

Handbuch Hebammenkreißsaal

Von der Idee zur Umsetzung



Verband
Hebammenforschung

Herausgeber: Verband Hebammenforschung
Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Hrsg.
Verbund Hebammenforschung

Gefördert vom
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Projektes
**»Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte:
Gesundheitsförderung im Geburtsprozess – Implementierung eines Modellprojektes
Hebammenkreißaal«** im Förderschwerpunkt Angewandte Pflegeforschung
(Förderzeichen 01GT0310)

Osnabrück, Januar 2007

Handbuch Hebammenkreißsaal

Von der Idee zur Umsetzung

Autorinnen:

Dipl. Pflegewirtin (FH) Nicola Bauer, Dipl. Berufspädagogin Antje Kehrbach, Dipl. Pflegewirtin (FH) Astrid Krahl, Dipl. Psychologin Oda von Rahden, Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Wissenschaftliches Team des Verbund Hebammenforschung:

Dipl. Pflegewirtin (FH) Nicola Bauer, Dipl. Berufspädagogin Britta Ellerbrock, Dr. phil. Claudia Hellmers, Sozialwissenschaftlerin (M.A.) Claudia Igney, Dipl. Berufspädagogin Antje Kehrbach, Dipl. Psychologin Simone Kirchner, Prof. Dr. phil. Petra Kolip, Dipl. Pflegewirtin (FH) Astrid Krahl, Dipl. Psychologin Oda von Rahden, Dipl. Pflegewirtin (FH) Rainhild Schäfers, Prof. Dr. med. Beate Schücking, Dipl. Sozialwissenschaftlerin Annegret Siebe

Das Handbuch basiert auf Vorarbeiten der Arbeitsgruppe Hebammenkreißaal im Bund Deutscher Hebammen (BDH) (1998 bis Ende 2003):

Britta Ellerbrock, Irmhilde Fuhrmann, Antje Kehrbach, Sabine Krauss, Oda von Rahden, Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Joanna Simm, Gerlinde Schmidt

Verbund Hebammenforschung (Hrsg.):

Handbuch Hebammenkreißaal – Von der Idee zur Umsetzung
Eigenverlag, Osnabrück
ISBN: 3-00-017371-4

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Kein Teil dieses Handbuches darf in irgendeiner Form, auch nicht auszugsweise, ohne schriftliche Zustimmung des Verbund Hebammenforschung reproduziert, vervielfältigt und verbreitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Dank	6
Sprachgebrauch	6
1 Einleitung	7
1.1 <i>Entwicklung in Deutschland</i>	7
1.2 <i>Intention des Handbuches</i>	10
2 Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal	11
2.1 <i>Definition Hebammenkreißsaal</i>	11
2.2 <i>Das Konzept Hebammenkreißsaal</i>	12
2.3 <i>Entwicklung und Erfahrungen aus dem europäischen Ausland</i>	15
2.4 <i>Facetten hebammengeleiteter Geburtshilfe aus internationalen Studien</i> .	16
3 Implementierung des Hebammenkreißsaals	20
3.1 <i>Rahmenbedingungen</i>	20
3.1.1 <i>Wo stehen wir? – Ressourceneinschätzung durch IST-Analyse</i>	20
3.1.2 <i>Aufbau einer Projektgruppe</i>	21
3.2 <i>Aufgaben in der Planungsphase</i>	23
3.2.1 <i>Übergeordnete Aufgabenbereiche der Projektleitung</i>	23
3.2.2 <i>Entwicklung eines Projektplanes</i>	29
3.2.3 <i>Ausarbeiten der Zielvorstellungen</i>	30
3.2.4 <i>Projektkontrolle in der Planungsphase</i>	41
3.3 <i>Arbeitsaufnahme im Hebammenkreißsaal</i>	42
3.4 <i>Abschließende Bemerkungen</i>	44
Literatur	45
Glossar	48

Anhang**Anhangsverzeichnis**

1. Fragebogen zur IST-Analyse der Klinik zur Planung des Versorgungskonzeptes „Hebammenkreißsaal“	51
2. Kriterienkatalog zur Einstufung von Schwangeren und Gebärenden für die Betreuung im Hebammenkreißsaal (Muster)	63
3. Einverständniserklärung für die Betreuung im Hebammenkreißsaal (Muster)	69
4. Vereinbarung Konsultationen (Muster)	70

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Tabelle Aufgabenplanung	26
Abb. 2: Überblick der Aufgabenbereiche	40
Abb. 3: Formular zur Zielkontrolle	42

Dank

Unser besonderer Dank geht an:

- ▶ die AG Hebammenkreißsaal, die den Weg für die Gründung von Hebammenkreißsälen in Deutschland bereitete;
- ▶ den Bund Deutscher Hebammen e.V., der die Arbeit der AG Hebammenkreißsaal ideell und finanziell unterstützt hat;
- ▶ das Hebammen- und Ärzteteam unter Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Wolfgang Friedmann und der leitenden Hebamme Frau Alina Chamiec des Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, die als erstes Krankenhaus in Deutschland einen Hebammenkreißsaal implementiert haben;
- ▶ die Mitglieder des Netzwerk Hebammenkreißsaal für die konstruktive und praxisnahe Zusammenarbeit;
- ▶ die Studentinnen und Studenten des Studiengangs Pflegewissenschaft des Jahrgangs 2002-2006 an der Fachhochschule Osnabrück für die Entwicklung und Erprobung des Fragebogens;
- ▶ die Frauen, die das Konzept Hebammenkreißsaal eingefordert und genutzt haben.

Ohne den fruchtbaren Austausch und die Zusammenarbeit mit den genannten und vielen nicht erwähnten Personen, hätte dieses Handbuch nicht geschrieben werden können.

Sprachgebrauch

Bitte beachten Sie, dass das Handbuch nach den Vorgaben des Schweizer Leitfadens für die sprachliche Gleichstellung erstellt wurde. In den Fällen, in denen Frauen und Männer gemeint oder möglich sind, werden beide Formen verwendet. Um dennoch eine gute Lesbarkeit zu erreichen, werden häufig die neutrale Form oder der Plural, in wenigen Fällen auch das grammatikalische (männliche) Genus, gewählt. In diese Entscheidung ist auch die Reflexion über den Berufsstand Arzt und die Entwicklung der Medizin eingeflossen, die stark männlich geprägt sind. Wir haben versucht, jeden Satz im Kontext zu lesen und ihn in entsprechender Weise zu formulieren. In Fällen, in denen ausschließlich Frauen angesprochen oder gemeint sind, wird die weibliche Form verwendet. Das Handbuch beschränkt sich bei der Bezeichnung der Berufsgruppe auf die Nennung der Hebamme. Entbindungspfleger sind darunter subsumiert.

Unter „üblicher Kreißsaal“ wird im Handbuch das in Deutschland bisher vorherrschende ärztlich geleitete Kreißsaalmodell verstanden, dass eine gemeinsame geburtshilfliche Betreuung durch Hebammen und Ärzte vorsieht.

1 Einleitung

Als Fachfrauen für Geburtshilfe verfügen Hebammen über die Kompetenz und die rechtliche Befugnis, eigenverantwortlich Geburten zu betreuen. Die Verlagerung der Geburten in die Klinik führte zu der Entwicklung, dass auch physiologische Geburten unter ärztliche Leitung gestellt wurden. Dieses wurde begleitet durch eine zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung der physiologischen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

Im europäischen Ausland wurde auf diese internationale Entwicklung bereits vor 15 Jahren mit gesundheitspolitischen Maßnahmen reagiert. Im klinischen Setting sollte die physiologische Geburt durch die Einrichtung von Midwife-Led-Units eigenverantwortlich von Hebammen geleitet werden. Studien, in denen dieses Betreuungskonzept untersucht wurde, belegen, dass gesunde Frauen im Hebammenkreißsaal genau so sicher gebären wie in den üblichen ärztlich geleiteten Kreißsälen. Darüber hinaus sind die Frauen mit der Betreuung im Hebammenkreißsaal besonders zufrieden und die Rate der operativen Eingriffe ist niedrig. Zudem eröffnet es neue Wege der interdisziplinären Zusammenarbeit im geburtshilflichen Team.

Angeregt von diesen positiven Aspekten des Konzeptes Hebammenkreißsaal will der Verbund Hebammenforschung das Modell wissenschaftlich gestützt auch in Deutschland in die Praxis umsetzen und hierzulande möglichst vielen Frauen zugänglich machen.

Das vorliegende Handbuch „Der Hebammenkreißsaal – Von der Idee zur Umsetzung“ richtet sich an das interessierte Fachpublikum und Hebammenkolleginnen, die die Idee eines erweiterten geburtshilflichen Versorgungskonzeptes aufgreifen und in die klinische Praxis umsetzen möchten.

1.1 Entwicklung in Deutschland

Auf dem nationalen Hebammenkongress des Bund Deutscher Hebammen e.V., in Bremen 1998, wurde der Hebammenkreißsaal – als internationales Konzept innovativer Hebammenarbeit – erstmalig von der damals amtierenden Präsidentin thematisiert. Dieser Impuls wurde von einer Gruppe engagierter und in verschiedenen Arbeitsfeldern praktizierender Hebammen aufgegriffen. Es bildete sich 1998/99 eine Arbeitsgruppe des Bund Deutscher Hebammen e.V. mit dem Ziel den Hebammenkreißsaal auch in Deutschland zu realisieren. Besuche internationaler Praxisprojekte, Öffentlichkeitsarbeit und die Suche nach einer Klinik im norddeutschen Raum, die bereit war das Projekt umzusetzen, kennzeichneten die wichtigsten Arbeitsschritte. Zudem wurde die Arbeit wissenschaftlich ausgerichtet, da von Anfang an beabsichtigt war, die Konzeptentwicklung, Implementierung und Evaluierung des innovativen Versorgungskonzeptes Hebammenkreißsaal im Rahmen von Forschungsprojekten durchzuführen.

In Deutschland eröffnete 2003 der erste Hebammenkreißsaal am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide. Die Midwife-Led-Units aus dem angelsächsischen Raum, sowie Hebammenkreißsaalmodelle aus Dänemark und Schweden dienten als Orientierung bei der Entwicklung des Bremerhavener Hebammenkreißsaal-Konzeptes.

2004 eröffneten das Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Harburg und das Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Barmbek ebenfalls einen Hebammenkreißaal, weitere Kliniken befinden sich in der Planungsphase (zu den ersten Praxiserfahrungen vgl. Salis, Hebammenforum 5/2005).

Der Verbund Hebammenforschung

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wird die Implementierung des Modellprojekts Hebammenkreißaal im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide durch den seit 2004 bestehenden Verbund Hebammenforschung mit einer Laufzeit von drei Jahren (01. 02. 2004 – 31. 01. 2007) wissenschaftlich begleitet. Der Verbund Hebammenforschung ist einer von vier vom BMBF geförderten Forschungsverbänden im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“.

Im Verbund Hebammenforschung arbeiten die Stiftung Fachhochschule Osnabrück (Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Verbundsprecherin und Verbundleitung), die Universität Osnabrück (Prof. Dr. Beate Schücking) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen (Prof. Dr. Petra Kolip) sowie das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) eng zusammen. Außerdem besteht eine intensive Zusammenarbeit mit der Referenzklinik, dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (Leitung Gynäkologie/Geburtshilfe: Prof. Dr. W. Friedmann und Alina Chamiec, leitende Hebamme).

Mit dem Forschungsvorhaben „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ sollen die Auswirkungen zweier sich ergänzender geburtshilflicher Betreuungskonzepte – dem Modellkonzept Hebammenkreißaal und dem üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal – untersucht werden.

Die zentralen Forschungsfragen beschäftigen sich mit:

- ▶ den Kriterien des Hebammenbetreuungskonzeptes,
- ▶ der Betreuungskontinuität im Geburtsprozess,
- ▶ dem Umfang der aktiven Mitgestaltung der Gebärenden im Geburtsprozess,
- ▶ dem gesundheitlichen Outcome von Mutter und Kind,
- ▶ der möglichen Reduzierung von medizinisch-technischen Interventionen sowie
- ▶ den Entscheidungskriterien schwangerer Frauen bei der Wahl des Geburtsortes.

Das Forschungsvorhaben besteht aus vier inhaltlich stark miteinander verknüpften Einzelprojekten, die der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung konkreter Methoden und Instrumente für eine frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgung dienen. Ergebnisse aus der ersten Förderphase werden Mitte 2007 vorliegen.

Ab 2007 wird der Verbund Hebammenforschung im Rahmen des Förderschwerpunkts des BMBF zum Thema „Klinische Pflegeforschung“ für eine weitere Laufzeit von drei Jahren forschen. Die Projekte greifen zum einen das Thema der Auswirkung unterschiedlicher

Betreuungskonzepte im Rahmen einer Multicenter-Studie zum Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal auf. Zum anderen knüpfen sie an neue Bereiche des beruflichen Handelns im Kontext des Managements der physiologischen Geburt im Hebammenkreißsaal an. Darüber hinaus werden neue Bereiche wie z. B. die ökonomische Analyse geburts-
hilflicher Versorgungskonzepte aufgenommen.

Auf der Internetseite www.hebammenforschung.de können Sie sich über das gesamte Forschungsprojekt informieren.

Theorie-Praxis-Transfer und die Unterstützung von Kliniken bei der Einführung hebammen- geleiteter Geburtshilfe

Ein weiterer Schwerpunkt der Entwicklung des Verbund Hebammenforschung ist der Theorie-Praxis-Transfer. Das Konzept Hebammenkreißsaal wird als Modellprojekt im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide – für Deutschland erstmalig – während der Projektlaufzeit in der Praxis implementiert und evaluiert. Das Konzept stößt bundesweit auf großes Interesse. Seit Beginn des Projektes haben bundesweit etliche Kliniken und viele interessierte Einzelpersonen konkrete Informationen zum Konzept Hebammenkreißsaal angefordert und Möglichkeiten der Umsetzung im eigenen Haus geprüft. 2004 eröffneten zwei Hebammenkreißsäle in Hamburg, weitere sind in anderen Städten in Planung.

Für den Theorie-Praxis-Transfer wurde im Juni 2004 auf Initiative des Verbund Hebammenforschung und des Bund Deutscher Hebammen (BDH) ein Netzwerk „Hebammenkreißsaal“ gegründet. In diesem Netzwerk sind neben dem Verbund Hebammenforschung und dem BDH alle deutschen Kliniken vertreten, die eine hebammengeleitete Geburtshilfe implementiert haben und weitere Kliniken, die kurz vor der Einführung stehen. Als Klinikvertreter angesprochen sind die leitenden Hebammen, die Teamhebammen, die Chef- bzw. Oberärzte sowie die Pflegedienstleitungen, welches der interdisziplinären Ausrichtung des Verbund Hebammenforschung entspricht. Die Treffen finden halbjährlich an der Fachhochschule Osnabrück statt, begleitend stellen Arbeitsgruppen und Rundmails den Informationsaustausch sicher. Das Netzwerk dient den teilnehmenden Kliniken als Ort des Erfahrungs- und Informationsaustauschs und zur gegenseitigen Unterstützung. Von Forschungs- wie auch von Praxisseite wird langfristig eine einheitliche Profilbildung „Hebammenkreißsaal“ mit verbindlicher Qualitätssicherung angestrebt.

In der zweiten Förderphase wird das Netzwerk Hebammenkreißsaal auf Einrichtungen begrenzt sein, die an der Durchführung der Multicenter-Studie beteiligt sind.

Der Verbund Hebammenforschung steht als ein erster Ansprechpartner für interessierte Kliniken zur Verfügung (www.hebammenforschung.de).

Ansprechpartnerin beim BDH ist die Beirätin für den Angestelltenbereich. Kontaktadressen finden Sie auf der Rückseite des Handbuchs.

1.2 Intention des Handbuchs

Mit Blick auf die Erfahrungen der letzten Jahren entsteht folgender Eindruck: Die Umstrukturierung der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung sowie die speziellen Veränderungen in den Geburtskliniken eröffnen neue Spielräume innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Dabei spielen unterschiedliche Motive eine Rolle – z. B. eine stärkere Sicht auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen, ökonomische Überlegungen und Marketingstrategien. Diese Spiel- und Handlungsräume erfordern Kreativität, Eigenständigkeit und Flexibilität der Akteurinnen und Akteure in der Geburtshilfe. Der vorher skizzierte Prozess der Entwicklung des Hebammenkreißsaals in Deutschland verdeutlicht, dass das Veränderungspotenzial der klinischen Versorgung durch Hebammen stärker genutzt und gestaltet werden kann.

Der Hebammenkreißsaal stellt gerade in Deutschland eine Innovation dar, die verändertes Denken und Handeln sowie veränderte Strukturen und Rahmenbedingungen notwendig machen. Das Handbuch möchte die Projektplanung und -umsetzung erleichtern und einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten indem es einige wichtige Meilensteine des Projektmanagements auf den Hebammenkreißsaal anwendet und konkrete Denkanstöße liefert.

Da die Einführung von Hebammenkreißsälen bisher noch nicht nach einer einheitlichen Systematik vollzogen wird und jedes Krankenhaus individuelle Voraussetzungen mitbringt, dient das Handbuch als eine Orientierungshilfe ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu haben.

Das Handbuch gliedert sich in folgende Kapitel. Kapitel 2 *Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal* beginnt zunächst mit einer kurzen Definition. Es folgt eine Ausführung zum strukturellen und organisatorischen Ablauf der Betreuung von Frauen im vorgeburtlichen, geburtlichen und nachgeburtlichen Bereich im Kontext des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißsaal. Da das Konzept international bereits schon seit mehr als zehn Jahren erforscht wird, folgt eine Darstellung der Entwicklung und Erfahrungen aus dem Ausland sowie eine kurze Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse aus Studien.

Im Kapitel 3 *Implementierung des Hebammenkreißsaals* werden die vielfachen Erfahrungen aus der Projektarbeit der AG Hebammenkreißsaal, dem Verbund Hebammenforschung und dem Netzwerk Hebammenkreißsaal mit dem Ansatz des Projektmanagements zusammengeführt.

Im *Anhang* des Handbuches befinden sich verschiedene Arbeitsmaterialien die als Einstiegshilfe in die Projektentwicklung dienen können.

2 Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal

Seit Anfang der 1990er Jahre wurden in Skandinavien, Großbritannien, Österreich und der Schweiz verschiedene Formen hebammengeleiteter geburtshilflicher Einheiten und Abteilungen an Krankenhäusern entwickelt und implementiert. Sie haben sich dort mittlerweile fest etabliert.

In Deutschland hat der erste Hebammenkreißsaal am 1. Juni 2003 am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide eröffnet. 2004 folgten zwei Hebammenkreißsäle in Hamburg (Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Harburg und Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Barmbek). Das Konzept stößt bundesweit auf großes Interesse. Weitere Hebammenkreißsäle sind an verschiedenen Orten in Planung.

Im folgenden Kapitel wird das Modell Hebammenkreißsaal in seiner Konzeption und hinsichtlich seiner Entwicklung im europäischen Ausland eingehend beschrieben.

2.1 Definition Hebammenkreißsaal

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im Wochenbett betreuen. Die Hebammen arbeiten in dieser Abteilung selbstständig und eigenverantwortlich. Diese Versorgungsform stellt für die derzeit in deutschen Kliniken übliche Betreuung eine Innovation dar.

Der Hebammenkreißsaal ersetzt nicht den üblichen ärztlich geleiteten Kreißsaal, sondern stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes der Klinik dar. Beide Abteilungen arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass im Falle einer sich entwickelnden Komplikation vor, während oder nach der Geburt die Frau vom Hebammenkreißsaal in die ärztliche Betreuung des üblichen Kreißsaals weiter geleitet werden kann. Grundlage hierfür ist eine kontinuierliche Einstufung anhand eines interdisziplinär erarbeiteten geburtshilflichen Kriterienkataloges.

Ziele des Betreuungsangebotes sind die Förderung der Eigenständigkeit und Selbst- und Mitbestimmung der Gebärenden, die Unterstützung bei der Bewältigung der Herausforderungen der Geburt und der frühen Elternschaft durch die Stärkung der weiblichen Kompetenz sowie ein Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit durch ein gelungenes Geburtserlebnis.

Das Konzept Hebammenkreißsaal sieht sich als Teil eines Versorgungskonzeptes von Frauen und ihren Familien, das die physiologische Geburt, die Betreuungskontinuität und die Bedürfnisse der Nutzerinnen in den Mittelpunkt stellt. Dazu werden bestimmte Angebotsstationen eingerichtet. Es wird eine breite Palette an Versorgungsleistungen angeboten, die auf einander aufbauen und jeweils die Zielvorstellungen des Konzeptes Hebammenkreißsaal verfolgen.

2.2 Das Konzept Hebammenkreißsaal

In Deutschland finden 98% aller Geburten im Krankenhaus statt. In Kliniken bestimmen überwiegend die medizinische Handlungslogik und -routine das Geburtsgeschehen.

Nach den WHO-Kriterien sollten zirka 70% aller Geburten in Deutschland als normale Geburten einzustufen sein, die keiner medizintechnischen Intervention bedürfen. Die Auswertung der niedersächsischen Perinatalerhebungsbögen des Jahres 1999 erbrachte jedoch, dass lediglich 8,2% der Frauen, die nach der WHO-Definition eine niedrige Risikoeinstufung in der Schwangerschaft und während der Geburt aufzeigten, keinerlei Interventionen während der Geburt erhielten. Bei 52% der vaginalen Geburten wurde ein Dammschnitt vorgenommen, 40% der Gebärenden erhielten ein Wehenmittel unter der Geburt und bei 25% der Frauen wurde die Geburt medikamentös eingeleitet (Schücking & Schwarz 2001, Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 2004). Die Kaiserschnitttrate ist weltweit und auch in Deutschland kontinuierlich gestiegen (derzeit in Deutschland: 24%, Schneider et al. 2005).

Dem Bedürfnis vieler Frauen nach einer interventionsarmen Betreuung, die sich außerdem durch eine hohe Betreuungskontinuität durch ein der Frau bekanntes Hebammenteam bzw. einer bekannten Hebamme auszeichnet, wurde in Deutschland bisher vorwiegend in der außerklinischen Geburtshilfe Rechnung getragen. Innerhalb der klinischen Arbeitsorganisation ist bisher keine Betreuungskontinuität vorgesehen. Die Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett/Stillzeit wird somit fragmentiert betreut.

Die Klinikentbindung ist in Deutschland die meist gewählte Form der Geburt. Es liegt nahe, dass das Bedürfnis nach Sicherheit, vor dem Hintergrund sofortiger Verfügbarkeit medizinischer Notfallversorgung, ausschlaggebend ist für die Entscheidung zur Klinikgeburt und das Bedürfnis nach Selbstbestimmung in Bezug auf andere Aspekte der Geburt dem untergeordnet wird. Die geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken stellen sich in den letzten Jahren zunehmend auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen ein. Immer mehr Kliniken öffnen sich für innovative Versorgungskonzepte wie dem Hebammenkreißsaal, einer Integrativen Wochenbettstation, einem Geburtshaus auf dem Klinikgelände oder dem Modell der Integrierten Versorgung.

Das Versorgungskonzept des Hebammenkreißsaals bietet werdenden Eltern eine alternative Versorgungsmöglichkeit rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, das die Ressourcen, Bedürfnisse und den Bedarf von Frauen ermittelt und in den Betreuungsfokus stellt und gleichzeitig dem Sicherheitsbedürfnis der Frauen gerecht wird.

Dem Konzept des Hebammenkreißsaals liegt eine Betrachtungsweise zugrunde, bei der prospektiv Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als normale und physiologische Vorgänge betrachtet werden (Bryar 1995, 2003, Luyben 2001). Von pathologischen Vorgängen wird erst dann gesprochen, wenn Abweichungen vom physiologischen Verlauf auftreten. Dieser Grundgedanke führt zu einer Philosophie des „Low-tech“ und „High-touch“ bei der, neben dem Vermeiden von Interventionen, die Wahrnehmung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind große Bedeutung haben (De Vries & Barroso 1997).

Aus diesem Anspruch an das geburtshilfliche Handeln, lassen sich folgende ethische Prinzipien für die Hebammenarbeit zusammenfassen:

- ▶ Die Beziehung zwischen Frau und Hebamme ist entscheidend für eine erfolgreiche Betreuung. Der Betreuungsprozess wird partnerschaftlich geplant.
- ▶ Die Frau ist die zentrale Person im Betreuungsprozess. Hebammen nehmen ihre individuellen Bedürfnisse und Bedarfe wahr. Sie unterstützen und respektieren die Würde, Werte und Überzeugungen der Frau.
- ▶ Durch Aufklärung und Information wird ein informierter und gemeinsamer Entscheidungsprozess unterstützt.
- ▶ Der Frau werden Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen ermöglicht.
- ▶ Hebammen gewährleisten Kontinuität im Betreuungsprozess.

Zu den oben beschriebenen Grundprinzipien der Hebammenarbeit ist anzumerken, dass beide Konzepte – das geburtsmedizinische Konzept und das Hebammenkonzept – sich ergänzen können und sollen. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten von Frauen mit normalen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen und Frauen mit Risikoschwangerschaften und komplizierten Geburtsverläufen gerecht zu werden, sollten verschiedene geburtshilfliche Betreuungsmodelle angeboten werden.

Beispiel eines Betreuungsablaufs nach dem Versorgungskonzept Hebammenkreißaal *Schwangerschaft*

Auf den Informationsabenden oder bei den Kreißaalführungen wird den interessierten Frauen und Paaren das gesamte geburtshilfliche Angebot der Klinik durch eine Hebamme vorgestellt. Den Frauen stehen zudem Flyer oder Handzettel zur Information zur Verfügung.

Frauen, die sich für eine Betreuung im Hebammenkreißaal interessieren, vereinbaren einen Termin mit einer der Hebammen des Teams. Bei diesem ersten Gespräch wird der interessierten Frau das Betreuungskonzept „Hebammenkreißaal“ erläutert. Es erfolgt eine gründliche Anamnese und die Ein- und Ausschlusskriterien werden überprüft, um festzustellen, ob die Frau im Hebammenkreißaal betreut werden kann. Im Rahmen dieses Termins führt die Hebamme eine Schwangerenvorsorge durch oder es wird ein weiterer Termin verabredet, um im Fahrplan der Schwangerschaftsvorsorgen zu bleiben.

Es hat sich bewährt einen zweiten Termin im letzten Trimenon der Schwangerschaft durchzuführen (bis ca. zur 38. Schwangerschaftswoche). Hierbei sollte nochmals eine Schwangerenvorsorge durchgeführt werden und die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft werden. Fragen der Frau können beantwortet werden und eventuell lernt sie eine weitere Hebamme des Teams kennen.

Weiterhin existieren mehrere Angebote in der Klinik für die Frauen, um Hebammen des Teams kennen zu lernen. Das können Kurse sein (Geburtsvorbereitung für Frauen und/oder Paare, Schwangerschaftsgymnastik, Wassergymnastik), Hebammensprechstunden bei Beschwerden in der Schwangerschaft, geburtsvorbereitende Akupunktur oder weitere Termine zum Kennen lernen der Hebammen (Café, Treffen, etc.).

Sollten in der Schwangerschaft Probleme oder Fragen auftauchen, kann die Frau sich jederzeit telefonisch an die Hebammen des Teams wenden. Eventuell bietet es sich an, einen weiteren Termin zur Klärung zu vereinbaren.

Schon in der Schwangerschaft sollte der Frau bekannt sein welche Hebamme sie im Wochenbett zu Hause betreuen wird. Falls dies nicht durch eine Hebamme des Teams geschehen kann bzw. wenn die Frau selbst noch keine Hebamme angesprochen hat, wird die Hebammenliste ausgehändigt und empfohlen eine freiberufliche Kollegin zu kontaktieren.

Geburt

Bei Aufnahme der Frau zur Geburt im Kreißsaal führt die Hebamme die Aufnahmeuntersuchung durch. Auch hier wird sie die Ein- und Ausschlusskriterien nochmals überprüfen.

Es wird versucht, dass die Frau eine nahezu Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt erfährt. Beim Schichtwechsel wird die Frau in die Übergabesituation miteinbezogen.

Zur eigentlichen Geburt ist eine zweite Hebamme anwesend.

Nach der Geburt verbleiben die Frau und das Kind zirka zwei Stunden unter der Obhut der Hebamme im Kreißsaal und werden anschließend auf die Mutter-Kind-Station verlegt.

Bei einer ambulanten Geburt verlassen sie nach gegebener Zeit den Kreißsaal, um nach Hause zu fahren.

Falls Komplikationen oder Regelwidrigkeiten im Geburtsverlauf auftreten, zieht die betreuende Hebamme den diensthabenden Arzt hinzu bzw. leitet die Frau in den üblichen ärztlich geleiteten Kreißsaal weiter. In der Regel bedeutet dieses Vorgehen keinen räumlichen oder personellen Wechsel für die gebärende Frau.

Wochenbett

Je nach Arbeitsorganisation der geburtshilflichen Abteilung werden die Wöchnerinnen entweder vom Team der Mutter-Kind-Station oder von den Team-Hebammen betreut. Sollte eine lückenlose Hebammenbetreuung z. B. über Wochenbettvisiten nicht möglich sein, sollte zumindest ein Gespräch mit einer der Hebammen des Teams stattfinden und/oder das Entlassungsgespräch von einer Hebamme durchgeführt werden. In einer konsequenten Umsetzung des Modells würden die Frauen auch nach der Geburt hebammengeleitet betreut und durch eine Hebamme entlassen werden.

Eine häusliche Anschlussbetreuung durch eine Hebamme nach der Entlassung der Frau wird empfohlen und unterstützt.

Zudem existiert ein nachgeburtliches Kursangebot für die Frauen/Eltern und ihre Kinder (Rückbildungsgymnastik, Stillgruppen oder Still-Café, Eltern-Kind-Gruppen).

Dieser exemplarische Verlauf der Betreuung im Hebammenkreißsaal verdeutlicht, dass bestimmte Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Fachkompetenzen für die Umsetzung notwendig sind. In der üblichen Kreißsaalorganisation sind diese meist nicht gefordert und deshalb kaum vorhanden oder entwickelt. Die wichtigsten Merkmale eines Hebam-

menkreißsaals werden im Folgenden nur kurz aufgezählt. Ausgiebig beschrieben finden Sie sie als Zielformulierungen unter Punkt 3.2.3. Dieses Kapitel befasst sich eingehend mit der Ausarbeitung von Zielen in der Projektgruppe und den Arbeitsgruppen.

Merkmale des Hebammenkreißsaals:

- ▶ Formuliert Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburt
- ▶ Einheitliches entsprechendes Qualifikationsniveau der Hebammen
- ▶ Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Einschätzung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs
- ▶ Klare räumliche Organisation des Hebammenkreißsaals
- ▶ Gewährleistung einer personellen Betreuungskontinuität

2.3 Entwicklung und Erfahrungen aus dem europäischen Ausland

Die Entwicklung der Oxford Database on Perinatal Trials und die Arbeiten von Enkin et al. (1998), die anhand wissenschaftlicher Kriterien die Wirksamkeit des geburtshilflichen Handelns überprüften, führten in den 1990er Jahren im europäischen Raum zu einer neuen Diskussion um die Betreuungskriterien von Schwangerschaft und Geburt und damit zur Initiierung neuer Betreuungsformen. Ein Umdenken in der Gesundheitspolitik entwickelte sich. Empfehlungen zur Gründung von unterstützenden, adäquaten Geburtsmöglichkeiten für Frauen mit gesunden Schwangerschaftsverläufen wurden ausgesprochen. In Großbritannien kam es zur Gründung so genannter „Midwife-Led-Units“, bzw. „Midwife-Development-Units“. In diesen geburtshilflichen Abteilungen, die neben den üblichen ärztlich geleiteten Abteilungen bestehen, werden Frauen während der Geburt ausschließlich und alleinverantwortlich von Hebammen betreut.

Parallel zu dieser Entwicklung in Großbritannien führte die herrschende Unzufriedenheit mit der klinischen Geburtshilfe auch in Schweden zur Entwicklung alternativer Konzepte, so dass 1989 das erste Birth Center in Stockholm eröffnete (Waldenström & Nilsson 1993). Die Arbeitsweise dieses geburtshilflichen Modells ist mit den britischen „Midwife-Led-Units“ vergleichbar. Auch in Dänemark entstanden Ende der 1980er Jahre Hebammenkreißsäle. Hier gab die Gesundheitsbehörde die Empfehlung zur Einrichtung von Hebammenkreißsälen und sprach Vorgaben aus, wie hoch der Anteil von Geburten, die ausschließlich von Hebammen in einer Klinik betreut werden, sein sollte (Ellerbrock & von Rahden 1999). Ferner entstanden Hebammenkreißsäle in Österreich und der Schweiz (Cotting, Salm & Cignacco 2000).

Die heutige Schwangerschaftsbetreuung und die Geburtshilfe sind stark geprägt durch das risikoorientierte Konzept der Geburtsmedizin. Schwangerschaft wird mit dem Grundrisiko verbunden Pathologien oder Gefährdungen für das Ungeborene zu entwickeln. Eine Schwangerschaft und Geburt kann erst retrospektiv als normal bezeichnet werden. Die Betonung einer engmaschigen Überwachung biomedizinischer Parameter, mit dem Ziel Risiken aufzuspüren, lässt psychologische und soziale Aspekte der Frau zeitweise in den Hintergrund rücken.

Für die Entwicklung des Konzeptes Hebammenkreißaal ist es erforderlich, den Einfluss des medizinischen Konzeptes von Schwangerschaft und Geburt sowie der klinischen Strukturen auf das Denken und Handeln von Hebammen insbesondere in den Kliniken zu erkennen und zu beachten.

In Großbritannien entstand eine engagierte Diskussion über die Frage, welche Leitbilder das Hebammengeburtshilfemodell im Gegensatz zum Medizinmodell haben sollte (Maternity Services Advisory Committee Reports 1984, 1985). Die daraufhin entwickelten "standards of care in midwifery" beschrieben erstmals Prinzipien dieses neuen Denkens. In einer erweiterten Form stellen sie heute die Arbeitsgrundlage der Hebammentätigkeit in Großbritannien dar (Department of Health 1993, Royal College of Nursing 1993).

Die Prinzipien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind physiologische Vorgänge.
- ▶ Die Beziehung zwischen Frau und Hebamme ist entscheidend für eine gute und erfolgreiche Betreuung. Die Planung des Betreuungsprozesses geschieht in partnerschaftlicher und gleichberechtigter Zusammenarbeit von Hebamme und Frau.
- ▶ Die Gebärende ist die zentrale Person im Betreuungsprozess. Hebammen nehmen die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind wahr und unterstützen und respektieren die individuelle Autonomie, Werte und Überzeugungen.
- ▶ Hebammen bieten Aufklärung, Beratung und Information für die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und unterstützen auf diese Weise eine informierte Entscheidung der Frau bzw. des Paares.
- ▶ Hebammen bieten den Frauen die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Betreuungsoptionen zu wählen und achten darauf, dass die Frau in Kontrolle ihrer Situation bleibt.
- ▶ Hebammen gewährleisten Kontinuität im Betreuungsprozess.
- ▶ Hebammen verfügen über ein systematisiertes Fachwissen, Sozial-, Selbst-, und Methodenkompetenz.

Diese Prinzipien dienen in Großbritannien, aber auch in vielen anderen europäischen Hebammenkreißälen wie in Dänemark, Österreich und der Schweiz, als Handlungsmaxime und haben sich als Betreuungsgrundlage bewährt (MacVicar 1993, Hundley 1994, Turnbull 1996, Cignacco & Büchi 2004).

2.4 Facetten hebammengeleiteter Geburtshilfe aus internationalen Studien

Eine Vielzahl internationaler Untersuchungen hat die Wirkungsweise und Effizienz sowie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von hebammengeleiteter Geburtshilfe im Vergleich zur üblichen geburtshilflichen Betreuung in klinischen Einrichtungen zum Gegenstand. Diese Studien beruhen zum großen Teil auf randomisiert kontrollierten und prospektiv kontrollierten Forschungsansätzen.

Maternales und kindliches Geburts-Outcome

Eine Vielzahl von internationalen Studien hat die Effektivität des üblichen, medizinischen Betreuungsmodells und des Hebammenmodells bezüglich der Mütter- und Perinatalmortalität untersucht. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass eine zuverlässige Betreuung durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu guten Ergebnissen führt. Die Studien untersuchten unter anderem die Auswirkungen der Betreuung in Hebammenkreißsälen in Bezug auf Morbidität und Mortalität, den Einsatz von medizinischen Interventionen (z.B. Geburtseinleitung, Wehenmittelgabe, Einsatz von Analgetika und Anästhesien, Episiotomien) und den Geburtsmodus (MacVicar et al. 1993, Hundley et al. 1994, Oakley et al. 1996, Turnbull et al. 1996, Campbell et al. 1999, Walsh 2004).

Die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede in der fetalen und maternalen Mortalität und Morbidität beider Betreuungskonzepte. Die Studien kommen zu dem Schluss, dass gesunde Schwangere, die kein oder ein niedriges anamnestisches Risiko aufweisen, effektiv ausschließlich von Hebammen betreut werden können (MacVicar et al. 1993, Hundley et al. 1994, Oakley et al. 1996, Turnbull et al. 1996, Waldenström & Nilsson 1997, Stewart et al. 2004).

Medizinische Interventionen

In Bezug auf medizinische Interventionen konnten verschiedene Unterschiede festgestellt werden: Waldenström et al. (1997) beschreiben, dass im hebammengeleiteten Betreuungsmodell weniger medizinische Interventionen (Geburtseinleitungen, wehenverstärkende Medikamente, Analgesien) als bei einem vergleichbaren Kollektiv im üblichen Kreißsaal während der Geburt durchgeführt wurden. Auch zwei Cochrane Reviews (Hatem et al. 2005, Hodnett et al. 2005) kommen zum Ergebnis, dass in hebammengeleiteten Betreuungsmodellen insgesamt weniger medizinische Interventionen durchgeführt wurden.

In einer retrospektiven Kohortenstudie aus Wien wurden 1352 Frauen, die im Hebammenkreißsaal betreut wurden, mit der gleichen Anzahl Frauen aus dem ärztlich geleiteten Kreißsaal verglichen. Bodner-Adler et al. (2004) stellen fest, dass im Hebammenkreißsaal signifikant weniger Oxytocin während der Geburt eingesetzt wurde.

Bezogen auf den Geburtsbeginn ist die Rate der Einleitungen und der medikamentösen Anregung von Wehen während der Geburt in den ärztlich geleiteten Abteilungen signifikant höher (Mac Vicar et al. 1993, Hundley et al. 1994, Turnbull et al. 1996, Waldenström et al. 1997, Campbell et al. 1999, Hodnett et al. 2005), während der spontane Geburtsbeginn häufiger in den Hebammenkreißsälen vorzufinden ist (Mac Vicar et al. 1993). Frauen, die in der ärztlich geleiteten Abteilung betreut werden, erhielten häufiger Schmerzmittel oder eine PDA (Mac Vicar et al. 1993, Campbell et al. 1999). In den hebammengeleiteten Abteilungen wurden häufiger Massagen und Entspannungsbäder durchgeführt, um den Umgang mit Schmerzen zu erleichtern (Hundley et al. 1994). Hodnett et al. (2003) konnten in einem weiteren Cochrane Review einen Zusammenhang zwischen kontinuierlicher Unterstützung während der Geburt und einer reduzierten Wahrscheinlichkeit für eine Schmerzmedikation nachweisen.

Hundley et al. (1994), Turnbull et al. (1996) und Campbell et al. (1999) beschreiben, dass in Hebammenkreißsälen signifikant weniger Episiotomien geschnitten werden. Die Rate an Dammrissen unter der Geburt lag in beiden Modellen ähnlich hoch. Somit ist die Wahrscheinlichkeit auf ein intaktes Perineum bzw. eine geringere Rate an Dammverletzungen im Hebammenkreißsaal höher. In der Studie von Bodner-Adler et al. (2004) wurden weniger Episiotomien (63 vs. 235) im Hebammenkreißsaal durchgeführt und es traten zudem weniger Dammverletzungen (288 vs. 348) auf.

Mobilität unter der Geburt und vertikale Geburtspositionen

Hundley et al. (1994) wiesen in ihrer randomisiert kontrollierten Studie eine signifikant höhere Mobilität der Gebärenden im Hebammenkreißsaal nach. Als Ursachen für eine eingeschränkte Mobilität der Frauen während der Wehen und der Geburt im üblichen Kreißsaal wurden insbesondere Infusionen, Monitoring oder Epiduralanästhesien identifiziert. Waldenström und Nilsson (1997) stellten in ihrer randomisiert kontrollierten Studie in Schweden signifikante Unterschiede in der Geburtsposition zwischen Frauen in einem Birth Center im Vergleich mit dem üblichen klinischen Betreuungsangebot fest; rund zwei Drittel der Frauen im Birth Center gegenüber der Hälfte der Frauen in der Kontrollgruppe gebären in einer anderen Position als der Rücken- oder halb liegenden Lage. Hier wurde insbesondere der Gebärhocker wesentlich häufiger genutzt, wenngleich auch im üblichen Kreißsaal eine hohe Variationsbreite bei den Geburtspositionen festgestellt wurde. Bodner-Adler et al. (2004) berichten, dass in der Gruppe der Frauen, die im Hebammenkreißsaal geboren hatten, erheblich mehr Frauen eine alternative Geburtsposition eingenommen hatten (444 vs. 167) als im üblichen Betreuungsmodell.

Frauen, die im Hebammenkreißsaal gebären, sind mobiler und nutzen eine höhere Bandbreite unterschiedlicher Gebärpositionen, so das Fazit mehrerer Studien (Hundley et al. 1994, Waldenström & Nilsson 1997, Cignacco et al. 2004, Gritsch 2005). Diese Tendenz wird auch durch die im Rahmen des Projektes „Konzeptentwicklung Hebammenkreißsaal“ des Verbund Hebammenforschung befragten Hebammen im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide bestätigt (Sayn-Wittgenstein et al. 2005).

Zufriedenheit der Frauen

Die meisten Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Betreuungsformen von bzw. durch Hebammen in hebammengeleiteten Einheiten größere Zufriedenheit bei den Frauen bewirken und dies sowohl antenatal, als auch im Krankenhaus bei der Geburt und im Wochenbett (Waldenström & Nilsson 1993, Walker 1995, Lavender et al. 1999, Hundley et al. 1997, MacVicar et al. 1993, Oakley et al. 1996, Turnbull et al. 1996, Waldenström & Turnbull 1998, Hodnett 2000, Waldenström et al. 2000, Hundley et al. 2001, Biró et al. 2003).

Welche Faktoren ein positives Geburtserlebnis fördern, wird in der Literatur intensiv diskutiert. In zwei qualitativen Studien identifizieren Walker et al. (1995) und Lavender et al. (1999) die Selbstbestimmung der Frau und die Unterstützung, die die Frau erhält, als zwei zentra-

le Faktoren. Wenn Frauen gut informiert werden, Wahlmöglichkeiten haben und in alle relevanten Entscheidungen während der Geburt mit einbezogen werden, fühlen sie sich selbstbestimmt. Zudem fühlen Frauen sich dann zufrieden stellend unterstützt, wenn sie wissen, dass jederzeit für sie jemand ansprechbar und gegenwärtig ist und dass sie der betreuenden Hebamme ihr Vertrauen entgegenbringen können (Walker 1995, Lavender et al. 1999, Biró et al. 2003, Waldenstrøm et al. 2000).

Die Studien bestätigen weiterhin, dass die Kontinuität der Betreuung durch eine bekannte Hebamme sowohl das Selbstbestimmungsgefühl, als auch das Gefühl, angemessen unterstützt worden zu sein, positiv beeinflusst. Proctor (1998) stellt fest, dass Frauen die personelle Kontinuität durch eine bekannte Hebamme vor und während der Geburt wichtig ist. Dagegen konstatiert Waldenstrøm (1998), dass nicht unbedingt die personelle Kontinuität bei der Betreuung entscheidend sei und eine hohe Zufriedenheit hervorrufe, sondern die einheitliche Vorgehensweise des Hebammenteams sowie ein gemeinsames Konzept der Betreuung (Waldenstrøm 1998).

Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie von Homer et al. (2001) zur Kontinuität von Betreuungspersonen deuten darauf hin, dass die Kaiserschnitttrate durch eine kontinuierliche Betreuung gesenkt werden kann. In einem Cochrane Review, in dem fünfzehn Studien mit insgesamt 12.791 Studienteilnehmerinnen zur kontinuierlichen Betreuung während der Geburt ausgewertet wurden, kommen die Forscherinnen zu folgenden Ergebnissen: Frauen, die eine kontinuierliche personelle Betreuung während der Geburt erfahren haben, erhielten intrapartal seltener Schmerzmittel, erlebten häufiger eine Spontangeburt und waren zufriedener mit ihrer Betreuung und dem Geburtserlebnis (Hodnett et al. 2005). Den Frauen sind – über den Aspekt der Kontinuität der Betreuungspersonen hinaus, die Aspekte Freundlichkeit und Unterstützung in der Betreuung sowie eine gute Kommunikation mit den Betreuungspersonen und die Einbeziehung in Entscheidungen sehr wichtig (Morgan et al. 1998).

Hebammengeleitete Kreißsäle haben sich mittlerweile im Ausland etabliert und zeigen insgesamt gute Ergebnisse für Mutter und Kind. Die ersten Ergebnisse der Studien in Deutschland werden im Jahr 2007 erwartet.

In Deutschland zeigen zunehmend Hebammen und Kliniken ein großes Interesse an dem innovativen Konzept Hebammenkreißsaal. Im folgenden Kapitel wird eine Hilfe zur Umsetzung des Konzepts gegeben.

3 Implementierung des Hebammenkreißsaals

Um ein neues Modell in die vorhandene Krankenhausstruktur zu integrieren, muss die Trias Verwaltungs-, Arzt- und Pflegebereich in den Veränderungsprozess eingebunden werden. Der Veränderungsprozess ist dementsprechend interdisziplinär gestaltet. Zudem ist für Krankenhäuser von großem Interesse, möglichst wirtschaftlich vorzugehen und die formulierten Zielvorstellungen auch zu erreichen. Diese drei Faktoren lassen generell für ein Projektmanagement plädieren, das Koordination, Ressourcenplanung, Controlling, Evaluation und Weiteres an einer zentralen Stelle vereint (Costas 1994). Die Projektleitung wird im optimalen Fall durch eine Pflegewissenschaftlerin bzw. eine im Projektmanagement geschulte Pflegedienstleitung oder leitende Hebamme durchgeführt. Hier ist eine vorangehende Fortbildung der in Frage kommenden Person zu erwägen (Bexfield 1999). Die folgenden Ausführungen zur Projektplanung, Realisierungsphase und zur Evaluation bieten einen Leitfaden sowie Qualitätsmerkmale zur Orientierung. In das Handbuch sind die Erkenntnisse aus den Erfahrungen des Forschungsteams in der Begleitung der Umsetzung der drei existierenden Hebammenkreißsäle und dem Austausch auf den Netzwerktreffen Hebammenkreißsaal an der Fachhochschule Osnabrück, eingeflossen. Dennoch kann es nicht für sich in Anspruch nehmen vollständig zu sein. Auch hat jedes Krankenhaus seine eigenen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen, die nicht alle in diesem Leitfaden ihre Berücksichtigung finden können.

3.1 Rahmenbedingungen

Vor der konkreten Projektplanung gibt es in der Regel eine Latenzzeit, in der sich die Idee zur Veränderung entwickelt und die vorhandenen und benötigten Ressourcen abgewogen werden. In dieser Phase können Ideen formuliert, das Projekt langsam konkreter definiert und die Rahmenbedingungen eingehend betrachtet werden.

3.1.1 Wo stehen wir? – Ressourceneinschätzung durch IST-Analyse

Zunächst findet in dieser ersten Phase eine Ressourcen-, Zeit- und Kosteneinschätzung statt. Als Hilfsmittel zur Selbsteinschätzung wurde ein Fragebogen konzipiert, der die für die Umsetzung eines Hebammenkreißsaals maßgeblichen Bereiche beleuchtet (siehe Anhang). Anhand des Fragebogens ist eine Einschätzung der benötigten Ressourcen und der generellen Durchführbarkeit möglich. Da zur Zeit kein allgemeingültiges Auswertungsinstrument vorliegt, wenden Sie sich bitte bei weitergehenden Fragen zur IST-Analyse an die genannte Kontaktadresse.

Um die vorgesehene hohe Betreuungsqualität im Hebammenkreißsaal, sowohl in Bezug auf das geburtshilfliche Outcome, als auch im Bereich der psychosozialen Begleitung der Frauen und Paare zu gewährleisten, wurden Qualitätsmerkmale definiert. Ihre Einhaltung ist Voraussetzung, um im klinischen Setting eine interventionsarme Geburtshilfe durch Hebammen zu erreichen, die sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Frauen orientiert und gleichzeitig die jederzeit abrufbare medizinische (Notfall-) Versorgung eines Krankenhauses bietet.

Es bietet sich an, den Fragebogen von der leitenden Hebamme und / oder der Pflegedienstleitung ausfüllen und auswerten zu lassen, da in dieser Position von einem direkten, guten Einblick in die Abteilung ausgegangen werden kann.

Der Fragebogen nimmt Bezug auf bestimmte Zahlenangaben, die Innovationsbereitschaft der Belegschaft, die Arbeitsstruktur, die räumliche Ausstattung, die vorhandene Qualitätssicherung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die im Kapitel 2.3 bereits beschriebenen Merkmale eines Hebammenkreißsaals, die in die Zielentwicklung einfließen, dienen als Kontrollparameter. In der ersten Einschätzung anhand des Fragebogens wird deutlich an welchen Stellen die Projektarbeit begonnen werden muss. In der Projektgruppe werden die einzelnen Themenschwerpunkte der Ziele festgelegt und zur Erarbeitung an Arbeitsgruppen weitergeleitet.

3.1.2 Aufbau einer Projektgruppe

Als Organisationsform der zentralen Steuerungsinstanz ist eine Projektgruppe mit Projektleitung zu etablieren. Sie denkt, plant und steuert die Arbeitsschritte. Alle Weichenstellungen und Entscheidungen werden hier getroffen. Obwohl die Projektgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Hierarchieebenen des Krankenhauses zusammengesetzt ist, sollten hier nicht die üblichen Rituale der Institution gelten.

Damit die Projektgruppe arbeitsfähig wird, ist es sinnvoll, dass neben einer klar definierten Aufgabe auch ein Vertrag über die Ziele der Projektgruppe mit den Entscheidungsträgern des Krankenhauses besteht. Die Umsetzung eines Hebammenkreißsaals muss von den Entscheidungsträgern unterstützt und gefördert werden, um eine qualitativ hochwertige Umsetzung zu erreichen. Die Projektgruppe legt die Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen fest, sie müssen transparent und leistungsfähig sein. Dazu ist es sinnvoll den Entscheidungsspielraum der Projektgruppe zuvor klar zu regeln. Auch räumliche und zeitliche Ressourcen müssen in ausreichendem Maße vorhanden sein. Möglicherweise ist es sinnvoll, spezielle Verträge zu schließen, die die Mitarbeit im Projekt regeln. Diese Formalien werden am Besten im Voraus durch die Projektleitung geklärt.

Projektleitung

Zum Aufgabengebiet der Projektleitung gehören Koordination, Zeitplanerstellung, Ressourcenplanung, Controlling und Evaluation des Projekts. Zudem ist sie zuständig für den Aufbau der internen Kommunikationsstruktur, die Öffentlichkeitsarbeit und die Teamentwicklung. Auch rechtliche Fragestellungen sollten im Vorfeld durch die Projektleitung geklärt werden.

Zusammensetzung der Projektgruppe

In der Projektgruppe sind alle Berufsgruppen oder Abteilungen vertreten, die bei der Umsetzung des Hebammenkreißsaals einbezogen sein werden. Neben Entscheidungsträgern des Krankenhauses können dort Hebammen des bisherigen Kreißsaales, Hebammen oder Pflegepersonal der Mutter-Kindstation und Ärzte vertreten sein. Sollten weitere Abteilungen

oder Institutionen in die Umsetzung des Hebammenkreißsaals involviert sein, sollten auch diese durch eine Person in der Projektgruppe vertreten sein oder als Ansprechpartner der jeweiligen Abteilung bei Bedarf zur Verfügung stehen. Gemeint sind hier zum Beispiel Elternschulen oder außerklinische Einrichtungen, die in irgendeiner Weise mit dem zukünftigen Hebammenkreißsaal kooperieren oder verknüpft sein werden.

Aufgabenbereiche der Projektgruppe

Aufgaben dieser Projektgruppe werden sein, die oben beschriebene Konzeption zu entwickeln, die notwendigen Strukturen und Voraussetzungen zur Umsetzung zu schaffen und eine geregelte Einführung des Hebammenkreißsaals sicher zu stellen. Das bedeutet, dass zunächst klare Ziele formuliert werden. Anhand der Ziele werden die einzelnen Aufgabenblöcke ermittelt und die dazugehörigen Arbeitspakete geschnürt. Danach wird festgelegt wer, welche Bereiche bearbeitet und in welcher Reihenfolge oder in welchem Zeitrahmen sie abgearbeitet werden sollen.

Zudem wird bestimmt, welches Projektgruppenmitglied für welche Bereiche dieses Arbeitsplans die Verantwortung übernimmt.

Bei der Erstellung eines Arbeitsplanes ist Zeit als eine kritische Größe zu berücksichtigen. Häufig wird der eigene Zeitrhythmus von Projekten unterschätzt. Eine zu schnelle Schrittfolge kann die Mitarbeiter überfordern, bei einer zu langsamen Umsetzung wiederum besteht die Gefahr, dass Erwartungen enttäuscht werden, wenn auf eine Ankündigung hin keine direkte Realisation folgt.

Arbeitsbereiche der Kleingruppen

Einzelne Themenbereiche und Aufgaben sollte die Projektgruppe an Kleingruppen delegieren. Dies hat den Vorteil, dass sich die Mitglieder der Projektgruppe nicht mit den diversen Detailfragen und Problemstellungen eines einzelnen Bereiches des Projektes auseinandersetzen müssen, sondern lediglich das Ergebnis oder mehrere Ergebnisvorschläge der Kleingruppe vorgestellt bekommen, um dann zu entscheiden, welche Lösung favorisiert wird. Des Weiteren hat die Arbeit in Kleingruppen den Vorteil, dass an verschiedenen „Baustellen“ gleichzeitig gearbeitet wird und nicht alle nacheinander abgearbeitet werden müssen. Ein guter Informationsfluss zwischen den Kleingruppen und der Projektgruppe ist unerlässlich, da alle wichtigen Weichenstellungen und Entscheidungen in der Projektgruppe getroffen werden. Für die Koordination der diversen Einzelbereiche ist sie darauf angewiesen, den Entwicklungsstand der einzelnen Projektbereiche genau zu kennen. Gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, ein Mitglied aus einer Kleingruppe zur Beratung zu einem der Projektgruppentreffen hinzuzuziehen.

In Kapitel 3.2.3 wird auf einige wichtige Themenbereiche eingegangen, die sich für die Kleingruppenarbeit anbieten. Natürlich können weitere Bereiche, je nach Krankenhaus, hinzukommen. Diese Themenbereiche sollten daher nicht als vollständige Auflistung, sondern vielmehr als Anregung für die Kleingruppenarbeit verstanden werden.

3.2 Aufgaben in der Planungsphase

Nach dem die Latenzzeit und die Ist-Analyse abgeschlossen sind liegen die Grundvoraussetzungen für den Projektbeginn vor. Die vielfältigen Aufgaben in der Planungsphase werden im Folgenden näher dargestellt.

3.2.1 Übergeordnete Aufgabenbereiche der Projektleitung

Die Projektleitung ist zuständig für das Management des gesamten Ablaufs. Die Aufgabenbereiche sind sehr vielfältig und je nach Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich. Sie beinhalten, wie bereits beschrieben, die Bereiche Aufgabenplanung, Terminplanung, Ressourcenplanung und Kostenplanung sowie Projektcontrolling und -steuerung. Aber auch die interne und externe Kommunikation sowie die Teamentwicklung gehören hierzu. Einige wichtige Aspekte dieser Arbeit sind im Folgenden näher beschrieben.

Entwicklung einer Kommunikationsstruktur

Die interne Kommunikation bezieht sich auf den gesamten Informationsaustausch innerhalb des Krankenhauses, d. h. zwischen dem interdisziplinären geburtshilflichen Team und den Entscheidungsträgern. Faktoren wie die Arbeitsaufteilung, die Arbeitsabläufe, die Koordination und die Aufmerksamkeit der Umgebung hängen von der Kommunikationsstruktur ab (Rosenthal & Wagner 2004).

Einen weiteren Aspekt der Kommunikation stellt die Öffentlichkeitsarbeit dar. Um eine gewünschte Beachtung und Resonanz in der Öffentlichkeit zu erreichen muss sie zielgerichtet und aktiv gestaltet sein.

Die beiden Bereiche interne Kommunikationsstruktur und Öffentlichkeitsarbeit sollten übergeordnet durch die Projektleitung gestaltet werden.

Kommunikationsstruktur aufbauen

Aufgabe der Projektleitung wird es sein, dafür Sorge zu tragen, dass alle am Hebammenkreißsaal beteiligten Personen, bzw. Abteilungen die wichtigen, das Projekt betreffenden, Informationen erhalten. Dies geschieht mit dem Interesse, eine möglichst hohe Transparenz zu erhalten. Es ist jedoch wichtig, zu unterscheiden, wer mit welcher Information erreicht werden soll. Nicht jede Information ist für alle gleich wichtig. Es sollte daher vielmehr nach den jeweiligen Adressaten entschieden werden, welche Informationen weitergegeben werden. Es geht nicht darum, bestimmten Gruppen Informationen vorzuenthalten, sondern vielmehr darum, nur die Informationen zu liefern, die für den Adressaten relevant und wichtig sind.

Es sollte bei den Adressaten daher unterschieden werden zwischen:

- ▶ Entscheidungsträger/innen
- ▶ Informationsfluss zwischen Klein- und Projektgruppe
- ▶ in das Projekt involvierte Mitarbeiter anderer Abteilungen

Zu den Entscheidungsträgern sollte eine ständige Informations- und Kontaktpflege bestehen.

Sie sollten über den Verlauf und den aktuellen Stand des Projektes auf dem Laufenden gehalten werden.

Ein engmaschiger Informationsaustausch zwischen den einzelnen Kleingruppen und der Projektgruppe ist sinnvoll. Die Projektgruppe sollte regelmäßig über den Stand der Kleingruppen informiert werden, damit dieser bei der Planung berücksichtigt werden kann.

Die Informationsweitergabe wird von einem Informationssystem geregelt. Dies setzt sich zusammen aus einem Dokumentationssystem, dem Projektmarketing und einem mündlichen und schriftlichen Berichtssystem – Telefon, Besprechung, E-Mail, Protokolle, Zwischenberichte, Aushänge (Lechler 1997).

Besprechungsprotokolle, Zwischenberichte

Die Besprechungen finden hauptsächlich innerhalb der einzelnen Kleingruppen oder der Projektgruppe statt, sie können aber auch gemeinsam durchgeführt werden. Sie sind bedeutend als Start-up-Meeting, dienen der Präsentation und Diskussion wichtiger Zwischenergebnisse, der Besprechung von Problemen und unerwarteten Ereignissen und als Projektabschlussitzung. Für alle Arbeitsgruppentreffen gilt grundsätzlich, dass es eine Tagessordnung geben muss, damit alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wissen, welche Themen besprochen werden sollen und welchen zeitlichen Umfang die Sitzung haben wird. Ebenso wichtig ist, von jeder Sitzung ein Ergebnisprotokoll anzufertigen, so dass der Entwicklungsprozess des Projektes jederzeit nachvollziehbar (-lesbar) ist. Ein enger Informationsaustausch zwischen Klein- und Projektgruppe kann beispielsweise durch das Austauschen der Sitzungsprotokolle oder kurze Zwischenberichte erfolgen.

Die Mitarbeiter der angrenzenden Abteilungen, die nicht durch die Mitarbeit in einer der Kleingruppen einen Bezug zum Projekt haben, sollten über den aktuellen Entwicklungsstand ebenfalls von Zeit zu Zeit informiert werden. Von neuen Entwicklungsschritten kann in Rundbriefen an die Abteilungen, am „schwarzen Brett“ o. ä. berichtet werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Auch im Bereich Öffentlichkeitsarbeit ist zwischen drei Gruppen von Adresspersonen zu unterscheiden:

- ▶ Frauen/Paare, die das Angebot Hebammenkreißsaal erreichen soll
- ▶ Fachpublikum
- ▶ Politik und Presse

Mag das Konzept des Hebammenkreißsaals noch so gut sein, erfolgreich wird es nur, wenn es der Zielgruppe auch bekannt ist. Es muss also eine auf die Zielgruppe zugeschnittene Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten mit verschiedenen Vor- und Nachteilen.

Eine gute Möglichkeit, eine große Zahl an Personen zu erreichen, ist das Verteilen von Flyern oder Plakaten, die die (für Frauen/Paare) wichtigsten Informationen über den Hebammenkreißsaal enthalten. Der Nachteil dabei ist, dass es eine „Einbahnstraßen-Kommunikation“

ist. Für die von dem Flyer oder Plakat angesprochenen Personen gibt es keine direkte Möglichkeit für Rückfragen. Daher ist es wichtig, dass Flyer und Plakate so aufgebaut sind, dass möglichst alle wichtigen Fragen auch beantwortet werden. Eine weitere Möglichkeit, Frauen und Paare auf das Angebot des Hebammenkreißsaals aufmerksam zu machen, sind Informationsveranstaltungen. Der Vorteil hierbei ist, dass die Frauen und Paare direkt angesprochen werden und die Weitergabe von Informationen in Form eines Dialoges möglich ist. Hier bieten sich neben Info-Abenden der Klinik natürlich auch die Geburtsvorbereitungskurse der Elternschule an.

Vorteilhaft ist es, wenn die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen und Hebammen der Region dem Hebammenkreißsaal-Projekt gegenüber positiv eingestellt sind, da sie die schwangeren Frauen auch im Hinblick auf die Wahl des Geburtsortes beraten. Daher ist es wichtig, Kontakte aufzubauen und zu pflegen und sie regelmäßig über den Hebammenkreißsaal zu informieren. Darüber hinaus ist es ein mittel- und langfristiges Ziel des Hebammenkreißsaals eine bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote zu erreichen.

Der Informationsbedarf des Fachpublikums betrifft die dem Hebammenkreißsaal zugrunde liegenden Konzepte und Evidenzen und die Ergebnisse einer Evaluation. Sinnvoll ist es, das Fachpublikum bereits in der Projektplanungsphase durch einen Vortrag auf einer speziell ausgerichteten Informationsveranstaltung zu informieren. Eine andere Möglichkeit besteht darin, das Projekt Hebammenkreißsaal auf Verbands- oder ähnlichen Treffen der Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie der Hebammen vorzustellen.

Darüber hinaus sollten die für das Hebammenkreißsaal-Projekt wichtigen Personen aus der Regionalpolitik an den entscheidenden Punkten der Planungs- und Umsetzungsphase informiert werden.

Um eine breite Öffentlichkeit zu erreichen ist es notwendig, die Presse über das Hebammenkreißsaal-Projekt zu informieren. Dies geschieht durch eine Pressemitteilung oder in dem der Presse ein Interview gegeben wird.

Teamentwicklung bei Widerstand

Neue Projekte werden meist erst einmal als „störend“ empfunden, da sie Irritation und Unruhe in ein funktionierendes System bringen. Mögliche Vorbehalte von verschiedenen Personen oder Berufsgruppen bedürfen unterschiedlicher Aufmerksamkeit und Lösungsstrategien. Während für die kaufmännische oder ärztliche Leitung eine Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung sinnvoll sein kann, ist es für die betroffenen Mitarbeiter beispielsweise wichtig an den Prozessen beteiligt zu werden.

Für die interne Um- und Durchsetzung des Hebammenkreißsaals ist es vorteilhaft, nicht nur im Blick zu haben, welche Vorteile das Projekt für die Hauptzielgruppe der Frauen und Paare haben wird, sondern die Perspektive der Institution und ihrer Mitarbeiter, besonders der Hebammen, zu wählen. Wo wird es für sie ungewohnt und fremd? Besteht eine anfängliche Irritation, ist es wichtig, für die Mitarbeiter unterstützende Maßnahmen einzurichten, damit keine Widerstände gegen das Projekt aufkommen, sondern eine „produktive Unruhe“ ent-

steht. Widerstände gegen ein Projekt entstehen häufig nicht während der Planung, sondern erst bei der Umsetzung. Daher ist es sinnvoll, im Vorfeld Beteiligungs- und Klärungsarbeit zu leisten und gegebenenfalls geplante Maßnahmen zu modifizieren und Ziele neu anzupassen. Das Team sollte über die Mitarbeit an den Kleingruppen, Supervisionen und Gruppendiskussionen am Veränderungsprozess beteiligt werden, damit das Projekt Hebammenkreißaal für sie „denkbar und lebbar“ wird. Aus einer Veränderungsbereitschaft der Beteiligten sollte ein Veränderungsbedürfnis werden. Der auf diese Weise ausgelöste Innovationsprozess sollte optimalerweise durch eine kontinuierliche Teamsupervision begleitet werden.

Rechtliche Fragestellungen

Im Zusammenhang mit dem Hebammenkreißaal sind verschiedene rechtliche Fragen interessant, die im Vorfeld geklärt werden sollten.

Rechtliche Grundlagen selbstständiger Hebammentätigkeit

Der Paragraph 4 des Hebammengesetzes sieht vor, dass zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen ist, nicht aber ein Arzt. Im Falle von Komplikationen wiederum hat die Hebamme einen Arzt hinzuzuziehen, der oder die dann die Geburt leitet. Ergänzend legt die EU-Richtlinie des Rates vom 21.01.1980 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend der Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Hebamme fest, dass Hebammen Normalgeburten alleinverantwortlich durchzuführen berechtigt sind (Horschitz und Kurtenbach, 1985; vgl. die neue EU-Richtlinie 2005/36/EG vormals 80/155/EWG). Weiter lassen sich die Berufsordnungen der Länder heranziehen. Im Kern entsprechen sich alle Berufsordnungen, da sie auf einer gemeinsamen Richtlinie beruhen. Nach diesen Berufsordnungen führen Hebammen folgende Tätigkeiten (am Beispiel der hessischen HebBO) in eigener Verantwortung aus:

Auszug aus der hessischen Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO)

vom 27. März 1991

§ 1

(2) Hebammen und Entbindungspfleger führen insbesondere folgende Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung aus:

1. Angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;
2. Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der regelrecht verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer regelrecht verlaufenden Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;
3. Durchführung von Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, und Aufklärung über diese Untersuchungen;
4. Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;
5. Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Feten in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
6. Durchführung von Regelgeburten bei Kopflage einschließlich eines etwa erforderlichen Scheidendammschnitts oder das Nähen eines unkomplizierten Dammrisses sowie im Notfall die Durchführung von Beckenendlagegeburten;

7. Erkennen der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere im Notfall manuelle Ablösung der Plazenta mit anschließender manueller Nachuntersuchung der Gebärmutter, soweit erforderlich;
8. Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen in der Regel in den ersten zehn Tagen nach der Geburt und erforderlichenfalls darüber hinaus einschließlich von Prophylaxe-Maßnahmen und Blutentnahme für Screening- und andere notwendige Untersuchungen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und Durchführung von notwendigen Maßnahmen zur Erstversorgung zur Erhaltung der Vitalfunktionen;
9. Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter in der Regel in den ersten zehn Tagen nach der Geburt und erforderlichenfalls darüber hinaus sowie Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
10. Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;
11. Abfassen der erforderlichen schriftlichen Dokumentation über die getroffenen Befunde und Maßnahmen;
12. Ausstellen von Bescheinigungen im Rahmen der Berufsausübung.

§ 3

(1) Hebammen und Entbindungspfleger dürfen ohne ärztliche Anordnung folgende Arzneimittel anwenden und verabreichen:

1. bei gegebener Indikation in der Eröffnungsperiode ein betäubungsmittelfreies krampflösendes oder schmerzstillendes Medikament, das für die Geburtshilfe angezeigt ist,
2. bei bedrohlichen Blutungen in der Nachgeburtsperiode Wehenmittel bzw. Mutterkornpräparate oder eine Kombination beider Wirkstoffe zur Blutstillung, falls ein Arzt nicht rechtzeitig zugezogen werden kann oder die rechtzeitige Einweisung in ein Krankenhaus nicht möglich ist,
3. zur Überbrückung einer Notfallsituation wehenhemmende Mittel bis zur Einweisung in ein Krankenhaus,
4. im Falle der Versorgung eines Dammschnitts ein nicht verschreibungspflichtiges Lokalanästhetikum.

Die gesetzlichen Grundlagen regeln die Zuständigkeit für und die Zulässigkeit von eigenständiger Geburtshilfe durch Hebammen. Darüber hinaus wird auch die Zuständigkeit der Hebamme für die Bereiche Familienplanung, Betreuung der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des Kindes geregelt.

Eine Ausweitung der Angebotspalette um Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und stationäre sowie häusliche Betreuung im Wochenbett durch ein Hebammenteam ist im Modell Hebammenkreißsaal explizit vorgesehen. Zudem wird damit das Konzept der kontinuierlichen Betreuung und der Frauenorientierung unterstrichen.

Organisationspflichten des Krankenhauses

Eine weitere Frage ist die, ob Frauen, die sich zu einer Geburt in einem Krankenhaus entscheiden, nicht erwarten, dass sie dort von einer Hebamme und einem Arzt betreut werden. Dies wird in den meisten Belegkliniken nicht eingehalten und auch in Kliniken mit ausschließlich angestellten Hebammen und Ärzten, kann die Hinzuziehung des Arztes zu normalen Geburten nicht als Norm betrachtet werden.

Prof. Dr. Horschitz, Justitiar des Bund Deutscher Hebammen (BDH), stellte auf Anfrage des Verbund Hebammenforschung am 21.11.2006 fest, dass diesen Bedenken durch eine umfassende und ausdrückliche Aufklärung der Frauen, die im Versorgungsmodell Hebammenkreißsaal betreut werden möchten, begegnet werden kann. Die Information bzw. Aufklärung der Frauen sollte rechtzeitig sowie mündlich und schriftlich erfolgen. Die Frau unterschreibt die Einverständniserklärung und erhält eine Kopie davon. Im Anhang finden Sie ein Beispiel einer Einverständniserklärung für die Betreuung im Hebammenkreißsaal.

Weiterhin stellt Prof. Dr. Horschitz fest, dass für die Frage nach einem Organisationsverschulden auch entscheidend ist, ob das Personal mit Aufgaben betraut wird, die in deren Kompetenzbereich fallen. Grundlage hierfür ist eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 16.04.1996 (Horschitz 1996). In dem dort entschiedenen Fall war eine Krankenschwester mit der Überwachung eines CTGs betraut. Der Gerichtshof stellte fest, dass eine Hebamme oder ein Arzt mit dieser Aufgabe zu betrauen gewesen wäre, da nur sie die dafür erforderlichen Kompetenzen besitzen. Demnach können Patientinnen erwarten, dass das Krankenhaus sie von Personal betreuen lässt, das für seine Handlungen auch kompetent ist. Da Hebammen die Kompetenz haben, regelrechte Geburten zu überwachen, zu leiten und zu Ende zu führen, ist die Erwartung, zu jeder Geburt werde ein Arzt hinzugezogen, unbegründet. Zudem werden Frauen nicht wahllos dem Hebammenkreißsaal zugeteilt. Alle Frauen, die in der Schwangerschaft Kontakt zur Klinik aufnehmen, sollten eingehend über die verschiedenen Angebote und Wahlmöglichkeiten aufgeklärt werden und sich frei entscheiden können in welcher Abteilung sie ihr Kind zur Welt bringen wollen. Entsprechende Informationsbroschüren und Aufklärungsbögen (siehe Anhang) sind von der Projektgruppe oder in einer Kleingruppe zu entwickeln und rechtlich zu prüfen.

Die Hebamme nimmt eine kontinuierliche Überprüfung und Einstufung des Verlaufs der Schwangerschaft und der Geburt anhand der Ein- und Ausschlusskriterien vor. Dies geschieht zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Betreuung (Schwangerschaft, Geburtsbeginn, während und nach der Geburt). Im Anhang finden Sie ein Muster der Ein- und Ausschlusskriterien zur Einstufung von Schwangeren und Gebärdenden für die Betreuung im Hebammenkreißsaal.

Dem Hebammenkreißsaal begegnen also auch unter Berücksichtigung der geburtshilflich üblichen Normen für Kliniken keinerlei Bedenken.

Berufshaftpflichtschutz der Hebammen

Eine weitere rechtliche Frage ist die nach dem Berufshaftpflichtschutz der Hebammen, die im Hebammenkreißsaal arbeiten werden. Im Krankenhaus angestellte Hebammen sind über ihren Arbeitgeber berufshaftpflichtversichert. Hier stellt sich die Frage, ob die Deckungssumme ausreichend hoch ist und ob „grobe Fahrlässigkeit“ im Versicherungsschutz enthalten ist.

Hebammen, die Mitglied im BDH sind, haben die Möglichkeit, eine Berufshaftpflichtversicherung über den Berufsverband abzuschließen. Hier wäre lediglich von den Hebammen zu prüfen, ob sie in der richtigen Versicherungsform eingestuft sind.

Nach schriftlicher Auskunft von Prof. Dr. Horschitz besteht kein höheres Haftpflichtrisiko bei Geburten, die im Hebammenkreißsaal betreut werden.

3.2.2 Entwicklung eines Projektplanes

Nachdem die durchgeführte Ist-Analyse zu einer Zustandsbestimmung der Abteilung geführt hat, sind die für die Umsetzung eines Hebammenkreißsaals zu bewältigenden Aufgaben deutlich zu erkennen. Der nächste Schritt wird nun sein, einen eigenen Projektplan für die Umsetzung des Konzeptes Hebammenkreißsaal zu entwickeln. Dieser Schritt sollte vor der Durchführung des Projektes stehen, da so sichergestellt wird, dass die (in der Regel) beschränkten Mittel optimal genutzt werden und es zu keinem „blinden Aktionismus“ kommt.

Ein guter Projektplan stellt sicher, dass alle Aktivitäten aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig unterstützen, so dass die angestrebten Ziele bestmöglich erreicht werden. Dabei sollte er ein flexibler Leitfaden für die Durchführung des Projektes sein und kein starres Korsett. Es ist wichtig, dass prozesshafte Aktivitäten oder Zwischenergebnisse Einfluss auf die weitere Maßnahmenplanung haben können. Auch wenn das Endergebnis Hebammenkreißsaal durch das Konzept klar beschrieben werden kann, wird der Weg dorthin dennoch von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr verschieden sein, da dieser sehr stark von den jeweiligen Gegebenheiten und vorhandenen Ressourcen bestimmt wird. Die Konzeptionsentwicklung erfolgt in mehreren Stufen.

Zielformulierungen zum Hebammenkreißsaal

Die erste Stufe stellt die bereits durchgeführte Ist-Analyse dar, die darüber Aufschluss gibt, „wo wir derzeit stehen“. Im Weiteren werden von der Projektgruppe neben der Steuerung und Koordination des gesamten Projektes die einzelnen Zielvorstellungen erarbeitet und ihre Unterthemen differenziert. Bei einem so komplexen Projekt wie dem Hebammenkreißsaal, erscheint es sinnvoll, eine Unterteilung in Haupt- und Teilziele sowie in kurz-, mittel- und langfristige Ziele vorzunehmen. Dies ist zu Beginn nicht immer gleich möglich und kann zum Teil erst über die Ergebnisse der Kleingruppen ausdifferenziert werden. Durch das Definieren von Zielen werden Kriterien für den Erfolg gesetzt. Folgende Tabelle zeigt ein Beispiel für eine zeitlich sinnvolle Unterteilung der zu erreichenden Ziele:

Aufgabe / Ziel	Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig
Qualifikation der Hebammen	Ermitteln des Fortbildungsbedarfs der Hebammen anhand der Ergebnisse der Ist-Analyse und der Ergebnisse der Kleingruppenarbeit	Erstellen eines Fortbildungsplanes, Festzulegen ist, welche Fortbildungen vor der Eröffnung absolviert sein sollten und welche auch während der Laufzeit abgehalten werden können	Alle Hebammen sind in der Lage: – selbstständig zu nähern – umfassend und korrekt zu dokumentieren – vertikale Geburtspositionen anzubieten – nicht-direktive Beratung zu leisten etc.

Abb. 1: Tabelle Aufgabenplanung

3.2.3 Ausarbeiten der Zielvorstellungen

Wenn die Zielvorstellungen definiert sind beginnt die Ausarbeitung. Dabei ist die praktische Umsetzung nicht aus den Augen zu verlieren. Die Bearbeitung der einzelnen Themen wird in der Projektgruppe und auf die speziell eingesetzten Kleingruppen aufgeteilt. Im Folgenden werden einige wichtige Ziele und die dazugehörigen Unterthemen, die den Merkmalen eines Hebammenkreißsaals entsprechen, aufgeführt.

Ziel: Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburt

Die Betreuungsarbeit ist das zentrale Thema eines Hebammenkreißsaals. Empfehlenswert ist, sich diesem Thema auf zwei Ebenen anzunähern. Zum einen werden einzelne Unterthemen von der Projektgruppe und den Kleingruppen recherchiert und ausgearbeitet, so dass ein umfassender Leitfaden zur Betreuungsarbeit zusammengestellt werden kann. Zum anderen scheint es sinnvoll, dass sich das gesamte Team mit dieser Thematik auseinandersetzt, um eine Identifikation der einzelnen Mitarbeiter mit der neuen Betreuungskultur zu fördern.

Neben der Tatsache, dass die Hebammen im Hebammenkreißsaal gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt selbstständig und eigenverantwortlich betreuen, sollte die Hebammenarbeit in einem Hebammenkreißsaal weitere klar beschreibbare Betreuungskriterien aufweisen, die zum Teil auch über den Hebammenkreißsaal selbst hinausreichen. Um sich mit den Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburtshilfe zu beschäftigen, kann einleitend die Arbeit der Hebammen in der Klinik grundsätzlich beschrieben werden. Hilfreich sind bereits niedergeschriebene Grundsätze, Arbeitsplatzbeschreibungen oder interne Leitlinien, die die bisherige Hebammenarbeit im Krankenhaus definieren. Diese Dokumente können einer Analyse der bestehenden Betreuungskriterien dienen, indem jeweils die Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefährdungen benannt werden. Darauf aufbauend kann eine erweiterte Diskussion erfolgen. Dazu sollten regelmäßige moderierte Teamsitzungen oder Teamsupervisionen eingeführt werden. Nachfolgende Fragen können ein hilfreicher Diskussionseinstieg sein:

- ▶ Was kennzeichnet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Frau und Hebamme?
- ▶ Wie können die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind wahrgenommen und unterstützt werden?
- ▶ Was bedeutet es für die Hebamme, wenn sie die Frau als zentrale Person im Gebäraprozess anerkennt?
- ▶ Wie kann die Hebamme eine informierte Entscheidung der Frau bzw. des Paares unterstützen?
- ▶ Was bedeutet es für die Hebamme, die Verantwortung für die Gesundheit von Mutter und Kind zu tragen?
- ▶ Wie können die Aufgaben als Beraterin im partnerschaftlichen Betreuungsprozess und als Entscheidende in Situationen, die ein schnelles und kompetentes Eingreifen verlangen, vereinbart werden?

- ▶ Was für Rahmenbedingungen braucht die Hebamme, um der Frau Wahlmöglichkeiten zu bieten?
- ▶ Wie wird die Selbstbestimmung der Frau im Betreuungsprozess auch in schwierigen Situationen gefördert?
- ▶ Welche Bedeutung hat personelle Kontinuität im Betreuungsprozess?
- ▶ Welche Kompetenzen sind für Hebammen erforderlich, um eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten?
- ▶ Welche Arbeitskonzepte fördern kontinuierliche Betreuung oder den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung?
- ▶ Was wird unter geburtshilflicher Intervention verstanden und welche werden für zulässig bzw. wichtig im Hebammenkreißsaal erklärt?
- ▶ Welche Angebote können Hebammen für den Umgang mit Schmerz machen?

Die Fragen sollen als Anregung dienen für eine Diskussion innerhalb der Projektgruppe bzw. des Hebammenteams. Dieser Reflexionsprozess bietet eine Grundlage zur Entwicklung eines Fortbildungsplans sowie eines eigenen Leitfadens für eine hebammengeleitete Geburt.

Nach unserer Einschätzung ist ein solcher partizipativer Prozess unumgänglich, wenn Verweigerung, Cliquesbildung, Bagatellisieren oder Lustlosigkeit einzelner Teammitglieder vermieden und eine Identifikation mit dem abgesprochenen Vorgehen erreicht werden soll. Diese Diskussion kann zudem als Chance betrachtet werden eine Struktur zu schaffen, in der eine Persönlichkeitsentwicklung zugelassen wird und äußere Anstöße die individuelle Kompetenzentwicklung der Teammitglieder initiieren können.

Ziel: Weiterqualifikation der Hebammen

Für die Ausübung einer Geburtshilfe, die sich an den in Kapitel 2 beschriebenen Grundprinzipien der Hebammenarbeit orientiert, ist ein breites Qualifikationsprofil der Hebammen erforderlich. Sie benötigen, unter Einbeziehung der aktuellen Entwicklung der Medizin, vielfältige fachliche Kompetenzen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen des Hebammenberufes und des traditionellen Hebammenwissens. Im Sinne der Betreuungskontinuität und um die Wahlmöglichkeiten der Frau unabhängig von der betreuenden Hebamme zu erhalten, ist ein bestimmtes Qualifizierungsniveau bei allen Hebammen anzustreben. Um dem Geltungsanspruch eines umfassenden, frauen- und familiengerechten Betreuungskonzeptes entsprechen zu können, muss kompetente Hebammenbetreuung zudem das Zusammenwirken von kognitiven, emotionalen und taktilen Wahrnehmungsdimensionen umfassen.

Kommunikations- und Beratungskompetenzen

Den Kommunikationskompetenzen der Hebammen kommt hier eine besonders gewichtige Rolle zu. Beratung ist als eine dem Hebammenberuf immanente Tätigkeit anzusehen. Die Association of Radical Midwives (ARM) in Großbritannien sieht Kommunikation an zentraler Stelle der Betreuung, als ein Grundsatz guter Hebammenarbeit (Bryar 1995, 2003). Eine

gute, bewusste Kommunikation hilft den Rechten, Bedürfnissen und Erwartungen der betreuten Frauen zu entsprechen und ihre Autonomie und Selbstbestimmung zu fördern. Dies erfordert eine hohe kommunikative Kompetenz seitens der Hebammen.

Professionelle Beziehungsgestaltung

Grundlage einer Betreuungs- und Beratungsbeziehung ist die soziale Beziehung, die sich durch Wärme, Vertrauen und Empfänglichkeit auszeichnet. Diese ist gekoppelt mit maßvoller emotionaler Zuneigung, Akzeptanz und Authentizität. Sie kommt ohne Druck oder Zwang aus und setzt sich konstruktiv mit dem Phänomen Macht auseinander (vgl. Peplau 1988, Rogers 1972). Zur Herstellung einer professionellen, partnerschaftlichen und vertrauensvollen Beziehung benötigen Hebammen personale und fachliche Kompetenzen, die sich in Konfliktfähigkeit, Gesprächsführung, Eigen- und Fremdwahrnehmung, Wertschätzung, Akzeptanz, Respekt und Vertrauen ausdrücken (Peplau 1995).

Wie diese Ausführungen zeigen, sind die Förderung der Beratungskompetenz und der professionell gestaltete Beziehungsaufbau wesentliche Bereiche, die bei der Planung der Fortbildungen für die Hebammen des zukünftigen Hebammenkreißsaals berücksichtigt werden müssen. Hier bietet sich zum Beispiel an, eine Fortbildung in klientenzentrierter Beratung und Selbstreflexion für das Team auszurichten.

Weitere Kompetenzen

Darüber hinaus wird es erforderlich sein, verschiedene Fortbildungen zu weiteren fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Methodenkompetenzen für Hebammen durchzuführen. Zu nennen wären hier Themenbereiche wie zum Beispiel evidenzbasierte Hebammenarbeit, Dokumentation, taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Geburtspositionen und Nahttechniken. Die Auswertung der Ist-Analyse kann zudem noch weiteren Fortbildungsbedarf aufdecken. Bei der Planung der Fortbildungen ist zu bedenken, dass das gesamte Team des Hebammenkreißsaals daran teilnehmen muss. In der Regel muss dies in zwei Durchgängen geschehen, damit parallel der Kreißsaaldienst aufrechterhalten werden kann. Die Durchführung eines so umfangreichen Fortbildungsplanes erfordert eine nicht unerhebliche Vorlaufzeit.

Grundsätzlich ist darüber nachzudenken, ob zu den Grundqualifikationen der Hebammen des Hebammenkreißsaals eine Mindestdauer an Berufserfahrung in der Geburtshilfe zählen sollte. Nach Aussagen in der internationalen Literatur ist davon auszugehen, dass zwei Jahre Berufserfahrung mit einer Vollzeitstelle in der Geburtshilfe ausreichend sind, um in einem Hebammenkreißsaal nach Hebammenbetreuungskriterien arbeiten zu können (Sinclair et al. 2002).

Ziel: Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Einschätzung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs

Da im Hebammenkreißsaal nur gesunde Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften betreut werden, ist bereits in der Schwangerschaft für jede Frau zu klären, ob für sie grundsätzlich eine Geburt im Hebammenkreißsaal möglich ist. Ebenso gilt es, Kriterien zur Einschätzung und Bewertung des Geburtsverlaufs während der Geburt zu entwickeln, die fest-

legen, in welchen Fällen eine Geburt im Hebammenkreißsaal abgebrochen und in den ärztlich geleiteten Kreißsaal weitergeleitet werden muss. Mit der kontinuierlichen Einstufung anhand eines Katalogs soll festgestellt werden, welche Befunde und Risiken als so gravierend eingestuft werden, dass eine Geburt im Hebammenkreißsaal nicht weiter verantwortet werden kann. Eine wichtige Aufgabe der Projektgruppe ist es daher, sich mit der Ausarbeitung eines Kriterienkataloges zu befassen, der sich sowohl an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert als auch die geburtshilflichen Gegebenheiten des Krankenhauses berücksichtigt.

Orientierung an dem Befundkatalog des Mutterpasses

Verschiedene Studien kommen zu dem Schluss, dass eine Risikoeinschätzung in der Schwangerenvorsorge über einen Risikokatalog für den Ablauf der Geburt nicht getroffen werden kann (WHO 1985, Enkin 2000).

Der in Anlehnung an die Mutterschaftsrichtlinien für den Mutterpass entwickelte Befundkatalog besteht sowohl aus ungewichteten anamnestischen als auch aus bereits befundenen Risikofaktoren, durch deren Ankreuzen allen an der Betreuung der Schwangeren beteiligten Personen ein rascher Überblick über eventuell bestehende Risikofaktoren ermöglicht werden soll. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive führt dies dazu, dass in einem Land mit einem überdurchschnittlich guten Gesundheitsstatus die Mehrheit der Frauen zu „Risikoschwangeren“ deklariert werden (Schücking 2003). Die Schwierigkeiten, die sich aus der Risikoeinschätzung mit Hilfe standardisierter Instrumente ergeben, haben das Regionalbüro Europa der WHO dazu veranlasst, die Empfehlung auszusprechen, traditionelle Risikobewertungssysteme aufzugeben und vielmehr wachsam gegenüber Abweichungen vom Normalen zu sein (Chalmers et al. 2001).

Trotz dieser Probleme bei der Risikoeinstufung ist eine Ausgangsbewertung der erhobenen Befunde maßgeblich, um zu entscheiden, ob eine Geburt im Hebammenkreißsaal angestrebt werden kann. Ein interdisziplinär, auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen erarbeiteter Ein- bzw. Ausschlusskatalog stellt eine solche Beurteilungsgrundlage dar. Ein solcher Kriterienkatalog regelt auch, ob und wann eine Geburt in ärztliche Betreuung weitergeleitet werden muss. Der Kriterienkatalog bedarf auch nach seiner Fertigstellung einer regelmäßigen Überprüfung und Modifizierung. Neu gewonnene Evidenzen müssen aufgenommen und die wachsenden Erfahrungen des Teams berücksichtigt werden. In der Regel werden die Ausschlusskriterien für eine Geburt im Hebammenkreißsaal in der Anfangsphase sehr „streng“ festgelegt, so dass es zunächst zu einer hohen Weiterleitungsrate in den ärztlich geleiteten Kreißsaal kommt.

Bei der Ausarbeitung eines eigenen Ein- und Ausschlusskriterienkataloges empfiehlt es sich, als Arbeitsgrundlage schon existierende Kataloge zu verwenden. So wurden im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide die 52 Kriterien des Mutterpasses (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003) mit der Auflistung des außerklinischen Qualitätsberichtes aus dem Jahr 2000 (QUAG e.V. 2001) und den Ergebnissen der Niedersächsischen Perinatalerhebung von 1999 (NPE) verglichen. Der Katalog ist als Vorlage dem Anhang beigelegt.

Inhaltlich können die Kriterien folgenden etwas veränderten Rubriken zugeordnet werden:

- ▶ Anamnese und allgemeine Befunde (Kat. A)
- ▶ Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (Kat. B)
- ▶ Geburtsrisiken (Kat. C), Regelwidrigkeiten und Pathologien während der Geburt
- ▶ Postpartale Krankheiten oder Anpassungsstörungen des Neugeborenen (Kat. D)
- ▶ Postpartale Pathologien bei der Mutter (Kat. E)

Die einzelnen Kriterien dienen der Überprüfung und Einschätzung zu unterschiedlichen Zeitpunkten – während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett – ob die Frau und das Kind den Einschlusskriterien entsprechen und somit im Hebammenkreißsaal betreut werden können. Der Katalog legt das jeweilige Vorgehen fest (Ausschluss, Weiterleitung, Konsultation, Einzelfallentscheidung, weitere Untersuchungen). Für einzelne Kriterien (z.B. vorzeitiger Blasensprung, Terminüberschreitung) wurden Grenzwerte festgelegt, ab denen eine Weiterleitung erforderlich ist.

In Bezug auf die Eignung für eine Geburt im Hebammenkreißsaal wurden die einzelnen Kriterien in fünf Stufen unterteilt:

1. Geburt im Hebammenkreißsaal möglich
2. Geburt im Hebammenkreißsaal fraglich möglich
3. Geburt im Hebammenkreißsaal nicht möglich
4. Subpartale Weiterleitung in ärztlich geleitete Betreuung
5. Postpartale Weiterleitung in ärztlich geleitete Betreuung

Die Kategorie „Geburt im Hebammenkreißsaal fraglich möglich“ betrifft Frauen, bei denen z. B. aufgrund ihrer Körpergröße ein Risikokriterium vorliegt, die jedoch kein echtes gesundheitliches Problem haben und die daher grundsätzlich die Chance haben, ihr Kind normal zur Welt zu bringen. Alle Aspekte die zur Kategorisierung „Geburt im Hebammenkreißsaal fraglich möglich“ führen, müssen im Einzelfall mit der Frau beraten werden.

Die im Folgenden aufgeführten Unterthemen der Zielgruppe: Kriterienkatalog bieten sich für eine Erarbeitung in kleineren Arbeitsgruppen an:

Die ärztliche Konsultation

Es ist jederzeit möglich, dass die Hebammen des Hebammenkreißsaals einen Arzt zur Konsultation hinzuziehen. Sofern es im Vertrag zwischen den Hebammen und dem Krankenhaus für diesen Fall keine ausdrücklichen Regelungen gibt, hat eine Konsultation nicht zwangsläufig die Verlegung in den ärztlich geleiteten Kreißsaal zur Folge (schriftliche Auskunft von Prof. Horschitz, 1.7.2004).

Es muss überlegt werden, wie sich eine Hebamme verhalten soll, wenn sie sich unsicher fühlt bei der Beurteilung einer Auffälligkeit. Den Hebammen müssen Unsicherheiten zugestanden werden und es muss möglich sein, Rat einzuholen, ohne dass dies automatisch ein Ende der Geburt im Hebammenkreißsaal bedeutet. Kann zum Beispiel zunächst eine zweite Hebamme hinzugezogen werden? Oder sollte generell ein ärztliches Konsil eingeholt werden?

Die Konsultation dient der betreuenden Hebamme als Grundlage zur Beratung und Absicherung. Die Konsultation erfolgt mit dem jeweils diensthabenden Arzt. Die Indikationen, der Ablauf und die Dokumentation der Konsultation werden durch eine schriftliche Vereinbarung geregelt. Eine Konsultation beendet nicht automatisch die Betreuung im Hebammenkreißsaal. Erst geburtshilfliche Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Betreuung erfordern, führen zur Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißsaal.

Wie diese Ausführungen zeigen, stellt der Ein- und Ausschlusskriterienkatalog zwar klare Handlungsleitlinien für die Betreuung der Frauen auf, trotzdem ist er nicht als starres Gerüst zu betrachten, da die einzelnen Kriterien nach Absprache im geburtshilflichen Team modifiziert werden können, wenn neue Evidenzen dafür sprechen.

Ablauf bei Hinzuziehung eines Facharztes

Eine weitere Aufgabe besteht darin, auszuarbeiten, welches Prozedere beim Auftreten von Regelwidrigkeiten eingehalten werden muss. Bei den Schwangeren, die bereits vor Beginn der Geburt einen pathologischen Befund aufweisen, bedeutet dies lediglich, dass die Geburt von vornherein nicht im Hebammenkreißsaal stattfinden kann. Dies würde möglicherweise bereits beim zweiten Vorgespräch in der Schwangerschaft auffallen. Schwieriger wird es, wenn sich im Verlauf der Geburt Auffälligkeiten einstellen. In diesem Fall muss festgelegt sein, wie die weitere Geburtsbetreuung abläuft.

Ist jedoch die Auffälligkeit so schwerwiegend, dass die Geburt nicht im Hebammenkreißsaal weiter betreut werden kann oder entwickelt die Frau z. B. den Wunsch nach schmerzreduzierenden Medikamenten, so ist durch einen abteilungsinternen Leitfaden festzustellen, wie der weitere Ablauf sein soll. In den Fällen wo Hebammenkreißsaal und üblicher Kreißsaal in einer Abteilung liegen wird sich diese Frage zwar einfach lösen lassen, indem die Hebamme den Arzt hinzuzieht und die Geburt von beiden gemeinsam weiter betreut wird, wie alle anderen Geburten im üblichen Kreißsaal auch. Doch sollte nicht nur im Falle von räumlich und personell getrennten Abteilungen ein Leitfaden für das Vorgehen bei einer Verlegung erarbeitet werden, da ansonsten das Konzept Hebammenkreißsaal schnell verwässern kann. Der Leitfaden sollte zudem vorsehen auffällige Geburtsverläufe durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zu reflektieren.

Die praktischen Erfahrungen im Umgang mit Auffälligkeiten oder besonderen Geburtsverläufen bei hebammengeleiteten Geburten und Verlegungen in den regulären Kreißsaal sollen bei der Evaluation Einfluss auf die Modifizierung des Kriterienkataloges nehmen.

Ziel: Klare räumliche Organisation der Geburtsabteilungen

Vor- und Nachteile getrennter oder nicht getrennter geburtshilflicher Abteilungen

Die britischen Midwife-Led-Units und die dänischen Foedeklinikken, wie die Hebammenkreißsäle dort heißen, sind Abteilungen, die räumlich völlig getrennt vom üblichen Kreißsaal sind. Das bedeutet, dass beim Auftreten von Komplikationen die Gebärende in eine andere Abteilung verlegt wird. Unter Umständen findet somit ein kompletter Wechsel der Betreu-

ungspersonen und des Ortes statt. Die ärztliche Betreuung kommt neu hinzu und die Hebamme des üblichen Kreißsaales übernimmt die Betreuung der Frau.

In einigen Modellen ist es möglich, dass die Frau von der gleichen Hebamme weiter betreut wird, so dass sie keinen personellen Wechsel hat, sondern nur ein, um den Arzt, erweitertes Betreuungsteam.

Die völlige Trennung beider Abteilungen hat den Vorteil, dass die Abteilung insgesamt stärker hebammengeleitet organisiert ist. Die Hebammen müssen nicht innerhalb kürzester Zeit zwischen den zwei Betreuungsmodellen „umschalten“, wodurch sie sich intensiver auf das neue Betreuungskonzept einlassen können und müssen. Zudem kann es zu keinen Verwechslungen oder Vermischungen zwischen hebammen- und ärztlich geleiteten Geburten kommen. Es ist de facto kein Arzt in der Abteilung anwesend. Diese Eigenständigkeit fördert die Entwicklung einer einheitlichen „Philosophie“ des Teams und der hebammengeleiteten Geburtshilfe.

Eine Herausforderung stellt bei diesem Konzept der meist erforderliche Hebammenwechsel sowie die Umgewöhnung an neue Räumlichkeiten für die Gebärende bei Verlegungen dar. Ebenso kann es für die Hebammen belastend sein, wenn sie die Frau abgeben müssen und die Geburt nicht bis zu Ende betreuen können (Hughes et al. 2002). Hier ist es sinnvoll Vereinbarungen zur Weiterleitung zu entwickeln, die mögliche Belastungen minimieren helfen und die Möglichkeiten schaffen ggf. variabel mit den Situationen umzugehen.

Konzept zur räumlichen Gestaltung

Wenn in einer Klinik weder die Räumlichkeiten noch Mittel für die Schaffung eines räumlich separat geführten Hebammenkreißsaals bereit gestellt können, muss ein klares Konzept entwickelt werden, wie die räumliche Gestaltung der geburtshilflichen Abteilung aussehen soll. Dies bezieht sich sowohl auf die Aufteilung der einzelnen Räume, als auch auf Fragen der wohnlichen Gestaltung, der Logistik, der Ungestörtheit und des Inventars, wie zum Beispiel Badewanne, Toilette, Gebärhocker, Seile und Gymnastikbälle. Für die Zusatzangebote wie Kursangebote, Hebammensprechstunden und Schwangerenvorsorgen, sollten ausreichend entsprechende räumliche Möglichkeiten vorhanden sein, um nicht mit dem laufenden Klinikbetrieb zu kollidieren.

Zu bedenken ist auch, dass während der Einführungsphase noch nicht genug hebammengeleitete Geburten zu erwarten sind, um ein ganzes Hebammenteam ausschließlich im Hebammenkreißsaal zu beschäftigen. Deshalb haben die bisher drei Kliniken in Deutschland den Weg gewählt, den Hebammenkreißsaal zunächst vorrangig als neues Betreuungsmodell zu sehen und parallel zum üblichen Kreißsaalmodell mit dem gleichen Hebammenteam in denselben Räumen einzuführen. Unterscheidungskriterium ist die Anmeldung der Frau zur hebammengeleiteten Geburt. In Reinkenheide wird zudem während einer Geburt im Hebammenkreißsaal an der Kreißsaaltür ein Schild mit dem Hebammenkreißsaal-Logo aufgehängt, damit das geburtshilfliche Team informiert ist. Der Vorteil ist, dass die Einführung des Hebammenkreißsaals schrittweise und mit überschaubarem materiellem und personel-

lem Aufwand zu bewältigen ist. Dennoch stellt diese Version nur eine Übergangssituation dar, die möglichst mittelfristig einer konzeptuellen und klaren Lösung weichen sollte.

Die Konzeptentwicklung kann sowohl in der Projektgruppe als auch in einer Kleingruppe erfolgen.

Ziel: *Betreuungskontinuität*

Die Arbeitspakete zum Thema *Betreuungskontinuität* sind geeignet in der Projektgruppe oder in Kleingruppen bearbeitet zu werden. Neben den *Betreuungskriterien* sind die *Aspekte der Betreuungskontinuität* die zentralen Elemente, die den Hebammenkreißaal charakterisieren.

Organisation der Kontaktaufnahme zwischen der Schwangeren und dem Hebammenteam

Bevor eine schwangere Frau sich für eine Geburt im Hebammenkreißaal entscheidet, ist es erforderlich, dass sie ausreichend Gelegenheit hat, sich über das Projekt zu informieren. Neben den bereits in Kapitel 3.2.1 erwähnten Flyern und Informationsveranstaltungen sollte jede einzelne interessierte Schwangere in einem persönlichen Vorgespräch über das Angebot Hebammenkreißaal informiert werden und die Gelegenheit bekommen, Fragen zu stellen. In diesem Vorgespräch sollten die Möglichkeiten und Grenzen der *Betreuung im Hebammenkreißaal* sowie die Vor- und Nachteile des Hebammenkreißaals und des üblichen Kreißaals besprochen werden. Bei diesem Termin kann bereits abgeklärt werden, ob der Schwangerschaftsverlauf und die Anamnese der Schwangeren grundsätzlich eine Geburt im Hebammenkreißaal zulassen. Für den Ablauf dieses Gespräches ist es sinnvoll, einen Leitfaden zu erstellen, so dass alle Hebammen des Teams nach einem einheitlichen Vorgehen arbeiten. Wünscht die Schwangere eine Geburt im Hebammenkreißaal, so unterschreibt sie eine Einverständniserklärung, die sie selbstverständlich jederzeit widerrufen kann. Dieses Vorgespräch sollte in jedem Fall von einer im Hebammenkreißaal tätigen Hebamme geführt werden.

Nach dieser ersten persönlichen Kontaktaufnahme sollten bis zur Geburt weitere Kontakte zum Hebammenkreißaal bestehen, so dass Hebammen und Schwangere sich bis zur Geburt bereits vertraut sind. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten an:

Zum einen kann die Schwangere oder das Paar in einer der Klinik, bzw. dem Hebammenkreißaal angeschlossenen Elternschule einen Kurs (zur Geburtsvorbereitung, Schwangerenschwimmen, Yoga, Säuglingspflege etc.) besuchen, so dass sie bereits eine Hebamme gut kennen lernen. Weiter können über Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme, spezielle Hebammensprechstunden bei Beschwerden in der Schwangerschaft oder zur geburtsvorbereitenden Akupunktur mehrere Berührungspunkte geschaffen werden. Die Schwangerenvorsorge durch Hebammen in einer Klinik ist in Deutschland derzeit zwar noch selten, dennoch gibt es hierfür bereits gute Konzepte (Schäfers 2003).

Grundsätzlich sollte sich jede Schwangere, die im Hebammenkreißaal gebären möchte, mindestens zwei Mal im Verlauf der Schwangerschaft dort vorstellen. Es bietet sich an, den ersten Termin ins zweite Trimenon zu legen und den zweiten gegen Ende der Schwanger-

schaft. So ist es für beide Seiten möglich, sich kurz vor der Geburt ein aktuelles Bild zu machen und noch anstehende Fragen zu klären.

Abteilungsinterner Leitfaden für Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung

Grundlegendes Ziel bei der Erarbeitung abteilungsinterner Leitfaden ist es, ein mit den Bedürfnissen der Frau und den institutionellen Rahmenbedingungen kompatibles, auf Kontinuität ausgerichtetes Betreuungsangebot zu entwerfen. Es gilt hierbei, wissenschaftlich begründete und ökonomisch angemessene Vorgehensweisen zu entwickeln, die zu einem einheitlichen Angebot im Hebammenkreißsaal beitragen und so eine gleich bleibende Qualität sicherstellen.

Da die Betreuung des Hebammenkreißsaals sich nicht allein auf die Geburt beschränken soll, ist es wichtig, auch für die Schwangerschaft und das Wochenbett eine hebammengeleitete Betreuung anzubieten. Aufgabe einer Kleingruppe kann es daher sein, sich mit verschiedenen Modellen der Schwangerschaftsvorsorge zu beschäftigen und ein Konzept für ein im Hebammenkreißsaal angebotenes Vorsorgemodell zu erarbeiten (Schäfers 2003).

Die Kleingruppe erarbeitet Handlungsempfehlungen, wie die Schwangerschaftsvorsorge und Wochenbettbetreuung konkret umgesetzt werden sollen. Kontinuierliche Betreuung während der Schwangerschaft, des stationären Wochenbettes sowie nach der Entlassung dient nicht nur einer Verbesserung der Beziehung zur Frau und ihrer Familie, sondern auch der Reflektion der Geburt. Beide, die Frau und die Hebamme, können sich so über die Geburtserfahrung austauschen. Für die Wöchnerin ist dies zur Geburtsverarbeitung wichtig und die Hebamme kann so Rückschlüsse auf ihr eigenes Handeln ziehen und somit wichtige Erfahrungen sammeln.

Neue Arbeitskonzepte und Vernetzung mit freiberuflichen Hebammen und Arztpraxen

In Deutschland ist eine kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit vor allem durch die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors und die fragmentierenden Versorgungsstrukturen in der Klinik häufig nur beschränkt möglich (Sayn-Wittgenstein (Hrsg.) 2007). Hier gilt es in jeder Klinik individuelle Lösungen für schrittweise Verbesserungen zu schaffen. Die Vernetzung mit freiberuflichen Hebammen, die Frauen vor und nach der Geburt betreuen, eine Bandbreite an Angeboten in der Schwangerschaft, aber auch der rotierende Einsatz der Hebammen des Hebammenkreißsaals auf der Wochenbettstation oder Visiten der Hebammen im Wochenbett sowie eine anschließende Wochenbettbetreuung zu Hause durch die jeweilige Geburtshebamme auf freiberuflicher Basis, sind einige Möglichkeiten. Keine Frau sollte mit ihrem Kind das Krankenhaus verlassen ohne ein konkretes Angebot für eine häusliche Wochenbettbetreuung erhalten zu haben. Auch Modellprojekte der Integrierten Versorgung und die Zertifizierung zum „Babyfreundlichen Krankenhaus“ sind in Erwägung zu ziehen.

Ablaufplanung für die Betreuung während der Geburt

Nicht nur für den Ablauf und die Inhalte des Vorgesprächs sollte ein Leitfaden erstellt werden. Ebenso sollte der weitere Ablauf bei der Aufnahme im Hebammenkreißsaal und

während der einzelnen Phasen der Geburt durch einen Leitfaden, der die verbindlichen Grundsätze für die Betreuung enthält, festgeschrieben werden. Dieser Leitfaden darf dabei nicht als starres Korsett betrachtet werden, das von allen Hebammen genau zu befolgen ist. Das hieße lediglich alte durch neue Routinen zu ersetzen. Im Gegenteil, alte Routinen müssen kritisch hinterfragt werden und Möglichkeiten für einen individuellen Ablauf vorgehalten werden, damit Ziele, wie z. B. Mutter-Kind Bonding oder Stillförderung, erreicht werden können. Auch der individuelle Betreuungsstil der einzelnen Hebamme sollte immer sichtbar bleiben. Der Leitfaden dient dazu, sicher zu stellen, dass alle Hebammen des Teams nach verbindlichen, einheitlichen Kriterien arbeiten und in der Anwendung zusätzlicher Hebammenkreißsaal-Angebote geschult sind, auf die sich das Hebammenteam zuvor geeinigt hat. Dadurch ist gewährleistet, dass für die Gebärende ein Schichtwechsel zwar einen personellen Wechsel bedeutet, nicht aber eine grundsätzliche Veränderung der Betreuung. Waldenström (1998) stellte in einer am Birth Center in Stockholm durchgeführten Untersuchung zu kontinuierlicher Betreuung und Zufriedenheit fest, dass das Bedürfnis von Schwangeren nach personeller Kontinuität bei der Betreuung der Geburt durch ein, nach einem einheitlichen Konzept arbeitendem Team, erfüllt werden kann. Das bedeutet, dass das wohl unumgängliche „Übel“ des Schichtwechsels für die Gebärende wesentlich leichter zu bewältigen ist, wenn sie darauf vertrauen kann, dass auch die neue Hebamme sie nach den gleichen Grundsätzen betreuen wird wie ihre Vorgängerin.

Dieser Leitfaden für die Betreuung im Hebammenkreißsaal sollte von einer Kleingruppe erarbeitet werden, die in erster Linie aus Hebammen des zukünftigen Hebammenkreißsaals besteht. Da die Hebammen zukünftig nach diesen Kriterien arbeiten sollen, ist es unumgänglich, dass das Konzept von ihnen verinnerlicht wird und für sie lebbar ist.

Dokumentation

Es ist davon auszugehen, dass die bisher in der Klinik verwendeten Dokumentationsbögen modifiziert werden müssen, damit sie für die Arbeit im Hebammenkreißsaal geeignet sind. Das bedeutet, die Dokumentationsbögen müssen sowohl formaljuristische Gesichtspunkte erfüllen, als auch im Alltag gut zu gebrauchen sein. Eine weitere Aufgabe einer Kleingruppe kann es daher sein, Dokumentationsbögen zu entwerfen, die diesen Ansprüchen gerecht werden. Interessierte Einrichtungen können sich zum Erfahrungsaustausch an den Verbund Hebammenforschung wenden.

Weiterhin sollte die Geburt mit Hilfe eines Partogramms (WHO 1996, Schroth 1999, Knobloch 1999, zu beziehen unter www.diomed.de) dokumentiert werden. Dies hat sich als sehr anwendungsfreundlich bewährt, da es leicht zu führen ist und auf einen Blick Aufschluss gibt über den Verlauf der Geburt. Ein Dokumentationsbogen zur kinästhetischen geburtshilflichen Diagnostik wird gerade von der Hebammenlehrerin Kirstin Hähnlein entwickelt (kirstin.haehnlein@uniklinik-freiburg.de).

Allgemeine Aufgaben

- ▶ Gründung einer Projektgruppe als zentraler Steuerungsinstanz
- ▶ Festlegung von Zuständigkeiten
- ▶ Schriftliche Vereinbarungen bzgl. Raum und Zeit zu Beginn regeln

Gemeinsame Aufgaben

- ▶ Thematische Auseinandersetzung mit dem neuen Betreuungskonzept

Aufgaben der Projektleitung

- ▶ Projektkoordination, Zeitplanung, Ressourcenplanung, Teamentwicklung, Controlling, Evaluation
- ▶ Schaffung einer zuverlässigen Kommunikationsstruktur
 - Tagesordnungen und Protokolle von allen Sitzungen
 - Rundbriefe
 - guter Informationsfluss zu den Entscheidungsträger/innen
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit
 - Flyer/Plakate
 - Informationsveranstaltungen für Schwangere/Paare und für Fachpublikum
 - Pressemitteilungen
 - Vernetzungsarbeit mit dem ambulanten Sektor
- ▶ Rechtliche Aspekte klären

Aufgaben der Projektgruppe

- ▶ Entwicklung eines Arbeitsplanes mit festgelegten Zuständigkeiten
- ▶ Interne Diskussion über Hebammenarbeit und -geburtshilfe und Unterschiede zum medizinischen Geburtshilfekonzept in regelmäßigen Teamsitzungen/Supervisionen
- ▶ Entwicklung interner Leitlinien zur Betreuung im Hebammenkreißaal
- ▶ Organisation von
 - Teamsupervision für die Hebammen während der Einführung und Umsetzung des Konzeptes Hebammenkreißaal
 - Fort- und Weiterbildungen
- ▶ Berufen von Kleingruppen, je nach Notwendigkeit
- ▶ Fallbesprechung zur (Weiter-)Entwicklung des Ein- und Ausschlusskriterienkataloges
- ▶ Ausarbeiten der Zielvorstellungen; Bestimmen der Unterthemen z. B.:
- ▶ Betreuungskriterien des Hebammenkreißaal
- ▶ Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Befundeinstufung
- ▶ Weiterqualifikation der Hebammen
- ▶ Räumliche Organisation
- ▶ Betreuungskontinuität
- ▶ Zusammenführen der Ergebnisse

Aufgaben der Kleingruppen (Beispiele)

- ▶ Betreuungskriterien des Hebammenkreißaal
 - Ausarbeiten einzelner Betreuungskriterien wie z. B. Angebote zum Umgang mit Schmerz, partnerschaftlicher Betreuung, Selbstbestimmung fördern.
 - Strategien zur Umsetzung der Kriterien
 - Arbeitsplatzbeschreibung, Leitfäden der Betreuung
- ▶ Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Befundeinstufung
 - Ausarbeiten der Rubriken des Kriterienkatalogs: Anamnese, besondere Befunde, Geburtsrisiken, Anpassungsstörungen des Nbg., postpartale Pathologien der Frau.
 - Checklisten für den Ablauf bei Hinzuziehung des Arztes (Konsultation/Weiterleitung).
 - Kompetenzbereiche definieren
- ▶ Konzept für die räumliche Gestaltung und die Nutzung der Räume
- ▶ Betreuungskontinuität
 - Dienstplan, Arbeitsablauf und Stellenschlüssel
 - Leitfaden für den Ablauf des Vorgesprächs
 - Schwangerschaftsvorsorgemodell
 - Konzepte für die Betreuung in der Schwangerschaft und im Wochenbett
 - Leitfaden für die Aufnahme und die Geburt im Hebammenkreißaal
 - Dokumentationsbögen modifizieren und ggf. Partogramm einführen
 - Konzept zur Vernetzung mit freiberuflichen Hebammen, Arztpraxen und anderen Institutionen und Gruppen

Abb. 2: Überblick der Aufgabenbereiche

3.2.4 Projektkontrolle in der Planungsphase

Nachdem die Arbeitspakete geschnürt worden sind und die Aufgaben verteilt, ist es sinnvoll sogenannte Meilensteine festzulegen und mit einer Zeitplanung zu verknüpfen. Die Ausarbeitungen, Konzepte und Strategien der Projektgruppe und der Kleingruppen können in Form von Zwischenberichten ausgetauscht und zentral bei der Projektleitung gesammelt werden. Die Zwischenberichte werden in der Projektgruppe beraten und evtl. weiterentwickelt.

Sinn und Zweck der Projektkontrolle ist u. a. darauf zu achten, dass die Zeitplanung eingehalten und die Ressourcen optimal genutzt werden. Dabei ist auch auf eine Unter- oder Überforderung der Kleingruppen zu achten. Des Weiteren müssen sich neu entwickelnde Fragestellungen beantwortet werden: Welche Konzeptbausteine und Leitfadeneinhalte werden umgesetzt und welche Punkte müssen weiter überarbeitet werden? Welche Kosten treten auf, wenn eine neue Arbeitsstruktur mehr Personalstellen notwendig macht oder können andere vertragliche Lösungen gefunden werden? Etc.

Die Projektleitung führt ein Formular zur Zielkontrolle in der Planungsphase sowie weiterhin nach der Einführung des Hebammenkreißsaals zur Qualitätsentwicklung.

Zeitschiene	Geplante Ziele Erfolgsmerkmal	Zielerreichung Abweichung	Voraussichtliches Ziel

Abb. 3: Formular zur Zielkontrolle nach Baumfeld (ohne Datum)

3.3 Arbeitsaufnahme im Hebammenkreißsaal

Sind die Aufgaben der Projektplanungsphase erledigt und zusammengeführt worden, ist es an der Zeit, die Arbeit im Hebammenkreißsaal aufzunehmen und hebammengeleitete Geburten anzubieten. Sinnvoll ist es, einen Stichtag für die Eröffnung des Hebammenkreißsaals bereits einige Monate vorher festzulegen. Dieses Datum kann dann bereits bei Informationsveranstaltungen und auf dem Flyer bekannt gegeben werden, so dass zum Zeitpunkt der Eröffnung nicht erst mit der Anmeldung von interessierten Schwangeren begonnen wird, sondern bereits die ersten Frauen zur Geburt kommen können. Dies bedeutet auch, dass die Angebote des Hebammenkreißsaals, die sich auf die Schwangerschaft beziehen, bereits während der Projektplanungsphase verfügbar sein sollten. Dies betrifft die Hebammensprechstunde, das Angebot der Schwangerenvorsorge durch Hebammen des zukünftigen Hebammenkreißsaals und ein möglichst vielfältiges Kursangebot für Schwangere durch die Elternschule. Sobald also die Vorarbeiten soweit gediehen sind, dass diese Angebote durchgeführt werden können, sollte über einen Termin für die Eröffnung des Hebammenkreißsaals entschieden werden. Es bietet sich an, die Eröffnung der Abteilung in einem festlichen Rahmen zu gestalten und auch die freiberuflichen Hebammen und niedergelassenen Fachärzte einzuladen sowie die lokale Presse zu informieren.

Einige der während der Projektplanung begonnenen Aufgaben werden mit der Eröffnung der Abteilung nicht beendet sein, sondern müssen weiterhin begleitend beachtet oder weitergeführt werden. Dies betrifft die Bereiche:

- ▶ Interne Diskussion über die hebammengeleitete Geburtshilfe, die Unterschiede zum üblichen Geburtshilfekonzept, die Betreuungskontinuität etc.
- ▶ Teamsupervision der Hebammen zum Umgang mit Frauen / Paaren bei Weiterleitungen
- ▶ Verbindliche Fallbesprechungen zwischen Hebammen und dem ärztlichen und pflegerischen Team
- ▶ Fort- und Weiterbildungen
- ▶ Überprüfung und Modifizierung des Ein- und Ausschlusskriterienkataloges
- ▶ Interne Kommunikation: Rundbriefe, Informationsfluss zu den Entscheidungsträgern

- ▶ Öffentlichkeitsarbeit: Flyer, Plakate, Informationsveranstaltungen, fachlich ausgerichtete Informationsveranstaltungen für niedergelassene Hebammen und Ärzte, Pressemitteilungen
- ▶ Optimierung des Schnittstellenmanagements (vorgeburtlich – geburtlich – nachgeburtlich sowie stationär/ambulant)
- ▶ Entwicklung des interdisziplinären geburtshilflichen Teams

Evaluation des Hebammenkreißsaals

Die Qualität der Arbeit im Hebammenkreißsaal muss laufend weiterentwickelt werden. Zunächst muss sich die gesamte Abteilung neu einspielen und wahrscheinlich gibt es viele „Kinderkrankheiten“ zu behandeln. Deshalb ist es von Anfang an wichtig, den Hebammenkreißsaal zu evaluieren. Eine Möglichkeit besteht darin, zunächst ein Pilotprojekt zu starten und nach zirka sechs Monaten zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Gerade in den Fällen wo sich ein Team zu einschneidenden Änderungen z. B. in der Arbeitsstruktur (Teambetreuung, Rufbereitschaft, zusätzlicher Belegvertrag) entschlossen hat, sich jedoch noch nicht endgültig festlegen möchte, kann ein solches Pilotprojekt eine Möglichkeit darstellen. Mit Hilfe von Fragebögen können prospektiv die Erwartungen und retrospektiv die Erfahrungen von Frauen und ihren Partnern aufgenommen werden. Die Kritik und die Anregungen sollten in regelmäßigen Abständen im Team diskutiert werden und in die Modifizierung der Leitfäden einfließen. Die Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens kann in einer Kleingruppe erfolgen, die sich auch für die Auswertung und Weiterentwicklung verantwortlich fühlt.

Veränderung der Arbeitsorganisation

Möglicherweise wird durch die Einführung des Hebammenkreißsaals eine schrittweise Veränderung der Arbeitszeitmodelle und des Dienstplans erforderlich. Grundsätzlich ist sicher zu stellen, dass der Stellenplan und die Aufteilung der Dienste eine nahezu Eins-zu-Eins Betreuung ermöglichen. Es muss sicher gestellt sein, dass in jeder Schicht mindestens eine Hebamme arbeitet, die ausreichend qualifiziert und bereit ist, eine hebammengeleitete Geburt durchzuführen. Je mehr Hebammen für die Mitarbeit am Modell gewonnen werden können, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass hier ein organisatorisches Problem auftaucht.

Fachkonferenzen und Fallbesprechungen

Wenn der Hebammenkreißsaal seine Arbeit aufgenommen hat, sollten in regelmäßigen Abständen Fachkonferenzen stattfinden. Die Vorbereitung und Moderation dieser Sitzungen ist eine der Aufgaben, die die Projektgruppe nach dem Projektstart haben wird. Die Sitzungen dienen dazu, dass sich Hebammen, Ärzte, die Pflegenden und andere am Projekt Beteiligte, treffen und austauschen können. Dies ist im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit dem üblichen Kreißsaal, den Stationen, der Ambulanz und der Elternschule sowie den jeweiligen Schnittstellenproblematiken ein wichtiger Termin. In diesem Rahmen können Arbeitsabläufe und Betreuungsnotwendigkeiten besprochen und ggf. modifiziert werden.

Daneben werden in der Fachkonferenz exemplarisch Betreuungsverläufe von Frauen vorgestellt und diskutiert. Ziel dieser Fallbesprechungen ist es, den hauseigenen Ein- und Ausschlusskriterienkatalog auf seine Effektivität hin zu überprüfen und mit den Ergebnissen der Evaluation abzugleichen und ihn ggf. neu zu formulieren. Dies gilt ebenso für die Weiterentwicklung der Betreuungsleitfäden.

3.4 Abschließende Bemerkungen

Es ist allgemein bekannt, dass auch kleine Veränderungen innerhalb eines Systems durchaus große Auswirkungen haben können. Die Einrichtung eines Hebammenkreißaals, als ein zusätzliches Angebot an Frauen und ihre Partner und weitere Wahloption, die Geburt ihres Kindes gestalten zu können, stellt innerhalb der geburtshilflichen Abteilung eine große Herausforderung und Chance dar, bestehende Strukturen kritisch zu beleuchten, Altbewährtes zu erhalten und eingefahrene Routinen durch neue individuelle Angebote zu ersetzen. Dieses Handbuch ist aus dem Gedanken heraus entstanden, dass Innovationen Aufmerksamkeit, Struktur und Motivation brauchen, damit sie gelingen. Das Konzept Hebammenkreißaal wird erst durch die agierenden beteiligten Personen lebendig. Auf sie und ihre persönliche Bereitschaft zur Umsetzung kommt es an. Wir hoffen mit dem Handbuch ausreichend Anregungen gegeben zu haben das Konzept mit Leben zu erfüllen und etwaige Befürchtungen zu zerstreuen.

Die selbstständige und selbstverantwortete Arbeit mit Frauen im Hebammenkreißaal bedeutet eine Weiterentwicklung der Rolle der Hebammen in der Klinik und eröffnet neue Wege in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Sie begleiten, unterstützt von dem interdisziplinären Team der geburtshilflichen Abteilung, Frauen auf ihrem intensiven Weg in die Mutterschaft.

Wir wünschen allen Beteiligten dabei gutes Gelingen.

Literatur

- Baumfeld, L. (ohne Datum). Projektorientiertes Arbeiten in komplexen Situationen. Grundlagen des Projektmanagements und der Projektkultur, ÖAR-Regionalberatung GesmbH, www.oear.at/OEAR_Handbuch_Projektmanagement_oD_Baumfeld_2,2MB.pdf, vom 13.11.2006
- Bexfield, H. (1999). Organisationsentwicklung und Projektmanagement: Themenwechsel in Führungsseminaren tut Not. *Pflegezeitschrift*, 7: 501-504.
- Biró, M., Waldenström, U., Brown, S., Pannifex, J. (2003). Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 30 (March): 1-10.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P., Mayerhofer, K. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift*, Jun 30; 116: 379-384.
- Bryar, R. M. (1995). *Theory of midwifery practice*. Swansea: Macmillan.
- Bryar, R. M. (2003). *Theorie und Hebammenpraxis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003). Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“). In der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 24. März 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 126 vom 11. Juli 2003, in Kraft getreten am 12. Juli 2003.
- Campbell, R., MacFarlane, A., Hemsall, V., Hatchard, K. (1999). Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery* 15: 183-193.
- Cignacco, E., Büchi, S. (2004). „Hebammengeburt“ – ein neues Betreuungsmodell in der Schweiz. *Die Hebamme*, 17: 84-90.
- Cignacco, E., Büchi, S., Oggier, W. (2004). Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital. *Pflege*, 17: 253-261.
- Costas, P. (1994). Projektorganisation und -management im Krankenhaus. Ein neues, komplexes Vorhaben und die bestehende Organisation. *Pflegezeitschrift*, 4: Beilage Pflegeforschung.
- Department of Health (1993). *Changing childbirth. Part 1. Report of the Expert Maternity Group*. London: HMSO.
- Ellerbrock, B., von Rahden, O. (1999). Foedeklinikken in Dänemark – ein Modell für den Hebammenkreißsaal in Bremen? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11: 634-638.
- Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J. (1998) Groß M., Dudenhausen H.J. (Hrsg. deutsche Ausgabe) *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt*, Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Gritsch, E. (2005). Zufriedene Mütter, zufriedene Hebammen. *Österreichische Hebammenzeitung*, 3: 11-13.
- Hatem, M., Hodnett, E. D., Devane, D., Fraser, W. D., Sandall, J., Soltani, H. (2004). Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2005). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Brodie, P. M., Sheehan, A., Barclay, L. M., Wills, J., Chapman, MG (2001) *Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard care*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001;108(1): 16-22.
- Horschitz H. (1996). Krankenhaus haftet bei unzulänglicher Organisation. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 12: 570-572.

- Horschitz, H., Kurtenbach, H. (1985). Hebammengesetz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juli 1985. Richtlinien der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft / Richtlinie des Rates vom 21. Januar 1980 Artikel 4. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Hughes, D., Deery, R. (2002). Where's the midwifery in midwifery-led care? What makes midwife-led care different? How do you know if you are doing it? *Practising Midwife* 5 (7): 18-19.
- Hundley, V., Cruickshank, F. M., Lang, G. D., Glazener, C. M. A., Milne, J. M., Turner, M., Blyth, D., Mollison, J., Donaldson, C. (1994). Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ*, 309: 1400-1404.
- Hundley, V., Milne, J., Glazener, C., Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *Br J Obstet Gynaec*, 104: 1273-1280.
- Hundley, V., Ryan, M., Graham, W. (2001). Assessing Women's Preferences for Intrapartum Care. *Birth*, 28(4): 254-263.
- Knobloch, R. (1999). Anleitung zum Ausfüllen des Partogramms. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 12: 698-700.
- Lavender, T., Walkinshaw, S., Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15 (1): 40-46.
- Lechler, T. (1997). Erfolgsfaktoren des Projektmanagements. Dissertation. Universität Karlsruhe. In: Gaul W., Gemünden G. (Hrsg.). Entscheidungsunterstützung für ökonomische Probleme, Band 15. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Luyben, A. (2001). Geburtshilfe im 21. Jahrhundert: Erwartungen und Perspektiven. *Die Hebamme*, 2: 71-77.
- MacVicar, J., Dobbie, G., Owen-Johnstone, L., Jagger, C., Hopkins, M. (1993). Simulated home delivery in hospital: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaec*, 100: 316-323.
- Maternity Services Advisory Committee (1984). *Maternity Care in Action. Part I: Care during Childbirth (Intrapartum care)*. London.
- Maternity Services Advisory Committee (1985). *Maternity Care in Action. Part II: Care of Mother and Baby (Postnatal care)*. London.
- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C., Wolfe, C. (1998). Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care*; 7: 77-82.
- Oakley, D., Murray, M., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H., Mayes, F., Rooks, J. (1996). Comparisons of Outcomes of Maternity Care by Obstetricians and Certified Nurse-Midwives. *Obstetrics & Gynaecology*, 88: 823-829.
- Peplau, H. E. (1995). *Interpersonale Beziehung in der Pflege*. Basel, Eberswalde: Recom.
- Proctor, S. (1998). What determines quality in maternity care? Comparing the perception of childbearing women and midwives. *Birth*, 25 (2): 85-93.
- QUAG, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2003). *Qualitätsbericht 2002. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Zwickau: Verlag wissenschaftliche Scripten.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung. Counselling and Psychotherapy*. 2. Aufl. München: Kindler.
- Rosenthal T., Wagner E. (2004). *Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen – Methoden – Fallstudien*. Heidelberg: Economica.
- Royal College of Nursing (1993). *Standards of Care for Midwifery*. London: RCN Standards of Care Project.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kehrbach, A., Kirchner, S. (2005). *Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal. Unveröffentlichter Abschlussbericht des BMBF Verbundprojekt Frauen- und Familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess Teilprojekt 1*. Stiftung Fachhochschule Osnabrück.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Schäfers, R. (2003). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Krankenhaus. *Hebammenforum* 3: 158-160.
- Schneider, KTM, Pildner von Steinburg, F., Fischer, T. (2005). Ist die hohe Kaiserschnitttrate vertretbar? *Deutsche Hebammen Zeitschrift*; 5: 50-54.
- Schroth, U. (1999). Neues Partogramm. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 12: 697-698.
- Schücking, B., Schwarz, C. (2001). Die Entwicklung der "normalen" Geburt 1984 – 1999. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (Hrsg.). NPExtra 1999 Version 1.0 Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatalerhebung. Hannover.
- Sinclair, M., Gillen, P., Gardner, J. Boreland, Z., Hood, R. (2002). Key issues in delivering midwife-led care: data from telephone interviews across the UK. *RCM Midwives Journal*, 5 (12): 426-428. Abrufbar unter http://www.midwives.co.uk/default.asp?chid=439&editorial_id=9757.
- Stewart, M., McCandish, R., Henderson, J., Brocklehurst, P. (2004). Report of a structured review of birth centre outcomes. Faculty of Health and Social Care, University of the West of England, Bristol. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford.
- Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W., McGinley, M. (1996). Randomized, controlled trial of efficiency of midwife-managed care. *The Lancet*, 348: 213-218.
- Waldenström, U., Nilsson, C. A. (1993). Women's satisfaction with Birth Center Care: A randomized, controlled trial. *Birth*, 20: 3-13.
- Waldenström, U., Nilsson, C. A. (1997). A randomized controlled study of Birth Center Care versus standard maternity care: Effects on women's health. *Birth*, 24: 17-26.
- Waldenström, U., Nilsson, CA; Winbladh, B. (1997). The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; April 1997, Vol. 104: 410-418.
- Waldenström, U., Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaec* 105: 1160-1170.
- Waldenström, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*: 207-213.
- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D., Brennecke, S. (2000). Does Team Midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum. And Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial. *Birth* 27; 3: 156-167.
- Walker, M., Hall, S., Thomas, M. (1995). The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery* 11 (3): 120-129.
- Walsh, D., Downe, S. M. (2004). Outcomes of Free-Standing, Midwife-Led Birth Centers: A Structured Review. *Birth*, 3 (31): 222-229.
- World Health Organisation (1996). Care in Normal Birth: A practical Guide. Report of a technical Working group. Geneva: WHO.
- Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2004). NPExtra 2001/2002, Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung. Hannover.

Weiterführende Literatur

- Burkhard, M. (2001). Einführung in Projektmanagement. Wiley-VCH.
- Christiansen, G. (2001). Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln.
- Cignacco, E., Büchi, S. (2003). Hebammengeburt. Ein Evaluationsbericht. *Schweizer Hebamme*, 5: 4-8.
- De Marco, T. (2001). Spielräume. Projektmanagement jenseits von Burnout, Strss und Effizienzwahn. München: Hanser.

- Harvey, S., Jarrell, J., Brant, R., Stainton, C., Rach, D. (1996): A randomised, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth*, 23: 128-135.
- Klenk, M. (2005). Der Hebammenkreißaal – Wege zur Praxis. *Hebammenforum*, 5: 337-339.
- Krause, R. (Hrsg.) (1995). Gesundheitsförderung: Von der Projektplanung bis zur Evaluation. Oberhaching: Gesundheits-Dialog Verlag GmbH.
- Law, Y., Lam, K.Y. (1999) A randomized controlled trial comparing midwife-managed care and obstetrician-managed care for women assessed to be at low-risk in the initial intrapartum period. *Journal of Obstetrician and Gynaecology Research* 25: 107-112.
- Olbrich, C. (1999). Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Rahden, O. von (2005). Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. *Hebammenforum*, 5: 333-336.
- Rowley, M. J., Hensley, M. J., Brinsmead, M. W., Wlodarczyk (1995). Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomized trial. *The Medical Journal of Australia*, 163: 289-293.
- Royal College of Midwives (2005). Campaign for Normal Birth. www.rcmnormalbirth.org.uk.
- Royal College of Midwives (January 2005). Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labour. Midwifery Practice Guideline. Abrufbar unter <http://www.rcm.org.uk/professional/pages/practice.php?id=1>
- Salis, B. (2005). „So richtig Hebamme sein“. *Hebammenforum*, 5: 326-332.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kehrbach, A. (2004). Der „Hebammenkreißaal“: Ein neues Betreuungskonzept für eine frauen- und familienfreundliche Geburtshilfe. *Die Schwester/ Der Pfleger*, 12: 932-934.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kolip, P., Schücking, B., Bauer, N., Ellerbrock, B., Kehrbach, A., Rahden, O. von, Siebe, A. (2005). Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Pflege & Gesellschaft*, 1: 3-16.
- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M., Smith, L.N. (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14: 85-92.

Glossar

Cochrane Collaboration: Internationales, nicht kommerzielles Netzwerk von Wissenschaftlern, Kliniken und Patientengruppen mit dem Ziel, zur Verbreitung der Evidenz basierten Medizin beizutragen. Hierzu wird in systematischen Übersichtsarbeiten (systematic reviews) die wissenschaftliche Evidenz der Wirkungen von Therapien und anderen Interventionen zusammengefasst, regelmäßig aktualisiert und veröffentlicht. www.cochrane.de

Effizienz: Beschreibung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme

Empirisch / Empirie: Aus Erfahrungswissen wird eine (wissenschaftliche) Erkenntnis gewonnen

Evaluation: Bewertung oder Beurteilung

Evidenz: Der Begriff (evidence = Nachweis, Beweis) wird im englischen Sprachgebrauch für Informationen aus wissenschaftlichen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen, herangezogen. Evidenzen sind Studienergebnisse, so dass die Qualität der Evidenz von der methodischen Qualität der Studie abhängig ist (Kunz et al. 2000).

Evidenzbasiert: Betreuungsperson und Fachperson erarbeiten gemeinsam, auf Grundlage von wissenschaftlichen Evidenzen, Erfahrungen und Präferenzen, eine Entscheidung bezüglich einer Betreuungsmaßnahme

Interventionsstudie: Studiendesign, eine Gruppe von Individuen erhält eine Intervention, Behandlung oder Maßnahme (Interventionsgruppe). Zum Vergleich existiert eine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe.

Integrierte Versorgung: Angebote der Integrierten Versorgung zielen auf eine patientenorientierte interdisziplinäre Versorgung quer durch die einzelnen (üblicherweise strikt getrennten) Sektoren des Gesundheitssystems (ambulant, stationär, Vorsorge, Rehabilitation) durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer (z.B. niedergelassene Haus- und Fachärzte, Hebammen, Krankenhäuser). Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Regelungen vereinfacht und finanzielle Anreize geschaffen (§§140 a-d SGB V).

Ist-Analyse: Auswertung einer Ist-Situation mit dem Ziel eine Soll-Situation (Optimum) zu erhalten

Kategorisierung: Einordnung von bestimmten Grundaussagen

Leitlinien: Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitssituationen (hier Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett). Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten einer Arbeitsgruppe zu bestimmten Vorgehensweisen dar. Des Weiteren sind Leitlinien wissenschaftlich begründete und praxisrelevante Handlungsempfehlungen und stellen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss, dar. Sie werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

Midwife-led-unit/Midwife-development-unit: Hebammengeleitete Abteilungen, in denen Frauen mit unauffälliger geburtshilflicher Anamnese und physiologisch verlaufenden Schwangerschaften ihre Kinder gebären können. Die Leitung dieser Abteilung unterliegt den Hebammen. Diese Abteilungen können freistehend (Birth Center) oder an einem Krankenhaus angegliedert sein (Midwife led unit/Midwife development unit). Die Planung und Betreuung von Schwangerschaft und Geburt, obliegt der Hebamme als alleinige Fachperson.

Morbidität: Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum

Mortalität: Sterberate einer Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppe

Outcome: Ergebnis einer medizinischen Behandlung oder einer spezifischen Versorgungsstruktur

Oxford Database on Perinatal Trials: Eine Datenbank, deren Schwerpunkt die Sammlung von Forschungsergebnissen ist und Ergebnisse zur Sicherheit und Effektivität von Interventionen während der perinatalen Betreuung vorhält. (Die Studien sind einzusehen über die Cochrane-Collaboration, www.cochrane.de)

Prospektive Studie: Studie, bei der die Datenerhebung im Verlauf der Studie erfolgt, im Gegensatz zu einer retrospektiven Studie, bei der bereits vorhandene Daten untersucht werden

Randomisierung: Zufällige Zuordnung der Teilnehmer zur Interventions- oder Kontrollgruppe; in der Regel werden dazu per Computer generierte Zufallszahlen verwendet

Retrospektiv: Rückblickende Betrachtung

Statistische Signifikanz: Ist ein Anzeichen für die Verlässlichkeit der Ergebnisse. Sie besagt, in welchem Maß die Ergebnisse auf Zufall anstatt auf der Intervention beruhen können

Validität: Gütekriterium eines Messinstruments; Gültigkeit; das Maß, in dem ein Messinstrument das misst, was es messen soll

Fragebogen zur IST-Analyse der Klinik zur Planung des Versorgungskonzeptes „Hebammenkreißsaal“

.....
Name des Krankenhauses

.....
Adresse

.....
Verwaltungsleitung

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Ärztliche Leitung

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitung der Geburtshilflichen Abteilung

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Pflegedienstleitung

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitende Hebamme

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitung der Mutter-Kind Station

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitung der präpartalen Station

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitung der Elternschule

.....
Tel.

.....
E-Mail

.....
Leitung der Schwangerenambulanz

.....
Tel.

.....
E-Mail

A Angaben zur geburtshilflichen Abteilung

1 Wie hoch ist die Anzahl der jährlichen Geburten in Ihrem Krankenhaus?

_____ Geburten pro Jahr

davon

spontan	Anzahl: _____	% _____
vaginal-operativ	Anzahl: _____	% _____
Sectio	Anzahl: _____	% _____

2 Wie viele Hebammenplanstellen stehen Ihrem Hebammenteam zur Verfügung?

Anzahl Planstellen	_____
Davon besetzte Stellen	_____
Anzahl unbefristeter Stellen	_____
Anzahl befristeter Stellen	_____
Stellen in Vollzeit	_____
Stellen in Teilzeit	_____
Anteil freiberuflich nebenbeschäftigter Hebammen	_____
Anzahl der Beleghebammen	_____

3 Aufteilung der Hebammenstellen (*bitte Anzahl eintragen*)

Kreißsaal	_____
Präpartale Station	_____
Schwangerenambulanz	_____
Wochenstation	_____
Kinderzimmer	_____
Elternschule	_____
Rotationssystem	_____

B Räume – Ausstattung – Logistik

1 Bettenkapazität

Kreißsaal	_____
Präpartale Station	_____
Wochenbettstation	_____
Kinderzimmer	_____

2 Räumliche Aufteilung im Kreißsaal

Anzahl Kreißsäle _____
Kreißsäle mit eigener Toilette _____
Kreißsäle mit Badewanne
bzw. Badewanne direkt erreichbar _____
Anzahl Wehenräume _____
Anzahl Ruheräume/Familienzimmer _____

3 Sind breite Geburtsbetten vorhanden?

ja nein in Planung

4 Ist eine Gebärwanne vorhanden?

ja nein in Planung

5 Sind Hilfsmittel für eine vertikale Geburt vorhanden
(Gebärhocker, Seil, Matten, Romarad® etc.)?

ja nein in Planung

6 Ist es üblich, dass Frauen während der Geburt das Zimmer wechseln müssen
(Wehenzimmer – Kreißsaal)?

ja nein manchmal

7 Sind die einzelnen Räume logistisch gut miteinander verbunden?

ja nein überwiegend

8 Sind in den Kreißsälen eigene Reanimationseinheiten vorhanden?

ja nein überwiegend

9 Sind Möglichkeiten vorhanden eine wohnliche Atmosphäre in den Kreißsälen zu schaffen
(Lichtdimmer, Schränke für nicht benötigte Technik etc.)?

ja nein geplant

10 Besteht die Möglichkeit, dass Väter oder andere Begleitpersonen im Krankenhaus
übernachten?

ja nein in Planung

11 Haben Sie im Haus eine „Integrative Wochenbettstation“?

ja nein in Planung

- 12 Gibt es eine Trennung von Säuglingszimmer und Wöchnerinnenstation?
 ja nein kein Säuglingszimmer vorhanden
- 13 Wird das 24-Stunden Rooming-in gefördert?
 ja nein in Planung
- 14 Ist Ihre Klinik als „Babyfreundliches Krankenhaus“ (ehemals „Stillfreundliches Krankenhaus“) (UNICEF) zertifiziert?
 ja nein in Planung

C Qualitätsmanagement

- 1 Ist an Ihrem Krankenhaus ein Qualitätsmanagementsystem implementiert?
 ja nein im Erarbeitungsprozess

Wenn **nein**, weiter mit Frage C 2

Wenn **ja** oder in Erarbeitung:

Bitte nennen Sie das Qualitätsmanagementsystem:

Wenn **ja** oder in Erarbeitung:

Ist Ihr Haus zertifiziert oder wird eine Zertifizierung angestrebt?

- 2 Gibt es ein schriftlich fixiertes Leitbild der geburtshilflichen Abteilung in Ihrer Einrichtung?
 ja nein in Planung
- 3 Gibt es in Ihrer Einrichtung schriftlich fixierte Leitfäden für das Handeln des geburtshilflichen Teams?
 ja nein in Planung

Wenn **nein**, weiter mit Frage C 4

Wenn **ja** oder in Planung:

Wer wird oder hat diese Leitfäden bzw. Vorgehensweisen erarbeitet?

Zeichnen die Hebammen und Ärzte die Kenntnisnahme der Leitfäden ab?

- ja nein

Werden die Leitfäden regelmäßig überprüft und modifiziert?

- ja nein

- 4 Haben schwangere Frauen und Mütter nach dem Aufenthalt in Ihrer geburtshilflichen Abteilung die Möglichkeit ein Feedback zu geben (z.B. in Form von Patientenfragebögen)?

- ja nein in Planung

Im Folgenden geht es um Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung für die Hebammen Ihres Teams.

- 5 Werden spezifische Fortbildungsangebote für Hebammen in Ihrer Klinik angeboten?

- ja nein

Wenn **nein**, weiter mit Frage C 6

Diese hebammenspezifischen Fortbildungsangebote werden durch die Hebammen gut besucht.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

- 6 Werden interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen in Ihrem Haus angeboten?

- ja nein

- 7 Haben die Hebammen die Gelegenheit, in der Einrichtung Fachliteratur und Fachzeitschriften einzusehen?

- ja nein

Wenn **nein**, weiter mit Frage C 8

Wenn **ja**: Welche Fachzeitschriften stehen zur Verfügung?

- 8 Stehen den Hebammen im Krankenhaus Räumlichkeiten mit Internetzugang oder Zugang zu verschiedenen medizinischen Datenbanken zur Literaturrecherche zur Verfügung?

- ja nein

Wenn **ja**: Nutzen die Hebammen diese Möglichkeiten?

- ja nein selten weiß nicht

D Angebote der Klinik für Frauen und Paare

Im folgenden Abschnitt ermitteln Sie anhand von vier Fragen, wie kontinuierlich der Kontakt Ihrer Hebammen zu den Frauen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist.

- 1 Werden die Frauen im Vorfeld der Geburt um eine verbindliche Anmeldung in Ihrer Klinik gebeten?

ja nein in Planung

- 2 Die Frauen oder Paare kennen ihre Geburtshebamme schon vor der Aufnahme (z. B. durch Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerenvorsorge o.ä.).

trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

- 3 Welche weiteren Tätigkeiten werden von den Hebammen Ihres Teams durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)

	angestellt	nebenberuflich	freiberuflich	als Beleghebamme
a) Elternschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Geburtsvorbereitungskurse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Schwangerenvorsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Beschwerden in der Schwangerschaft (z.B. Hebammensprechstunde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Begleitung zur Geburt ins Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Beleggeburten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Hausgeburten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Stat. Wochenbettbetreuung/ -visite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Ambulante Wochenbettbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Rückbildungsgymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Stillgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Mutter-Kind-Gruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Sonstiges (bitte nennen):				

- 4 Die Mütter werden im Wochenbett – sowohl in der Klinik, als auch zu Hause – weiter von einer ihr bekannten Hebamme betreut.
- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
- trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

E Arbeitsorganisation im Kreißsaal

- 1 Übernehmen Hebammen derzeit Aufgaben, die Ihrer Meinung nach nicht zu den fachspezifischen Hebammentätigkeiten gehören?

ja nein

Wenn **ja**, welche?

- 2 Sind Hebammen, die dem Kreißsaal-Stellenplan zugerechnet sind, auch in anderen Bereichen (z. B. Wochenbett-Station oder Schwangerenberatung) tätig?

ja nein

- 3 Wird im Kreißsaal Hilfspersonal eingesetzt, das die Hebammen entlastet, damit diese ihren fachspezifischen Aufgaben nachgehen können?

ja nein in Planung

- 4 Der derzeitige Stellenschlüssel gewährleistet weitestgehend eine Eins-zu-Eins-Betreuung (keine Parallelbetreuung) der gebärenden Frauen.

trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu

trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

- 5 Wie viele Hebammen sind pro Dienst anwesend?

Frühdienst: _____ Hebammen

Zwischendienst: _____ Hebammen

Spätdienst: _____ Hebammen

Nachtdienst: _____ Hebammen

- 6 Werden in Ihrer Abteilung Hebammenschülerinnen ausgebildet?

ja nein

F Hebammenfertigkeiten

Die folgenden Fragen behandeln das Berufsverständnis der Hebammen.

- 1 Wie werden die betreuten Frauen und Paare über geburtshilfliche Versorgungsangebote Ihrer Einrichtung informiert?

	ja	nein	in Planung
a) Persönliches Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Infomaterialien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Kursangebot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Infoabende / Kreißsaalführungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Sprechstunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Sonstiges (bitte nennen):			

- 2 Wer führt Infoabende und/oder Kreißsaalführungen durch?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Hebamme
- Arzt
- Hebamme & Arzt
- Hebamme, Arzt & Anästhesist
- Hebamme, Arzt & Krankenschwester der Mutter-Kind-Station
- Dieses Angebot existiert in unserem Haus nicht.

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.

- 3 Informierte Entscheidungen der Frau werden von allen Hebammen durch eine kontinuierliche Informationsweitergabe an die Frau gefördert.

- trifft voll und ganz zu
- trifft größtenteils zu
- trifft nur zum Teil zu
- trifft nicht zu

- 4 Die Übergaben zwischen den Hebammen bei Schichtwechsel finden unter Einbeziehung der Frau statt.

- ja
- nein
- in Planung

5 Bei einem physiologischen Geburtsverlauf fördern die Hebammen die Möglichkeit der Frau ihre Geburtsposition frei zu wählen.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

6 Bei einem physiologischen Geburtsverlauf hat die Frau jederzeit die Möglichkeit, ihr Kind im Wasser zu gebären.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

7 Alle Hebammen Ihrer Einrichtung gewährleisten eine größtmögliche Mobilität der Frauen unter der Geburt.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

8 Nennen Sie bitte alle Maßnahmen, die bei einer physiologisch verlaufenden Geburt routinemäßig durchgeführt werden (z.B. Venenzugang, Aufnahme-Ultraschall, Aufnahmeuntersuchung durch Arzt,...)

9 Bekommen Mütter ihr Baby unmittelbar nach der Geburt in die Arme?

- ja nein meistens nach der U1

10 Werden Mutter und Kind nach der Geburt während der ersten Lebensstunde getrennt?

- ja nein

11 Wird den Müttern innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt Hilfe zum ersten Anlegen des Kindes angeboten?

- ja nein bei Bedarf

Die Fragen und Einschätzungen dieses Abschnittes behandeln die Kompetenzen und Fertigkeiten der Hebammen, die in einem Hebammenkreißaal durch die eigenständige Betreuung besondere Bedeutung erlangen.

12 Wie viele Hebammen Ihres geburtshilflichen Teams haben weniger als zwei Jahre Berufserfahrung? (bitte nennen)

_____ Hebammen

13 Die Hebammen führen die Aufnahmeuntersuchung zur Geburt eigenständig durch.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

14 Im Hebammenteam sind folgende Fortbildungen durchgeführt worden:

	ja	nein	in Planung
a) Dokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Schwangerenvorsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Kommunikation und Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) CTG-Beurteilung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Nahtversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Wassergeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Gebärpositionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Sonstiges (bitte nennen):			

15 Die Hebammen entscheiden eigenverantwortlich, ob eine Episiotomie erforderlich ist.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

16 Episiotomien werden von den Hebammen bei Bedarf selbst angelegt.

- trifft voll und ganz zu trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu trifft nicht zu

17 Alle Hebammen sind in der Lage, Dammrisse 1. und 2. Grades sowie Episiotomien selbstständig zu nähen.

- trifft voll und ganz zu
 trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu
 trifft nicht zu

18 Die Hebammen haben ausreichend Erfahrung in der selbständigen Durchführung der Beurteilung des Vitalitätszustandes des Neugeborenen nach dem Apgar-Schema.

- trifft voll und ganz zu
 trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu
 trifft nicht zu

19 Die Hebammen haben ausreichend Erfahrung in der selbständigen Durchführung und Bewertung der U1.

- trifft voll und ganz zu
 trifft größtenteils zu
 trifft nur zum Teil zu
 trifft nicht zu

G Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit (innerklinisch, stationär - ambulant)

1 Gibt es klare Absprachen zwischen den Berufsgruppen bezüglich der Verantwortlichkeiten im Kreißsaal?

- ja
 nein
 in Planung

Wenn **nein**, weiter mit Frage G 2

Wenn **ja**, nennen Sie bitte Beispiele für Absprachen:

Die Absprachen sind schriftlich fixiert mündlich vereinbart

2 Es werden regelmäßig gemeinsame interdisziplinäre Teamsitzungen bzw. Fallbesprechungen zwischen Fachärzten und Hebammen durchgeführt.

- ja
 nein
 in Planung

3 Gibt es Supervisionen für das geburtshilfliche Team?

- ja
 nein
 in Planung

4 Wird in Ihrem Haus ein Entlassungsmanagement (Entlassung der Wöchnerin nach Hause) durchgeführt?

	ja	nein	in Planung
a Entlassungsgespräch Hebamme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Entlassungsgespräch Pflegeperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Entlassungsgespräch Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Entlassungsuntersuchung Hebamme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Entlassungsuntersuchung Pflegeperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Entlassungsuntersuchung Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Vermittlung der ambulanten Wochenbettbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Überleitungsbogen/Entlassungsbrief für betreuende Hebamme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Gezielte Unterstützung für Frauen mit Sprachbarrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kriterienkatalog

zur Einstufung von Schwangeren und Gebärenden für die Betreuung im Hebammenkreißsaal, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Die folgenden Kriterien wurden gemeinsam von Prof. Dr. Friedmann (Chefarzt der Frauenklinik, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide), dem geburtshilflichen Team und dem Verbundprojekt Hebammenforschung (Fachhochschule Osnabrück) interdisziplinär erarbeitet.

Die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme lauten wie folgt:

- Vollendete 37. bis 42. Schwangerschaftswoche
- Einling
- Schädellage
- Normal großes Kind
- Unauffällige/normfrequente fetale Herztöne (auskultatorisch oder CTG)
- Normaler Plazentasitz
- Guter Gesundheitszustand/Allgemeinzustand der Frau

Die Ausschlusskriterien sind in den Katalogen A - E aufgelistet.

Diese Kriterien dienen der Überprüfung und Einschätzung zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Schwangerschaft und unter der Geburt, ob die Schwangere bzw. Gebärende den „low-risk“-Kriterien entspricht und somit im Hebammenkreißsaal betreut werden kann.

Die Kataloge A - E umfassen folgende Bereiche:

- ▶ **Katalog A:** Anamnese und allgemeine Befunde
- ▶ **Katalog B:** Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
- ▶ **Katalog C:** Geburtsrisiken
- ▶ **Katalog D:** Postpartale Krankheiten/Störungen Neugeborenes
- ▶ **Katalog E:** Postpartale Störungen Frau

Die **Konsultation** dient der betreuenden Hebamme als Grundlage zur Beratung und Absicherung. Die Konsultation erfolgt mit dem jeweils diensthabenden Arzt. Die Indikationen, der Ablauf und die Dokumentation der Konsultation sind durch eine schriftliche Vereinbarung geregelt.

Sollten im Hebammenkreißsaal während der Betreuung der Gebärenden oder in den zwei Stunden nach der Geburt bei Mutter und Neugeborenem geburtshilfliche bzw. medizinische Risiken auftreten, ist eine **Weiterleitung** in den ärztlich geleiteten Kreißsaal angezeigt.

Da sich der Hebammenkreißsaal und der ärztlich geleitete Kreißsaal in denselben Räumlichkeiten der geburtshilflichen Abteilung befinden, zieht die Hebamme die Ärztin/den Arzt bei Bedarf lediglich hinzu. Die Gebärende kann im Raum verbleiben und wird weiterhin von der Hebamme betreut.

Quellen

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger des Freistaates Bayern vom 19.5.1988.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger des Landes Bremen vom 30.01.1990.

Bund Deutscher Hebammen e.V. (Hrsg.) (2001). Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe. Karlsruhe.

Bund Deutscher Hebammen e.V.; Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V.; Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2002). Hebammengeleitete Geburtshilfe. Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes. 2. Auflage. Karlsruhe.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003). Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“). In der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 24. März 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 126 vom 11. Juli 2003, in Kraft getreten am 12. Juli 2003.

Enkin, Murray W. et al. (Hrsg.) (1998). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2002). Qualitätsbericht 2001. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2003). Qualitätsbericht 2002. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Art. 19 (2124-14) des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen vom 27.04.2002 (BGBl. I S. 1467, 1474) und durch Art. 7 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 21.07.2003 (BGBl. I S. 1442, 1450).

Husslein et al. (2003). Ein- und Ausschlusskriterien des Hebammengeburtshilfeprojektes, Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, Universitätsklinik Wien.

World Health Organization (1996). Care in Normal Birth: a Practical Guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, WHO, Geneva.

Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2004). NPExtra 2001/2002, Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung. Hannover.

A: Anamnese und allgemeine Befunde

Nr.	Befund	Gespräch 1 am _____		Gespräch 2 am _____		Weiteres Vorgehen
		ja	nein	ja	nein	
1.	Familiäre Belastung Gehäuftes Auftreten von Thrombose- erkrankungen/Gerinnungsstörungen in der Familie					Konsultation, Einzelfallentscheidung
2.	a. Frühere eigene schwere Erkrankungen (Z.B. Epilepsie, Hirntumor)					Konsultation, Einzelfallentscheidung
	b. Bestehende Krankheiten					Konsultation
3.	Blutungs-/Thromboseneigung					Ärztlich geleiteter KRS
4.	Allergien					a. Hebammenkreißsaal
	a. Allergien					b. Ärztlich geleiteter KRS
	b. Ungeklärte/r allergische/r Schock/s in der Anamnese					
6.	Besondere psychische Belastungen (familiär, beruflich)					Einzelfallentscheidung Hebamme
7.	Besondere soziale Belastungen (Integrations- probleme, wirtschaftliche Probleme)					Einzelfallentscheidung Hebamme
8.	RH-Inkompatibilität (bei vorangegangener Schwangerschaft)					Ärztlich geleiteter KRS
9.	Diabetes mellitus					Ärztlich geleiteter KRS
10.	Adipositas (> BMI 40)					Ärztlich geleiteter KRS
11.	Kleinwuchs unter 1,50 m					Ärztlich geleiteter KRS
12.	Skelettanomalien					Konsultation, Einzelfallentscheidung
13.	Schwangere unter 16 Jahren					Ärztlich geleiteter KRS
18.	Zustand nach Mangelgeburt					Konsultation, Sonographie
20.	Totes oder geschädigtes Kind in der Anamnese					Konsultation, Einzelfallentscheidung
21.	Komplikation/en bei vorangegangener/en Geburt/en – Schulterdystokie – Vorz. Plazentalösung – Zust. nach kindlichen Geburtsschäden					Ärztlich geleiteter KRS
22.	Komplikation/en p.p. bei vorausgegangener/en Geburt/en – Atonie					Ärztlich geleiteter KRS
23.	Zustand nach Sectio					a. Heb.KRS
	a. Zust. n. Sectio (kein Längs- oder T-Schnitt!), danach Spontangeburt ohne Komplikationen					b. Ärztlich geleiteter KRS
	b. Zust. n. Sectio bei vorausgegangener Geburt, bei uterinem Längs- oder T-Schnitt					
24.	Zustand nach anderen Uterusoperationen					Konsultation, Einzelfallentscheidung
26.	Andere Besonderheiten – Zust. nach HELLP – Zust. nach Eklampsie – Hypertonie					Konsultation, Einzelfallentscheidung

B: Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

Nr.	Befund	Gespräch 1 am _____		Gespräch 2 am _____		Weiteres Vorgehen
		ja	nein	ja	nein	
27.	Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung					Konsultation, Einzelfallentscheidung
28.	Dauermedikation					Konsultation, Einzelfallentscheidung
29.	Abusus a. Drogen und/oder Alkohol b. Mehr als 20 Zig./tgl.					a. Ärztlich geleiteter KRS b. Konsultation, Sonographie
30.	Besondere psychische Belastung					Einzelfallentscheidung Hebamme
31.	Besondere soziale Belastung					Einzelfallentscheidung Hebamme
32.	Blutungen vor der 28. SSW					Konsultation Ärztlich geleiteter KRS: Plaz. Ursache
33.	Blutungen nach der 28. SSW					Konsultation Ärztlich geleiteter KRS: Plaz. Ursache
34.	Plazenta praevia					Ärztlich geleiteter KRS
35.	Mehrlingsschwangerschaft					Ärztlich geleiteter KRS
36.	Hydramnion					Ärztlich geleiteter KRS
37.	Oligohydramnion					Ärztlich geleiteter KRS
38.	Terminunklarheit					Ärztlich geleiteter KRS bei ET+14 (sicher)
39.	Plazentainsuffizienz					Konsultation, Sonographie
42.	Anämie					Ärztlich geleiteter KRS: mittelgr. Anämie (< 10 g/dl) zur Geburt
44.	Indirekter Coombstest positiv					Ärztlich geleiteter KRS
45.	Risiko aus anderen serologischen Befunden a. HIV b. TPHA pos. c. Akute Hepatitis B d. HbsAG pos.					a. Ärztlich geleiteter KRS b. Ärztlich geleiteter KRS c. Ärztlich geleiteter KRS d. Heb.KRS
46.	Hypertonie (ab 140/90)					Ärztlich geleiteter KRS
47.	Eiweißausscheidung 1‰ (1000 mg/l)					Ärztlich geleiteter KRS
48.	a. Mittelgradige Ödeme b. Schwere Ödeme					a. Heb.KRS b. Ärztlich geleiteter KRS
49.	Hypotonie					Heb.KRS: ohne Kreislaufbeschwerden
50.	Gestationsdiabetes (2 erhöhte Werte im oGTT)					Ärztlich geleiteter KRS
51.	Einstellungs-/Lageanomalie – BEL – Querlage					Ärztlich geleiteter KRS
52.	Andere Besonderheiten					Einzelfallentscheidung
53.	Virusinfektionen a. Akuter Herpes genitalis b. Akute Condylome					a. Konsultation, Einzelfallentscheidung b. Konsultation, Einzelfallentscheidung

C: Geburtsrisiken

Nr.	Befund	Trifft zu	Weiteres Vorgehen
60.	Vorzeitiger Blasensprung		Weiterleitung ab 13 Stunden (+/- Nachtruhe), in Abhängigkeit von Entzündungszeichen und Fruchtwasser
61.	Überschreitung des Termins		Weiterleitung ab 14. Tag
62.	Missbildung		Konsultation und Einzelfallentscheidung
65.	Verdacht auf Plazentainsuffizienz		Konsultation und Sonographie
66.	Gestose/ Eklampsie		Weiterleitung
71.	Vorzeitige Plazentalösung		Weiterleitung
72.	Uterine Blutungen		Weiterleitung
73.	Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom		Weiterleitung
74.	Fieber unter der Geburt (> 38°C)		Weiterleitung
77.	Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne		Weiterleitung
78.	Grünes Fruchtwasser		Weiterleitung
79.	Azidose während der Geburt (Fetalblutanalyse)		Weiterleitung
80.	Nabelschnurvorfal		Weiterleitung
81.	Verdacht auf Nabelschnurkomplikationen		Weiterleitung bei auffälligem CTG
82.	Protrahierte Geburt/ Geburtsstillstand in der EP		Weiterleitung bei 3 Std. Befund idem (in Abhängigkeit zur Wehentätigkeit)
83.	Protrahierte Geburt/ Geburtsstillstand in der AP		Bis max. 2 Std. MM vollständig und unauffälligem CTG abwarten – Ansonsten Weiterleitung
84.	Absolutes oder relatives Missverhältnis		Weiterleitung
85.	Drohende/ erfolgte Uterusruptur		Weiterleitung
86.	Querlage/ Schräglage		Weiterleitung
87.	Beckenendlage		Weiterleitung
88.	Hintere Hinterhauptslage		Weiterleitung bei Geburtsstillstand
89.	Vorderhauptslage		Weiterleitung
90.	Gesichts-/Stirnslage		Weiterleitung
91.	Tiefer Querstand		Weiterleitung bei Geburtsstillstand
92.	Hoher Gradstand		Weiterleitung
93.	Sonstige regelwidrige Schädelagen		Weiterleitung
94.	Sonstiges		
	a. Schmerzmittelgabe		a. Weiterleitung
	b. Periduralanästhesie		b. Weiterleitung
	c. Wehenmittelgabe sub partu		c. Weiterleitung
95.	HELLP-Syndrom		Weiterleitung
96.	Intrauteriner Fruchttod		Weiterleitung
97.	Pathologischer Dopplerbefund/ pathologischer OBT		Weiterleitung
98.	Schulterdystokie		Weiterleitung
99.	Wunsch der Frau		Weiterleitung

D: Postpartale Krankheiten/ Störungen Neugeborenes

Nr.	Befund	Trifft zu	Weiteres Vorgehen
01.	Unreife/ Mangelgeburt		Weiterleitung
02.	Asphyxie/ Hypoxie/ Zyanose		Weiterleitung
03.	Atemnotsyndrom		Weiterleitung
04.	Andere Atemstörungen (z.B. Anpassungsstörungen)		Weiterleitung
05.	Schockzustand		Weiterleitung
09.	Stoffwechselstörungen		Weiterleitung
	a. Verdacht auf Hypoglykämie		a. Vorgehen vereinbarte BZ-Kontrollen
16.	Verletzungen/ Frakturen/ Paresen		Weiterleitung
17.	Generalisierte Infektion		Weiterleitung
20.	Sonstiges		Weiterleitung
25.	Chromosomenanomalie		Weiterleitung
26.	(Andere) multiple Missbildungen		Weiterleitung
27.	Anenzephalus		Weiterleitung
29.	Hydrozephalus		Weiterleitung
30.	Anomalie Auge		Weiterleitung
31.	Anomalie Herz/ große Gefäße		Weiterleitung
32.	Anomalie Respirationstrakt		Weiterleitung
33.	Gaumen- und Lippspalten		Weiterleitung
34.	Anomalie Ösophagus/ Magen		Weiterleitung
37.	Anomalie Genitalorgane		Weiterleitung
38.	Anomalie Knochen/ Gelenke/ Muskeln		Weiterleitung
40.	Gastroschisis/ Omphalozele		Weiterleitung
41.	Anomalie Körperdecke		Weiterleitung
42.	Hernien		Weiterleitung
43.	Biomechanische Verformungen (Lage-, Haltungsanomalie, Hüftdysplasie, Hüftluxation)		Weiterleitung
44.	Andere Anomalien		Weiterleitung

E: Postpartale Störungen Frau

Nr.	Befund	Trifft zu	Weiteres Vorgehen
101.	Blutungen > 500 ml		Weiterleitung
102.	Plazentalösungsstörung		Weiterleitung
103.	Unvollständige Plazenta		Weiterleitung
104.	Komplizierte Geburtsverletzungen		Weiterleitung
105.	Nahtversorgung Episiotomie oder Dammriss		Weiterleitung
106.	Kreislaufregulationsstörung		Weiterleitung
107.	Sonstiges		Weiterleitung

Etikett/Aufkleber

Einverständniserklärung für die Betreuung im Hebammenkreißsaal

Bei den Terminen in der Schwangerschaft und bei der Aufnahmeuntersuchung wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Betreuung im Hebammenkreißsaal durch die Hebammen überprüft. Es wurde festgestellt, dass bei mir keine Gründe vorliegen, die einer Geburtsbetreuung im Hebammenkreißsaal entgegenstehen.

Ich möchte von der Möglichkeit Gebrauch machen, während der Geburt bis zur Verlegung auf die Mutter-Kind-Station nach der Geburt, ausschließlich von Hebammen betreut zu werden.

Sollten Probleme oder Regelwidrigkeiten im Geburtsverlauf auftreten, wird die betreuende Hebamme einen Arzt konsultieren bzw. hinzuziehen und mich in den ärztlich geleiteten Kreißsaal weiterleiten.

Der Hebammenkreißsaal wird durch den ärztlichen Leiter und die Leitende Hebamme kontinuierlich überwacht.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. Im Augenblick habe ich keine weiteren Fragen.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift der Frau

Name, Vorname

Unterschrift der Hebamme

Vereinbarung zum Vorgehen bei Konsultationen (Hebamme und Ärztin/Arzt) vor, während und nach der Geburt im Hebammenkreißaal

1. Zweck

Die Konsultation dient der (betreuenden) Hebamme als Beratung und Absicherung ihrer Diagnose in Fällen, in denen sie sich unsicher fühlt.

Günstigstenfalls kann durch eine Konsultation die Schwangere oder Gebärende in der Betreuung der Hebamme im Hebammenkreißaal verbleiben.

2. Indikationen/Gründe

- ▶ **In der Schwangerschaft** (laut Katalog A und B)
- ▶ **Bei Geburtsbeginn** (laut Katalog B und C)
- ▶ **Unter der Geburt** (laut Katalog C)
- ▶ **Nach der Geburt** (laut Katalog E)

3. Hilfsmittel

Zur Unterstützung der Konsultation werden vorhandene Dokumentationen wie z. B. Mutterpass, Akte oder Krankenunterlagen der Frau, Laborbefunde, Partogramm und CTG-Aufzeichnungen eingesetzt.

4. Vorgehensweise

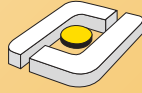
Die Konsultation erfolgt kollegial. Es findet durch die Ärztin oder den Arzt kein „Absegnen“, sondern eine Beratung auf gleicher Augenhöhe, statt.

Die Hebamme ist sich dabei ihrer Verantwortung bewusst, unabhängig davon, ob die Frau nach der Konsultation weiterhin eigenverantwortlich im Hebammenkreißaal betreut wird oder bei einer gemeinsam beschlossenen Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißaal.

5. Dokumentation

- ▶ Wer ist an der Konsultation beteiligt (Name der Hebamme und der Ärztin/des Arztes).
- ▶ Wann wurde konsultiert (Datum und Uhrzeit).
- ▶ Warum wurde konsultiert (Indikation).
- ▶ Was wurde für den weiteren Verlauf gemeinsam entschieden.
Eventuelle Zeitangaben/Fristen vermerken.
- ▶ Unterschrift der Hebamme und des Arztes/der Ärztin.

Im **Partogramm** wird die Uhrzeit und „Konsultation“ vermerkt. Im Geburtsbericht wird die „Konsultation“ nach dem oben aufgeführten Schema dokumentiert und unterschrieben.



Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Der Hebammenkreißsaal stellt gerade in Deutschland eine Innovation dar, die verändertes Denken und Handeln sowie veränderte Strukturen und Rahmenbedingungen notwendig machen. Das Handbuch möchte die Projektplanung und -umsetzung erleichtern und einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten, indem es einige wichtige Meilensteine des Projektmanagements auf den Hebammenkreißsaal anwendet und konkrete Denkanstöße liefert.

Kontaktadressen:

Verbund Hebammenforschung
Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30a
49076 Osnabrück
Tel. 0541/969-3682
Fax 0541/969-3765
hebammenforschung@fh-osnabrueck.de
www.hebammenforschung.de

Bund Deutscher Hebammen e.V.
www.bdh.de

ISBN: 3-00-017371-4