

1 Einführung

Wochenbettbetreuung wird von angestellten und freiberuflichen Hebammen angeboten und durchgeführt. Angesichts der derzeitigen Mangelsversorgung bietet dieses Tätigkeitsfeld Wachstumspotential (DHV 2012).

Wählt eine Hebamme im Rahmen der Wochenbettbetreuung eine nach ihrem Methodenschwerpunkt und für die Wöchnerin und Familie geeignete Behandlungsempfehlung oder Maßnahme aus, gelangt sie dabei unweigerlich in das Spannungsfeld zwischen traditioneller Hebammenkunst und evidenzbasierter Betreuung, Pflege (*Evidence based nursing – EBN*) und Medizin (*Evidence based medicine – EBM*).

Solange die teilweisen Jahrzehnte langen Beobachtungen und Erfahrungen von Hebammen nicht mit Respekt gewürdigt werden, bleibt die Begegnung mit evidenzbasierten Maßnahmen ein Konfliktfeld.

Entsprechend müssen Ergebnisse aus aktueller, systematischer Forschung zugrunde gelegt, die Handlungsempfehlungen darauf ausgerichtet und in die praktische Arbeit einbezogen werden.

Ziel des vorliegenden Buches ist es, aktuelle Evidenzen zu Wirksamkeit und Unwirksamkeit sowie Beratungsinhalte und Maßnahmen der traditionellen Hebammenkunst zu den einzelnen Parametern eines Wochenbettbesuches zusammenzufassen.

Hier und im Weiteren, wird sich bei der Nennung »Hebammen« und bei dem Verweis auf die Berufsgruppe auf die weibliche Form beschränkt. Gemeint sind jeweils Frauen und Männer. Ebenso ist bei der Nennung »Vater« und »Partner« in gleicher Weise hier und in Folge die gleichgeschlechtliche Mutter und Partnerin gemeint.

Um Kolleginnen eine Hilfe bei dem QM¹-Prozess Wochenbett zu geben, ist jedes Kapitel nach gleichem Schema in Anlehnung an das QM-System des DHV (DHV et al. 2015) aufgebaut. Kapitel 2 und 3 beinhalten die Ebenen der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (ebd.). Jedes Unterkapitel befasst sich inhaltlich mit einem Wochenbettparameter der alltäglichen Hebammenarbeit (z.B. Rektusdiastase). Der strukturelle Rahmen umfasst die Punkte Definitionen, Ziel, Inhalt, Beratung, Maßnahmen und Anleitung, Beginn und Zeitpunkt, Gute Erfahrung mit/ Vorgehen bei Komplikationen, Vorgehen bei Regelwidrigkeiten und Kooperationspartnerin. In Tabelle 1 werden diese Parameter erläutert:

¹ Qualitätsmanagement

Tab. 1:
Aufbau der
Unterkapitel



Struktur	Erläuterung
Definitionen	Bestimmung und Abgrenzung des jeweiligen Wochenbettparameters
Ziel	Beschreibung des Zwecks der Betreuungsmaßnahme (»Betreuungsziel«)
Inhalt	Physiologischer Rückbildungsprozess
Beratung	Primärpräventive Empfehlungen zur Unterstützung der Rückbildung
Maßnahmen und Anleitung	Sekundärpräventive Empfehlungen zur Unterstützung der Rückbildung
Beginn und Dauer	Geeigneter Beginn von Beratung oder Maßnahme und deren Dauer
Gute Erfahrung mit	Eine kleine Auswahl bewährter Beratungsinhalte oder Maßnahmen der traditionellen Hebammenkunst
Vorgehen bei Komplikationen	Beginnende oder zu fachärztlicher Behandlung begleitende Beratungsinhalte und Maßnahmen bei Beginn einer Erkrankung
Vorgehen bei Regelwidrigkeiten	Fachärztliches Behandlungsschema
Kooperationspartnerin	Interdisziplinäre Berufsgruppen
FAQ	Elternorientierte Fragen und Antworten Zusätzliche Informationen aus Erfahrung und Evidenz in Frage-Antwort-Form (und einfacher Sprache!)
Literatur	Kapitelbezogene Literatur



1.1 Was ist Evidenzbasierte Betreuung, Pflege und Medizin?

Kirstin Büthe

Hebammen überwachen seit Beginn des Berufes die zeitgerechte und physiologische, genitale und extragenitale Involution sowie das Gedeihen des Neugeborenen. Sie fördern die Bindung von Mutter und Kind sowie das Stillen. Die Weichen für einige Parameter werden bereits in der Schwangerschaft gestellt. Sie begegnen Frauen und Eltern auf Augenhöhe und beraten sie kompetent.

Zur Förderung des Stillens können sie auf bereits validierte Maßnahmen zurückgreifen. Pflege- und Beratungsinhalte sowie Anleitungen zum Neugeborenen oder zur puerperalen Involution basieren mehrheitlich auf der individuellen und facettenreichen Fachexpertise der Hebamme. Meist schließt dies die tolerable Behandlungsdauer für den Umgang mit Komplikationen im Wochenbett mit ein.

Eine Professionalisierung von Hebammenbetreuung im Wochenbett setzt Ergebnisse über evidente, qualitativ und quantitativ einflussnehmende Faktoren der Involution sowie der Neugeborenen- und Säuglingspflege voraus.

1.1.1 Definitionen

Evidenzbasierte Betreuung (EbB): Die Begleitung, Beratung, Anleitung und Behandlung einer Frau mit einer Fachexpertise, die wissenschaftliche Erkenntnisse in eigene, professionelle Erfahrung integriert. Der Frau wird mit Sensibilität und Sachverstand begegnet. Ihre Wünsche und Ziele werden respektiert. Sowohl die Betreuungsform als auch die Behandlungsmaßnahmen werden gleichberechtigt festgelegt (Stiefel et al. 2012).

Evidence-based Nursing (EbN): Auch Evidenzbasierte oder beweisgestützte Pflege. EbN beschreibt die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlichen Ergebnisse pflegerischer Forschung in der Zusammenarbeit zwischen Patienten und professionell Pflegenden (Behrens & Langer 2004).

Evidence-based Medicine (EbM): Auch evidenz-basierte oder beweisgestützte Medizin. Der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. In der praktischen Umsetzung von EbM wird die individuelle klinische Expertise durch bestmögliche Forschungsergebnisse ergänzt (DNEbM 2011a; Sackett et al. 1996).

Qualitative Studien: Diese Forschung fragt nach menschlichen Empfindungen, Reaktionen und Erfahrungen und berücksichtigt kulturelle sowie soziale Lebensumstände des gewohnten Umfeldes. Sie sind hinsichtlich EbN besonders aufschlussreich in Hinsicht auf die Erforschung von Patientenerfahrungen, -ansichten und der Compliance gegenüber ausgewählten Maßnahmen (Herr-Wilbert 2008).

Quantitative Forschung: Ausgehend von einer Fragestellung oder Hypothese wird nach Ursache und Wirkung der Interaktion von Variablen gesucht und Beziehungen und Unterschiede geprüft. Die Ergebnisse von quantitativer Forschung sind geeignet zur Übertragung auf die Praxis. Nach Design werden verschiedene, im Folgenden aufgeführte, Studienformen unterschieden (Ebd.).

Review: Auch Übersichtsarbeit. Zusammenfassung der Ergebnisse durch Auswertung aller relevanten Studien zu einer Fragestellung (Schwarz & Stahl 2013).

Randomized Controlled Trial (RCT): Auch randomisierte kontrollierte Studie. Sie erforscht Ursache und Wirkung und zeichnet sich durch eine hohe Verlässlichkeit der Ergebnisse aus. Die Teilnehmer werden per Zufall (engl.: random) einer Gruppe zugeordnet. Die Zugehörigen einer Gruppe werden einem Ereignis ausgesetzt, die anderen nicht. Doppelblind bedeutet in diesem Zusammenhang, dass weder Untersucher noch Untersuchte wissen, wer dem Einfluss ausgesetzt ist und wer nicht (Kontroll- oder Placebo-Gruppe). Randomisiert kontrollierte Studien sind eine geeignete Methode zur (nachträglichen) Überprüfung pflegerischer Interventionen (Herr-Wilbert 2008).

Cohort-Study: Auch Kohortenstudie. Sie erforscht den Zusammenhang von Belastungen oder Ereignissen auf einen Zustand, beispielsweise auf die Gesundheit. Dazu wird eine Gruppe von Menschen, die einer Belastung oder einem Ereignis ausgesetzt waren oder sich selber ausgesetzt haben, verglichen mit einer Gruppe, die keinen Einfluss einer entsprechenden Belastung hatte. Beide Gruppen werden über einen bestimmten Zeitraum beobachtet. Geprüft wird, ob, wie häufig oder in welchem Zeitabstand und in welcher Gruppe interessierende Ereignisse auftreten (Schwarz & Stahl 2013).

Case-Control-Study: Auch Fall-Kontroll-Studie. Von einem untersuchungsrelevanten Ergebnis betroffene Patienten werden rückblickend (retrospektiv) verglichen mit einer ähnlichen Population ohne dieses Ergebnis. Es wird geprüft ob und welche Gruppe einer Exposition ausgesetzt war, die von Interesse ist. Diese Studienform kommt bei seltenen Ereignissen zum Einsatz und gibt Hinweise auf ursächliche Faktoren (DNEbM 2011b; Herr-Wilbert 2008).

Cross-Sectional-Study: Auch Querschnittsstudie. Verschiedene Merkmale von postuliert ursächlicher Wirkung werden in Beziehung gesetzt. Ergebnisse dieses Studiendesigns identifizieren einflussnehmende Faktoren und deren Gewicht (DNEbM 2011b; Herr-Wilbert 2008).

Before-After-Study: auch Vorher-Nachher-Studie. Teilnehmer werden vor und nach einem Ereignis oder einer Intervention untersucht. Es gibt keine Kontrollgruppe. Diese Form der Untersuchung eignet sich für Fragestellungen über den Einfluss eines Ereignisses, bspw. Eintritt der Schwangerschaft oder die Geburt auf ein Merkmal wie psychische Gesundheit (Herr-Wilbert 2008).

Survey: Auch Befragung. Umfrage in und über bestimmte Bevölkerungsgruppen mittels mündlichen oder schriftlichen Interviews. Rücklauf im Verhältnis zu erstellte Fragebögen, beschreibt die Repräsentanz der Umfrage (Schwarz & Stahl 2013).

Systematic Review: Auch systematische Übersichtsarbeiten. Die Bewertung aller zu einer konkreten Fragestellung vorhandenen Studien, nach vorher genau festgelegten Kriterien, zu einer bestimmten Fragestellung (Timmer & Richter 2008).

Empfehlungen und Stellungnahmen: Dienen der Sensibilisierung der Behandelnden und ggf. der Öffentlichkeit für änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte (Schwarz & Stahl 2013).

Richtlinien: Eine Richtlinie regelt das Verfahren, den Inhalt und Umfang sowie beteiligte Institutionen und Personen zu einem medizinischen Thema. Es ist eine abstrakte Handlungsanweisung, welche den aktuellen Stand der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse wiederspiegelt (Bundesärztekammer 2015).

Leitlinien: Systematisch und nach gegenwärtigem Kenntnisstand entwickelte Aussagen, die die Entscheidungsfindung von Ärzt/innen und Patientinnen für eine angemessene Behandlung unterstützen. Sie sprechen klare Handlungsempfehlungen aus. In begründeten Fällen kann und muss von ihnen abgewichen werden (AWMF-online).

Ziel: Eine stetige Verfeinerung der eigenen Fachexpertise.

Inhalt: Erfahrungswissen wird zunehmend durch wissenschaftlich untermauerte Fachexpertise ergänzt und bereichert. In diesem Zusammenhang kann auf Forschungsergebnisse durch Evidenz-basierte Pflege und Medizin zurückgegriffen werden.



Beratungsinhalte und Handlungen im Sinne von Interventionen können ebenso eine unerwünschte oder negative Nebenwirkung haben. Sie können wohlgemeint eine ärztliche Behandlung verfrüht oder verspätet einleiten und damit den Gesundungsprozess beeinflussen (Schlömer 2000).

Eine kontinuierliche Aktualisierung der eigenen Fachexpertise schützt davor, nicht evidente Heilungsversprechen zu machen oder aufwendige Pflegepraktiken anzuleiten.

Eine professionelle Entscheidung bezüglich Beratung und Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung von vier Komponenten. Zum einen die Wünsche, Ziele und Vorlieben der Patientin sowie ihres familiären und sozioökonomischen Kontextes, dies in vorrangiger Rolle. Beide Komponenten stellen die »Interne Evidenz« dar. Zum andern die Expertise der Fachkraft, hier Hebamme, sowie entsprechende Forschungsresultate. Diese sogenannten Erfahrungen Dritter bilden die »Externe Evidenz« (Behrens 2008; Behrens & Langer 2004).

1.1.2 Vorgehen

Evidenz-basierte Betreuung, ob EbB, EbN oder EbM, ist eine praxis-orientierte Methode. Eine gezielte, zur Lösung eines Problems dienliche Frage wird formuliert, zu deren Beantwortung relevante Studien und Forschungsergebnisse in Datenbanken und Fachzeitschriften gesichtet werden.

Sowohl die Fragestellung oder Hypothese zum einen als auch wissenschaftliche Gütekriterien zum anderen entscheiden über die Auswahl von Studien. Besonders quantitative Forschungsdesigns werden auf Gültigkeit (Validität) geprüft, das heißt, darauf, ob ihre Ergebnisse auf eine Patientinnengruppe außerhalb der Studie übertragbar sind. Ihre Zuverlässigkeit (Reliabilität) sagt aus, ob eine Studienwiederholung zu gleichen Ergebnissen führen würde. Die Wahrscheinlichkeit (p-Wert) gibt

an, wieviel der ermittelten Messwerte auf Koinzidenz oder Kausalität zurückzuführen ist. Sie ist ein Maß für die statistische Signifikanz. Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit ergänzen als qualitative Gütekriterien die Bewertung. Das Design des Forschungsvorhabens und -vorgehens unterliegt strengen, ethischen Anforderungen. Das Studiendesign wird durch den Aufbau des Forschungsvorhabens definiert.

Der Evidenz-Level, die Beweiskraft einer Studie im Sinne der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere z. B. Bevölkerungsgruppen, geht aus dem Studiendesign hervor. Vom Evidenz-Level wiederum hängt der Grad der Empfehlung ab.

Dieser kann von hohem Empfehlungsgrad A über Abstufungen zu mittlerem Empfehlungsgrad B bis hin zu schwachem Empfehlungsgrad C reichen. Ungeachtet eines schwachen Evidenzgrades kann es sich dennoch um den höchsten Beweß-Grad handeln, der zu der wissenschaftlichen Beantwortung einer Frage erreicht werden kann (Schwarz & Stahl 2013).

Tab. 2:
Hierarchie der
wissenschaftlichen
Evidenzen, in
Anlehnung an: Kunz
et. al. (2001)

Evidenz-Level	Empfehlungsgrad	Datentypen
Ia	A	Systematic review von RTCs/Metaanalysen
Ib	A	Randomisierte kontrollierte Studien (RTC)
IIa	B	Systematic review von Kohorten-Studien, kontrollierte Studie
IIb	B	Einzelne Kohortenstudien, Quasi-experimentelle Studie
III	B	Systematic Review von Case-Control-Studien, einzelne Case-Control-Studien, deskriptive Studien, Vergleichsstudien, Korrelationsstu- dien
IV	C	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinung von Expert/innenkreisen, Konsenskonferen- zen und oder klinischer Erfahrung anerkan- ter Autoritäten

Nach dem o. g. methodischen Vorgehen wird die Literatur auf Berücksichtigung kritisch geprüft, bspw. ob die Ergebnisse aussagekräftig genug oder auf die aktuelle Situation anwendbar sind.

Die Evidenzen werden mit der eigenen Fachexpertise verglichen und finden schließlich ggf. Eingang in die eigene Arbeitsweise (Schlömer 2000).

1.2 Evidenz dieses Buches

Im Rahmen dieses Buches wurde nach wissenschaftlichen Belegen für Prozesse, deren Beeinflussbarkeit sowie den dazugehörigen Maßnahmen gesucht. Es wurde Fachliteratur (Lehrbücher und Fachzeitschriften) gesichtet sowie Internetrecherche betrieben (Google, Google scholar, non-profit Fachdatenbanken, Cochanelibrary, ncbi, NICE, AWMF, DGGG, BfR, DGE, DNQP, rki) mit dem Ziel einer komplexen Darstellung der Empfehlungen zu Wochenbett, Stillen und Neugeborenem. Die vorliegende Arbeit versteht sich dabei weniger als das Ergebnis einer wissenschaftlichen Literaturrecherche als eine Literaturrecherche wissenschaftlicher Ergebnisse. Ziel war die komplexe Darstellung der Empfehlungen zu Wochenbett, Stillen und Neugeborenen.

2 **Thematischer Einstieg**

Kirstin Büthe und Cornelia Schwenger-Fink

2.1 **Gesundheit der Wöchnerin**

Angesichts gestiegener Hygiene-, Gesundheits- und Lebensstandards hat das Wochenbett an akutem Gefährdungspotential für Mutter und Kind verloren. Dies ermöglicht die Begleitung auch der psychosozialen Herausforderungen des neuen Lebensabschnittes (zu Sayn-Wittgenstein 2007).

Die meisten Frauen bewerten ihre Gesundheit im Frühwochenbett und sechs Wochen nach Geburt subjektiv als gut bzw. gut bis sehr gut. Auf die Frage nach Beschwerden beklagen knapp aber ebenso viele Mütter mindestens eine somatische Beschwerde wie Erschöpfung/Müdigkeit, Rückenschmerzen, Schmerzen der Naht oder Kopfschmerzen. Nach sechs Monaten trifft dies noch immer auf ca. $\frac{3}{4}$ der Frauen zu. Das Beschwerdespektrum ist erweitert durch den Bereich Blaseschwäche und Problemen bei der Kohabitation. Ca. jede fünfte Frau hat im frühen Wochenbett einen abklärungsbedürftigen Verdacht in Hinsicht auf eine Wochenbettdepression. Insgesamt kann die gesundheitliche Situation von Frauen in dieser Zeitspanne als belastet eingestuft werden (Grieshop 2013).

Entbundene Frauen, hier besonders Erstgebärende, wünschen sich von der Wochenbettbetreuung Sicherheit und Kompetenzerwerb. Anleitung zu Pflege und Handling des Neugeborenen ist dabei ebenso von Bedeutung wie Stillberatung, die Vermittlung von Stillpositionen und fachkundiger Umgang mit Stillproblemen (Polleit 2006).

Eine gute Vorbereitung der werdenden Mutter auf das Wochenbett durch eine Hebamme oder Ärztin mindert die Stressbelastung im Wochenbett und führt zur (Rückver-)Sicherung sozialer Unterstützung (Grieshop 2013).

Hebammenarbeit im Wochenbett kommt eine zentrale Rolle hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Wöchnerin und Kind zu. Hebammen überwachen das Befinden von Mutter und Kind, stellen des Gedeihen vom Neugeborenen und Säuglingen sicher und stabilisieren sowohl die Stillbeziehung als auch die familiäre Bindung. Idealerweise ist es ihnen möglich, die Bewältigungsfähigkeit im Sinne der (Be-)Stärkung (Empowerment) der jungen Mutter für die neuen Herausforderungen zu erhalten und zu fördern.

Die Erweiterung der Hebammenbetreuung auf einen Zeitraum von sechs Monaten würde zu einer weiteren und signifikanten Verbesserung

der gesundheitlichen Situation von jungen Müttern führen (Grieshop 2013).

2.2 Konzept der Wochenbettbetreuung

Definition Puerperium: Wochenbett. Zeitraum nach Geburt der vollständigen Plazenta bis sechs bis acht Wochen postpartum (Mändle & Opitz-Kreuter 2015).

Ziel: Strukturierter Ablauf einer Wochenbettbetreuung über die gesamte Betreuungsspanne.



Inhalt: Die gesundheitliche Verwundbarkeit von Mutter und ihrem Neugeborenen ist in den frühen Wochenbetttagen noch vergleichsweise hoch. Sie sinkt im Laufe der Zeit durch physiologische Heilungs- und Rückbildungsprozesse sowie psychosoziale Anpassung beider an den neuen Lebensabschnitt.

Der Betreuungszeitraum einer Hebammme umfasst die ersten zwölf Wochen postpartum unter Einhaltung einer Maximalanzahl von Wochenbettbesuchen. In den ersten zehn Tagen postpartum sind insgesamt zwei Besuche durchschnittlich abrechnungsfähig, darüber hinaus weitere sechszehn Besuche bis zwölf Wochen postpartum. Weitere Besuche sind über Pädiaterin, Gynäkologin oder auch Hausärztin mit Indikation rezeptierungsfähig (Hebammenhilfevertrag § 134a Abs. 1 SGB V in der Fassung des Schiedsspruches 2015).

Die Intensität der Betreuung der Wöchnerin variiert gemäß ihrem Befinden und gesundheitlichen Zustand im frühen und späten Wochenbett. Das frühe Wochenbett umfasst einen Zeitraum vom ersten bis zum zehnten Tag postpartum. Hier stehen die genitale Involution und insbesondere die Wundheilungsvorgänge der ehemaligen Plazentahhaftfläche sowie ggf. die der Geburtsverletzungen im Vordergrund. Voraussetzung für eine komplikationsarme Zeit ist eine regelrechte Involution des Uterus sowie die Abwesenheit von Infektionen (Al-Bassam 2009).

Besuche können in diesem Zeitraum entsprechend engmaschiger und bis zu mehrmalig an einem Tag sein. Das späte Wochenbett ist durch abschließende genitale und extragenitale Involution zu erfolgen. Gemäß vorangegangener genitaler Involution können die Besuche in größeren Abständen erfolgen.

Das Kind ist über die gesamte Betreuungsspanne auf seine gesundheitliche Entwicklung und sein Gedeihen zu beobachten und zu untersuchen. Konkret bedeutet dies die Beobachtung und Untersuchung in Hinblick auf die Entwicklung einer angemessenen Nahrungsnachfrage, -aufnahme, die damit verbundene Gewichtszunahme sowie das Abheilen eines Nabelschnurrestes, die Temperaturregulationsfähigkeit sowie die Überwindung der Leberunreife, bzw. die Überwindung einer Hyper-

bilirubinämie. Ein perinatales Infektionsgeschehen mit den Frühwarnsymptomen (Trinkschwäche, graues Hautkolorit, Tachypnoe, Temperaturregulationsstörung bis hin zu Hypothermie u.a.) besonders in den ersten Lebenstagen ist auszuschließen (Illing 2008).

Im weiteren Verlauf der Wochenbettbetreuung von Mutter und Kind stehen neben der klinischen Inspektion und Untersuchung, die Beratung und Anleitung bei resultierenden Pflegemaßnahmen im Vordergrund der Begleitung.

Hierbei ist es einerseits das Ziel, die Ausgangssituation für ein regelrechtes Wochenbett zu ermöglichen und andererseits die Mutter und Eltern für die Übernahme der (pflegerischen) Verantwortung gegenüber sich selbst und dem Kind zu befähigen.

Beginn und Dauer: Die Betreuung beginnt in Absprache mit der Wöchnerin am Tag der Entbindung oder der Klinikentlassung, spätestens einen Tag danach. Tageszeitpunkt und Abstand zwischen den Besuchen richten sich nach den Erfordernissen der Rückbildungsprozesse und den Wünschen der Frau. Die Betreuung sollte solange andauern, bis die extrogenitale und genitale Involution, insbesondere die des Uterus verlässlich im Gang ist.

Ein guter Zeitpunkt zum Abschluss der Betreuung ist, wenn die junge Mutter die selbstständige Übernahme der Involution förderlichen Maßnahmen leisten kann oder – insofern dies erforderlich – eine interdisziplinäre Behandlung in Anspruch nimmt. Die Stillbeziehung kann von ihr gelenkt werden und das Gedeihen des Kindes über sein Geburtsge wicht hinaus ist sichergestellt. Je nach Kontext hat die Frau Kenntnis und ggf. bereits Kontakt zu lokalen Eltern-Kind-Angeboten oder Hilfen zur Selbsthilfe. Der Abschluss einer Betreuung im Sinne von häuslichen Besuchen wird einvernehmlich festgelegt. Eine Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt sollte jederzeit möglich sein.

Im Falle von Abwesenheit der Hebamme sollte eine Vertretungsregelung mit Beginn der Betreuung transparent sein.

Kooperationspartnerin: Gynäkologin, Pädiaterin, Physiotherapeutin

2.3 Ablauf eines Wochenbettbesuches



Ziel: Strukturierter Ablauf eines häuslichen Wochenbettbesuches.

Inhalt: Zur Strukturierung eines Wochenbettbesuches bietet es sich an, stets nach demselben Schema vorzugehen. Das vereinheitlichte Vorgehen im Sinne eines Standards gewährleistet eine vollständige Befunderhebung (kein Parameter wird vergessen) und vermittelt der Wöchnerin einen Orientierungsrahmen für den Ablauf des Wochenbettbesuches. bei akut auftretenden Ereignissen oder Fragen kann es angezeigt sein von dem Schema abzuweichen.