

# Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal

## Chance und Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe

T. Andraczek<sup>1</sup>, S. Magister<sup>1</sup>, H. Todorow<sup>1</sup>, H. Stepan<sup>1</sup>

Die Schwangerschaft und die Geburt sind zweifelsfrei einschneidende Ereignisse im Leben einer Frau, deren Kind und Familie. Wo einst der Fokus vor allem auf der Senkung der Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind und der Optimierung des Geburtsprozesses lag, wird der Zeitraum rund um die Schwangerschaft und die Geburt wieder zunehmend als vordergründig physiologischer Prozess wahrgenommen, den es zu schützen und zu unterstützen gilt [1, 2]. Interventionelle Eingriffe in diesen sollten nur in begründeten Fällen erfolgen. Aufgrund der differierenden und teilweise unvollständigen Datenerhebungen der Perinatalergebnisse im außerklinischen Bereich durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) und im klinischen Bereich durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist ein direkter Vergleich zwischen den einzelnen Versorgungsmodellen nur unzureichend möglich [3]. Dies führt dazu, dass eine neutrale und realistische vorgeburtliche Beratung in Bezug auf die Wahl des Geburtsortes und die verschiedenen zur Verfügung stehenden Betreuungsmodelle nicht ohne weiteres, auf Basis der derzeit existierenden Daten, erfolgen kann.

### Der Hebammenkreißsaal

Dass hebammengeleitete Betreuungsmodelle für Frauen mit einem Niedrig-

risikoprofil, bei etwa gleichem maternalen und neonatalen Outcome, hinsichtlich der Interventionsrate unter der Geburt deutlich besser abschneiden, als primär ärztlich geleitete Betreuungsmodelle, konnte bereits in zahlreichen nationalen und internationalen Studien gezeigt werden [4–9]. Allerdings fehlt es derzeit noch an ausreichend Daten, welche die hebammengeleiteten Geburtsmodelle hinsichtlich ihres Outcomes untereinander ver-



Eine enge Beziehung zwischen Hebamme und Mutter prägt den Geburtsprozess.

gleichbar machen. Der Hebammenkreißsaal als eine Art „Hybrid“ zwischen der außerklinischen, ausschließlich hebammengeleiteten und der konventionellen, ärztlich geleiteten, klinischen Geburtshilfe, stellt eine Erweiterung der geburtshilflichen Landschaft und eine attraktive Wahloption für Schwangere in Kliniken dar. Bereits 1990 erfolgte in Großbritannien und nachfolgend im skandinavischen Raum, sowie in Österreich die Etablierung der ersten hebammengeleiteten Kreißsäle. Dies erfolgte nicht zuletzt aufgrund der Kritik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an der erheblichen Zunahme von Interventionen in den meist phy-

siologischen Geburtsprozess und der dadurch wachsenden Medikalisierung der Geburt, welche die eigene Gebärfähigkeit der Frauen beeinflussen. Hauptkritikpunkt sei das Fehlen universeller, standardisierter Konzepte für die „Normalität“ bei Wehen und Geburt [10].

Laut Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Hochschule Osnabrück, Pflege- und Hebammenwissenschaft, stellt der Wunsch nach einer natürlichen Geburt in einer Klinik, wie die Ergebnisse der deutschen Studie „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte“ zum Thema „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“ gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung [11] zeigen konnten, keinen Gegensatz dar.

Der Hebammenkreißsaal ist ein hebammengeleitetes Betreuungsmodell in einer Klinik, in dem gesunde Frauen teilweise schon in der Schwangerschaft und auch im Wochenbett, vor allem aber während und nach der Geburt eigenverantwortlich und selbstständig von Hebammen betreut werden. Das ärztlich und das hebammengeleitete Betreuungsmodell in einer Abteilung kooperieren hierbei eng miteinander, sodass im Falle einer Komplikation eine sofortige Überleitung in die ärztliche Betreuung des konventionellen Kreißsaals möglich ist [12]. In Deutschland wurde die Konzeptidee des Hebammenkreißsaals erstmals 1998 vom Bund Deutscher Hebammen e. V. aufgegriffen und in einer Arbeitsgruppe von Hebammen weiterverfolgt. Auf Basis dieser Arbeiten basierte die Gründung des ersten Hebammenkreißsaals im Klinikum Bremerhaven Rein-

<sup>1</sup> Abteilung für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Leipzig und Studiengang Hebammenkunde, Medizinische Fakultät Leipzig

kenheide 2003 [13]. 2021 wurden deutschlandweit 25 Hebammenkreißsäle verzeichnet, wovon sich die Mehrzahl in Nordrhein-Westfalen (NRW) befindet. Durch das Förderprogramm „Implementierung von Hebammenkreißsälen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, welche jede Einrichtung mit einem neuen Hebammenkreißsaal in NRW mit 25.000 Euro fördert, konnten weitere 20 neue Hebammenkreißsäle bis Ende 2022 eröffneten [14]. In Mitteldeutschland ist die klinische Landschaft, mit insgesamt lediglich fünf Hebammenkreißsälen, von denen sich jeweils zwei in Halle (Saale) und Leipzig befinden, noch deutlich ausbaufähig [13].

Der Implementierung neuer Hebammenkreißsäle wird teilweise mit Skepsis begegnet. Und dies wider Erwarten oft von Hebammenseite. So stellt die gemeinsame Geburtsbegleitung mit anderen Hebammenkolleginnen und -kollegen laut Andrea Ramsell, Deutscher Hebammenverband e. V., meist erstmal eine Hürde dar, die es zu überwinden gilt, bis diese enge Zusammenarbeit im Team mit der Zeit als Bereicherung empfunden wird und dadurch bessere Kommunikations- und Feedbackmechanismen und eine verstärkte Reflexion der betreuten Geburten untereinander entwickelt werden können [15]. Um die sichere Implementierung eines Hebammenkreißsaals zu ermöglichen, bedarf es klarer Standards und regelmäßiger Fortbildungen des gesamten geburtshilflichen Teams. So dienen diese, nach Ramsell, nicht nur der Erweiterung der individuellen Fähigkeiten der Hebammen (Versorgung von Geburtsverletzungen, alternative, vielfältigere Gebärpositionen und Förderung der Kommunikation in der Beratung), sondern sie kommen, mit der klaren Abgrenzung und Benennung von Physiologie und Pathologie, dem gesamten interprofessionellen,

geburtshilflichen Team zugute. Der Kriterienkatalog, zum Beispiel auf Grundlage des Handbuchs für den Hebammenkreißsaal von Bauer et al. [12], welchen jede Klinik mit einem Hebammenkreißsaal im Team gemeinsam erarbeiten und regelmäßig überarbeiten sollte, dient dabei der „strukturierten Kommunikation über Betreuungsansätze und Therapien [und] trägt zu einer hohen Qualität und erhöhten Sicherheit bei“ [15].

Kliniken, die ein solches BetreuungsmodeLL anbieten, sind somit auch insgesamt attraktiver für berufseinsteigende Hebammen, da dies eine individuelle, selbstständige und eigenverantwortliche Arbeit ermöglicht, die gleichzeitig aber auch von der engen Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen im Team profitiert. Somit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsständen der Hebammen und der Ärztinnen und Ärzte bei diesem Betreuungsmodell, anders als oft gedacht, einer der Grundpfeiler für einen funktionierenden Hebammenkreißsaal.

### Geschichtlicher Rückblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

Bei einem Blick auf die Historie zeigt sich, dass genau diese Zusammenarbeit allerdings ein großes Konfliktpotenzial birgt und von vielen Vorhaltungen und Missverständnissen geprägt ist. Ab dem 18. Jahrhundert setzte nach und nach die Ablösung der traditionellen Entbindungskunst der Hebammen durch die männlich dominierte, akademisch verankerte Geburtshilfe und deren wissenschaftliche Methoden ein [16]. Diese wurde zu Beginn vordergründig durch alleinstehende, bedürftige Frauen in Anspruch genommen, welche in „Entbindungsanstalten“ zu Lehrzwecken kostenfrei betreut wurden, verdrängte aber mit der Zeit zunehmend die hebammengeleitete

Hausgeburtshilfe. Hierbei wurden die Kompetenzen der Hebammen ab dem 18. Jahrhundert immer stärker beschnitten, bis sich das Geburtsgeschehen im 20. Jahrhundert vordergründig auf die Krankenhäuser unter der „Verantwortungshoheit“ der Ärztinnen und Ärzte verlagerte [17].

In einer ergänzenden Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (HebRefG) [1] vom April 2019 heißt es, dass die Geburtsleitung in Geburtskliniken „durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen gekennzeichnet“ sei. Charakteristisch sei vor allem, „dass eine Hebamme eine Geburt während der gesamten Zeit, in der sich die gebärende Frau im Kreißsaal befindet, begleitet. [...] Demzufolge heißt es in dem geltenden Hebammenengesetz vom 22.11.2019 [18], dass die Hebamme eine normale (physiologische) Geburt ebenso gut leiten kann wie ein Arzt, und damit Arzt und Hebamme bei ihrem Zusammenwirken gemeinsam den gebotenen fachärztlichen Standard einhalten können und müssen. Die Hebamme muss aufgrund ihrer Ausbildung befähigt sein, [...] regelwidrige Vorgänge zu erkennen. In einem solchen Falle endet ihre Alleinkompetenz; sie ist verpflichtet, einen Arzt herbeizurufen“ [19].

Da aber die Verantwortungshoheit im Kreißsaal häufig dem ärztlichen Personal obliegt, birgt das Ungleichgewicht der eigenverantwortlichen selbstständig tätigen Kompetenzbereiche der beiden beteiligten Professionen Potenzial für Unzufriedenheit und Frustration auf beiden Seiten. So wird die zurückhaltende, jedoch kompetente Anwesenheit der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen von den Hebammen häufig als angenehm und beruhigend, eine vorschnelle, übervorsichtige und pathologisierende

Einmischung hingehen als belastend und frustrierend empfunden.

### Entwicklung des maternalen und neonatalen Outcomes

Bei einem Blick auf das kindliche Outcome zeigt sich, laut dem Bericht „Das aktuelle kindliche Risiko“ des Springer-Verlags von Künzel [20], aufgrund vielfältiger organisatorischer Veränderungen (wie der Verlagerung der Geburtshilfe aus der Hausgeburts- und Klinik, die Entwicklung neuer perinataler kindlicher Überwachungsmethoden und die Verbesserung der neonatologischen Intensivversorgung) eine Senkung der perinatalen Morbidität von 25 Prozent (1954) auf etwa sieben Prozent (1989). Schaut man in Bezug auf das maternale Outcome zum Beispiel auf die Rate der Sectio caesarea, zeigte sich in einer bundesweiten Auswertung des Statistischen Bundesamts von 2021, dass in Deutschland 30,9 Prozent und somit doppelt so viele Frauen wie im Jahr 1991 (15,3 Prozent) per Sectio caesarea entbunden haben [21]. Doch die Senkung der Sectiorate sollte nicht allein das Ziel sein. Eine große Querschnittsstudie aller US-Bundesstaaten von Clapp et al. von 2022 ergab, dass bei Schwangeren mit einem Niedrigrisikoprofil, eine Steigerung der Sectiorate um ein Prozent die Morbidität der Neonaten senke (0,6 Prozent bei den schwerwiegenden und 2,3 Prozent bei den moderaten Schädigungen) [22]. Dies verdeutlicht, dass das richtige Maß an Interventionen für ein gutes kindliches und maternales Outcome entscheidend ist.

In einem Review von Betràn et al. kamen die Autoren zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die positive menschliche Beziehungen in den Vordergrund stellen, eine respektvolle und kooperative multidisziplinäre Teamarbeit fördern. Und Maßnahmen, die sich mit den Überzeugungen und Einstellungen von Klinikern sowie mit der Angst der

Frauen vor Wehenschmerzen und schlechter Betreuungsqualität befassen, könnten wirksam dazu beitragen, unnötige Sectio caesareae zu reduzieren und physiologische Wehen und Geburten zu fördern. Die Autoren konnten zeigen, dass vor allem die Wehenbegleitung, die Kontinuität in der Betreuung durch die Hebammen, hebammengeleitete Betreuungsmodelle, eine gute präpartale Aufklärung der Schwangeren sowie eine regelmäßige Schulung des Personals und die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien kombiniert mit einer obligatorischen Zweitmeinung und rechtzeitigem Feedback an das weitere Personal [23], hierfür von entscheidender Bedeutung sind.

## „Eine interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sollten zwischen den geburtshilflichen Professionen beiderseits auf Augenhöhe stattfinden.“

### Die Akademisierung des Hebammenberufes

Mit der Akademisierung des Hebammenberufes, welche seit 1. Januar 2020 nun auch in Deutschland gesetzlich verbindlich ist, wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit der einzelnen geburtshilflichen Professionen neu sortiert. Seitdem wird die praxisnahe, bedürfnisorientierte Arbeit mit den Schwangeren und Müttern vermehrt auf einem wissenschaftlich begründeten Fundament vermittelt. Hierdurch wird die Anerkennung des Berufes, aber auch die finanzielle Vergütung an die der anderen geburtshilflichen Professionen angepasst. Nicht zuletzt geht es, nach dem Hebammengesetz § 9 zum Hebammenstudium

und Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung, aber auch um die zunehmende Vermittlung, „hochkomplexe Betreuungsprozesse einschließlich Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung im Bereich der Hebammentätigkeit auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen zu planen, zu steuern und zu gestalten“. Des Weiteren sollen die Studierenden befähigt werden, „sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen [auseinander zu setzen] und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können“. Dazu gehört auch das Mitwirken an der Entwicklung von Qualitäts- und Risikomanagementkonzepten, sowie Leitlinien und Expertenstandards [24].

### Fazit

Nach und nach findet somit eine Umstrukturierung der Kompetenzbereiche der geburtshilflichen Professionen vor allem im Niedrigrisikokollektiv statt, sodass die Hebammen auch in den Kliniken zunehmend die Möglichkeit bekommen, eigenverantwortlich und selbstständig zu arbeiten. Allerdings sollte diese gleichberechtigte, auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende, interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den geburtshilflichen Professionen beiderseits auf Augenhöhe stattfinden, sodass letztendlich das gesamte geburtshilfliche Team und die betreuten Frauen und Familien davon profitieren können. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor  
Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan  
Universitätsklinikum Leipzig  
Abteilung Geburtsmedizin  
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig  
E-Mail: [holger.stepan@medizin.uni-leipzig.de](mailto:holger.stepan@medizin.uni-leipzig.de)