



Picker Report 2017

Hohe Fallzahl - gute Geburt?

Wie Frauen ihre Betreuung in
großen und kleinen Kliniken erleben

Inhalt

- 3 Immer weniger Kreißsäle...
 - 4 ... bei steigenden Geburtenzahlen
 - 4 Kleine Abteilungen, hohe Kosten
 - 5 Große Fallzahlen = bessere Ergebnisse?

- 7 Und was sagen die Frauen?
Qualitätsbewertung braucht das Urteil der Betroffenen
 - 7 It ain't over when it's over

- 9 Die Perspektive der Frauen
 - 9 Eher positiv: die Betreuung im Kreißsaal
 - 10 Eher kritisch: die Betreuung auf der Wochenbettstation
 - 11 Im Fokus I: Betreuung im Kreißsaal
 - 13 Im Fokus II: Betreuung auf der Wochenbettstation

- 18 Fazit

- 20 Literatur

Über die Geburtshilfe wird in jüngster Zeit viel diskutiert und die Liste der Streitpunkte ist lang. Sie reicht von massiv gestiegenen Haftpflichtprämien für Hebammen und GynäkologInnen über Personalmangel in Kreißsälen und auf Wochenbettstationen bis hin zu (zu) hohen Kaiserschnittraten, Mindestmengen und der Schließung kleinerer Kreißsäle zugunsten von größeren Abteilungen.

Immer weniger Kreißsäle...

Tatsächlich ist die Zahl der Kreißsäle in den vergangenen Jahren immer weiter gesunken. Standen Schwangeren in Deutschland für eine Geburt im Krankenhaus im Jahr 1991 noch fast 1.200 Kreißsäle zur Verfügung, waren es 2015 nur noch rund 700. Das entspricht einem Rückgang um gut 40 % (1). Geschlossen wurden vor allem kleine Abteilungen mit weniger als 600 Geburten pro Jahr, die derzeit rund 30 % der Kreißsäle ausmachen. Die meisten davon befinden sich in Bayern, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. In weiteren je 30 % werden zwischen 600 und 1.000 bzw. 1.000 bis 2.000 Kinder pro Jahr geboren, in den restlichen 10 % der Kreißsäle bringen jährlich mehr als 2.000 Frauen ihre Kinder zur Welt.

... bei steigenden Geburtenzahlen

Ein Argument für die Schließung der Kreißsäle waren lange Zeit die stetig rückläufigen Geburtenzahlen. Diese Entwicklung scheint jedoch erst einmal gestoppt. Nachdem 2011 die niedrigste Geburtenzahl seit der Wiedervereinigung gemessen wurde, steigt die Zahl der Geburten seitdem bundeslandübergreifend kontinuierlich wieder an. Mit mehr als 790.000 Geburten kamen in Deutschland 2016 schließlich fast 20 % mehr Kinder zur Welt als 2011. Damit wurde fast das zweithöchste Niveau seit der Wiedervereinigung erreicht (Abb. 1).

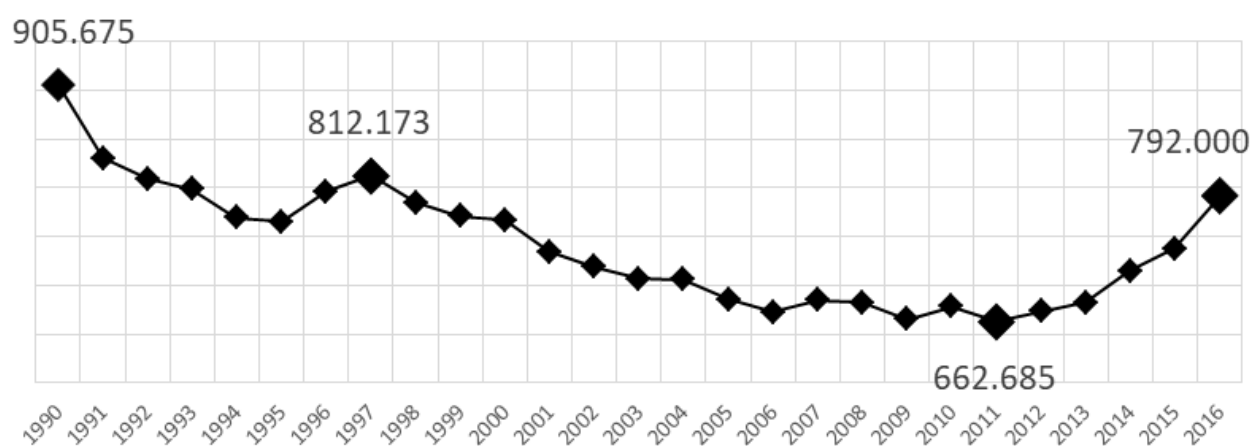


Abb. 1 Geburten in Deutschland 1991-2016

Dabei fällt der Anstieg im Vergleich zum Geburtstiefpunkt von 2011 von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich aus. Er reicht von +4 % in Sachsen-Anhalt bis zu +21 % in Bremen. Hamburg und Berlin verzeichneten im Jahr 2015 ihre jeweils höchste Geburtenzahl seit der Wiedervereinigung. Diese Anstiege lassen sich vor allem dadurch erklären, dass die Töchter der Babyboomer mit der Familiengründung später begonnen haben als ihre Mütter. Auch die Zunahme der Geburten von Frauen insbesondere aus Polen, Rumänien und Albanien spielt eine Rolle. Ob sich dieser Trend fortsetzen wird, lässt sich derzeit nur schwer vorhersagen. Das wird auch von der weiteren Entwicklung der Zuwanderung abhängen (2).

Kleine Abteilungen, hohe Kosten

Neben demografischen werden insbesondere wirtschaftliche Gründe für die Schließung geburtshilflicher Abteilungen ins Feld geführt. So hat eine Analyse von Fallzahlen und Abrechnungsdaten deutscher Krankenhäuser aus dem Jahr 2007 ergeben, dass sich geburtshilfliche Abteilungen bei einer Geburtenzahl von weniger als 500 Geburten im Jahr nicht wirtschaftlich betreiben lassen (3).

Dreh- und Angelpunkt dieser Betrachtungsweise ist ein immer stärker rein medizinisch geprägter Blick auf die Geburt. Dabei wird die Geburt primär unter dem Aspekt möglicher Komplikationen betrachtet – jede Geburt ist eine potenzielle Risikogeburt. Daraus wiederum ergibt sich, dass eine geburtshilfliche Abteilung jederzeit auf alle Eventualitäten vorbereitet sein muss. Sie muss rund um die Uhr Hebammen, Geburtshelfer, Anästhesisten, das entsprechende Pflegepersonal und nach Möglichkeit auch Kinderärzte sowie eine umfassende Notfallinfrastruktur wie Operationsaal und Intensivstation mit der notwendigen

apparativen Ausstattung vorhalten. Und das, obwohl die Mehrzahl der Frauen und Kinder dies alles – abgesehen von Hebammen und Geburtshelfern – gar nicht in Anspruch nimmt. Bezahlt wird das Personal allerdings nur, wenn es auch zum Einsatz kommt, und auch die weiteren Vorhaltekosten werden in den Fallpauschalen nicht berücksichtigt. Unter diesen Voraussetzungen wird die normale Geburt für viele Krankenhäuser zu einem teuren Vergnügen.

Allerdings hat auch der Abbau einer wohnortnahen Versorgung seinen Preis. Denn ist der Weg zur nächsten Klinik weit, werden auch bei sehr guter Information und Aufklärung mehr Frauen früher als notwendig in den Kreißaal aufgenommen (4). Eine solche verfrühte Aufnahme führt aber nachweislich zu vermehrten geburtsmedizinischen Interventionen, ohne dass sich das Outcome dadurch verbessert (5-7). Was durch einen solchen langen Aufenthalt im Kreißaal jedoch steigt, ist die Akzeptanz der Frauen für entsprechende Interventionen, gegebenenfalls sogar für einen geplanten Kaiserschnitt.

Je länger der Anfahrtsweg zum nächsten Kreißaal, desto mehr Stress empfinden viele Frauen. Das wiederum kann sowohl den Schwangerschafts- als auch den Geburtsverlauf negativ beeinflussen (8,9). Boarding-Konzepte stellen hier eine Option dar, sind aber immer mit einer Trennung von der Familie und eventuellen Kosten für deren Unterbringung und Versorgung verbunden, was gerade für sozial schwache Familien öfter problematisch ist (10). Solche Konzepte sind daher vor allem für einzelne Risikoschwangere sinnvoll, nicht aber für den Großteil der werdenden Mütter und damit als Versorgungskonzept für eine ganze Region (11).



Große Fallzahlen = bessere Ergebnisse?

Last but not least lautet ein weiteres Argument für die Zentralisierung der Geburtshilfe, dass eine Mindestzahl an Geburten nicht nur mit einer höheren Wirtschaftlichkeit, sondern auch mit einer besseren Ergebnisqualität verbunden sei. Die AOK hat diese Diskussion in ihrem Krankenhausreport 2017 erneut befeuert. Sie fordert, dass Krankenhäuser nur noch dann geburtshilfliche Leistungen anbieten (und von den Krankenkassen bezahlt bekommen) sollen, wenn dort mindestens 500 Geburten pro Jahr stattfinden (12). Die Begründung: Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto besser die Behandlungsergebnisse. Das belegt eine Reihe wissenschaftlicher Studien beispielsweise für Eingriffe wie den Einsatz von Hüft- oder Knieendoprothesen oder auch für Schilddrüsenoperationen (ebd.). In der Tat hat die Hypothese, dass Menge und Qualität zusammenhängen, etwas Bestechendes – Übung macht schließlich den Meister.

Einige Autoren weisen allerdings darauf hin, dass die Qualität vieler Forschungsarbeiten zu diesem Thema nicht immer die beste ist. Dadurch ist auch die Belastbarkeit der Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen (13-15). Sie geben des Weiteren zu bedenken, dass ein Vergleich von Studien aus den USA und Kanada – zwei Ländern mit sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen – vermuten lässt, dass der Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und Menge auch durch systemische Faktoren wie die Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystems beeinflusst wird (16). Und schließlich ist eine Geburt etwas anderes als ein chirurgischer Eingriff. Deswegen sind Erfahrungen mit Organisation und Management chirurgischer Eingriffe nur sehr eingeschränkt auf die geburtshilfliche Versorgung übertragbar (17).



Keine Frage: besonders gefährdete Kinder profitieren

Die Forschungsarbeiten aus dem Bereich Geburtshilfe, auf die sich das Argument besserer Ergebnisse bei größerer Fallzahl im Wesentlichen stützt, sind Studien aus unterschiedlichen Ländern, darunter auch Deutschland. In diesen Studien wurden vor allem die Überlebensraten einer besonders gefährdeten Gruppe von Kindern untersucht: Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm sowie Frühgeborene, und zwar insbesondere diejenigen, die deutlich zu früh, nämlich vor der 29. Schwangerschaftswoche, zur Welt kommen. Die Studien haben gezeigt, dass diese Kinder eine bessere Überlebenschance haben, wenn sie in einer personell und technisch sehr gut ausgestatteten Klinik zur Welt kommen (18-21). Diese Kliniken haben in der Regel auch hohe Geburtenzahlen. Ob es nun allerdings allein an der größeren Anzahl der Fälle liegt, dass die Frühgeborenen dort seltener versterben, oder auch an anderen Faktoren wie beispielsweise dem Personalschlüssel, der Qualifikation des Personals, der Qualität der Teamarbeit oder der medizintechnischen Ausstattung, konnten diese Studien nicht klären (22). Die meisten Autoren sind auch nicht der Frage nachgegangen, welchen Einfluss System und Art der vorgeburtlichen Betreuung auf die Ergebnisse hat. Das aber könnte von großer Bedeutung sein, denn es gibt Hinweise darauf, dass mit einem gut funktionierenden System der Verlegung bei Komplikationen auch Krankenhäuser mit einer niedrigeren Geburtenzahl einen sicheren Geburtsort darstellen (17,23).

Fakt ist allerdings: Nur etwa jede zehnte Geburt in Deutschland ist eine Frühgeburt. Die meisten von ihnen kommen zwischen der 32. und 37. Schwangerschaftswoche zur Welt. Vor der 29. Schwangerschaftswoche werden nur knapp 1,5 % aller Kinder geboren, nur 1,4 % aller Kinder wiegen bei der Geburt weniger als 1.500 Gramm (24). In dieser speziellen, kleinen Gruppe ist die Sterblichkeit am höchsten und natürlich ist ein solcher Verlauf für jede einzelne Familie, die davon betroffen ist, ein tragisches Ereignis.

Grundsätzlich aber ist das Risiko, bei oder kurz nach der Geburt zu versterben, für die allermeisten in Deutschland geborenen Kinder sowie deren Mütter glücklicherweise verschwindend gering.

Maximalversorgung als Standard?

Es muss also die Frage gestellt werden, ob das, was bei Frühgeborenen und Kindern mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht zu einem besseren Ergebnis führt, auch bei normalen Geburten die optimale Versorgung darstellt. Ist es für die reifen Neugeborenen, die mehr als 90 % aller Geburten ausmachen, tatsächlich besser, in einer notfallmedizinisch, personell und apparativ optimal ausgestatteten großen Klinik zur Welt zu kommen? Hält also die Zentralisierung mit Blick auf die Versorgungsqualität bei Reifgeborenen wirklich das, was wir uns von ihr erwarten – oder ihr unterstellen?

Die Antworten sind nicht eindeutig, lassen aber zumindest Zweifel aufkommen. Einige wenige Studien legen den Eindruck nahe, dass auch reife Neugeborene in größeren Abteilungen besser versorgt sind (25), in anderen konnte kein Qualitätsunterschied zwischen größeren und kleineren Abteilungen festgestellt werden (4,20,26,27). Wieder andere zeigen, dass reife Neugeborene zur Geburt in Abteilungen mit niedrigerer Geburtenzahl mindestens genauso gut oder sogar besser aufgehoben sind als in Abteilungen mit hoher Geburtenzahl (17,23,28).

Mit Blick auf die Mütter zeigt die Entwicklung der letzten Jahrzehnte, dass Interventionen, die ursprünglich dazu gedacht waren, bei Risikogeburten zu einer Verringerung des Risikos beizutragen, immer öfter auch bei Frauen mit komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf zum Einsatz kommen (29). Werden normale Geburten aber wie Hochrisikogeburten behandelt, besteht die Gefahr, dass unnötig in den physiologischen Ablauf eingegriffen und eine Interventionskaskade in Gang gesetzt wird, die oftmals weder dem Kind noch der Mutter eine bessere Betreuung

oder bessere Ergebnisse beschert (30-32).

Abwartende Betreuung – in großen Kliniken selten die Königsdisziplin

Je mehr Erfahrung ein klinisches Team im Umgang mit sehr frühen Frühgeborenen hat, desto besser sind die Ergebnisse – das klingt plausibel. Aber macht diese Übung beziehungsweise Erfahrung das klinische Team auch zum Meister für die Betreuung ganz normaler Geburten?

Bei der Betreuung normaler Geburten brauchen Hebammen und Ärzte in erster Linie Erfahrung im Umgang mit dem physiologischen Verlauf einer Geburt. Das heißt: Erfahrung mit einer abwartenden Betreuung. Wie abwartend wird die Betreuung in einer (großen) Klinik in der Regel aber sein, in der Hebammen und Ärzte vor allem von Erfahrungen mit krisenhaften Geburtsverläufen bei Risikoschwangeren einschließlich der geeigneten medizintechnischen Interventionen geprägt sind (11)? Darüber hinaus zeigt die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte, in denen der Blick auf Schwangerschaft und Geburt zunehmend „technischer“ wurde, dass medizintechnische Interventionen dort, wo sie leicht verfügbar sind, schneller eingesetzt werden – und zwar auch dann, wenn sie gar nicht erforderlich sind (29,31,33).

Ein weiterer Faktor sollte nicht unterschätzt werden: Gerade große Kliniken haben häufig einen hohen Anteil an Teilzeitkräften. Dadurch ist die Nettoarbeitszeit vor Ort pro Kopf geringer, entsprechend seltener dadurch auch die Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln. Zusätzlich haben diese Kliniken oft mit einer hohen Fluktuation zu kämpfen und der Anteil der Berufsanfänger, die aufgrund der angespannten Personalsituation oft nicht angemessen eingearbeitet und begleitet werden, ist höher. Damit wird deutlich: Allein die Größe einer geburtshilflichen Abteilung garantiert noch lange keine qualitativ hochwertige Versorgung (11).

Und was sagen die Frauen?

Qualitätsbewertung braucht das Urteil der Betroffenen

Für eine kleine Gruppe gefährdeter Neugeborener steht außer Zweifel, dass ihre Geburt in einem spezialisierten Zentrum mit besseren Überlebenschancen einhergeht. Für die große Gruppe der reifen Neugeborenen sind die Ergebnisse dagegen weit weniger eindeutig. Aber was ist eigentlich mit den Müttern? Ist es tatsächlich so, wie kürzlich von einer Journalistin in der Süddeutschen Zeitung postuliert, dass es nicht wichtig ist, ob eine Geburt „schön“ ist, sondern dass Mutter und Kind die Geburt vor allem lebend und körperlich möglichst unversehrt überstehen (34)?

Diese Aussage spiegelt eine mit Blick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität in Deutschland nach wie vor dominante Einstellung wider. Denn während sich die Patientenerfahrung international längst als wichtiges Qualitäts- und Steuerelement etabliert hat, ist dies in Deutschland bisher nicht der Fall (35). Nach wie vor sind medizinisch-prozessuale und wirtschaftliche Kennzahlen hierzulande die wesentlichen Triebfedern zur Gestaltung und Veränderung der Versorgung. Medizinische Qualität wird im Wesentlichen an Komplikations- und Sterblichkeitsraten gemessen (36). Im stationären Bereich gibt es mit der Reform des Krankenhausstrukturgesetzes zwar seit zwei (!) Jahren erstmals auch eine gesetzliche Verpflichtung, die Versorgung nicht mehr nur „bedarfsgerecht“ und „qualitativ hochwertig“, sondern auch „patientengerecht“, also an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, zu gestalten. Wie dies umgesetzt wird, bleibt allerdings abzuwarten. Wird der Faktor Patientenerfahrung nicht endlich in die Betrachtung einbezogen, wird damit im Übrigen auch der wissenschaftlich längst erbrachte Beleg ignoriert, dass gesundheitliche Versorgungsqualität drei Säulen hat: klinische Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenerfahrung (37).

„It ain't over when it's over“

Was für Patienten richtig ist, gilt für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen möglicherweise in noch stärkerem Maße. Denn eine Geburt ist kein medizinisches Ereignis am Ende der Schwangerschaft, das mit einem kurzen Krankenhausaufenthalt einfach abgeschlossen wird. Eine Geburt ist eben nicht „just another day in a woman's life“ (38). Sie ist vielmehr ein einschneidendes Erlebnis mit weitreichenden Auswirkungen für Mutter und Kind.

Auch wenn beide am Ende körperlich gesund sind, heißt das nicht automatisch, dass „alles gut gelaufen“ ist. Die Art und Weise, wie eine Frau die Geburt und ihre Betreuung erlebt, prägt ihre seelische und körperliche Gesundheit auf Jahre oder sogar Jahrzehnte hinaus ebenso wie die Beziehung zu ihrem Kind (39). Es ist eben nicht vorbei, wenn die Geburt vorbei ist (40). Frauen, die die Geburt und ihre Betreuung in diesen Stunden positiv erleben, gehen gestärkt daraus hervor, begegnen dem neuen Lebensabschnitt zuversichtlicher (41) und berichten über eine bessere Lebensqualität (42). Frauen mit negativer Geburtserfahrung sind nach der Geburt dagegen häufiger unsicher, besorgt oder sogar depressiv (43,44). Das wiederum hat Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind und kann die weitere Entwicklung des Kindes nachteilig beeinflussen (45). Eine als negativ oder traumatisch erlebte Geburt erhöht das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung (46) ebenso wie das Risiko für Depressionen in (47) bzw. nach einer weiteren Schwangerschaft (48). Die Qualität der Geburtserfahrung und -betreuung spielt auch eine wesentliche Rolle, wenn es um die Entscheidung der Frau für oder gegen weitere Kinder geht (49,50) und wenn ja, ob sie Angst vor der Geburt hat (51), und ob sie das Kind auf nor-

malem Weg oder per geplantem Kaiserschnitt zur Welt bringen möchte (52,53).

Wenn wir also wirklich Interesse daran haben, dass am Ende „alles gut gelaufen“ ist, dann reicht es nicht sicherzustellen, dass das Neugeborene fünf Finger an jeder Hand hat und die Mutter einigermaßen gut zu Fuß ist. Es genügt auch nicht, die Statistiken auf perinatale Morbiditäts- und Mortalitätsraten hin zu überprüfen oder zu schauen, wie hoch die Rate der schweren Damm-

verletzungen ist, ob die Hygienevorschriften eingehalten wurden oder wie viel Zeit von der Entscheidung zum Kaiserschnitt bis zum tatsächlichen Eingriff vergangen ist. Wenn wir wirklich wissen wollen, ob „alles gut gelaufen“ ist, müssen wir die Frauen selbst fragen, wie sie ihre Betreuung während und nach der Geburt erlebt haben. Um genau diese Frage geht es im Picker Report 2017. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion haben wir dabei auch untersucht, welche Rolle die Größe der geburtshilflichen Abteilung für die Erfahrung der Frauen spielt.



Die Perspektive der Frauen

Wie stellt sich die Betreuung in den Kreißsälen und auf den Wochenbettstationen deutscher Krankenhäuser aus Sicht der Frauen dar? Erleben Frauen, die ihre Kinder in Abteilungen mit einer niedrigeren jährlichen Geburtenzahl zur Welt bringen, ihre Betreuung anders als diejenigen, die zur Geburt in ein großes Krankenhaus gehen?

Als Datenbasis der folgenden Analysen dienen die Rückmeldungen von rund 9.600 Wöchnerinnen aus 77 Krankenhäusern, die zwischen 2014 und 2017 an einer schriftlichen Patientenbefragung des jeweiligen Krankenhauses teilgenommen haben. Von ihnen haben 11% ihre Kinder in Häusern mit bis zu 600 Geburten pro Jahr zur Welt gebracht, 28 % in Häusern mit einer jährlichen Geburtenzahl zwischen 601 und 1.000 Geburten. Insgesamt 42 % haben in geburtshilflichen Abteilungen geboren, in denen zwischen 1.001 und 2.000 Geburten pro Jahr stattfinden, weitere 19 % in Häusern mit mehr als 2.000 Geburten pro Jahr. Die durchschnittlichen Rücklaufquoten lagen bei 49 %.

Eher positiv: die Betreuung im Kreißaal

Insgesamt beurteilen drei Viertel der befragten Wöchnerinnen die Betreuung im Kreißaal insgesamt als sehr gut oder ausgezeichnet und nur ein sehr kleiner Teil (7 %) als mittelmäßig oder schlecht. Die Einschätzungen unterscheiden sich etwas, je nachdem, ob eine Frau ihr Kind auf normalem Weg oder per Kaiserschnitt zur Welt gebracht hat, der Unterschied ist jedoch nicht sehr groß. Gleiches gilt für die Größe des Krankenhauses. Es lässt sich jedoch ein Trend zu besseren Erfahrungen in Häusern mit einer niedrigeren jährlichen Geburtenzahl beobachten (Abb. 2).

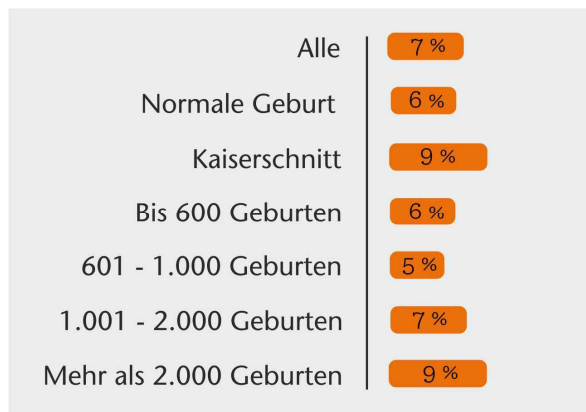


Abb. 2 Mittelmäßige oder schlechte Gesamterfahrung mit der Betreuung im Kreißaal

Aus diesem geringen Anteil kritischer Rückmeldungen könnte man den Schluss ziehen, dass für die Frauen eigentlich alles so bleiben kann wie es ist. Allerdings sind solche Gesamturteile mit Vorsicht zu genießen. Dass ein gutes Gesamturteil abgegeben wird, obwohl die Befragten bei genauerer Nachfrage an vielen Stellen Handlungsbedarf sehen, ist bei vergleichbaren Befragungen immer wieder zu beobachten (54-56). Dankbarkeitseffekte, aber auch die Tendenz, Antworten zu geben, von denen die Patienten glauben, dass sie sozial erwünscht seien, verzerren die Gesamtbeurteilung positiv (57). Diese Einflüsse werden auch für die Geburtshilfe diskutiert (58).

Bei Wöchnerinnen kommt ein weiterer Effekt hinzu: Die Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben, sowie die überwältigende Freude über die Geburt eines gesunden Kindes können dazu beitragen, negative Erfahrungen und Erlebnisse und damit Kritik im Allgemeinen sowie an den betreuenden Fachpersonen im Speziellen in den Hintergrund treten zu lassen („Halo“-Effekt) (59,60). Insbesondere wenn es im Geburtsverlauf zu Situationen kam, in denen das Wohlergehen von Mutter und Kind als gefährdet dargestellt oder wahrgenommen wurde, tendieren Wöchnerinnen dazu, den guten Ausgang als „Verdienst“ der betreuenden Fachpersonen zu interpretieren

(61,62). Auch die Verdrängung negativer Erlebnisse als erste Trauerreaktion, wenn sich Hoffnungen und Wünsche an den Geburtsverlauf nicht erfüllt haben, kann die Beurteilung der Betreuungserfahrung nach der Geburt verzerren (63).

Frauen, die ihr Kind per Kaiserschnitt geboren haben, beurteilen die Betreuung im Kreißaal etwas kritischer als Frauen, die ihr Kind auf natürlichem Wege entbunden haben (Abb. 2). Denkbar ist, dass die Enttäuschung darüber, dass die Geburt nicht den ursprünglichen Erwartungen entsprechend verlaufen ist, oder auch die Angst um das Kind oder die eigene Gesundheit in einer als bedrohlich erlebten Situation zu diesem Unterschied beigetragen haben (64). Allerdings gibt es auch Hinweise, dass eine solche Enttäuschung durch eine einfühlsame Betreuung aufgefangen werden kann (65). Das würde bedeuten, dass doch ein Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Betreuung und dem Ausgang der Geburt besteht. So konnte in einer Studie gezeigt werden, dass Frauen, die in ausreichendem Umfang eine individuell angepasste Unterstützung durch eine Hebamme erfahren, seltener per Kaiserschnitt geboren haben (66).

Die Beurteilung der Betreuung im Kreißaal in unterschiedlich großen Abteilungen zeigt eine klare Tendenz: kleinere Häuser schneiden besser (Abb. 1). Dabei könnte der Aspekt der Kontinuität eine wesentliche Rolle spielen, denn die durchgängige Betreuung während der Geburt ist für die Gebärenden von zentraler Bedeutung und hat großen Einfluss darauf, wie die Betreuung im Kreißaal insgesamt erlebt wird (67). Gerade in Häusern mit vielen Geburten können Hebammen jedoch immer seltener eine kontinuierliche Begleitung gewährleisten (68). Insbesondere ungeplante Kaiserschnitte oder auch geburtshilfliche Interventionen wie zum Beispiel eine Geburtseinleitung können die Geburtserfahrung ebenfalls ungünstig beeinflussen (69). Die Häufigkeit dieser Interventionen war in den Häusern unterschiedlicher Größe jedoch im Wesentlichen vergleichbar.

Eher kritisch: die Betreuung auf der Wochenbettstation

Grundsätzlich ist der Vergleich der Bereiche Kreißaal und Wochenbettstation nur bedingt richtungsweisend, da die Betreuung im Kreißaal in einer akuten und potenziell lebensbedrohlichen Situation stattfindet und Dankbarkeitseffekte für den guten Ausgang die Bewertung überlagern können, insbesondere aber auch die Erleichterung, „es geschafft zu haben“. Der Charakter der postnatalen Betreuung auf der Wochenbettstation ist hingegen diffuser und der emotionale Zustand der Wöchnerin ist ein anderer. Hier können die Erinnerung an die eigene Erschöpfung sowie die neuen Anforderungen der Mutterschaft auf die Beurteilung Einfluss nehmen (70). Gleichwohl sollte sich die Betreuung in beiden Bereichen nach den Bedürfnissen der Gebärenden und Wöchnerinnen richten und ihnen die bestmögliche Betreuungserfahrung ermöglichen.

Das scheint nur bedingt der Fall zu sein, denn das Gesamturteil der Wöchnerinnen über die Betreuung auf der Wochenbettstation fällt kritischer aus als für die Betreuung im Kreißaal. Fast jede sechste Wöchnerin (13 %) empfand die Betreuung insgesamt als mittelmäßig oder schlecht. Der Unterschied zwischen Frauen, die eine normale Geburt oder einen Kaiserschnitt hatten, fällt hier etwas geringer aus als bei der Beurteilung der Betreuung im Kreißaal. Auffällig hingegen ist der deutliche Unterschied zwischen kleineren und größeren Abteilungen: Gut jede sechste Wöchnerin, die in einer größeren Abteilung geboren hat, beurteilt die Betreuung auf der Wochenbettstation insgesamt als nur mittelmäßig oder sogar schlecht (Abb. 3).



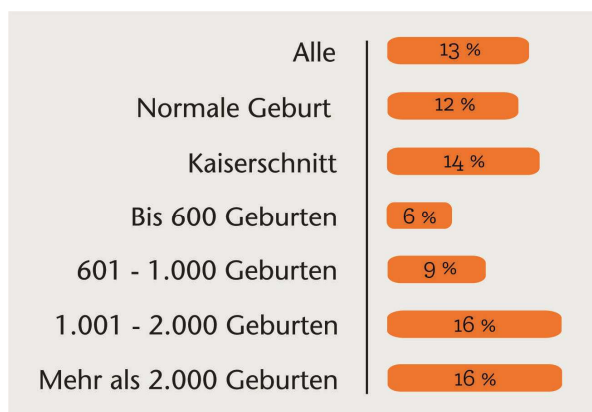


Abb. 3 Mittelmäßige oder schlechte Gesamterfahrung mit der Betreuung auf der Wochenbettstation

Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass die Mehrzahl der Wöchnerinnen (87 %) zufrieden ist, auch wenn die Erfahrungen mit konkreten Betreuungssituationen, wie später noch zu erläutern sein wird, deutlichen Handlungsbedarf offenbaren. Auch bei dieser Gesamtbeurteilung können Dankbarkeitseffekte und Effekte der sozialen Erwünschtheit eine Rolle spielen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass das Gesamturteil nur eine erste grobe Annäherung an die tatsächliche Betreuungserfahrung ist, und eher auf der Basis getroffen wird, welche Betreuungsqualität angesichts der jeweiligen Rahmenbedingungen für realistisch gehalten wird (71). Das heißt: Vor dem Hintergrund eines hohen Geburtenaufkommens und bekannter Personalknappheit wird die Betreuung auf der Wochenbettstation insgesamt positiv beurteilt, obwohl sich die Frauen eine bessere Unterstützung, Zuwendung und/oder Information gewünscht hätten. Unter den gegebenen Umständen halten sie diese allerdings nicht für realisierbar.

Auf der Wochenbettstation erwarten Frauen vor allem praktische Unterstützung beim Stillen, Zuspruch und Ermutigung sowie ein offenes Ohr für Fragen und Sorgen (70). Eine solche Unterstützung braucht Zeit. Der deutliche Unterschied in der Gesamtbeurteilung in kleinen und großen Häusern könnte damit zusammenhängen, dass die Bedingungen für eine solche Unterstützung mit zunehmender Hausgröße schlechter werden. So hat eine Befragung von angestellten Hebammen in deutschen Krankenhäusern gezeigt, dass von denjenigen, die in Häusern mit weniger als

500 Geburten tätig sind, etwa die Hälfte auf der Wochenbettstation in der Regel für ein bis fünf Mutter-Kind-Paare verantwortlich ist, die andere Hälfte betreut zwischen sechs und zehn Mütter mit ihren Neugeborenen. In Häusern mit jährlich 500 bis 1.000 Geburten sind die Hebammen auf der Wochenbettstation mehrheitlich für sechs bis zehn Mutter-Kind-Paare verantwortlich, ein gutes Drittel aber auch für mehr als zehn Mütter und Kinder. In Häusern, in denen mehr als 1.000 Kinder pro Jahr zur Welt kommen, betreuen Hebammen jeweils mehrheitlich mehr als zehn Mutter-Kind-Paare, jede sechste ist sogar für 16 und mehr Mütter mit ihren Neugeborenen verantwortlich (72).

Im Fokus I: Die Betreuung im Kreißaal

Wichtig für eine gute Geburtserfahrung ist für Gebärende insbesondere die Qualität der Interaktion mit den betreuenden Hebammen (41). Grundlage einer guten Interaktion ist eine vertrauensvolle Beziehung – und die muss erstmal aufgebaut werden. Das gelingt am ehesten dann, wenn die Gebärende kontinuierlich von einer Hebamme betreut wird, die sich im Idealfall nicht noch um weitere Frauen kümmern muss.

Mehr Hebammenwechsel in größeren Häusern

Die Rückmeldungen der Wöchnerinnen zeigen, dass eine solche kontinuierliche Betreuung in Häusern mit bis zu 600 Geburten pro Jahr deutlich besser zu gewährleisten ist als in Einrichtungen mit höheren Geburtenzahlen. Zwischen 37 und 42 % der Frauen, die in Häusern mit mehr als 600 Geburten pro Jahr geboren haben, berichten, dass mehr als eine Hebamme für sie zuständig gewesen sei, während dies nur für 22 % der Frauen zutrifft, die ihr Kind in einer Abteilung mit jährlich weniger als 600 Geburten zur Welt gebracht haben (Abb. 4).

Diese Zahlen bestätigen die Berichte von angestellten Hebammen aus deutschen Krankenhäusern, aus denen hervorgeht, dass insbesondere in Häusern mit mehr als 1.500 Geburten pro Jahr immer mehr Frauen mit genauso viel oder weniger Personal betreut werden müssen. Auch die Zahl der Gebärenden, die von einer Hebamme betreut werden, ist in Häusern mit jährlich mehr als 1.000 Geburten besonders hoch. Sie liegt im Durchschnitt bei drei und mehr Frauen gleichzeitig (68). Auch die Arbeitsbelastung der Hebammen ist in diesen Häusern deutlich größer, was wiederum Auswirkungen auf deren Commitment hat (73).

„Ich bin gleich wieder da“ – Verfügbarkeit, Einbindung und Vertrauen

Eine Gebärende will sich darauf verlassen können, dass die Hebamme für sie da ist, wenn sie dies wünscht. Das ist das A und O einer vertrauensvollen Beziehung. Außerdem soll sich die Frau dem Geburtsprozess und den Maßnahmen des Fachpersonals nicht ausgeliefert fühlen. Das gelingt beispielsweise, indem sie stets in geeigneter Form über den Geburtsverlauf und/oder geplante Interventionen informiert und in anstehende Entscheidungen eingebunden wird (41,74). Dabei ist es weniger entscheidend, dass die Frau die Entscheidung tatsächlich (mit) trifft, als dass angemessen mit ihr kommuniziert wird (75).

Je nach Situation kann eine solche Einbindung etwa so aussehen, dass die Frau tatsächlich die Wahl zwischen verschiedenen Betreuungsoptionen erhält, oder dass sie die Entscheidung über den Zeitpunkt einer Intervention gemeinsam mit den Fachkräften trifft. Sie kann auch umgesetzt werden, indem der Frau das Recht zugestanden wird, eine Maßnahme abzulehnen. Und sie kann schließlich derart umgesetzt werden, dass die Frau in geeigneter Form und verständlich über die Gründe für die Notwendigkeit einer Maßnahme informiert wird und das Gefühl hat, mit ihren Bedürfnissen, Wünschen oder Ansichten gehört zu werden. Sie soll wissen, dass sie die Option

hat, (mit-) zu entscheiden oder die Kontrolle an die Fachkräfte abzugeben (38,75).

Die Rückmeldungen der befragten Frauen zeigen, dass die Hebammen in kleinen Häusern am ehesten wie gewünscht verfügbar waren, obwohl auch dort fast jede dritte Frau (30 %) berichtet, dass die Hebamme im Bedarfsfall nicht immer für sie da war. In größeren Häusern haben dies sogar zwischen 35 und 42% so erlebt. In diesen Häusern berichten auch zwischen einem Viertel und fast einem Drittel der Frauen, dass sie nicht so in Entscheidungsfindungsprozesse über ihre Betreuung einbezogen wurden, wie sie sich das gewünscht hätten. In kleinen Häusern hat dies noch gut jede fünfte Frau so erlebt. Beides spiegelt sich im Vertrauen der Gebärenden in die Hebammen wider, das in kleinen Häusern ausgeprägter ist als in größeren Abteilungen (Abb. 4). Diese Zahlen stimmen durchaus nachdenklich vor dem Hintergrund, dass eine vertrauensvolle Beziehung sowie eine kontinuierliche Unterstützung sowohl eng mit der Geburtserfahrung verknüpft sind als auch mit der Häufigkeit von Interventionen aufgrund von Komplikationen, Kaiserschnitten und anderen unerwünschten Outcomes (76,77).

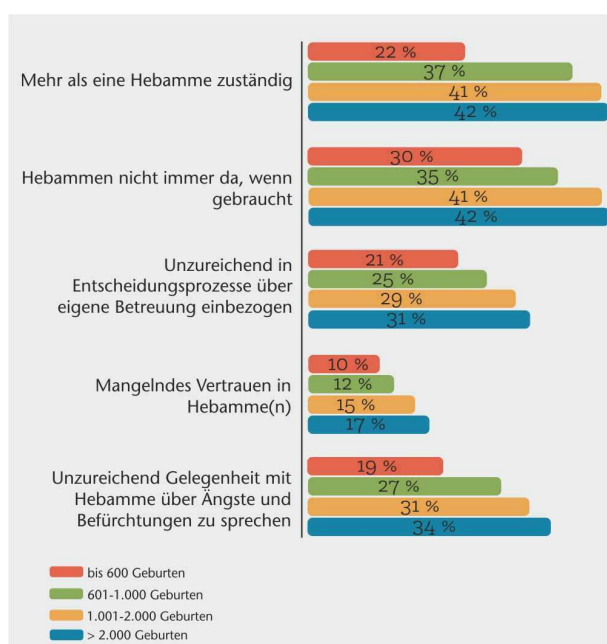


Abb. 4 Betreuung durch Hebammen im Kreißsaal

Angst ist kein guter (Geburts-) Begleiter

Treten während der Geburt unerwartete Situationen oder Komplikationen auf, kann dies bei der Gebärenden Angst um die eigene Gesundheit oder um die des Kindes auslösen. Durch eine einfühlsame Betreuung können diese Ängste ebenso aufgefangen werden wie die mögliche Enttäuschung, wenn eine Geburt auf normalem Wege nicht möglich war (65,78). Mangelt es dagegen an Sensibilität und wird nicht ausreichend auf Ängste und Sorgen eingegangen, können sich diese sogar noch verstärken (78).

Ähnlich wie bei der Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse und bei der Verfügbarkeit der Hebammen sehen die Frauen bei der emotionalen Unterstützung deutlichen Handlungsbedarf. Je nach Hausgröße berichtet zwischen einem Fünftel und einem guten Drittel der Frauen, dass die Hebammen nicht in geeigneter Form auf ihre Ängste und Befürchtungen während der Geburt eingegangen sind. Bedenkt man, dass Angst während der Geburt über vermehrte innere Anspannung, Stress und erhöhtes Schmerzempfinden zu weiteren Problemen im Geburtsverlauf beitragen (79) und eine als negativ oder enttäuschend erlebte Geburt auch langfristige gesundheitliche Folgen haben kann (80), müssen auch diese Ergebnisse nachdenklich stimmen.

Im Fokus II: Die Betreuung auf der Wochenbettstation

Das Wochenbett ist eine sensible Zeit. Sie ist gekennzeichnet durch viele Veränderungen und Anpassungsleistungen, die sowohl von der Mutter als auch vom Neugeborenen zu leisten sind. In dieser Phase benötigen die Frauen vor allem eine aufmerksame und respektvolle Begleitung und Beobachtung, um so den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung zu fördern, ein erfolgreiches Stillen bzw. die korrekte Ernährung des Kindes mit Flaschenernährung zu unterstützen sowie die physischen und psychischen Erholungs- und Anpassungsprozesse zu begleiten (81).

Stillen: wenig Beratung, widersprüchliche Informationen

Unzählige Studien belegen die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind (82). Allerdings sind Stillerrfahrungen und praktische Kenntnisse heute längst nicht mehr so weit verbreitet wie früher. Viele Frauen kommen in ihrer Schwangerschaft zum ersten Mal mit dem Thema in Berührung und kennen keine selbstverständlichen, erfolgreichen Stillbeziehungen aus der eigenen Familie oder von Freundinnen. Entsprechend wünschen sich Frauen nach der Geburt ihres Kindes auf der Wochenbettstation insbesondere konsistente Information und Beratung und vor allem auch praktische Unterstützung beim Stillen (70,83).

Aus den Berichten der Wöchnerinnen wird allerdings deutlich, dass es genau hier große Defizite gibt. Aus kleineren Häusern berichten vier von zehn Frauen, dass die Informationen, die sie zur Ernährung ihres Kindes, insbesondere zum Stillen, erhalten haben, unzureichend waren. In größeren Häusern sind es sogar zwischen 54 und 60 %, die sich nicht ausreichend informiert fühlten. Ein Teil der Frauen erhielt zudem widersprüchliche Informationen, was gerade in der hochsensiblen Zeit des frühen Wochenbetts zu Verunsicherung führen und einen erfolgreichen Stillbeginn sowie eine gelungene Stillbeziehung erschweren oder behindern kann. Und auch die anfangs so wichtige praktische Unterstützung erhalten längst nicht so viele Wöchnerinnen in dem Maße, wie es angesichts der Bedeutung des Stillens für die Gesundheit von Mutter und Kind wünschenswert wäre: in kleinen Häusern berichten 18 %, dass sie zu wenig oder gar keine praktische Unterstützung erhalten haben, in größeren sind es ein Viertel bis fast ein Drittel der Wöchnerinnen (Abb. 5). Neben der Personalsituation kann hier auch die zunehmend kürzere Verweildauer eine Erklärung sein, denn häufig bleibt für eine umfassende Unterstützung und Beratung einfach nicht genug Zeit. Dabei wäre diese gerade in dieser Phase für einen guten Start und eine erfolgreiche Stillbeziehung besonders wichtig (70,84).

Die als unzureichend empfundene Betreuung hinterlässt ihre Spuren: Gut jede fünfte Frau hatte zum Zeitpunkt der Befragung, d.h. sechs bis zwölf Wochen nach der Geburt, das Stillen zugunsten von Flaschennahrung bereits wieder aufgegeben. Fast zwei Drittel von ihnen hätte allerdings gerne weiter gestillt (ohne Abbildung). Bei Frauen, die ihr Kind in einem kleinen Haus zur Welt gebracht hatten, lag dieser Anteil etwas niedriger, ist aber mit 56 % immer noch sehr hoch. In größeren Häusern reicht er sogar bis 68 % (Abb. 5). Inwieweit eine mangelnde Stillberatung und -unterstützung oder die nach wie vor häufig anzutreffende Praxis der Zufütterung reifer Neugeborener in den ersten drei Lebenstagen (85) im Krankenhaus für diese Situation mit verantwortlich gemacht werden können, lässt sich aus diesen Angaben nicht ablesen. Dennoch ist bekannt, dass suboptimale Startbedingungen die Dauer des erfolgreichen Stillens beeinflussen (86) und dass eine entsprechende Förderung in der Klinik ein zentraler Erfolgsfaktor für langfristiges Stillen ist (85).

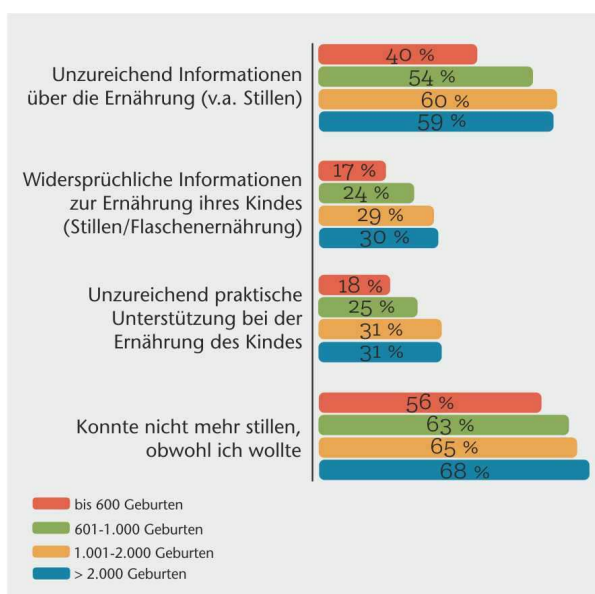


Abb. 5 Stillberatung und -unterstützung auf der Wochenbettstation

„Ist das normal?“ – Unterstützung in einer neuen Lebenssituation

Neben der Ernährung sind Pflege, Handling, Gesundheit und Entwicklung des Neugeborenen für frischgebackene Mütter ganz wichtige Themen. Auch hierzu benötigen sie konsistente Informationen und praktische Unterstützung, die ihr Vertrauen stärken, für ihr Neugeborenes auch zuhause gut sorgen zu können. Und schließlich wünschen sich die Wöchnerinnen die Möglichkeit, Fragen zu den seelischen und körperlichen Veränderungen zu stellen, die sie in den ersten Tagen nach der Geburt an sich wahrnehmen (70,83,87).

Die Erfahrungen der Wöchnerinnen zeigen, dass zumindest in kleinen Häusern für die Mehrheit der Frauen stets jemand verfügbar war, wenn sie den Rat oder die Unterstützung einer Hebamme oder Pflegekraft benötigten. Nur 8 % der Wöchnerinnen gaben an, dass dies nicht immer der Fall gewesen sei. In Häusern mit jährlich mehr als 600 Geburten berichtete bis zu einem Fünftel der Frauen, dass die Fachkräfte nicht immer da waren, wenn die Wöchnerinnen ihre Hilfe gewünscht hätten (Abb. 6).

Dass die reine Verfügbarkeit allein nicht ausreicht, zeigen andere Rückmeldungen. Aus ihnen geht hervor, dass zwischen 17 und 31 % der Wöchnerinnen keine verständlichen Antworten auf ihre Fragen erhielten. Noch größeren Handlungsbedarf sehen die Frauen beim Thema Pflege und Umgang mit dem Neugeborenen. Hier berichten sogar zwischen 40 und 60 %, nur unzureichende Informationen erhalten zu haben. Dabei ist die Situation umso problematischer, je größer das Haus ist. Das schlägt sich wiederum im Vertrauen in die Fachkräfte nieder: Fast jede

fünfte Wöchnerin, die ihr Kind in einem Haus mit bis zu 600 Geburten jährlich bekommen hat, berichtet, dass sie kein wirkliches Vertrauen in das Personal der Wochenbettstation hatte, in den größten Häusern ist es fast jede Dritte (Abb. 6).

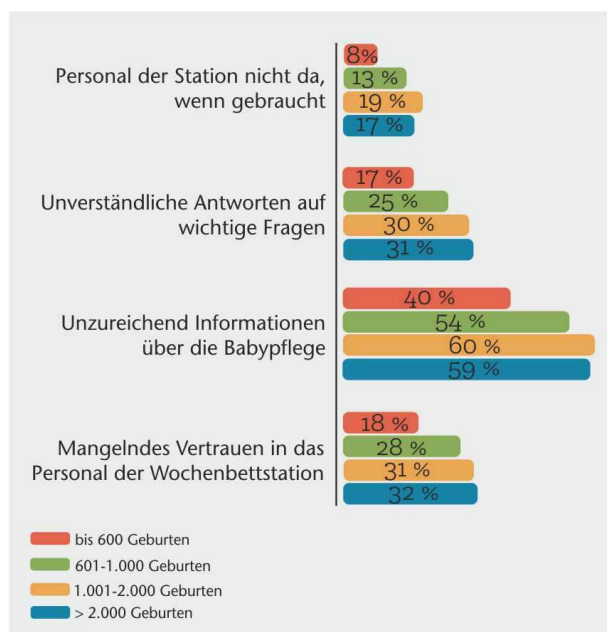


Abb. 6 Betreuung auf der Wochenbettstation

Sowohl im Hinblick auf die Beratung und Unterstützung beim Stillen bzw. bei der Ernährung des Kindes als auch bei der Babypflege und anderen Fragen gibt es aus Sicht der Mütter also großen Verbesserungsbedarf auf den Wochenbettstationen. Je größer die geburtshilfliche Abteilung, desto größer die Defizite. Genau wie bei der Gesamtbeurteilung der Betreuung auf der Wochenbettstation könnten auch hier die aktuellen Rahmenbedingungen der stationären Pflege ursächlich sein. Sowohl die bereits beschriebene Personalsituation als auch die kürzere Verweildauer dürften eine wichtige Rolle spielen. Zeit und Personal sind einfach nicht ausreichend, um die vielen Themen und Fragen in den ersten Tagen nach der Geburt befriedigend beantworten und eine umfassende individuelle Unterstützung und Beratung sicherstellen zu können. Auch die Organisation der Betreuung der Wöchnerinnen und Neugeborenen, die sich in den Kliniken nach wie vor sehr heterogen gestaltet und oft durch eine hohe Fragmentierung und häufigen Personal-

wechsel gekennzeichnet ist (69), können zu diesen durchaus problematischen Rückmeldungen beigetragen haben.

Dass die Wöchnerinnen von den Hebammen und Pflegekräften auf der Wochenbettstation teilweise sogar widersprüchliche Informationen zur Ernährung ihres Kindes erhalten, ist darüber hinaus auch ein Indiz für Qualifikationsdefizite. Ein einheitlicher Wissensstand des Personals ist aber eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Stillunterstützung und Beratung. Nicht umsonst sieht die Initiative *Babyfreundliches Krankenhaus* von WHO und UNICEF unter anderem verpflichtend eine Schulung des Personals in Theorie und Praxis der Stillförderung vor. So sollen alle an der Betreuung der Wöchnerin beteiligten Fachkräfte auf einen einheitlichen Wissensstand gebracht werden, um für die Wöchnerin verwirrende Widersprüche in der Beratung und Unterstützung zu vermeiden (88).

„Wie geht es weiter?“ – Vorbereitung auf die Entlassung

Die Vorbereitung auf die Entlassung gehört neben der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften zu den für die Gesamtbeurteilung und Weiterempfehlungsbereitschaft wichtigsten Einflussgrößen (89). Und sie ist der Bereich mit den in den Augen der Wöchnerinnen größten Schwächen. Vergleichbares lässt sich auch im akutstationären Bereich beobachten (90, 91). Sowohl von dort als auch aus dem pädiatrischen Bereich ist bekannt, dass individuell angepasste Informationen und Maßnahmen zur Unterstützung bei der Organisation der weiteren Versorgung zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen und selteneren Wiederaufnahmen im Krankenhaus führt (92-94). Eine geeignete Vorbereitung auf die erste Zeit zuhause in Form individueller, patientenorientierter Informationen ist angesichts der zunehmend kürzeren Verweildauer wichtig für die Zufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung (83).

Gut jede fünfte Wöchnerin verlässt die Klinik allerdings ohne Entlassgespräch – oder zumindest ohne, dass ein solches für sie erkennbar stattgefunden hätte. In Häusern mit mehr als 2.000 Geburten pro Jahr ist es sogar ein gutes Viertel (27 %). Und selbst wenn ein Gespräch durchgeführt wurde, sagt das noch nichts darüber aus, ob die Wöchnerinnen im Rahmen des Entlassprozesses die erwünschten Informationen und Unterstützung erhalten haben. So geben zwischen zwei Drittel und drei Viertel an, dass sie vor der Entlassung nur unzureichend über Symptome aufgeklärt wurden, bei deren Auftreten eine ambulante oder stationäre Wiedervorstellung ihrer selbst oder ihres Kindes angezeigt wäre. Ähnlich ist es um die Information zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten bestellt. Auch hier fühlte sich die überwiegende Mehrzahl der Wöchnerinnen nicht ausreichend informiert (Abb. 7).

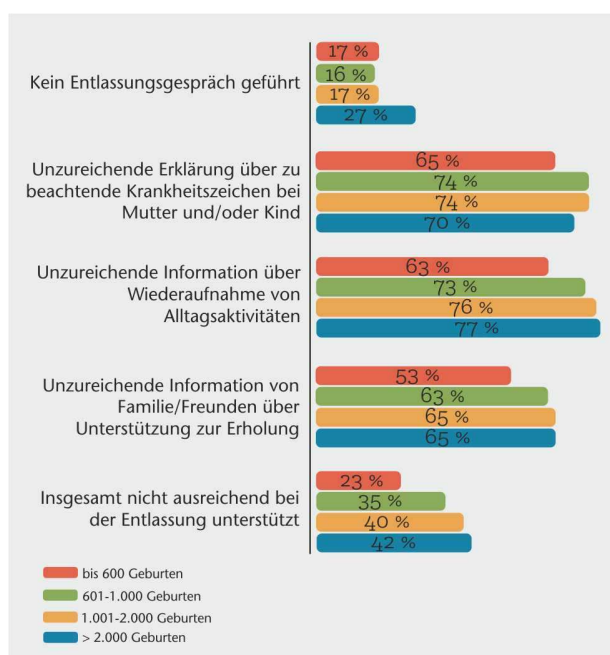


Abb. 7 Vorbereitung auf die Entlassung

Neben einer guten Überleitung durch das Krankenhaus kann die Unterstützung durch das soziale Umfeld effektiv dazu beitragen, sich in die neue Lebenssituation einzufinden und depressiven Verstimmungen oder einer echten Depression im Wochenbett vorzubeugen (95). Hilfreiche Informationen dazu, wie Familie oder Freunde

die Wöchnerin bei der Erholung nach der Geburt unterstützen können, erhielten jedoch nur die Hälfte bis zwei Drittel der Befragten. Insgesamt fühlten sich zwischen 23 und 42 % bei der Entlassung nicht ausreichend durch das Krankenhaus unterstützt (Abb. 7). Wie bei allen anderen Themen ist der Handlungsbedarf aus Sicht der Wöchnerinnen auch bei der Vorbereitung auf die Entlassung mit zunehmender Klinikgröße dringlicher.

Die Probleme im Zusammenhang mit Information und Unterstützung zur Vorbereitung auf die Zeit zuhause sind besonders auffällig. Durch die traditionell stark ausgeprägte sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen steht die Zeit nach der Entlassung ganz offensichtlich nicht im Fokus des Krankenhauspersonals, unter Umständen ist sogar nicht einmal bekannt, welche Beratungsinhalte für diese Zeit relevant wären. Durch den rechtlichen Anspruch der Wöchnerinnen auf häusliche Nachbetreuung durch eine freiberufliche Hebamme wird dieser Effekt im Bereich der Geburtshilfe möglicherweise noch verstärkt, weil seitens des Krankenhauspersonals davon ausgegangen wird, dass die nachbetreuende Hebamme die entsprechenden Informations- und Beratungsleistungen übernimmt.

Tatsächlich wurde in der vorliegenden Untersuchung mit 82 % der Frauen besprochen, ob eine ambulante Nachbetreuung durch eine Hebamme stattfinden soll. Auch hier gab es deutliche Unterschiede je nach Hausgröße. Während in Kliniken mit bis zu 600 Geburten pro Jahr noch mit 93 % der Frauen über eine ambulante Nachsorge gesprochen wurde, war dies in Häusern mit mehr als 2.000 Geburten nur noch zu 77 % der Fall. Insgesamt haben 79 % der Wöchnerinnen dieses Versorgungsangebot in Anspruch genommen. Allerdings ist bei diesen Zahlen zu bedenken, dass vulnerable Gruppen wie beispielsweise Minderjährige oder Frauen mit niedrigem Bildungshintergrund, in denen der Anteil der Inanspruchnahme häuslicher Nachsorge geringer vermutet

wird (96), in der vorliegenden Stichprobe unterrepräsentiert sind. Deswegen ist eher nicht davon auszugehen, dass krankenseitige Informations- und Beratungsdefizite in der ambulanten Versorgung weitgehend aufgefangen werden.

Ein weiterer Grund für die mangelnde Information vor der Entlassung könnte in der stetig abnehmenden Verweildauer nach der Geburt zu suchen sein. Sie sank allein zwischen 2000 und 2015 von durchschnittlich 5,5 auf 3,9 Tage (97). In der Praxis steht damit deutlich weniger Zeit für Beratung und Information zur Verfügung. Schließlich könnte der Befragungszeitpunkt eine

Rolle spielen: In unserer Untersuchung füllten die Frauen den Fragebogen zwischen acht und zwölf Wochen nach der Geburt aus, also zu einem Zeitpunkt, zu dem körperliche oder psychische Beschwerden, Stillprobleme oder andere Schwierigkeiten, die tägliche Aktivitäten und das Wohlbefindens ggf. massiv einschränken, sehr ausgeprägt sein können (98,99) – aber genau darauf fühlten sich die Frauen nicht adäquat vorbereitet (100,101). Möglicherweise verstärkt sich bei den Wöchnerinnen in dieser belastenden Situation der Eindruck, dass ihnen eine bessere Beratung und mehr Unterstützung während des stationären Aufenthaltes eine große Hilfe hätte sein können.



Fazit

Es ist nicht egal, wo wir geboren werden

„Es ist nicht egal, *wie* wir geboren werden“, betonte der französische Geburtshelfer Michel Odent in seinem Plädoyer für eine normale Geburt bereits vor mehr als zehn Jahren. Anlass waren die zunehmende Technisierung der Geburtshilfe und die steigenden Kaiserschnittraten mit ihren weitreichenden Konsequenzen für Mutter und Kind. Die Wissenschaft gibt ihm längst recht.

Die im Picker Report 2017 erläuterten Erfahrungen von Wöchnerinnen im Kreißaal und auf der Wochenbettstation deuten darauf hin, dass es auch nicht egal ist, *wo* wir geboren werden. Denn die Rückmeldungen von Frauen, die ihre Kinder im Kreißaal einer Klinik mit einer niedrigeren Geburtenzahl geboren haben oder dort in den ersten Tagen des Wochenbetts betreut wurden, sind durchweg positiver. In der aktuellen Debatte um die Schließung kleiner geburtshilflicher Abteilungen zugunsten von Abteilungen mit einer hohen jährlichen Geburtenzahl geben die vorliegenden Ergebnisse wichtige Hinweise, die bisher – wenn überhaupt – nur am Rande diskutiert wurden.

International besteht seit vielen Jahren Konsens darüber, dass die gesundheitliche Versorgungsqualität zu gleichen Teilen auf den drei Säulen klinische Wirksamkeit, Sicherheit und Patientenerfahrung ruht. In Deutschland hat sich diese Einsicht leider noch nicht durchgesetzt. Die Debatte um die Zukunft der Geburtshilfe stellt dabei – wenig überraschend – keine Ausnahme dar. Dabei ist längst nachgewiesen, dass die Geburts- und Betreuungserfahrung maßgeblichen Einfluss darauf hat, wie es der Mutter sowohl körperlich als auch seelisch kurz-, mittel- und langfristig nach der Geburt geht, wie sich der Beziehungsaufbau zu ihrem Kind gestaltet und wie sich das

Kind entwickelt. Dennoch leistet sich Deutschland in der Diskussion um die Zukunft der Geburtshilfe eine Debatte, die sich fast ausschließlich auf die hochtechnisierte Versorgung einer sehr kleinen Gruppe von stark gefährdeten Neugeborenen und die wirtschaftliche Rentabilität der geburtshilflichen Abteilungen konzentriert.

Dass Frühgeborene und Kinder, die bei der Geburt nicht mehr als 1.500 Gramm wiegen, von einer Versorgung in medizinischen High-Tech-Zentren profitieren, wird niemand bestreiten. Dass diese Versorgung für andere Schwangere aber möglicherweise zu viel des Guten ist, wissen alle, die sich mit der Physiologie der Geburt auskennen, schon lange. Ihr Erfahrungswissen findet zunehmende Unterstützung aus der Wissenschaft. In anderen Ländern gibt es deswegen schon seit einigen Jahren hochrangig angelegte Bestrebungen, die Technisierung der Geburtshilfe einzudämmen und denjenigen vorzubehalten, die davon tatsächlich einen Nutzen haben (32,102). In Deutschland wird das Thema Überversorgung trotz ihrer negativen Folgen so gut wie nicht diskutiert.

Neue Versorgungskonzepte sind gefragt

Auch andere Länder können nicht flächendeckend unendlich viele, personell wie strukturell für Notfälle umfassend ausgestattete Kreißäle vorhalten. Sie haben aber erkannt, dass kein Kreißaal auch keine Lösung ist. Ein Versorgungskonzept, das den drei Säulen guter Qualität – klinische Wirksamkeit, Sicherheit und gute Betreuungserfahrung – Rechnung trägt, wird, insbesondere in ländlichen Regionen, nicht immer kostenneutral oder sogar gewinnmaximierend zu haben sein. Hier sind Politik und Gesellschaft gefragt zu entscheiden, welchen Stellenwert der Start ins Leben haben soll, welche Form der geburtshilfli-

chen Versorgung wir uns leisten wollen und ob wir sie wirtschaftlichen und (berufs-) politischen Interessen überlassen möchten.

Es wird also Zeit, die Geburtshilfe neu zu denken. Auch in Deutschland. Wir brauchen Konzepte, die die Struktur und Organisation des gesamten Versorgungsprozesses in den Blick nehmen. Konzepte, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als ein physiologisches Gesamtgeschehen begreifen und die Versorgung aus Sicht der Frauen und ihrer Familien denken. Dann wird schnell deutlich werden, dass der rein medizinische Fokus zu kurz greift und am Ende zu ineffektiver Betreuung führt.

Länder, die den Mut haben, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht als Zeitbombe mit möglicherweise katastrophalem Ausgang zu betrachten, fokussieren sehr viel stärker auf das prä-

ventive Potenzial der vor- und nachgeburtlichen Betreuung. Sie stellen Schwangeren ExpertInnen für Physiologie als Hauptansprechpartner an die Seite und entwickeln Formen der interprofessionellen Kooperation, die aus deutscher Sicht geradezu revolutionär anmuten. Und sie erzielen mindestens genauso gute, wenn nicht sogar bessere gesundheitliche Ergebnisse für Mutter und Kind.

Weder für das weitere Leben der Mutter, noch für die Entwicklung des Kindes ist es unerheblich, wie und wo eine Geburt stattfindet. Einige Länder haben das realisiert und ihre geburts-hilfliche Versorgung daran ausgerichtet. Vorbilder gibt es also genug. Wenn wir wirklich wollen, können wir uns ein Beispiel daran nehmen.



Literatur

1. Statistisches Bundesamt 2017 Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
2. Nothofer S, Venohr S. 2016 Deutschlands neue Kinder. ZEIT online 19.10.2016
3. Mennicken R, Kolodziej I, Augurzyk B, et al. 2015 Konzentration der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Deutschland: Ist ein umfassender Zugang in Gefahr? Versorgungsatlas-Bericht 15/21. <http://www.versorgungs-atlas.de>, Letzter Zugriff: 20.11.2017
4. Hutcheon JA, Riddell CA, Strumpf EC, et al. 2017 Safety of labour and delivery following closures of obstetric services in small community hospitals. *CMAJ* 189:E431-E436
5. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J 2011 Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res* 11:147. doi: 10.1186/1472-6963-11-147.:147-11.
6. Rota A, Antolini L, Colciago E, et al. 2017 Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women Birth* (17):10. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001 [ePub ahead of print]
7. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, et al. 2013 Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health Place* 24:225-33
8. Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S 2011 Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Aust J Rural Health* 19(1):9-14
9. Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F, et al. 2003 Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 57(2):266-72
10. Kornelsen J, Grzybowski S 2005 The cost of separation: The birth experience of women in isolated and remote communities in British Columbia. *Canadian Women Studies Journal* 24:75-80
11. Knappe N, Loytved C, Schäfers R 2015 Stellungnahme zur Geburtshilfe in Schleswig-Holstein. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 3:46-51
12. AOK 2017 Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2017. Statement Martin Litsch. https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/krankenhaus-report/wido_kra_khr2017_pressemappe_0217.pdf 2017
13. Halm EA, Lee C, Chassin MR 2002 Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med* 137:511-20
14. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A 2007 A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg* 94:145-61
15. Auerbach AD, Hilton JF, Maselli J 2009. Shop for quality or volume? Volume, quality, and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Ann Intern Med* 150:696-704
16. Urbach DR, Croxford R, MacCallum NL, et al. 2005 How are volume-outcome associations related to models of health care funding and delivery? A comparison of the United States and Canada. *World J Surg* 29:1230-1233
17. Hemminki E, Heino A, Gissler M 2011 Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG* 118:1186-95
18. Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P 2006 Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics* 117:2206-2214
19. Rautava L, Lehtonen L, Peltola M, et al. 2007 The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth-register study. *Pediatrics* 119:e257-e263
20. Merlo J, Gerdttham UG, Eckerlund I, et al. 2005 Hospital level of care and neonatal mortality in low- and high-risk deliveries: reassessing the question in Sweden by multi-level analysis. *Med Care* 43:1092-1100
21. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, et al. 2010 Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* 304:992-1000
22. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, et al. 2014 The effectiveness of regionalization of perinatal care services – a systematic review. *Public Health* 128:872-85
23. Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H 2006 Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *BJOG* 113(1):86-96
24. IQTIG 2016 Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016: Geburtshilfe. Berlin: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTIG)
25. Heller G, Richardson DK, Schnell R et al. 2002 Are we regionalized enough? Early neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol* 31:1061-1068
26. Karalis E, Gissler M, Tapper AM, et al. 2015 Effect of hospital size and on-call arrangements on intrapartum and early neonatal mortality among low-risk newborns in Finland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 198:116-119
27. Snowden JM, Cheng YW, Emeis CL, et al. 2015 The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 212:380-389
28. Engjom HM, Morken NH, Norheim OF, et al. 2014 Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *BJOG* 121:290-299
29. Schwarz CM, Schücking B 2004 Adieu, normale Geburt? *Dr.med. Mabuse* 148:22-25
30. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, et al. 2014 Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private



- and public hospitals in NSW (2000-2008): a linked data population-based cohort study. *BMJ Open* 4:e004551.
31. Plough AC, Galvin G, Li Z, et al. 2017 Relationship Between Labor and Delivery Unit Management Practices and Maternal Outcomes. *Obstet Gynecol* 130:358-365
 32. ACOG 2017 Committee Opinion No. 687 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol* 129:403-404
 33. Goodman DC, Fisher ES, Little GA, et al. 2002 The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality. *N Engl J Med* 346:1538-1544
 34. Hardenberg N. 2017 Wenn eine Geburt nicht nur sicher, sondern auch ein Erlebnis sein soll. *Süddeutsche Zeitung* 21.03.2017
 35. Stahl K, Nadj-Kittler M 2014 Neue Perspektiven: Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern die Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. *Picker Report* 2014. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH
 36. Mahl Zahn J, Wehner C 2013 Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) *Krankenhausreport 2013. Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen?* Berlin: Schattauer Verlag
 37. Doyle C, Lennox L, Bell D 2013 A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 3:e001570
 38. Simkin P 1991 Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 18:203-210
 39. Lundgren I, Karlsdottir S, Bondas T 2009 Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Heal* 4:115-128
 40. Simkin P 1992 Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 19:64-81
 41. Dahlberg U, Aune I 2013 The woman's birth experience - the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 29:407-15
 42. Yeo JH, Chun N 2013 Influence of childbirth experience and postpartum depression on quality of life in women after birth. *J Korean Acad Nurs* 43(1):11-19
 43. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, et al. 2010 The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health* 13:505-13
 44. Bell AF, Andersson E 2016 The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* 39:112-23
 45. Dennis CL, Dowswell T 2013 Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD001134
 46. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC et al. 2010 A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 40:1849-1859
 47. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B 2003 Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psych* 21:113-123
 48. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, et al. 1998 Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 49:167-80
 49. Mollison J, Porter M, Campbell D, et al. 2005 Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG* 112:1061-1065
 50. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, et al. 2004 A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31:17-27
 51. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, et al. 2012 Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth* 25:114-121
 52. Pang MW, Leung TN, Lau TK, et al. 2008 Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 35:121-128
 53. Ryding EL, Lukasse M, Parys AS, et al. 2015 Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth* 42:48-55
 54. Sofaer S, Firminger K 2005 Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Pub Health* 26:513-59
 55. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, et al. 1994 National survey of hospital patients. *BMJ* 309:1542-1549
 56. Stahl K, Nadj-Kittler M. 2016 *Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten.* Picker Report 2016. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH
 57. Crow R, Gage H, Hampson S, et al. 2002 The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 6:1-244
 58. van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, et al. 2003 Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth* 30:75-82
 59. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U 2007 Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *J Adv Nurs* 59:474-487
 60. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, et al. 1996 The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 23:144-153
 61. Seguin L, Therrien R, Champagne F et al. 1989 The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth* 16:109-113
 62. Sullivan DA, Beeman R 1982 Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Med Care* 1982 20:321-330

63. Hodnett ED 2002 Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 186:S160-S172
64. Christiaens W, Bracke P 2007 Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Preg Childbirth* 7:26-33
65. Redshaw M, Hockley C 2010 Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth* 2010 37:150-159
66. Knape N, Mayer H, Schnepf W, et al. 2014 The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Preg Childbirth* 2014 14:300. doi: 10.1186/1471-2393-14-300.:300-14.
67. Knape N, Schnepf W, Krahl A, et al. 2013 Die Effektivität der Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. *Z Geb Neonatol* 217:161-172
68. Stahl K 2016 Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *ZEFQ*, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.07.005>. ePub ahead of print
69. Stahl K 2012 Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern. Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit. Dissertation. Universität Osnabrück: Fachbereich Humanwissenschaften
70. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I 2006 Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(5):551-60.
71. Williams B, Coyle J, Healy D 1998 The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 47:1351-1359
72. Stahl K 2017 Anzahl zu betreuender Mutter-Kind-Paare pro Hebamme nach Hausgröße. Unveröffentlichte Analysen der Hebammenbefragung 2015 im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes.
73. Stahl K, Schirmer C, Kaiser L 2016 Adaption and Validation of the Picker Employee Questionnaire With Hospital Midwives. *JOGNN* 46:e105-e117
74. Waldenström U 1999 Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res* 47:471-482
75. Brown S, Lumley J 1994 Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth* 21:4-13
76. Lutz U, Kolip P 2006 Die GEK-Kaiserschnittstudie. Bremen/Schwäbisch Gmünd: GEK
77. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. 2013 Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.:CD003766.
78. Porter M, van Teulingen, Chi Ying YL, et al. 2007 Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth* 34:148-154
79. Dick-Read G 2013 *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. London: Pinter & Martin
80. Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, et al. 2016 Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Preg Childbirth* 16:114
81. Demott K, Bick D, Norman R, et al. 2006 *Clinical Guidelines and Evidence Review for Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Recently Delivered Women and Their Babies*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners
82. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. 2017 Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.:CD001141.
83. Brown S, Davey MA, Bruinsma FJ 2005 Women's Views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000 *Midwifery* 21:109-126
84. Abou-Dakn M, Reek A, Juhre B, et al. 2009 *Der Weg zum Babyfreundlichen Krankenhaus*. Praxisleitfaden. Marburg: Verlag im Kilian
85. Kersting M, Dulon M 2001 Über das Stillen in Deutschland – die SuSe-Studie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). *Stillen und Muttermilchernahrung: Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) S. 269-278
86. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. 2016 Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.:CD001688.
87. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, et al. 2008 The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Preg Childbirth* 8:27 doi: 10.1186/1471-2393-8-27.:27-8
88. www.babyfreundlich.org. 2017 *Babyfreundlich: Eine Initiative der WHO und UNICEF*. <http://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/downloads-dokumente>
89. Stahl K 2010 Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Wöchnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. *Psychother Psych Med* 60:358-367
90. Stahl K, Lietz D, Riechmann M et al. 2012 Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstrumentes. *Z Med Psychol* 21:12-20

91. Stahl K 2017 Entlassmanagement für alle – was sagen die Patienten selbst? *Monitor Pflege* 4:25-31
92. Auger KA, Kenyon CC, Feudtner C 2014 Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. *J Hosp Med* 9:251-260
93. Desai AD, Popalisky J, Simon TD, et al. 2015 The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. *Hosp Pediatr* 5:219-231
94. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. 2005 Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *Health Aff* W5:509-525
95. Negron R, Martin A, Almog M, et al. 2013 Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J* 17:616-623
96. Stahl K 2007 Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Eine Untersuchung im Auftrag des Hebammen Verband Hamburg e.V. in Kooperation mit der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz mit Unterstützung der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). Hamburg: Hebammen Verband Hamburg e.V.
97. Statistisches Bundesamt 2017 Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Fachabteilung (ab 2000). Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer. www.gbe-bund.de
98. Schytt E, Waldenstrom U 2007 Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health* 16:390-405
99. Schäfers R 2011 Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Dissertation. Universität Osnabrück: Fachbereich Humanwissenschaften
100. Kline CR, Martin DP, Deyo RA 1998 Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstet Gynecol* 92:842-848
101. Nolan M 1998 Antenatal Education: A dynamic approach. London: Baillière Tindall
102. NICE 2017 Intrapartum Care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. Methods, evidence and recommendations. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)



Picker Institut Deutschland gGmbH
Burchardstraße 17
D-20095 Hamburg

Tel.: +49 (0)40 36 88 10 851

Fax: +49 (0)40 36 88 10 859

info@pickerinstitut.de

www.pickerinstitut.de