

HEBAMMEN- KREIßSAAL – WIE GEHT DAS?



Das kleine ABC

Auf den Anfang kommt es an



Deutscher
Hebammen
Verband

HEBAMMENKREIßSAAL – WIE GEHT DAS?

Inhaltsverzeichnis

Warum Hebammenkreißaal? **S.3**

Einzigartig, unverzichtbar, unaustauschbar **S.3**

Der Hebammenkreißaal - Definition und Modelle **S.4**

»Nur 20 Hebammenkreißäle in Deutschland? Ich kenne viel mehr.«
Das Konzept **S.5**

Klingt gut, aber wie stellt man einen Hebammenkreißaal auf die Beine? **S.8**

Hebammenkreißaal – was Frauen wollen **S.14**

Stimmen von Müttern **S.15**

Wer will es tun und wer hat's bisher getan? **S.16**

Literatur **S.17**

Das kleine ABC vom Hebammenkreißaal **S.18**

a b

G

h M

S



Wettbewerbsfähig

„Wettbewerbsfähig werden auf Dauer nur Abteilungen sein, die in ihren echten Kernkompetenzen einzigartig, unverzichtbar und unaustauschbar sind“ sagt der Experte für vergleichende Analysen im Gesundheitssektor, Professor Riegl.¹⁸

Wir können es nicht mehr hören: „wettbewerbsfähig sein“. Welche Klinik hat das erste Neujahrsbaby? Hat die Konkurrenz höhere Geburtenzahlen? Wird endlich der Kreißsaal durch eine Gebärvanne aufgewertet? Und dahinter steht: Möglichst viele Geburten mit möglichst wenig Personal managen, damit sich Einnahmen und Kosten decken.

Höher, schneller, weiter. Das Motto unserer Zeit. Nicht einmal hinter der Kreißsaaltür macht es halt, nicht einmal vor dem Wunder der Geburt, nicht einmal vor den ersten Lebensstunden der 1,5¹ Kinder, die jede Deutsche durchschnittlich bekommt.

Einzigartig, unverzichtbar, unaustauschbar

Das können wir nicht oft genug lesen: einzigartig, unverzichtbar, unaustauschbar. Das wollen wir sein:

- einzigartig mit einem Gesetz, das uns verpflichtend an die erste Stelle der physiologischen Geburt stellt – vor den Ärztinnen² –,
- unverzichtbar an die Seite werdender und frisch gewordener Eltern,
- unaustauschbar für die ungeborenen und neugeborenen Kinder, um alles dafür zu tun, ihnen einen sanften, guten und würdevollen Start in diese Welt zu ermöglichen.

Als eine Berufsgruppe, die auf die Erhaltung und Förderung physiologischer Prozesse spezialisiert ist, brauchen wir Hebammen veränderte Rahmenbedingungen für unsere Berufsausübung in den Kliniken. Dann können wir einen unserem Tätigkeitsspektrum und unserer Autonomie angemessenen Platz im Gesundheitswesen ausfüllen.

¹ www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html (Zugriff am 08.03.2018)

² Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns bei der Nennung von Gruppen auf jeweils die weibliche Bezeichnung – gemeint sind jeweils Männer und Frauen.
Die Redaktion

Der Hebammenkreißsaal kann uns das bieten.

Denn, wenn wir mehr auf unsere Kernkompetenz vertrauen und unser Wissen einsetzen können, werden wir merken, dass Wettbewerbsfähigkeit und originäre Hebammenarbeit keine Gegensätze sind.

Es lohnt sich für alle Teams, sich mit dem Modell HKS auseinanderzusetzen. Denn eines ist sicher: Sie und ihr Kreißsaal, sie sind damit wettbewerbsfähig, einzigartig, unverzichtbar und unaustauschbar.

Der Hebammenkreißsaal – Definition und Modelle

Zurzeit gibt es ca. 20 Hebammenkreißsäle in Deutschland. Tendenz steigend! Der erste Hebammenkreißsaal in Deutschland wurde 2003 im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gegründet. Weiterhin sind Klinikteams interessiert und zum Teil konkret in der Vorbereitung. Hebammenkreißsäle gibt es in Kliniken unterschiedlicher Größe, Geburtenzahl und Versorgungsstufen.

Doch was genau macht einen Hebammenkreißsaal aus?

Definition

Die Definition nach Verona Hundley et al. von 1994 lautet: „Charakteristisch für das Konzept des Hebammenkreißsaals sind ein minimaler Gebrauch medizinischer Interventionen und eine an den Bedürfnissen der Frau orientierte Geburtshilfe (wie Betreuungskontinuität, Einbeziehung in Entscheidungen). Der Hebammenkreißsaal bildet einen Rahmen für die eigenverantwortliche Tätigkeit von Hebammen in einer geburtshilflichen Abteilung. Sie umfasst die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett. Die Zielgruppe sind gesunde Gebärende ohne Risiko beziehungsweise mit einer niedrigen Risikoeinstufung in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett.“^{L5}

Modelle und Varianten

International sind vier verschiedene Modelle oder Varianten eines Hebammenkreißsaals bekannt:

Der Hebammenkreißsaal

- kann – wie in Deutschland üblich – integriert in den Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal sein, die Räume werden gemeinsam genutzt,
- oder er ist im selben Haus, hat aber eigene Räumlichkeiten,
- oder er ist in einem separaten Gebäude auf dem Klinikgelände angesiedelt,
- oder er befindet sich weiter entfernt von der Klinik, was allerdings eher an das Modell eines Geburtshauses erinnert.

Auch hinsichtlich der Organisation der Hebammenteams sind vier verschiedene Modelle bekannt:

Die Hebammen arbeiten

- in einem gesamten Team, sowohl im Hebammenkreißsaal als auch im Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal.
- in einem gesamten Team, aber es wird eingeteilt, wer (wann) in welchem Kreißsaal arbeitet.
- in zwei getrennten Hebammenteams: Eins für den Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal und eins für den Hebammenkreißsaal – aber beide arbeiten unter einer Leitung.
- in zwei getrennten Teams, allerdings mit zwei Leitungen. (Das hat auch damit zu tun, dass es international zum Teil deutlich höhere Hebammenkreißsaal-Geburtenzahlen gibt als in Deutschland. Da ist es sinnvoll nicht nur zwei Teams, sondern auch zwei Leitungen zu haben.)

In Deutschland gibt es auch die Variante, dass Hebammen im Belegsystem einen Hebammenkreißsaal in die geburtshilfliche Abteilung ihrer Klinik integriert haben.

»Nur 20 Hebammenkreißsäle in Deutschland? Ich kenne viel mehr.«

»Moment mal«, denken jetzt manche, »nur 20 Hebammenkreißsäle in Deutschland? Ich kenne viel mehr – Das kann (nicht) sein.«

Der Begriff Hebammenkreißsaal ist keine geschützte »Marke«. Theoretisch kann jeder seine Einrichtung so nennen. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) und das Netzwerk Hebammenkreißsäle haben ein Gütesiegel erstellt, welches die Mindestanforderungen für einen Hebammenkreißsaal in Deutschland beschreibt (www.hebammenverband.de → Familie → Hebammen-Kreißsäle). Basis dafür ist das vom Verbund Hebammenforschung Osnabrück und der Arbeitsgruppe Hebammenkreißsaal (von 1998 bis Ende 2003) im Bund Deutscher Hebammen³ erarbeitete Handbuch Hebammenkreißsaal.

³ Jetzt DHV

In der Schweiz gibt es seit 2017 ein Anerkennungsverfahren für die Hebammengeleitete Geburtshilfe (HGG). Hiermit kann eine Geburtshilfe, die das Konzept „Hebammengeleitet“ verfolgt, sich einem Auditverfahren unterziehen, um dann zu belegen, dass die Kriterien auch erfüllt werden.

Das Konzept

Ein solcher Standard wie der des DHV und des Verbund Hebammenforschung ist wichtig. Dadurch können werdende Eltern den Hebammenkreißaal als berechenbare Alternative in ihre Entscheidungen einbeziehen; innerhalb des Berufsstandes spricht man von ein und derselben Sache; und auch für Klinikleitungen wird der Hebammenkreißaal dadurch eine ernst zu nehmende Option, deren Glaubwürdigkeit auch dadurch verstärkt wird, dass durch Studien vergleichbare Zahlen und Fakten vorhanden sind.

Das Konzept umfasst keinen streng geregelten Maßnahmenkatalog, setzt aber Eckpunkte und Mindestanforderungen und schafft dadurch Klarheit.

Demnach darf sich Hebammenkreißaal nennen, wer laut Gütesiegel des Netzwerks Hebammenkreißäle gewährleistet dass:

Die gesunde (Low-risk-) Schwangere bekommt dort

- die freie Wahl zwischen der Hebammengeburt und der Ärztinnen-Hebammen geleiteten Geburt,
- ein Vorgespräch über ihre Wünsche und Bedürfnisse, sowie eine Risikoeinstufung anhand eines Risikokataloges,
- die Aufnahme und die Geburtsleitung durch die Hebamme,
- bei Komplikationen oder dem Wunsch nach Schmerzmitteln die Überleitung in die Ärztinnen-Hebammen geleitete Betreuung.

Dabei arbeiten alle im geburtshilflichen Team eng zusammen. Bei Bedarf ist es jederzeit möglich, eine Ärztin hinzuzuziehen. Die Idee des Hebammenkreißaals leitet sich dabei auch und gerade aus der besonderen Verantwortung ab, die das Gesetz den Hebammen zuspricht und abverlangt (Hebammengesetz – HebG vom 4. Juni 1985 im II. Abschnitt über vorbehaltene Tätigkeiten in § 4 Abs. 1 und 2).

Ergebnisse internationaler Studien

Hebammenkreißsäle waren und sind Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Im Vergleich zwischen Hebammenkreißsaal und Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal zeigen Studien interessante Ergebnisse. Dabei ist selbstverständlich, dass die Vergleichsgruppen identisch sind. Das heißt, dass die Frauen im üblichen Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal von der Voraussetzung her ebenso gut in dem Hebammenkreißsaal hätten gebären können.

Im Vergleich Hebammenkreißsaal und Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal in Bezug auf:

- Schwangerschaftsdauer,
- Amniotomien,
- Geburtsdauer,
- 5-Minuten-Apgar < 7,
- Geburtsgewicht,
- Blutverlust > 500 ml gibt es keine Unterschiede.

Jedoch gibt es im Hebammenkreißsaal signifikant weniger medizinische Interventionen, zum Beispiel:

- weniger Geburtseinleitungen,
- weniger Wehenmittelgabe sub partu,
- weniger Analgetika und Analgesie^{L11}.

Weiter findet man im Hebammenkreißsaal:

- eine höhere Rate an Spontangeburt^{L7},
- signifikant weniger Dammriss und Episiotomien^{L1},
- eine größere Mobilität der Gebärenden^{L6},
- einen höheren Anteil an aufrechten Geburtspositionen^{L6},
- einen höheren Anteil an alternativer/ natürlicher Schmerzbehandlung^{L5}.

Und schließlich sind die Frauen zufriedener mit der Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und zwar unabhängig vom Geburtsmodus.

Zudem stillen Frauen, die im Hebammenkreißsaal geboren haben, im Verhältnis zu Frauen, die im Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal geboren haben, deutlich länger.

Voraussetzungen

Was muss das Hebammenteam mitbringen, um einen Hebammenkreißaal als Versorgungsmodell einzuführen? Nichts anderes als das, was Hebammen in ihrer täglichen Arbeit auch benötigen: die Freude am Hebamme-Sein, Willensstärke und Kooperationsbereitschaft.

Konkret heißt das: Das Wichtigste ist der Wunsch nach originärer Hebammenarbeit, um Schwangere und Gebärende in einem Hebammenkreißaal betreuen zu wollen. Sie müssen von diesem Betreuungsmodell überzeugt sein, welches Frauen eine selbstbestimmte, interventionsarme Geburt ermöglichen kann.

Außerdem braucht das Team Kraft, Willensstärke und Beharrlichkeit, damit das Ziel erreicht werden kann.

Und es erfordert die Bereitschaft, Kolleginnen aus etablierten HKS zu fragen und deren Wissen und Erfahrungsschatz zu nutzen. Vieles ist bereits von anderen Häusern erprobt und für gut befunden worden.

Soweit zu den so genannten weichen Voraussetzungen, ohne die gar nichts geht. Doch es gibt auch richtig handfest etwas zu tun. Deshalb hier die harten Fakten.

Vor dem Start: Ist-Analyse

Bevor eine Klinik/geburtshilfliche Abteilung oder ein Team in die konkrete Projektplanung geht, bietet sich eine Ist-Analyse an. Im dazu gegründeten Projektteam »sind alle Berufsgruppen und Abteilungen vertreten, die bei der Umsetzung des Hebammenkreißaales einbezogen sein müssen. [...] In dieser Phase können Ideen formuliert, das Projekt langsam konkreter definiert und Rahmenbedingungen eingehender betrachtet werden.« Dieses Zitat stammt aus dem »Handbuch Hebammenkreißaal – Von der Idee zur Umsetzung«. Einem hilfreichen Ratgeber für alle, die planen, einen Hebammenkreißaal einzuführen. Das Handbuch bekommen Sie über den Verbund Hebammenforschung in Osnabrück (www.hebammenforschung.de⁴). Im Handbuch finden Sie auch ein gutes Formular für diese Phase der Bestandsaufnahme. Nach dieser Standortbestimmung geht es darum, das Ziel Hebammenkreißaal klar zu definieren und den Weg dorthin zu planen.

⁴ www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Handbuch_Hebammenkreissaal.pdf

Konkret: Das muss durchdacht und festgeschrieben werden

Es hat sich bewährt, in kleineren Arbeitsgruppen, die interprofessionell besetzt sind (die Pflegenden und Betreuenden der Wochenbettstation dabei nicht vergessen!), unter anderem diese Themen zu bearbeiten:

Erarbeitung der Betreuungsprinzipien

Hebammengeburtshilfe in der Klinik ist neu. Auch für Hebammen. Es geht darum, seine Rolle zu finden. Das Team und jede einzelne Hebamme muss diese neue Aufgabe für sich definieren und annehmen.

Sich Fragen stellen wie: Wie geht es mir damit? Wie beeinflusst es mein Handeln, wenn ich allein verantwortlich bin? Will ich das überhaupt? Wie geht es mir, wenn Kolleginnen meine Arbeit beobachten? Wie fühle ich mich, wenn ich Frauen in den Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißaal überleiten muss?

Es empfiehlt sich, diesen Punkt nicht nur einmal vor dem Start, sondern immer wieder in Gesprächen und Supervisionen zu durchdenken.

Kriterienkatalog

Der Kriterienkatalog definiert nicht nur die Ein- und Ausschlusskriterien, um sich in der Schwangerschaft für eine Geburt im Hebammenkreißaal anzumelden, sondern beantwortet auch sub partu und post partum die Frage: Ist diese Situation noch physiologisch? Ein- und Ausschlusskriterien ergeben sich aus den Berufsordnungen der Länder: »Die Hebamme leitet in eigener Verantwortung die normale Geburt [...]« Der Kriterienkatalog ist ähnlich dem Risikokatalog im Mutterpass aufgebaut. Im »Handbuch Hebammenkreißaal« befindet sich ein solcher Kriterienkatalog. Natürlich müssen innerhalb des geburtshilflichen Teams die einzelnen Punkte durchgesprochen werden: Passt der Kriterienkatalog zu uns?

Die Erfahrung zeigt auch, dass der Kriterienkatalog in den geburtshilflichen Abteilungen immer wieder überarbeitet wird. Anfänglich setzt ein Team recht strenge Kriterien, die im Laufe der wachsenden Erfahrungen im Hebammenkreißaal gelockert werden. Beispielsweise keine Überleitung bei grünem Fruchtwasser oder Anordnung eines ärztlichen Konsils bei z.B. einer Antibiotikagabe.

Absprachen

Nicht immer ist die Realität so eindeutig, wie ein klar formulierter Kriterienkatalog suggeriert. Daher ist es wichtig, im geburtshilflichen Team auch die konkrete Umsetzung zu diskutieren. Anhand von Beispielen aus der Praxis werden mögliche Grenzfälle offensichtlich. Viele dieser Themen werden mit der gemeinsamen Erarbeitung des Kriterienkatalogs schon gestreift. Daher

ist es ja wichtig, dies gemeinsam und gemeinschaftlich zu tun: Die einzelnen Berufsgruppen können am Runden Tisch ihre Standpunkte austauschen, diskutieren und festlegen, welche Vorgehensweise zum Beispiel auch im Falle einer Überleitung in den Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißaal gewählt werden soll.

Auch hier gilt es, immer wieder das gemeinsame Gespräch zu suchen und bisher übliche Routinen und Vorgehensweisen zu überdenken und gegebenenfalls zu ändern.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Alle ziehen an einem Strang. Das ist nicht nur vor dem Start wichtig, sondern zu jeder Zeit: Hebammen, Gynäkologinnen, Anästhesistinnen, Neonatologinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

Auch und gerade im Hebammenkreißaal. Nur dann ist das Vertrauen in die Kompetenz des anderen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit miteinander möglich. Damit das gelingt – denn wir wissen alle, dass das nicht selbstverständlich ist – sind viele Stunden des gemeinsamen Diskutierens und Absteckens des Handlungsrahmens nötig. Reden hilft!

Gute Erfahrungen haben Hebammenteams gemacht, wenn neben der gemeinsamen Erarbeitung des Kriterienkataloges und der Vorgehensweise auch Fortbildungen interdisziplinär und interprofessionell besucht wurden.

Die Berufserfahrung der Hebammen

Ein wichtiges Ziel ist, dass alle Hebammen im Hebammenkreißaal die gleiche Mindest-Qualifikation im Sinne einer Mindestanzahl an Berufsjahren besitzen. So wird vielerorts eine zweijährige Berufserfahrung zur Betreuung einer Frau im Hebammenkreißaal vorausgesetzt.

Weitere Fortbildungen zum Beispiel zu den Themen Gesprächsführung, alternative Schmerzlinderung, aufrechte Gebärhaltungen, CTG-Beurteilung, durchführen der U1 und der Naht sollten regelmäßig und verpflichtend angeboten und wahrgenommen werden. Auch das praktische Üben einer Damrnaht ist unerlässlich.

Räumlichkeiten und Ausstattung

In den meisten Fällen werden die Räume des Kreißaals für den Hebammenkreißaal und für Geburten im Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißaal gemeinsam genutzt. Das bietet große Vorteile, birgt aber auch Herausforderungen. Den HKS einzuführen ist auch eine Chance, sich seine Räumlichkeiten nochmal genau anzusehen und eventuell Veränderungen in der Raumge-

staltung vorzunehmen, damit z.B. die Intimität der Frau gewahrt wird. Dann muss geklärt werden, ob noch weitere Ausstattung benötigt wird? Wie zum Beispiel: eine neue Gebärdewanne, Maja-Hocker oder Seile? Zudem werden ggf. zusätzlich Räume für Schwangerenvorsorge, Hebammensprechstunde und Kurse benötigt.

Rechtliche Fragen/Haftungsrecht

Bei Fragen zum Haftungsrecht und sonstigen rechtlichen Fragen nimmt das Team am besten die Rechtsabteilung der Klinik mit ins Boot. Der Versicherungsschutz der Hebammen ist nicht in allen Häusern gleich. Angestellte Hebammen sind durch den Arbeitgeber berufshaftpflichtversichert. Dabei sollte die Höhe der Deckungssumme mindestens 6 Millionen Euro betragen und grobe Fahrlässigkeit mit eingeschlossen sein. Darüber hinaus besteht für Hebammen im DHV die Möglichkeit, sich privat in einer Gruppenhaftpflicht zu versichern.

Personalbedarfsplanung

Im Hebammenkreißaal wird eine Eins-zu-eins-Betreuung angestrebt. Zusätzlich kommt zur Geburt eine zweite Hebamme. Die Klinik muss klären, wie sie dieser Voraussetzung nachkommen kann. Für manche Häuser kann dies bedeuten, dass ein Rufbereitschaftsdienst eingerichtet werden muss. Einen Hebammenkreißaal in seinem vollen Umfang zu etablieren bedeutet aber einfach auch mehr Arbeit (Hebammensprechstunde, Kurse etc.) für das Team. Es empfiehlt sich daher, schon in der Planungsphase über neue Stellen nachzudenken oder diese zu beantragen, beziehungsweise mit der Klinikleitung zu klären, zu welchem Zeitpunkt neue Stellen genehmigt werden. Fast alle Teams der bestehenden Hebammenkreißäle konnten zusätzliche Stellen schaffen.

Auswirkungen? Garantiert!

Nach all dem Planen und Diskutieren, Überzeugen und Motivieren, Einrichten und Organisieren geht's endlich los. Der Hebammenkreißaal wird eröffnet – und das hat Auswirkungen. Natürlich zunächst dadurch, dass werdenden Eltern eine Alternative angeboten werden kann – und dass diese durch den Vergleich der beiden Kreißaalmodelle klarer erkennen können, was ihnen wichtig ist. Aber auch weit darüber hinaus berichten die Hebammenteams

von positiven Veränderungen, Entwicklungen und Auswirkungen durch einen Hebammenkreißsaal auf die Geburtshilfe, das Team und die Arbeitsatmosphäre.

Auswirkungen auf das Hebammenteam: gemeinsam und voneinander lernen

Das Ziel einen Hebammenkreißsaal zu eröffnen spornt ein Hebammenteam an. In der Planung führen verbindliche Kriterien und einheitliches Vorgehen zu Diskussion und Konsensfindung. Das bringt einander näher.

Führt dieser Prozess zur Eröffnung eines Hebammenkreißsaals, hat das Team etwas Großes erreicht, das zusätzlich das berufliche Selbstbewusstsein der Hebammen stärkt.

Der Hebammenkreißsaal ermöglicht dem Team auch den Blick hinter die Kreißsaaltür – als zweite Hebamme bei einer Geburt.

- Die Hebammen können voneinander lernen.
- Berufsanfängerinnen können Erfahrung gewinnen.
- Ein intensiver Austausch über Geburtsverläufe ist möglich.

Kollegiale Beratung und Unterstützung sind Bestandteil des Arbeitsalltags, die Hebammen tragen gemeinsam Verantwortung und jede Einzelne übt sich darin, Entscheidungen der Kollegin zu respektieren.

Auswirkungen auf die Hebammenarbeit

In unserer Ausbildung zur Hebamme haben wir auch gelernt, mit dem Pinard die kindlichen Herztöne zu hören und die Leopold-Handgriffe anzuwenden. Heute legen wir den CTG-Knopf auf den Bauch oder warten, was der Ultraschall über den Zustand, die Lage und Einstellung des Kindes sagt.

Aus Zeitmangel fehlt es uns oft an Möglichkeiten, unsere Hebammenarbeit so auszuführen, wie wir es im Ursprung unseres Hebamme-Seins einmal wollten. Aber wertvolles Hebammenwissen sollte nicht verloren gehen. Im Hebammenkreißsaal wird dieses Wissen wieder stark in unser Bewusstsein gehoben. Dabei ist interessant, was Hebammen aus HKS berichten: Nämlich, dass die wiedererlangte Autonomie in der Berufsausübung (das Hebamme-Sein) auch positive Auswirkungen auf die Betreuung der Frauen im Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißsaal hat und die Hebammen wieder eine höhere Arbeitszufriedenheit erlangen.

Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

Hebammen aus HKS berichten auch von einer besseren Zusammenarbeit und förderlichen Kommunikationskultur von Hebammen und Ärztinnen. Das zeigt sich oft zuerst im Zusammenhang mit der Erarbeitung des Kriterienkataloges und den gemeinsamen Fortbildungen. Ärztinnen in Kliniken mit Hebammenkreißsaal erleben dann, dass physiologische Geburten im Kran-

kenhaus keiner ärztlichen Betreuung bedürfen. Aber sie erleben auch, dass sie gerufen werden, wenn es pathologisch wird oder einfach mal eine kollegiale Beratung nötig ist. Die gemeinsam erarbeiteten Prinzipien werden gelebt und die beruflichen Grenzen erkannt und akzeptiert. Dadurch wächst das Verständnis füreinander und das Vertrauen ineinander.

Auswirkungen auf die Ausbildung

Auszubildende der Hebammenschule in Stuttgart sagen:

- »Es ist eine Bereicherung, dass wir einen Hebammenkreißaal haben.«
- »Originäre Hebammenarbeit erleben und lernen zu dürfen ist ein Geschenk; die interventionsfreie Geburtshilfe und „Hebammentricks“ zur Unterstützung der normalen Geburt.«
- »Bei einer Hebammenkreißaalgeburt herrscht eine besondere Stimmung im Kreißaal.«
- »Es ist schön, mal nur zuschauen zu dürfen.« (Anmerkung der Autorin: Hebammenauszubildende dürfen hier bei der Geburt dabei sein, die Geburtsleitung hat die Hebamme.)

Auswirkungen auf die Klinik

Im Spannungsfeld zwischen Wunschkaiserschnitt und Wassergeburt, Geburtshaus und Hausgeburt entwickelt sich ein Marktsegment, das sich so beschreiben lässt: Eine zunehmende Anzahl an Frauen sehnt sich nach einem interventionsarmen Geburtserlebnis, geprägt vom Wunsch nach einer Geburt in einer möglichst behüteten Umgebung – alles Wünsche und Vorstellungen, die in einer außerklinischen Geburt am besten erfüllt werden können. Allerdings ist für viele dieser Frauen und Paare ein anderer Wunsch ebenso wichtig und bestimmend, nämlich der Wunsch nach ärztlicher Hilfe im Notfall – in Sekundenschnelle und vor Ort. Viele dieser Paare gewichten diesen zweiten Wunsch höher als den ersten, was bisher dazu führte, dass sie den ersten in den Hintergrund stellten und im Ärztinnen-Hebammen geleiteten Kreißaal in einer Klinik ihr Kind zur Welt brachten. Genau diesen Paaren kommt der Hebammenkreißaal entgegen und bietet eine weitere Alternative. Und damit – aus der Sicht der Klinikleitung – ein Alleinstellungsmerkmal.

Mit dieser etwas theoretischen Betrachtung wird auch deutlich, dass der Hebammenkreißaal keinesfalls ein Ersatz für die außerklinische Geburtshilfe ist. Vielmehr erweitert er die Wahlmöglichkeiten für die Frauen, für die bisher nur der Ärztinnen-Hebammen geleitete Kreißaal infrage kam. Oder wie Frau Prof. Dr. Nicola H. Bauer schreibt: »Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal bietet eine Erweiterung der klinischen Geburtsmöglichkei-

ten.«^{L2} Die Tatsache, dass keiner der Hebammenkreißsäle über mangelnde Nachfrage klagen muss, spricht dabei für sich.

Hebammenkreißaal – was Frauen wollen

Chancen und Herausforderungen

Eine Frage wird häufig diskutiert, wenn die Idee aufkommt, einen Hebammenkreißaal einzurichten: Welche Nachteile hat dieses Versorgungsmodell? In allen Diskussionen und in der praktischen Umsetzung werden jedoch die Chancen deutlich. Die Hebammen übernehmen den Teil der Geburtshilfe, der ihnen vom Berufsgesetz anvertraut ist, sofern die Schwangere/Gebärende das wünscht. Das Betreuungskonzept Hebammenkreißaal bietet eine echte Alternative für die Frauen, die eine Klinikgeburt wünschen.

Alle Schwangeren und Mütter sowie ihre Kinder profitieren davon, dass hier Interventionen immer genau überdacht und der Nutzen überprüft wird. Die positiven Erfahrungen, die das geburtshilfliche Team durch den Hebammenkreißaal machen kann, fließen immer auch in die Arbeit mit allen „anderen“ Gebärenden ein. Denn auch eine Schwangere z. B. mit einem Gestationsdiabetes (in einigen Hebammenkreißsälen laut Kriterienkatalog in einer Ärztinnen-Hebammen-Betreuung) kann eine physiologische Geburt erleben.

Das Konzept Hebammenkreißaal führt auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Hebammen. Selbst in den Kliniken, in denen die Hebammen in fast jedem Dienst drei und mehr Gebärenden gleichzeitig betreuen müssen und auch viele Schwangere mit besonderen gesundheitlichen Problemen zu versorgen sind. „Eine Hebammenkreißaalgeburt ist dann jedes Mal ein Geschenk, mit dem sich der Klinik-Alltag besser bewältigen lässt.“ (Zitat einer Hebamme aus einer großen Klinik)

Welchem Bedürfnis kommt der Hebammenkreißaal nach?

Fast 98 Prozent der Frauen wählen die Klinik als Geburtsort. Sie wünschen sich im Falle von Komplikationen, dass sofort adäquate medizinische Versorgung zur Verfügung ist. Aber eben auch nur dann. Sie wünschen sich Zuwendung, Beistand und eine Hebamme, die sich für sie Zeit nimmt.

Ein Ja zum Hebammenkreißaal bedeutet kein Nein zur Ärztin. Die Frauen

sind froh und dankbar, dass sie bei Bedarf schnell zur Stelle ist. Deswegen wählen sie dieses Versorgungsmodell: Hebammengeburtshilfe in einer Klinik.

Stimmen von Müttern

„Es ist eine wesentlich persönlichere Betreuung; die Geburt selber verlief auch sehr sanft. Die Hebamme hat mit Ölen gearbeitet, mit Massagen, mit Musik. Das hört sich jetzt an wie ein Spaziergang. Das ist es natürlich nicht, aber die Hebamme hat mir den Freudenschmerz sozusagen so angenehm wie möglich gemacht.“

(Frau H.-L. mit Antonia, geboren 2008)

Bei meinem ersten Kind 2008 war ich schon im Hebammenkreißsaal. Leider fielen am Ende der Geburt die Herztöne meines Kindes ab, sodass eine Geburt per Saugglocke nötig war. Ich war froh, dass die Ärztinnen sofort vor Ort waren, dass aber meine Hebammen bei mir bleiben konnten und ich auch den Raum nicht wechseln musste. Ich habe gemerkt, dass alle als Team zusammenarbeiten. Das hat sehr gut getan. 2010 konnte ich dann mein zweites Kind im Hebammenkreißsaal zur Welt bringen. Die gleiche Hebamme war wieder dabei. Das war für uns alle natürlich ein schönes Erlebnis. Aber es war mir wichtig, dass die Notfallmedizin vor Ort ist.

(Frau J. mit Janne, geboren 2008, und Jule, geboren 2010)

Mir war das nicht so unangenehm, wie man denken könnte, weil ich das mit der Hebamme gemeinsam entschieden habe,... das hat eine große Rolle gespielt. Dass ich mitentscheiden konnte.“

(Zitat einer Frau, die während der Geburt überleitet wurde)

Ich hatte nicht gedacht, dass es solche Hebammen wie Euch noch gibt. Und jetzt habe ich Euch gefunden.

(Zitat einer 28-jährigen Schwangeren, sie erwartet ihr 1. Kind)

Wer will es tun und wer hat's bisher getan?

Alle Teams, die mit dem Gedanken spielen, die Idee vom Hebammenkreißaal Wirklichkeit werden zu lassen, sollten sich Informationsmaterial besorgen und Ansprechpartner haben, an die sie sich wenden können.

Alle derzeit bestehenden Hebammenkreißäle in Deutschland, die auch im Netzwerk Hebammenkreißäle aktiv sind, sind auf der Website des DHV zu finden. Unter www.hebammenverband.de → Familie → Hebammen-Kreißäle sind alle Kliniken verzeichnet, die ihren Hebammenkreißaal nach dem Konzept des DHV und des Verbund Hebammenforschung führen.

Suchen Sie darüber hinaus persönlichen Kontakt, dann wenden Sie sich bitte an: Rike Herkel, beratende Hebamme in der Geschäftsstelle des DHV, herkel@hebammenverband.de

Beim Verbund Hebammenforschung in Osnabrück (www.hebammenforschung.de) bekommen Sie das »Handbuch zum Hebammenkreißaal – Von der Idee zur Umsetzung« kostenlos zum Herunterladen. Es enthält die wichtigsten Informationen und ist eine große Hilfe – und eigentlich ein absolutes Muss für alle Interessierten.

Des Weiteren kann man sich das „Positionspapier Hebammenkreißaal“ des Deutschen Hebammenverbandes herunterladen.

Empfehlung zum Weiterlesen:

„Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt“
Entwicklung – Konsentierung – Implementierung

ISBN: 978-3-00-042634-6

Autor: DNQP (Hrsg.)

Verlag: DNQP

Veröffentlicht: 2014

Diesen Standard umzusetzen ist entweder eine gute Möglichkeit, den Weg zum Hebammenkreißaal zu ebnen oder eine wertvolle Ergänzung zum Hebammenkreißaal. Denn im Hebammenkreißaal werden schon viele Voraussetzungen des Expertinnenstandard erfüllt. Im Gegensatz zum Hebammenkreißaal ist der Standard für alle Schwangeren anzuwenden!

- L1. Bodner-Adler B et al.: Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: A comparison between midwife and physician management. *Wien Klin Wochenschr* 2004; 116: 379-384
 - L2. Bauer NH: Der Hebammenkreißaal – ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Universitätsverlag 2011
 - L3. Bosch A: Das Konzept Hebammenkreißaal. Power Point Präsentation, Bezirkstagung des Bayerischen Hebammenlandesverbands, Schweinfurt 2011
 - L4. www.hebammenforschung.de
 - L5. Hundley VA et al.: Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ* 1994; 309: 1400-1404
 - L6. Hundley VA et al.: Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomized controlled trial of midwifeled care. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1273-1280
 - L7. Janssen et al.: Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* 2007; 34: 140-147
 - L8. Nevermann B, Wegner I: Hebammengeleitete Geburt in der Asklepios Klinik Harburg – ein zu empfehlendes Modell? Diplomarbeit 2006, veröffentlicht unter http://opus.haw-hamburg.de/volltexte/2007/345/pdf/med_y_208.pdf
 - L9. Verbund Hebammenforschung (Hrsg.): Handbuch Hebammenkreißaal – Von der Idee zur Umsetzung. Eigenverlag 2007
 - L10. Waldenstrøm et al: The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997, 104: 410-418
- Literaturempfehlung: zu Sayn-Wittgenstein, Friederike, Herausgeberin: „Geburtshilfe neu denken“, Huber Verlag

Und zum Abschluss:

Das kleine ABC vom Hebammenkreißaal

Ausschlusskriterien – gibt's für keine interessierte Klinik

Berufsrecht – hier geht's nicht ums Rechthaben

Christiane Turner – Autorin

DHV – immer bestens verbunden: **(0721) 981 89-0**

Elternschaft – den Beginn unterstützen

Fortbildung – ein ständiges Nehmen und Geben

Geburtshilfe – siehe Berufsrecht

Handbuch – das hier ist nur ein Hand»büchle«,
mehr unter www.hebammenforschung.de

Interventionsarm – anderes Wort für ideenreich

Junge oder Mädchen

Kick off – das Ende der Analyse, Startschuss zur Umsetzung

Lösungen? Gesucht! Weil ja: Es gibt auch Probleme

Marktlücke geschlossen, wegen Hebammenkreißaalöffnung

Nachwuchsförderung – im doppelten Sinne des Wortes

Osnabrück – siehe Studien und siehe Handbuch

Potenzial – steckt im Konzept Hebammenkreißaal reichlich

Qualität – ist überall Hebammenkreißaal drin, wo's draufsteht?

Reinkenheide – erster Hebammenkreißaal in Deutschland

Studienergebnisse – gibt es: auch für Skeptikerinnen

Team – besser im ...

Ueberleitung – die logische Verbindung zwischen zwei sinnvollen Einheiten

Verzicht – auf Routineinterventionen sind ein guter Anfang ...

Wehen – tun in jedem Kreißaal weh

Xylonest – darf auch im Hebammenkreißaal nicht fehlen

Yes – we can!

Zusammenarbeit – ist unverzichtbar



x t e v
f c
h o q r z
d i .
u w
y k j .
p

Impressum

Deutscher Hebammenverband e. V.

Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe

T. 0721-98189-0
F. 0721-98189-20

 /deutscher.hebammenverband

info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

3. Auflage: 09/2018

© 2018 Deutscher Hebammenverband e.V.

Autorin: Christiane Terner, christiane.terner@me.com

Überarbeitung: Renate Nielsen, Hebamme, Hamburg, renete.marie.nielsen@gmail.com

Satz: Anett Lupelow, dddesign

Druck: Stober GmbH, Druckerei und Verlag, Eggenstein