der Ärzt:innenbefragung und der Kliniken, in denen diese tätig waren

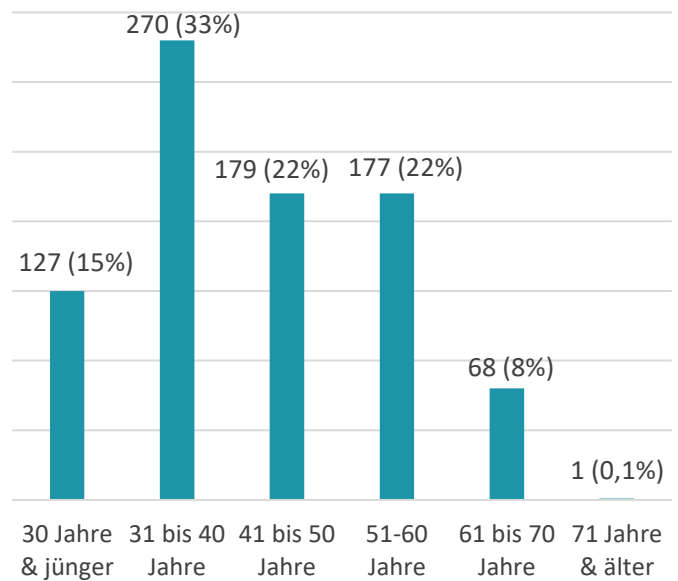
Berufliche Position (angestellte Ärzt:innen)

Assistenzärzt:in	263 (33%)
Fachärzt:in	90 (11%)
Oberärzt:in	257 (32%)
Leitende/r Oberärzt:in	81 (10%)
Chefärzt:in	107 (13%)

Geschlecht



Alter



Lehrstatus

Universitätsklinikum	11%
Akademisches Lehrkrankenhaus	69%
Kein Lehrkrankenhaus	20%

Trägerschaft

Öffentlich	46%
Freigemeinnützig/ Kirchlich	37%
Privat	17%

Anzahl der Geburten in der Klinik

	2019	2022
< 600	13%	14%
600-999	24%	25%
1000-1999	38%	36%
2000-2999	18%	20%
3000-3999	6%	5%
≥ 4000	1%	0%

Versorgungsstufe der Klinik

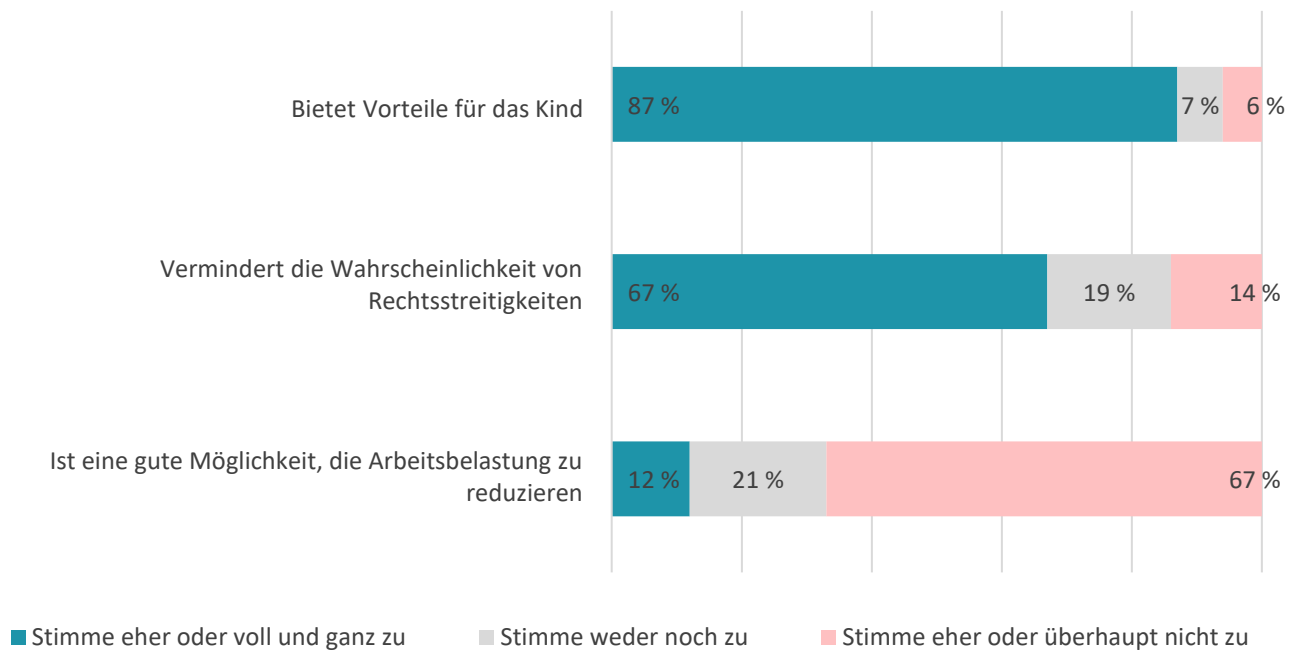
Geburtshilfe der Regelversorgung	44%
Perinataler Schwerpunkt	17%
Perinatalzentrum	39%
Perinatalzentrum: Level 1	75%
Level 2	25%

Monitoring

Laut der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ bietet bei Niedrig-Risiko-Geburten die strukturierte intermittierende Auskultation mehr Vorteile als eine CTG-Überwachung. Folgende Voraussetzungen müssen diesbezüglich sichergestellt sein, ansonsten sollte eine CTG-Überwachung erfolgen:

- Eins-zu-Eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase
- Entsprechende Kompetenzen des geburtshilflichen Personals
- Sorgfältige, lückenlose Dokumentation der Herztöne sowie weiterer relevanter geburtshilflicher Befunde

Ärzt:innen - Einstellung zur CTG-Überwachung



Einstellungen der Ärzt:innen nach beruflicher Position

- Der Aussage, dass eine CTG-Überwachung Vorteile für das Kind bietet, stimmen leitende Oberärzt:innen im Vergleich zu Assistenzärzt:innen signifikant weniger zu.

Auskultation im ärztlichen Klinikalltag

- 84,8% der Ärzt:innen geben an, dass bei einer Niedrig-Risiko Schwangeren und einer Eins-zu-Eins Betreuung in ihrer Klinik die kindlichen Herztöne „Nie“ mittels Auskultation erfolgt.
- Je mehr Geburten in der Klinik stattfinden desto häufiger spricht die fehlende Eins-zu-Eins Betreuung gegen die Auskultation

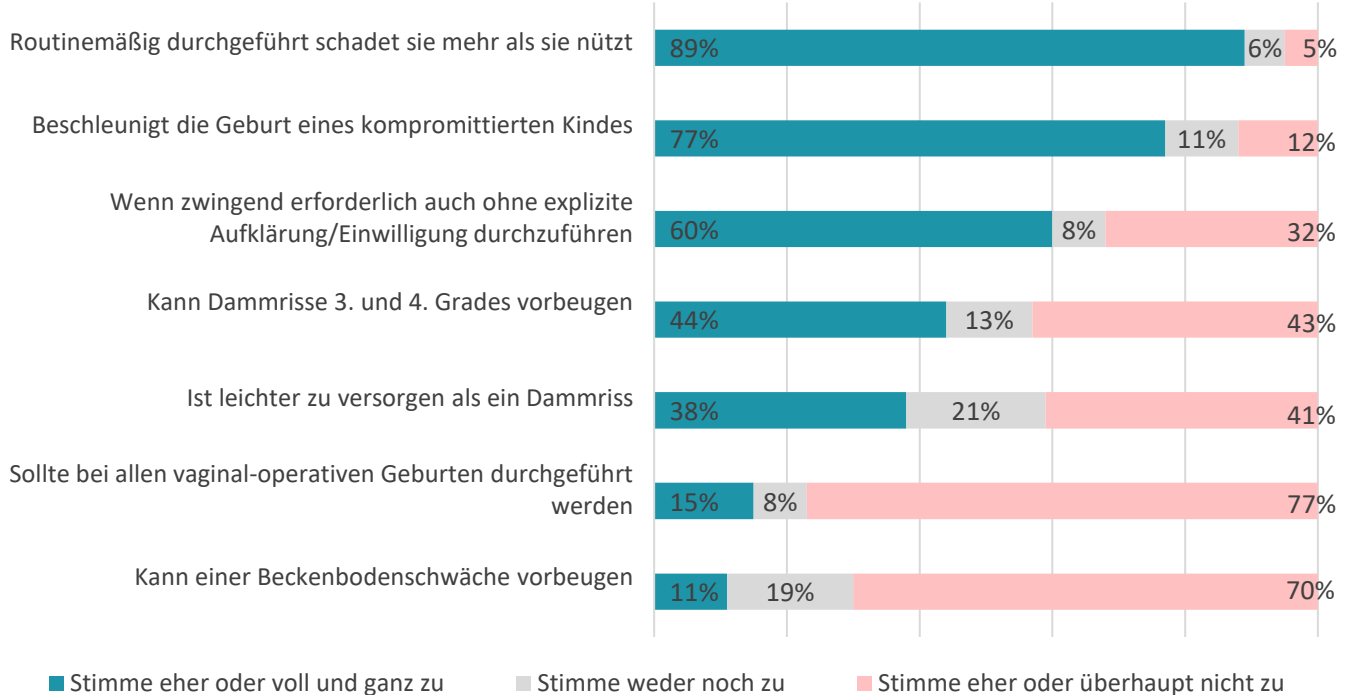
Ärzt:innen - Gründe gegen die Überwachung der kindlichen Herztöne mittels Auskultation bei Niedrig-Risiko-Schwangeren in der eigenen Klinik

Rechtliche Absicherung	87%
Klinische Absicherung	85%
Keine Möglichkeit der lückenlosen Dokumentation der Herztöne sowie weiterer relevanter geburtshilflicher Befunde	72%
Keine Eins-zu-Eins-Betreuung ab aktiver Eröffnungsphase	47%

Episiotomie

Laut der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ soll eine Episiotomie durchgeführt werden, wenn hierdurch die Geburt eines kompromittierten Kindes beschleunigt werden kann. Auch bei einer instrumentellen Geburt (hier v.a. Forcepsentbindung) kann eine Episiotomie großzügig erwogen werden. Eine routinemäßige Episiotomie während einer spontanen vaginalen Geburt wird nicht empfohlen.

Ärzt:innen - Einstellung zur Episiotomie



Einstellungen der Ärzt:innen nach beruflicher Position

- Die Aussage, dass eine routinemäßig durchgeführte Episiotomie mehr schadet als nützt, findet bei leitenden Oberärzt:innen die höchste Zustimmung (75%). 61% der Assistenzärzt:innen stimmen eher oder voll und ganz zu.
- Die Episiotomierate ist bei Versorgenden die zustimmen, dass eine Episiotomie vor höhergradigen Dammrissen schützt, deutlich höher.
- Insgesamt stimmen über alle Berufspositionen 44,4 % der Befragten der Aussage zu, dass ein Dammschnitt einen Dammriss Grad 3 oder 4 vorbeugen kann, wobei der Anteil unter Assistenzärzt:innen in Weiterbildung und Fachärzt:innen signifikant höher ist, als unter Oberärzt:innen und Chefärzt:innen.

Einstellungen der Ärzt:innen nach Alter

- Unabhängig von der beruflichen Position zeigt sich ab einem Alter von 40 Jahren eine signifikant stärkere Zustimmung, in zwingend notwendigen Situationen eine Episiotomie auch ohne Einwilligung/Aufklärung durchzuführen.

Ärzt:innen

Durchführung von Episiotomien in durchschnittlich 15% der Geburten (vaginal und vaginal-operativ):

Gründe für die Durchführung von Episiotomien (Mehrfachantworten waren möglich)

Sorge vor fetalem Stress	75%
Verkürzung der Austrittsphase	48%
Gespannter oder geschwollener Damm	46%
Vermeidung höhergradiger Dammrisse	44%
Vermeidung vaginal-operativer Entbindungen	32%
Leichtere Versorgung als ein Dammriss	3%

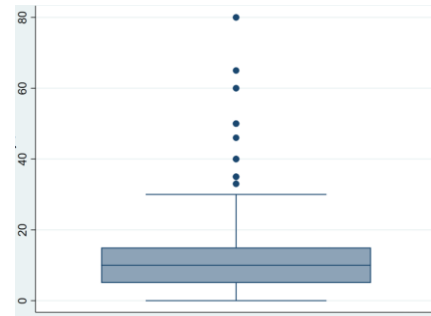
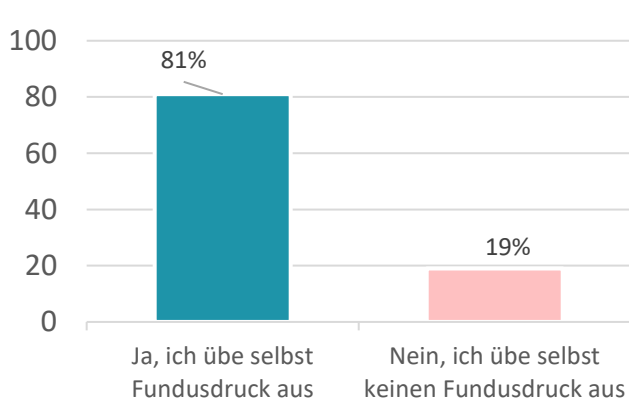
Mütter

- Episiotomie bei 47% der Saugglockengeburten.
- Episiotomie bei 12% der vaginalen Geburten → 51% geben an, keine ausführliche Aufklärung erhalten zu haben und 19% waren nicht einverstanden.

Fundusdruck

Laut der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ soll Fundusdruck möglichst nicht ausgeübt bzw. nur unter strenger Indikationsstellung und nach initialer Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden, erwogen werden.

Ärzt:innen – Ausübung von Fundusdruck



Ärzt:innen, die selbst Fundusdruck ausüben, üben diesen in durchschnittlich 12% der Geburten aus

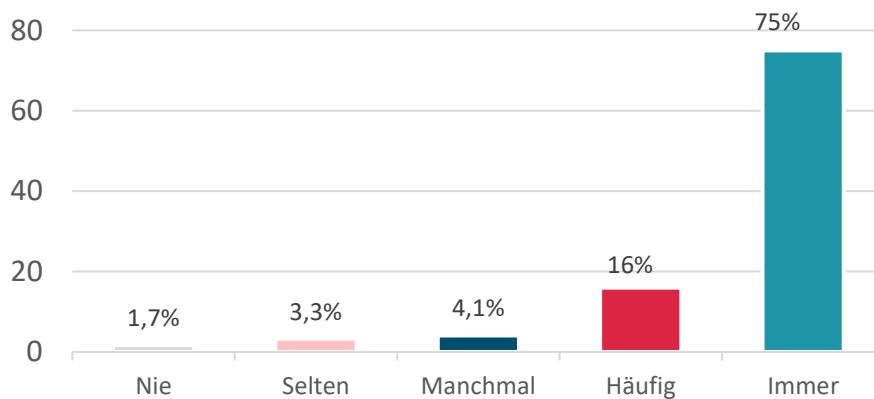
Unterschiede nach Geschlecht

Ärztinnen (83%) üben häufiger Fundusdruck aus als Ärzte (78%).

Unterschiede nach beruflicher Position

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

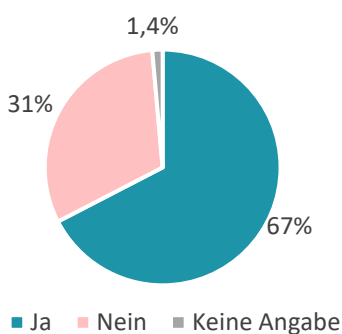
Ärzt:innen, die selbst Fundusdruck ausüben: Einholung des Einverständnisses der Gebärenden



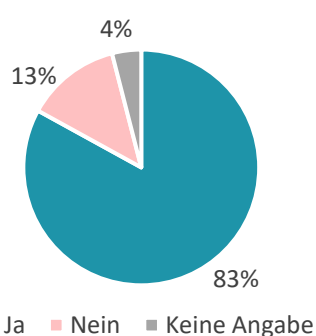
Mütter (n=187) - Erfahrung von Fundusdruck

17% der Mütter geben an, dass durch das medizinische Personal Druck von Außen auf ihren Bauch ausgeübt wurde:

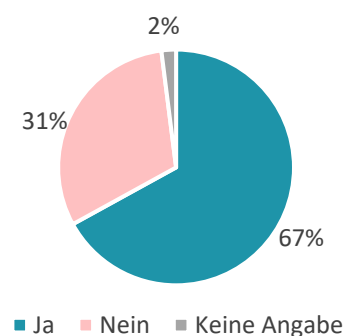
Erläuterung der Gründe für den Fundusdruck



Einverständnis mit dem Fundusdruck



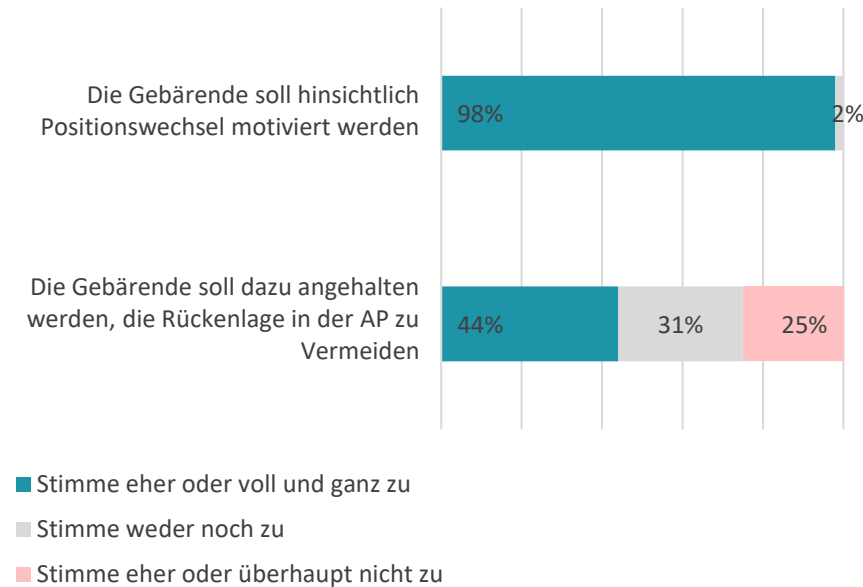
Gefühl, das medizinische Personal zu jedem Zeitpunkt bitten zu können, den Druck zu beenden



Geburtspositionen

Laut der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ sollen Gebärende dazu angehalten werden, die Rückenlage in der Austreibungsphase zu vermeiden. Sie sollen motiviert werden, die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfinden.

Ärzt:innen – Einstellung zu Geburtspositionen



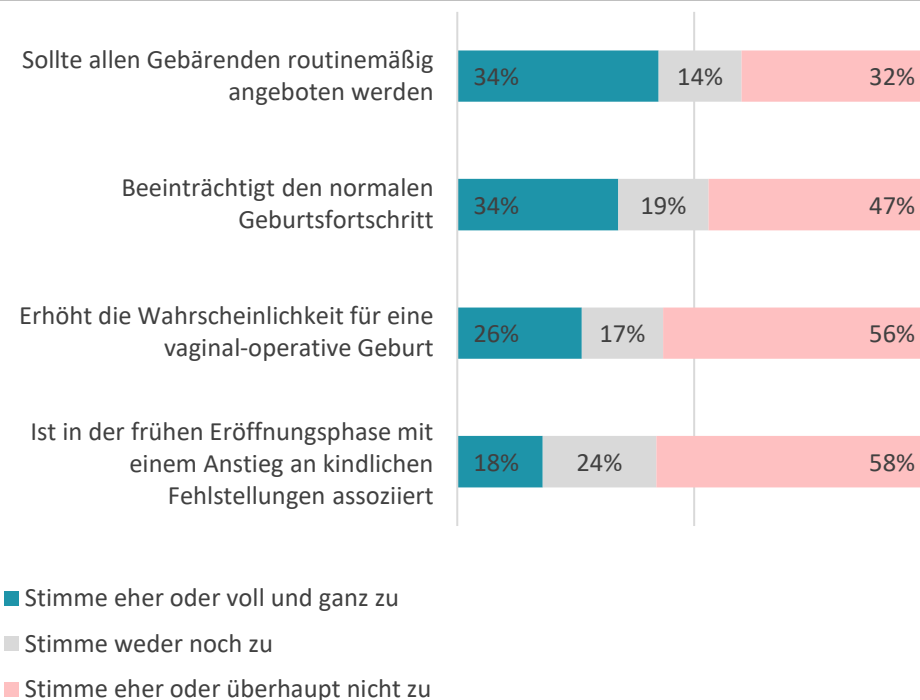
Erfahrungen der Mütter

- » 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
- » Die Regressionsmodelle zeigen einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Rückenlage und der Zufriedenheit mit der Geburt, die wiederum signifikant mit der Selbstbestimmung zusammenhängt.

PDA

Laut der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ soll Gebärenden unter der Geburt, die einer Analgesie bedürfen oder eine Analgesie wünschen, eine Epiduralanalgesie angeboten werden. Der Zeitpunkt sollte von der Gebärenden bestimmt werden, die Anlage kann zu jeder Zeit erfolgen. Es wird nicht empfohlen, einen definierten Geburtsfortschritt abzuwarten, da weder objektive Vor- noch Nachteile bezüglich des Geburtsverlaufs impliziert sind.

Ärzt:innen – Einstellung zu PDA



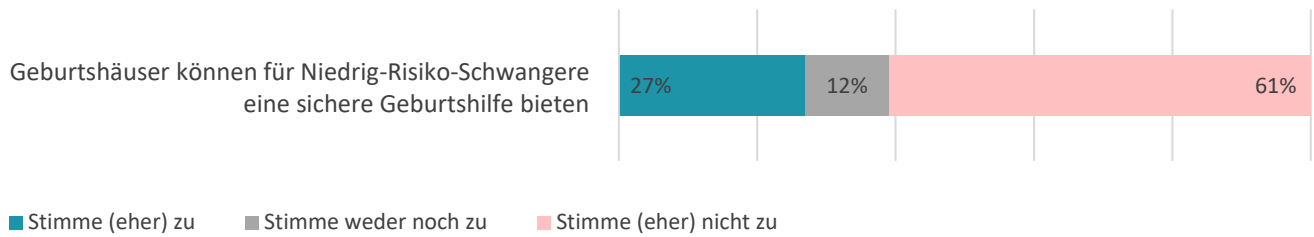
Signifikanter Geschlechtereffekt

- » Ärzt:innen stimmen weniger zu, dass eine PDA routinemäßig angeboten werden sollte.

Geburtsort

Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ empfiehlt, dass Frauen über die Möglichkeit unterschiedlicher Geburtsorte informiert sein sollten.

Ärzt:innen – Einstellung zu Geburtshäusern



Einstellung zu Geburtshäusern signifikant durch Versorgungsstufe der eigenen Klinik beeinflusst

Ärzt:innen, die in Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt sowie Perinatalzentren tätig sind, stimmen der Aussage, dass Geburtshäuser für Niedrig-Risiko-Schwangere eine sichere Geburtshilfe bieten können, signifikant weniger zu.