

Kinder in Beckenendlage vaginal gebären?

**Analyse zu den Chancen und Herausforderungen in
der Praxis.**

Bachelor-Thesis

Dalla Bona Laura

Hunziker Jeannette

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 2016

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung und Zielsetzung.....	4
1.1 Ziele	6
2 Theoretische Grundlagen.....	7
2.1 Einteilung der Beckenendlagen nach Feige & Krause (2011).....	8
2.2 Aktuelle Studienlage zum Vorgehen bei BEL	9
2.3 Shared-decision-making und Empowerment	13
2.4 Risikokompetenz nach Gigerenzer (2013).....	14
2.5 Rechtliche Aspekte und Gesundheitspolitik.....	15
2.6 Qualitätsentwicklung in der klinischen Praxis	16
3 Methoden	17
3.1 Literaturreview.....	17
3.2 Praxiserhebung.....	19
4 Ergebnisse.....	24
4.1 Ergebnisse Literaturreview	24
4.2 Ergebnisse der Praxisanalyse	38
4.3 Ausgangslage im Vergleich zu den aktuellen Empfehlungen.....	50
5 Diskussion.....	55
6 Schlussfolgerung.....	62
7 Literaturverzeichnis	64
8 Abbildungsverzeichnis	70
9 Tabellenverzeichnis	71
10 Abkürzungsverzeichnis	72

Abstract

Einleitung und Theoretischer Hintergrund: Unter bestimmten Bedingungen stellt die Spontangeburt (SPG) bei Beckenendlage (BEL) eine valable Option dar, wobei die Sectio caesarea (SC) als Standard gilt. Die häufige Empfehlung durch Fachpersonen zur SC kann bei Frauen mit Wunsch nach einer SPG zu einem erheblichen Entscheidungskonflikt führen. Ziel der Arbeit ist es festzustellen, wie eine informierte Entscheidung unterstützt werden kann. In einem Spital, soll ermittelt werden, wie die Frauen in ihrer Entscheidung betreut werden. Es werden neben der aktuellen Studienlage zum Vorgehen in der Betreuung bei BEL sowie den Konzepten „shared-decision-making“ und „Empowerment“ auch die Themenbereiche Risikokompetenz, Gesundheitspolitik und rechtliche Aspekte sowie Qualitätsentwicklung in der klinischen Praxis in die Analyse miteinbezogen.

Methoden: Im Literaturreview werden Bedürfnisse in der Beratung von Frauen mit BEL ermittelt. In einer Praxisanalyse wird erhoben, wie im Bezugsspital (BS), in dem die SPG mit BEL möglich ist, Frauen begleitet werden. Erhobene qualitative Interviews der Mitarbeitenden werden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet. Komplettiert wird die Praxiserhebung durch eine pragmatische Analyse spitalinterner Richtlinien.

Ergebnisse: Aufgedeckt wurden die Bedürfnisse der Frauen nach ganzheitlicher, neutraler Information, unterstützt durch ein kontinuierlich betreuendes interprofessionelles Team, das dem Entscheidungsfindungsprozess genügend Zeit einräumt und den Wunsch der Frau respektiert. Entscheidungshilfen und eine ruhige Haltung des Fachpersonals haben sich dabei als erleichternde Faktoren erwiesen. Die Praxisanalyse ergab, dass gute Grundlagen für eine frauenzentrierte Betreuung vorhanden sind, wobei die Unterstützung im Entscheidungsprozess erweitert werden kann. Ausserdem wurde Veränderungspotential in der Verteilung von Wissen und Verantwortung in der Geburtsleitung festgestellt.

Diskussion und Schlussfolgerung: Das Konzept des „Shared-decision-making“ und die Durchführung einer SPG in Abwesenheit der geburtshilflichen Leitungsperson (gLP) kann durch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Fachpersonen eingehalten werden. Möglichkeiten zur Optimierung der Entscheidungsqualität betroffener Frauen im BS stellen nach entsprechender Bedürfniserhebung eine kontinuierliche Betreuung, verständliche Risikovermittlung sowie die Verwendung von Entscheidungshilfen dar. Die Wissensdiversität im Umgang BEL lässt sich durch Weiterbildungen und deren Evaluation fördern.

Schlüsselwörter: Bedürfnisse, Beratung, BEL, Entscheidungsprozess, Geburtsmodus

1 Einleitung und Zielsetzung

Ungefähr drei bis sechs Prozent der Kinder liegen am Geburtstermin in BEL (Feige & Krause, 2010, Mändle & Opitz-Kreuter, 2007). Unterschieden wird dabei vor allem nach den verschiedenen Beinpositionen, die unterschiedliche Risiken für eine Geburt mit sich bringen (Harder & Rockel-Loenhoff, 2007). In den frühen 1980er Jahren wurde nur in seltenen Fällen, etwa wenn anamnestisch oder diagnostisch eine Indikation für eine operative Geburt gegeben war, eine SC durchgeführt (Lange, 2015). Im Jahre 1994 wurden 40% der Kinder in BEL durch eine spontane Vaginalgeburt geboren (Hepp, Berg & Hasbargen, 1995). Nach der Publikation der umfangreichsten jemals zu diesem Thema durchgeführten internationalen Studie, dem Term Breech Trial (Hannah et al., 2000), im Jahr 2000 wurde die vaginale BEL-Geburt grundlegend in Frage gestellt. Dieser Studie zufolge zeigten die kindlichen Outcomes bei der vaginalen Geburt mit BEL deutlich schlechtere Ergebnisse als bei der primären SC, weshalb die Autoren die primäre SC als besseren Entbindungsmodus für das Kind empfahlen. In zahlreichen Ländern folgte eine Übernahme dieser Schlussfolgerung in die klinische Praxis und die Guidelines gynäkologischer Fachverbänden. Hogle et al. stellten im Jahr 2003 fest, dass 92,5% der untersuchten Kliniken infolge dieser Studie ihr Handling bei BEL zugunsten der geplanten SC geändert hatten. Im Kantonsspital Olten wurden im Jahr 1985 28 Kinder spontan aus BEL geboren, während es im Jahr 2005 noch zwei waren (Jaeger et al, 2008). Dem Bericht des Kantonspitals Thurgau aus dem Jahr 2014 kann entnommen werden, dass von gesamthaft 58 Kindern in BEL eines spontan geboren wurde (Spital Thurgau, 2014). Statistiken aus Schweizer Spitälern folgen demnach dem Trend zur SC bei BEL.

Verschiedene dem TBT folgende Studien zeigten hingegen, dass der vaginale Geburtsversuch bei BEL in Abhängigkeit von klinischer Erfahrung des geburtshilfflichen Teams und einer guten Selektion der schwangeren Frauen eine valable Option darstellt (Goffinet et al., 2006 & Hopkins et al., 2007). Trotz dieser revidierten Ergebnisse zur BEL-Geburt wurden laut dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2014) in Deutschland im Jahr 2013 20% der SC mit der Indikation BEL durchgeführt. In der Schweiz wurden zwischen 2001 und 2010 knapp 15% der SC mit der Begleitdiagnose „Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Feten“ begründet (BAG, 2013). Die zunehmende SC-Rate führt zu gehäuften Komplikationsraten bei zukünftigen Schwangerschaften, während die SPG für das Neugeborene durch die Modulation des metabolisch-endokrinen-Systems verschiedene langanhaltende Vorteile mit sich bringt (Schuller & Surbeck, 2014).

Gründe für die Empfehlung der SC liegen gemäss Schuller & Surbeck (2014) nebst der abnehmenden Erfahrung des Fachpersonals auch in der zunehmenden Anzahl von Haftpflichtklagen bei Kunstfehlern und der Angst davor. Die Erfahrung des geburtshilflichen Teams, die für ein gutes Gelingen der vaginalen BEL-Geburt dringend benötigt wird, nimmt durch die momentane Entwicklung aber stetig ab (Krause, 2007).

Stadlmayr (2015) beschreibt beispielhaft den Fall von Frau A., einer 27-jährige Erstgebärende, die sich in der 38. SSW nach physiologischer Schwangerschaft zur Geburtsbesprechung meldet, weil sich ihr Kind in Steisslage befindet. Sie wünscht sich einen vaginalen Geburtsversuch. Am Termin wird ihr jedoch dringend die primäre SC empfohlen. Auch im weiteren Verlauf der Schwangerschaft und während der Geburt wird ihr mehrmals zur SC geraten, die sie immer wieder ablehnt, bis sie ihr Kind schliesslich spontan und komplikationslos zur Welt bringt. In der Praxis berichten Frauen immer wieder, dass es ihnen ähnlich ergangen ist.

Anhand zahlreichen Erzählungen von Betroffenen kann festgestellt werden, dass die ausgewogene Information und die freie Wahl der Klientin vielerorts nicht gegeben ist. Der Beratungsfokus liegt häufig auf den potentiellen Risiken, was oftmals zur Entscheidung gegen eine vaginale Geburt führt (Vetter & Goeckenjan, 2005). Die Interpretation von Risiken ist dabei sowohl für die betroffenen Frauen als auch für das Fachpersonal herausfordernd (Gigerenzer, 2013).

Aufgrund des mangelnden Angebotes der spontanen BEL-Geburt geraten schwangere Frauen oftmals in einen Konflikt zwischen ihrem allfälligen Wunsch, spontan zu gebären, und dem weit verbreiteten Rat der Fachpersonen zur SC. Ein Entscheidungsspielraum, der keine Alternativen zur geplanten SC zulässt, fremdbestimmt und technisiert ist, wird von Müttern noch Jahre später als übergriffig, traumatisch und schlecht verarbeitet beschrieben (Basters-Hofmann, 2015). Gemäss Stadlmayr (2015) verhärtet sich die Problematik der fehlenden Beratung und Unterstützung in der Wahl des Geburtsmodus zunehmend.

Es kann angenommen werden, dass der aktuelle Umgang mit Information, Wahlfreiheit und Möglichkeiten der Durchführung des gewünschten Geburtsmodus verbessert werden kann. Laut Feige & Krause (2008) möchten immer mehr Frauen von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen.

Die Beratung einer schwangeren Frau mit BEL sollte ab der 36. SSW in enger Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Team, Hebammen und Entbindungsort stattfinden. Das Hauptziel soll die Stärkung des Selbstbewusstseins der Klientin und die Unterstützung bei ihrer Wahl des Geburtsmodus sein. Selbstbestimmte Geburt heisst dabei

nicht SPG um jeden Preis, sondern dass die Mutter nicht durch die Autorität der Fachpersonen übergangen wird (Basters-Hofmann, 2015).

Die Pflicht der Hebammen ist es, das Recht der Frau auf Information zu respektieren, d.h. vollständige, verständliche und ergebnisoffene Informationen abzugeben, und sie darin zu fördern, Verantwortung für ihre Entscheidungen zu übernehmen (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 1994). Laut Gesundheitsgesetz des Kantons Bern (2001) müssen Vor- und Nachteile sowie Behandlungsalternativen der Klientin vor jedem Entscheid genannt werden.

Spitäler in denen die spontane BEL-Geburt als Option gewählt werden kann, sind selten geworden und doch existieren sie. Ein Regionalspital mit rund 1000 Geburten pro Jahr ermöglicht dies den Frauen seit vielen Jahren. Im Jahr 2015 erblickten dort 14 Babys in BEL das Licht der Welt spontan, während 32 BEL-Kinder per SC zur Welt kamen. Der Entscheidungsfindungsprozess der schwangeren Frau wird in diesem Spital anhand eines nach Feige & Krause (2010) modifizierten Schemas unterstützt, das in der Spitalrichtlinie definiert wurde. Dieses Schema beinhaltet eine Vorstellung der Frau im BS ab der 36. Schwangerschaftswoche (SSW), wobei eine Risikobeurteilung erfolgt und ein Aufklärungsgespräch über die möglichen Geburtsabläufe durchgeführt wird. Wenn möglich, wird eine äussere Wendung angeboten und die Situation anschliessend erneut evaluiert.

1.1 Ziele

Da die Beratung von Frauen mit BEL oft eher als verunsichernd und verängstigend denn als stärkend erlebt wird, setzt sich die vorliegende Arbeit die Behandlung dieser Problematik zum Ziel. Durch ein Literaturreview sollen Bedürfnisse von Frauen bzw. Paaren mit BEL aufgedeckt werden. Anhand der Praxisanalyse soll der Einfluss von Umgebungsfaktoren, wie die Haltung der Fachpersonen oder Bedingungen des Spitalsettings auf den Entscheidungsfindungsprozess der Frauen erkannt werden. Anhand des Vergleichs zwischen den Empfehlungen der Literatur (Soll-Zustand) und der praktischen Umsetzung im BS (Ist-Zustand) soll ein allfälliger Veränderungsbedarf ermittelt und Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden.

Fragestellungen des Literaturreviews

- Wie können Frauen mit BEL in der informierten Entscheidung bzgl. Geburtsmodus unterstützt werden und welchen Einfluss hat das Verhalten der Fachpersonen auf die Entscheidungsfindung der Frau?

- Haben Frauen mit BEL das Bedürfnis spontan zu gebären? Wenn ja, wie häufig?
- Welche Bedürfnisse haben die Frauen bzgl. ihrer Entscheidungsfindung zum Geburtsmodus?
- Welche Hindernisse gibt es bei der freien Wahl des Geburtsmodus und welche Lücken müssen noch überbrückt werden?

Fragestellungen der Praxiserhebung

- Welche Voraussetzungen ermöglichen im BS die Durchführung von spontanen BEL-Geburten und wo gibt es noch Veränderungsbedarf?
- Wie werden die Frauen im Bezugsspital zum Geburtsmodus bei BEL beraten?
- Welchen Einfluss hat die Haltung der Mitarbeitenden auf die Entscheidungsfindung der Frauen?
- Wie geht es den Mitarbeitenden mit der Handhabung von vaginalen Beckenendlagegeburten und wo sehen sie Veränderungsbedarf?

Eingrenzung des Themas

Der Fokus des Literaturreviews liegt auf der Ermittlung der Bedürfnisse und des Erlebens von schwangeren Frauen mit BEL hinsichtlich der Beratung zum Geburtsmodus. Nicht untersucht wird, aufgrund welcher Kriterien und Risikofaktoren Frauen vaginal gebären sollten oder nicht. Ebenso wird darauf verzichtet, die reale Situation der betroffenen Frauen gestützt auf deren Befragung darzustellen, einen detaillierten Praxisprojektplan zu erstellen oder die Einführung eines Produktes anzustreben. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2 Theoretische Grundlagen

Die Geburt der eigenen Kinder ist im Leben einer Frau häufig ein zentrales und prägendes Ereignis. Die Möglichkeit zur selbstbestimmten Gestaltung der Geburt ist für die weitere Gesundheit massgebend, weshalb die freie Wahl des Geburtsmodus auch bei Frauen mit BEL ermöglicht werden sollte. Um eine ganzheitliche Betrachtung der aktuellen Problematik im Zusammenhang mit BEL zu ermöglichen, wird im Folgenden die Einteilung von verschiedenen Formen der BEL erklärt, aktuelle Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Handhabung bei BEL ermittelt, die Konzepte „shared-decision-making“ und „Empowerment“ dargelegt und das Thema Risikokompetenz unter Be-

rücksichtigung der rechtlichen Situation, der Gesundheitspolitik und Qualitätsentwicklung behandelt.

2.1 Einteilung der Beckenendlagen nach Feige & Krause (2011)

Es ist anzunehmen, dass in der Schweiz jährlich zwischen 2'500 und 4'850 Kinder in BEL geboren werden. Am häufigsten ist dabei die reine Steisslage, die während der Geburt mit den wenigsten Komplikationen verbunden ist. Der Umfang des Steisses deckt in diesem Fall den knöchernen Beckenring im Beckeneingang fast komplett ab, sodass es selten zu Nabelschnurvorfällen kommt. Als nächst häufigste Form tritt die vollkommene bzw. unvollkommene Steiss-Fuss-Lage auf. Im Gegensatz zur reinen Steisslage, führt hier nicht der Steiss, sondern die Füße. Diese schieben sich durch Anpassung an den Geburtskanal und den Wehendruck vorwärts. Der Umfang des vorangehenden Teils erweitert sich dadurch im Vergleich zur reinen Steisslage. Die Anordnung von Steiss und Füßen bildet aber keine kontinuierlich runde Form, wodurch der Beckeneingang nicht komplett abgedeckt wird und es dadurch häufiger zu Nabelschnurvorfällen kommt. Diese Lage bietet aber eine gute Mobilität der Hüften, weshalb es seltener als bei der reinen Fusslage, der seltensten Variante einer BEL, zu verlängerten Austreibungsphasen kommt. Die Fusslage definiert sich durch die gestreckten Beine und kann sich deshalb erst nach dem Blasensprung manifestieren. Da es sich eigentlich um einen Extremitätenvorfall handelt, muss man im Falle eines Blasensprunges mit einem Nabelschnurvorfall rechnen.

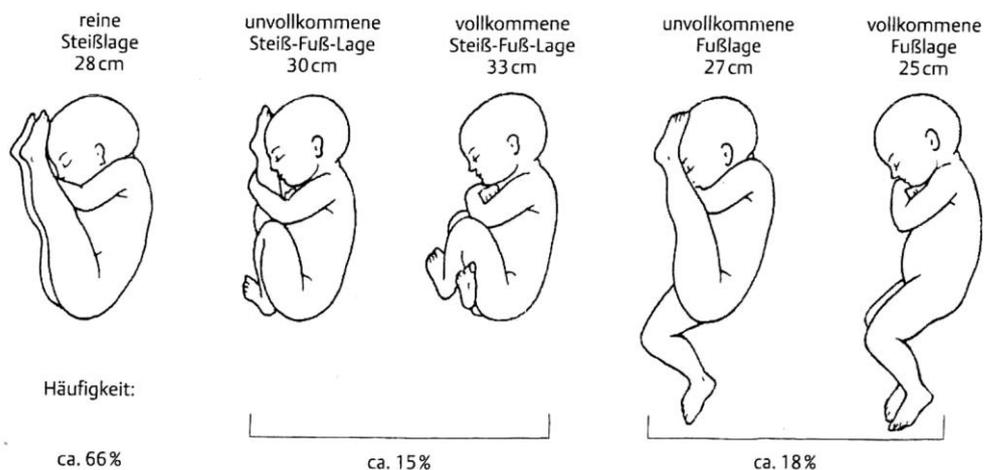


Abbildung 1: Einteilung der Beckenendlagen (Harder & Rockel-Loenhoff, 2007)

2.2 Aktuelle Studienlage zum Vorgehen bei BEL

Guidelines verschiedener Fachgesellschaften, die sich zur Beratung und Begleitung von Frauen mit BEL äussern, werden folgend verglichen. In der Analyse wurde ersichtlich, dass ungenügende Empfehlungen über den Inhalt der Beratung existieren. Da von der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) keine Richtlinie zur Handhabung der BEL existiert, wurde die „Guideline zur SC“ (2015) gewählt. Des Weiteren wird „The management of Breech Presentation (2006)“ vom Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), „Mode of Term Singleton Breech Delivery“ (2006) vom American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sowie „Management of Breech Presentation at Term“ (2016) des Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) berücksichtigt.

Tabelle 1: Empfehlungen der Fachgesellschaften

Empfehlungen der Fachgesellschaften	SGGG (2015)	RCOG (2006)	ACOG (2006)	RANZCOG (2016)
Indikation der SC bei BEL	<ul style="list-style-type: none"> relative Indikation 	<ul style="list-style-type: none"> relative Indikation SPG valable Option unter Berücksichtigung bestimmter Auswahlkriterien 	<ul style="list-style-type: none"> Wahl des Geburtsmodus in Abhängigkeit des Erfahrungsgrads der Fachpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> relative Indikation SPG bei BEL soll in Abwesenheit von Kontraindikationen ermöglicht werden
Aufklärungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> Individualisiertes konkretes Beratungsgespräch: Arzt informiert über spezifische Situation, evtl. mit Bildmaterial Beantworten von Fragen der Schwangeren 	<ul style="list-style-type: none"> Information über Vor- und Nachteile der SPG und SC bei BEL und deren Konsequenzen für Folgeschwangerschaften Information über die reduzierte perinatale Mortalität und Morbidität unmittelbar nach der SC im Vergleich zur SPG Information über Mangel an Evidenzen die belegen, dass die langfristige Gesundheit des Babys durch die SPG im Vergleich zur SC beeinträchtigt wird Informationen über die eigene 	<ul style="list-style-type: none"> Information der Frau / des Paares über das erhöhte Risiko der perinatalen oder neonatalen Mortalität sowie der erhöhten Morbidität unmittelbar nach der SPG im Vergleich zur SC Frauen sollten informiert werden, dass die meisten Erfahrungen der geburtsbegleitenden Fachpersonen in der mütterlichen Rücken- oder Steinschnittlage vorhanden sind und daher diese Position empfohlen wird 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit der äW angemessene Beratung der Frau /des Paares Paare sollen über die Risiken und Vorteile der SPG bei BEL informiert werden Information über Infrastruktur und Erfahrung des Fachpersonals

		Gesundheit der Frau: höheres Risiko für unmittelbare Komplikationen bei geplanter SC, Keine erhöhten Risiken für die eigenen Gesundheit nach SC ausserhalb einer Schwangerschaft, Langzeitkonsequenzen einer SC für eine zukünftige Schwangerschaft sind unklar		
Aufklärungs- und Einwilligungs-material	<ul style="list-style-type: none"> • Basisaufklärung durch Informationsbroschüre über die Geburt (2014) & Aufklärungsprotokoll über die SC (2010) • Keine Informationsbroschüre zur BEL oder Aufklärungsprotokoll über den Geburtsmodus bei BEL vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden
Inhalt des Aufklärungsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> • BEL gilt als relative SC Indikation • Möglichkeit eines Beratungsgesprächs • Recht auf Information/ Aufklärung • Ablauf einer SC • Vorteile SPG für die Mutter: kürzerer Spitalaufenthalt, weniger Infektionen, weniger Anästhesieprobleme, weniger Plazentationsstörungen in Folgeschwangerschaften • Vorteile SC für die Mutter: Weniger Blutungen, Bluttransfusionen, chirurgische Komplikationen, Urin- und Stuhlinkontinenz • Kein Unterschied: Schmerzen im Wochenbett, Gerinnselbildung unter Throm- 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden

	<p>boseprophylaxe, Wochenbettdepression, Häufigkeit eines Uterusprolaps und Sexualleben nach der Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorteile SPG für das Kind: weniger Atemnotsyndrom • Kein Unterschied: Häufigkeit der Totgeburten 			
Assesement der schwangeren Frau mit BEL zur Eignung der äW oder SPG	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsichtiges Assesement zur Eignung für eine SPG • Frauen mit ungünstigen Voraussetzungen für eine SPG sollten insbesondere über das erhöhte Risiko der SPG im Vergleich zur SC informiert werden • Keine routinemässige Magnetresonanztomographie (MRI) des Beckens • Erstmalige Diagnosestellung der BEL während der Geburt soll keine Kontraindikation zur SPG darstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eignung der schwangeren Frau für die SPG mit grosser Vorsicht nach spitalinternen Kriterien prüfen 	<ul style="list-style-type: none"> • BEL soll nach abdominaler Befunderhebung mit dem Ultraschall (US) bestätigt werden • Detektion fetaler oder maternaler Ursachen für BEL mittels US • Ausschluss von Kontraindikationen für die äW
Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend Zeit zur Verfügung stellen • Partnerschaftlicher Entscheid (Ärztenschaft - Frau) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Informierte Entscheidung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahl des Geburtsmodus der Frau / des Paares soll respektiert werden
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Beweispflicht des Arztes über genügende Aufklärung und Einwilligung der Frau: Dokumentation von Zeit, Ort des Gespräches, aufklärende Person, stichwortartige Zusammenfassung in der Krankengeschichte oder auf dem spezifischen Aufklärungsprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Dokumentation aller Details zur Beratung der Frau sowie die Identität aller involvierter Fachpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Detaillierte Dokumentation der informierten Entscheidung der Frau 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden
Durchführung der äW	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Verweis auf andere Guideline 	<ul style="list-style-type: none"> • äW wenn immer möglich anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> • äW durch erfahrene Fachpersonen, Überwachung mit Kardiotokografie (CTG) &

				US, Möglichkeit der Tokolyse
Geburtsbegleitung bei BEL	<ul style="list-style-type: none"> Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> Durch erfahrene Fachpersonen Bei günstigen Voraussetzungen: Möglichkeit der Geburtseinleitung Keine Geburtsbeschleunigung Angebot einer Analgesie, Epiduralanästhesie nicht routinemässig anwenden Kontinuierliche CTG Überwachung Keine fetale Blutprobe zur pH-Bestimmung während der Geburt Episiotomie auf Indikation Keine routinemässige Steissextraktion Bei verzögertem Geburtsprozess grosszügig SC-Indikation stellen 	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrene Fachpersonen als Voraussetzung zur Geburtsbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> Durch erfahrene Fachpersonen Kontinuierliche CTG Überwachung
Setting/ Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit zur Notfall-SC muss vorhanden sein Fachpersonen die BEL begleiten sollen Simulationstrainings durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> äW & SPG nur wenn erfahrene Fachpersonen der Geburtshilfe, Anästhesie & Pädiatrie unmittelbar verfügbar sind
Allgemeine Hinweise/ Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> Unterzeichnet die Schwangere ein generelles Formular, beweist dies nicht, dass sie die Information gelesen und verstanden hat und stellt deshalb nur ein Indiz dar, dass ein Gespräch stattgefunden hat 	<ul style="list-style-type: none"> Keine routinemässige Durchführung der SC bei BEL des zweiten Zwilling Bei Wunsch nach SPG Verweis der Frau in ein Spital mit diesem Angebot 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel an Evidenzen die belegen, dass Frauen deren zweiter Zwilling sich nicht in Schädellage befindet zur SC geraten werden sollte 	<ul style="list-style-type: none"> Spezifische Empfehlungen zur Situation der unerwarteten Kindslage in BEL während der Geburt

2.3 Shared-decision-making und Empowerment

Frauen wünschen sich eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess und wollen umfassende Informationen über ihnen offenstehende Wahlmöglichkeiten erlangen (Stadlmayr, 2015). Gemäss Brailey (2005) berücksichtigt das Konzept der informierten Entscheidung (informed choice) diesen Wunsch, indem es festlegt, dass Frauen als primäre Entscheidungsinstanz angesehen werden sollen. Die Entscheidungsmacht liegt, wie es grundsätzlich sein sollte, in ihren Händen, weil sie durch Fachpersonen professionell und fundiert beraten wurde und eine Diskussion über verschiedene Möglichkeiten stattgefunden hat.

Bei der partnerschaftlichen Zusammenarbeit (shared-decision-making) bringt die Frau ihr eigenes Wissen und ihre Präferenzen mit ein, während die Fachperson ihr Wissen zur Verfügung stellt. Die Informationsmacht gibt der Fachperson die Möglichkeit die Frau zu ermächtigen, kann aber durch Vorenthalten bestimmter Informationen auch ausgenutzt werden. Aufgabe der Fachperson ist es darum, mit der Frau zusammen eine Entscheidung aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse, ihrer persönlichen Lebenssituation und der medizinischen Notwendigkeiten zu treffen. Dazu muss sie nach Evidenzen suchen und diese prüfen, sodass mögliche Argumente individuell und in Ruhe diskutiert werden können. Beide Parteien erklären sich am Ende des Prozesses mit der Betreuungsentscheidung einverstanden (Schäfers, 2010). Nach Brailey (2005) sollten solche Gespräche während der Schwangerschaft stattfinden, sodass genügend Bedenkzeit vorhanden ist.

Die informierte Zustimmung (informed consent) schliesslich findet statt, wenn ein passives Einverständnis einer oftmals einmaligen Behandlung eingeholt wird. Das Einverständnis nach erfolgter Aufklärung zu erfragen, ist Voraussetzung jeder Behandlung. Nur in Notfallsituationen darf eine Zustimmung vermutet werden und die Aufklärung ist nachzuholen, sobald die Umstände es erlauben.

Ein weiteres zentrales Konzept der Hebammenarbeit stellt das „Empowerment“ dar. Es soll die Frau nach evidenzbasierter Information befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen (Schwarz, 2007). Das Ziel der Empowerment-Praxis besteht darin, als Fachperson mit der Frau einen Rundumblick ihrer Situation zu erlangen und, wenn nötig, Hilfestellung darin zu leisten, vorhandene Ressourcen aufzudecken. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten soll gestärkt werden (Herriger, 2010). Unterstützend kann dabei die Frage nach ähnlichen Lebenssituationen und Entscheidungsprozessen sowie die Frage, wie die Frau vergangenen Situationen gemeistert hat, gestellt werden. Es wird eine ganzheitliche Betreuung geboten, indem die Bedürfnisse der Frau aufgedeckt

werden und eruiert wird, inwiefern Fachleute Unterstützung bieten können (Schwarz, 2007).

2.4 Risikokompetenz nach Gigerenzer (2013)

Gigerenzer (2013) definiert Risiken als Wahrscheinlichkeiten, die sich empirisch als beobachtbare Häufigkeiten messen lassen. Dem gegenüber steht die Ungewissheit, bei der keine Messung möglich ist. Risikokompetenz beschreibt die Fähigkeit, Risiken korrekt zu interpretieren.

Bei der Wahl des Geburtsmodus bei BEL sollen gemäss den vorgestellten Richtlinien werdende Eltern über Risiken der Morbidität und Mortalität für Mutter und Kind aufgeklärt werden. Ob Risiken vom Fachpersonal und der Klientin richtig interpretiert werden, bleibt offen.

Die Vermittlung von Risiken in der Medizin ist herausfordernd und die richtige Interpretation von Wahrscheinlichkeiten und somit der Möglichkeit, informiert entscheiden zu können, nicht immer gegeben. Die bildliche Darstellung von Risiken durch natürliche Häufigkeiten kann helfen, Klarheit zu schaffen.

Um eine gute Entscheidung zu treffen, braucht es einerseits die Fähigkeit, logisch und statistisch Denken zu können. Andererseits verlangt eine gute Entscheidung vor allem Intuition, wenn gewisse Risiken unbekannt sind. Die Intuition ist ein Urteil, das unvermittelt im Bewusstsein auftaucht, dessen tiefere Gründe uns nicht bewusst sind, und das stark genug ist, um danach zu handeln, also eine Form unbewusster Intelligenz. Oft wird die Intuition in unserer Gesellschaft aber nicht als Form der Intelligenz anerkannt, während logisches Berechnen wenig hinterfragt und als intelligent bewertet wird. Geprägt durch das hohe Sicherheitsbedürfnis unserer Gesellschaft, fällt es oft schwer, Intuitionen wahrzunehmen oder gar danach Entscheidungen treffen zu können.

Die Ursache der Risikoscheu der meisten Menschen ist mit der Angst vor Fehlern verknüpft. In der Medizin stellen Fehler eine potentielle Gefahr für Klagen dar, weshalb sich ein Trend zur defensiven Praxis beobachten lässt. Gründe dafür, dass Menschen in gewissen Bereichen risikoscheu und gleichzeitig in anderen risikofreudig sein können, finden sich im Phänomen des sozialen Lernens. Menschen lernen zu fürchten, was deren Bezugsgruppe fürchtet, und lernen Risiken zu akzeptieren, welche die Bezugsgruppe akzeptiert. Wird die spontane BEL Geburt in einer Gesellschaft als zu gefährlich und risikoreich bewertet, gilt dies als Norm dieser Gesellschaft und beeinflusst deren Individuen stark.

Auch Samerski (2014) beschreibt, dass eine informierte Entscheidung rein gestützt auf den Vergleich evidenzbasierter Optionen und das Berechnen von Chancen und Risiken mit einer leibhaftigen Frau in ihrer konkreten Situation oft nicht viel zu tun hat. Sie warnt davor, schwangere Frauen durch den statistischen Blick als gesichtslose Fälle zu betrachten. Die Risikoberechnungen vermag die Zukunft einer Klientin nicht vorherzusagen, kann jedoch die begründete und vernünftige Urteilskraft in der Gegenwart lähmen (Duden, 2013).

2.5 Rechtliche Aspekte und Gesundheitspolitik

Das Recht auf Aufklärung ist im Gesundheitsgesetz des Kantons Bern klar geregelt. Es wird festgehalten, dass Patientinnen und Patienten über Gegenstand, Modalitäten, Zweck, Risiken, Vor- und Nachteile sowie Kosten der beabsichtigten Intervention aufgeklärt werden müssen. Auch Behandlungsalternativen müssen in jedem Fall besprochen werden (Gesundheitsgesetz, 1984, 2014). Da es sich bei jeder medizinischen Intervention um einen Eingriff in die körperliche Integrität handelt, haben die Betroffenen immer ein Recht, sich frei zu entscheiden, ob sie sich einer Behandlung unterziehen wollen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2015).

Die Wahl der Behandlung hat nach dem medizinethischen Grundprinzip des nicht-schadens zu erfolgen. Das heisst, dass Patientinnen und Patienten keinen unnötigen oder übermässigen Risiken ausgesetzt, unsichere Behandlungen nicht durchgeführt und Nebenwirkungen beachtet werden sollen (Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung, 2016). Es muss also eine Abwägung stattfinden, um den durch eine gewählte Behandlung eintretenden Schaden möglichst gering zu halten.

Der Bund sieht Regelungen zur Verbesserung der Qualität im schweizerischen Gesundheitssystem vor. Er definiert Qualität im Gesundheitswesen als Mass dafür, inwiefern Leistungen des Gesundheitswesens die Wahrscheinlichkeit der erwünschten Gesundheitsergebnisse für Individuen und Bevölkerung erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen. Diese Definition beinhaltet unter anderem die Optimierung der Behandlungsqualität, die anhand von Sicherheit, Wirksamkeit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit und Effizienz beurteilt wird (Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Direktionsbereich für Kranken- und Unfallversicherung, 2009). Das Schweizer Gesundheitssystem ist gemessen am Brutto-Inlandprodukt hinter den USA weltweit das Zweitbeste. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist zwar hoch, aber im Vergleich zu früheren und aktuelleren Befragungen rückläufig. Internationale Vergleiche lassen vermuten,

dass die Qualität in der Schweiz zwar sehr gut ist, dafür aber unverhältnismässig hohe Kosten anfallen (EDI, BAG & Direktionsbereich für Kranken- und Unfallversicherung, 2009).

2.6 Qualitätsentwicklung in der klinischen Praxis

Der Wunsch nach einer Optimierung der Patientenversorgung, bspw. in Form von erhöhter Patientenzentriertheit oder Effektivitätssteigerung, kann als Anstoss zur Qualitätsentwicklung dienen. Durch Verbesserung von fachlichen Grundlagen, z.B. Richtlinien, oder der strukturellen Bedingungen wie die Leitung und die Kultur der Institution soll die Qualitätssteigerung erleichtert werden (Garbett & McCormacker, 2002).

Um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen, gilt es sowohl einzelne Mitarbeitende wie das ganze Team zu befähigen, handlungsfähig zu sein und die Verantwortung für ihr Handeln zu tragen (Grundy, 1982). Des Weiteren muss eine transformationelle Kultur erschaffen werden. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass ein gemeinsames Ziel besteht, alle sich für die angebotene Qualität verantwortlich fühlen und Mitarbeitende geschätzt und anerkannt werden (Manley, 2000). Viele Formen der Praxisentwicklung schliessen die Kultur und den Kontext der Institution nicht in den Prozess ein. Genau hier liegt aber der Schlüssel, der eine dauerhafte Veränderung ermöglicht (McCormack et al., 2009).

Bedingungen an einem Praxisort, welche die Qualitätsentwicklung positiv oder negativ beeinflussen, können mit Hilfe des von Rycroft-Malone (2009) beschriebenen, sogenannten PARIHS (Promoting Action on Research Implementations in Health Services) -Bezugsrahmen ermittelt werden. Die Bereitschaft eines Praxisortes zur dauerhaften Veränderung kann durch die Betrachtung dreier Schlüsselfaktoren festgestellt werden. Auf einem Kontinuum von „hoch-stark“ bis „niedrig-schwach“ werden die Elemente Evidenz, Kontext und Begleitung positioniert und miteinander in Verbindung gebracht. Anhand der Evidenz wird ermittelt, ob fachliche Grundlagen wie Richtlinien den neusten Empfehlungen entsprechen und auf welcher Grundlage sie erstellt werden. Strukturelle Bedingungen wie der Führungsstil der Institution, die Umgangsformen im Team und die Durchführung von Evaluation werden anhand des Faktors „Kontext“ beurteilt.

Erleichterungen durch eine Begleitperson sollen den Veränderungsprozess ermöglichen. Die Aufgabe dieser ist es, zugeschnittenes Wissen zu vermitteln und eine entwicklungsfördernde Haltung einzunehmen (Rycroft-Malone, 2009).

3 Methoden

Da die Bedürfnisse von Frauen mit BEL, Hindernisse im Entscheidungsprozess bzgl. Geburtsmodus sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch die Fachpersonen ermittelt werden sollten, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Um Voraussetzungen zur Durchführung von vaginalen BEL Geburten, den Einfluss der Haltung von Fachpersonen auf die Entscheidung der Frau sowie Handhabung und möglichen Veränderungsbedarf in der Praxis zu erkennen, wurden Fachpersonen anhand einer Praxiserhebung befragt.

3.1 Literaturreview

Literatursuche und -auswahl

Die elektronische Literatursuche fand hauptsächlich im März 2016 nach dem im Folgenden beschriebenen wissenschaftlichen Vorgehen einer systematischen Recherche statt. Für das Literaturreview wurden Studien und Reviews aus den letzten 10 Jahren in den Datenbanken Pubmed, Livivo und Cochrane gesucht. Leitlinien für den theoretischen Hintergrund wurden zudem auf ausgewählten Internetseiten, beispielsweise des BAGs, der SGGG oder der Geneva Foundation for Medical Education and Research gesucht. Die Folgende Tabelle zeigt Suchbegriffe die für die Beantwortung der jeweiligen Fragestellungen erarbeitet wurden.

Tabelle 2: Suchbegriffe

Fragestellung	Suchbegriffe
Unterstützungsmöglichkeiten zur informierten Entscheidung	„consulting“ und „shared decisionmaking“ oder „birth (MeSH)“ und „decisionmaking (MeSH)“
Bedürfnis der Frauen nach SPG	„want“ und „vaginal birth“ oder „normal birth“ oder „breech fetal presentation (MeSH)“ und „delivery, obstetric (MeSH)“
Bedürfnisse der Frau in der Entscheidungsfindung	„request“ und „decision making“ oder „need (MeSH)“
Hindernisse und Lücken der freien Entscheidungsmöglichkeit	„delivery mode“ und „decision“

Die Literaturverzeichnisse von themenbezogenen Artikeln in Fachzeitschriften wurden ergänzend auf passende Studien geprüft. Die Suche fand durch beide Autorinnen unabhängig voneinander statt, was nach gemeinsamem Vergleich zu ähnlichen Ergebnissen führte.

Auf die Fragestellung zutreffende Titel wurden ausgewählt und nach Sichtung des Abstracts und Beurteilung der Relevanz entschieden, ob der Volltext gelesen werden sollte. Anhand des Volltextes wurde bestimmt, ob die Studien unseren Fragestellungen und den folgenden Einschlusskriterien entsprechen: Qualitative und quantitative Studien, in Deutsch, Englisch oder Französisch verfasst, die zwischen 2006 und 2016 publiziert wurden und sich mit den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen mit BEL beschäftigen. Zudem sollen Hindernisse im Entscheidungsprozess oder von Fachpersonen ausgehende Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert werden. Ausgeschlossen wurden Studien, die untersuchten, aufgrund welcher Kriterien eine SPG bei Kind in BEL ermöglicht werden sollte oder welche geburtshilflichen Outcomes dabei zu erwarten sind.

Viele Studien beschäftigen sich mit der Beratung zum Geburtsmodus bei Schädellage sowie nach erfolgter SC. Des Weiteren werden medizinische geburtshilflichen Outcomes einer spontanen BEL-Geburt im Vergleich zu SC untersucht. Im Umgang mit dieser Tatsache wurde der Fokus im Verlauf zunehmend auf die Suche nach qualitativen Studien gelegt.

Schlussendlich wurden drei quantitative und vier qualitative, in Englisch verfasste Studien, die sich auf den Beratungs- und Entscheidungsprozess konzentrieren und mindestens teilweise signifikante Erkenntnisse bezüglich der Fragestellungen dieser Arbeit generieren, in das Literaturreview miteingeschlossen.

Literaturanalyse

Qualitative Studien wurden gemäss den von Steinke (2012) festgelegten Kernkriterien bewertet. Beurteilt wurde zum einen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Hierbei geht es darum abzuklären, ob die Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen sowie die Anwendung eines kodifizierten Verfahrens durchgeführt wurde. Als weiteres Kriterium wurde die empirische Verankerung überprüft, die gegeben ist, sofern ein kodifiziertes Verfahren verwendet wurde, hinreichend Textbelege integriert sind und eine analytische Induktion sowie eine kommunikative Validierung dokumentiert werden. Zudem wurde geprüft ob Limitationen, also die Grenzen und die Kohärenz der entwickelten Theorie, thematisiert wurden. Ein weiteres Kriterium stellte die Erklärung der Relevanz der Theorie dar, wobei ersichtlich werden soll, ob diese einen pragmatischen oder praktischen Nutzen mit sich bringt. Schliesslich wurde nach der reflektierten Subjektivität gesucht, die gegeben ist, wenn die Rolle des Forschenden als Subjekt und als Teil der untersuchten sozialen Welt methodisch reflektiert wird.

Steinke (2012) macht darauf aufmerksam, dass es für die Bewertung einer Studie nicht ausreicht, lediglich ein oder zwei Kriterien zu bewerten.

Quantitative Studien wurden in einem ersten Schritt inhaltlich beschrieben, woraufhin eine kritische Würdigung folgte. Die Qualität von quantitativen Studien wurde nach den vorgeschlagenen Kriterien von Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz und Donner-Banzhoff (2007) sowie Polit, Beck und Hungler (2010) beurteilt:

Die Studie wurde auf Risiken für systematische Fehler wie Selektions-, Detection-, Attrition- oder Performance-Bias geprüft. Auch Störfaktoren, also Variablen, die einen Einfluss auf die Ergebnisse haben, der von den Forschenden nicht geprüft wurde, wurden ermittelt. Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse ergibt sich durch die interne Validität, eine angemessene Ergebnisinterpretation, Diskrepanz zu anderen Studienergebnissen, ungenügender Umsetzung des Designs und allfälligen Interessenskonflikten der Forscherinnen und Forscher. Unter der Kategorie „Ethik“ wird die Einhaltung von moralischen Prinzipien während dem Forschungsprozess beurteilt. Es wird beispielsweise auf den Einbezug einer Ethikkommission, den vertraulichen Umgang mit persönlichen Daten sowie die informierte Einwilligung der Studienteilnehmenden geachtet. Die Relevanz der Studie für die eigene Fragestellung ergibt sich bspw. durch die Beurteilung der Übertragbarkeit auf den klinischen Alltag und die Kosten-Nutzen-Abwägung. Die Evidenzstärke wird nach den Empfehlungen der Arbeitsgesellschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2008) eingestuft.

3.2 Praxiserhebung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Situation im BS zu analysieren. Nebst der pragmatischen Analyse des vom BS zur Verfügung gestellten Materials (Richtlinien, Informationsblätter für schwangere Frauen) wurde zur Erhebung der Daten ein qualitatives Interview gewählt. Dies bietet gemäss Polit et al. (2010) die Möglichkeit, Erfahrungen von Individuen darzustellen. Die qualitative Befragung eignet sich zudem, wenn eine geringe Anzahl Personen befragt wird.

Teilnehmende Fachpersonen

Die Kontaktaufnahme mit der fachverantwortlichen Person der Geburtshilfe ermöglichte die Zusammenarbeit mit dem gewünschten BS. Nach Sichtung der Disposition und deren Genehmigung wurden potentielle Teilnehmende der Befragung telefonisch kontaktiert. Nach Einholen der Einverständniserklärung wurden individuelle Interviewtermine vereinbart.

Da sich die Stichprobenzusammensetzung aus der Fragestellung der Untersuchung ergeben soll (Meyer, 2013), wurde ein möglichst breites Spektrum an Fachpersonen, die sich in der Beratung sowie der Begleitung von BEL-Geburten beteiligen, gewählt.

Die Teilnehmenden sollten alle die deutsche Sprache beherrschen. Die Befragten sollten zudem aus verschiedenen Fachbereichen und Hierarchieebenen stammen, um eine Vorstellung von der Typik und der Verteilung von Eigenschaften in der Grundgesamtheit des Praxisortes zu erhalten (Mayer, 2013) sowie möglichst viele Angaben zur Kultur im BS zu generieren.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme wurden keine festgelegt. Die Anzahl der Interviews belief sich auf 13. Befragt wurden fünf Hebammen, die leitende Person des Gebärsaals, die gLP, zwei oberärztliche Fachpersonen, zwei assistenzärztliche Fachpersonen, eine anästhesiologische Fachperson sowie eine pädiatrische Fachperson. Die Interviews fanden bis auf zwei, die bei den Befragten zuhause stattfanden, in einem neutralen Raum des Spitals statt.

Zu Beginn der Befragung unterzeichnete jede Person eine schriftliche Einverständniserklärung und erhielt Informationen zum Ablauf (Anhang 11.3). Die Interviews dauerten zwischen 20 und 40 Minuten und wurden innert vier Wochen durchgeführt.

Instrument

Ein Interview ist eine gezielte Befragung von ausgewählten Personen, welche die Standpunkte des/der Befragten verdeutlicht und dessen/deren Erlebnisse sichtbar macht (Nohl, 2012). Durch das konsequente Einsetzen eines Interviewleitfadens kann die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und eine Struktur der Datensammlung erzeugt werden. Gleichzeitig erlauben offenen Fragestellungen das Eingehen auf andere Sichtweisen (Mayer, 2013), weshalb sich dieses Mittel als passend erwies.

Unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes des PARIHS Bezugsrahmens nach Rycroft-Malone (2009), sowie in Anlehnung an die Fragestellungen dieser Arbeit und das Dokumentes: „Standardisierte Erhebung - methodische Hinweise zu Umfragen“ nach Höpflinger (2011) leitete sich der Inhalt der Interviewleitfäden ab. Die Fragen zielen darauf ab, durch die Erhebung der Stärke und Schwäche der Evidenz, des Kontextes und der Begleitung das konkrete Vorgehen und die Erfahrungen im BS im Umgang mit BEL möglichst umfassend darzustellen.

Aufgrund der unterschiedlichen Professionen wurden drei verschiedene Leitfäden entwickelt (Anhang 11.3), was erlaubte, alle Teilbereiche gezielt zu ermitteln. Der Leitfaden zur Befragung der pädiatrischen und anästhesiologischen Fachperson beinhaltet fünf Fragen, während der Leitfaden zur Befragung des Hebammenteams, der assis-

tenzärztlichen Fachpersonen und der oberärztlichen Fachpersonen 11 Fragen beinhaltet. Der Leitfaden, der für die gLP sowie die Leitungsperson des Gebärsaals verwendet wurde, enthält 12 Fragen und beinhaltete insbesondere vermehrt Fragen zum Leitungsstil.

Mayer (2013) empfiehlt, vor der Befragung den Leitfaden in einem Probeinterview zu testen. Dies wurde je Leitfaden einmal durchgeführt. Aufgrund der Verständlichkeit des Interviews bei der befragten Person bestand kein Anpassungsbedarf.

Datenerhebung

Die Interviews führten die Autorinnen gemeinsam durch. Zum einen gab es eine Gesprächsleitende, die Fragen stellte und Aussagen paraphrasierte, um sicherzustellen, dass diese richtig verstanden wurden. Dieser Schritt diente zur Validierung der Erhebung. Als Orientierung diente der Interviewerin dabei der Interviewleitfaden, wobei sie die Reihenfolge der Fragen beliebig verändern und dadurch auf individuelle Zusammenhänge eingehen konnte.

Zum anderen wurde eine Protokollantin benötigt, die das ganze Interview zeitgleich elektronisch erfasste und dabei die Gelegenheit hatte, bei Unklarheiten nachzufragen. Durch das zeitgleiche Protokollieren konnten Paraphrasen gebildet und dementsprechend die erste Reduktion für die Interviewauswertung erreicht werden. Um sicher zu stellen, dass alle wichtigen Inhalte erfasst wurden, wurden alle Interviews mit Tonband aufgezeichnet. Dies ermöglichte eine erneute Prüfung der Protokolle auf deren Vollständigkeit.

Interviewauswertung

Für die Analyse der Interviews wurde die Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angewendet. Diese hat zum Ziel, die Interpretation von Texten durch Regeln beschreibbar und überprüfbar zu machen (Mayring, 2010). Ein Merkmal dieser Analysetechnik ist der kommunikationswissenschaftliche Bezugsrahmen. Um die Interpretierbarkeit des Textes zu kennen und den Kontext in die Analyse einzubeziehen, muss als erstes eine Prüfung des Ausgangsmaterials stattfinden. Dafür wird das zu interpretierende Material festgelegt, die Entstehungssituation analysiert und formale Charakteristika des Materials bestimmt (Mayring, 2015). So können Aussagen über die interviewten Personen mit ihrem soziokulturellen Hintergrund, die Adressaten des Textes und auch über die Inhaltsanalytiker selber getroffen werden (Mayring, 2010).

Als passende Analysetechnik wurde die Zusammenfassung gewählt. Deren Ziel es ist, das Material so zu reduzieren, dass eine überschaubare Datenmenge produziert wird, die aber immer noch die wesentlichen Inhalte des Grundmaterials abbildet (Mayring,

2015). Durch das Protokollieren während der Interviews konnten Paraphrasen gebildet werden, die sich auf inhaltstragende Textbestandteile beschränkten. Zur Generalisierung wurden die Paraphrasen grösstenteils verallgemeinert. Bereits sehr allgemein gefasste Aussagen konnten belassen werden. Als Beispiel „Ich denke, wie den Frauen die Infos abgegeben werden und was mit ihnen passiert, stellt einen sehr zentralen Punkt dar“ wurde zu „Art der Information ist ein zentraler Punkt“ generalisiert. Nichtsaussagende Paraphrasen wurden weggelassen. Die entstandenen Aspekte wurden durch die Bildung von Kategorien zusammengetragen. Es erfolgte eine induktive Kategoriendefinition. Unter den jeweiligen Kategorien konnten dazugehörige Aspekte zusammengetragen werden. Dieser Schritt ermöglicht eine Bündelung von verstreuten, sich aufeinander beziehenden Aussagen im Text. Bis zum Zeitpunkt, als nur noch wenige neue Kategorien entstanden, wurde die Analyse von den Autorinnen gemeinsam durchgeführt. Nachdem die Kategorien gemeinsam revidiert worden waren, wurden die restlichen 12 Interviews jeweils nur durch eine Autorin kategorisiert. Am Schluss der ersten Reduktion fanden eine gemeinsame Kategorienüberprüfung sowie ein Kategorienabgleich statt. So entstanden bei der ersten Reduktion 27 Kategorien. Dadurch, dass einige Interviewpassagen von der zweiten Autorin ebenfalls kategorisiert und anschliessend gemeinsam abgeglichen wurden, konnte die Inter-Koderreliabilität gesichert werden. Auch Textstellen, die von einer Autorin nicht eindeutig kategorisiert werden konnten, wurden gemeinsam besprochen (Mayring, 2010).

Die entstandenen Kategorien wurden in einem zweiten Reduktionsschritt in fünf Hauptkategorien und 19 Kategorien eingeteilt. Um sicher zu stellen, dass die gebildeten Kategorien das Grundmaterial repräsentieren, wurden einzelne Textabschnitte ohne Berücksichtigung der erfolgten Kategorieneinteilung überarbeitet, wodurch die Intra-Koderreliabilität überprüft werden konnte (Mayring, 2010).

Vergleich Ist-Soll Zustand

Die Ergebnisse aus dem Literaturreview stellen einen Soll-Zustand in der Beratung und der bedürfnisorientierten Betreuung von Frauen mit BEL dar. Durch die Interviews wird ein Einblick in den Ist-Zustand im BS sowie die Chancen und Herausforderungen in der Durchführung der BEL-Geburten generiert. Der Vergleich des Ist- und des Soll-Zustands soll Veränderungsbedarf aufdecken und eine Empfehlung für die Praxis ermöglichen.

Forschungs- und Praxisethik

Jede Forschung unter Einbezug von Menschen sollte in Übereinstimmung mit den geltenden ethischen Anforderungen stattfinden. Das Literaturreview und die Praxiserhe-

bung orientieren sich an den forschungsethischen Prinzipien „Respekt vor dem Individuum“, „Gutes tun, nicht schaden“ und „Gerechtigkeit“, die unter Einbezug von „in Beziehung arbeiten“ auch die Prinzipien der Praxisethik bilden (Council for International Organizations of Medical Science (CIOMS, 2002) sowie Beauchamp & Childress, 2001). Diese spielt für das Aufzeigen des Handlungsplanes und die Erstellung von Verbesserungsmöglichkeiten eine wichtige Rolle.

Respekt vor dem Individuum definiert sich dadurch, dass die persönliche Autonomie und Selbstbestimmung respektiert und Menschen mit eingeschränkter Autonomie vor Benachteiligung und Missbrauch geschützt werden (CIOMS, 2002).

Die Teilnahme am Forschungsprojekt war für die Probandinnen und Probanden aller analysierten Studien und der vorliegenden Praxiserhebung freiwillig und erfolgte mit einer informierten Einwilligung. Bei der Praxiserhebung wurden alle Befragten schriftlich über die Möglichkeit, das Interview jederzeit zu beenden, informiert. Die Daten wurden zudem vollständig anonymisiert und vertraulich behandelt. Für die Definition des Handlungsbedarfs ist es zentral, dass betroffene Personen partizipieren können (Beauchampe & Childress, 2001). Deshalb wurden die Befragten nach ihren Verbesserungswünschen gefragt.

Nutzen durch Forschung wird dann generiert, wenn das Forschungsrisiko in einem sinnvollen Verhältnis zum erwarteten Profit steht. Dies bedingt, dass die Forschenden kompetent sind, die Forschung durchzuführen und für das Wohl der Forschungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu sorgen.

Gerechtigkeit bezeichnet die ethische Verpflichtung, jede Person nach moralisch korrekten Vorstellungen zu behandeln. Last und Nutzen der Forschung muss, mit Ausnahme von moralisch relevanten Unterschieden zwischen Personen, gerecht verteilt werden. Besondere Anstrengungen müssen unternommen werden, um vulnerable Personen, bspw. mit mangelnder Möglichkeit, eigene Interessen zu vertreten oder alternative Betreuung zu erhalten, zu schützen (CIOMS, 2002).

Die Praxiserhebung konzentrierte sich auf Fachpersonen und schliesst von der Thematik betroffene Frauen als vulnerable Personen aus. Das Vorgehen ist nicht-interventionell gewählt, sondern dient der Qualitätsentwicklung und musste somit nicht durch eine Ethikkommission geprüft werden (Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, 2011, 2014). Bei der Formulierung der Empfehlungen für die Praxis wurde Wert auf eine konstruktive Formulierung gelegt, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht. Während des ganzen Arbeitsprozesses bestanden keinerlei finanzielle Interessen oder andere Interessenskonflikte.

4 Ergebnisse

Im Literaturreview werden die Präferenzen der Frauen bzgl. Geburtsmodus dargestellt, deren Erlebnisse beleuchtet und die Bedürfnisse in der Unterstützung bei der Wahl des Geburtsmodus beschrieben. Durch die pragmatische Analyse spitalinterner Richtlinien und Informationsblätter sowie die Befragung der Mitarbeitenden kann die Situation in der Praxis dargestellt werden. Als Essenz der beiden Erhebungsteile ergab sich die Ableitung von Verbesserungspotential anhand eines Ist-Soll-Vergleichs.

4.1 Ergebnisse Literaturreview

Die elektronische Suche nach Reviews sowie qualitativen und quantitativen Studien in drei verschiedenen Datenbanken ergab insgesamt 1'907 Treffer (Suchprotokoll im Anhang). Davon wurden 110 Titel als möglicherweise passend eingeschätzt und aufgrund dieser die Abstracts gelesen. Nach Kontrolle der Ein- und Ausschlusskriterien anhand der Abstracts wurden 19 Studien als themennah beurteilt. Die entsprechenden Volltexte wurden gesucht und anhand dieser sieben Studien ausgewählt, die den Forschungsfragen dieser Arbeit entsprechen.

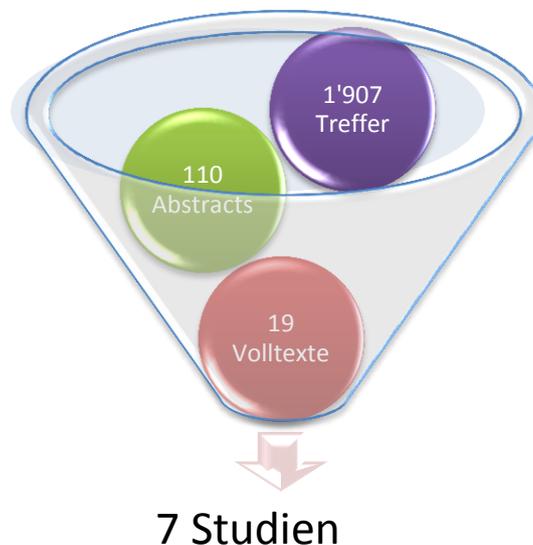


Abbildung 2: Übersicht Literatursuche

Für die Literaturanalyse wurden schliesslich vier qualitative Studien, die sich vorwiegend mit den Bedürfnissen der Frauen nach der Diagnose der BEL und deren Erleben des Entscheidungsprozesses für einen Geburtsmodus befassen, ausgewählt.

Guittier et al. (2010) untersuchten das Erleben der Frauen mit Kind in BEL und wie sie dabei den Entscheidungsprozess empfanden. 2015 beschäftigten sich Catling et al. damit, wie erfahrene Kliniker den Entscheidungsprozess erleichtern. Homer et al. er-

forschten mit ihrer qualitativen Studie (2015) die Erfahrungen von Frauen mit Kind in BEL, die sich eine SPG wünschen, und lassen die Problematik der lückenhaften Wahlfreiheit und des Widerstand, den Frauen z.T. leisten müssen, um gegen den Druck der Gesellschaft, spontan gebären zu können, sichtbar werden. Die Präferenz und Motivation für eine SPG bzw. SC und persönliche sowie soziale Einflussfaktoren wurden von Liu et al. 2013 untersucht.

Des Weiteren wurden drei quantitative Studien, die einerseits die Präferenzen der Frauen für einen Geburtsmodus mit entsprechender Gewichtung der Risiken und andererseits die Anwendung einer Entscheidungshilfe beinhalten. Die retrospektive Beobachtungsstudie von Glaso, Sandstand und Vanky (2013) trifft neben den Faktoren und Umständen, welche die Wahl beeinflussen, auch Aussagen über die Zufriedenheit und das Erleben der Frauen, die ihr Kind in BEL geboren hatten. Kok et al. (2008) erforschten mittels einer quasiexperimentellen Querschnittstudie, welcher Geburtsmodus bei BEL bevorzugt wird und wie mütterliche bzw. kindliche Kurz- und Langzeitrisiken die Wahl beeinflussen. Durch eine randomisierte kontrollierte Studie zeigten Nassar et al. (2007), wie effizient die untersuchte Entscheidungshilfe zur informierten Entscheidung beitragen kann.

In der nachfolgenden Tabelle werden die Fragestellungen, Samples, Methoden und die relevanten Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 3: Ergebnisse qualitativer Studien

Autoren Jahr	Fragestellung	Design	Population Sample	Methode/ Intervention	Relevante Ergebnisse
Guittier et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben der Frauen deren Kinder sich in BEL befinden • Erfahrungen der Frauen im Entscheidungsprozess des Geburtsmodus 	Qualitatives Design	Fünf Erst- und sieben Mehrgebärende Frauen wovon neun eine SC und drei eine SPG anstrebten	Halbstrukturierte Leitfadeninterviews, Transkription, thematische Inhaltsanalyse, Kategorisierung der Transkripte durch MAXQda 2007	<p>Eine unvermeidbare emotionale Reaktion der Frauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung auf eine Wendung des Kindes • Suche nach Unterstützung im Umfeld • SPG als wichtige Lebenserfahrung • Akzeptanz von BEL durch Sinnggebung der kindlichen Lage • Akzeptanz der SC durch rationalisieren <p>Ein irrationaler Entscheidungsprozess</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfindung als komplexer Vorgang mit vielen Einflussfaktoren (intra- und extrapersonelle Faktoren) • Gewichtung von Risiken abhängig von den intra- und extrapersonellen Faktoren • Angst vor der Operation und der Separierung nach der Geburt, oft Zweifel und Unsicherheit <p>Verbesserungsbedarf in der Unterstützung des Entscheidungsmomentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfindung = grosse Herausforderung = Bedürfnis nach Unterstützung → mehr Austausch mit dem Fachpersonal und mehr Respekt gegenüber der Auffassungsweisen und Werten der Frauen • Mehr Zeit zwischen Info & Entscheid • Wahrnehmung einer Tendenz zur SC der beratenden Fachpersonen • Individuelle Fragen der Frauen werden oft durch schematische Aufklärungsarbeit der Fachpersonen nicht beantwortet • Informationen der Ärzteschaft und der Hebammen ergänzen sich komplementär
Cateling et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützende Faktoren für den Entscheidungsprozess schwangerer Frauen 	Deskriptiv qualitatives Design	Fünf Geburtshelferinnen / Geburtshelfer und vier Hebammen wovon alle Erfahrung im Umgang mit	Halbstrukturierte Leitfadeninterviews, Transkription, Kodierung	<p>Diskussion aufgreifen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit eine Strategie zur Abklärung des aktuellen Wissensstandes und der Gefühlswelt der Frau zu Gesprächsbeginn

	mit BEL bzgl. äW und Geburtsmodus aus Sicht erfahrener Fachpersonen		BEL haben (in den letzten 5 Jahren Betreuung einer Frau in der Entscheidungsfindung zum Geburtsmodus)	durch eine Forschungs-person, Diskussion/ Themenfindung im Forschungs-team	<ul style="list-style-type: none"> • Normalisierung von BEL & individuelle, bedürfnisgerechte Beratung, angepasst an die Wünsche der Frau • Anforderungen an die Beratung sind: Herausfinden was das Beste für die Frau ist, Risiken in einer zugänglichen Art und Weise erklären und Informationen angepasst an die medizinische und geburtshilfliche Situation abgeben. <p>Diskussion über Sicherheit und Risiken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den Frauen beim ersten Treffen von der Studienlage berichten • Risiken möglichst verständlich darstellen • Postnatale Traumata bei SPG thematisieren: Sicherheitsmassnahmen in diesem Zusammenhang vorstellen • Pro und Kontra der SPG sowie der SC ausgleichend thematisieren • Respekt vor der Entscheidung der Frau/des Paares haben <p>Ruhig sein / Ruhe ausstrahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruhe ausstrahlen in der Betreuung, Situation nicht dramatisieren • den Familien Zeit lassen für ihre Entscheidung, Zeit haben für die Beratung • Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Fachpersonen bei Unsicherheit & Fragen bzgl. Entscheidungsfindung <p>Kontinuität in der Betreuung bieten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Kliniker berichten von der Wichtigkeit der kontinuierlichen Betreuung der Frauen = fundamentales Element um den Frauen die bestmögliche Chance auf eine SPG zu ermöglichen
Homer et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben und Erfahrungen schwangerer Frauen mit BEL die sich eine SPG wünschen 	Deskriptives qualitatives Design	22 Frauen (dreiviertel Erstgebärende) die in den letzten sieben Jahren eine SPG bei BEL angestrebt hatten (unabhängig vom Geburtsmo-	Halb-Strukturierte Leitfadenterviews, Transkription durch externe Firma,	<p>Reaktion auf einen Mangel an Wahlfreiheit und Kontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust der Wahlfreiheit bzgl. Geburtsort & Geburtsmodus wegen „Diagnose“ BEL • Emotionale und physische Stresssymptome • Entschluss fassen für die SPG zu kämpfen

			<p>du)</p> <p>induktive Themenfindung durch Forschungsgruppe</p>	<p>wenn SC als einzige Option dargestellt wird</p> <p>Bedürfnis vertrauenswürdige Informationen zu erhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlangen nach individueller, neutraler und situationsangepasster Information • Oft Mangel an Informationen über ihre Möglichkeiten • Starke Tendenz der Fachpersonen zur SC ohne Berücksichtigung der individuellen Situation der Frauen • Frauen schätzen die Diskussion mit Fachpersonen im Entscheidungsprozess • Hilfreich wenn Informationen ohne das Auslösen von Angst präsentiert werden <p>Suche nach Unterstützung für die Durchführung einer SPG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grosse Herausforderung sich gegen den Druck des Gesundheitssystems zu bewegen • Oft ein Wechsel des Geburtsortes nötig bei Wunsch nach SPG • Unterstützung in ihrer Entscheidung zur SPG bestärkt die Frauen in deren Planung • Wichtigkeit für die Frauen die BEL zu normalisieren <p>Die Wichtigkeit eine SPG versuchen zu können</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPG als Urbedürfnis das ein Teil des Fraus-eins darstellt. • Möglichkeit der SPG gibt Kontrollgefühl über eigene Schwangerschaft zurück • Die Teilnehmerinnen bewerteten den Versuch einer SPG als weniger riskant als eine geplante SC oder fühlten instinktiv, dass sie es versuchen sollten und waren froh darüber dies zu tun 	
<p>Liu et al. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Präferenz und Motivation bezgl. des Geburtsmodus • Persönliche und soziale Faktoren die die Präferenz beeinflussen 	<p>Qualitatives Design</p>	<p>29 argentinische Frauen vor ihrer ersten Geburt nach der 32. SSW.</p>	<p>Vier Fokusgruppensitzungen und 12 Tiefeninterviews</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen sahen die SPG als natürlich und normal an, SC wurde primär als medizinische Intervention im Falle von Komplikationen bewertet. • Optimale Geburt stellten sie sich als vaginal mit schnellem Ende, kontrollierten Schmerzen

					<p>und begrenztem Leiden vor. Die Vorstellung enthielt Entspannung, Kontrolle, Begleitung durch den Partner und den sofortigen Kontakt mit dem Neugeborenen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Vorteile gegenüber SC sahen Frauen bei der SPG die Möglichkeit sich direkt nach der Geburt um das Neugeborene zu kümmern, eine aktivere Rolle im Geburtsprozess, Gefühl der Geburt, mehr Emotionen, Erhalt der Autonomie sowie grössere Stillfolge. • Nachteile der SPG: längere Geburtsdauer dadurch längerer Schmerz, Erschöpfung, Episiotomenaht, spätere Gesundheitsprobleme, Verschlechterung des Sexuallebens, psychischer Stress aufgrund des Unbekannten weniger Kontrolle über Zeitpunkt und Schmerz, Angst nicht fähig zu sein, traumatischer für das Neugeborene.
--	--	--	--	--	--

Tabelle 4: Ergebnisse quantitativer Studien

Autoren Jahr	Fragestellung	Design	Population / Sample	Methode / Intervention	Relevante Ergebnisse
Glaso et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Faktoren und Umstände welche die Wahl des Geburtsmodus beeinflussen • Zufriedenheit der Frauen nach SPG bei BEL • Erfahrungen der Frauen mit BEL 	Quantitatives Design: Retrospektive nicht-experimentelle Querschnittstudie	299 Frauen mit einer Einlings-schwangerschaft in BEL nach der 37 0/7 SSW, für die eine SPG aus medizinischer Sicht als möglich und sicher angesehen wurde	Fragebogen, Analyse der Daten des Patientendossier, statistische Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen die sich für eine SPG entschieden waren im Vergleich zu Frauen mit einer elektiven SC: jünger und häufiger Nulliparas. Sie hatten kleinere Babys, eine positivere Meinung gegenüber BEL zum Diagnosezeitpunkt und erfragten seltener Rat von nicht-Fachpersonen. • Die Entscheidung zum Geburtsmodus empfanden die Frauen mit SPG seltener als ihre eigene, was direkt in die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis einfluss.
Kok et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Präferenzen werden der Eltern bezüglich Geburtsmodus • Wertung & Miteinbezug von Kurz- und Langzeitriskiken der 	Quantitatives Design: Quasi-experimentelle Querschnittstudie	40 Frauen mit Kind in BEL nach der 36. SSW 40 Frauen mit Kind in Schädellage als Kontrollgruppe & 27 anwesende Väter	Strukturiertes Interview, Ermittlung der Gewichtung einzelner Risiken durch eine fünf-Punkte-Skala, statistische	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund des anfänglich beschriebenen Szenarios, basierend auf den Risikohäufigkeiten der TBT-Studie, bevorzugten 65% der Befragten eine SC. • Am meisten gewichtet wurde das kindliche zwei-Jahres Outcome.

	Neugeborenen im Entscheidungsprozess um den Geburtsmodus			Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> Als wichtigstes Argument für den Wechsel der Präferenz des Geburtsmodus wurde „sicherster Weg für das Baby“ und „Angst vor behindertem Kind“ genannt.
Nassar et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> Effektivität von Entscheidungshilfen für Frauen mit Kind in BEL am Termin hinsichtlich äW 	Quantitatives Design: Randomisierte kontrollierte Studie	200 schwangere Frauen mit der Diagnose BEL nach der 34. SSW die sich klinisch für eine äW eigneten und keine absolute SC-Indikation hatten. Sie wurden randomisiert in eine Entscheidungshilfe-Gruppe (EHG) und eine Kontrollgruppe (KG) verteilt.	Baseline-Fragebogen, Follow-up Fragebogen nach der Besprechung der Entscheidungshilfe (EH) und drei Monate postpartum, statistische Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> Nach der Anwendung der EH: Die EHG zeigte im Vergleich zur KG ein signifikant grösseres Wissen zur äW, geringere Entscheidungskonflikte und klarere Werte. Sie fühlten sich besser informiert und unterstützt und deshalb sicherer in ihrer Entscheidung. Drei Monate postpartum: aus der EHG sagten 90% rückblickend aus, genügend Informationen erhalten zu haben. Acht Prozent hätten rückblickend eine andere Entscheidung getroffen (gegenüber 19% der KG). Frauen aus der EHG waren häufiger zufrieden mit ihrer Entscheidung und dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Die meisten Frauen gaben an, eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen zu wollen. Bezüglich Ängsten gab es keinen Unterschied.

Um die Aussagekraft der Studien beurteilen zu können, wurden sie auf ihre Qualität geprüft. Die Studien weisen mehrheitlich Stärken in der Benennung von Limitationen, in der Erstellung eines realen Settings und im Einbezug einer Ethikkommission auf. Die quantitativen Studien weisen geringe Risiken für Detection- und Attrition-Bias auf. Als Schwächen zeigten sich wiederholt die ungenügende Reflexion der Subjektivität sowie die ungenügende Beschreibung der Datenerhebung und -analyse. Nachfolgend sind die Stärke-Schwäche-Profile aller Studien dargestellt.

Tabelle 5: Stärke-Schwäche-Profil

Autoren Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenzstärke
Guittier et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> Intersubjektive Nachvollziehbarkeit gegeben Soziodemographische Charakteristika der Studienteilnehmerinnen tabellarisch dargestellt 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Begründung der Wahl des Designs Limitationen ungenügend beschrieben 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsinstrument = Interviewleitfaden dargestellt • Transparenz in der Darstellung der Ergebnisse • Genehmigung durch Ethikkommission • Teilnehmende konnten Ort der Befragung selber wählen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflektierte Subjektivität nicht vorhanden • Beziehung der Interviewenden zu den Teilnehmerinnen nicht beschrieben • Keine Berücksichtigung widersprüchlicher Aspekte in den Ergebnissen 	
Cateling et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Begründete Wahl des Designs • Samplingstrategie begründet • Interpretation der Daten im Forschungsteam • Limitationen werden genannt • Genehmigung durch Ethikkommission • Folgen für die Praxis in Form einer Empfehlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung und -analyse nur ansatzweise beschrieben • Setting der Interviewdurchführung nicht beschrieben (Performance-bias möglich) • Ungenügende Angaben zu den Forschenden • Keine Einsicht in das Erhebungsinstrument • Transkriptionsregeln nicht erwähnt 	
Homer et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Begründete, nachvollziehbare Wahl des Designs • Intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens gegeben • Erhebungsinstrument ersichtlich • Bildliche Darstellung der Ergebnisse • Induktiver Ansatz der Themenbildung aus den Daten begründet und erklärt • Limitationen aufgelistet • Reflexion über Subjektivität der Forschenden vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Aussagen über möglich gegensätzliche Ergebnisse • Mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch interviewende Personen • Nicht ersichtlich ob Lösungsansätze implementiert oder überprüft werden können • Kein weiterer Forschungsbedarf erwähnt 	
Liu et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Samplingstrategie ausreichend beschrieben • Textbelege für jede Ergebniskategorie einbezogen • Limitationen sind beschrieben • Anwendbarkeit der Ergebnisse beschrieben • Aussagen, die von der allgemeinen Meinung abweichen sind wurden genannt und mit Textbelegen illustriert 	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsansatz nicht beschrieben • Transkriptionsregeln und Analyseverfahren nicht benannt • Keine Überprüfung der Datenanalyse beschrieben, keine kommunikative Validierung • Erhebungsmethode ungenügend, Erhebungskontext nicht beschrieben • Umgang mit Problemen wurde nicht beschrieben • Keine Beschreibung der analytischen Induktion • Persönliche Vorannahmen der Forscher sind nicht deklariert 	
Glaso et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Geringes Risiko für Detection-Bias • Geringes Risiko für Attrition-Bias • Interpretationen in der Diskussion wurden als solche deklariert und mit Literatur gestützt • Grosse Stichprobe • Reales Setting • Ergebnisse werden durch andere Studien gestützt 	<ul style="list-style-type: none"> • Retrospektives Design • Recall-Bias: Geburten lagen bis 5 Jahre zurück • Performance-Bias: keine Verblindung • Störfaktoren: Einfluss von psychosozialen Faktoren auf die Zufriedenheit wurde nicht ermittelt • Fragebogen nicht ersichtlich 	III

	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse sind in Realität anwendbar • Ethikkommission einbezogen 		
Kok et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Geringes Risiko für Detection-Bias • Geringes Risiko für Attrition-Bias • Objektivität durch fehlenden Kontakt zwischen Forschenden und Probandinnen gewährleistet • Validität des Fragebogens gegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko für zukünftige reproduktive Gesundheit wurde nicht einbezogen, hätte aber möglicherweise einen Einfluss auf die Präferenz • Baseline-Risiken basieren auf Ergebnissen des TBT (sind umstritten) • Unpassende Kontrollgruppe • Risikovariation ist unrealistisch • Einbezug der Ethikkommission nicht beschrieben 	IV
Nassar et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Selection-Bias durch Randomisierung • Geringes Risiko für Detection-Bias • Geringes Risiko für Attrition-Bias • Geringes Risiko für Performance-Bias • Reale Situation • Ethikkommission einbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu kleine Stichprobenzahl um Unterschiede zwischen verschiedenen mütterlichen Einflussfaktoren zu identifizieren • Aufwändige Entscheidungshilfe als Hindernis für die Anwendung 	I

Ausgeschlossene Literatur

12 gelesene Volltexte wurden nach deren Sichtung als nicht geeignet bewertet und aus dem Literaturreview ausgeschlossen. Vier der Arbeiten untersuchten zwar die Begleitung von schwangeren Frauen im Entscheidungsprozess um den Geburtsmodus, bezogen sich jedoch auf Frauen mit vorangehender SC (Montgomery et al., 2007). Ein Review (Nassar et al., 2006) sowie eine retrospektive Studie (Lagrange et al., 2007) wurden verworfen, weil sie sich vorwiegend mit neonatalen Outcomes nach einer äW sowie den Outcomes nach den unterschiedlichen Geburtsmodi beschäftigten. Zu wenig Korrelation zur eigenen Fragestellung wurde zudem in den Arbeiten von Stacey et al. (2014) und Abhyankar et al. (2012) mit dem Fokus Wirksamkeit von decision-aids gefunden. Drei weitere Reviews (Kingdon, Baker & Lavender, 2016; Downe et al. (2015) und Say, Robson & Thomson, 2011) beschäftigen sich mit den Bedürfnissen und Ansichten von Frauen während der Schwangerschaft und bezüglich Geburtsmodus. Der Fokus auf die Situation bei BEL bestand jedoch nicht. Das Review von Niino 2011 mit der Thematik der ständig steigenden SC-Rate verfehlte die Thematik dieser Arbeit und wurde daher ausgeschlossen.

Tabelle 6: Ausgeschlossene Studien

Autorenschaft und Jahr	Titel	Methoden	Ausschlussgrund
Nassar et al., 2006	Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term	Review	Korreliert zu wenig mit eigener Fragestellung
Stacey et al., 2014	Decision aids for people facing health treatment or screening decisions	Review	Korreliert zu wenig mit eigener Fragestellung
Say et al., 2011	Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics	Review	Fokus zu breit gefächert
Montgomery et al., 2007	Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial	Randomisierte kontrollierte Studie	Zu spezifische Fragestellung (Entscheidungsfindung bei vorgängiger SC)
Emmett et al., 2011	Preferences for mode of delivery after previous caesarean section: what do women want, who do they get and how do they value outcomes?	Observationale longitudinale Studie	Korreliert zu wenig mit der eigenen Fragestellung (Entscheidungsfindung bei vorgängiger SC)
Kingdon et al., 2006	Systematic Review of Nulliparous Women's Views of planned cesarean Birth: The Missing Component in the Debate about a Term Cephalic Trial	Review	Korreliert zu wenig mit der eigenen Fragestellung (Bezug zur Schädellage)
Niino, 2011	The increasing caesarean rate globally and what we can do about it	Review	Korreliert zu wenig mit der eigenen Fragestellung
Abhyankar et al., 2013	Balancing the presentation of information and options in patient decision aids: an update review	Review	Korreliert zu wenig mit der eigenen Fragestellung (Fokus: allgemein auf Entscheidungshilfen)
Lagrange et al., 2007	Breech presentation and vaginal delivery: evolution of acceptability of obstetricians and patients	Retrospektive Studie	Fokus zu sehr auf neonatale Outcomes ausgerichtet
Frost et al., 2009	Women's view on the use of decision aids for decision making about the mode of delivery following a previous caesarean section: qualitative interview study	Qualitatives Studiendesign	Fokus auf Frauen im Entscheidungsprozess nach vorangehender SC gelegt
Downe et al., 2015	What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women	Review	Korreliert zu wenig mit der eigenen Fragestellung
Horey et al., 2013	Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean	Review	Fokus auf Frauen mit vorangehender SC gelegt

Ergebnisse der Literaturanalyse

Die Ergebnisse der Literaturanalyse lassen sich anhand der folgenden fünf Aspekte darstellen: „Bedürfnis nach SPG und Entscheidungsgrundlagen zum Geburtsmodus“, „Bedürfnisse der Frau in der Entscheidungsfindung“, „Unterstützungsmöglichkeiten für eine informierte Wahl“, „Hindernisse und Lücken in der freien Wahl“ und „Einfluss der Haltung der Fachpersonen auf die Entscheidungsfindung der Frau“.

Bedürfnis nach SPG und Entscheidungsgrundlagen zum Geburtsmodus

Sowohl Liu et al. (2013) als auch Homer et al. (2015) stellten fest, dass die SPG von schwangeren Frauen als normal und natürlich angesehen wird, während dem die SC als medizinische Intervention im Falle von Komplikationen betrachtet wird. Das Verlangen nach einer SPG beschrieben die Frauen mit BEL, die sich eine SPG wünschten, als eine wichtige Lebenserfahrung, ein Urbedürfnis und als wichtige Prüfung ihrer Weiblichkeit. Diese Frauen erlebten eine schmerzliche Enttäuschung mit ausgeprägten emotionalen und physischen Stresssymptomen, wenn die Möglichkeit der SPG in Frage gestellt wurde (Homer et al., 2015 & Guittier et al., 2010).

Die aktive Rolle im Geburtsprozess verbunden mit mehr Autonomie, das Gefühl der Geburt, das mehr Emotionen mit sich bringt, die Möglichkeit, sich direkt nach der Geburt um das Neugeborene zu kümmern sowie bessere Stillserfolge wurden als relevante Vorteile im Zusammenhang mit der SPG genannt (Liu et al., 2013 & Guittier et al., 2010). Als Nachteile der SPG gegenüber der SC beschrieben wurden hingegen die Angst vor dem Unbekannten, die längere Geburtsdauer und der länger anhaltende Schmerz, Erschöpfung, Episiotomienähte, die Beeinträchtigung des Sexuallebens, Kontrollverlust sowie die Angst, nicht fähig zu sein.

Die perfekte Geburt beschrieben die Frauen ohne BEL als vaginal mit kontrollierten Schmerzen und einem schnellen Ende. Dabei wünschten sie sich entspannt zu sein und von ihrem Partner begleitet zu werden (Liu et al., 2013). Wenn die Frauen anhand der aus der TBT resultierenden Risiken aufgeklärt wurden, bevorzugten 65% von ihnen eine SC (Kok et al., 2008). Am meisten gewichtet wurden dabei die genannten zwei-Jahres-Outcomes. Daraus ergab sich auch, dass die meistgenannten Argumente, mit denen die Präferenz des Geburtsmodus begründet wurde, der „sicherste Weg für das Baby“ und die „Angst vor einem behinderten Kind“ waren.

Glaso et al., (2013) erkannten, dass eher jüngere Frauen mit einer bereits zum Diagnosezeitpunkt positiveren Haltung zu BEL sich eine SPG wünschten. Auch Nulliparität und ein tieferes Geburtsgewicht schienen eher zum Wunsch nach SPG beizutragen. Frauen, die sich für eine SPG entschieden, fragten in ihrem Umfeld weniger häufig

nach Rat. Guittier et al. (2010) fanden zudem heraus, dass die Präferenz des Geburtsmodus von zahlreichen intra- und extrapersonellen Faktoren abhängig ist. So nehmen intrapersonellen Faktoren wie die Überzeugungen der Frauen von ihrer eigenen physischen und psychischen Konstitution einen Einfluss auf die Geburtswahl. Dazu gehören des Weiteren die eigene Lebensgeschichte sowie die analytische und emotionale Sensitivität der Frau. Stressoren durch die geburtshilfliche Situation, durch die klinische Entscheidungsfindung, durch die gelieferten medizinischen Informationen und durch Erfahrungsberichte aus dem sozialen Umfeld beschreiben die extrapersonellen Faktoren.

Bedürfnisse der Frau in der Entscheidungsfindung

Die Studie von Guittier et al. (2010) zeigt, dass Frauen am Termin mit BEL einen irrationalen Entscheidungsprozess erleben, der oft von Unsicherheit, Zweifel und Angst begleitet wird. Die Entscheidungsfindung wird von den Frauen als grosse Herausforderung empfunden, die den Bedarf nach Unterstützung aufgedeckt hat. Guittier et al. (2010) fanden heraus, dass sich Frauen mehr Austausch mit den medizinischen Fachpersonen wünschen, dass ihnen mehr Respekt gegenüber ihren Werten und Vorstellungen entgegengebracht wird und ihnen genügend Zeit zwischen der Informationsvermittlung und ihrer Entscheidung ermöglicht wird. Zudem wollen die meisten Frauen eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen (Nassar et al., 2007). Dies belegen ebenfalls Homer et al. (2015) mit den Ergebnissen, dass Frauen eine Diskussion und einen gegenseitigen Austausch mit Fachpersonen auf Augenhöhe schätzen. Des Weiteren wird das Bedürfnis der Frauen nach Normalisierung der BEL durch Fachpersonen und das Verlangen nach individueller, neutraler und situationsangepasster Information genannt (Homer et al. 2015 & Cateling et al. 2015). Das Gefühl, den Geburtsmodus nicht selber gewählt zu haben, beeinträchtigt direkt die Zufriedenheit der Frauen (Glaso et al., 2013).

Unterstützungsmöglichkeiten für eine informierte Wahl

Nassar et al. (2007) wendeten eine vorbestehende Entscheidungshilfe für die Beratung zur äW an. Dabei wurde Wert auf die gezielte Wissensvermittlung über die Intervention und über eine persistierende BEL gelegt, die auch persönliche Risikofaktoren erklärte. Des Weiteren wurden Übungen zur Verdeutlichung von Werten und Beispiele von Entscheidungsfindungsprozessen einbezogen. Es zeigte sich, dass die Entscheidungshilfe zu einem eindeutigen Anstieg von Wissen und einer Minimierung von Entscheidungskonflikten führte. Die befragten Frauen sagten aus, dass sie sich bzgl. ihrer Entscheidung deutlich sicherer und im Prozess besser unterstützt gefühlt hätten. Auch drei Mo-

nate postpartum bestätigten 90% der Frauen, welche die Entscheidungshilfe genutzt hatten, genügend Informationen zur Verfügung gehabt zu haben. Sie waren zufriedener mit ihrer Entscheidung und dem Erleben von Schwangerschaft und Geburt im Vergleich zu den Frauen mit der Standardbetreuung. Des Weiteren zeigten Cateling et al. (2015) auf, dass erfahrene Kliniker durch das Verwenden einer Strategie, nämlich der Abklärung des Wissensstandes der Frau / des Paares bzgl. SPG bei BEL und SC und deren Gefühlswelt diesbezüglich, einen optimalen Einstieg in ein Beratungsgespräch darstellen. Durch ein neutrales und verständliches Aufzeigen der kontroversen Evidenzlage und das Erklären der Risiken auf eine der Frau möglichst zugänglichen Art und Weise kann die informierte Wahl unterstützt werden. Unterstützt wird dies ebenfalls durch eine ausgeglichene Diskussion über die Vor- und Nachteile von SPG und SC sowie die am Geburtsort vorhandenen Ressourcen (Cateling et al., 2015). Zudem fand die Studie heraus, dass das Vorstellen möglicher, aber äusserst seltener Komplikationen sich eher kontraproduktiv auf die Entscheidungsfähigkeit auswirken. Schliesslich zeigten Guittier et al. 2010 & Cateling et al. 2015 auf, dass sich Informationen durch Hebammen und geburtshilfliche Fachpersonen komplementär ergänzen und durch eine kontinuierliche Betreuung eines identischen Teams die Informierte Wahl unterstützt werden kann.

Hindernisse und Lücken der freien Wahl

Obwohl Frauen aktiv nach Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld suchten, wurden die uneinheitlichen Meinungen und Ratschläge verschiedener Personen als Stressoren empfunden (Guittier et al., 2010). Guittier et al. 2010 stellten zudem fest, dass eine Kluft bestand zwischen der Ansicht der Fachpersonen, eine neutrale Aufklärung durchgeführt zu haben, und dem Empfinden der Frauen zu einer klaren Tendenz für die SC seitens der Informierenden.

Homer et al. (2015) zeigten, dass sich Frauen in der Wahlfreiheit bezüglich Geburtsmodus, Geburtsort sowie geburtsbegleitende Personen benachteiligt fühlten, da sie oft wegen ihres Wunsches nach einer SPG bei BEL ein anderes Spital, in dem das Angebot der SPG besteht, aufsuchen mussten. Des Weiteren wurde ein Gefühl der Frauen, mangelnde Informationen bezüglich der verschiedenen Möglichkeiten (inkl. Vor- und Nachteile) erhalten zu haben, aufgedeckt. Guittier et al. (2010) fanden ausserdem heraus, dass durch medizinisches Fachpersonal vermittelte Informationen oft nicht den eigentlichen Fragen der Frauen entsprachen und diese somit nicht beantwortet werden konnten.

Einfluss der Haltung der Fachpersonen auf die Entscheidungsfindung der Frau

Die erfahrenen Kliniker im Umgang mit BEL waren sich einig, dass eine ruhige Haltung in der Betreuung für die Frauen und die Familien von zentralster Bedeutung ist. Durch ein Normalisieren der Situation und ein Ausstrahlen von Ruhe konnte eine informierte Entscheidung der Frauen überhaupt erst stattfinden (Cateling et al. 2015). Ein ruhiges Verhalten während der Beratung wie auch während der Geburt sowie die Vermittlung des Gefühls betroffenen Frauen/Familien gegenüber, eine Vertrauensperson zu haben, wurden von den Fachpersonen als wichtige Punkte der guten Betreuung eingeschätzt (Cateling et al., 2015). Dem gegenüber stand der Einfluss negativer Haltungen gegenüber SPG bei BEL. Homer et al. (2015) stellten fest, dass Frauen teilweise als beängstigend empfundene Taktiken medizinischer Fachpersonen erlebten, was bei einigen Frauen zu Unsicherheit und Verzweiflung bis hin zum Schock führte. Fachpersonen, die Informationen über Risiken und Vorteile in einer individualisierten und neutralen Art und Weise vermittelten, wurden zudem von den Frauen favorisiert.

4.2 Ergebnisse der Praxisanalyse

Die Ergebnisse der Praxisanalyse ergeben sich einerseits aus der pragmatischen Analyse der schriftlichen Dokumente und andererseits aus der Befragung der Fachpersonen und werden folgend dargestellt.

Evidenz

Im Umgang mit BEL richteten sich die Fachpersonen vor allem nach der Fachliteratur und der hausinternen Richtlinien zur Beratung, äW sowie zur BEL-Geburt.

Die Richtlinie zur BEL-Geburt enthält grundsätzliche Informationen über BEL, Ein- und Ausschlusskriterien für eine SPG sowie das Vorgehen zur Festlegung des Geburtsprozesses in der Schwangerschaft, wozu die präpartale Beratung, Betreuung und Empfehlung zum Geburtsmodus gehört. Zudem wird das Handling der BEL während der Geburt thematisiert, wobei Vorbereitung, Geburtsleitung, Umgang in der Austreibungsphase, mögliche Probleme, Manöver sowie die postpartale Überwachung festgehalten werden. Als Referenzen wurden aktuelle Leitlinien und Fachartikel von wichtigen Fachgesellschaften wie The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada und RANZCOG verwendet. Ausserdem wird auf Weiterbildungsunterlagen des SHVs, Artikel aus Fachzeitschriften und gängige Grundlagenliteratur zurückgegriffen.

Die Richtlinie wurde vor einem Jahr durch ein interprofessionelles Team erarbeitet. Die beteiligten Personen schätzten besonders, dass bei der Entwicklung der Rahmenbestand, z.B. über die geeignetste Geburtsposition zu diskutieren, und sie so die Mög-

lichkeit hatten, sich aktiv in die Erstellung und damit auch in die nun gängige Handhabung einzubringen. Die vorhandene Offenheit, das bisher bekannte Vorgehen zu hinterfragen und durch Diskussion und Fachliteratur begründete Anpassungen vorzunehmen, wird als zentrales Element der guten Zusammenarbeit angesehen. Nach dem Vorstellen der neuen Richtlinie durch die gLP stand die Richtlinie den Mitarbeitenden zum Selbststudium zur Verfügung.

Das Informationsblatt, das den schwangeren Frauen abgegeben wird, enthält Informationen darüber, wann eine SPG angestrebt werden kann, aktuelle Empfehlungen der Literatur sowie Informationen bezüglich Risiken, Massnahmen, die für eine sichere Geburt getroffen werden, und Möglichkeiten, die der Frau zur Unterstützung im Entscheidungsprozess angeboten werden. Das Blatt soll spätestens beim Eintritt zur Geburt unterschrieben dem BS ausgehändigt werden. Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass eine Aufklärung über die Risiken bei einer spontanen BEL-Geburt stattgefunden hat.

Kultur

Die Ergebnisse der Kontextanalyse, welche die Leitung, Erleichterung und Evaluation beinhalten, erschliessen sich aus der Befragung der leitenden Personen Gebärsaal und der gLP. Ergänzend dienen die Befragungen der Mitarbeitenden.

Von den Mitarbeitenden wurde die gute Zusammenarbeit häufig erwähnt. Durch ein langjährig bestehendes Team und eine in vielen Punkten gemeinsame Geburtsphilosophie sowie der offenen Kommunikation wird diese erleichtert. Die Fachpersonen fühlen sich im Team wertgeschätzt und von den erfahreneren Mitarbeitenden sowie den vorgesetzten Personen sehr gut unterstützt, was ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt. Die gute Zusammenarbeit von allen Fachpersonen ist es, ermöglicht eine gute und sichere Betreuung im ganzen Prozess. Dies wird durch den zeitgerechten Einbezug von Anästhesie und Pädiatrie weiter verdeutlicht. Gemeinsame Erfolgserlebnisse wie eine spontane BEL-Geburt fördern den Teamgeist. Auch in weniger zufriedenstellenden Situationen wird offen kommuniziert, womit eine konstruktive Lösungsfindung erreicht werden kann.

Leitung

Die Anwesenheit der gLP im BS ist Bedingung, um eine SPG bei BEL durchzuführen. Während die Frau von der Hebamme bei der Geburt betreut und angeleitet wird, führt die gLP Manöver zur Kindsentwicklung durch, falls diese nötig werden. Die Rollenverteilung im Prozess ist klar, wird jedoch in Absprache je nach Situation angepasst. Im Team wird betont, dass die gLP die tragende Person ist und das Angebot der SPG

durch ihre Pikettbereitschaft und ihren Idealismus ermöglicht. Sie ist eine wichtige Ansprechperson, wenn Fragen oder Unklarheiten auftauchen, und zeigt eine grosse Motivation, ihr Wissen weiter zu geben. Zur Weiterbildung finden praktische Übungen am Phantom oder auch Fallbesprechungen statt. Zudem nutzen einige Mitarbeitende unter anderem Videos im Selbststudium. Intern fand bisher keine Weiterbildung im interdisziplinären Team statt.

Erleichterung

Die befragten Personen empfinden die klaren Abläufe und Auswahlkriterien vor und während einer spontanen BEL-Geburt als sehr hilfreich. Der Umgang mit BEL im BS scheint den Mitarbeitenden Sicherheit zu vermitteln. Fachpersonen werden vorgängig durch eine Notiz im Hebammenzimmer über Klientinnen mit BEL informiert, so dass es bei Geburtsbeginn keine Unklarheiten gibt. Diese Orientierung vereinfacht den Prozess. Zur Verbesserung der eigenen Fähigkeiten besuchen einzelne Mitarbeitende externe Weiterbildungen der Fachverbände zum Thema.

Evaluation

Zwar gibt es im BS regelmässige Fallbesprechungen, bei denen die Mitarbeitenden die Möglichkeit haben Themen vorzuschlagen. Meist werden dort jedoch eher unbefriedigende Fälle besprochen. Nach einer BEL-Geburt findet sehr häufig ein spontaner Austausch unter dem beteiligten Team direkt nach der Geburt statt. Eine geplante Sitzung, bei der alle BEL-Geburten besprochen werden, ist nicht vorgesehen.

Kategorien der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden die Aussagen der Teilnehmenden kategorisiert und in fünf Hauptkategorien (HK) unterteilt: 1. „Situation der Frau aus Sicht der Fachpersonen“, wobei die Wahrnehmung der Fachpersonen über die Erfahrungen der Frau festgehalten wird, 2. „Handhabung der Betreuung“, wobei ersichtlich wird, wie die Entscheidungsfindung zum Geburtsmodus zustande kommt, 3. „Haltungen und Erfahrungen der Fachpersonen“, wobei festgestellt wird, dass ein Bewusstsein der Fachpersonen bezüglich des Einflusses ihrer Haltung auf die Frauen vorhanden ist, 4. „Veränderungsbedarf aus Sicht der Fachpersonen“, wobei verschiedene Wünsche und Bedürfnisse aufgedeckt werden und 5. „Gesellschaftliche Aspekte“, wobei der Einfluss äusserer Aspekte erkennbar wird. Zu den 5 Hauptkategorien konnten 19 Kategorien gebildet und mit zahlreichen Aspekten belegt werden. Die Ergebnisse der Praxisevaluation sind in der Abbildung 3 graphisch dargestellt. Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ist im Anhang (11.4 & 11.5) anhand eines Beispielausschnitts der ersten und zweiten Reduktion ersichtlich.

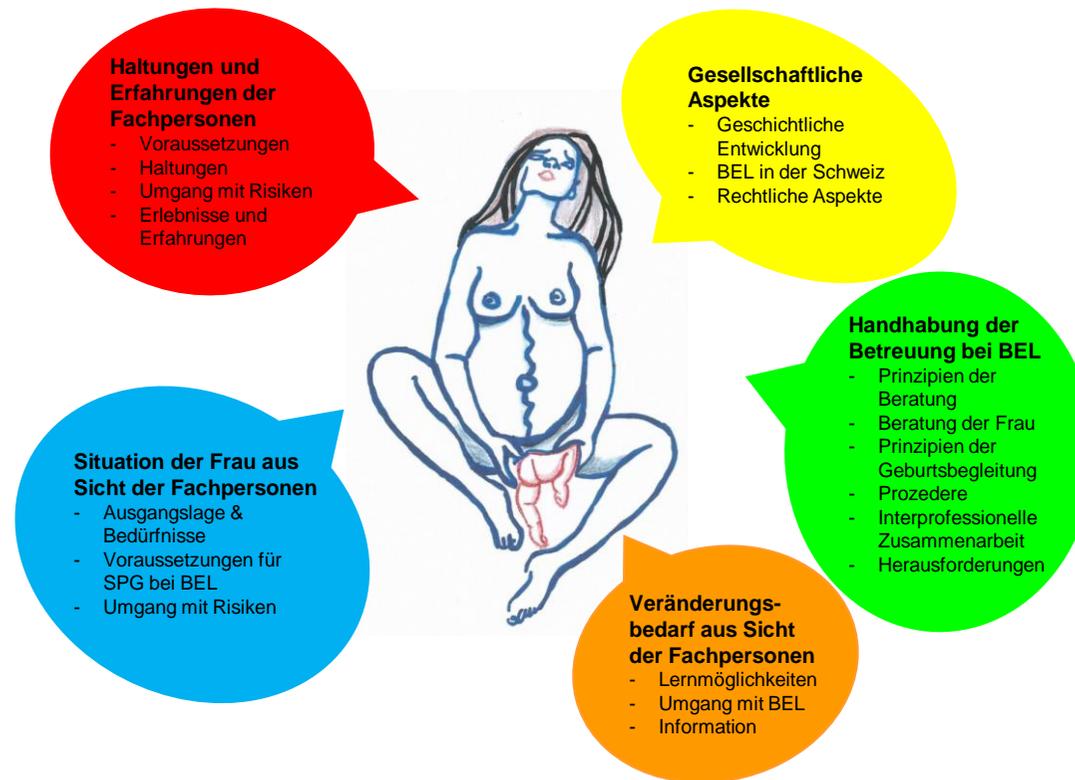


Abbildung 3: Themen und Aspekte die aus Sicht der Fachpersonen einen Einfluss auf die Betreuung von Frauen mit BEL haben

HK: Situation der Frau aus Sicht der Fachpersonen

Aus Sicht der Fachpersonen setzt sich die Situation der Frauen aus verschiedenen Faktoren zusammen. Die Ausgangslage wird durch die Wünsche der Frau, ihrem Wissen und ihrer Haltung, der geburtshilflichen Situation sowie dem sozialen Umfeld und der Kultur, in der die Frau lebt, bestimmt. Die Fachpersonen sind der Meinung, dass all diese Aspekte sowie das Mass an Motivation und Zuversicht seitens der Frau das Erreichen der SPG positiv oder negativ beeinflussen. Es wird zudem festgestellt, dass die Frauen in den Augen der Fachpersonen sehr sicherheitsbedacht im Umgang mit der Wahl des Geburtsmodus sind.

K: Ausgangslage und Bedürfnisse der Frau

Aus Sicht der Fachpersonen verfolgen Frauen, die eine SPG bei BEL anstreben, oft einen starken Herzenswunsch, eine SPG zu erleben. Persönliche Überzeugungen und Charaktereigenschaften der Frauen spielen hierbei eine grundlegende Rolle. Frauen mit klaren Vorstellungen lassen sich in den Augen der Fachpersonen weniger von äusseren Faktoren beeinflussen und sind bereit, aktiv nach einem Spital, das die SPG anbietet, zu suchen. Nicht selten hatten Frauen, die eine SPG anstreben, vorgängig eine Geburt im Geburtshaus geplant. Wenn keine SPG erreicht wurde, erlebten diese Frauen eine einschneidende Enttäuschung. Frauen mit BEL werden aber auch oft als unsicher und unwissend über ihrer Situation erlebt. Zudem berichten einige der Befragten, dass oftmals keine SPG von den Frauen gewünscht wird. Geburtshilflich betrachtet sind Fachpersonen der Meinung, dass für Mehrgebärende nach SPG eine grössere Chance zur SPG besteht. Genannt wird zudem der bedeutende Einfluss des sozialen Umfelds sowie der kulturellen Normen. Wird z.B. die SPG von der eigenen Familie als normal bewertet, entscheidet sich die Frau eher dafür. Die Bedürfnisse der Frauen aus Sicht der Fachpersonen sind es, über BEL und die Möglichkeiten im Spital orientiert zu werden. Wichtig sei den Frauen, dass eine hohe Fachkompetenz der Betreuenden vorhanden ist und, als wichtigster Punkt, dass den Frauen Sicherheit vermittelt wird.

K: Voraussetzungen der Frau für SPG bei BEL

Fachpersonen vertreten die Meinung, dass Frauen, die eine SPG bei BEL anstreben, die spitalinternen Auswahlkriterien, die in der Richtlinie zu BEL festgehalten werden, erfüllen müssen. Als wichtiger Aspekt wurde die positive Haltung der Frauen und deren Familien gegenüber BEL erwähnt. Zudem nannten viele Fachpersonen, dass die Frau keine Angst davor haben darf und sich in einem gesunden, stabilen psychischen Zustand befinden sollte. Eine gute Interaktion zwischen der Frau und dem betreuenden Team kann darauf basierend erwartet werden. Als wichtiger Punkt wird von den Fach-

personen erwähnt, dass die Frauen eine gewisse Fähigkeit mit sich bringen sollte, die Geburt durchzustehen und dass die Frau es sich selbst zutraut, spontan gebären zu können. Zudem wünschen sich Fachpersonen, dass die Frauen ihnen Vertrauen entgegenbringen.

K: Umgang mit Risiken

Die befragten Fachpersonen sind sich einig darüber, dass die meisten Frauen ein hohes Sicherheitsbedürfnis haben. Dies äussert sich darin, dass sich Frauen oft für eine SC entscheiden, wenn sie in ihrem Umfeld oder von Fachpersonen hören, dass eine SPG Risiken mit sich bringt. Die Frauen wollen kein Risiko eingehen und die sicherste Wahl treffen. Eine Person berichtet davon, dass durch Wissensvermittlung Ängste abgebaut werden können, die eine SPG erschweren würden.

HK: Handhabung der Betreuung bei BEL

In der Geburtsberatung- und Begleitung scheinen die Fachpersonen nach gemeinsamen, ihnen wichtigen Prinzipien zu arbeiten. Das Vorgehen bei BEL und die verwendete Richtlinie werden als klar und nützlich betrachtet. Die Unerfahrenheit vieler Fachpersonen und die geringe Geburtenzahl bei BEL werden als herausfordernde Faktoren ersichtlich.

K: Prinzipien der Beratung bei BEL

In der Befragung wurde sichtbar, welche Werte den Fachpersonen in der Beratung als wichtig erscheinen. Es zeigte sich, dass eine umfassende Aufklärung der Frauen für die meisten zentral ist. Der grosse Einfluss ihrer eigenen Haltung auf die Frauen scheint den Fachpersonen klar zu sein. Eine Fachperson berichtete z.B., dass selbst die non-verbale Kommunikation mitspielt. Aus Sicht der Fachpersonen ist es wichtig, die BEL gegenüber den Frauen zu normalisieren, auf eine ruhige Art und Weise zu beraten und den Frauen das Gefühl zu vermitteln, gut betreut zu werden. Eine Fachperson äusserte die Wichtigkeit, bei fremdsprachigen Frauen / Paaren für eine adäquate Informationsvermittlung zu sorgen. Eine Aufklärung auf Augenhöhe und ein Unterstützen in den Entscheidungen der Frau im Sinne von Empowerment in der Beratung sollte laut Fachpersonen umgesetzt werden. Den Frauen sollte zudem mitgeteilt werden, dass sie ihre Meinung über den Geburtsmodus jederzeit ändern dürfen.

K: Beratung der Frau bei BEL

Die meisten Fachpersonen waren der Meinung, dass eine ganzheitliche Beratung, die zum Teil als herausfordernd empfunden wird, im BS durchgeführt wird. Erreicht wird dies durch das Aufzeigen der verschiedenen Möglichkeiten für die Frau (spontane

Wendung, äW, SPG & SC), das Abgeben von Informationsmaterial (Flyer), einer guten SC-Aufklärung, das Besprechen potentieller Komplikationen und Risiken sowie die Möglichkeit einer nachgeburtlichen Besprechung. Zur Förderung der Verstehbarkeit werden ein weibliches Becken aus Kunststoff sowie eine Puppe verwendet. Die Beratung der Frauen / Paare erfolgt über mehrere Sitzungen, womit aus Sicht der Fachpersonen genügend Zeit für den Entscheidungsprozess besteht. Es wird beschrieben, dass der Inhalt der Informationsabgabe durch die vorhandene Richtlinie bestimmt ist, was eine einheitliche Aufklärung der Paare zum Ziel hat. Involviert sind jeweils verschiedene Fachpersonen aus dem geburtshilflichen Team sowie unterschiedliche Hebammen. Geleitet wird die Beratung immer durch die gLP, die zum Schluss eine persönliche Empfehlung zum Geburtsmodus für das Paar abgibt. Vorgeburtlich findet zwischen der Frau und dem pädiatrischen sowie anästhesiologischen Team kein Austausch statt. Die Frau wird aber informiert, dass bei der Geburt eine pädiatrische Fachperson anwesend sein wird. Schliesslich wird der Frau mitgeteilt, dass es, falls die gLP zum Zeitpunkt des Geburtsbeginns nicht erreichbar ist, höchstwahrscheinlich zur SC kommen wird.

K: Prinzipien der Geburtsbegleitung bei BEL

Den Teilnehmenden scheint es wichtig zu sein, vorgeburtlich mit den Frauen in Kontakt zu treten und eine Beziehung aufbauen zu können. Bei der Geburt werden die eins-zu-eins Betreuung sowie das Ruhebewahren und eine optimistische Haltung der anwesenden Personen von den Fachpersonen als wichtige Aspekte genannt. Bei der Betreuung einer BEL-Geburt gewichten Fachpersonen den Respekt gegenüber den Wünschen des Paares hoch. Dies jedoch im Bewusstsein, dass der Toleranzbereich beispielsweise eines suspekten CTGs im Geburtsverlauf bei einer BEL-Geburt deutlich eingeschränkter ist als bei einer Schädellage und somit eher Handlungsbedarf besteht. Einige Personen berichteten von der Wichtigkeit, nicht unnötig einzugreifen und die natürliche Geburt z.B. durch das Unterstützen der Gebärenden die Vier-Füssler Position einzunehmen, zu fördern.

K: Prozedere bei BEL

Das Prozedere bei BEL wird von den Fachpersonen folgendermassen dargestellt: Wird die BEL in einer Schwangerschaftskontrolle erstmalig festgestellt oder eine Frau mit BEL von extern zu einer Kontrolle angemeldet, erfolgt eine erste Informationsvermittlung durch die betreuende Hebamme. Möglichkeiten, die spontane Wendung zu unterstützen, werden vorgestellt, die äW als weiterer Schritt erklärt und schliesslich die allfällige SC thematisiert. Erfolgt keine spontane Wendung, wird ein Termin zur Bespre-

chung der äW geplant. Eine Ultraschalluntersuchung sowie ein Aufklärungsgespräch zur äW durch die gLP folgen. Nach schriftlicher Einverständniserklärung wird der Versuch der äW gestartet. Bleibt der Erfolg aus, wird ein weiteres Beratungsgespräch mit der gLP vereinbart. Hierbei werden die möglichen Geburtsmodi diskutiert und aufgrund der Auswahlkriterien die Eignung zur SPG durch die Fachperson geprüft. Ergänzend wird bei Primiparität ein MRI zur Detektion der Beckenmasse durchgeführt und in die Bewertung zur Eignung miteinbezogen. Nach erfolgter Besprechung und Empfehlung seitens der gLP, folgt der Entscheid gemäss der Fachpersonen im Sinne des shared-decision-making. Zum Prozedere gehört zudem, dass aufgrund der erhöhten Gefahr der Hüftdysplasie postnatal beim Säugling ein frühzeitiger Hüftultraschall durchgeführt wird.

K: Interprofessionelle Zusammenarbeit bei BEL

Gemäss den Teilnehmenden besteht eine zufriedenstellende interprofessionelle Zusammenarbeit, wobei vor allem der Austausch im Sinne von gemeinsamen Diskussionen und suchen nach Lösungen erwähnt wird. Einige Fachpersonen berichten, dass unterschiedliche Betrachtungsweisen verschiedener Professionen vorkommen können, wobei der Rahmen für gemeinsame Aussprachen vorhanden ist. Es kann festgestellt werden, dass die Stimmung im Gebärsaal durch hohe Arbeitsbelastung, Hektik und Nervosität angespannt sein kann. Des Weiteren berichtet eine Fachperson, dass durch das Vorhandensein einer gemeinsamen Richtlinie mit der Anästhesie im Bezug zu BEL die Zusammenarbeit sinnvoll unterstützt werden könnte. Da die SPG die Anwesenheit der gLP erfordert, sehen einige Fachpersonen die Hauptverantwortung in den Händen der Ärzteschaft.

K: Herausforderungen bei BEL

Herausforderungen im Zusammenhang mit BEL sehen einige Teilnehmende in der Tatsache, dass die Möglichkeit, die Handhabung im Umgang mit BEL zu erlernen, sich auf wenige Spitäler beschränkt, womit ein uneinheitlicher Level der Fähigkeiten der Fachpersonen besteht. Die Handhabung werde im Rahmen der Ausbildung nicht fundiert erlernt. Zudem berichten die meisten Fachpersonen, dass die Erfahrungsschätze der Fachpersonen sich durch die geringe Anzahl an BEL-Geburten nur langsam bilden können. Als weiterer Aspekt wird die Abnahme erfahrener und versierter Fachpersonen im Umgang mit BEL genannt. Einige Personen sahen die Tatsache, dass es eine Zeitperiode gab, in der überhaupt keine SPG bei BEL durchgeführt wurde, als Grund für den Wissensverlust und als beachtliche Herausforderung für die Wiedereinführung der

SPG. Herausfordernd empfinden Fachpersonen zudem die zeitintensive, aufwändige Dokumentationspflicht.

HK: Haltungen und Erfahrungen der Fachpersonen

Durch Befragung der Teilnehmenden wurde sichtbar, dass gewisse personelle und strukturelle Voraussetzungen zur Durchführung der SPG bei BEL notwendig sind. Es kann festgestellt werden, dass grundsätzlich eine positive Haltung in diesem Spital gegenüber BEL besteht und Fachpersonen sich über den Umgang mit Risiken Gedanken machen.

K: Voraussetzungen der Fachpersonen

Eine gute Ausbildung und praktische Erfahrung wurde von vielen Fachpersonen als Voraussetzung, eine BEL Beratung und Geburtsbegleitung durchführen zu können, genannt. Hierzu braucht es aus ihrer Sicht eine positive Haltung gegenüber SPG bei BEL sowie eine damit verbundene Bereitschaft, sich mit dem Thema auseinander zu setzen und sich das Know-how aneignen zu wollen. Die durchführenden Fachpersonen sollten aus Sicht der Befragten angstfrei arbeiten können. Einige Teilnehmende nannten eine ruhige Arbeitsweise, klare spitalinterne Abläufe und Rollenverteilungen als Faktoren, die es braucht, um eine SPG bei BEL anbieten zu können. Mehrere Fachpersonen gaben an, dass das Wissen und die praktischen Erfahrungen der Fachpersonen mangelhaft seien und sie sich deshalb nicht zutrauen würden, eine BEL-Geburt selbständig zu leiten. Für die meisten Fachpersonen im interdisziplinären Team seien BEL-Geburten Neuland. Damit man weiter lernen kann, ist eine genügend grosse Zahl an BEL-Geburten nötig.

K: Haltungen der Fachpersonen

Die Haltung der Fachpersonen gegenüber SPG bei BEL scheint mehrheitlich positiv zu sein. Einige Teilnehmende erzählen, es sei in diesem Spital schon immer die Philosophie gewesen, dass BEL eine geburtsmögliche Längslage sei. Eine Vielzahl Befragter gibt an, die Entscheidung der Klientinnen zu würdigen. Trotz des Vertrauens vieler Fachpersonen in die Physiologie wird von einer im Umfeld stattfindenden Pathologisierung von BEL berichtet und auch davon, dass nicht jede Fachperson spitalintern die selbe Motivation und Einstellung zur Durchführung der SPG hat. Aus Sicht einiger Teilnehmenden wird die BEL als besondere geburtshilfliche Situation betrachtet, die mit Respekt verbunden ist. Das neonatale Outcome beeinflusst zudem die Haltungen der pädiatrischen Fachpersonen. Falls die SPG bei BEL vermehrt zu schlechteren Outcomes des Neugeborenen führen würde, müsste nach Aussagen dieser Person das Angebot erneut überdenkt werden.

K: Umgang mit Risiken

Einige Teilnehmende sind der Meinung, dass grundsätzlich viele Fachpersonen Angst davor haben, eine SPG bei BEL zu begleiten, da diese oft als risikobehaftet angesehen wird. Viele berichten von einem hohen Sicherheitsbedürfnis seitens der Fachpersonen und dass keine Bereitschaft besteht, Risiken einzugehen. Einige Teilnehmende meinen, dass jede geburtshilfliche Situation unabhängig von der Kindslage Notfallpotential mit sich bringt und man lernen muss, Risiken abzuschätzen. Zudem wird gesagt, dass die Risikobedachtheit einer Person sowie die Angst vor juristischen Konsequenzen deren Arbeitsweise beeinflussen. Das Wissen um die schnelle Reaktionsmöglichkeit, die in einer Notfallsituation im BS gewährleistet ist, erleichtert gemäss den Befragten den Umgang.

K: Erlebnisse und Erfahrungen der Fachpersonen

Die Fachpersonen erleben die mütterlichen und kindlichen Outcomes von SPG bei BEL meistens als zufriedenstellend. Die SPG bei BEL wird oft als schnellverlaufende und problemlose Geburt im Vier-Füssler beschrieben, wobei keine Interventionen nötig waren und hands-off angewandt wurde.

Einige berichteten, dass man Regelabweichungen im Geburtsverlauf schnell erkennt und ein Geburtsstillstand ein Hinweis darauf sei, dass etwas nicht normal verläuft. In diesen Situationen oder bei suspektem CTG werde der Entscheid zur SC zügig gefällt, womit die Sicherheit bisher immer gewährleistet werden konnte. Fachpersonen sind sich im Klaren darüber, dass eine unerwartete BEL-Geburt jederzeit stattfinden kann. Es wird von einer Frau berichtet, die mit BEL unerwartet und bereits beinahe in der Austreibungsphase eintrat, dies in Abwesenheit der gLP. In dieser Situation sei Stress aufgekommen. In diesem Zusammenhang sind sich die Fachpersonen einig, dass Unsicherheit zu vermehrten Interventionen führt und die Handhabung durch Erfahrung sicherer werden würde.

HK: Veränderungsbedarf aus Sicht der Fachpersonen

Als wichtiges Anliegen der Fachpersonen konnte der Wunsch nach einem konsequent durchführbaren Angebot der SPG, unabhängig von einer einzelnen Person, erkannt werden. Es bedarf dafür einer zusätzlichen Wissens- und vor allem Erfahrungswertübertragung an ein breites Team. Ausserdem wird von den Fachpersonen Wert darauf gelegt, Ängste weiter abbauen zu können. Dazu soll die individuelle Beratung der Frauen durch eine noch engere interprofessionelle Zusammenarbeit weiter verbessert werden.

K: Lernmöglichkeiten

Sehr viele Fachpersonen nannten den Wunsch nach Diversifizierung des Wissens in der Absicht, dass die Durchführung der spontanen BEL-Geburt nicht von einer einzelnen Person abhängig ist. Dazu beitragen könnten in ihren Augen einerseits gemeinsame interne Weiterbildungen und Fallbesprechungen im interdisziplinären Team. Andererseits wurde mehrmals genannt, dass Ärztinnen und Ärzte die Geburt mit der Unterstützung der gLP im Hintergrund selber durchführen und leiten sollten. Dadurch erhoffen sich die Fachpersonen mehr Sicherheit und die Möglichkeit, einerseits mehr SPG bei BEL zu ermöglichen und andererseits in einem Notfall kompetent reagieren zu können, auch in Abwesenheit der gLP. Die Fachpersonen hoffen, dass durch den häufigen Personalwechsel Möglichkeiten entstehen, dass das im BS erworbene Wissen und die Erfahrung in anderen Spitälern angewendet und weiter verbreitet werden. Um die Qualitätsüberprüfung zu vereinfachen, wurde der Wunsch nach einer expliziten Statistik zu BEL-Geburten genannt.

K: Umgang mit BEL

Fachpersonen wünschen sich eine gemeinsame und vom gesamten Team gestützte einheitliche Motivation zur Durchführung von spontanen BEL-Geburten. Genannt wurde zudem der Wunsch, den physiologischen Geburtsprozess durch ein abwartendes und zurückhaltendes Verhalten, ohne Interventionen, zu fördern. Dazu gehört auch, dass die nötigen Fachpersonen zwar in unmittelbarer Nähe sind, wenn ein Eingreifen erforderlich ist, die Anzahl Personen im Gebärsaal aber beschränkt bleibt, um die Intimsphäre der Frau zu wahren. Die Fachpersonen sehen es als ihre Aufgabe, Ängste im Zusammenhang mit BEL abzubauen. Es wird auch erwähnt, dass es begrüsst werden würde, die Möglichkeit der SPG im BS öffentlich bekannter zu machen. Die Fachpersonen sind der Meinung, dass die Zahl der vaginalen BEL-Geburten durch eine gute Betreuung und Mund-zu-Mund-Propaganda gesteigert werden könnte.

K: Information

Die Fachpersonen wünschen sich, dass weiterhin auf eine individuelle Beratung und Betreuung der Frauen geachtet wird. Um dies zu ermöglichen, könnte das Konzept insofern noch entwickelt werden, als dass Ärztinnen und Ärzte die Frauen noch öfters gemeinsam mit den Hebammen zusammen in einem Gespräch beraten. Dabei könnten auch Fachärztinnen und -ärzte der Pädiatrie und Anästhesie zusätzlich einbezogen werden, bspw. für die Erklärung der Situation postpartum oder die Aufklärung über geburtshilfliche Anästhesie.

HK: Gesellschaftliche Aspekte

Fachpersonen sind der Meinung, dass das TBT den Umgang mit BEL verändert hat. Nach der Veröffentlichung wurde die Handhabung grundsätzlich angepasst und bis heute ist die SC bei BEL vielerorts das gewohnte Vorgehen. Einige Fachpersonen erkennen aber aktuell eine Tendenz zurück zur häufigeren Durchführung der SPG bei BEL. Gesellschaftliche Aspekte wie das zunehmende Sicherheitsbedürfnis wirken sich nach Aussagen der Befragten auf die Geburtshilfe aus. Der Einfluss der rechtlichen Situation auf das Handeln von Fachpersonen wird durch die Befragten uneinheitlich eingeschätzt.

K: Geschichtliche Entwicklung der BEL-Geburten

Fachpersonen gehen davon aus, dass die geschichtliche Entwicklung vor allem im Zusammenhang mit der TBT einen immensen Einfluss auf die heutige Handhabung von BEL-Geburten hat. Die heutige Geburtshilfe beschreiben die Fachpersonen als defensiv. Diese Entwicklung wird von den Befragten z.T. sehr bedauert. Zukünftig können sich Fachpersonen spezialisierte Zentren für BEL-Geburten vorstellen. Durch dafür gut ausgebildete Fachpersonen und ein interessiertes und motiviertes Klientel, könnten neue Möglichkeiten und ein erweitertes, sicheres Angebot für die Durchführung von spontanen BEL-Geburten entstehen.

K: BEL in der Schweiz

Die BEL-Geburt wird gemäss der Befragten in der Ausbildung sowohl von Gynäkologinnen und Gynäkologen als auch von Hebammen in der Schweiz als Randthema behandelt. Die Fachpersonen schätzen, dass in der Schweiz im Vergleich zum Ausland weniger SPG bei BEL durchgeführt werden. Diese Tatsache führe natürlicherweise dazu, dass vielerorts das Handling einer BEL-Geburt nicht mehr geläufig sei. Von einigen Fachpersonen wird hingegen eine Tendenz zurück zu mehr SPG beobachtet. Dies durch die Wiedereinführung in verschiedenen Spitälern, wenn auch nach sehr engen Kriterien. Die Fachpersonen haben dabei auch bemerkt, dass Klientinnen aus unterschiedlichen Spitälern der Umgebung dem BS zugewiesen werden, damit eine SPG möglich gemacht werden kann.

K: Rechtliche Aspekte

Die rechtliche Situation wird von den Fachpersonen uneinheitlich wahrgenommen. Viele Fachpersonen äusserten, dass sie sich damit bisher nicht spezifisch befasst haben. Zum einen wird die Meinung vertreten, dass die rechtliche Situation das eigene Handeln nicht beeinflusse. Solange kein relevanter Schaden eintritt, bei dem die Schuld nachgewiesen werden kann, sei man, gerade auch im Vergleich zum Ausland, gut ge-

schützt. Zum anderen meinten Fachpersonen, dass der zunehmende rechtliche Druck im Handeln und in den Aussagen im Team spürbar sei. So versuche man sich bspw. durch eine MRI vorgeburtlich abzusichern.

4.3 Ausgangslage im Vergleich zu den aktuellen Empfehlungen

Durch das Literaturreview sowie die pragmatische Analyse der Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Handhabung bei BEL wird festgehalten, welche Voraussetzungen in der Betreuung von Frauen mit BEL gegeben sein sollten. Dem gegenüber steht die Praxiserhebung mit der Darstellung der Handhabung im BS. In einem direkten Vergleich lässt sich in der Beratung zum Geburtsmodus, dem Einhalten des shared-decision-making, der interdisziplinären kontinuierlichen Betreuung der Frauen, der Diversität von Wissen und Verantwortung sowie der Lernmöglichkeiten in der Geburtsbegleitung Entwicklungspotential erkennen. Im Arbeitsprozess wurde zudem ein Bedarf an wegweisenden spezifischen Empfehlungen zur Beratung und Betreuung von Frauen mit BEL seitens der Fachgesellschaften aufgedeckt. Die folgende Tabelle bietet einen Überblick des Vergleichs und stellt potentiellen Veränderungsbedarf dar.

Tabelle 7: Veränderungsbedarf

Empfehlungen aus der Literatur	Situation / Umsetzung in der Praxis	Veränderungsbedarf	
Geburtsmodus bei BEL	<ul style="list-style-type: none"> • SPG valable Option unter Berücksichtigung bestimmter Auswahlkriterien (RCOG, 2016) • Wahl des Geburtsmodus abhängig von der Erfahrung der Fachpersonen (ACOG, 2016 & RANZCOG, 2016) • Genaues Assessment der Schwangeren und Abwägen geburtsmedizinischer Risiken als Entscheidungsgrundlage zum Geburtsmodus (SGGG, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachärztliche Risikoselektion • Hausinterne Richtlinie zu BEL (Ein- und Ausschlusskriterien einer möglichen SPG) • Empfehlung zum Geburtsmodus aus ärztlicher Sicht • Geburt aus BEL nur in Anwesenheit der gLP möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf mehrerer erfahrener Fachpersonen im Umgang mit BEL • SPG auch in Abwesenheit der gLP ermöglichen
Prinzipien der Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit einer Vertrauensperson während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Cateling et al., 2015 & Glaso et al., 2013) • Kontinuierliche, sich komplementär ergänzende Betreuung durch Hebammen und die Ärzteschaft (Cateling et al., 2015 & Guittier et al., 2010) • Gewährleistung der Autonomie der Frau durch ermöglichen einer aktiven Rolle im Prozess (Liu et al., 2013, Nassar et al., 2007 & Beauchamp & Childress, 2001) • Ruhige Verhaltensweise der Fachpersonen (Cateling et al., 2015) • Klare Rollenverteilung ermöglicht gute Zusammenarbeit (Rycroft-Malone, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • gLP im gesamten Betreuungsprozess involviert • Keine kontinuierliche Betreuung durch andere Fachpersonen • Gemeinsame interprofessionelle Konsultationen finden teilweise statt • Ruhige Verhaltensweise wird als Grundsatz in der Betreuung angesehen, kann aufgrund der Unerfahrenheit vieler Fachpersonen nicht immer umgesetzt werden • Klare Rollenverteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuität in der Betreuung durch gleichbleibendes Team ermöglichen • Organisatorische Anpassung zur Durchführung interprofessioneller Konsultationen • Durch Befähigung aller Mitarbeitenden ermöglichen, dass in allen Situationen Ruhe bewahrt werden kann
Prinzipien des Aufklärungsgesprächs	<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitiges, individualisiertes, konkretes Beratungsgespräch (SGGG, 2015 & Guittier et al., 2010) • Normalisierung der BEL durch Fachpersonen (Homer et al., 2015 & Cateling et al., 2015) • Eingehen auf spezifische Fragen und Anliegen der Frauen (Homer et al., 2015 & SGGG, 2016) • Verständliche Risikovermittlung durch Anwendung natürlicher Häufigkeiten oder bildlicher Darstellung (Cateling et al., 2015 & Gigerenzer, 2013) • Empowerment: Frauen durch evidenzbasierte 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung über mehrere Sitzungen verteilt • Keine bildliche Risikodarstellung • Fachpersonen sind sich über die Wichtigkeit der Normalisierung von BEL und den Abbau von Ängsten im Klaren • Klientinnen werden als Gesprächspartnerinnen auf Augenhöhe angesehen • Empowerment und shared-decision-making abhängig von der Anwesenheit der gLP • Fachpersonen sind sich über den Einfluss ihrer Haltung bewusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikovermittlung anhand bildlicher Darstellung und dem Vergleich zu Alltagsrisiken • Empowerment und shared-decision-making durch Gewährleistung ausreichend qualifizierter Fachpersonen ermöglichen • Neutrale Haltung unabhängig von persönlichen Meinungen einnehmen und die

	<ul style="list-style-type: none"> Information und Aufdecken von Ressourcen befähigen eine Entscheidung zu treffen (Schwarz, 2007 & Herriger, 2010) Neutrale Haltung der Fachpersonen (Homer et al., 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> Uneinheitliche Haltung gegenüber BEL unter den Fachpersonen 	Frau professionell beraten
Inhalte des Aufklärungsgesprächs	<ul style="list-style-type: none"> Information über Vor- und Nachteile der SPG und SC bei BEL und deren Konsequenzen für Folgeschwangerschaften (RCOG, 2016) Information über: reduzierte perinatale Morbidität und Mortalität bei SC, keine Evidenzen über langfristige gesundheitliche Nachteile der SPG für das Kind, höheres Morbiditätsrisiko für die Frau bei SC (RCOG, 2016 & ACOG, 2006) Wahl der Geburtsposition abhängig von der Erfahrung des Fachpersonals (ACOG, 2006) Sachverhalte bildlich darstellen (SGGG, 2016) Information über Erfahrung des Fachpersonals und Infrastruktur (RANZOG, 2016 & Cateling et al., 2015) Verständliche Aufklärung über kontroverse Evidenzlage (Cateling et al., 2015 & Guittier et al., 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> Detaillierte Erklärung der spontanen Wendung, der äW, des physiologischen Gebärens bei BEL und der SC. Gebärpositionen: Vier-Füßler vs. Steinschnitt Risikoaufklärung der SPG bei BEL: protrahierte Geburt, Plexus brachialis Schädigung beim Armlösungsmanöver, schlechterer pH und ein-Minuten APGAR als bei SL, schwierige Kopfentwicklung, Hypoxie, Beckenbodentrauma SC-Aufklärung Notwendigkeit eines guten CTGs bis zur AP, pädiatrische Fachperson immer im Gebärsaal präsent Einbezug von Modellen (Becken und Puppen) zur Veranschaulichung Hinweise auf die Erfahrung des geburtshilflichen Teams und Struktur der Geburtsklinik Aufklärung über allfällige SC bei Abwesenheit der gLP 	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitliche Langzeitkonsequenzen für Mutter und Kind thematisieren Erarbeiten von klaren Empfehlungen seitens der Fachgesellschaften
Aufklärungs- und Einwilligungsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> Keine spezifische Informationsbroschüre oder Aufklärungsprotokoll über den Geburtsmodus bei BEL von den einbezogenen Fachgesellschaften vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> Informationsblatt für schwangere Frauen „vaginale Geburt eines Kindes aus BEL“ SC-Aufklärungsblatt 	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung von Aufklärungsmaterial seitens der Fachgesellschaften
Inhalt des Aufklärungsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> Keine Empfehlungen vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien zur SPG Evidenzen Risiken einer SPG bei BEL Massnahmen für eine sichere Geburt Möglichkeiten zum weiteren Vorgehen 	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung von Empfehlungen seitens der Fachgesellschaften
Assessment der schwangeren Frau zur Eignung der äW oder	<ul style="list-style-type: none"> Abdominelle Befunderhebung mittels US (RANZCOG, 2016) Detektion fetaler oder maternaler Ursachen der BEL (RANZCOG, 2016) Ausschluss von Kontraindikationen für die äW 	<ul style="list-style-type: none"> Ausführliche Anamnese Klinische Untersuchung Abdominelle Untersuchung mittels US Richtlinie zur äW enthält klare Kontraindikationen sowie Beschreibungen zum Vorgehen 	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung des MRI als Auswahlkriterium für die Möglichkeit einer SPG überdenken

SPG	<ul style="list-style-type: none"> (RANZCOG, 2016) Keine routinemässige MRI des Beckens (RCOG, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation der Ein- und Ausschlusskriterien für SPG Bei Primigravidität MRI 	
Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> Shared-decision-making anwenden (Schäfers, 2010) Informierte Entscheidung (ACOG, 2006) Wahl des Geburtsmodus soll respektiert werden (RANZCOG, 2016, Guittier et al., 2010 & Homer et al., 2015) Entscheidungshilfen zur Förderung der informierten Wahl einsetzen (Nassar et al., 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Anwendung spezifischer Entscheidungshilfen 	<ul style="list-style-type: none"> Anwendung von spezialisierten Entscheidungshilfen
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Beweispflicht des Arztes über genügend Aufklärung und Einwilligung der Frau (SGGG, 2015) Dokumentation von Zeit, Ort des Gesprächs, Person des Aufklärenden und aller involvierter Personen, stichwortartige Zusammenfassung des Inhalts (SGGG, 2015 & RCOG, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentation des Gesprächs im Informationsblatt für schwangere Frauen „vaginale Geburt eines Kindes aus BEL“ (durchführende Fachperson, Ort, Zeitpunkt und Unterschrift von der schwangeren Frau und der Ärztin oder des Arztes) 	<ul style="list-style-type: none"> Spezifische Inhaltsdokumentation des Beratungsgesprächs im Dossier der Klientin vermerken
Durchführung der äW	<ul style="list-style-type: none"> Durch erfahrene Fachperson mit Überwachung mittels US und CTG, Verfügbarkeit einer Tokolyse (RANZCOG, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> äW durch gLP Wendung unter CTG- und US-Kontrolle Routinemässige Tokolyseanwendung 	<ul style="list-style-type: none"> Kein Veränderungsbedarf
Geburtsbegleitung bei BEL	<ul style="list-style-type: none"> Durch erfahrene Fachpersonen (RCOG, 2006, ACOG, 2006 & RANZCOG, 2016) Kontinuierliche CTG Überwachung (RANZCOG, 2016, RCOG, 2006 & SGGG, 2015) Keine routinemässige Analgesie, Episiotomie oder Steissextraktion. Bei verzögertem Geburtsprozess grosszügige SC-Indikation (RCOG, 2006 & SGGG, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> Immer durch gLP Allfällige Manöver werden durch gLP ausgeführt 1:1 Betreuung unter der Geburt Hands-off solange Geburt physiologisch verläuft Kontinuierliche CTG Überwachung Zurückhaltende Anwendung der PDA Vier-Füssler als bevorzugte Geburtsposition Grosszügige SC-Indikation 	<ul style="list-style-type: none"> Kein Veränderungsbedarf
Wissensdiversität und Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> Angemessenes Training in Form von Simulationsübungen für Fachpersonen sollte durchgeführt werden (RCOG, 2006) Klinische Erfahrung sollte reflektiert und überprüft und als Informationsquelle anerkannt werden (Rycroft-Malone, 2009) Evaluation der Arbeitsleistung durch Feedback an Mitarbeitende fördert die Weiterentwicklung (Rycroft-Malone, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> Wissensvermittlung durch Übung von Manövern am Phantom im fachärztlichen Team Keine interdisziplinär Weiterbildungen Erfahrung der Fachpersonen fliessen in die Entwicklung von Richtlinien ein Keine routinemässigen Besprechungen mit Feedback zur Arbeitsleistung Grosse Motivation seitens der gLP Wissen weiter zu geben 	<ul style="list-style-type: none"> Einführen von regelmässigen interdisziplinären Simulationstrainings und Besprechungen mit Feedback Geburtsleitung durch weitere Fachärztinnen und -ärzte unterstützt durch die gLP ermöglichen

Setting / Einrichtung	<ul style="list-style-type: none">• Möglichkeiten zur Notfall-SC (RCOG, 2006 & SGGG, 2015)• äW und SPG nur in Anwesenheit interdisziplinärer, erfahrener Fachpersonen (Anästhesie, Pädiatrie) (RANZCOG, 2016)• Möglichkeit des Schichtwechsels oder Ablösung von erfahrenen Fachpersonen sollte gegeben sein (RANZCOG, 2016)	<ul style="list-style-type: none">• Möglichkeit zur Notfall-SC gegeben• Pädiatrische Fachpersonen anwesend und anästhesiologische Fachpersonen abrufbereit• Wissens- und Erfahrungsschatz vieler Fachpersonen zu gering zur spontanen BEL-Geburtsleitung	<ul style="list-style-type: none">• Möglichkeit zur Ablösung sollte gewährleistet sein. Verfügbarkeit ausreichend qualifizierter Fachpersonen
------------------------------	--	--	---

5 Diskussion

Die Arbeit hat die aktuellen Empfehlungen aus der Literatur mit dem Ist-Zustand in der Praxis verglichen. Im Literaturreview konnten die Fragestellungen zu Bedürfnissen und Wünschen von schwangeren Frauen mit BEL zu grossen Teilen beantwortet werden. Es wurde klar, dass die Haltung der Fachpersonen die Entscheidung der Frauen beeinflusst und dass es durchaus noch einige Lücken gibt, die geschlossen werden müssen, damit den Frauen eine freie Wahl ermöglicht werden kann. Ausserdem wurden verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten, die eine informierte Wahl ermöglichen, erforscht.

Anhand der Praxisanalyse konnte die Handhabung der Beratung und Begleitung bei BEL im BS gezeigt und die Fragestellungen beantwortet werden. Es wurde deutlich, dass gute Bedingungen vorhanden sind, die den positiven Umgang mit der Thematik ermöglichen. Im BS konnte eine starke Evidenz in der Handhabung von BEL festgestellt werden. Die aktuelle Kultur zeigt eine grosse Bereitschaft zur ständigen Weiterentwicklung der Betreuungsqualität und kann deshalb als Referenz für andere Spitäler angesehen werden. Es wird gezeigt, dass das Potential eines frauenzentrierten Umgangs mit BEL im Kanton Bern vorhanden ist. Ein gewisser Veränderungsbedarf wurde festgestellt, der zur Qualitätserhaltung und -entwicklung beitragen würde.

Bedürfnisse und Entscheidungsfindungsprozess schwangerer Frauen mit BEL

Während die Vaginalgeburt von der Mehrheit der Frauen als normal und natürlich betrachtet wird, stellt die SC primär eine medizinische Intervention im Falle einer Komplikation dar (Liu et al., 2013). Die Bedeutung die eine Frau der SPG gibt, inwiefern sie Risiken bewerten, in welchem sozialen und gesellschaftlichen Umfeld sie lebt und welche Form der Entscheidungsfindung sie wählt, stellt nur eine Auswahl der Vielfältigkeit an Aspekten dar, welche die Wahl des Geburtsmodus beeinflussen. Demnach ist festzustellen, dass das Bevorzugen eines Geburtsmodus zahlreiche, komplex zusammenhängende Faktoren widerspiegelt.

Gemäss der Praxisanalyse scheint es den Mitarbeitenden wichtig zu sein, eine neutrale Haltung und Respekt gegenüber den Werten der Frauen einzunehmen. Eine verständliche Aufklärung über die kontroverse Studienlage, das Informieren über strukturelle und personelle Ressourcen sowie das Nennen der Vor- und Nachteile von SC und SPG durch die gLP gehören zum Standard. Für den Prozess der Entscheidungsfindung soll genügend Zeit zur Verfügung stehen. Dies zeigt, dass im BS ein Grossteil der Handhabung den Empfehlungen der Fachgesellschaften entspricht.

Was die Unterstützung des Entscheidungsfindungsprozess zum Geburtsmodus bei BEL betrifft, lassen sich im Literaturreview und der Interviewanalyse aus der Praxis grösstenteils übereinstimmende Bedürfnisse der Frauen feststellen. In einem frühzeitigen, individualisierten und konkreten Beratungsgespräch in einer ruhigen Atmosphäre wünschen sich Frauen eine Diskussion über alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und dass auf ihre Fragen eingegangen wird (Guittier et al., 2010, Homer et al., 2015 & Cateling et al., 2015). Ein gegenseitiger Austausch soll ermöglicht und Entscheidungen im besten Fall partizipativ getroffen werden (Schäfers, 2010).

Selbst wenn in partnerschaftlicher Zusammenarbeit eine Entscheidung zum Geburtsmodus getroffen wurde, ist diese abhängig von der Anwesenheit der gLP. Der durch ihre Abwesenheit geburtshilflich unbegründete Wechsel des Geburtsmodus kann bei betroffenen Frauen zur Frustration führen. Die Fähigkeiten und Ressourcen der Frauen und Familien, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen, werden nicht gestärkt. Es muss daher festgestellt werden, dass im BS nur fragmentiert im Sinne von Empowerment und shared-decision-making gearbeitet wird. Nach dem Prinzip der Wahrung der Autonomie der Klientin sollte jedoch die Entscheidung letztendlich bei den schwangeren Frauen liegen und nicht durch Fachpersonen übernommen werden (Bauchamp & Childress, 2001). Eine Review von Tucker (2014) belegt, dass die Zufriedenheit und die Lebensqualität der Klientinnen, die mittels shared-decision-making Entscheidungen trafen, deutlich gesteigert werden konnte, weshalb das Ermöglichen dieses Konzeptes auch im BS umgesetzt werden sollte. Eine genügende Anzahl an qualifizierten Fachpersonen stellt ein Lösungsvorschlag zur Gewährleistung des shared-decision-making dar.

Die Betreuung der Frauen mit BEL findet im BS jeweils durch die diensthabenden Fachpersonen statt. Einzig die gLP stellt im Prozess eine standhafte Vertrauensperson dar. Gemäss Schmid (2011) stellt die Kontinuität in der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ein Grundbedürfnis der Frau dar. Die eins-zu-eins Betreuung der Frau durch eine einzige Hebamme stellt dabei ein Optimum dar, das ermöglicht, geburtshilfliche Interventionen zu reduzieren und den Gesundheitszustand sowie die Zufriedenheit der Mütter zu steigern. Organisatorische Anpassungen im BS, die ermöglichen, Frauen durch ein gleichbleibendes Team kontinuierlich zu betreuen, sollten daher geprüft werden.

Aus der Analyse geht hervor, dass Fachpersonen ein wachsendes Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft feststellen. Da Ängste und abstrakte Risiken den Entscheidungsfindungsprozess erschweren und zu Verunsicherungen betroffener Frauen führen, wird

die Wahl des Geburtsmodus für Frauen mit BEL zur herausfordernden Aufgabe. Dieser Tatsache sollte in der Beratung vermehrt Aufmerksamkeit entgegengebracht werden.

Bei der Risikovermittlung sollte darauf geachtet werden, dass diese plausibel mittels bildlicher Darstellung und durch Verwendung von natürlichen Zahlen erfolgt (Cateling et al., 2015 & Gigerenzer, 2013). Durch eine gesteigerte Verstehbarkeit, wie Antonovsky (1997) in seinem Modell der Salutogenese erklärt, kann die Handhabbarkeit einer Situation für Betroffene gesteigert werden. Den Frauen und deren Umfeld würde dies demnach Unterstützung bieten. Der Inhalt jedes Beratungsgesprächs sollte zur Erleichterung der Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen sowie als Beweis der stattgefundenen Aufklärung im Dossier der Klientin festgehalten werden.

Die Einführung einer standardisierten Entscheidungshilfe, wie sie in anderen Bereichen der Geburtshilfe bereits angewendet wird, könnte die Verstehbarkeit zusätzlich fördern. Wie die Studie von Nassar et al. (2007) zeigt, sind spezifische Entscheidungshilfen zur äW wirksam, um das Wissen der Klientinnen zu erhöhen und den Entscheidungskonflikt zu vermindern. Ergebnisse einer Review von Vlemmix et al. (2013) zeigen zudem, dass durch Anwendung dieses Mittels die Angst-Scores signifikant gesenkt werden konnten. Es ist deshalb gut vorstellbar, dass ein ähnliches Modell zum Entscheidungsprozess für die Wahl des Geburtsmodus bei BEL beigezogen werden könnte.

Im Rahmen der bereits bestehenden Beratungsgespräche können diese Entscheidungshilfe in den bestehenden Prozess integriert werden. Der Informationsteil könnte aus dem vorhandenen Informationsblatt für schwangere Frauen in etwas angepasster Form übernommen werden. Langzeitkonsequenzen der Geburtsmodi für Mutter und Kind (Kok et al., 2008) sowie häufig vorkommende veränderte Schädelformen oder Beinstellungen beim Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt aus BEL sollten dabei integriert werden. Übungen zur Verdeutlichung persönlicher Werte und die Beispiele von Entscheidungsfindungsprozessen könnten von der bereits existierenden und variablen Entscheidungshilfe der University of Sydney (2003) genutzt werden. Dabei würde ein Aufwand für die Bedürfniserhebung der schwangeren Frauen, der Anpassung der Entscheidungshilfe und der Evaluation entstehen. Es könnte aber auf bestehende Elemente zurückgegriffen werden. Um eine einheitliche Anwendung dieses Mittels zu erzielen, scheint die Einführung während einer Teamsitzung sinnvoll zu sein.

Durch die genannten Veränderungen würde die Arbeit der Fachpersonen mit den betroffenen Frauen möglicherweise erleichtert, wodurch ein positiver Effekt auf die Haltung aller beteiligten Personen ausgelöst werden könnte. Ausserdem könnte eine Vereinfachung der Entscheidung der Frau eine Entlastung für ihr ebenfalls betroffenes

soziales Umfeld mit sich bringen und ganzheitlich eine Optimierung der Betreuungsqualität darstellen.

Wissensdiversität und Möglichkeiten zur Qualitätsentwicklung

Die Möglichkeit der Qualitätsentwicklung wurde durch die Ermittlung der Faktoren des PARIHS-Bezugsrahmens und deren Bewertung eingeschätzt. Die Evidenz lässt sich aufgrund der begutachteten Forschungserkenntnisse, der miteinbezogenen Empfehlungen aus der klinischen Praxis und der Erfahrungen der Klientinnen, die berücksichtigt werden, als stark einschätzen. Eine Ausnahme bildet der Einsatz von MRI, die genutzt werden, um Erstgebärende für den Versuch einer Spontangeburt auszuwählen. Laut RCOG (2006) bringt eine routinemässige radiologische Beckenausmessung keine Vorteile für die Sicherheit einer vaginalen BEL-Geburt. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Compliance von Eltern und ihrem Umfeld, aber auch diejenige von Fachpersonen durch das Wissen um normale Beckenmasse gefördert wird (Basters-Hoffmann, 2015). Wegen fehlender Evidenzen kann das MRI nicht als valables Entscheidungskriterium genutzt werden. Die Anwendung sollte dementsprechend geprüft werden.

Im Bewusstsein, dass der Kontext, in dem Teams arbeiten, ein komplexes Gebilde darstellt und sich ständig verändert (Rycroft-Malone, 2009), wurde versucht die Kultur, die Leitung sowie die Evaluation einzuschätzen. Aufgrund der Offenheit des BS gegenüber der Meinungen der Mitarbeitenden, der klaren Rollenverteilung und effektiven Teamarbeit, der transparenten und dezentralisierten Entscheidungsfindungen und des transformationalen Führungsstils lässt sich ein grundsätzlich starker Kontext mit Potential einer lernenden Organisation erkennen.

Trotz einer grundsätzlich positiven Haltung des Teams gegenüber SPG bei BEL gibt es scheinbar einzelne Stimmen mit anderen Überzeugungen, was sich hemmend auf die Veränderungsbereitschaft auswirkt. Gründe und Hintergründe dieser abweichenden Haltung sollten von der Leitung aufgenommen werden, damit alle Fachpersonen unabhängig von ihrer persönlichen Meinung einheitlich und professionell beraten. Die durch Erfahrung erlangte Sicherheit ermöglicht den Fachpersonen ein ruhiges und professionelles Auftreten, wodurch betroffene Frauen gestärkt werden. Wie die Studie von Cateling et al. (2015) zeigt, ist die Kommunikation über die verschiedenen Handlungsoptionen direkt von den vorhandenen Fähigkeiten und Haltungen der Fachpersonen abhängig.

Verbesserungsbedarf lässt sich zudem im Bereich Lernen und Wissensvermittlung sowie Evaluation im Sinne von Reflexion feststellen. Erleichternde Faktoren, lassen sich erkennen. Mitarbeitende werden durch die gLP holistisch und entwicklungsför-

dernd begleitet. Die erkannten Aspekte zur weiteren Qualitätsentwicklung werden folgend diskutiert.

Von der gLP geht eine grosse Motivation zur Wissensvermittlung aus. Sie ist es, die als Ansprechperson in Bezug auf das Thema BEL gilt und die Hauptverantwortung sowohl im Entscheidungsprozess wie auch in der Durchführung der Geburt trägt. Zwar besteht für das interprofessionelle Team, das für die Richtlinienerstellung zuständig ist, die Möglichkeit, andere Evidenzen, die für eine Veränderung der Handhabung sprechen, einzubringen. Das Angebot der SPG mit BEL wird im BS aber von Wissen und Erfahrung der gLP abhängig gemacht. Ihre Anwesenheit ist Bedingung für eine SPG. Dies bringt mit sich, dass die gLP in dieser Situation nicht vertreten oder abgelöst werden kann. Die Empfehlung von Fachgesellschaften verdeutlicht die Wichtigkeit einer bestehenden Möglichkeit zu Schichtwechseln oder Ablösungen von erfahrenen Fachpersonen.

Viele Fachpersonen fühlen sich trotz verschiedener Ressourcen wie der klinischen Erfahrung der gLP, die von den anderen Mitarbeitenden für ihre eigene Entwicklung genutzt wird, oder der Demonstration von Manövern am Phantom nicht kompetent, eine spontane BEL-Geburt selbständig durchzuführen. Diese Tatsache ist aus bereits existierenden Studien in anderen Kontexten bekannt. So erkannte eine Australische Studie, dass sich nur die Hälfte der angehenden Gynäkologinnen und Gynäkologen im letzten Ausbildungsjahr in der Betreuung von vaginalen BEL-Geburten sicher fühlen und nur 11% planen, eine SPG mit BEL als Fachärzte anzubieten (Chinnock & Robson, 2007).

Um das Wissen ausgeglichener über verschiedene Fachpersonen zu verteilen, wären deshalb regelmässige Weiterbildungen sinnvoll. Es wurde bewiesen, dass interprofessionelle Simulationstrainings die Sicherheit und Kompetenz der Fachpersonen effektiv verbessern können (Deering, Brown, Hodor & Satin, 2006). Auch Mentoring-Programme, bei denen den Fachpersonen auf Anruf eine geübte Expertin oder ein geübter Experte zur Unterstützung zur Verfügung steht, führen dazu, dass die fetale Morbidität gesenkt werden kann (Mayer et al., 2011). Ausserdem wären kurze Besprechungen der Geburten im beteiligten Team wünschenswert. Dabei würde die Reflexion aller angeregt und die Mitarbeiter könnten durch ein Feedback zu ihrer Arbeit profitieren. Daraus könnten sich sowohl die Zusammenarbeit als auch die individuellen Kompetenzen weiterentwickeln.

Durch eine erweiterte Wissensverteilung würde es möglich werden, die SPG nicht von der Anwesenheit einer Person abhängig zu machen. Einerseits würde dies eine kon-

sequente Handhabung der Situation fördern, da vor allem von den Hebammen der Wunsch geäußert wurde, die SPG zu ermöglichen, wenn die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind und die Frau dies wünscht. Andererseits könnte dadurch ein klares Signal an die Gesellschaft gesendet werden, dass es sich bei BEL um eine geburtsmögliche Lage handelt und dass man im BS mit allen Sicherheitsmassnahmen hinter der SPG steht. Auch die gLP, die momentan in ständiger Pikettbereitschaft für SPG mit BEL steht, würde durch diese Entwicklung entlastet werden.

Ebenfalls durch ein Simulationstraining oder ein Mentoring-Programm könnte die Situation nicht unmittelbar verändert werden. Es braucht Zeit, bis die entsprechende Erfahrung und Sicherheit der Fachpersonen vorhanden ist. Es ist daher wichtig eine kontinuierliche Entwicklung, auch unter Einbezug von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anzustreben, um die Betreuungsqualität beizubehalten und weiter zu entwickeln. Gerade seltene Situationen müssen immer wieder trainiert werden. So wird auch von anderen Experten die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Schulung von Theorie und Praxis anhand der geringen Inzidenz von BEL betont (Delotte et al., 2011). Um Sicherheit zu gewinnen, sollten Fachpersonen mit der hintergründigen Unterstützung der gLP die Möglichkeit erhalten, eine reale BEL-Geburt selber zu leiten und ggf. Manöver durchzuführen.

Chancen und Risiken der Umsetzung

Da im BS eine starke Diskussions- und Entwicklungskultur vorhanden ist, kann die Chance, dass Veränderungen im Beratungskonzept umgesetzt und interne Weiterbildungen eingeführt werden, als hoch eingeschätzt werden. Den verantwortlichen Fachpersonen ist das Bedürfnis der Mitarbeitenden nach Lernmöglichkeiten bewusst und im Team wird die Sinnhaftigkeit dafür erkannt. Von den erfahrenen Personen geht eine grosse Motivation zur Wissensweitergabe aus, was eine Ressource darstellt. Aus ethischer Sicht ist es ein Anliegen des geburtshilflichen Teams, den Klientinnen den Wunsch nach einer SPG zu ermöglichen und keine medizinisch nicht indizierten SC gegen den Wunsch der Klientinnen durchzuführen. Rycroft-Malone (2009) macht deutlich, dass eine Weiterbildung alleine nicht zielführend ist. Die Erfahrung und Sicherheit der Fachleute muss in einem begleiteten Prozess aufgebaut werden.

Befragte Fachpersonen sind sich uneinig, inwiefern sich durch die rechtliche Ausgangslage geschützt oder unter Druck gesetzt fühlen und ob die Hintergedanken an rechtliche Konsequenzen das Handeln besonders bei BEL beeinflussen. Einige Fachpersonen stellen fest, dass die Geburtshilfe zunehmend defensiver wird. Laut Anwälten sind aber weder Gesetzestexte noch Urteilssprüche die Ursache für die ständig sin-

kende Anzahl an Versuchen der SPG mit BEL (Delotte et al., 2011). Damit Fachleute sich besser geschützt fühlen, bräuchte es eine klare Aussage der schweizerischen Fachgesellschaften, welche die SPG bei BEL in gut geprüften Fällen und in einem dafür geeigneten Setting als möglich deklariert und sich dafür einsetzt, dass dem Wunsch der Frau Folge geleistet wird. Klare Empfehlungen, die Beratungsinhalte und das Vorgehen bei BEL definieren, sollten entwickelt werden.

So lange die verantwortlichen Fachpersonen sich nicht sicher fühlen und ihnen von Fachgesellschaften nicht der Rücken gestärkt wird, werden es einzelne mutige Personen bleiben, welche die Verantwortung für die regelmässige Durchführung von BEL-Geburten übernehmen. Dadurch würde sich das Problem eines Mangels an dafür ausgebildeten Fachpersonen weiter verschärfen.

Limitationen

Da die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit die Darstellung einer komplexen Situation beinhaltet, wurden mehrere Fragestellungen zur Abdeckung verschiedener Teilaspekte formuliert. Die einbezogene Literatur weist daher eine gewisse Heterogenität auf. Dies erlaubt einerseits einen vielseitigen Einblick ins Thema, andererseits können dadurch Ergebnisse teilweise nicht mehrfach belegt werden. Die verwendeten qualitativen Studien bringen die Gefahr mit sich, die Ansicht des Sampling in einem gewissen Setting zu widerspiegeln und lassen sich möglicherweise nur begrenzt auf andere Settings übertragen. Zwei Studien mit eingeschränktem Evidenzniveau wurden zudem auf Grund wenig vorhandener Arbeiten zum Thema miteingeschlossen.

Die Studienanalyse wurde einzeln durchgeführt. Weil die Überprüfung durch eine weitere Person aus Zeitgründen nur in Form von Stichproben stattfand, besteht die Gefahr von Fehlbeurteilungen. In der Betrachtung der Ergebnisse sollten diese Aspekte berücksichtigt werden.

Durch die Befragung einer Auswahl an Fachpersonen und die pragmatische Analyse der Leitlinie im BS, konnte die Handhabung in der Beratung und Geburtsbegleitung bei BEL analysiert und teilweise Veränderungsbedarf aufgedeckt werden. Da sich jedoch die Auswahl der Personen auf eine Zahl von 13 beschränkt, muss davon ausgegangen werden, dass keine vollständige Sättigung der Daten erreicht wurde und mögliche Aspekte nicht aufgedeckt werden konnten.

Um die Qualität der Beratung und Begleitung ganzheitlich erfassen zu können, wäre zudem eine Erfahrungserhebung der im BS betreuten Frauen sowie das Erfassen bestehender Wünsche und Bedürfnisse nötig gewesen. Diese konnte im vorgegebenen Rahmen dieser Bachelor-Thesis nicht durchgeführt werden. Eine wichtige Vorausset-

zung für die Erarbeitung eines konkreten Praxisprojektplans zur Implementierung von Entscheidungshilfen in die Beratung fehlt somit.

Als Stärke dieser Arbeit kann der aufgedeckte Veränderungsbedarf, der aus Sicht der Fachpersonen in der Handhabung besteht, genannt werden. Beispielhaft sei das Sammeln von Erfahrung genannt, das ein grosses Bedürfnis der Fachpersonen darstellt. Eine Möglichkeit wäre daher die Ausarbeitung eines konkreten Praxisprojektplans zur Implementierung eines Schulungsangebotes im BS. In einem Pilotprojekt könnte die Einführung eines solchen Angebotes getestet und evaluiert werden.

6 Schlussfolgerung

Die Analyse im BS hat verdeutlicht, dass die Grundlage für eine frauenzentrierte Betreuung und gute Bedingungen für die Qualitätsentwicklung vorhanden sind, wobei sich der starke Kontext dafür als massgebend erwiesen hat.

Im Vergleich von Literaturreview und Praxisanalyse zur Beratung hat sich ergeben, dass die Beratung anhand eines fundierten Konzeptes durchgeführt wird, das zahlreichen Bedürfnissen der Frauen gerecht wird. Potential zur Optimierung besteht im Einhalten des shared-decision-making, im vermehrten Aufdecken der Ressourcen der Frauen durch Empowerment sowie in der kontinuierliche Betreuung durch ein gleichbleibendes interprofessionelles Team.

Die plausible Risikovermittlung durch bildliche Darstellung und der Gebrauch natürlicher Häufigkeiten sowie das Erstellen und Implementieren einer spezialisierten Entscheidungshilfe bzgl. Geburtsmodus bei BEL nach erfolgter Bedürfniserhebung könnte die Entscheidungsfindung für Frauen, deren Umfeld sowie Fachpersonen erleichtern. Unter Einbezug der genannten Optimierungsvorschläge stellt das Beratungskonzept des BS durchaus eine empfehlenswerte Referenz für andere Spitäler dar.

Es hat sich gezeigt, dass Fachpersonen im BS teilweise ihre Kompetenzen in der Geburtsbetreuung aufgrund mangelnder Erfahrung als zu gering einschätzen, um eine BEL-Geburt selbstständig zu leiten. Vermehrtes Sammeln von Erfahrungen könnte zu mehr Sicherheit der Fachpersonen beitragen, was die neutrale Haltung und das professionelle Auftreten gegenüber Frauen mit BEL stärken könnte. Zusätzlich liessen sich Ängste und Stress der Fachpersonen unter der Geburt senken.

Die durch die Erhebung sichtbar gewordene Paradoxie, dass einerseits die Überzeugung in Bezug auf das Vorhandensein allgemeiner Erfahrung als Voraussetzung der Begleitung besteht und andererseits die eigene Erfahrung als ungenügend empfunden

wird, verdeutlicht das Bedürfnis nach Weiterbildung. Durch Wissensdiversität könnte zudem die Durchführung der SPG bei BEL in Abwesenheit der gLP ermöglicht werden.

Eine Schulung in Form von regelmässigen Weiterbildungen, z.B. in Form von interprofessionellen Simulationstrainings, und Reflexionen würden dazu beitragen, dass Sicherheit erlangt werden könnte. Um schliesslich das Wissen und die Fertigkeiten zu festigen, sollten Fachpersonen die Möglichkeit erhalten, BEL-Geburten, unterstützt durch die gLP als Mentorin, selbstständig zu leiten und allenfalls nötige Manöver auszuführen. Als weiterer Forschungsbedarf lässt sich die Erstellung und Implementierung eines Schulungsprojekts und dessen Evaluation nennen.

Der Wunsch nach Qualitätsentwicklung erfordert klare Empfehlungen der Schweizerischen Fachgesellschaften zu Beratungsinhalten und der Betreuung bei BEL, wodurch Frauen in ihrer Situation befähigt und Fachpersonen in ihrem Handeln gestärkt würden. Schliesslich sollte ein politisches Interesse zur Stärkung einer gesunden Geburtshilfe unter Einbezug neuester Evidenzen, die eine SPG bei BEL als valable Option darstellen vorhanden sein. Durch eine klare Stellungnahme liesse sich die Haltung und Denkweise der Gesellschaft über die SPG in BEL positiv beeinflussen, womit ein nachhaltig positiver Effekt auf die Frauengesundheit erreicht werden könnte.

7 Literaturverzeichnis

- Abhyankar, P., Volk, R., Blumenthal-Barby, J., Bravo, P., Angela Buchholz, A., Ozanne, E., ... Stalmeier, P. (2013). Balancing the presentation of information and options in patient decision aids: an updated review. *BMC Medical information and decisionmaking*, 13(Suppl. 2), 1-10. doi: 10.1186/1472-6947-13-S2-S6
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). *Mode of term singleton breech delivery*. Abgerufen von <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co340.pdf?dmc=1&ts=20160314T0354232651>
- Antonovsky, A. (1997) *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen :Dgvt-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (Delbi)*. Abgefragt von www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/delbi05kurz.pdf
- Basters-Hoffmann, B. (2015). Beckenendlagegeburten: perfekte Choreografie. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2015(12), 16-20.
- Bauchamp, TL., & Childress, JF. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. (5. Aufl.) New York: Oxford University Press.
- Brailey, S. (2005). Informiert Wählen: zeitgemässe Ethik. *Hebamme.ch*, 2015(10), 4-9.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Kaiserschnittgeburten in der Schweiz: Synthese wissenschaftlicher Analysen*. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/?lang=de>
- Bundesgesetz über die Forschung am Menschen 2011*. (1.1.2014). Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html>
- Cateling, C., Petrovska, K., Watts, N.P., Bisits, A., & Homer, C.S.E. (2015). Care during the decision-making phase for women who want a vaginal breech birth: Experiences from the field. *Midwifery*, 2016(34), 111-116. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.008>
- Chinnock, M., & Robson, S. (2007). Obstetric trainees' experience in vaginal breech delivery: implications for future practice. *Obstetrics & Gynecology*, 110(4), 900-903. doi: 10.1097/01.AOG.0000267199.32847.c4
- Council for International Organizations of Medical Science. (2002). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Abgerufen von http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf
- Deering, S., Brown, J., Hodor, J., & Satin, A. (2006). Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 107(1), 86-89. doi: 10.1097/01.AOG.0000192168.48738.77

- Delotte, J., Oliver, A., Boukaidi, S., Mialon, O., Breaud, J., Benchimol, D., & Bongain, A. (2011). Qui limite l'apprentissage obstétrical et la pratique de l'accouchement de la présentation du siège par voie basse : la médecine ou le droit? Discussion entre un praticien, un avocat et un responsable service universitaire. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40(2011), 587-589. doi : 10.1016/j.jgyn.2011.05.011
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An international journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(4), 529-539. doi: 10.1111/1471-0528.13819
- Duden, B. (2013). Unser Körper - unser Leben?. *Hebamme.ch*, 12(2013), 4-8.
- Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit & Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung. (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/>
- Emmett, CL., Montgomery, AA., & Murphy, DJ. (2011). Preferences for mode of delivery after previous caesarean section: what do women want, what do they get and how do they value outcomes? *Health Expectations*, 14(4), 397-404. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00635.x.
- Feige, A., & Krause, M. (2011). Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus: Poleinstellungsanomalien. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 941-963). Berlin: Springer.
- Feige, A. & Krause, M. (2008). Technik der vaginalen Beckenendlagenentbindung - Update 2007/2008. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 2008(68), 25 – 48.
- Frost, J., Shaw, A., Montgomery, A., & Murphy, DJ. (2009). Women's views on the use of decision aids for decision making about the method of delivery following a previous caesarean section: qualitative interview study. *BJOG: An international journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(7). 896-905. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02120.x
- Garbett, R., & McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *Nursing Times Research*, 7(2), 87 – 100.
- Gesundheitsgesetz 1984. (1.1.2014). Abgerufen von <https://www.belex.sites.be.ch/frontend/versions/347?locale=de>
- Gigerenzer, G. (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft* (4. Aufl.). München: C. Bertelsmann Verlag

- Glaso, A., Sandstad, I., & Vanky, E. (2013). Breech delivery: what influences on the mother's choice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(2013), 1057-1062. doi: 10.1111/aogs.12183
- Goffinet, F., Carayol, M., Foidart, JM., Alexander, S., Uzan, S., Subtil, D., & Bréart, G. (2006). Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006(194), 1002–1011.
- Grundy, S. (1982). Three modes of action research. *Curriculum Perspectives*, 2(3), 23 – 24.
- Guittier, M.-J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, O., & Hudelson, P. (2010). Breech presentation and choice of mode of childbirth: A qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 2011(27), 208-213.
- Harder, U., & Rockel-Loenhoff, A. (2007). Beckenendlage (BEL). In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. Aufl., S. 374-384). Stuttgart: Hippokrates.
- Hepp, H., Berg, D., & Hasbargen, U. (Hrsg.). (1995). *Gynäkologie und Geburtshilfe 1994*. Berlin: Springer.
- Herriger, N. (2010). *Empowerment in der sozialen Arbeit: eine Einführung* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hogle, KL., Kilburn, L., Hewson, S., Gafni, A., Wall, R., & Hannah, ME. (2003). Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of center collaborators. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 25(1), 14-16.
- Homer, C., Watts, N., Petroska, K., Sjostedt, C., Bisits, A. (2015). Women's experiences of planning a vaginal breech birth in Australia. *BMS Pregnancy and Childbirth*, 2015(15), 1-8. doi: 10.1186/s12884-015-0521-4
- Hopkins, LM., Esakoff, T., Noah, MS., Moore, DH., Sawaya, GF., & Laros, RK. (2007). Outcomes associated with cesarean section versus vaginal breech delivery at a university hospital. *Journal of Perinatology*, 27(3), 141-146.
- Horey, D., Kealy, M., Davey, MA., Small, R., & Crowther, CA. (2013). Interventions for supporting pregnant women's decisionmaking about mode of birth after a caesarean (Review). *The Cochrane Library*, 7(2013), 1-58. doi: 10.1002/14651858.CD010041.pub2
- Höpflinger, F. (2011) *Standardisierte Erhebungen-methodische Hinweise zu Umfragen*. Abgerufen von <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Umfragemethodik.pdf>
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. (2014). *Qualitätsreport 2014*. Abgerufen von <https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2014/AQUA-Qualitaetsreport-2014.pdf>

- Jaeger, N., Fäh, M., Meier, R., Kleeb, B., & Beck, G. (2008). *Schnittige Geburtshilfe: Ein Vergleich des fetalen Outcome über zwei Jahrzehnte*. Abgerufen von https://www.soh.ch/fileadmin/user_upload/solothurner_spitaeler_ag/Wissenschaftliche_Publikationen/pdf/Beck_KSO_Schnittige_Geburtshilfe_Abstract.pdf
- Kok, M., Gravendeel, L., Opmeer, B., van der Post, J., & Mol, B. (2008). Expectant parents' preference for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation. *Patient Education and Counseling*, 72(2008), 305-310. doi: 10.1016/j.pec.2008.04.008
- Krause, M. (2007). Der Vierfüßlerstand: eine optimale Gebärhaltung bei Beckenendlagen. *Die Hebamme*, 20(3), 164-167.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lagrange, E., Ab der Halden, M., Ughettob, S., Bodaa, C., Accoceberry, M., Neyrata, C., ... Gallot, D. (2007). Breech presentation and vaginal delivery: evolution of acceptability by obstetricians and patients. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(2007), 757–763.
- Lange, U. (2015). Die Beckenendlage - ein ewiges Thema mit Konfliktpotential. *Die Hebamme*, 2015(1), 4.
- Liu, N., Mazzoni, A., Zamberlin, N., Colomar, M., Chang, O., Arnaud, L., Althabe, F., & Belizán, J. (2013). Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reproductive Health*, 10(2), 1-7. doi: 10.1186/1742-4755-10-2
- Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (2007). *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5.Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Manley, K. (2000). Organisational culture and consultant nurse outcomes. Part1: Organisational culture. *Nursing Standard*, 14(36), 34 – 38.
- Mayer, O.H. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6.Aufl.). München: Oldenburg Verlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (601 -613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- McCormack, B., Manley, K. & Garbett, R. (Hrsg.). (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Montgomery, AA., Emmet, CL., Fahey, T., Jones, C., Ricketts, I., Patel RR., Murphy, DJ. (2007) Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmj.39217.671019.55

- Nassar, N., Roberts, CL., Barrett, A., Bell, JC., Olive, EC., Peat, B. (2006). Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. *Pediatrics and Perinatal Epidemiology* 20(2), 163-171.
- Nassar, N., Roberts, CL., Raynes-Greenow, CH., Barratt, A., & Peat, B. (2007). Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(3), 325-333. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01206.x
- Niino, Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Bio Science Trends* 5(4), 139-150. doi: 10.5582/bst.2011.v5.4.139
- Nohl, A. (2012). *Interview und dokumentarische Methode: Anleitung für die Forschungspraxis* (4.Aufl.). Hamburg: Springer Verlag.
- Polit, D. F., Beck, Ch.T., & Hungler B. (2010). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2006). *The management of breech presentation*. Abgerufen von <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-no-20b-breech-presentation.pdf>
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung der PARIHS-Bezugsrahmen. In McCormack, B. Manley, K. & Garbett, R. (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105-124) Bern: Verlag Hans Huber.
- Samerski, S. (2014) Ende des kundigen Urteils. *Hebamme.ch*, 2014(3), 31-34.
- Say, R., Robson, S., Thomson, R. (2011). Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open* (1).doi:10.1136/bmjopen-2011-000261
- Schäfers, R., Schönberner, P. & Kehrbach, A. (2010). Die Begleitung der Geburt. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der natürlichen Geburt* (S. 26.31) Stuttgart: Hippokrates.
- Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Hannover: Elwin Staude.
- Schuller, R.-C. & Surbeck, D. (2014). Sectio caesarea: Aktuelle Kontroversen. *Therapeutische Umschau*, 71(12), 717-722.
- Schwarz, C. (2007). Empowerment: Strategien entwickeln. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2007(9), 32-35.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2015). *Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz*. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15437/index.html?lang=de>

- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2015). *Guideline Sectio Caesarea*. Abgerufen von http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2010). *Aufklärungsprotokoll über Kaiserschnitt*. Abgerufen von http://sggg.ch/files/Aufklaerungsprotokoll_ueber_Kaiserschnitt.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband. (1994). *Internationaler Ethikkodex für Hebammen*. Abgerufen von http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf
- Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. (2016). *Grundwerte der Medizinethik*. Abgerufen von <http://www.gene-abc.ch/de/ethik/grundwerte-der-medizinethik/>
- Stacey, D., Légaré, F., Col, NF., Barry, MJ., Eden, KB., Holmes-Rovner, M., ... Wu, JH. (2014). Decision aids für people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic reviews* (1). doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
- Stadlmayr, W. (2015). Den Frauen bei der Geburt aus Beckenendlage wieder Optionen eröffnen. *Hebamme.ch*, 2015(5), 4-1.
- Steinke, I. (2012): Gütekriterien qualitativer Forschung In: Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (9.Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Management of breech presentation at term*. Abgerufen von http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/945-c-obs-11-management-of-term-breech-presentation-.html
- Tucker, E. (2014) Shared decision-making and decision support: their role in obstetrics and gynecology. *Ostetrics and Gynecology*, 26(6), 523-530. doi: 10.1097/GCO.000000000000120
- University of Sydney. (2003). *Making choices: options for a pregnant woman with a breech baby*. Abgerufen von http://sydney.edu.au/medicine/public-health/shdq/docs/Breech_DA.pdf
- Vlemmix, F., Warendorf, JKK., Rosman, AN., Kok, M., Mol, BW., Nassar, N. (2013). Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG: An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(3), 257-266. doi: 10.1111/1471-0528.12060
- Wie bringen Sie ihr Kind zur Welt?: Eine Informationsbroschüre über die Geburt*. [Broschüre]. (2014). Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

8 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Einteilung der Beckenendlagen (Harder & Rockel-Loenhoff, 2007)	8
Abbildung 2: Übersicht Literatursuche	24
Abbildung 3: Themen und Aspekte die aus Sicht der Fachpersonen einen Einfluss auf die Betreuung von Frauen mit BEL haben	41

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Empfehlungen der Fachgesellschaften	9
Tabelle 2: Suchbegriffe	17
Tabelle 3: Ergebnisse qualitativer Studien.....	26
Tabelle 4: Ergebnisse quantitativer Studien	29
Tabelle 5: Stärke-Schwäche-Profil	30
Tabelle 6: Ausgeschlossene Studien.....	34
Tabelle 7: Veränderungsbedarf	51

10 Abkürzungsverzeichnis

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
äW	äussere Wendung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEL	Beckenendlage
BS	Bezugsspital
CIOMS	Council for International Organizations of medical Science
CTG	Kardiotokografie
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EH	Entscheidungshilfe
EHG	Entscheidungshilfegruppe
gLP	geburtshilfliche Leitungsperson
KG	Kontrollgruppe
MRI	Magnetresonanztomographie
PARIHS	Promiting Action on Research Implementations in Health Services
RANZCOG	The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
SC	Sectio cesarea
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SPG	Spontangeburt
SSW	Schwangerschaftswoche
TBT	Term Breech Trial
US	Ultraschall