

## Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge

### *Best Practice in interprofessional antenatal care*

Ramona Koch M.Sc.<sup>1</sup>, Dr. Christine Loytved MPH<sup>1</sup>, Prof. (FH) Martina König-Bachmann MHPE<sup>2</sup>, Susanne Grylka-Bäsclin PhD<sup>1</sup>

#### Abstract

**Hintergrund:** Obwohl die Vorteile von interprofessioneller Betreuung belegt sind und Schwangere in der Schweiz die Wahlfreiheit haben, wird die Mehrzahl ausschließlich von ärztlicher Seite betreut.

**Ziel:** Darstellung von Expert\*innenwissen zu Einflussfaktoren auf das Gelingen bzw. das Misslingen von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen.

**Forschungsfrage:** Wie sieht Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen in der Schweiz aus?

**Methode:** Fünf teilstrukturierte Gruppen- und Paarinterviews mit sechs Hebammen und fünf Ärztinnen, die in der Schweiz interprofessionelle Schwangerenvorsorge durchführten. Diese wurden transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Es werden Inhalte zu den Best Practice Themen Werte, Wissen und Kontext geliefert. Ein neues Thema, zwischenmenschliche Ebene und Arbeitskultur, wurde als zusätzliches Element einer gelingenden interprofessionellen Schwangerenvorsorge erkannt.

**Schlussfolgerung:** Es gibt nicht „die beste“ Organisation interprofessioneller Schwangerenvorsorge. Wichtiger ist ein Konzept, welches alle Beteiligten vertreten, und eine gute zwischenmenschliche Beziehung. Die Umsetzung bringt politische, ökonomische, gesellschaftliche und organisatorische Herausforderungen mit sich.

**Schlüsselwörter:** Schwangerenbetreuung, interdisziplinär, Hebammen, Gynäkolog\*innen

#### Hintergrund:

Obwohl die Vorteile von interprofessioneller Betreuung belegt sind und Schwangere in der Schweiz die Wahlfreiheit haben, wird die Mehrzahl ausschließlich von ärztlicher Seite betreut. Interprofessionelle Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen entspricht dem Bedürfnis von Frauen nach hebammengeleiteter Betreuung [24] in Verbindung mit der angenommenen Sicherheit durch medizinische Versorgung [23]. Historisch gesehen war die Schwangerenvorsorge kein traditioneller Betreuungsinhalt wie etwa die Hilfe bei der Geburt [18: S. 24f]. Erst mit finanziellen Anreizen wurde sie Mitte des 20. Jahrhunderts ein Aufgabengebiet niedergelassener Ärzte\*Ärztinnen, meist Hausärzte\*ärztinnen. Hebammen waren an ihrer Konzeption nicht beteiligt [27: S. 227ff]. Aktuell wächst die Anforderung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf diesem Gebiet aufgrund besserer medizinischer Outcomes von Müttern und ihrer Kinder, erhöhter Zufriedenheit der Schwangeren [22, 24] und auch aus Gründen der Kosteneffizienz [29].

Interprofessionalität wird als effektive Kollaboration von Fachleuten aus mindestens zwei Professionen definiert [30: S. 5], wobei je nach Aufgabe die dafür am besten qualifizierte Person die Führung übernimmt

**Background:** Although the advantages of interprofessional care have been proven and pregnant women in Switzerland have free choice of caregivers, most of them are cared for exclusively by physicians.

**Objective:** To collect expert knowledge on the factors determining success or failure of interprofessional collaboration between midwives and gynaecologists within antenatal care in Switzerland.

**Research question:** What does best practice look like in interprofessional antenatal care provided by midwives and gynaecologists in Switzerland?

**Methods:** Five semi-structured dyadic and group interviews with six midwives and five gynaecologists who provide interprofessional antenatal care in Switzerland. Interviews were transcribed verbatim and qualitative content analysis was applied.

**Findings:** Content was provided to topics of best practice like values, knowledge and context. A new topic, interpersonal relationships and workplace culture, emerged as an additional element for the success of interprofessional antenatal care.

**Conclusions:** A "best" internal organisation for interprofessional collaboration does not exist. More important are a clear concept, supported by all participants, and good interpersonal relationships among caregivers. Implementation presents political, economic, social and organisational challenges.

**Keywords:** prenatal care, interdisciplinary, midwives, gynaecologists

[10: S. 5f]. Best Practice ist diejenige Vorgehensweise, mit der das Optimum im jeweiligen Interessensgebiet erreicht werden kann. Nach Bavier und Schwager [3] bilden Werte, Wissen und Kontext, wie sie Broesskamp-Stone et al. [6] beschreiben, die Eckpfeiler, auf denen die Best Practice der Berufsausübung der Hebammen aufbaut (siehe Abbildung 1).

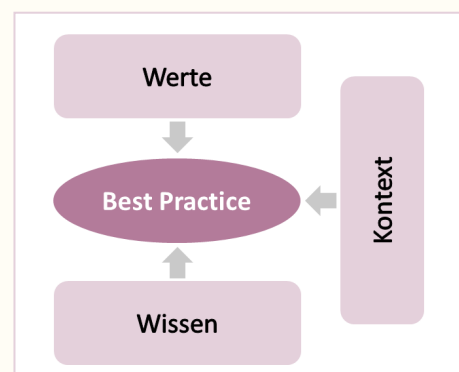


Abbildung 1: Drei Dimensionen von Best Practice in der Gesundheitsförderung [6]

Es existiert kein einheitlicher Standard zum Inhalt und zum Ablauf der Schwangerenvorsorge in der Schweiz, ebenso gibt es keinen nationalen Mutterpass. Die große Mehrzahl der Schwangeren wird derzeit außerhalb von Kliniken durch Gynäkolog\*innen betreut [13]. Seit 2017 ist es jedoch gesetzlich geregelt, dass bei physiologischen Schwangerschaftsverläufen sowohl Hebammen wie auch Gynäkolog\*innen berechtigt sind, alle Schwangerschaftskontrollen durchzuführen [8].

### Forschungsstand

Zum Thema Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge liegen eine Arbeit aus den USA [22], jeweils zwei Studien aus den Niederlanden [21, 25] und Kanada [5, 20] sowie vier Arbeiten aus der Schweiz [1, 2, 11, 19] vor. Fünf Arbeiten präsentieren Ansichten und Wünsche zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog\*innen während der Schwangerenvorsorge in bestehenden Konstellationen [5, 11, 21, 22, 25]. Vier Studien [1, 2, 19, 20] beziehen sich auf die Erwartungen der Fachpersonen und Schwangeren bezüglich geplanter Projekte.

#### Interprofessionelle Bedarfsabklärung: USA

In den USA zeigt ein Modellversuch [22], dass es sinnvoll ist, Frauen mit besonderen Problemen einen Termin anzubieten, an dem sie den speziellen Bedarf während ihrer Schwangerschaft mit der Hebamme und der ärztlichen Fachperson gemeinsam besprechen können. Die verschiedenen Betreuungsangebote der beiden Berufsgruppen können auf die individuellen Bedürfnisse der Schwangeren abgestimmt und somit Widersprüche vermieden werden. Die Studie ist die einzige, die eine Besprechung mit beiden Fachpersonen in einem Raum untersucht.

#### Systeme mit primary care: Niederlande und Kanada

Die strikte Einteilung in ein Betreuungslevel erschwert in den Niederlanden eine flexible Zusammenarbeit der Fachpersonen [25]. Um den Zugang zu mehreren Fachpersonen niederschwellig zu halten und einen regelmäßigen Austausch untereinander zu ermöglichen, sollten die Fachpersonen am selben Standort arbeiten [21]. Beide Studien bemängeln, dass es kein einheitliches Dokumentationssystem gibt. Schölmerich et al. [25] ergänzen, dass auch das Vergütungssystem oft keinen finanziellen Anreiz für die Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog\*innen bietet.

Auch in Kanada wird diese Trennung als negativ eingestuft: Die Abrechnungssysteme der verschiedenen Berufsgruppen sind unterschiedlich aufgebaut und daher seien verschiedene Dienstleistungen schwierig zu kombinieren [20]. Auch fehle es dazu oft an zeitlichen und räumlichen Ressourcen [5].

Die Forschungsgruppen aus beiden Ländern sind sich einig, dass Hebammen und Gynäkolog\*innen unterschiedliche Ansichten zur Schwangerschaft haben, die wiederum ihre Schwangerenvorsorge prägen [5, 21]. Durch die verschiedenen Herangehensweisen mangle es an gegenseitigem Vertrauen, insbesondere bei der Indikation für Interventionen [5]. Es fehle an gemeinsamen Werten und Zielen, an Wissen über den Tätigkeitsbereich der jeweils anderen Berufsgruppe und an Wertschätzung [21, 25]. Das Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Geburtshilfe wird in allen vier Studien thematisiert [5, 20, 21, 25]. Auf der organisatorischen Ebene werden gemeinsam erarbeitete, berufsübergreifend einheitliche Flusspläne empfohlen, welche den Ablauf und den Inhalt der Betreuung regeln [20,

21]. Durch die Zusammenarbeit fürchten beide Berufsgruppen finanzielle Einbußen und den Verlust ihrer Autonomie [5, 21]. Für eine gut funktionierende und zufriedenstellende Zusammenarbeit benötigt es gegenseitigen Respekt, Vertrauen, offene Kommunikation, Klarheit bezüglich der Rollen und der Verantwortungsbereiche, eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Flexibilität für die fachübergreifende Betreuung [20, 21, 25]. All dies entwickelt sich erst durch eine enge Zusammenarbeit und einen häufigen Austausch in Form von Teambesprechungen sowie im informellen Rahmen [20]. Eine Studie beschreibt eine teilweise negative Auffassung von Ärzt\*innen und Krankenpflegenden gegenüber der Hebammenarbeit [20]. Den Ursprung dessen identifizieren sie im Fehlen von Erfahrungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Mehrere Forschende empfehlen daher, dass Ärzte\*Ärztinnen während ihrer Ausbildung einen Einblick in die Arbeit der Hebammen erhalten sollten [20, 25].

### Erkenntnisse aus der Schweiz

Schwangere sind mit der Betreuung in einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung eines Schweizer Universitätsspitals zufriedener als mit dem herkömmlichen Modell [11]. Aus Sicht der Schwangeren und Fachpersonen erschweren folgende Faktoren die Einführung einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung in einem Schweizer Universitätsspital: Möglicherweise fühlen sich Frauen während der Schwangerschaft in den Händen von Gynäkolog\*innen sicherer als bei Hebammen. Zudem fehle die Bereitschaft von Gynäkolog\*innen, gewohnte Abläufe zu verändern und den Hebammen mehr Verantwortung zu übertragen [19]. Es wird zudem befürchtet, dass die Ärzte\*Ärztinnen während ihrer Ausbildung kaum noch Erfahrungen mit physiologischen Verläufen sammeln können [19]. Eine Evaluation im staatlichen Auftrag zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung in der Schweiz bestätigte die Erkenntnisse zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge aus den anderen Ländern [1]. Gynäkolog\*innen wünschen sich eine Kriterienliste für die Überweisung in die ärztliche Versorgung [19]. Beide Professionen könnten von praktischen Erfahrungen in der Schwangerenvorsorge während der Ausbildung profitieren [2]. Daher stellt sich die Frage, wie Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen in der Schweiz umgesetzt werden kann.

### Ziel und Forschungsfrage

Werte der Fachpersonen in der Schweiz sowie förderliche und hinderliche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit sollen evaluiert und auf der Grundlage des Best-Practice-Konzepts analysiert werden, um folgende Forschungsfrage zu beantworten: Wie sieht Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen in der Schweiz aus? Die Erkenntnisse sollen als Grundlage für Strategien zur Umsetzung einer zufriedenstellenden, nachhaltigen, interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Schweiz dienen.

### Methode

Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit leitfadengestützten Gruppen- sowie Paarinterviews mit Expertinnen [16: S. 148, 12: S. 111] gewählt. Nach Beurteilung der Ethikkommission des Kantons Zürich fällt diese Studie nicht in den Geltungsbereich des Humanforschungsgesetzes (BASEC-Nr. Req-2018-00401).

Im Mai 2018 wurden über den Schweizerischen Hebammenverband alle Hebammen der Region Zürich per E-Mail angeschrieben und zusätzlich der direkte Kontakt, auch über die Region Zürich hinaus, gesucht. Einschlusskriterium zur Teilnahme war einzig die Durchführung von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen. Von den Krankenhäusern kamen Absagen, vor allem aus Kapazitätsgründen.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte mit den einschlägigen key words in Kombination mit passenden Booleschen Operatoren u.a. in den Datenbanken CINAHL und PubMed. Aktuelle Forschungserkenntnisse (bis Ende 2018) flossen in den semistrukturierten Interviewleitfaden nach dem SPSS-Prinzip [14: S. 182] ein. Die fünf Paar- und Gruppeninterviews mit bestehenden interprofessionellen Teams wurden von der Erstautorin in Anwesenheit einer Protokollantin im Jahr 2018 durchgeführt (Dauer durchschnittlich 57 Minuten, min. 39 und max. 84 Minuten). Es wurde versucht, die Antworten der Befragten so wenig wie möglich zu beeinflussen, um die interne Validität der Datenerhebung zu gewährleisten [26, 16: S. 56]. Alle Interviews wurden auditiv aufgezeichnet sowie Kernaussagen der Teilnehmerinnen und Beobachtungen zu deren Interaktion schriftlich festgehalten [7: S. 81]. In Anlehnung an Kruse [16: S. 354] wurden die Aufnahmen mit der Software f4transkript [9] transkribiert, dem Schriftdeutsch angepasst und mit der Software Atlas.ti, Version 8 ausgewertet. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz [17: S. 109ff] fand fortlaufend und parallel zur Datenerhebung statt. Die Inhalte wurden in einem wechselseitigen deduktiven und induktiven Verfahren kodiert, in Hauptkategorien gruppiert und in Beziehung gesetzt [4: S. 223ff]. Als orientierende Grundlage für die Kategorienbildung dienten die Themenbereiche des Interviewleitfadens. Jedoch konnten im zweistufigen Kodierungsprozess auch neue Codes dazugewonnen und bestehende Codes umformuliert werden. Zur Validierung des Codesystems [16: S. 56] wurden einzelne Textabschnitte darüber hinaus unabhängig von der Letztautorin bearbeitet. Die Ergebnisse wurden anschließend besprochen und bei Bedarf fand eine Anpassung des Codesystems statt. Zur Überprüfung der Intersubjektivität und der Transparenz diente die detaillierte Dokumentation aller Forschungsschritte. Zusätzlich wurde die Darstellung der Ergebnisse den Interviewpartnerinnen in schriftlicher Form gesendet und von ihnen in Bezug auf die Stimmigkeit überprüft.

## Ergebnisse

Sechs Hebammen und fünf Ärztinnen, aus total fünf Praxen haben an den Interviews teilgenommen. Sie sind seit zehn bis 31 Jahren im Beruf (im Durchschnitt 23 Jahre). Drei Personen waren im ersten Jahr in der jeweiligen Praxis tätig und andere bereits 38 Jahre. Sieben Teilnehmerinnen arbeiteten mit einem Pensum von 90-100%, zwei lediglich zu 10% und zwei zu jeweils 40% bzw. 60%. Auch die Organisation innerhalb der Praxen unterscheidet sich. In einer Praxis ist die Hebamme bei der Gynäkologin angestellt. In einer anderen Praxis ist ebenfalls die Gynäkologin die Praxiseigentümerin, doch die Hebamme ist selbstständig und mietet sich an einem fixen Tag bei ihr ein. Sie dokumentiert im gleichen System, rechnet ihre Leistungen aber separat ab. Zwei weitere Teams arbeiten je in einer großen Gemeinschaftspraxis mit weiteren Fachpersonen zusammen. In einer Praxis sind beide, die Hebamme und die Gynäkologin, angestellt und alle administrativen Tätigkeiten

laufen über die Praxis. In der anderen Praxis sind laut Vertrag die Hebammen bei den Ärztinnen angestellt. Was das Mitspracherecht bei Entscheidungen sowie den Stundenlohn angeht, sind jedoch alle gleichgestellt. Die fünfte Praxis wurde durch eine der Hebammen gegründet, jedoch sind alle Fachpersonen selbstständig tätig. Alle Institutionen nutzen einen Flussplan. Dieser ist jedoch von Praxis zu Praxis unterschiedlich detailliert ausformuliert.

Die Aussagen der Interviewteilnehmerinnen wurden in vier Themen zusammengefasst. Dabei konnten alle drei Dimensionen des Best-Practice-Konzeptes berücksichtigt und ein neues Thema entwickelt werden (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Darstellung der Ergebnisse im Rahmen von Best Practice

## Werte

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird von den Hebammen als Entlastung empfunden: Sie schätzen die Möglichkeit, bei Auffälligkeiten während der Schwangerschaftskontrolle jederzeit die Gynäkologin hinzuziehen zu können. So lastet nicht die gesamte Verantwortung auf einer Person:

*„Für mich ist das tiptopp so. Auf eine Art auch Sicherheit und auch mit jemandem besprechen zu können, ob das jetzt eine andere Hebamme ist, oder eine Ärztin.“ (Hebamme B)*

Die befragten Hebammen sehen es als wertvoll an, dass sie effizienter sind, wenn sie in einer Praxis mehrere Schwangerschaftskontrollen nacheinander machen können, anstatt dafür zu den Frauen nach Hause fahren zu müssen. Die Kosten für die Räumlichkeiten und Geräte können geteilt werden. Auch das Netzwerk mit anderen Fachpersonen wird genutzt, wie z.B. mit einem externen Labor. Die Gynäkologinnen schätzen es, dass die Hebammen Aspekte der Begleitung von Schwangeren übernehmen, die während einer ärztlichen Routinekontrolle zu wenig Zeit und Raum finden. Sowohl die Hebammen wie auch die Gynäkologinnen betonen, dass sie durch die enge Zusammenarbeit voneinander profitieren. Zwei Gynäkologinnen haben Hebammen in die Anwendung vom Ultraschallgerät zur Lagekontrolle eingeführt.

In allen fünf Praxen arbeiten die Fachpersonen gemeinsam am gleichen Standort. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen kann das Betreuungsangebot in der jeweiligen Praxis erweitert werden.

Zwei Gynäkologinnen betonen, dass es ihnen ein Anliegen ist, auch noch physiologische Schwangerschaften begleiten zu können.

„Ich finde es so, wie wir hier organisiert sind, sehr sinnvoll. Jede macht alles während einer Kontrolle. [...] Das finde ich großartig.“ (Ärztin C)

Wenn allerdings mehrere Fachpersonen zusammenarbeiten und nicht alle gleichermaßen hinter dem Konzept stehen, kann dies schwierig werden.

„Und andererseits zum Teil etwas harzig, weil es auch Gynäkologinnen gegeben hat und auch noch gibt, die nicht abgeben wollen, die eigentlich lieber alle Kontrollen selbst machen wollen. [...] Dort muss ich jeweils wieder fragen ‘du, warum ist die Frau jetzt nicht bei mir? Wir haben doch klare Regeln’ und so.“ (Hebamme H)

### Wissen

Damit die Zusammenarbeit gut funktioniert, sei es wichtig, ein klares Konzept zu entwickeln, welches alle vertreten und das gesamte Klientel konsequent als Team zu betreuen. Zwei Hebammen beschreiben, dass es am Anfang Mut gebraucht habe, die Kontrollen im ersten und zweiten Trimenon zu übernehmen, da sie darin wenig praktische Erfahrungen hatten. Das theoretische Wissen sei aber vorhanden, sodass sie sich nach kurzer Zeit sicher fühlten.

Alle Institutionen arbeiten nach einem Flussplan und sind sich einig, dass dies wichtig ist, damit keine Informationen oder Untersuchungen untergehen oder doppelt durchgeführt werden. Bezüglich der Arbeitsorganisation innerhalb des Teams und der Inhalte der einzelnen Kontrollen unterscheiden sich die fünf Praxen teilweise stark. In drei Praxen ist definiert, welche Kontrollen in welcher Schwangerschaftswoche durch die Hebamme und welche durch die Gynäkologin durchgeführt werden. In zwei dieser Praxen übernehmen die Hebammen die physiologischen Schwangerschaftskontrollen selbstständig und tragen auch die volle Verantwortung. Sie haben jedoch die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen die Gynäkologin hinzuzuziehen. Bei Pathologien wird individuell entschieden, ob zuerst die Gynäkologin einen Ultraschall macht und dann die Hebamme die restliche Kontrolle durchführt oder ob die gesamte Kontrolle bei der Gynäkologin stattfindet.

Eine der Hebammen spricht sich vor oder nach jeder Schwangerschaftskontrolle mit der Gynäkologin ab, die die Hauptverantwortung trägt. Die Hebamme führt hauptsächlich physiologische Kontrollen durch, die Grenzen ihrer Kompetenzen sind klar geregelt. Eine weitere Praxis hat festgelegt, in welcher Schwangerschaftskontrolle welche Inhalte stattfinden sollen. Jedoch ist dies unabhängig von der Berufsgruppe. Da die Ultraschallkontrollen alle separat in einer externen Institution durchgeführt werden, können die Hebammen und Ärztinnen alle Schwangerschaftskontrollen in ihrer Praxis gleichermaßen durchführen. Dies gilt auch für die Arbeiten rundherum.

„Ich finde es so, wie wir hier organisiert sind, sehr sinnvoll. Jede macht alles während einer Kontrolle. [...] Großartig.“ (Ärztin C)

In einer Praxis werden die Schwangeren hauptsächlich von den Hebammen oder bei Bedarf im Wechsel von der Gynäkologin betreut. Diese wird für Ultraschallkontrollen oder zur Beratung hinzugezogen.

Im Zusammenhang mit der Rolle der Gynäkologin wurden von allen Expertinnen der Ultraschall zur Überwachung der kindlichen Entwick-

lung, der Plazentafunktion und Zervixlänge und zur frühen Erkennung von Abweichungen genannt. Da Hebammen nur begrenzt Medikamente abgeben dürfen, gehört auch deren Verschreiben zu den ärztlichen Kompetenzen innerhalb der Schwangerenvorsorge. Darüber hinaus wird die Aufklärung über mögliche Risiken und Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik von einer Gynäkologin klar zu ihren Aufgaben gezählt. Zwei Gynäkologinnen betonen, dass es ihnen ein Anliegen ist, auch noch physiologische Schwangerschaften begleiten zu können und nicht nur bei Abweichungen hinzugezogen zu werden.

Für die Hebammen sowie für die Gynäkologinnen ist die Vernetzung mit anderen Fachpersonen in der Schwangerenvorsorge essenziell. So kann gezielt den individuellen Bedürfnissen der Schwangeren entsprochen werden.

### Kontextfaktoren

Die Hebammen und Gynäkologinnen aus drei Praxen kritisieren, dass sich die Inhalte der Schwangerenvorsorge zunehmend auf das Erkennen von möglichen Pathologien konzentrieren. Es ist schwierig, innerhalb dieser Richtlinien den individuellen Bedürfnissen von Schwangeren gerecht zu werden. Es wird gefordert, dass die Betreuung durch Hebammen vom System gefördert wird. Die Schwangerschaftsvorsorge sei bislang geleitet von der Angst, etwas zu übersehen. Das Vertrauen, dass die Schwangerschaft gesund verläuft, sei immer weniger vorhanden.

„Manchmal finde ich, braucht es sehr viel Mut, sich am Gesunden zu orientieren. [...] Gynäkologen [...] machen auch immer weniger diese gewöhnlichen Dinge, einfach, weil sie Angst haben. Und das finde ich keine gute Entwicklung.“ (Ärztin C)

Dass eine Schwangerschaftskontrolle bei einer Hebamme deutlich weniger Einnahmen generiert als eine Konsultation bei der Gynäkologin, macht die Zusammenarbeit mit einer Hebamme wirtschaftlich unattraktiv. Der gesundheitliche und der wirtschaftliche Benefit der Hebammenarbeit wurden noch zu wenig belegt und daher von den Krankenkassen noch zu wenig honoriert. Die Expertinnen wünschen sich generell, mehr Zeit pro Kontrolle bezahlt zu bekommen. So könnten sie die Schwangeren besser beraten und auf deren Fragen eingehen.

„Einbezogen zu sein, selbstbestimmt, gut informierte Entscheidungen zu treffen. Das braucht Zeit. Und es IST aufwendig. Und dafür ist niemand bereit, auch nur einen Franken zu bezahlen. NIEMAND. Also es wird bezahlt, jeder apparative Aufwand. Aber es wird nicht das Gespräch bezahlt.“ (Ärztin K)

Die Fachpersonen wünschen sich mehr Aufklärungsarbeit in Bezug auf die Möglichkeiten der Betreuung und die Wahlfreiheit, welche die Schwangeren in der Schweiz haben.

Verschiedene Expertinnen äußern, dass in der praktischen ärztlichen Ausbildung oft zu wenig über die Physiologie der Schwangerschaft gelernt wird. Sowohl die Gynäkologinnen wie auch die Hebammen haben während ihrer Ausbildung kaum Erfahrungen in der kontinuierlichen Begleitung von Schwangeren und besonders von Frauen in der Frühschwangerschaft sammeln können.

„Weder als Arzt noch als Hebamme lernt man das. [...] Weil als Assistenzarzt hat man ja keine Sprechstunde.“ (Ärztin E)



Die Expertinnen sind sich einig, dass die Zusammenarbeit in der Praxis gefördert werden muss.

*„Weil, vor allem im Studium, ist es ja so, dass die Ärzte sich noch gar nicht festlegen müssten, in welche Richtung sie gehen. Und wenn sie sich dann spezialisieren, haben sie ja gar keine Vorlesungen mehr. Ähm. Ich denke, [...], es ist schon in den Kliniken, in denen man beginnt, praktisch zu lernen.“ (Hebamme B)*

Durch eine enge Zusammenarbeit sollen der Blickwinkel für die Arbeit sowie die Kompetenzen der anderen Fachpersonen erweitert werden und so auch mehr Verständnis entstehen. Dies beginne im Idealfall schon während der Ausbildung oder in den ersten Berufsjahren.

*„Wenn man mehr Verständnis hätte, für die andere Arbeit, eben z.B. durch das GEMEINSAME Arbeiten, würden die Frauen davon profitieren. Das liegt am Willen jedes Einzelnen. Dass man als Hebamme, z.B. einen jungen Assistenten mitnimmt.“ (Hebamme L)*

In Bezug auf die theoretischen Grundlagen fühlen sich die Expertinnen gut ausgebildet und es bestehe auch ein umfassendes Weiterbildungsangebot.

## Zwischenmenschliche Ebene und Arbeitskultur

Faktoren, welche die zwischenmenschliche Beziehung der Teammitglieder betreffen, spielen eine zentrale Rolle für eine gute Zusammenarbeit. Diesbezüglich sind sich alle Expertinnen einig. Das Verfolgen einer gemeinsamen Idee motiviere und halte das Team zusammen. Dafür sei es wichtig, dass sich die Fachpersonen kennen und über ihre medizinische Einstellung und Vorstellung von Schwangerenvorsorge austauschen können. Die Expertinnen investieren viel Zeit in Beziehungsaufbau. Dies benötigt eine offene Kommunikation und die Bereitschaft aller Teammitglieder hierzu.

*„Offene Kommunikation ist das Wichtigste. Dass man einander auch mal sagt, wenn man mit etwas nicht einverstanden ist.“ (Ärztin E)*

Ein weiterer zentraler Aspekt für eine gute Zusammenarbeit ist laut den Expertinnen, dass alle sich gegenseitig gut kennen und vollständig vertrauen. Eine Voraussetzung für dieses Vertrauen besteht darin, dass die Fachpersonen sorgfältig arbeiten und ihre Kompetenzgrenzen kennen und einhalten. Gleichzeitig muss die Möglichkeit bestehen, dass man sich bei Unsicherheiten besprechen kann.

*„Und uns gegenseitig trauen, dass wir das bis zu diesem Punkt machen, bis zu dem wir es können, und danach nicht mehr. Also dann realisieren, jetzt geht es zu weit, jetzt muss ich sie abgeben. Sei es ans Spital, sei es dies mit einer Ärztin zu besprechen.“ (Hebamme D)*

Die Expertinnen sind der Ansicht, dass genau dieses Vertrauen vielen Fachpersonen fehlt und dies eines der Hindernisse für eine Zusammenarbeit darstellt.

*„Es gibt nicht viele Ärzte, die den Hebammen so vertrauen, dass diese äh wirklich die Verantwortung an die Hebamme abgeben.“ (Ärztin E)*

Für die Expertinnen ist es zielführend, dass sich alle respektvoll und auf Augenhöhe begegnen. Dies praktizieren sie untereinander und auch mit

den Klientinnen. Damit dies in der Zusammenarbeit Normalität wird, braucht es Vorbilder. Der respektvolle Umgang unter den Fachpersonen sollte auch von den Vorgesetzten gelebt werden.

Laut den Expertinnen ist die Konkurrenz zwischen Hebammen und Gynäkolog\*innen stark, wenn es um die Betreuung von Schwangeren geht. Dies erschwert nicht nur den Fachpersonen die Arbeit, sondern wirkt sich auch auf die Betreuungsqualität aus. Es werde als persönliches Versagen interpretiert, wenn andere Fachpersonen hinzugezogen werden (müssen).

*„Dass man sich dann nicht zu sehr in den Mittelpunkt stellt. [...] Die Hebamme meint, sie ist wichtiger als der Arzt. Und der Arzt meint, ha, ohne mich kann die gar nichts. Darum, ich zeige dann schon, dass sie es nicht richtig gemacht hat.“ (Ärztin A)*

Die Expertinnen vermuten einen historischen Ursprung bei diesem Konkurrenzdenken. Die beiden Professionen kämpfen schon viele Jahre um ihre Kompetenzen in der Betreuung von Schwangeren.

*„Ähm, wie ich finde, das ist halt auch eine alte Geschichte. Und auch zum Teil sehr tief verfahren und nicht mehr gut machbar. Vor allem so bei älteren Hebammen. [...] ich weiß, das gibt es auf beiden Seiten. Da gibt es auch Ärzte, die sagen, die Hebammen können nichts.“ (Ärztin A)*

Oft stehen Vorurteile der anderen Berufsgruppe gegenüber im Raum oder es wird als persönliches Versagen oder Inkompetenz empfunden, sofern eine andere Fachperson zugezogen wird.

Nach der Ansicht der Expertinnen liegt der Grund für ausbleibende Veränderungen nicht darin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit Nachteile für die Fachpersonen hätte. Vielmehr sei der Grund, dass Veränderungen mit Aufwand verbunden wären und die Komfortzone verlassen werden müsste. Vielen sei es daher lieber, ihre Vorsorgen weiterhin so zu machen, wie sie es ‚schon immer‘ gemacht haben.

## **Diskussion**

Die vorliegende Studie präsentiert Erfahrungen und Erkenntnisse von Hebammen und Gynäkologinnen mit interprofessioneller Schwangerenvorsorge in der Schweiz. Folgende Inhalte für Best Practice konnten ausgemacht werden:

Als Werte bezeichneten die Expertinnen die berufliche und persönliche Bereicherung durch regelmäßigen Austausch, die Erweiterung des Angebots durch die Ergänzung von unterschiedlichen Kompetenzen sowie die Betonung auf den Wert der Physiologie. Wie eine frühere Studie [22] erkennen auch die Expertinnen, dass durch die interprofessionelle Zusammenarbeit mehr Flexibilität und ausreichend Raum für individuelle Bedürfnisse geschaffen wird. Die Kombination verschiedener Aufgabenbereiche in der interprofessionellen Zusammenarbeit ermöglicht eine Kontinuität in der Betreuung über einen längeren Zeitraum als die Begleitung durch eine einzige Berufsgruppe – dieses Ergebnis deckt sich mit den Ansichten von Schwangeren in einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung der Schweiz [11]. Aus der Perspektive der befragten Fachpersonen wird die Qualität der Schwangerenvorsorge durch eine gute Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog\*innen verbessert, was sich mit den Erkenntnissen anderer Forschungsarbeiten deckt [1, 5, 22].

Für den Faktor Wissen erscheint eine Vernetzung mit anderen Fachpersonen hilfreich. Um Verunsicherung zu vermeiden, sollten Flussplan, Arbeitsaufteilung und Verantwortlichkeiten sowie die Rolle und Aufgabenbereiche der Fachpersonen innerhalb des Teams klar festgelegt sein. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen frühere wissenschaftliche Erkenntnisse, dass für die Zufriedenheit aller Beteiligten und für eine gute Qualität der Betreuung auch eine gute Kommunikation unter den Fachpersonen wichtig ist [1, 21] und ein nationales einheitliches Dokumentationssystem die Kommunikation deutlich vereinfachen würde [2, 20, 21, 25].

Förderliche Kontextfaktoren wie gesetzliche Vorgaben und Leitlinien sowie finanzielle Entschädigung und Wirtschaftlichkeit wurden auch in drei früheren Studien genannt [1, 2, 25]. Ein einheitliches System zur Abrechnung sowohl ärztlicher als auch Hebammenleistungen erscheint dabei effizient. Ausbildungsinhalte werden von den Befragten wie auch von anderen Studien als wesentlich bezeichnet: Während der theoretischen Ausbildung sollten interprofessionelle Elemente eingebaut werden [2,19]. Mehr Ausbildungsinhalte zu den physiologischen Abläufen einer Schwangerschaft sind ins Medizinstudium zu integrieren [15, 20, 21, 25]. Durch die Akademisierung der Hebammen wird eine Annäherung der beiden Berufsgruppen auf Augenhöhe erwartet [21].

Zusätzlich zu den Aspekten von Best Practice wurde als ein wesentliches Kriterium von den befragten Expertinnen die zwischenmenschliche Ebene und gemeinsame Arbeitskultur genannt. Dazu gehören gemeinsame Haltung und Ziele, Sympathie, gegenseitiges Vertrauen sowie respektvoller Umgang und Wertschätzung. Hilfreich sind entsprechende Erfahrungen im Werdegang der Fachpersonen. Als Hindernisse können Konkurrenzdenken und fehlende Bereitschaft für Veränderungen bezeichnet werden. Auch hier gibt es Übereinstimmungen mit anderen Studien: Wichtig sind gemeinsame Werte und Philosophien der Fachpersonen [5, 21, 25]. Die Teammitglieder müssen sich vertrauen und einander sympathisch sein [20]. Das Konkurrenzdenken wurde ebenfalls in einigen Forschungsarbeiten thematisiert [5, 20, 21, 25]. Gründe dafür seien laut den Interviewpartnerinnen Vorurteile gegenüber der anderen Berufsgruppe, Stolz, Angst vor dem Verlust der

Autonomie und unter Umständen der Werdegang der Fachpersonen. Es müssen flache Hierarchien geschaffen werden, um diesem Konkurrenzkampf entgegenzuwirken [5]. Erreicht wird dies durch einen respektvollen Umgang und Klarheit bezüglich der Rollen und der Verantwortungsbereiche des Anderen, gemeinsame Entscheidungsfindung und Flexibilität der einzelnen Teammitglieder [1, 20, 21, 25].

Die Gruppe der Befragten ist recht klein, weshalb die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden dürfen. Da sich jedoch die Art der Zusammenarbeit in den fünf befragten Praxen deutlich unterscheidet, konnten vielseitige Aspekte berücksichtigt werden. Die gemeinsame Befragung von jeweils Hebammen und Gynäkologinnen einer Praxis wurde bewusst gewählt. Durch die Interaktion und die Diskussionen der Teilnehmerinnen konnten in den Interviews einerseits zusätzliche Informationen gewonnen werden, andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass Antworten möglicherweise „praxiskonform“ gegeben wurden.

### Schlussfolgerung

Die Umsetzung von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog\*innen in der Schweiz birgt politische, ökonomische, gesellschaftliche und organisatorische Herausforderungen in sich. Sie kann sowohl für die Fachpersonen wie auch für die Schwangeren und sogar für das Gesundheitswesen Vorteile bringen.

Für die Praxis bedeutet dies: Sowohl die Hebammen wie auch die Gynäkolog\*innen verfügen über eine gute theoretische Ausbildung zur Schwangerenvorsorge. Es fehlt jedoch beiden an praktischer Erfahrung. Besonders die Betreuung von Frauen in der Frühschwangerschaft sollte während der Ausbildung beider Professionen stärker vertieft werden. Auch die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams müsste bereits während der Ausbildung beginnen.

Diese Erkenntnisse können zur Umsetzung von Best Practice der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Schweiz dienen.

**Institution:** <sup>1</sup> Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz; <sup>2</sup> fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol, Innsbruck, Österreich.

Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Advanced Practice Midwifery an der fhg Tirol erstellt.

**Interessenkonflikt:** Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

**Review-Verfahren:** Eingereicht am: 30.9.2020, angenommen am: 22.2.2021

**Kontakt:** ramona.koch@gmx.ch

### Literatur:

- Atzeni G, Schmitz C, Berchtold P. Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports*. 2017;12(2). [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: [http://www.u-change.ch/dms/publikationen/12/studie\\_samw\\_interprofessionalitaet\\_2016/report1202d\\_interprofessionalit%C3%A4t.pdf](http://www.u-change.ch/dms/publikationen/12/studie_samw_interprofessionalitaet_2016/report1202d_interprofessionalit%C3%A4t.pdf)
- Aubry E, Cignacco E. Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht. Bern; 2015. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.bfn.ch/dam/jcr:6a91b3a3-baa5-4824-bbbc-20439fa74b18/projektbericht-hebammengeleitete-geburtshilfe-im-kanton-bern.pdf>
- Bavier U, Schwager M. Best Practice in der Hebammenarbeit - eine Anleitung für bestmögliche praktische Arbeit. Qualifikationsarbeit an der Donau-Universität Krems; 2009. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/50214.pdf>
- Bazeley P. *Qualitative data analysis: Practical strategies*. London: Sage Publications Ltd.; 2013.
- Behruzi R, Klam S, Dehertog M, Jimenez V, Hatem M. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(200):36–50. DOI: 10.1186/s12884-017-1381-x.
- Broesskamp-Stone U, Ackermann G, Ruckstuhl B, Steinmann R. Best Practice - Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/wirkungsmanagement/best-practice/Best-Practice-Konzept.pdf>

7. Brüsemeister T. *Qualitative Forschung: Ein Überblick*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2008.
8. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG); 1994. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
9. Dr. Dresing & Pehl GmbH. f4transkript. audiotranskription; 2018.
10. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Gesundheit (BAG). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 - 2020. 2017. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Forschung.html>.
11. Floris L, Irion O, Bonnet J, Politis Mercier MP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*. 2018;31(2):124–133. DOI: 0.1016/j.wombi.2017.06.021.
12. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2010.
13. Grylka-Bäsclin S, Borner B. Ausführlicher Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. 2020. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2020/09/Ausführlicher-Statistikbericht-SHV\\_Rapport-statistique-detaillé-2019.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2020/09/Ausführlicher-Statistikbericht-SHV_Rapport-statistique-detaillé-2019.pdf)
14. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
15. King TL. Interprofessional Collaboration: Changing the Future. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(2):117–119. DOI: 10.1111/jmwh.12318.
16. Kruse J. *Qualitative Interviewforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015.
17. Kuckartz U. *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2014.
18. Loytved C. Von der Wehemutter zur Hebamme: Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Bramsche: Rasch; 2001.
19. Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfeld P, Stoll B. Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:56. DOI: 10.1186/s12884-015-0477-4.
20. Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*. 2013;29(6):646–652. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.004.
21. Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Henneman L, Wiegers T, Mol BW, u. a. Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: A qualitative study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–12. DOI: 10.1186/s12884-016-0975-z.
22. Phillippi JC, Holley SL, Schorn MN, Lauderdale J, Poumie CL, Bennit K. On the same page: A novel interprofessional model of patient-centered perinatal consultation visits. *J Perinatol*. 2016;36(11):932–938. DOI: 10.1038/jp.2016.124.
23. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, u. a. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–1145. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
24. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
25. Schölermerich VL, Posthumus AG, Ghorashi H, Waelput AJ, Groenewegen P, Denktas S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnant*. 2014;14:145–52. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145.
26. Schulze B, Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):299–312. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00028-x.
27. Schumann M. Die Institutionalisierung der Geburten in der Bundesrepublik 1950 bis 1975. Auswirkungen auf den Hebammenberuf. In: Herausforderungen: 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Stuttgart: Thieme; 2012. S. 227–236.
28. Slinkard Philipp M, Stonehocker J. Women's health outpatient care teams: Focus on advanced practice providers. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(1):76–89. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000333.
29. Sottas B, Kissmann S, Brügger S. Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern. Bourguillon; 2016.
30. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genf; 2010. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)

## Literatur von Seite 50:

5. Ganapathy T. Childbirth in Supported Sitting Maternal Position. *International Journal of Nursing Education*. 2012; 4(2):87-91.
6. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019; 19:182. DOI: 10.1186/s12884-019-2333-4
7. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46(2):212-9. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
8. Groß MM. Die Geburtserfahrung - eine Übersichtsarbeit. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2003; 63(04):321-5. DOI: 10.1055/s-2003-39242
9. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(5):CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
10. Hardin AM, Buckner EB. Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13(4):10-6. DOI: 10.1624/105812404X6180
11. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience: A mixed methods study. *Midwifery*. 2017; 51:33-9. DOI: 10.1016/j.midw.2017.05.004
12. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002; 186(5):160-72. DOI: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0
13. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*. 1987; 10(5):301-10. DOI: 10.1002/nur.4770100503
14. Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience: a cross-sectional study. *Midwifery*. 2019; 79:102540. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102540
15. Kempe P, Vikström-Bolin M. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 246:156-9. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.01.041
16. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011; 2(2): 83-9. DOI: 10.1016/j.srhc.2010.11.003
17. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 1982; 2(8302):808-10.
18. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 2018; 31(2):103-9. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.07.002

Fortsetzung siehe Seite 36