

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheit

**Hebammengeleitete Geburt
in der Asklepios Klinik Harburg-
ein zu empfehlendes Modell?**

Diplomarbeit

Abgabe: Mai 2006

Vorgelegt von:

Birte Nevermann

Spengelweg 28

20257 Hamburg

Matrikelnummer 1727306

Inga Wegener

Rießelweg 22A

21435 Stelle-Ashausen

Matrikelnummer 1648231

Betreuender Prüfer:

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp

Fakultät Life Sciences

Lohbrügger Kirchstraße 65

21033 Hamburg

Zweiter Prüfer:

Dr. med. Volker Maaßen

Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe

Eißendorfer Pferdeweg 52

21075 Hamburg

Danke!

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Dr. Volker Maaßen

Dr. Andrea Opitz

Allen Hebammen der Asklepios Klinik Harburg

Allen Frauen, die sich bereit erklärt haben, in form eines Interviews oder Fragebogens an der Studie teilzunehmen

Allen interviewten Ärzten der Asklepios Klinik Harburg

Nina Egger

Doerte Heinsohn

Silvia Klein

Dr. Jürgen Langewald

Jan Neumann

Kathrin und Nils Langewald

Frank Schumacher

Philipp Wegener

Inhaltsverzeichnis

0 ABSTRACT	8
1 EINLEITUNG	9
1.1 Hintergrund und Konzept „Hebammengeleitete Geburt“	9
1.1.1 Hintergrund	9
1.1.2 Konzept	11
1.1.3 Fragestellung	13
2 MATERIAL UND METHODEN	14
I MATERIAL UND METHODEN QUANTITATIV	15
2.1 Material	15
2.1.1 DRG-Daten	15
2.1.2 Daten der Perinatalbögen (Kontrollgruppe)	15
2.1.3 Daten der HKS-Frauen	15
2.1.4 Fragebogen	16
2.2 Methoden	16
2.2.1 Auswertung DRG-Daten	16
2.2.2 Auswertung KIM-Statistik und Perinatalbögen	18
2.2.3 Vergleich der Daten der HKS-Frauen und der Kontrollgruppe	19
2.2.4 Gründe für Überleitung von Hebammengeleiteter Geburt in Arzt/Hebammengeleitete Geburt	20
2.2.5 Auswertung Fragebogen	20
II METHODEN UND MATERIAL QUALITATIV	22
2.3 Methode	22
2.3.1 Teilnehmende Beobachtung	22
2.3.2 Leitfadeninterview	24
2.3.3 Entwicklung der Interviewleitfäden	24
2.3.4 Analyse der Interviews	26
2.4 Material	27

2.4.1	Stichprobe.....	27
2.4.2	Rekrutierung der Interviewpartner.....	28
2.4.3	Darstellung des Materials (nach Mayring).....	29
3	ERGEBNISSE	33
III	ERGEBNISSE QUANTITATIV	33
3.1	Einfluss der Hebammengeleiteten Geburt auf die Geburtenzahlen	33
3.2	Ergebnisse der Auswertung der Perinatalbögen	36
3.2.1	Dauer der Geburt:	36
3.2.2	Komplikationen:	37
3.2.3	Gründe für Überleitung	43
3.2.4	Auswertungen Fragebogen.....	45
IV	ERGEBNISSE QUALITATIV	51
3.3	Frauen.....	51
3.3.1	Erwartungen an den Hebammenkreißaal	51
3.3.2	Zufriedenheit, Probleme, Wünsche	53
3.3.3	Beziehung zu den Hebammen und gegebenenfalls zu den Ärzten – HKS ja & HKS nein	59
3.3.4	Wünsche und Empfehlungen der Frauen.....	60
3.4	Hebammen	61
3.4.1	Zufriedenheit und Problemsicht.....	61
3.4.2	Vorteile und Nachteile für die Frauen; Unterschiede zur konventionellen Klinikgeburt.....	65
3.4.3	Risikokatalog	70
3.4.4	Einstellung und Beziehung zu den Ärzten	73
3.4.5	Selbstreflexion	74
3.5	Ärzte	78
3.5.1	Zufriedenheit und Problemsicht.....	78
3.5.2	Vorteile und Nachteile für die Frauen.....	81
3.5.3	Risikokatalog (ab 09.06.2005 geänderter RK)	82
3.5.4	Einstellung und Beziehung zu den Hebammen.....	83

3.5.5	Selbstreflexion	85
4	DISKUSSION	87
4.1	Ergebnisdiskussion.....	87
4.2	Quantitative Methodendiskussion	93
4.3	Qualitative Methodendiskussion	94
5	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND AUSBLICK.....	96
5.1	Handlungsempfehlungen	96
5.2	Ausblick.....	99
6	LITERATUR	100
7	ANHANG	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Geburten und Geburtsarten	17
Abbildung 2: Anzahl an Erst- und Mehrgebärenden	18
Abbildung 3: Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung	19
Abbildung 4: Verteilung Anmeldung und Entbindungen zur Hebammengeleiteten Geburt	34
Abbildung 5: Vergleich Geburtenzahlen	35
Abbildung 6: Vergleich der Geburten in Hamburger Einrichtungen	36
Abbildung 7: Dauer der Geburt	37
Abbildung 8: Häufigkeit der Komplikationen	38
Abbildung 9: Interventionen	38
Abbildung 10: Komplikationen in Abhängigkeit zur Gebärposition	40
Abbildung 11: Gewicht und Kopfumfang	41
Abbildung 12: Vergleich APGAR-Werte	43
Abbildung 13: Vergleich Nabelschnur pH-Wert	43
Abbildung 14: Gründe für die Überleitung	44
Abbildung 15: Angaben zur Information zum Hebammenkreißsaal	45
Abbildung 16: Antworten aller befragten Frauen	47
Abbildung 17: Gründe für den HKS bei Erstgebärenden	48
Abbildung 18: Entscheidungen für HKS bei Mehrgebärenden	49

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Korrelationsmaße	18
Tabelle 2: Leitfadengerüst am Beispiel der Hebammen	26
Tabelle 3: Soziodemographische Angaben der HKS Frauen	32
Tabelle 4: Übersicht Geburtenzahlen	33
Tabelle 5: Geburtenzahlen in Hamburg pro Monat. Angaben in Prozent	35
Tabelle 6: Beurteilungs-Bewertung	42

Abkürzungsverzeichnis und Definitionen

APGAR	benannt nach Virginia Apgar (Anästh. 1909-1974), Punkteschema f. Zustandsdiagnostik des Neugeborenen
CTG	Kardiotokographie, Herztonwehenschreibung,
DRG	Diagnosed Related Groups, Abrechnung nach Fallpauschalen
ET	Errechneter Termin (zur Entbindung)
HKS	Hebammenkreißsaal, entspricht „Hebammengeleiteter Geburt“
HKS-Frauen	Für den Hebammenkreißsaal angemeldete Frauen
HKS ja	Frauen, die komplikationslos hebammengeleitet entbunden haben
HKS nein	Frauen, die für die Hebammengeleitete Geburt angemeldet waren und bei denen im Laufe der Geburt (oder vorher) eines der Ausschlusskriterien aufgetreten ist und deren Geburt Arzt/Hebammen-geleitet weiter betreut wurde
HKS abgebrochen	siehe HKS nein
PDA	Periduralanästhesie
U1	Untersuchung unmittelbar nach der Geburt, gehört zum Kinder-Vorsorgeprogramm U1-U9

Anmerkung

Die „Hebammengeleitete Geburt“ ist ein eigenständiger Begriff, aber der „Hebammenkreißsaal“ ist gängiger Ausdruck sowohl in Fachkreisen als auch bei Laien. Daher wird die etablierte Abkürzung HKS in dieser Arbeit verwendet.

0 Abstract

Ist das Modell der Hebammengeleiteten Geburt in der Asklepios Klinik Harburg ein zu empfehlendes Modell?

Ziel

Überprüfung des Modells auf die Zufriedenheit der Schwangeren, Veränderungen im Tätigkeitsbereich des Behandlungsteams sowie Steigerung der Geburtenraten.

Methode

Die Untersuchung beruht auf quantitativen und qualitativen Verfahren, deren Ergebnisse separat dargestellt werden.

Im quantitativen Teil wurden die Perinataldaten von 89 Frauen, die sich zur Hebammengeleiteten Geburt angemeldet hatten (entspricht 10% der Gesamtgeburtenrate während des Untersuchungszeitraums), und die Ergebnisse eines Fragebogens analysiert.

Im qualitativen Teil wurden Leitfadeninterviews, die mit zwölf Frauen, allen zehn Hebammen und fünf von zehn Ärzten der Abteilung geführt wurden, ausgewertet.

Ergebnisse

Alle befragten Frauen waren mit dem erlebten Konzept zufrieden, würden wieder so entbinden und es weiterempfehlen. Für die Hebammen ist durch das Modell mehr eigenverantwortliches Handeln und eine Stärkung des Selbstbewusstseins entstanden. Unter den Ärzten findet ein Paradigmenwechsel dahingehend statt, dass physiologische Geburten im Krankenhaus nicht nur unter der Verantwortung von Ärzten, sondern auch unter der alleinigen Verantwortung von kompetenten Hebammen betreut werden können.

Eine Steigerung der Geburtenrate durch dieses Modell konnte für diese Klinik nicht nachgewiesen werden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Konzept „Hebammengeleitete Geburt“

1.1.1 Hintergrund

Seit Juli 2004 bietet die Asklepios Klinik Harburg (damals: Allgemeines Krankenhaus Harburg, eines von sieben Krankenhäusern im Landesbetrieb Krankenhaus (LBK) Hamburg) die Hebammengeleitete Geburt als zusätzliches Angebot in der Geburtshilfe als erstes Krankenhaus in Hamburg und als zweites Krankenhaus in Deutschland an. Das Modell der „Hebammengeleiteten Geburt“ bietet Frauen ohne Schwangerschaftskomplikationen eine Alternative zu Hausgeburt oder Geburtshaus sowie zur herkömmlichen Arzt/Hebammen-geleiteten Geburt im Krankenhaus an.

In Deutschland werden 98 % aller Kinder in Krankenhäusern geboren, wobei eine immer größer werdende Klientel an Frauen nach alternativen Entbindungsmöglichkeiten sucht. Daher ist es sinnvoll ein Konzept anzubieten, welches die Bedürfnisse von Schwangeren nach natürlicher Geburt und Sicherheit vereint. Den Hebammen ermöglicht das Modell wieder mehr selbständiges und eigenverantwortliches Handeln. „Mit dem Hebammenkreißsaal strebt ein geburtshilfliches Versorgungsmodell im klinischen Setting eine interventionsarme und an den Bedürfnissen der Frauen orientierte Geburtshilfe an, und bietet Hebammen die Möglichkeit, auch im klinischen Umfeld ihren originären Hebammentätigkeiten eigenständig nachzugehen.“ (v. Rhaden 2005)

Nach Aussage der leitenden Hebamme der Klinik „kommt es bei Hebammengeleiteten Geburten seltener zu Interventionen wie Dammschnitten, Zangengeburt, Geburtseinleitungen und Wehentropfen. Die Frauen verlassen die Kliniken zufriedener.“ Auch der Chefarzt der geburtshilflichen Abteilung ist der Auffassung, „dass die Betreuung unter der Geburt neu überdacht werden und die Geburt als ein verstärkt physiologisches und gesundes Phänomen gesehen werden muss. Allerdings dürfen die sehr guten perinatologischen Daten (in Deutschland, Anm.

des Verf.) nicht unter einem Konzeptionswandel leiden,“ das heißt, die Sicherheit muss gewährleistet bleiben. Und genau das bietet die Asklepios Klinik Harburg den werdenden Eltern als zusätzliche Alternative an.

Ähnliche Modelle sind in Großbritannien und Skandinavien, sowie Österreich und Schweiz schon seit Ende der achtziger beziehungsweise seit Anfang der neunziger Jahre verbreitet. Dort werden die „midwife led units“ als zusätzliche und zum Teil als eigenständige Einrichtungen geführt. Diese „midwife led units“ wurden in verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen auf ihre Evidenz überprüft. (vgl. Hebammenforschung, Universität Osnabrück) Die wesentlichen Erkenntnisse aus der internationalen Literaturrecherche (Campbell et al. 1999; Huntley 1994; Khan-Neelofur et al. 1998; Rooks et al. 1992; Sinclair 2002;) besagen, dass die Hebammengeleitete Geburt als interventionsärmer eingestuft wird. Es gibt weniger medikamentöse Einleitungen und Episiotomien¹ sowie ein geringeres Bedürfnis der Schwangeren nach Schmerzmitteln. In keiner Untersuchung wurde die Hebammengeleitete Geburt riskanter als die Arzt/Hebammen-geleitete Geburt eingestuft. Die Ergebnisse der Oxford Database on Perinatal Trials sowie die Studie in Oxford zur *effective care in pregnancy and childbirth* belegen, dass eine Veränderung in der geburtshilflichen Versorgung zum Vorteil der gesunden Schwangeren ist. In einem Artikel des „Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada“ vom November 1998 wird darauf hingewiesen, dass Leistungen durch Hebammen zu Kostenersparnissen führen, dass Hebammen einen besseren Zugang zu Frauen haben, die in sozial benachteiligten Schichten leben und dass die Frauen zufriedener mit der Hebammenversorgung sind. Verglichen mit der Geburtsversorgung in Kanada sind die Interventionsraten vor, während und nach der Geburt in den Ländern (Niederlande, Skandinavien, Neuseeland) geringer, in denen eine Versorgung allein durch Hebammen angeboten wird. „In nearly every industrialized country outside of North America, midwives provide maternity care, and obstetricians, generally, are hospital-based specialists providing tertiary maternity care. In Scandinavia, the Netherlands, New Zealand and other countries, all prenatal, intrapartum and postpartum care for at least 70 percent of women is provided solely by midwives. These countries have much

¹ Dammschnitt

lower obstetrical intervention rates than Canada, and have maternal and prenatal mortality rates equal to and, in some cases better than Canada.”

Einige Foedekliniken in Kopenhagen, Dänemark, wurden von einer Arbeitsgruppe, die 1998 in Bremen gebildet wurde und aus zehn Hebammen besteht, besucht (Ellerbrock/v. Rhaden 1999). Viele Aspekte dieser Kliniken flossen in das in Deutschland zu implementierende Konzept der Hebammengeleiteten Geburt mit ein. Nach Diskussionen im Praktikerinnenbeirat² der Hebammen und auf Hebammenkongressen wurde diese Idee zunächst im Klinikum Reineckenheide in Bremerhaven als Projekt umgesetzt. Das Modell dort wird von der Universität Osnabrück, die dafür einen Forschungsauftrag des BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) hat, wissenschaftlich begleitet. Eine wissenschaftliche Begleitung ist aufgrund des Paradigmenwechsels, der mit der Implementierung des Modells in der klinischen Geburtshilfe einhergeht, nötig, um darzustellen, dass mit Einführung des Modells keine Risiken für die werdende Mutter und das Kind entstehen und die guten perinatologischen Daten in Deutschland nicht gefährdet sind.

Als das Modell in Harburg im Juli 2004 implementiert wurde, wurde seitens des Chefarztes der Wunsch geäußert, dieses ebenfalls wissenschaftlich für einen bestimmten Zeitraum in der Anfangsphase begleiten zu lassen. Mit dem damaligen LBK Hamburg und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Gesundheit (heute: Life Sciences), besteht schon sehr lange eine enge Zusammenarbeit. Daher wurde die wissenschaftliche Begleitung im Rahmen eines Praxissemesters und einer daraus resultierenden Diplomarbeit von zwei Studentinnen unter Betreuung durch die Hochschule durchgeführt.

1.1.2 Konzept

Die Hebammengeleitete Geburt der Asklepios Klinik Harburg ist ein zusätzliches Angebot der geburtshilflichen Abteilung. In diesem Modell, an dem die Hebammen freiwillig teilnehmen, arbeiten elf von zwölf Hebammen mit, von denen vier Vollzeitkräfte und fünf Halbtagskräfte sind sowie drei jeweils eine Dreiviertel Stelle haben. Das Konzept beinhaltet, dass die Hebammen gesunde Schwangere vor,

² Netzwerk, bestehend aus Forscherinnen, dem „Bund Deutscher Hebammen“ (BDH) und allen HKS-betreibenden Krankenhäusern, bzw. daran interessierten Kliniken

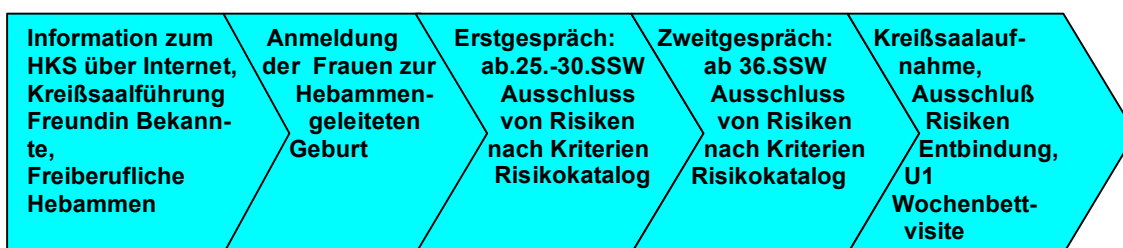
während und nach der Geburt sowie im stationären Wochenbett selbstständig und eigenverantwortlich betreuen und auch das Entlassungsgespräch führen. Die werdenden Mütter stellen sich zweimal im Kreißsaal vor (Erstgespräch: 25. - 30. SSW, Zweitgespräch: ab der 36. SSW) und lernen dabei das Team der Hebammen kennen. Weitere Möglichkeiten für die Schwangeren, sich mit den Hebammen und den Räumlichkeiten vertraut zu machen, bieten die Geburtsvorbereitungskurse und die Akupunktursprechstunde.

Sowohl im Erst-, als auch im Zweitgespräch stellen die Hebammen anhand eines Risikokataloges fest, ob die Schwangere geeignet ist, hebammengeleitet zu entbinden. Dieser Katalog wurde analog zu dem in Bremerhaven mit den Hebammen und Ärzten aus der Asklepios Klinik Harburg erarbeitet und an die Bedürfnisse der Abteilung angepasst; hierin sind die Ausschlusskriterien für die hebammengeleitete Geburt klar definiert. Bestehen nach den Vorgesprächen noch Zweifel, werden diese mit den Ärzten³ abgeklärt. Falls im Geburtsverlauf Pathologien auftreten, bringt die Überleitung von hebammengeleiteter in Arzt/Hebammen-geleitete Geburt keine räumliche Veränderung mit sich.

Um das Konzept des Hebammenkreißsaals personell umsetzen zu können, haben die Hebammen (gilt für alle zwölf) einen Rufdienst eingeführt. Das heißt, immer wenn eine Frau zur hebammengeleiteten Entbindung kommt, wird eine zweite Hebamme, sofern nicht im Regeldienst vorhanden, dazu gerufen.

Das Konzept „Hebammengeleitete Geburt“ sieht allerdings keine permanente Anwesenheit (Eins-zu-eins Betreuung) durch die Hebammen vor. Es beinhaltet die Betreuung der Gebärenden ausschließlich durch die Hebammen, die in dieser Zeit aber auch die Frauen betreuen, welche im konventionellen Kreißsaal entbinden.

Prozess von Erstinformation bis Entlassung



³ Dort wo die männliche Form benutzt wird, könnte ebenso die weibliche Form verwendet werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Kürze sowie der Wahrung der Anonymität im Auswertungsverfahren, wird auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Schreibweise verzichtet.

1.1.3 Fragestellung

In vorliegender Arbeit wird der Fragestellung nachgegangen, ob das Modell der Hebammengeleiteten Geburt in der Asklepios Klinik Harburg ein zu empfehlendes Modell ist und ob es im Interesse der Schwangeren sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe weitergeführt werden sollte. Darüber hinaus wird überprüft, ob die bei der Implementierung des Modells in Harburg formulierten Ziele erreicht wurden:

- Schaffung eines innovativen Zusatzangebotes, das die Wünsche, Anforderungen und Bedürfnisse der schwangeren Frauen deckt
 - Erreichung einer engeren Anbindung der Schwangeren an den Kreis der zu Betreuenden (Hebammen und Ärzte) und dadurch mehr Rücksichtnahme auf die Intimsphäre der Frau zu schaffen
 - Prüfung der Leistungszahlen und gegebenenfalls Mengenausweitung
 - Personalentwicklungsmaßnahmen im Hinblick auf neue Tätigkeitsbereiche des Behandlungsteams
-

2 Material und Methoden

Das zu Beginn der Untersuchung feststehende Ziel - die Überprüfung der Projektziele - wurde um zusätzliche Aspekte erweitert, die sich im Verlauf aus der angewandten Feldforschung ergaben.

Um der so entstandenen komplexen Fragestellung ausreichend nachgehen zu können und die Hebammengeleitete Geburt aus möglichst vielen verschiedenen Perspektiven zu untersuchen, wurde für diese Arbeit ein Methodenset aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden angewendet.

Im quantitativen Teil wurden alle zur Verfügung stehenden und erfassten medizinischen Daten analysiert.

Der qualitative Ansatz verfolgte das Ziel, das Modell der Hebammengeleiteten Geburt aus Sicht der Frauen, Hebammen und Ärzte zu untersuchen und so allen Beteiligten die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen und Empfehlungen darzustellen.

I Material und Methoden quantitativ

2.1 Material

2.1.1 DRG-Daten

Es wurden die DRG–Daten (Diagnosed Related Groups) der geburtshilflichen Abteilung für das Jahr 2004 sowie die Daten von Januar bis Juni 2005 verwendet. Diese Daten geben in Zahlen an, wie viele Geburten insgesamt stattfanden und wie hoch Komplikationsraten, Anzahl von Lebend- und Todgeburten, Anzahl an Zangengeburt, Vakuumextraktionen oder Kaiserschnitten und Geburten ohne Komplikationen sind. Die Anzahl der Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben, werden in diesen Daten nicht gesondert aufgeführt.

Des Weiteren wurde eine Statistik der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (2005) hinzugezogen, aus der hervorgeht, wie viele Geburten in den Jahren 2003 und 2004 in Hamburger Einrichtungen stattfanden.

2.1.2 Daten der Perinatalbögen (Kontrollgruppe)

Um eine Kontrollgruppe zusammenstellen zu können, wurden Frauen mit Hilfe der Perinatalbögen ausgewählt, die nach den Kriterien des Risikokataloges (siehe Anhang A) die Voraussetzungen hatten, hebammengeleitet entbinden zu können, dies aber nicht taten. Aus den Perinatalbögen wurden die Angaben zum Alter, Anzahl der Schwangerschaften und Anzahl der Geburten mit den Angaben der Frauen, die hebammengeleitet entbunden hatten, verglichen, um eine gleiche Anzahl an Frauen mit ähnlichen Bedingungen zu finden (matched data). Die Anzahl der Frauen, welche die Kontrollgruppe bildeten, entspricht der Anzahl der Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben (N=49).

2.1.3 Daten der HKS-Frauen

Die Daten der Frauen, die in dem ausgewählten Untersuchungszeitraum zur Hebammengeleiteten Geburt angemeldet waren, sind in einer Excel-Datei zusam-

mengestellt worden. Diese beinhaltet verschiedene medizinische und soziodemographische Daten, die sowohl den Perinatalbögen, als auch den Patientenakten entnommen wurden. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Angaben zur Person, Gründe der Schwangeren die Hebammengeleitete Geburt zu wählen, errechneter Geburtstermin, tatsächlicher Geburtstermin, Art der Gebärlage und Gründe der Überleitung von einer Hebammengeleiteten Geburt in eine Arzt/Hebammen-Geburt.

Die Anzahl der Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben, beträgt 49, und die der Frauen, die in eine Arzt/Hebammen-Geburt übergeleitet wurden, beträgt 40.

2.1.4 Fragebogen

Um zu Aussagen zu kommen, wodurch Frauen von dem Modell Hebammenkreißsaal erfahren und ob dieses Modell ihren Wünschen entspricht, wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, der sowohl quantitative als auch qualitative Elemente enthält⁴. Dieser wurde an alle Frauen verschickt, die sich in der Zeit vom 1.07.2004 bis zum 30.06.2005 zur Hebammengeleiteten Geburt angemeldet hatten.

2.2 Methoden

2.2.1 Auswertung DRG-Daten

Einfluss der Hebammengeleiteten Geburt auf die Geburtenzahlen:

Um eine Aussage treffen zu können, ob die Geburtenzahlen seit Einführung der Hebammengeleiteten Geburt gestiegen sind, wurden zunächst die Geburtenzahlen für den Zeitraum Januar 2004 bis Dezember 2004 und Januar 2005 bis Juni 2005 analysiert. Diese Daten wurden aus dem SAP-System abgeleitet. In dieser DRG-Tabelle wurden unterschieden in Geburten gesamt, Lebendgeborene, Totgeburten, sowie Kaiserschnitttrate und andere Interventionen wie Vakuumextraktion und Zangengeburt und die Anzahl der komplikationslosen Geburten (siehe Abb.1).

⁴ siehe Anhang B

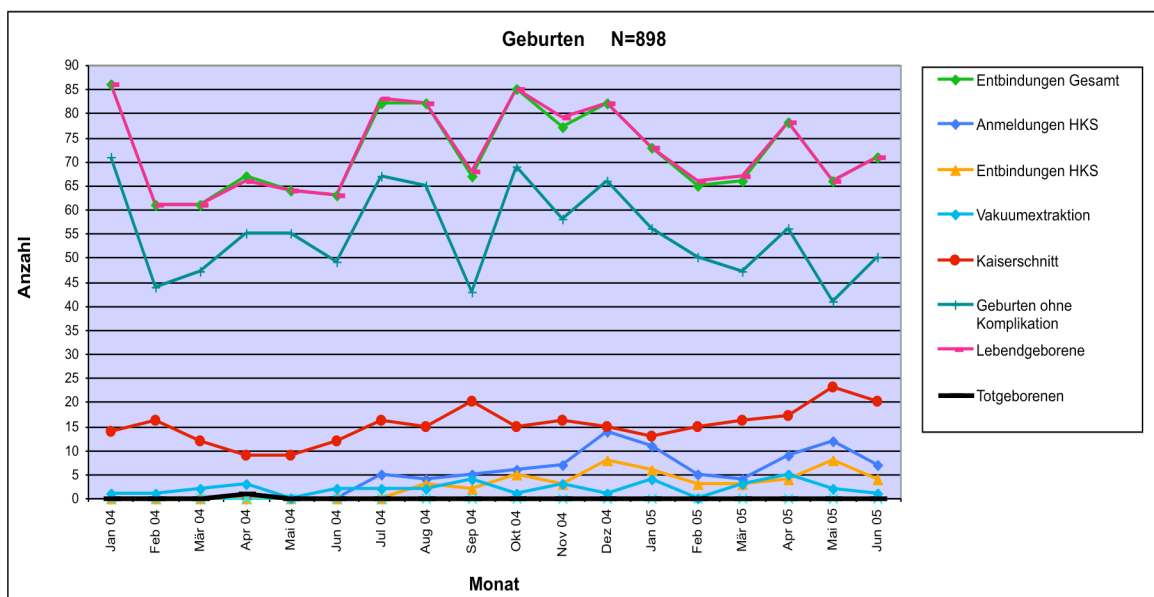


Abbildung 1: Anzahl der Geburten und Geburtsarten

Interessant für die Fragestellung dieser Arbeit waren die Daten der Geburten gesamt. Verglichen wurden die Gesamtgeburtenraten pro Halbjahr, um eine Aussage darüber zu erhalten, wie die Tendenz der Geburtenzahlen im Krankenhaus ist. Für die Fragestellung, ob das Modell der Hebammengeleiteten Geburt einen Einfluss auf die Gesamtgeburtenzahlen hat, wurden die Anmeldungen zur Hebammengeleiteten Geburt genommen, da diese Angabe relevanter für die Fragestellung ist, als die Angabe der Zahlen zur Hebammengeleiteten Geburt. Zum Einen ist bei Anmeldung zur Geburt nicht vorhersehbar, wie die diese verläuft und zum Anderen geben die Anmeldungen die Anzahl der interessierten Frauen für dieses Modell wieder. Die Zahlen der Gesamtgeburten wurden den Zahlen der Anmeldung zur Hebammengeleiteten Geburt gegenüber gestellt und anhand des Korrelationskoeffizienten nach Pearson wurde versucht, einen statistischen Zusammenhang herzustellen. Die Daten wurden in eine Microsoft-Excel Tabelle Version Microsoft XP eingegeben und über das Feld „Funktion“ der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Interpretiert wurde nach folgender Tabelle (Brühl/Zöfel 2000):

Tabelle 1: Korrelationsmaße

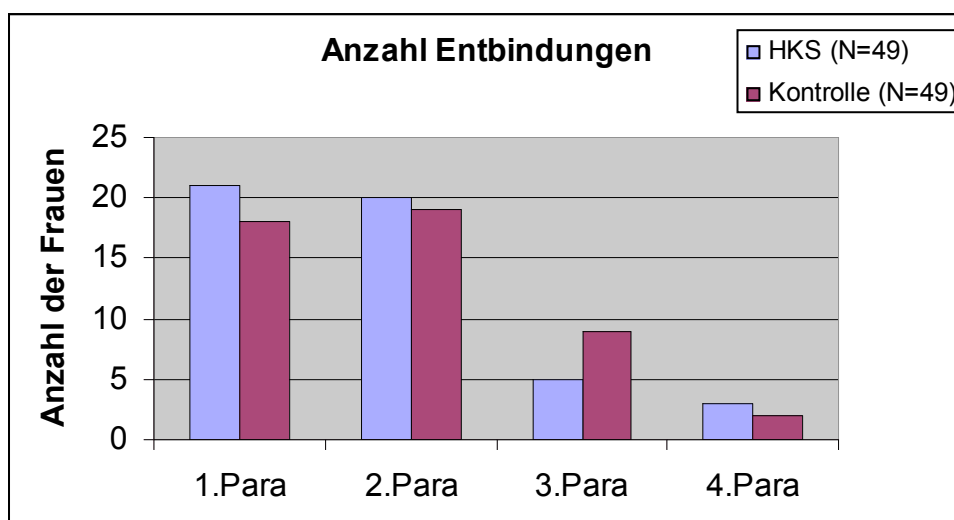
Werte des Korrelationskoeffizienten r	Interpretation
$0 < r \leq 0,2$	sehr geringe Korrelation
$0,2 < r \leq 0,5$	Geringe Korrelation
$0,5 < r \leq 0,7$	Mittlere Korrelation
$0,7 < r \leq 0,9$	Hohe Korrelation
$0,9 < r \leq 1$	Sehr hohe Korrelation

2.2.2 Auswertung KIM-Statistik⁵ und Perinatalbögen

Um zu der Gruppe der Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben, eine strukturgleiche Kontrollgruppe zu erhalten, wurden folgende Eigenschaften gemacht: Alter, Anzahl der Geburten, (ob Erstgebärende oder Mehrgebärende), Entbindungszeitraum (gleicher Zeitraum wie Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben) und Anamnese.

Zusätzlich wurden diese Kriterien von einem erfahrenen Kreißsaalarzt überprüft, um sicherzustellen, dass die gematchte Datei möglichst keine Confounder beinhaltet. Die Anzahl der Frauen der Kontrollgruppe ist genauso groß wie die der Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben.

Aus der folgenden Abbildung geht hervor, dass die Verteilung von Erst- und Mehrgebärenden in beiden Gruppen relativ gleichmäßig verteilt ist:

**Abbildung 2: Anzahl an Erst- und Mehrgebärenden**

⁵ Software zur Dokumentation der Geburten

Alter der Gebärenden:

Der Altersdurchschnitt lag in beiden Gruppen bei 33 Jahren, wobei der Anteil der Frauen, die sich für die Hebammengeleitete Geburt entschieden haben, höher in der Altersgruppe der 36 bis 40-jährigen vertreten war, als in der Vergleichsgruppe. In der Vergleichsgruppe waren die Gebärenden in der Altersgruppe der 31-35-jährigen am häufigsten vertreten.

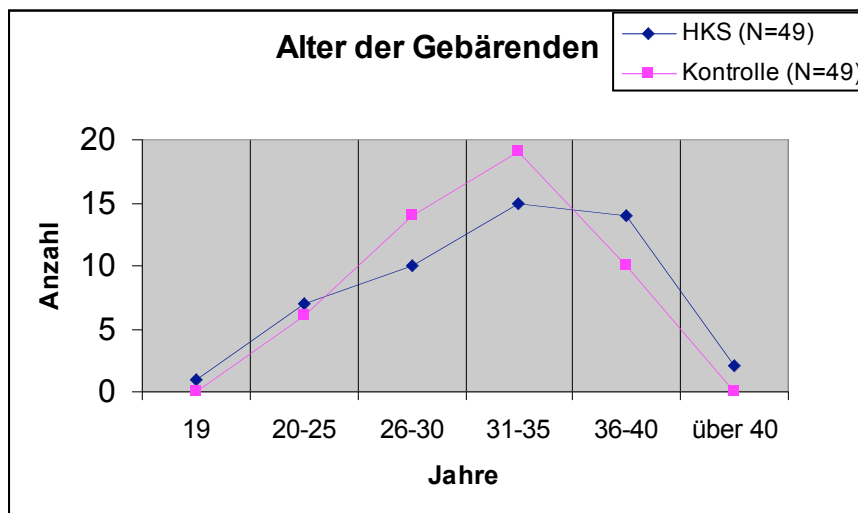


Abbildung 3: Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung

2.2.3 Vergleich der Daten der HKS-Frauen und der Kontrollgruppe

Sicherheit für Mutter und Kind anhand Komplikationen und Outcome des Kindes

Hier wurden die Komplikationsraten wie Dammriss 1. Grades, Dammriss 2. Grades, Dammriss 3. Grades, Scheidenriss, Labienriss, Scheiden- und Labienschürfung, Cervixriss sowie die Häufigkeit der aufgetretenen Komplikationen miteinander verglichen. Auch die Häufigkeit der Anwendung von Anästhesie post partum⁶ sowie Interventionen wie Episiotomie unter der Geburt wurde analysiert. Ein weiteres Kriterium, welches in beiden Gruppen betrachtet wurde, war die Geburtsdauer.

⁶ lat. nach der Geburt

Um das Outcome des Kindes beurteilen zu können wurden folgende Parameter zugrunde gelegt:

- APGAR-Wert
- Nabelschnur pH-Wert.

Über diese Werte gelangt man zu einer Aussage bezüglich der Sauerstoffversorgung unter der Geburt. Ein pH-Wert kleiner als 7,20 bedeutet leichte Azidose (Übersäuerung des Blutes), die über die einsetzende Atmung abgebaut wird, ein pH-Wert kleiner als 7,10 bedeutet mittelschwere Azidose, das heißt hier, ist der Stoffwechsel des Neugeborenen betroffen und die Azidose wird nicht sofort abgebaut. Des Weiteren wurde die Gebärlage bei den Hebammengeleiteten Geburten mit der Komplikationsart in Verbindung gebracht.

2.2.4 Gründe für Überleitung von Hebammengeleiteter Geburt in Arzt/Hebammengeleitete Geburt

In diesem Kapitel wurden die Gründe der Überleitung in eine Arzt/Hebammengeburt beschrieben. Von 89 Anmeldungen zur Hebammengeleiteten Geburt wurden 40 Frauen im Zeitraum Juli 2004 bis Juni 2005 in eine Arzt/Hebammengeleitete Geburt übergeleitet. Aus den Angaben war es nicht ersichtlich, ob diese Überleitung während der Geburt stattfand oder ob schon bei Geburtsbeginn eine Hebammengeleitete Geburt ausgeschlossen wurde. Als Ausschlusskriterien werden im Risikokatalog Grünes Fruchtwasser, Übertragung, Beckenendlage und Frühgeburt genannt. Das bedeutet, bei manchen Anmeldungen war vor Geburtsbeginn klar, dass die Schwangeren die Kriterien des Risikokatalogs nicht erfüllten und daher nicht hebammengeleitet entbinden konnten. Ab wann dies aber klar war, ist aus den vorliegenden Tabellen nicht ersichtlich und deshalb werden alle Frauen, welche die Geburt nicht hebammengeleitet beendet haben, als Überleitungen in eine Arzt/Hebammen-Geburt bezeichnet.

2.2.5 Auswertung Fragebogen

In diesem Fragebogen wurden die Gründe für die Entscheidung zur Hebammengeleiteten Geburt abgefragt. Insgesamt wurden 87 Frauen angeschrieben und davon haben 37 geantwortet. Dieser Fragebogen hatte quantitative und qualitative

Aspekte. Die quantitativen Aspekte wurden nach der Häufigkeit der Nennungen ausgewertet. Im qualitativen Teil wurden die Angaben der Frauen in Kategorien zusammengefasst, um aus den qualitativen Aussagen quantitative Bewertungen zu erstellen.

II Methoden und Material qualitativ

In diesem Kapitel wird das qualitative Vorgehen dargestellt, welches zur Beantwortung der Fragestellung Anwendung fand. Zum Einen werden die gewählten Methoden beschrieben (Teilnehmende Beobachtung, Leitfadeninterview, Entwicklung der Leitfäden sowie Analyse der Interviews), zum Anderen wird das durch diese Methoden gewonnene Material vorgestellt.

2.3 Methode

2.3.1 Teilnehmende Beobachtung

In der empirischen Sozialforschung ist die Beobachtung eine vielfach angewendete Forschungsmethode und lässt sich durch ihre Struktur, Offenheit und dem Partizipationsgrad der Beobachter unterscheiden (Atteslander 2003). Sie kann strukturiert oder unstrukturiert, offen oder verdeckt und aktiv oder passiv teilnehmend praktiziert werden (ebd.). Als die „Kernmethode der Feldforschung“ bezeichnet Friebertshäuser (Friebertshäuser 2003: 503) die teilnehmende Beobachtung. Diese Methode eignet sich optimal dazu, sich ein Untersuchungsfeld zu erschließen. „Teilnehmende Beobachtung bedeutet, dass die Forscher direkt in das zu untersuchende soziale System gehen und dort in der natürlichen Umgebung Daten sammeln“ (Atteslander 2003: 105). Im Gegensatz zur strukturierten Beobachtung, mittels derer zuvor generierte Hypothesen geprüft werden sollen, kann die unstrukturierte und offene teilnehmende Beobachtung (wie sie für vorliegende Arbeit durchgeführt wurde) als eine Art Vorstudie eingesetzt werden. Aus dem gesammelten Datenmaterial werden Kategorien gebildet, welche dann als Grundlage für nachfolgende Untersuchungen dienen.

Atteslander beschreibt den Forschungsablauf der teilnehmenden Beobachtung als reflexiv und vielfach rückkoppelnd bestehend aus den Phasen: Feldzugang, Rollendefinition beziehungsweise -wahl, Datenerhebung, Datenauswertung und Feldrückzug (Atteslander 2003). Dieser Ablauf ist als grobe Orientierung gedacht und nicht als starre Einteilung zu verstehen (ebd.).

Anhand dieser fünf Phasen wird die an die Fragestellung angepasste durchgeführte teilnehmende Beobachtung dargestellt:

1. Feldzugang

Da das Forschungsfeld von Anfang an feststand, erübrigten sich Überlegungen hinsichtlich Kontaktpersonen, Feld und Zugang zum Feld. (Atteslander 2003). Es war bekannt, dass die Hebammengeleitete Geburt wissenschaftlich begleitet werden würde.

2. Rollendefinition beziehungsweise Rollenwahl

Die von der Studentin gewählte offene Rolle hatte das Ziel, an möglichst vielen Prozessen rund um die Hebammengeleitete Geburt, aber auch konventioneller Geburtshilfe, teilzunehmen beziehungsweise diese zu beobachten. Dazu gehörten unter anderem die Anmeldungen zur Geburt, Vorgespräche, Untersuchungen und die Akupunktursprechstunde, sowie der Stationsalltag und Dienstübergaben. Außerdem wurde so oft es ging die Möglichkeit wahrgenommen, bei Geburten anwesend zu sein. Dazu kamen „lockere Gespräche“ zum Thema, vornehmlich mit den Hebammen.

3. Datenerhebung

Die Beobachtungen wurden in einem Feldforschungstagebuch notiert. Hier wurde alles festgehalten: Eindrücke, Gedanken und Ideen, besondere Erlebnisse, Probleme, Fragestellungen, die sich auftaten, Protokolle der „lockeren Gespräche“ und Selbstreflexionen.

4. Datenauswertung

In einem Prozess mit nicht klar abgrenzbaren Schritten wurden aus dem gesammelten Datenmaterial Kategorien entwickelt. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass besonders die Phasen 3 und 4 in engem Bezug, nämlich reflexiv und vielfach rückkoppelnd (s. o.) zueinander stattgefunden haben. Die entwickelten Kategorien dienten als Grundlage für die geplanten Leitfadeninterviews und werden im Kapitel 2.3.3 vorgestellt.

5. Feldrückzug

Der eigentliche Feldrückzug ist ein schleichender und kein geplanter Prozess gewesen. Nachdem die Daten der teilnehmenden Beobachtung ausgewertet und die Interviewleitfäden fertig gestellt waren, wurde mit der Befragung der Hebammen begonnen, welche vornehmlich im Kreißaal stattfand. Auch nach Beendigung dieser etwa zehn Wochen dauernden Phase von Ende April bis Mitte Juli 2005 gab es keinen offiziellen Abschied von den Hebammen und Ärzten, da im Rahmen dieser Arbeit immer noch Kontakt zu der Abteilung besteht.

2.3.2 Leitfadeninterview

Aus dem breiten Spektrum der unterschiedlichen Interviewtypen, die in der qualitativen Sozialforschung Anwendung finden, ist für diese Untersuchung das Leitfadeninterview am besten geeignet, da es um die Beantwortung der erläuterten Fragestellung geht und nicht um beispielsweise biographische Berichte, wie im narrativen Interview, in dem der Befragte frei erzählen und nicht unterbrochen werden soll.

Beim Leitfadeninterview handelt es sich um ein teilstrukturiertes Interview, dem ein Gesprächsleitfaden zugrunde liegt. Dieser Leitfaden grenzt Themenkomplexe ein und ermöglicht eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews (Friebertshäuser 2003). Der Aufbau eines Leitfadens wird unterschiedlich gehandhabt und reicht von ausformulierten Fragen in einer bestimmten Reihenfolge bis hin zu Fragenlisten oder Themenbereichen, deren Abfolge flexibel gestaltet werden kann (ebd.). Unabhängig von der Struktur besteht bei jedem leitfadengestützten Gespräch die Möglichkeit, Zwischenfragen zu stellen beziehungsweise sich neu ergebende Themen aufzugreifen und ihnen nachzugehen (Atteslander 2003).

2.3.3 Entwicklung der Interviewleitfäden

Als Grundlage für den Leitfaden dienten die aus der teilnehmenden Beobachtung generierten Kategorien (s. Kapitel 2.3.1). Für jede der zu befragenden Gruppen – Frauen, Hebammen, Ärzte – gibt es einen eigenen Leitfaden, wobei die der Hebammen und Ärzte sehr ähnlich sind.

Nachfolgend sollen die einzelnen Kategorien vorgestellt werden:

Frauen

- A) Erwartungen der Frauen an den Hebammenkreißsaal
- B) Zufriedenheit, Probleme, Wünsche
- C) Beziehungen zu den Hebammen und gegebenenfalls. zu den Ärzten

Hebammen und Ärzte

- A) Zufriedenheit und Problemsicht der Hebammen beziehungsweise Ärzte
- B) Vorteile und Nachteile für die Frauen; Beziehung zu den Frauen
- C) Risikokatalog
- D) Einstellung zu Ärzten beziehungsweise Hebammen? Neue Konflikte mit den Ärzten beziehungsweise Hebammen? Beziehung zu den Ärzten beziehungsweise Hebammen?
- E) Selbstreflexion der Hebammen beziehungsweise Ärzte/Aspekte der Qualifizierung und Entqualifizierung

Diesen Kategorien wurden eine Reihe spezifischer Fragen hinzugefügt, wodurch ein jeweils sehr strukturierter Leitfaden entstanden ist; ergänzt wurde mit soziodemographischen Fragen. Diese sehr eng gegliederten Leitfäden hatten eine reine Daten- beziehungsweise Informationssammlung zum Ziel, so dass die Auswertung der erwarteten Interviewmenge handhabbar und überschaubar bliebe.

Aus Platzgründen sind die Leitfäden im Anhang⁷ aufgelistet, zum weiteren Verständnis wird empfohlen, diese zunächst zu lesen.

Die folgende Tabelle vermittelt einen ersten Eindruck über das Gerüst der Leitfäden, exemplarisch dargestellt für den Hebammenleitfaden:

⁷ Anhang C-F

Tabelle 2: Leitfadengerüst am Beispiel der Hebammen

Kategorie	Fragen zu:
Zufriedenheit und Problemsicht	Gründe für Teilnahme, Erwartungen, Zufriedenheit, Was gefällt, was gefällt nicht?
Vor- und Nachteile für die Frauen, Beziehung zu den Frauen	Vor- und Nachteile für die Frauen, Unterschiede zu konventionellen Geburten, Charakterisierung der HKS-Frau möglich?
Risikokatalog	Beurteilung, Änderungsbedarf
Beziehung zu den Ärzten	Veränderungen, Konflikte
Selbstreflexion	Verantwortung, Lernprozesse, Teamentwicklung

2.3.4 Analyse der Interviews

Die für diese Untersuchung gewählte Form der Analyse der Interviews ist ein Methodenmix aus bestehenden Techniken zur Auswertung qualitativer Leitfadenterviews.

Zunächst wird das Material anhand der ersten drei Analyseschritte aus Mayrings „Allgemeinem inhaltsanalytischen Ablaufmodell“ (Mayring 2003) dargestellt (siehe Kapitel 2.4.3):

- 1 Festlegung des Materials
- 2 Analyse der Entstehungssituation
- 3 Formale Charakteristika des Materials

Im Anschluss folgt das in der qualitativen Sozialforschung gängige Verfahren des Codierens des Materials in Kategorien; als Kategorien dienten die Fragen der Interviewleitfäden. Dazu wurden alle Aussagen aus den jeweiligen vorliegenden Interviews den verschiedenen Kategorien zugeordnet und eingehender analysiert.

Im zweiten Schritt wurden nochmals sämtliche Interviews daraufhin überprüft, ob sich zusätzliche Kategorien ableiten lassen. Entsprechende Passagen wurden erneut codiert.

Im Anschluss wurde das Material zu übergeordneten Themen zusammengefasst. Dabei wurde darauf geachtet, dass die gesamte Bandbreite der Aussagen in diesen Themen ausgedrückt ist.

In der Ergebnisdarstellung werden die Äußerungen zu den unterschiedlichen Themen aufgeführt und mit entsprechenden Zitaten untermauert. Als Zitate wurden solche Stellen ausgewählt, die entweder das Spektrum der Aussagen widerspiegeln oder in denen das Thema besonders gut zum Ausdruck gebracht wird.

2.4 Material

2.4.1 Stichprobe

In qualitativen Untersuchungen ist der statistischen Repräsentativität keine besondere Bedeutung zuzumessen. Vielmehr spielt die inhaltliche Repräsentation eine Rolle, wobei der Kern des zu untersuchenden Feldes gut vertreten sein sollte (Merkens, S.100). Um diesem Ansatz gerecht zu werden, wurde die Stichprobe wie folgt geplant: Es sollten alle zehn Hebammen des Kreißsaals und mindestens vier von zehn Ärzten befragt werden. Die Gruppe der Frauen wurde aufgeteilt. Diese Unterscheidung wird kurz erläutert:

Frauen, hebammengeleitet entbunden (HKS ja)

Frauen, die sich für den Hebammenkreißsaal angemeldet haben und ohne Komplikationen hebammengeleitet entbunden haben. Aus dieser Gruppe sollten etwa 5 bis 7 Frauen interviewt werden.

Frauen, übergeleitet (HKS nein beziehungsweise abgebrochen)

Für den Hebammenkreißsaal angemeldete Frauen, bei denen im Laufe der Geburt eines der im Risikokatalog definierten Ausschlusskriterien aufgetreten ist und deren Geburt in Arzt/Hebammen-geleitet übergeleitet wurde. Hier sollten ebenfalls etwa 5 bis 7 Frauen befragt werden.

2.4.2 Rekrutierung der Interviewpartner

Frauen

Geplant war, die Frauen acht bis zwölf Wochen nach Entbindung zu befragen. Dieser Zeitraum wurde deswegen gewählt, weil die Frauen zu der Geburt als gegebenenfalls traumatisches Ereignis einen angemessenen Abstand haben und sich mittlerweile in ihrem neuen Alltag einigermaßen zurechtgefunden haben würden. Gleichwohl ist das Erlebte noch recht frisch in ihrer Erinnerung, so dass davon auszugehen ist, dass diese nicht verfälscht ist. Der für die Interviews zu Verfügung stehende Zeitraum belief sich daher auf zwei Monate. Aus der Excel-Tabelle (siehe Kapitel 2.1.3) wurden die entsprechenden Frauen herausgesucht.

Von diesen sieben Probandinnen der Gruppe „HKS nein“ waren nur drei zu einem Interview bereit. Zwei Frauen lehnten ein Interview ab und zwei Frauen konnten mehrfach telefonisch nicht erreicht werden. Diesen wurde zweimal auf dem Anrufbeantworter eine Nachricht mit Bitte um Rückruf hinterlassen, auch wenn sie nicht zu einem Interview bereit wären, so dass sie von der Liste gestrichen werden könnten. Hierauf gab es keinerlei Reaktion. Daher musste in einen weiteren Monat ausgewichen werden und so wurden noch drei Frauen gefunden, die zu einem Interview bereit waren. Daher verschob sich der anvisierte postnatale Zeitraum.

Die zur Verfügung stehende Stichprobe „HKS ja“ wurde nach und nach abtelefoniert. Hier war durchweg sofort die Bereitschaft vorhanden, an einem Interview teilzunehmen.

Hebammen und Ärzte

Nach Fertigstellung der Leitfäden wurden Termine für die Interviews mit den sich dazu bereit erklärenden Hebammen und Ärzten vereinbart. Die Absprache hierzu erfolgte entweder persönlich im Feld oder telefonisch.

Alle Hebammen sind bereit gewesen, an den Interviews teilzunehmen. Die Vereinbarung von Interviewterminen mit den Ärzten erwies sich als schwieriger, da diese stark in den Klinikbetrieb eingebunden waren und aus den daraus resultierenden Belastungen viele keine Zeit mehr für ein Interview fanden.

2.4.3 Darstellung des Materials (nach Mayring)

1. Festlegung des Materials

Bei dem zu untersuchenden Material handelt es sich um 30 Interviews, die im Zeitraum vom 27. April bis 05. Oktober 2005 durchgeführt wurden. Das Material ist zu unterteilen in Frauen, Hebammen und Ärzte. Die Frauen wurden in zwei Gruppen aufgliedert:

- *Frauen, HKS ja*

Sechs Interviews wurden im Zeitraum vom 12. Juli bis 9. August 2005 durchgeführt, die Dauer belief sich zwischen 35 und 55 Minuten. Der Zeitraum der Entbindung im Hebammenkreißsaal lag acht bis zwölf Wochen zurück. Vier Frauen waren erstgebärend, zwei Frauen bekamen das zweite Kind.

- *Frauen, HKS nein*

Ebenfalls sechs Frauen wurden befragt im Zeitraum vom 3. August bis 5. Oktober, die Dauer der Interviews betrug 35 bis 60 Minuten. Die für den Hebammenkreißsaal geplante Geburt war zwischen 11 und 26 Wochen her, für eine Frau war es das dritte Kind, für eine das zweite und vier Frauen bekamen ihr erstes Kind.

- *Hebammen*

Befragt wurden alle zehn Hebammen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung im Kreißsaal der Asklepios Klinik Harburg arbeiteten. Die Dauer des jeweiligen Angestelltenverhältnisses lag zwischen zwei und 25 Jahren, vier Hebammen arbeiteten in Vollzeit, sechs in Teilzeit (3x 50 %, 3x 75 %). Sieben der Hebammen waren zusätzlich freiberuflich tätig. Eine Hebamme nahm nicht am Hebammenkreißsaal teil. Die Interviews fanden in der Zeit vom 27. April bis 13. Juli 2005 statt und dauerten zwischen 60 und 120 Minuten.

- *Ärzte*

Fünf von zehn Ärzten sind im Zeitraum vom 21. Juli bis 9. November 2005 befragt worden, die Interviews dauerten zwischen 40 und 100 Minuten. Die Ärzte waren zwischen fünf und 19 Jahren am AKH beschäftigt. Alle Befragten sind Fachärzte

für Gynäkologie und Geburtshilfe und drei geben an, in irgendeiner Art und Weise am Hebammenkreißsaal beteiligt zu sein.

2. Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Allen Befragten wurde Anonymität zugesichert und die erwartete Dauer der Interviews mitgeteilt. Alle Gespräche wurden mittels des für die jeweilige Gruppe bestehenden Interviewleitfadens geführt.

• Frauen

Sämtliche Befragungen wurden am Telefon durchgeführt. Einigen Frauen war die Interviewerin durch die Arbeit im Feld bekannt. Bevor die Probandinnen gefragt wurden, ob sie zu einem Interview bereit wären, wurden sie über folgende Punkte aufgeklärt:

- Forschungsprojekt im Auftrag des Krankenhauses und diese Diplomarbeit
- Freiwillige Teilnahme
- Anonymität
- Erwartete Dauer (ca. 45 Minuten)
- Hebammen

Acht der Interviews wurden im Kreißsaal beziehungsweise in dazugehörigen Räumen geführt, entweder vor, während oder nach der Arbeitszeit. Zwei Gespräche fanden in einem Café statt.

Bei einigen Gesprächen fühlten sich die Interviewpartnerinnen gegen Ende unter Zeitdruck. Dies wurde mit Beginn der Rufbereitschaft, des Dienstes oder auch der Dauer des Gespräches begründet. Kein Interview wurde deswegen vorzeitig abgebrochen, ein Gespräch wurde geteilt (erster Teil: 50 Minuten, zweiter Teil: 40 Minuten).

• Ärzte

Die Befragungen fanden ausschließlich während der Arbeitszeit statt, entweder im regulären Dienst oder im Bereitschaftsdienst. Zwei Interviews fanden in einem Un-

tersuchungszimmer statt, ein Interview wurde nach der Hälfte aufgrund Zeitmangels abgebrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt, zwei Interviews fanden in einem Büro statt.

3. Formale Charakteristika des Materials

Der Großteil der geführten Interviews⁸ wurde von Hand teilweise wörtlich aber hauptsächlich in Form eines Stichwortprotokolls mitgeschrieben und anschließend am Computer transkribiert. Vier der fünf Befragungen der Ärzte wurden auf ein Tonband aufgezeichnet und im Anschluss ebenfalls am Computer transkribiert.

Auf die Dokumentation von Mimik, Gestik, Stimmlagen in den persönlichen Gesprächen oder Störungen am Telefon wurde verzichtet, da es alleiniges Ziel der Befragung war, die gewünschten Informationen zu erhalten.

Eine der Forschungsfragen ist, welche Frauen sich für die Hebammengeleitete Geburt anmelden. Daher wird an dieser Stelle eine Übersicht aufgeführt, welche die dafür relevanten soziodemographischen Angaben der interviewten HKS-Frauen zusammenfasst:

⁸ Aufteilung der Durchführung der Interviews siehe Eidesstattliche Erklärung

Tabelle 3: Soziodemographische Angaben der HKS-Frauen

	HKS N=12	HKS ja n=6	HKS nein n=6
Alter in Jahren	26-38 (31,6)	26-38 (32,5)	28-37 (30,7)
Familienstand			
Ledig	2	1	1
Verheiratet	10	5	5
Kinder			
Eins	8	4	4
Zwei	3	2	1
Drei	1	-	1
Nationalität			
Deutsch	11	5	6
Andere	1	Polnisch	-
Schulabschluss			
Realschulabschluss	1	-	1
Fachhochschulreife	2	2	-
Abitur	9	4	5
Akupunktur			
Ja, am AKH	6	2	4
Ja, „draußen“	2	1	1
Nein	4	3	1
Geburtsvorbereitungskurs			
Ja	10	4	6
Nein	2	2 (beide 2. Kind)	-

3 Ergebnisse

Wie sich aus der Methodenbeschreibung schließen lässt, werden auch die Ergebnisse nach der Erkenntnislogik ihrer Erarbeitung in quantitative und qualitative aufgeteilt dargestellt.

III Ergebnisse quantitativ

3.1 Einfluss der Hebammengeleiteten Geburt auf die Geburtenzahlen

Auf Grundlage der DRG-Daten des Zeitraums Januar 2004 bis Juni 2005 aus dem SAP-System des Krankenhauses wurde eine Steigerung der Geburtenraten im Zeitraum Januar 2004 bis Juni 2005 festgestellt. In den Monaten Januar 2004 bis Juni 2004 haben 402 Frauen im Krankenhaus entbunden. Im gleichen Zeitraum 2005 (Januar bis Juni) haben 419 Frauen entbunden, wohin gegen es eine deutliche Steigerung im zweiten Halbjahr 2004 mit 479 Geburten gab. Im Juli 2004 wurde das Projekt „Hebammengeleitete Geburt“ ins Leben gerufen.

Tabelle 4: Übersicht Geburtenzahlen

Zeitraum	Gesamtgeburtenzahlen
1. Halbjahr 2004	402 Geburten
2. Halbjahr 2004	479 Geburten
1. Halbjahr 2005	419 Geburten

Der Anteil an Anmeldungen zur Hebammengeleiteten Geburt betrug im Verhältnis zur Gesamtgeburtenrate 9,91 %, der Anteil an hebammengeleiteten Entbindungen 5,46%. Folgende Abbildung gibt an, wie sich das Verhältnis von Hebammengeleiteten Geburten zu Anmeldungen und Gesamtgeburten verhält:

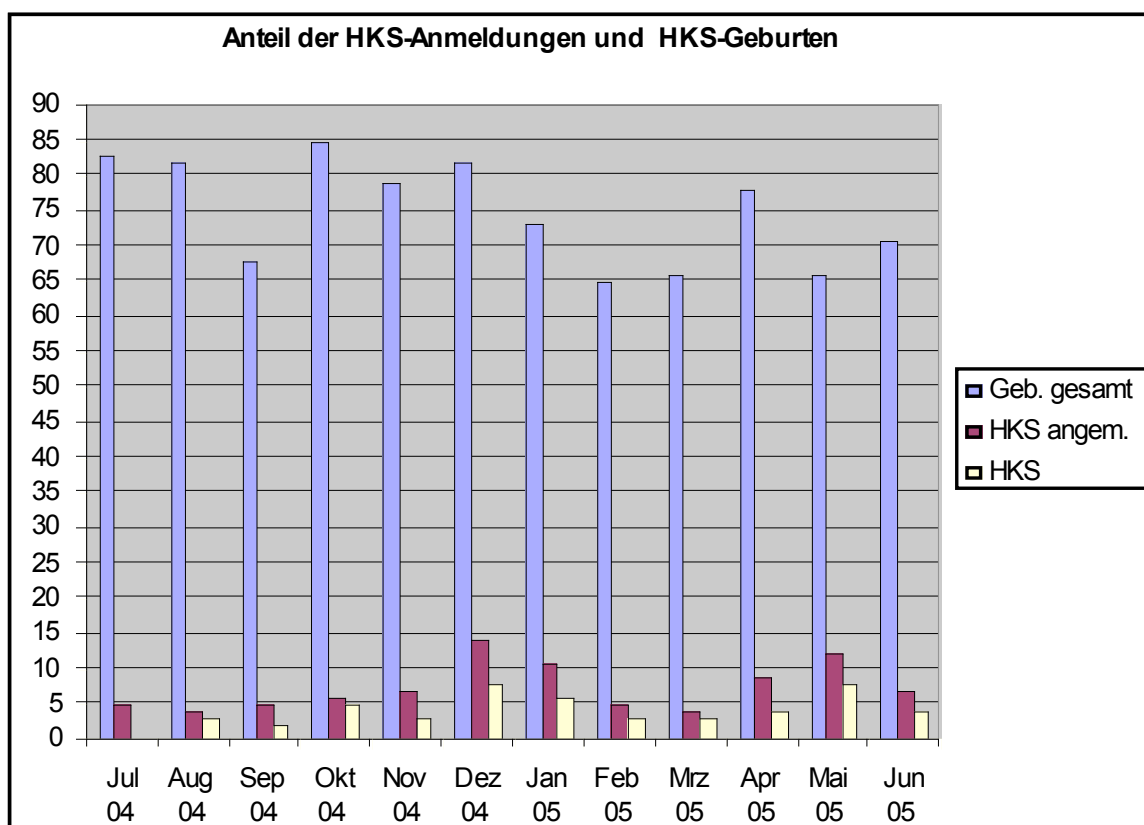
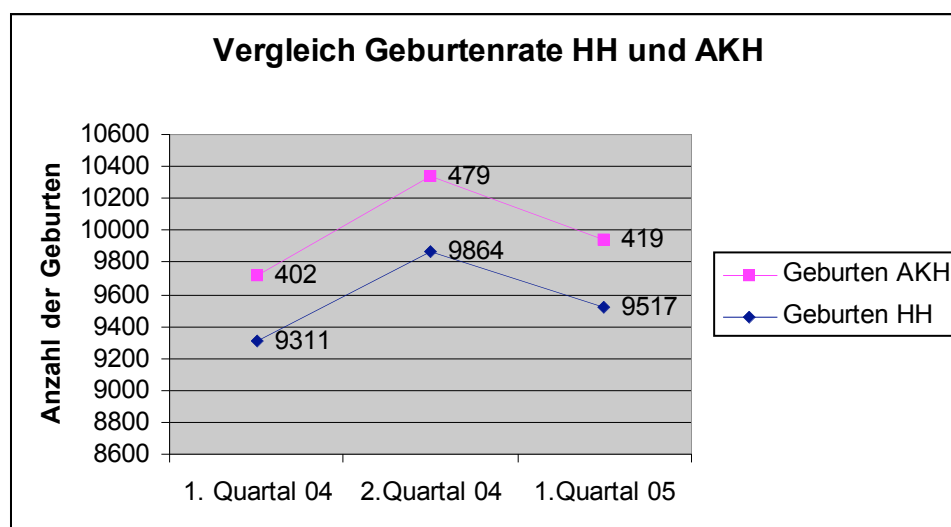


Abbildung 4: Verteilung Anmeldung und Entbindungen zur Hebammengeleiteten Geburt im Verhältnis zur Gesamtgeburtenrate

Ein deutlicher Anstieg der Geburtsanmeldungen für die Hebammengeleitete Geburt war im November und Dezember 2004 zu verzeichnen, zu einem Zeitpunkt als die Gesamtgeburtenrate wieder sank. Die Frage, ob ein statistischer Zusammenhang zwischen Steigerung der Geburtenrate und Einführung des Modells Hebammengeleiteter Kreißsaals besteht, wurde mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu beantworten versucht. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson beträgt für die Anmeldungen zur Hebammengeleiteten Geburt $r=0,06$. Die Interpretation des Korrelationskoeffizienten r ergibt, dass nur ein sehr geringer Zusammenhang zwischen Einführung des Modells und Steigerung der Geburtenraten bestand.

Im ersten Quartal 2005 sinken die Geburtenzahlen in Hamburg wieder und entsprechend auch die Geburtenzahlen in der Asklepios Klinik Harburg.



Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Daten AKH

Abbildung 5: Vergleich Geburtenzahlen Hamburg und Asklepios Klinik Harburg für die ersten Quartale 2004 und 2005 sowie zweites Quartal 2004

Geburtenzahlen 2004/2005 für Hamburg aus dem Bundesländervergleich:

Diese Zahlen zeigen, dass es in Hamburg eine Tendenz von steigenden Geburtenzahlen für den Zeitraum Januar 2004 bis Juni 2005 gab. Diese Tendenz wird auch durch die Geburtenzahlen aus den Jahren 2003 und 2004 der Hamburger Einrichtungen bestätigt.

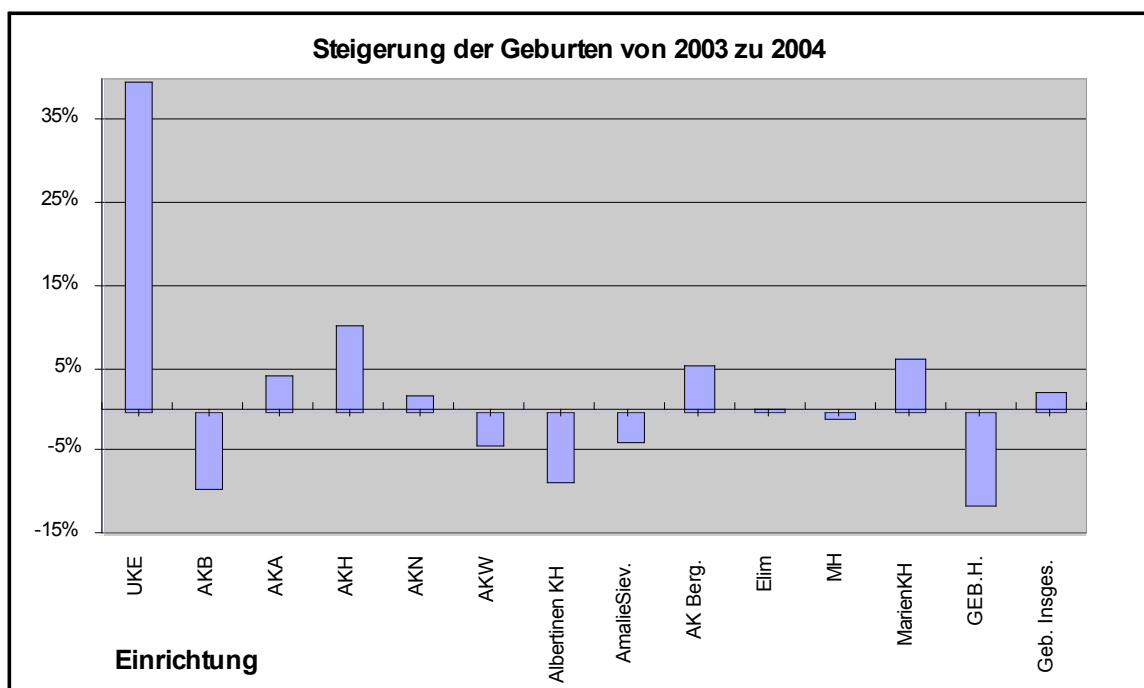
Tabelle 5: Geburtenzahlen in Hamburg pro Monat. Angaben in Prozent verglichen mit den Geburtenzahlen des ersten Quartals 2004 und des ersten Quartals 2005.

Jahr	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
2004	1624	1514	1617	1552	1385	1619	1693	1737	1800	1556	1452	1626	19175
2005	1511	1479	1615	1588	1642	1682							
In %	-	-	-	2,32%	18,56%	3,89%							
	6,96%	2,31%	0,12%										

Quelle: Statistisches Bundesamt

Nach Angaben der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit Hamburg über die Geburtenzahlen der Jahre 2003 und 2004 aus allen Hamburger Einrichtungen mit Geburtshilflichen/Gynäkologischen Abteilungen sowie dem Geburtshaus Hamburg wurde eine deutliche Zunahme der Geburten um 10,22 % in der Asklepios Klinik Harburg für diesen Zeitraum ersichtlich, während im Geburtshaus ein deutlicher

Rückgang um 11,29 % und im Krankenhaus Maria Hilf ein leichter Rückgang um 0,8 % zu verzeichnen war.



Quelle: FHH, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Geburten 2004

Abbildung 6: Vergleich der Geburten in Hamburger Einrichtungen der Jahre 2003 und 2004

3.2 Ergebnisse der Auswertung der Perinatalbögen

3.2.1 Dauer der Geburt:

Die durchschnittliche Geburtsdauer lag bei den Frauen, die im Hebammenkreißsaal entbunden haben, bei 6,5 Stunden, während die Geburtsdauer in der Kontrollgruppe 7,2 Stunden betrug. Diese Durchschnittswerte wurden unabhängig von der Anzahl vorangegangener Geburten errechnet. Auch die Anzahl der Geburten, die länger als 10 Stunden dauerten, unterschieden sich nicht wesentlich von der Kontrollgruppe, sechs HKS-Geburten dauerten länger als 10 Stunden, in der Kontrollgruppe waren es fünf Geburten mit einer Geburtsdauer länger als 10 Stunden.

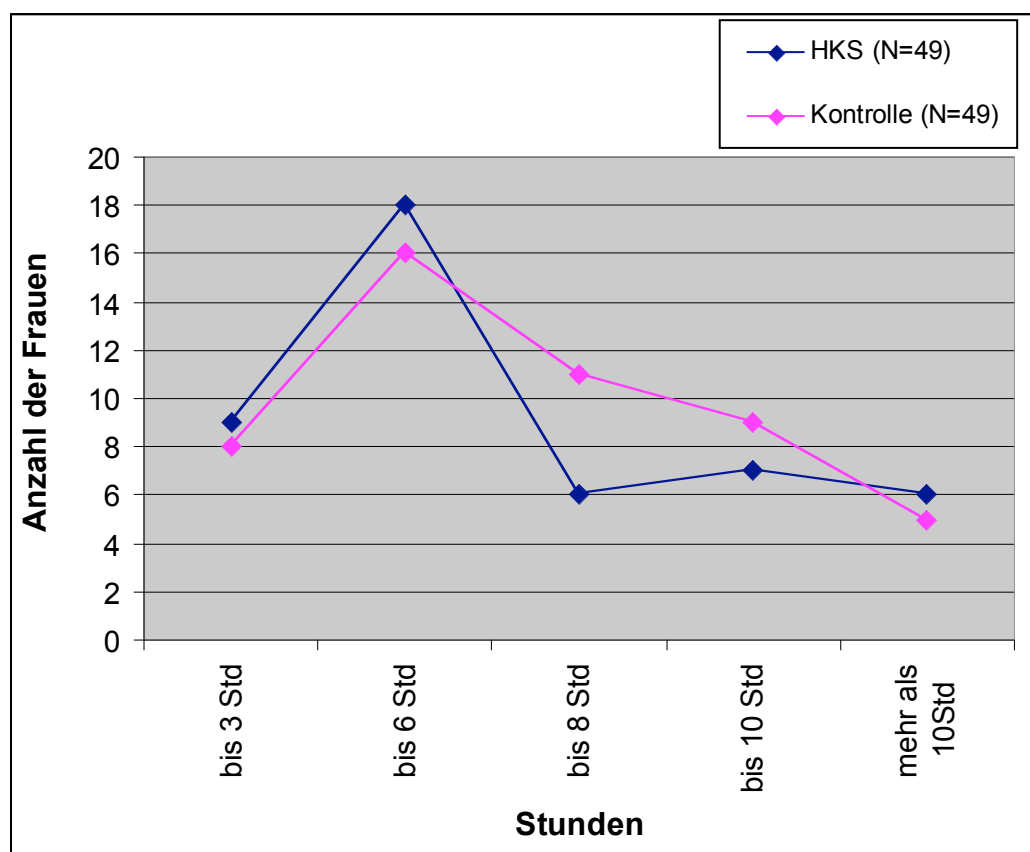


Abbildung 7: Dauer der Geburt

3.2.2 Komplikationen:

Frauen, die im Hebammenkreißsaal entbunden haben, bekamen keine Episiotomie, während drei Frauen aus der Kontrollgruppe, die Arzt/Hebammen-geleitet entbunden haben, episiotomiert wurden. Auffällig ist hingegen die Anzahl der Dammrisse ersten und zweiten Grades. Zwölf Frauen aus der Kontrollgruppe hatten einen Dammriss ersten Grades (DR I) und acht einen Dammriss zweiten Grades (DR II), während nur vier HKS-Frauen einen DR I, dafür aber zwölf Frauen einen DR II hatten. Scheidenriss und -schürfung waren in beiden Gruppen ähnlich oft vertreten. Labienriss hingegen kam in der Kontrollgruppe sechsmal vor, während dies bei den HKS-Frauen nur einmal der Fall war. Cervixriss trat einmal unter den Hebammengeleiteten Geburten auf.

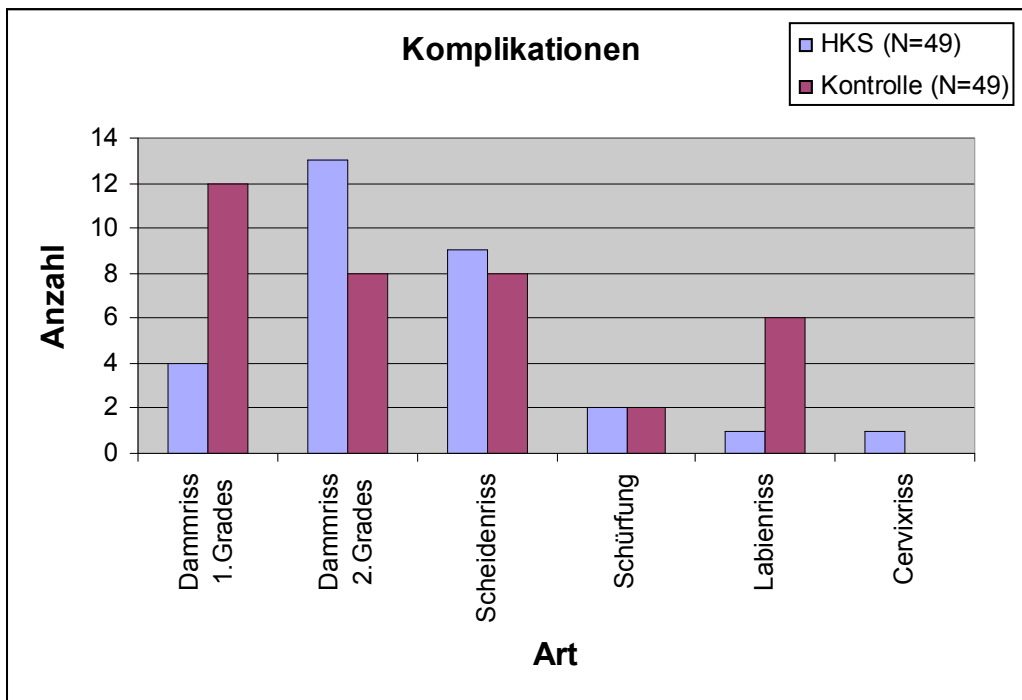


Abbildung 8: Häufigkeit der Komplikationen

Lokalanästhesie wurde post partum bei den Frauen, die hebammengeleitet entbunden hatten, 19-mal verwendet, hingegen in der Kontrollgruppe 25-mal. Unter keine Angaben sind keine Interventionen wie zum Beispiel Nähen nach der Geburt zu verstehen.

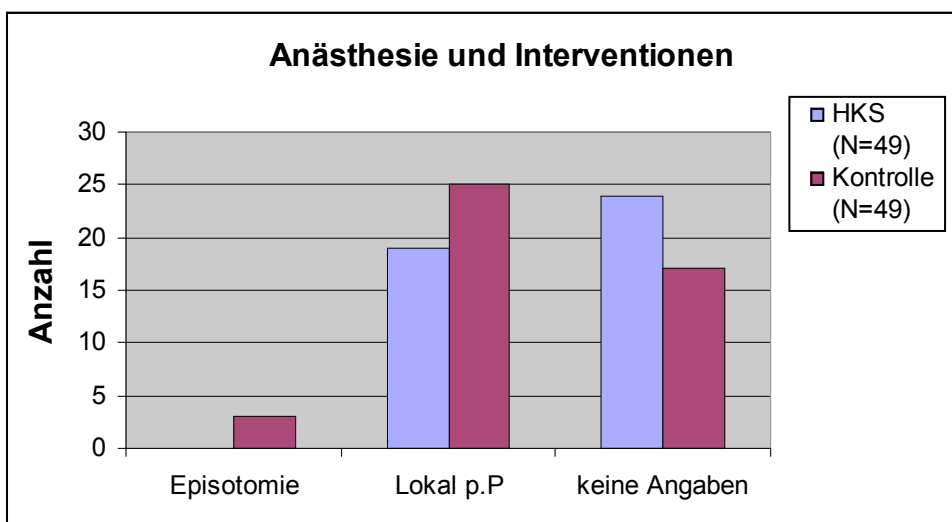


Abbildung 9: Anästhesie und Interventionen

Komplikationen in Abhängigkeit zur Geburtsposition

Bei Betrachtung der Komplikationsraten der beiden Gruppen, war die Komplikationsrate Dammriss 2. Grades bei den Frauen, die hebammengeleitet entbunden haben, deutlich höher als in der Kontrollgruppe. Nach Rücksprache mit der stellvertretenden leitenden Hebamme wurde als Grund die Gebärposition als eine mögliche Ursache dafür genannt. Daher wurden die Gebärpositionen bei den Hebammengeleiteten Geburten mit den Komplikationsarten in Zusammenhang gebracht. Als Gebärpositionen wurden folgende Angaben gemacht:

- Wassergeburt (n=13)
- Hockergeburt (n=8)
- Vierfüßlerstand (n=1)
- Keine Angabe (n=26) (steht laut Aussage der Hebammen für auf dem Rücken liegend entbindend)

Ein Zusammenhang zwischen Hocker- und Wassergeburt und einer höheren Rate an Dammrissen zweiten Grades im Vergleich zu den Frauen, die auf dem Rücken liegend entbunden haben (k. A.) kann nicht hergestellt werden. Die Dammrissrate bei Hocker- und Wassergeburt ist trotz des erschwerten Dammschutzes durch die Hebammen eher geringer.

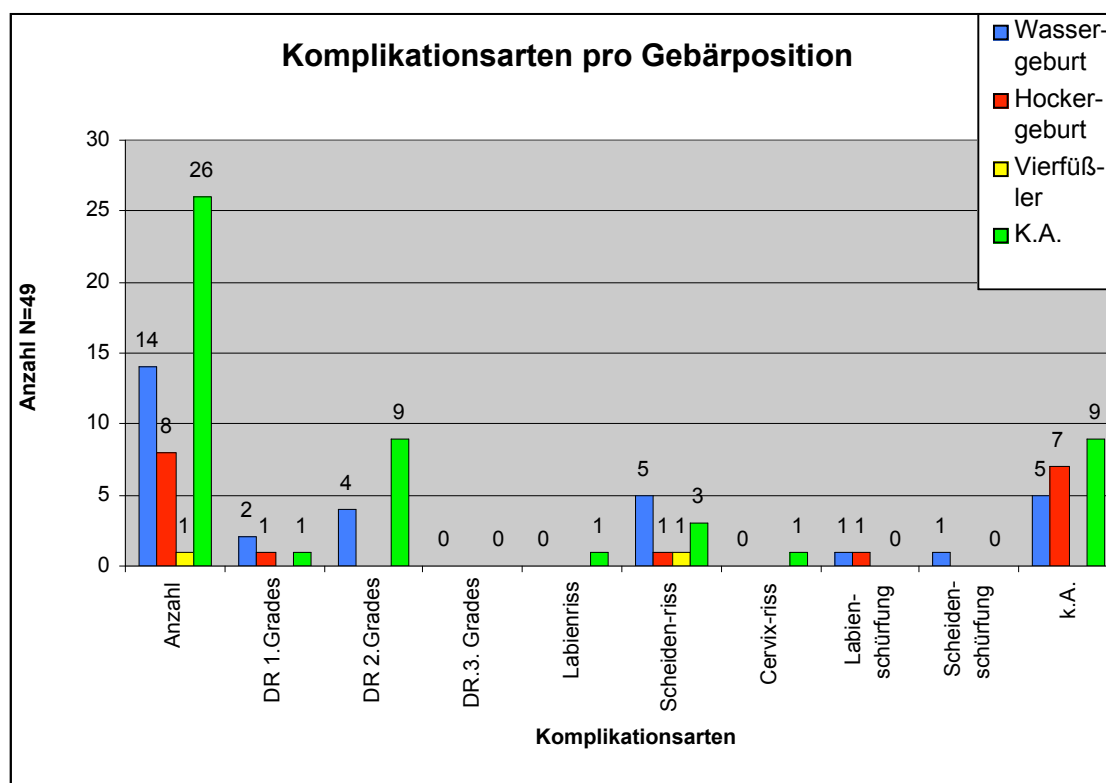


Abbildung 10: Komplikationen in Abhängigkeit zur Gebärposition

Die Dammrisse zweiten Grades lassen eher auf Kinder mit einem größeren Kopfumfang schließen, als das diese Komplikationsart etwas mit der Gebärposition zu tun hat. Aus diesem Grund wurden Größe, Gewicht und Kopfumfang mit der Komplikation DR II in Zusammenhang gebracht.

Zwischen Kopfumfang größer 37 cm und DR II gibt es einen leichten statistischen Zusammenhang $r=0,24616$ (je mehr der Korrelationskoeffizient gen 1 geht, desto größer der Zusammenhang), während es zwischen Geburtsgewicht ($r=0,04503$) und KU 34/35 cm ($r=-0,0362$) in Zusammenhang mit DR II keinen statistischen Zusammenhang gibt, beziehungsweise einen negativen Zusammenhang, welcher besagt: je kleiner der Kopfumfang, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem DR II kommt.

In folgender Abbildung werden Kopfumfang (KU), Körpergröße und Geburtsgewicht der Kinder beider Gruppen anteilig in Prozent gegenübergestellt:

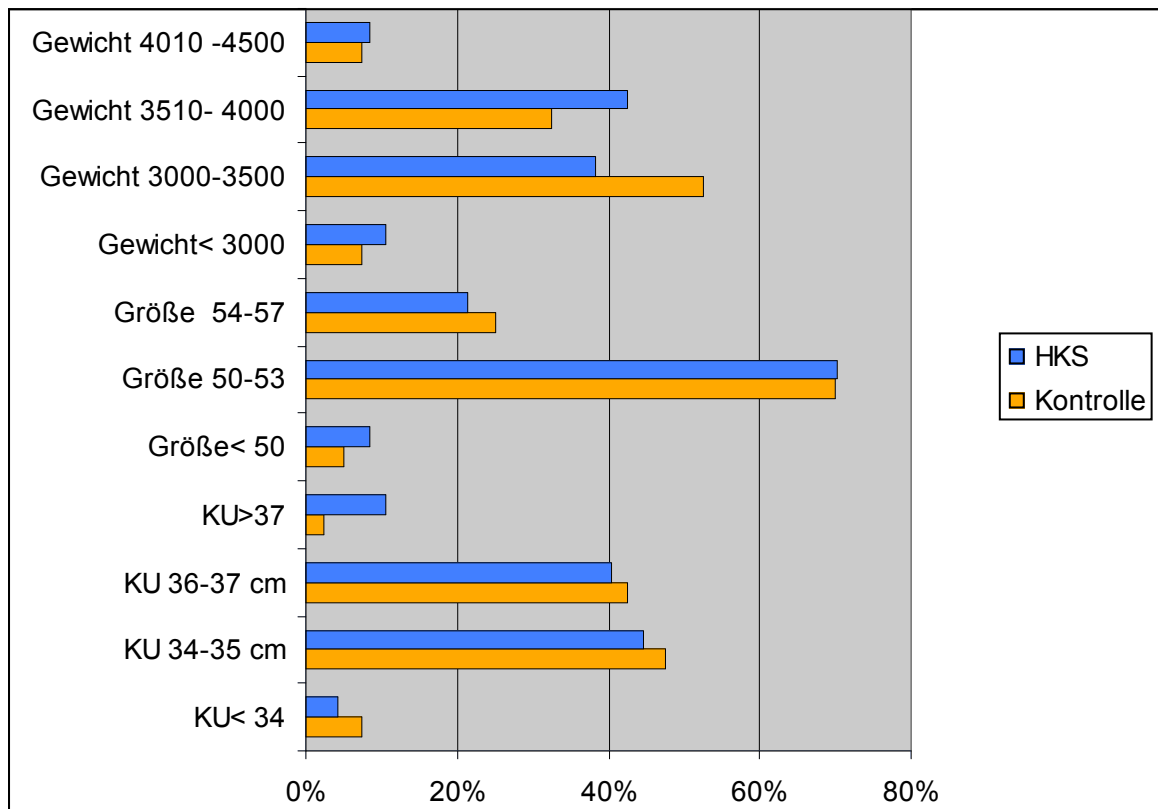


Abbildung 11: Gewicht, Größe und Kopfumfang

Outcome des Kindes:

Hier wurden die APGAR (Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen und Reflexe) Werte und Nabelschnur pH-Werte verglichen, mit dem Ziel Aussagen über Stress für das Kind unter der Geburt machen zu können. Der so genannte APGAR-Index wird 1, 5 und 10 Minuten nach Geburt bestimmt.

Tabelle 6: Beurteilungsbewertung

Kriterium	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
Atembewegungen	Keine	flach, unregelmäßig	gut, Schreien
Puls	Nicht wahrnehmbar	langsam(unter 100)	über 100
Grundtonus (Muskeltonus)	Schlaff	wenige Beugungen der Extremitäten	aktive Bewegung
Aussehen (Kolorit)	blau, blass	Körper rosa, Extremitäten blau	vollständig rosa
Reflexerregbarkeit	Keine Reaktion	Schrei	kräftiger Schrei

Quelle: APGAR Schema Pschyrembel 257. Auflage

Der Nabelschnur pH-Wert unterhalb der Norm, das heißt kleiner als 7,2 kann ein Indiz dafür sein, dass das Kind unter Geburtsstress litt, beziehungsweise kombiniert mit schlechten APGAR-Werten ein Hinweis auf Sauerstoffunterversorgung unter der Geburt. Lediglich ein Kind, dessen Mutter im HKS entbunden hat, wies nach der Geburt einen APGAR geringer als 8/10/10 und Nabelschnur pH-Wert unter 7,21 auf, dagegen waren in der Kontrollgruppe zwei Kinder mit einem APGAR geringer als 8/10/10 und 4 Kinder mit einem Nabelschnur pH -Wert unter 7,21 und drei Kinder mit einem Wert über 7,44.

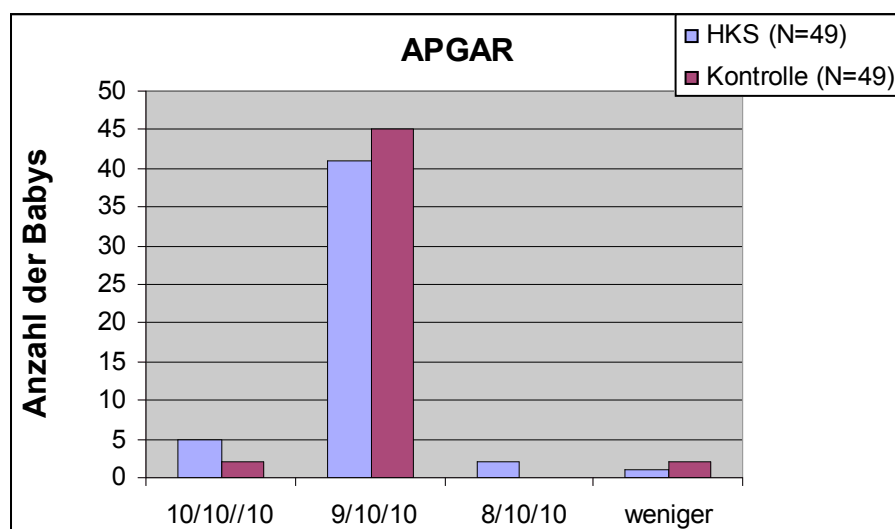


Abbildung 12: Vergleich APGAR-Werte

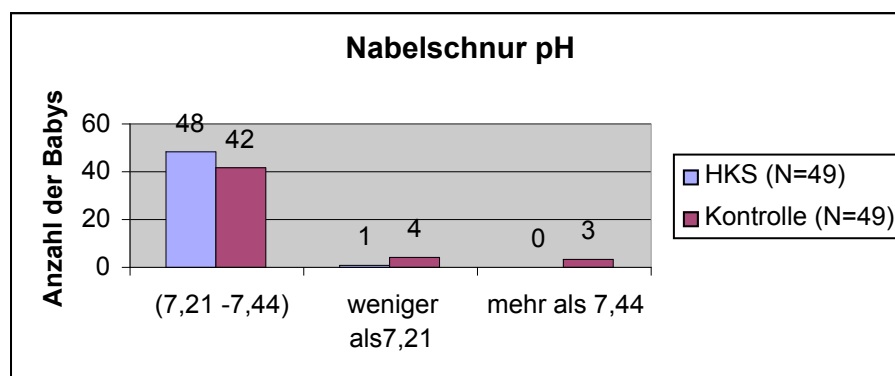


Abbildung 13: Vergleich Nabelschnur-pH-Werte

3.2.3 Gründe für Überleitung

Überleitung bedeutet, dass während einer Hebammengeleiteten Geburt ein Arzt hinzugezogen und die Verantwortung diesem übertragen wird, beziehungsweise dieser Maßnahmen einleiten kann, die nicht in dem Kompetenzfeld der Hebammen liegen.

In der folgenden Tabelle kommen die Gründe für eine Überleitung während der Geburt zum Ausdruck.

Analysiert wurden Daten aller Frauen (40 von 89 im Zeitraum Juli 2004 bis Juni 2005), die für eine Hebammengeleitete Geburt angemeldet waren, aber während des Geburtsprozesses aus verschiedenen Gründen ärztliche Betreuung brauchten. Angegeben wurden Anwendung einer PDA (n=14) (Periduralanästhesie) zur

Schmerzbekämpfung, protrahierte⁹ Geburt (n=10), gefolgt von geburtseinleitenden Maßnahmen (n=9) und pathologischem CTG (n=7). Zweimal war als Grund eine Frühgeburt genannt, wobei eine Frühgeburt in einem anderen Krankenhaus zur Welt kam.

Mit Interventionen wie Sectio (n=6), Vakuumextraktion (n=5) wurden insgesamt 11 Geburten beendet. Bei fünf Frauen kam es zu einem DR III. Grünes Fruchtwasser (n=8) war ein Grund zur Überleitung. Beckenendlage, Hypertrophie und schwierige Schulterentwicklung war jeweils einmal als Grund genannt. Überschreitung des Geburtstermins um mehr als 14 Tage (n=5) und einmal ab 10 Tage über dem errechneten Termin war ein weiterer Grund, die Geburt nicht hebammengeleitet zu betreuen.

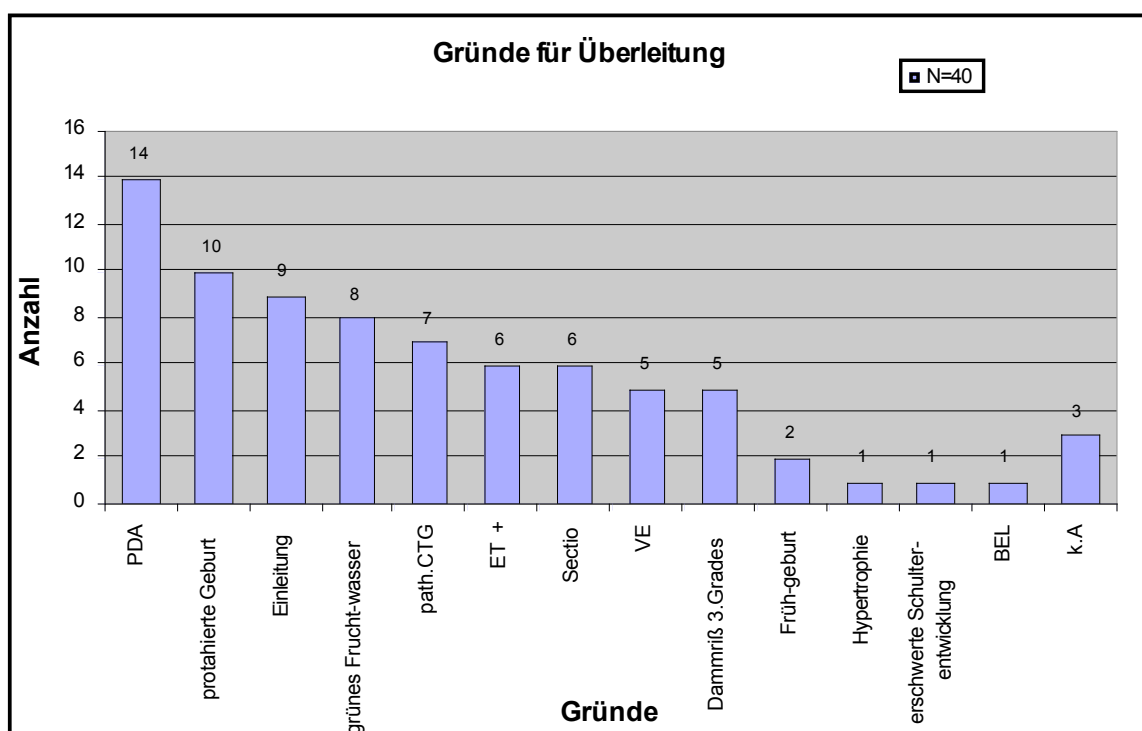


Abbildung 14: Gründe für Überleitung

⁹ verzögerter Geburtsverlauf

3.2.4 Auswertungen Fragebogen

Informationsquellen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Am häufigsten wurde als Informationsquelle der Informationsabend (n=19) im Krankenhaus genannt, gefolgt von Zeitung (n=11) und Geburtsvorbereitungskurs (n=9). Sieben Frauen gaben an, Informationen zum Modell aus dem Internet bekommen zu haben und sechs Frauen haben aus dem Bekannten- und Freundeskreis von dem Modell gehört und Informationen bekommen. Der Flyer, der im Krankenhaus ausliegt, wurde nur zweimal als Informationsquelle angegeben und nur eine Frau wurde von ihrem Gynäkologen über das Modell der Hebammengeleiteten Geburt informiert. Unter „Sonstiges“ wurde häufig die betreuende Hebamme als Informantin angegeben.

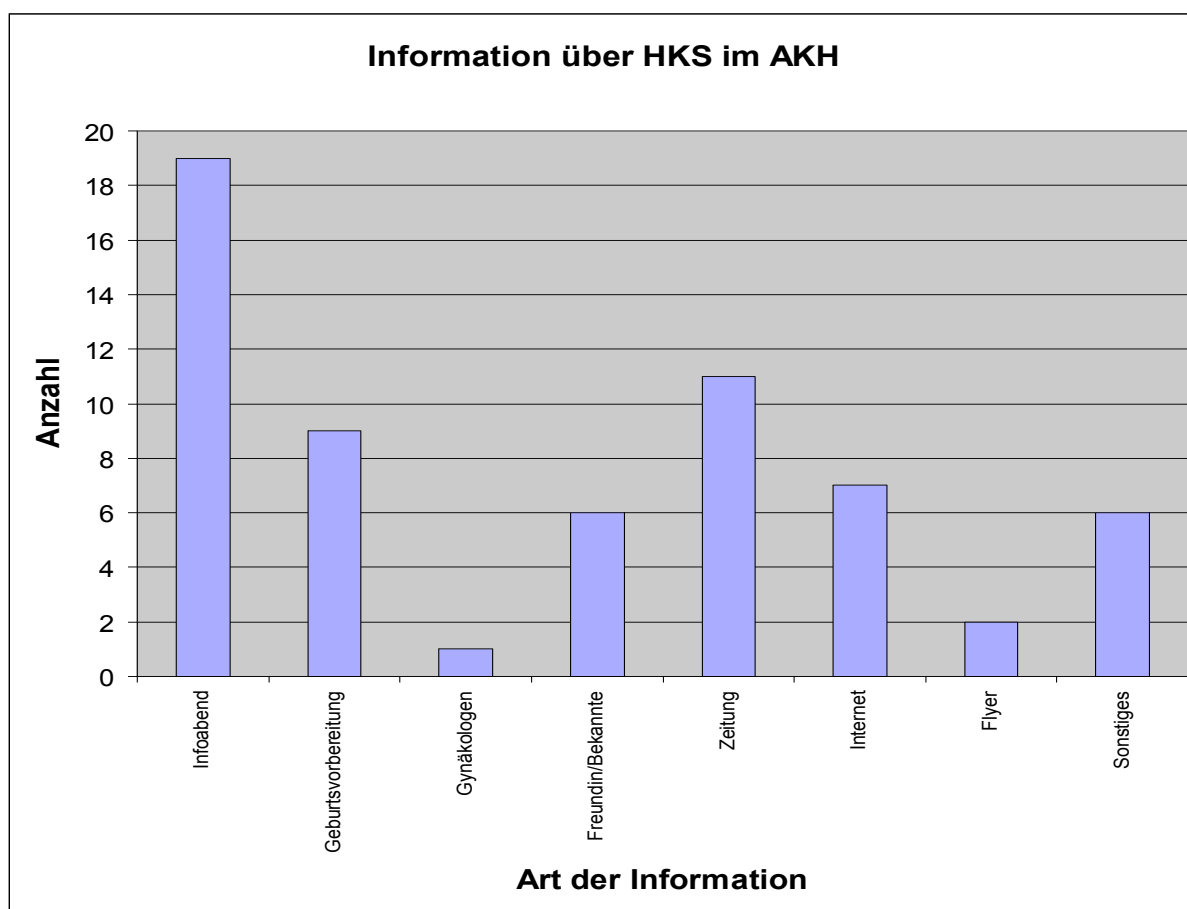


Abbildung 15: Angaben zur Information zum Hebammenkreißaal

Gründe für die Entscheidung zur Hebammengeleiteten Geburt:

Für 16 Frauen war die Sicherheit, dass im Notfall Ärzte bereitstehen, wichtig. Noch wichtiger (n=18) war der Aspekt der natürlichen Geburt. Für 10 Frauen ist der Hebammenkreißsaal eine Alternative zur Hausgeburt beziehungsweise dem Geburtshaus. Als weitere Gründe wurden Selbstbestimmung (n=5) und Geborgenheit (n=4), Vertrauen zu den Hebammen (n=5) genannt. Auch dass Ärzte bei einer komplikationslosen Geburt nicht notwendig sind, war bei drei Frauen ein Grund sich für den HKS zu entscheiden. Des Weiteren spielten Gründe wie intensive Betreuung durch die Hebammen, mehr Ruhe bei der Geburt (kein ständiges Kommen und Gehen durch Ärzte) sowie Erhaltung der Privatsphäre eine Rolle bei der Entscheidung für den HKS. Auch der Aspekt nur unter Frauen zu sein, spielte eine Rolle sowie Hebammen als unterstützend bei der Geburt zu empfinden, aber nicht als geburtsleitend.

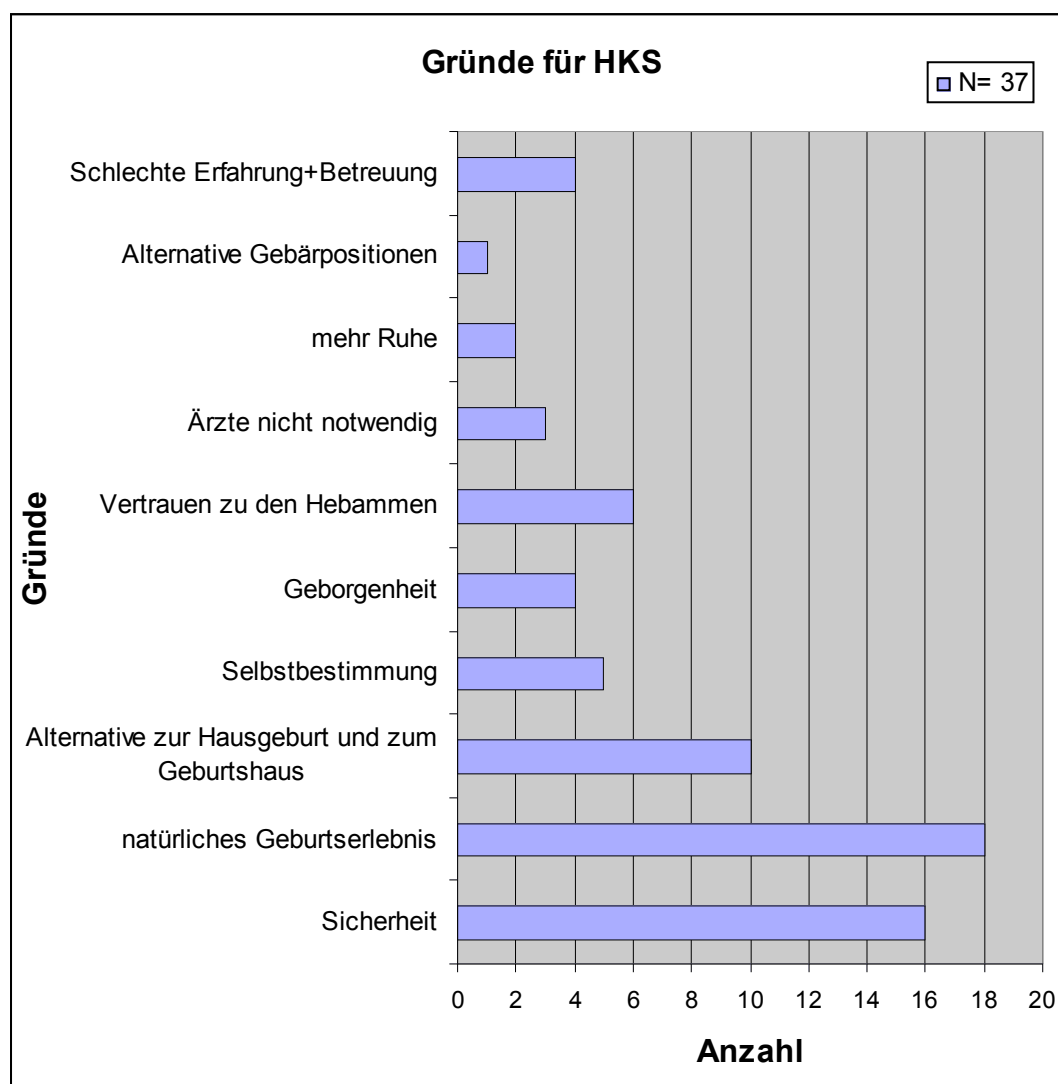


Abbildung 16: Antworten aller befragten Frauen

Erstgebärende:

Bei Erstgebärenden waren die überwiegenden Beweggründe sich für den HKS zu entscheiden, ein natürliches Geburtserlebnis (n=13) zu haben, wobei hier überwiegend ein interventionsarmes Geburtserlebnis gemeint ist, und gleichzeitig die Sicherheit (n=12) eines Krankenhauses, für den Fall, dass dies nötig wäre. Für viele der befragten Frauen bietet der Hebammenkreißsaal eine Alternative zum Geburtshaus und zur Hausgeburt (n=9), das heißt, dem Faktor Sicherheit wird in diesem Modell Rechnung getragen.

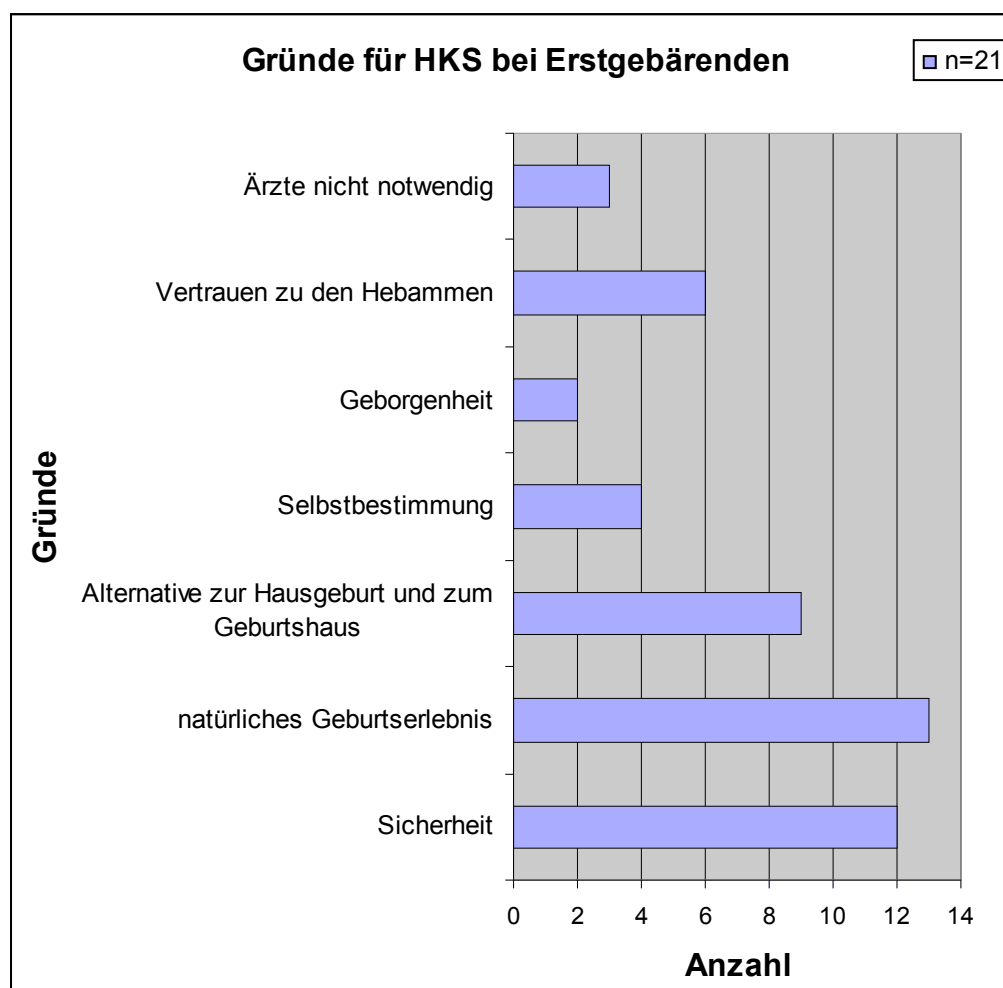


Abbildung 17: Gründe für den HKS bei Erstgebärenden

Zweit- und Mehrgebärende:

Auch hier war die Erfahrung der Sicherheit ($n=3$) - zur Not sind Ärzte da - vorrangig. Schlechte Erfahrung bei vorangegangenen Geburten ($n=2$), Vertrauen in die Kompetenz der Hebammen ($n=4$), Ärzte nur „pro forma“ anwesend und arrogant sowie bessere Betreuung durch die Hebammen waren die Erfahrungen ($n=4$), die bei der Entscheidung für den HKS eine Rolle spielten. Die Wochenbetterfahrung war zum Teil nicht so gut ($n=4$), und Ärzte wurden bei der Geburt als eher überflüssig und als störende Stippvisiten empfunden ($n=4$). Bei zwei Frauen spielte das vorangegangene Geburtserlebnis keine oder nur eine geringe Rolle bei der Entscheidung für die Hebammengeleitete Geburt.

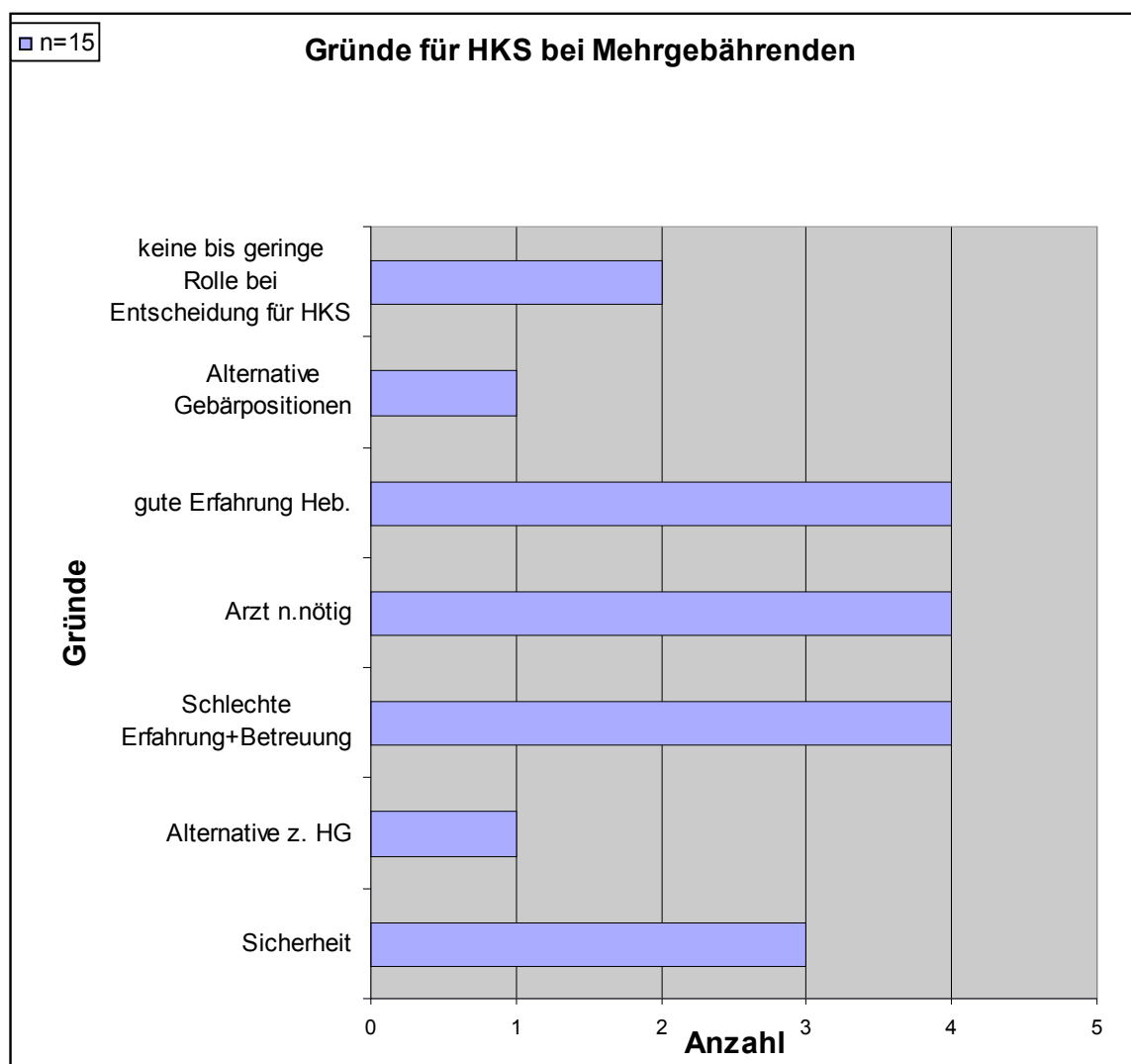


Abbildung 18: Entscheidungen für HKS bei Mehrgebährenden

Zukünftige Entscheidungen und Empfehlungen:

Würden Sie sich beim nächsten Mal wieder für dieses Modell entscheiden?

Diese Frage wurde 36-mal mit „Ja“ beantwortet mit einer Einschränkung, bei der eventuell eine Hausgeburt als Alternative in Betracht kommt.

Alle 36 Frauen haben dieses Modell entweder schon weiter empfohlen oder würden dies tun.

Bemerkungen, Wünsche Anregungen:

Es wurde die Betreuung auf der Station kritisiert, nachdem die Betreuung im Kreißaal durch die Hebammen so gut war. Die Geburt als schönes Erlebnis wur-

de mehrfach geäußert, sowie ein großes Danke an die Hebammen. Als Anregungen wurden folgende Punkte genannt:

- Renovierung des Kreißsaals
- Terminüberschreitung als ein Ausschlusskriterium noch zu überdenken?
- Hängevorrichtung für Gebärende fehlt
- Deutlichere Differenzierung zur Arzt/Hebammen Geburt in der Infobroschüre/Internet etc.
- Erstellung einer Geburtsanzeige im Kreißsaal mit Fußabdruck des Neugeborenen
- Wunsch auf Weiterführung des HKS
- Infomaterial bei niedergelassenen Gynäkologen zu hinterlegen
- Besserer Internetauftritt

IV Ergebnisse qualitativ

Die Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews orientiert sich an der Struktur der Leitfäden und den bekannten Aufteilungen Frauen, Hebammen, Ärzte. Die in den Klammern angegebenen Zahlen hinter den Zitaten verweisen auf die jeweiligen Textpassagen, der verwendete Code wird aus Gründen der Anonymisierung nicht erläutert.

Das ebenfalls in Klammern befindliche **n** bezieht sich hauptsächlich auf die Häufigkeit der Nennungen der Aussagen (Mehrfachnennungen sind möglich), manchmal ist die Anzahl der Personen damit bezeichnet. Steht kein **n** hinter der Aussage, so ist $n=1$.

3.3 Frauen

3.3.1 Erwartungen an den Hebammenkreißaal

In diesem Kapitel werden folgende Aspekte dargestellt:

- Wodurch haben die Frauen von der Hebammengeleiteten Geburt erfahren?
- Warum haben sie sich für diese Form der Geburtshilfe entschieden?
- Welche Erwartungen hatten sie?

Hier wird kein Unterschied zwischen den Gruppen „HKS ja“ und „HKS nein“ gemacht (N=12).

3.3.1.1 Kenntnis über den Hebammenkreißaal - HKS ja & HKS nein

Die meisten Frauen ($n=5$) haben erstmals auf dem Informationsabend der Klinik von dem Angebot der Hebammengeleiteten Geburt erfahren. Drei Frauen haben ihre Informationen aus dem Internet, zwei durch eine Verwandte beziehungsweise eine Bekannte, eine Frau hat in der Zeitung darüber gelesen und eine Frau hat auf einer Fortbildung mit Hebammen davon erfahren.

Die Vorstellung des Konzeptes auf dem Informationsabend gefällt den Frauen gut:

„ ... der Info Abend ist mir auch gut in Erinnerung geblieben. Die Einstellung zur Geburt ist genau wie meine. Eine gute Sicht und gute Kommunikation. ... Deswegen habe ich mich letztendlich für den Hebammenkreißsaal entschieden und mir gar kein anderes Krankenhaus mehr angeguckt.“(015/309)

„Dann war die Führung durch Doktor Maaßen, davon bin ich echt begeistert gewesen, der hat mich beeindruckt. Ich fand das schön, dass medizinisch nicht so viel eingegriffen werden muss, wenn es nicht nötig ist.“(013/44)

3.3.1.2 Gründe für die Wahl des Hebammenkreißsaals - HKS ja & HKS nein

Die genannten Entscheidungskriterien für eine Hebammengeleitete Geburt bilden ein breites Spektrum: Vertrauen in Hebammen (n=7), Arzt ist nicht nötig (n=4), Alternative zu Hausgeburt, Geburtshaus beziehungsweise konventioneller Klinikgeburt (n=5), Sicherheit der Medizin beruhigt (n=4), Geburt ist natürlich und nichts Krankhaftes (n=6), kleiner beziehungsweise familiärer Betreuungskreis (n=2), vorangegangenes negatives Geburtserlebnis, Geburt ohne Männer.

„Bei meiner Schwester ... hat die Hebamme das ganz toll gemacht. Und dann kam der Arzt und hat der Hebamme schon ein bisschen Kompetenz abgenommen.“ (011/59)

„Es muss nicht jemand dabei sein, der nur pro forma dabei ist.“ (012/50)

„Für 'ne Hausgeburt war ich im Grunde zu feige,“ (013/56)

„Außerdem sind die Hebammen ja traditionell für Geburt zuständig und nicht die Ärzte,“ (015/55)

„Weil ich generell dafür bin, dass man alles ums Thema Geburt so natürlich wie möglich gestaltet. Und das ja eine Sache ist, die bei dem Modell Hebammenkreißsaal im Vordergrund steht. Das hat mir sehr gefallen. Und dass eben nicht das Medizinisch-technische im Vordergrund steht.“ (027/40)

3.3.1.3 Erwartungen an den Hebammenkreißsaal - HKS ja & HKS nein

Zwei Frauen geben an, keine besonderen Erwartungen gehabt zu haben, eine möchte ihre Gründe für die Entscheidung zur Hebammengeleiteten Geburt bestätigt sehen. Mehrfach genannt werden: sich auf die Hebammen verlassen können (n=3), Wunsch nach Geborgenheit (n=4) und eine entspannte beziehungsweise

intime Atmosphäre (n=3). Je zweimal erwähnt werden Selbstbestimmtheit und alternative Behandlungsmethoden. Eine Frau erwartet eine permanente Betreuung durch eine Hebamme.

„Ich hab’ nichts gewusst, konnte mir nichts vorstellen. Nur dass kein Arzt dabei ist, sondern nur die Hebammen, die kompetent sind.“ (013/61)

„Also, dass mir beigegeben wird, dass die Hebammen mir zur Seite stehen, mich unterstützen. Dass sie Mittel wissen, die Geburt eventuell zu beschleunigen.“ (011/69)

„Dass ich mich gut aufgehoben fühle, aber nicht kontrolliert. ... Das hat mir das Gefühl gegeben, dass wir autark waren.“ (026/102)

Die Frage, ob sich die Erwartungen im Laufe der Zeit verändert hätten, verneint der Hauptteil der Frauen (n=10), beziehungsweise eine Frau gibt an, das Konzept nicht ganz verstanden zu haben:

„Ne, überhaupt nicht, es konnte mir keiner so sagen, dass ich es verstehe.“ (013/70)

Eine Frau beantwortet die Frage nicht und eine Frau beschreibt die veränderten Erwartungen so:

„Eigentlich nicht. Dahingehend, dass ich immer überzeugter davon war. Durch die Vorgespräche, habe die Geburtsvorbereitung da im Krankenhaus gemacht. Ich habe mich da sehr wohl gefühlt und war immer überzeugter.“ (019/71)

3.3.2 Zufriedenheit, Probleme, Wünsche

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Fragen nach

- erfüllten oder nicht erfüllten Erwartungen,
- positiven und negativen Erfahrungen,
- Gründe und Moment der Überleitung sowie
- Beurteilung des erfahrenen Modells

aufgeführt.

Die Ergebnisse zu diesem Themenkomplex werden nach den Gruppen HKS ja (N=6) und HKS nein (N=6) unterteilt dargestellt.

3.3.2.1 Erfüllung der Erwartungen - HKS ja

Zwei Frauen beschreiben ihre Erwartungen als erfüllt, zwei als größtenteils erfüllt mit Einschränkungen und eine als nicht erfüllt. Einer Frau wurde die Frage nicht gestellt (keine Erwartungen gehabt, s.o.).

„Ja, absolut. Durchaus eine positive Erfahrung, es war nichts zu bemängeln.“ (017/88)

„ ... ich war informiert darüber, dass der Arzt nur kommt, wenn was ist und dann musste aber die zweite Hebamme raus. Aber da kam das Kind. Und da war dann die Ärztin schneller greifbar. Ich war irritiert, was ist mit meinem Kind?! Mein Mann hat hinterher gesagt, sie hätten es mir gesagt, warum die Ärztin da ist. Aber ich war nur verstört, warum ist da jetzt ein Weißkittel gewesen? Stand da rum und hat nichts gemacht. Wenn sie irgendwas gemacht hätte, wäre es gut gewesen, aber so. ... Irgendwie hat mir das in den letzten drei Presswehen die Hebammengeleitete kaputt gemacht.“ (011/88)

„Es gibt zwei Dinge. Im ersten Moment war mir nicht klar, wer ist eigentlich der Ansprechpartner. ... Und mir war nicht klar, dass eine zweite Hebamme dazu kommt.“ (012/94)

3.3.2.2 Positive Erfahrungen - HKS ja

Befragt nach positiven und wertvollen Erlebnissen, lässt sich abermals ein breites Spektrum schildern: Geborgenheit (n=3, einmal trotz negativer Erlebnisse), (bestätigtes) Vertrauen in Hebammen (n=3), (Förderung der) Selbstbestimmtheit (n=2), Hebammen heben durch Ärzte erfahrene Verunsicherung auf, regelmäßiger Kontakt zum Krankenhaus nimmt Hemmungen beziehungsweise ermöglicht das Kennenlernen der HKS-Hebammen (n=2), Einfühlungsvermögen der Hebammen, gute Anleitung der Hebammen, zeitintensive beziehungsweise individuelle Betreuung (n=3), Integration des Ehemannes in den Geburtsprozess, Einsatz alternativer Behandlungsmethoden, die Ruhephase und Betreuung nach der Geburt (n=2).

„Als ich dahin kam, hat man es mir freigestellt, was ich machen will. Es war .. so, als ob ich es alleine gemacht hätte. Es war so entspannt. Klar hat es wehgetan. Aber es war durch die ganzen Kontakte vorher einfach entspannt.“ (011/131)

„Oder wenn ich allein sein wollte, sind sie gegangen. Die haben das einfach gemerkt. Das war toll!“ (013/90)

„Die betreuende Hebamme hat sogar noch Überstunden gemacht, Und die Schülerin auch.“ (017/123)

„Und was auch schön war, war, dass ich mit meinem Finger meinen Sohn schon berühren konnte, als er noch nicht geboren war. Das war schön, dass die Hebamme daran gedacht hat, dass ich das erleben konnte.“ (018/108)

Die genannten positiven Erfahrungen wiederholen sich in weiten Teilen in den Antworten auf die Frage, was **am HKS unbedingt erhalten bleiben** sollte. Hinzuzufügen sind die Vorgespräche (n=2), die zweite Hebamme (n=2), die Darstellung des HKS als gleichwertiges Angebot neben der konventionellen Klinikgeburt und minimale Interventionen.

3.3.2.3 Negative Erfahrungen - HKS ja

Die Frage, ob etwas problematisch oder schlecht gewesen sei, wird einmal verneint. Bei zwei Frauen deckt sich die Antwort mit den nicht erfüllten Erwartungen. Als weitere nicht so schöne Erlebnisse werden immer noch anhaltende Beschwerden nach der Dammschnitt, das Ambiente (n=3) und frühmorgendlicher Putzlärm angegeben. Weiterhin fühlte sich eine Frau „abgewimmelt“, (011/138) als sie zu dem im Flyer angegebenen Zeitpunkt für die Vorgespräche anrief und zu hören bekam, das sei doch noch viel zu früh. Das zweite Gespräch konnte nicht mehr stattfinden.

„Problematisch war die Dammschnitt. Gut genäht ist es, aber... Ich habe zum Beispiel immer noch Schmerzen. Ich wäre sicherer gewesen, wenn es ein Arzt gemacht hätte. ... Ich glaube, dass liegt daran, dass man mir gesagt hat, dass sie grade erst Nähen gelernt haben. Wenn sie das nicht gesagt hätten. Und dann hätte ich vielleicht auch nicht so viele Schmerzen gehabt.“ (013/102)

Zudem wurde gefragt, **was gefehlt hat**. Vier Frauen geben eine negative Antwort, wovon eine die Betreuung auf der Wöchnerinnenstation ausklammert. Eine Frau hätte sich im Geburtsverlauf mehr zeitliche Orientierung gewünscht und bei zwei Frauen setzten die Presswehen überraschend schnell ein, ohne dass eine Hebamme anwesend war. Zudem wiederholt sich noch einmal die nicht erfüllte Erwartung (fehlende Ansprechperson).

„ ..., dass sie in den kurzen Tagen, die man da ist, alles beibringen wollen ... ist zuviel Druck. Dann klappt es oft mit dem Stillen nicht.“ (013/132)

„ ... ich dachte, das geht jetzt noch Stunden so. Wenn ich gewusst hätte, das ist jetzt eh nur noch eine halbe Stunde, wäre es besser gewesen.“ (015/162)

„ ... zum Schluss ging es dann so schnell, ich fühlte mich ein bisschen alleine und hatte fast ein bisschen Angst. Die Hebamme war kurz raus. Sie war vielleicht auch selber überrascht, wie schnell es ging.“ (015/152)

Abschließend zu **Zufriedenheit Probleme und Wünsche** lässt sich feststellen: alle befragten Frauen der Gruppe „HKS ja“ würden sich wieder für die Hebammengeleitete Geburt entscheiden und alle Frauen würden sie weiterempfehlen oder haben dies bereits getan, wobei zwei Frauen eine Einschränkung machen:

„ ... aber auch immer sagen, dass es bezogen ist auf's eigene Sicherheitsbedürfnis. Wenn jemand sagt, ich brauche aber den Arzt, dann soll er es so machen.“ (012/159)

„ ... Wobei ich denke, der Unterschied ist eh nicht so groß. Ich habe mit Freundinnen gesprochen, die gesagt haben, bei der Geburt war auch nur eine Hebamme dabei, obwohl es Arzt/Hebammengeleitet war.“ (015/181)

Eine Frau merkt an:

„Komischerweise haben es einige Frauen gar nicht mitbekommen, obwohl sie beim Info-Abend waren. Oder sie haben es gehört, wussten aber nicht ganz genau, was das sein soll. Wenn wir [im Geburtsvorbereitungskurs, Anm. der Autorin] darüber geredet haben, fanden sie es doch ganz toll.“ (011/155)

Die Befragten wurden gebeten, dem Hebammenkreißsaal eine Note zu geben, wobei 1 = sehr zufrieden, 10 = gar nicht zufrieden ist. **Durchschnittsnote: 1,5.**

3.3.2.4 Erfüllung der Erwartungen - HKS nein

Zwei der Frauen beschreiben ihre Erwartungen als erfüllt, vier geben die Gründe zur Überleitung in eine Arzt/Hebammengeleitete Geburt als Ursache der Nichterfüllung an, wobei eine Frau zusätzlich angibt, letztlich andere Vorstellungen von der Hebammengeleiteten Geburt gehabt zu haben beziehungsweise „die Darstellung des Modells Hebammenkreißsaal nicht so deutlich“ findet (027/113).

„ ..., dass mir der Unterschied zu dem, was alle anderen machen, nicht ganz klar ist. War ja in den gleichen Räumen und so. Und ich dachte auch, dass eine Hebamme die ganze Zeit dabei ist.“ (027/80)

„Die Hebammengeleitete Geburt ist unterbrochen worden und genau der Trubel eingetroffen, den ich nicht wollte.“ (020/80)

„Es war auch so für mich hebammengeleitet. Es war eine erfahrene Hebamme.“ (016/108)

Das für diese Gruppe sensible Thema der **Überleitung** wird gesondert angesprochen. Zum Einen geht es um deren Ursache, zum Anderen stellt sich die Frage, wie die Frauen mit der Situation umgehen, beziehungsweise was sie in dem Moment empfunden haben.

Vier Mal (einmal in Kombination mit Wehentropf) wird als Grund für die Überleitung die PDA genannt. Einmal war es der Wunsch der Frau, zwei Mal kam der Vorschlag von der Hebamme, einmal war es eine gemeinsame Überlegung. Weitere angegebene Gründe: Sturzgeburt und Ausschluss von Geburtsbeginn an wegen schlechter kindlicher Herztöne.

Der Großteil der Frauen (n=5) hat den Moment der Überleitung beziehungsweise die Tatsache, dass es geschehen ist, als letztendlich nicht so schlimm empfunden. Dies trifft auch dann zu, wenn diese Gegebenheit zunächst als sehr enttäuschend empfunden wird.

Die Frauen stellen es als positiv dar, die Entscheidung zur PDA entweder aus eigenem Willen getroffen oder so großes Vertrauen in die Hebamme gehabt zu haben, dass sie der Empfehlung zum Einsatz schulmedizinischer Schmerzmittel bedenkenlos folgen konnten.

„Ich habe es als Schwäche empfunden, dass ich es nicht als Hebammengeleitete Geburt durchgezogen habe. Da hatte ich 'ne Zeitlang mit zu kämpfen. Aber inzwischen stehe ich zu der Entscheidung.“ (020/83)

„Ich hatte so großes Vertrauen in die Hebamme, dass ich mir vorher schon gesagt hatte, dass ich alles mache, was sie mir sagen, solange ich mich wohl fühle.“ (019/101)

„Mir war das nicht so unangenehm, wie man denken könnte, weil ich das mit der Hebamme gemeinsam entschieden habe, ... Das hat eine große Rolle gespielt. Dass ich es mitentscheiden konnte.“ (027/98)

„Sie meinte zwar, es tut ihr leid, weil ich ja die Hebammengeleitete Geburt haben wollte. Aber ich war heilfroh, dass dieser Vorschlag von der Hebamme kam. Ich hatte so ein bisschen das Vorurteil, dass Hebammen denken, es geht länger natürlicher, als die Gebärende denkt. Ich habe mal gelesen: ‚Hebammen sind Weltmeister im Ertragen Schmerzen anderer.‘ Das war auch der Grund, warum ich mich so gut aufgehoben gefühlt habe. Das von ihr eine Entscheidung für mein Wohl war.“ (026/125)

3.3.2.5 Positive Erfahrungen - HKS nein

Wiederholt lässt sich eine breite Palette wertvoller und positiver Erlebnisse darstellen: Eingehen auf Wünsche, Geborgenheit, Selbstbestimmtheit, intime, ruhige, unverkrampfte Atmosphäre (n=4), in intermittierenden Ruhephasen mit Ehemann allein, Vertrautheit durch vorherige Kontakte zum Krankenhaus, Hebammen heben durch Ärzte erfahrene Unsicherheit auf, Aufstehen trotz PDA, Betreuung durch Hebamme und Schülerin, Einsatz alternativer Methoden, Bonding¹⁰ statt Intensivstation bei Anpassungsstörung und die sensibel gestaltete Übergangsphase. Auf der Wöchnerinnen Station wurden die intensiven Bemühungen zum Teil trotz Stillproblemen (n=2) sowie die kontinuierliche Betreuung durch Bereichspflege positiv bewertet. Eine Frau begründet ihr hohes Sicherheitsgefühl zusätzlich damit, dass die Hebammen die Hebammengeleitete Geburt nicht als Produkt verkaufen, sondern genau selektieren, wer geeignet ist und wer nicht:

„Dass das Team es sich aussucht, wer in Frage kommt und es keine Dienstleistung ist, die angeboten wird. Dass da auch medizinische Gründe eine Rolle spielen. Und dadurch ist es nicht so, dass die Hebammen ein Produkt verkaufen und es bis zum Ende durchziehen. Dadurch fühlte ich mich auch gut aufgehoben.“ (026/153)

„Diese Übergangsphase, der Beschluss, wir müssen jetzt zu härteren Mitteln greifen. Das war ein gutes Gespräch. Und ein gutes Gespür, dass meine Kräfte gut eingeschätzt wurden.“ (027/155)

Als unbedingt **erhaltenswerte** Aspekte werden zusätzlich genannt: Wochenbettvisite von Hebammen trotz Ausschluss, Kennenlernen der Hebammen durch Akupunktur, die Vorgespräche, der Informationsabend und die gemeinsame Darstellung des Konzeptes: Hebammen und Ärzte sind ein Team und die Hebammen sind stolz auf das Modell.

3.3.2.6 Negative Erfahrungen – HKS nein

Als problematisch, schlecht oder fehlend werden die schwierige PDA-Anlage (n=2), unzureichende Vorbereitung auf die Pressphase (zeitliche Orientierung) beziehungsweise zu wenig Betreuung in anstrengenden Phasen (n=2) und eine nervöse Hebamme in kritischer Situation genannt. Bestimmte Erlebnisse auf der Wöchnerinnen Station werden ebenfalls negativ bewertet: unqualifizierter, unsen-

sibler Umgang mit Wöchnerin und Neugeborenem (n=2) sowie Unruhe durch Zimmernachbarin und Baulärm.

„eine Schwester .. , die mich nachts immer angeschnauzt hat, weil das mit dem Stillen nicht geklappt hat. Und hat mich gezwungen, dass ich nachts mein Kind waschen musste. Obwohl sie so geschrien hat.“ (020/140)

„Da kriegt man .. als Eltern .. Panik, wenn die Hebamme sagt, das Kind kämpft ums Überleben, wo bleiben die Ärzte!“ (024/142)

„Ich .. hätte es in der Phase, in der es richtig anstrengend war, gerne gehabt, dass die Hebammen zwei, drei Mal öfter reingeschaut hätten.“ (027/108)

Abschließend lässt sich auch für die Gruppe „HKS nein“ zu **Zufriedenheit Probleme und Wünsche** feststellen, dass sich alle Frauen wieder für die Hebammengeleitete Geburt entscheiden würden und alle Frauen dieses Konzept weiter empfohlen haben oder dies tun würden.

Durchschnittsnote: 1,3.

3.3.3 Beziehung zu den Hebammen und gegebenenfalls zu den Ärzten – HKS ja & HKS nein

Fast alle Frauen (n=11) haben die Betreuung durch die Hebammen als gut bis sehr gut empfunden. Eine Frau beklagt etwas zu wenig Betreuung und eine Frau gibt den Aufenthalt auf der Wochenbettstation als einzigen negativen Punkt des gesamten Prozesses an.

„ ... die Betreuung auf der Station von den Krankenschwestern .. war 'ne Katastrophe. Ich war immer nur froh, wenn eine Hebamme kam und ich meine Fragen stellen konnte. Die hatten eine viel einheitlichere Linie. Und haben mir nicht irgendein vorgefertigtes Wissen vorgeknallt, was sie vor zehn oder dreißig Jahren gelernt haben. Sondern viel auf mich eingegangen sind. Gesagt haben: ‚so oder so würde ich es machen, aber Sie müssen in sich Reinhören‘ Das war auch während der Geburt so. Immer zu finden, was mir grade gut tut.“ (019/212)

Die **Vorgespräche (V)** und die **geburtsvorbereitende Akupunktur¹¹ (A)** tragen zu einer guten Beziehung zu den Hebammen bei. Gerade der dadurch hergestellte Kontakt zu den Hebammen beziehungsweise dem Krankenhaus wird positiv

¹⁰ erster Bindung stiftende Haut-Kontakt zwischen Mutter und Neugeborenem direkt nach der Geburt

¹¹ Anzahl der teilnehmenden Frauen siehe Tabelle 3

bewertet (A: n=4, V: n=5). Zudem bieten beide Angebote die Möglichkeit, viele Fragen stellen zu können (A: n=1, V: n=5). Zusätzlich gefällt an der Akupunktur die natürliche Weise der Geburtsvorbereitung (n=4) und der Austausch mit anderen Schwangeren (n=2).

„Ich habe sehr positiv registriert, dass bei der Geburt plötzlich eine Hebamme rein kam, die ich von der Akupunktur kannte. Das hat mir richtig Auftrieb gegeben.“ (020/108)

Die Vorgespräche rufen indes geteilte Meinungen hervor: Einige Frauen beurteilen die Gespräche als nicht ergiebig beziehungsweise nicht erforderlich (n=4), insbesondere das 2. Gespräche wird als überflüssig eingestuft (n=5). Dennoch vermitteln die Gespräche Sicherheit und bestärken die Frauen (n=3), wobei die Selektion mittels Risikokatalog besonders dazu beiträgt (n=2).

„Das [Vorgespräch, Anm. der Autorin] war sehr angenehm, weil es mich noch mal bestärkt hat, Sie haben mich ja so eingestuft, dass ich im Hebammenkreißsaal entbinden kann.“ (026/252)

„Da muss man zweimal hin. Und ich hatte aber gar nicht so viele Fragen. Und man ist so rund dann. Das zweite wäre bei mir gar nicht mehr nötig gewesen. Man kommt da grade zum Schluss so in Terminstress. Da war ich drei Minuten. Und dann haben wir eben noch geklönt. Da habe ich mich schon geärgert. Das war das einzige, was ich richtig blöd fand.“(027/192)

Zehn Frauen bejahen die Frage, ob sie sich ausreichend zu ihren Wünschen, Vorstellungen und Ängsten zur Geburt befragt fühlen. Eine Erstgebärende verneint und eine Zweitgebärende gibt an, kaum Fragen und Ängste gehabt zu haben.

Über die Beziehung zu dem **betreuenden Arzt** äußern sich die übergeleiteten Frauen unterschiedlich: für die Hälfte (n=3) spielen die Mediziner trotz Bedarfes keine Rolle beziehungsweise keine so wichtige wie die Hebamme. Die andere Hälfte beschreibt deren Einsatz /Anwesenheit als wichtig beziehungsweise gibt ein dadurch bestätigtes Sicherheitsgefühl an. Keine der Frauen hatte vor dem Moment der Überleitung Kontakt zu einem Arzt (im Kreißsaal).

3.3.4 Wünsche und Empfehlungen der Frauen

Kurz zusammengefasst werden hier die Anregungen der Frauen aufgezeichnet:

- Renovierung des Kreißsaals & sanitäre Anlagen

- Vorstellung aller an der Hebammengeleiteten Geburt beteiligten Hebammen mit Fotos, beispielsweise im Internet
- Intensivere Betreuung durch Hebammen auf der Wochenbettstation, weniger durch Krankenschwestern
- Bessere Ankündigung des bevorstehenden Schichtwechsels und etwas mehr Sensibilität „im Umgang mit den Vorbereitungen auf die verschiedenen Phasen der Geburt“ (027/144).
- „... wenn e i n e Hebamme es die ganze Zeit machen würde ... wäre schöner ... Aber das geht ja nicht anders.“ (018/140)
- Geburtsvorbereitungskurs des Hauses nur für Frauen

3.4 Hebammen

3.4.1 Zufriedenheit und Problemsicht

Zum Thema Zufriedenheit und Problemsicht werden die Ergebnisse zu folgenden Fragen dargestellt:

- Gründe für die Teilnahme am HKS
- Zufriedenheit mit implementiertem Modell
- Was gefällt/gefällt nicht an dem Modell, was sollte bleiben/geändert werden
- (erfüllte) Erwartungen an das Modell

3.4.1.1 Gründe für die Teilnahme am HKS

Befragt nach den Beweggründen, wegen derer die Hebammen am Projekt Hebammengeleitete Geburt teilnehmen, lässt sich ein breites Spektrum darstellen: Als **persönliche Gründe** werden die Chance beziehungsweise Herausforderung genannt, die mit der Teilnahme an diesem Projekt verbunden ist (n=2), und dass es nicht mehr möglich war, sich als Hebamme frei zu entfalten (n=2). Weiterhin besteht der Wunsch, wieder zur eigentlichen Hebammentätigkeit zurückzukehren, eigenverantwortlich zu arbeiten sowie die Beziehung zu den Frauen zu ändern.

Aus **fachlicher Sicht** wird beschrieben, dass genug Erfahrung vorhanden ist, um selbstständig physiologische Geburten zu betreuen (n=2) beziehungsweise dass eine ähnliche Arbeitsweise, nämlich den Arzt nur bei Pathologien zu rufen, aus einem früheren Arbeitsverhältnis bekannt ist (n=2). Das Verhältnis zu den Ärzten spielt ebenfalls eine Rolle: Es wird angeführt, dass Ärzte das eigenverantwortliche Arbeiten der Hebammen ausbremsen und dass ärztliche Anordnungen oftmals „nerven“ (423).

Weitere Gründe, die genannt wurden, sind: weil das Projekt da ist beziehungsweise Voraussetzung ist, um in der Klinik zu arbeiten (n=2), Marketing und Fallzahlensteigerung beziehungsweise Standbeinsicherung (n=2), und um mit der Entwicklung mitzuhalten. Außerdem wurde die Umsetzung des Projektes in Harburg durch den Kontakt zum ersten Hebammenkreißsaal in Bremerhaven motiviert und immer konkreter.

3.4.1.2 Zufriedenheit mit dem Modell

Nur eine Hebamme ist voll und ganz zufrieden mit dem Modell, so wie es zum Zeitpunkt der Befragung im Kreißsaal umgesetzt wurde, alle anderen machen Einschränkungen: Meistens spielen die vielen und belastenden Rufdienste eine Rolle (n=6). Dazu kommen Schwierigkeiten mit dem Nähen, Unmut darüber, dass teilweise zum Konzept gehörige Arbeiten nicht von allen Kolleginnen durchgeführt werden (PC-Dokumentation, Wochenbettvisite) oder die Umgewöhnung dahingehend, dass die gesamte Verantwortung für die Geburt getragen wird und dass zu zweit gearbeitet wird. Hierzu wird gesagt, dass es sowohl von Vorteil sein kann, dadurch, dass man voneinander lernen kann, als auch nachteilig, wenn die Konstellation nicht passt. Außerdem wird angemerkt, dass der Risikokatalog überarbeitungsbedürftig ist (n=2). Zwei Hebammen machen die Rufdienste nicht soviel aus. Das Modell an sich, beziehungsweise der dahinter stehende Gedanke wird aber überwiegend positiv beschrieben (n=9), und auch dass das Team der Hebammen sich verändert hat. Auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten habe sich verbessert.

„Es ist gut angelaufen, mit allen Ängsten und Zweifeln, die da waren, vom gesamten Team. Ich finde, wir sind unheimlich weit Ich finde, dass wir uns in kurzer Zeit relativ viel machen lassen. ... Und die Rufdienste müssen geklärt werden, auf jeden Fall, ist ein ganz bitteres Thema.“
(4925166267)

„Ich bin schon begeistert von der Sache aber ich kann keine 1 geben, wegen der personellen Sache.“ (63364)

„Ich habe keine Probleme damit. Mit der Arbeit sowieso nicht, es ist für mich nichts besonderes, dass die Hebamme die Geburt betreut. Das ist unsere Hebammenarbeit.“ (50552)

„Wenn man als Zweite dazu kommt, mischt man sich ja nicht ein. Wenn ich als erste Hebamme die Geburt leite, fühle ich mich manchmal von der anderen so, nicht kontrolliert aber beobachtet. Obwohl es auch so sein kann, dass man sich total gut ergänzt. Von der anderen noch den und den Trick lernt. Wir sind es ja nicht gewohnt, zu zweit zu arbeiten.“ (92696)

Alle am Projekt mitwirkenden neun Hebammen wurde gebeten, ihre Zufriedenheit zu benoten, wobei 1 = sehr zufrieden und 10 = gar nicht zufrieden ist. **Durchschnittsnote: 3,2.**

3.4.1.3 Positive, erhaltenswerte Aspekte

Befragt nach Aspekten, die an dem Modell gut sind, werden genannt: Stärkung des Selbstwertgefühls beziehungsweise –bewusstseins (n=3), Rückbesinnung auf ursprüngliche Hebammenkunst (n=2), die Arbeit mit der zweiten Kollegin (n=2), Eigenverantwortung (n=2), Einsatz alternativer Methoden wie Homöopathie und Akupunktur anstelle eines Wehentropfes, das sorgfältige Auswahlverfahren, die sich ändernde Klinikgeburtshilfe, die Stärkung der beruflichen Stellung, dass der Hebammenkreißaal in allen Räumen stattfindet und das Modell an sich. Weiterhin wird Beziehung zu den Frauen angeführt (n=5): Diese sind anders motiviert, werden gut betreut, geben gutes Feedback und profitieren von dem Modell, sind „fast ein bisschen wie Freundinnen“ (1288129) und lassen sich besser leiten.

„Die Frauen sind anders motiviert, kommen mit einem anderen Anspruch, den ich auch gerechtfertigt finde.“ (80781)

„Was mir unheimlich gut gefällt, ist die Zusammenarbeit mit der zweiten Kollegin. Das ist eine tolle Teamentwicklung. ... Und das ich mich mit meinem ursprünglichen Hebammenwissen auseinandergesetzt habe. Erstaunlich, was ... so aus dem Kopf raus war, im Zuge der Medikalisierung. Das ist das, was ich meine. Mit zweiter Kollegin sprechen. Und sich neue Ideen holen.“ (1468153)

„Und die Beziehung zwischen Hebammen und Frauen, die sie miteinander eingehen. Die ist schon anders als mit den anderen Frauen. Und das sich das Verhältnis zu den Ärzten total verändert hat. Trotzdem wir eigenverantwortlicher arbeiten, habe ich das Gefühl, man arbeitet noch mehr miteinander.“ (87991)

Aspekte, die dem Modell auf jeden Fall **erhalten bleiben** sollen, sind: die ganzheitliche Betreuung der Frau (n=2), die Vorgespräche(n=2), die Wochenbettvisite(n=2), das Projekt als solches (n=2), die zweite Hebamme, die Supervision, Toleranz und Freude. Und dass *„die Geburt in Hebammenhände gehört. Egal, ob unter diesem Namen oder was auch immer.“* (1075108)

3.4.1.4 Negative, veränderungsbedürftige Aspekte

Hauptkritikpunkt ist der Rufdienst (n=5): Zum Einen die Masse (etwa zehn im Monat), zum Anderen die Kriterien beziehungsweise Unklarheiten, wann die zweite Kollegin gerufen werden soll. Außerdem kommt es vor, dass die dazu gerufene Kollegin die Leitung der Geburt übernimmt, obwohl sie „nur“ zur Unterstützung anwesend ist. Zusätzlich stört die Tatsache der Bereitschaft im Sinne von schlecht planbarer Freiberuflichkeit und Freizeit. Weiterhin problematisch wird die Betreuung der Frauen genannt, die parallel zu einer Hebammengeleiteten Geburt im Kreißaal sind (n=4): Es ist weniger Zeit für sie vorhanden, sie werden möglicherweise vernachlässigt. Weitere Kritikpunkte: noch keine einheitliche Geburtshilfe, Unklarheiten bezüglich Blasensprung und Medikamentengabe, strenger Risikokatalog, klare Absprachen werden nicht eingehalten, Nähen und PC-Arbeiten werden nicht von allen gemacht und die schlechte personelle Besetzung (n=2).

„Wenn ich wirklich gerufen werde, ist es gar nicht schlimm, dann fahre ich hin und es rollt. Aber diese ständige Bereitschaft, ...“ (86287)

„Zu spät gerufen zu sein. Oder manche wollen die erste Geige spielen. Das ist ein Problem Ich gebe dann eher nach, obwohl ich eigentlich die erste bin. Die, die gerufen wurde sagt dann: ‚Ich mach das.‘“ (88391)

„Die Betreuung von den anderen Frauen. Die anderen kriegen 100% Betreuung, die anderen werden vernachlässigt. Das hängt aber nicht an dem Projekt, sondern an der Besetzung. Es gehört dazu, dass ich bei der Frau öfter sein muss, ich möchte ja nicht übersehen. Dadurch habe ich weniger Zeit für die anderen.“ (78483)

Auf die Frage, was es zu **ändern** gäbe, wiederholt sich die Rufdienstproblematik (n=2) beziehungsweise der Wunsch nach mehr Personal (n=3). Zudem wird der Risikokatalog als überarbeitungsbedürftig eingeschätzt (n=3) und bemerkt, dass das Nähen optimiert werden muss. Weitere Änderungsvorschläge: die Räumlich-

keiten (n=2), eine möglichst einheitliche Strategie und eine ausgewogenere Vergabe der Termine für die Vorgespräche.

3.4.1.5 Erwartungen an das Modell

Weiterhin wurden die Hebammen gefragt, welche Erwartungen sie an das Modell der Hebammenegleiteten Geburt hatten, und ob sich diese erfüllt haben.

Eine Hebamme hatte keine und drei Hebammen beschreiben ihre Erwartungen zwar nicht genauer, stellen sie aber als größtenteils erfüllt dar (n=2) beziehungsweise sind positiv überrascht, wobei die Einschränkung gemacht wird, dass es nicht klar war, wie belastend die Rufdienste werden würden. Eine Hebamme bezeichnet ihre Erwartungen als übertroffen: es interessieren sich mehr Frauen für das Modell als gedacht, es gibt weniger Abwehr von den niedergelassenen Gynäkologen und die Entwicklungen innerhalb des Teams als auch mit den Ärzten sind sehr positiv. Weitere erfüllte Erwartungen sind: eine andere Gruppe von Frauen wird angesprochen (n=2), eine andere, positive Art der Arbeit *„Es macht eine riesige Freude! Man ist genau da, wo man als Hebamme immer hin will.“* (84186), normale Geburten ohne Ärzte und die erheblichen Bedenken Organisatorisches, v.a. die Rufdienste betreffend.

Nicht erfüllt waren oder sind die großen Erwartungen vor Beginn *„...und die ersten Geburten gingen in die Hose.“* (1102111), Hoffnung auf personelle Unterstützung und dass Sponsoren die Räumlichkeiten netter gestalten würden.

Zudem wird angemerkt, dass bestehende Sorgen, ob es alleine durchführbar sei, durch die zweite Hebamme gemindert wurden.

3.4.2 Vorteile und Nachteile für die Frauen; Unterschiede zur konventionellen Klinikgeburt

In diesem Abschnitt werden zum Einen die Vor- oder Nachteile aufgeführt, welche die Frauen aus Sicht der Hebammen im Hebammenkreißsaal haben. Zum Anderen werden die Unterschiede zwischen konventioneller und Hebammengeleiteter Geburt beschrieben.

3.4.2.1 Vorteile

Eine Reihe von Vorteilen für die Frauen wird dem Hebammenkreißsaal aus Sicht der Geburtshelferinnen bescheinigt: Das Modell bestätigt oder stärkt die Frauen in ihrer Selbstbestimmtheit (n=4) und Eigenverantwortlichkeit (n=2), die Frauen können ähnlich wie in der häuslichen Umgebung entbinden, nämlich ruhiger, ohne Druck, natürlich und mit mehr Zeit (n=2). Die Frauen sind entspannter und ungestört, sie werden optimal betreut, mit *„meinem ursprünglichen Hebammenwissen“* (1858) unterstützt und es gibt *„kein Dazwischengerede, es läuft rund.“* (1223123). Dazu kommt, dass durch die im Prozess vorgesehenen Kontakte ein Vertrauensverhältnis zu den Hebammen entstanden ist und auch die Räumlichkeiten schon bekannt sind (n=2). Zudem bieten die Vorgespräche den Frauen die Möglichkeit, ihre Wünsche für die Geburt zu äußern. Der kleine Betreuungskreis wird ebenso vorteilhaft eingeschätzt (n=2) wie die daraus resultierende Tatsache, dass dadurch alles *„in einer Hand“* (1726) bleibt, ergo Damnaht und U1 von den Hebammen durchgeführt werden. Ein weiterer Vorteil ist der Fokus, den Hebammen auf Geburt haben: nicht wie Mediziner nach Risiken und Pathologien suchend sondern geduldig mit dem *„Urvertrauen ..., dass Geburt funktioniert“* (1282).

„Dadurch, dass kein Arzt dabei ist, sieht die Frau ihre Geburt nicht so medizinisch. Die Frau wird gestärkt in ihrem Selbstbewusstsein. Wir lassen die Frauen ja viel alleine machen. Dass sie hinterher das Gefühl hat, ich habe es selbst geschafft. Ich glaube, sowie ein Arzt dabei ist, hat sie das nicht mehr.“ (1726176)

„Dass alles ausgeschöpft wird, was Hebammen so drauf haben um Geburt physiologisch zu lassen. Bei anderen Geburten ist doch schneller der Wehentropf da, wenn es nicht so recht voran geht.“ (1819183)

„Sie sind entspannter. Ungestört. Es ist mehr Zusammenarbeit. Ich, die Patientin, es ist ein Kreis, keiner kommt in den Kreis rein.“ (1244125)

3.4.2.2 Nachteile

Aus Sicht von sechs Hebammen hat das Modell keinerlei Nachteile für die Frauen, wobei zwei Einschränkungen gemacht werden: *„solange das Ärzte-Team drum herum mitspielt. Wenn der Wechsel von Hebammenkreißsaal zum Arzt gut aufgefangen wird und nicht zu den Frauen gesagt wird: ‚Das haben Sie jetzt davon!‘* (1522154), und *„Man muss schon seine eigenen Grenzen erkennen können.“* (1515). Einen Nachteil kann die Naht darstellen,

zum Einen, weil die Hebammen das Nähen noch optimieren müssen, zum Anderen kann es vorkommen, dass Frauen bei schwierigen Nähten vom Arzt versorgt werden müssen und unter Umständen lange auf ihn warten. Weitere Nachteile, die genannt werden: Pathologien werden möglicherweise „verzögert wahrgenommen“ (16710) und die Frauen werden „vielleicht länger hingehalten, natürlich zu entbinden“ (1827183). Bei Überleitungen ist plötzlich ein fremder Arzt involviert und es kann passieren, dass die Frauen sehr enttäuscht sind oder sich sogar als Versagerinnen fühlen. Daher ist es besonders wichtig, sie im Anschluss auf der Station im Wochenbett zu betreuen.

3.4.2.3 Unterschiede zur konventionellen Klinikgeburt

Aus Sicht der Hebammen sind die Unterschiede zur normalen Arzt/Hebammengeleiteten Geburt mannigfaltig. Daher werden die Ergebnisse zu diesem komplexen Themenblock weiter untergliedert in: Atmosphäre, Art der Geburtshilfe, Klientel der Frauen und die gegebenenfalls im Hebammenkreißsaal veränderte Rolle der Hebamme.

Atmosphäre

Bei den Geburten im Hebammenkreißsaal herrscht eine andere Atmosphäre als bei herkömmlichen Geburten. Sie wird als ruhiger (n=5), entspannter (n=4), familiärer (n=2), vertrauter, anders und mit einer besonderen Stimmung beschrieben. Sie kann von der Hebamme selber gestaltet werden und wird nicht von einem Arzt unterbrochen.

„... weniger Leute drum herum. Die Frau liegt nicht im grellen Licht mit zehn Leuten. Die Atmosphäre ist familiärer. Bei anderen Geburten versuchen wir das natürlich auch, aber da sind Schüler, die wollen ja auch was lernen. Es ist mehr Ruhe, entspannter.“ (1293132)

„Es macht mehr Spaß, keiner bringt mir die Atmosphäre durcheinander, macht gute Laune. Wenn jemand unterbricht, stört, verliere ich das Vertrauen von den Frauen.“ (1144116)

Aber auch:

„Da kann auch mal die ganze Atmosphäre kaputt gehen, die du aufgebaut hast, wenn die [dazu gerufene] Kollegin jetzt meint, aufräumen zu müssen oder rumgackert.“ (2216223)

Geburtshilfe

Auch die **Geburten** sind anders: ruhiger (n=2), komplikationsloser, klarer, natürlich, entspannter, intensiver, zwischenmenschlicher, sanfter und „*Wunderbar. Wunderbar, wunderbar!*“ (1331).

Gebeten, den oder die **Unterschiede** zur konventionellen Klinikgeburt zu erläutern, nennen die Hebammen folgende Aspekte: Das Raushalten der Geburtsmedizin, natürliche Geburtsverläufe, wehenfördernde Medikamente sind weiter weg, Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen und ein schon vorhandenes Fundament an Vertrauen und Kontakt von und zu den Frauen. Zwei Hebammen stellen keinen Unterschied fest und geben an, beide Frauengruppen gleich zu betreuen.

„Von der Qualität ... nicht, nein, ich möchte mich schon für andere Frauen genau so einsetzen.“
(1304131)

„Dass wir nicht mehr die Pflicht, sondern die Möglichkeit haben, den Arzt zu rufen. ... Ich habe die Möglichkeit, Geburtsverläufe auch wirklich laufen zu lassen. Nicht den Einflüssen von außen ausgesetzt zu sein. Der Arzt, der reinkommt, ins Bett will und noch schnell 'nen Tropf dranhängt.“
(1928198)

Ferner wurden sie gefragt, ob sie ihre **Geburtshilfe** im Hebammenkreißsaal anders gestalten. Drei Hebammen sehen **keinen Unterschied** in der Art und Weise ihrer Betreuung, wobei eine einschränkt, dass diese dadurch leichter ist, dass die Frauen schon eine intensivere Beziehung zu dem Hebammenteam haben. Die andere Einschränkung ist: *„Fachlich nicht anders, technisch nicht anders. Da gibst du mehr von dir, ganz klar. Aber du bekommst dafür auch mehr zurück.“* (1812182).

Weiterhin werden teilweise sehr selbstkritisch die **Unterschiede** zur Arzt/Hebammen-geleiteten Geburt angegeben: mehr Zeit für die Frauen (n=3) (um Vertrauen aufzubauen; bei Bonding oder Verlegung; wegen Anwesenheit im Rufdienst), Erzeugung einer ruhigeren, entspannteren Atmosphäre (n=3), häufigerer Einsatz von Homöopathie und Akupunktur sowie mehr Einbeziehung des Partners. Stärkere Anregungen der Frauen zu mehr Bewegung, Selbstgestaltung der Geburt und zum Hören auf ihre Intuition werden ebenso genannt wie das Achten auf mehr Intimität und noch sorgfältigeren Dammschutz. Einmal wird die Art der Geburtshilfe als zurückhaltender beschrieben, einmal wird gesagt, dass gerne zu Wassergeburten angeregt wird und ein letzter genannter Punkt ist, Schülerinnen weitestgehend aus dem Hebammenkreißsaal herauszuhalten.

Hebammen/eigene Rolle

An die Unterschiede in der Geburtshilfe schließt sich die Darstellung der wahrgenommenen Veränderungen in der Rolle als Hebamme bei Hebammengeleiteten Geburten an. Hauptpunkt hierbei ist die neue, größere Verantwortung. Entweder wird diese nur als Novum benannt (n=3) oder es werden damit verbundene Schwierigkeiten dargestellt (n=4): Kritische Situationen werden bei Arztanwesenheit besser ertragen, es ist einfacher, wenn ein Arzt kontrolliert, in konventionellen Geburten ist es entspannter wegen der Möglichkeit, einen Mediziner zu rufen und Hebammengeleitete Geburten sind wegen der Gesamtverantwortung anstrengender.

Weitere Veränderungen: Steigerung des Selbstwertgefühls beziehungsweise Selbstbestätigung (n=3), das Modell ist eine Herausforderung, klarere Rolle als Helferin der Frau, intensiver Kontakt zu den Frauen beispielsweise durch die Vorgespräche (n=2), dadurch aber auch größere Schwierigkeiten, schlechte Nachrichten zu überbringen und ein stärkeres Engagement für die Frauen (n=3).

„Aber es ist schon so, wenn zwei Frauen da sind, eine Hebammengeleitete, eine konventionelle, dass ich zu der hebammengeleiteten öfter schaue. Ist ja auch logisch, ich habe ja die volle Verantwortung für das ganze Drumherum. Sonst kann ich schon mal eine Schülerin schicken, oder den Arzt bitten, mal was zu machen.“ (1695173)

„Ich bin für mich auch ruhiger. Dass nicht die Gefahr ist, dass ich den Arzt rufe, die Frau presst und der Arzt kommt rein und sagt: ‚Mach das mal anders.‘ Wieder dieser Störfaktor. Das stellt meine Kompetenz in Frage.“ (1592161)

„Es ist für mich auch anstrengender, ist für mich leichter mit PDA und Wehentropf, Schmerzmitteln. Es geht schneller, Ist leichter, aber macht keinen Spaß.“ (1483151)

„Hier muss ich alleine mit der Frau klar kommen. Bei anderen bin ich entspannter, weil ich immer den Arzt dazu rufen kann.“ (1464148)

Frauen

Die Hebammen wurden gebeten, die HKS-Frauen zu beschreiben und gegebenenfalls Unterschiede zu denen, die konventionell entbinden, aufzuzählen: Die Frauen im Hebammenkreißsaal sind demnach aufgeklärter über Schwangerschaft, Geburt und Stillen (n=10), selbstbewusster (n=9) beziehungsweise selbstbestimmter (n=7), sehen Schwangerschaft, Geburt und Stillen als natürlich an (n=5) und

beklagen sich weniger (n=3). Weiterhin übernehmen sie Eigenverantwortung (n=3) und haben Vertrauen in die Kompetenz der Hebammen (n=6) beziehungsweise sehen diese als Partnerin und nicht als alleinige Akteurin, wobei die vorherigen Kontakte (Vorgespräche, Akupunktur, Kurse) zu dieser intensiven Beziehung beitragen (n=3). Sie kommunizieren deutlicher, hätten sich vielleicht auch für eine Hausgeburt entschieden und wählen teilweise alternative Gebärpositionen. Einige von ihnen haben negative Geburtserfahrung mit Arztbeteiligung gemacht (n=3) oder haben Angst, in der Klinik allein gelassen zu werden. Zudem werden die Frauen, die sich für die Hebammengeleitete Geburt entscheiden, als gesundheitsbewusster, alternativer, anspruchsvoller und interessanter beschrieben. Zudem sind sie gebildeter (n=3), intelligenter (n=2), Deutsch sprechend, mit festem Partner und finanziell besser gestellt.

„An Äußerlichkeiten kannst Du sie eigentlich nicht festmachen. Es ist etwas, was sie in ihrem Herzen haben. Mehr Selbstbewusstsein, weniger unklare undefinierte Angst.“ (1681170)

„Es ist eine, die grundsätzlich positiv zur Geburt eingestellt ist. Die nicht so von Sorgen und Ängsten getrieben ist. Die sagt: ‚Ich krieg das schon hin.‘ Und die eben auch sagt: ‚Ich brauche keinen Arzt.‘“ (2819283)

„Und sie haben mehr Vertrauen zu uns und auch zu sich.“ (1621163)

„Es sind eigentlich alles Frauen, die sich wünschen, selbstbestimmt in geborgener Atmosphäre zu entbinden. Frauen, die sich im Vorfeld mit der ganzen Geschichte auseinandersetzen.“ (1872189)

„Die Frauen kommen nicht so in dem Maße, dass sie sich ausliefern. Sie haben den aktiven Part in der Beziehung. Wir Hebammen müssen uns nicht mehr so abstrampeln, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.“ (1049107)

3.4.3 Risikokatalog

Im Themenkomplex „Risikokatalog“ werden Ergebnisse zur Beurteilung der Kriterien des Kataloges seitens der Hebammen aufgeführt. Dazu kommen Erfahrungen, welches die häufigsten Gründe zur Überleitung sind und Einschätzungen, ab wann und warum eine Geburt pathologisch wird.

3.4.3.1 Kriterien

Zum Zeitpunkt der Befragung wurde mit der ersten, besonders strengen Version des Risikokataloges gearbeitet. Die daran kritisierten Ausschlusskriterien waren:

- Zustand nach Sectio (n=8)
- Grünes Fruchtwasser (n=4)
- ET plus (n=2)
- Vorzeitiger Blasensprung (n=2)
- Zustand nach Dammriss 3. Grades

Weitere genannte diskussionswürdige Kriterien: Meptid¹²-Gabe, kurzzeitiger Wehentropf in der Austreibungsphase und generell der Katalog C¹³ (unklar, einige überflüssige Kriterien).

Die Hebammengeleitete Geburt ist nicht nur ein Konzept, sondern gleichzeitig auch ein Prozess. Veränderungsbedarf wird unter Hebammen und Ärzten erörtert. Dies wird deutlich am Beispiel des Risikokataloges, welcher ausgiebig diskutiert und bereits zweimal, unter anderem in den oben genannten Kriterien, verändert wurde.

Doch nicht nur die messbaren Kriterien des Kataloges spielen bei der Auswahl der für die Hebammengeleitete Geburt zugelassenen Frauen eine Rolle:

„Wir müssen lernen, unserer Feinwahrnehmung besser zu vertrauen. Es gibt Frauen, da riecht man, dass es nicht passt, obwohl sie den Kriterien entsprechen. Er [der Risikokatalog, Anm. d. Autorin] müsste deutlich differenzierter sein, nicht strenger oder unstreng.“ (1941197)

„Da ist ja ganz viel auf der Bauch-Gefühlsebene. In der Zuverlässigkeit der Frau muss strenger geguckt werden. Ganz wichtig ist, wenn die Hebamme sagt, ich bin mir nicht sicher, guck du doch noch mal. Das ist ja nichts Fachliches.“ (2172220)

„...[es] gibt Frauen, die passen laut Risikokatalog nicht mehr in den Hebammenkreißsaal, aber ich wüsste genau, mit einem Arzt würde auch nicht mehr passieren.“ (3096311)

¹² nicht-betäubungsmittelpflichtiges Schmerzmedikament, zur Gruppe der Opiate gehörend

¹³ siehe Anhang A

3.4.3.2 Überleitungsgründe/„normale Geburt“

Die aus der Erfahrung der Hebammen häufigsten **Gründe zur Überleitung** von hebammengeleitet zu Arzt/Hebammen-geleitet sind: Geburtsstillstand (n=4), pathologisches CTG (n=3), vorzeitiger Blasensprung (n=2) und PDA/ Schmerzmittel (n=3) beziehungsweise Schmerzempfindlichkeit (n=2). Weitere genannte Ursachen für eine nicht mehr normal verlaufende Geburt im Hebammenkreißsaal: Fieber, Bluthochdruck, verzögerte Eröffnungs- oder Austreibungsphase, Wehenschwäche beziehungsweise Wehentropf, grünes Fruchtwasser, massive Blutungen, *„wenn es der Frau nicht gut geht, irgendwas entgleist. Meistens ja beim ersten Kind“* (2493250) *oder* *„Wenn es nicht mehr normal verläuft.“* (3108).

Die Hebammen wurden gebeten, zu beschreiben, wann eine Geburt nicht mehr **normal** verläuft. Hauptsächliche Merkmale sind hierbei: schlechte Herztöne (n=9), Geburtsstillstand (n=8), Gefahr für die Mutter (n=4), grünes Fruchtwasser (n=3) und Bedarf der Frau nach Analgesie (n=3). Unklare Blutungen (n=2), regelwidrige Lage des Kindes (n=2), Nabelschnurvorfal, pathologische Laborwerte, Plazentalösung und langer vorzeitiger Blasensprung sind weitere genannte Gründe für eine nicht mehr normale Geburt. Dazu kommen nicht messbare Faktoren wie *„wenn sich die Frau nicht mehr führen lässt, diese mangelnde Kooperation“* (2868287) *oder* *„wenn ich es eigentlich nicht mehr aushalte.“* (26510).

„Es ist wie ein Puzzleteil, setzt sich aus Faktoren zusammen, die ja einzeln nicht pathologisch sein müssen. Es ist ein Bauchgefühl. Man sollte immer auf die Frauen hören, die sagen: ‚Bei mir stimmt was nicht‘“ (2932242)

Den vorhandenen Risikokatalog halten fast alle Hebammen für ausreichend, nur zwei würden einen zusätzlichen Katalog für Komplikationen unter der Geburt befürworten, in dem strenge Regeln zum Hinzuziehen eines Arztes vorgegeben sind. Die Gefahr, dass Kriterien des Kataloges großzügig ausgelegt werden, um bei Problemen keinen Arzt rufen zu müssen und die Geburt somit regelwidrig weiterhin hebammengeleitet laufen lassen zu können, wird vom Großteil (n=5) der Hebammen als gering bis nicht vorhanden eingeschätzt.

„Ich muss mich nicht profilieren, ich habe keine Konkurrenz zu den Ärzten. Es bleibt sowieso genug bei mir, auch wenn ich den Arzt rufe.“ (2151217)

„Gar nicht so groß, weil wir ja zu zweit sind.“ (2427)

Zwei Hebammen sehen in dieser Handlungsweise ein mögliches Problem und zwei sehen hierin eine deutliche Problematik.

„Die Gefahr ist höher, auf jeden Fall. Aber da ist es auch gut, ne zweite Kollegin im Hintergrund zu haben.“ (2968297)

„Ja, das sehe ich als Gefahr. Mein Wunsch, es weiter hebammengeleitet laufen zu lassen, weil die Frau es sich so sehr wünscht. Der uralte Gedanke: Entbinde nicht deine beste Freundin!“ (27510277)

3.4.4 Einstellung und Beziehung zu den Ärzten

Ein weiterer Themenkomplex geht der Frage nach, ob und wie sich der Umgang zwischen Hebammen und Ärzten verändert hat und ob neue Konflikte aufgetreten sind.

Vier Hebammen stellen keine bis kaum Unterschiede im Umgang untereinander fest, wohingegen sechs beschreiben, dass er sich generell verbessert hat: Positiv bewertet werden die ärztliche Bereitschaft, den Hebammen unbürokratisch zu helfen (n=2), das Vertrauen der Ärzte in die Hebammen (n=2), was auch den konventionellen Geburten zugute kommt (n=2), und dass die Kommunikation mehr auf Augenhöhe (n=2) stattfindet.

„Mehr Respekt für uns ärztlicherseits, wir sind mehr Gesprächspartner, nicht ausführende Organe. ... Dass wir auch verstehen, in welcher Entscheidungskrise sie stecken, man kriegt einen Blick dafür, was bedeutet es wirklich, die volle Verantwortung zu haben für die ganze Geschichte.“ (2341238)

„Ich hatte Angst, dass sie sagen: ‚Das ist deine Geburt, euer Projekt.‘ Es ist toll, dass die Bereitschaft da ist, mal vor die Tür zu gehen, was zu besprechen.“ (2672278)

Im veränderten Miteinander gibt es auch einige negative Aspekte, welchen die Hebammen allerdings keine so große Bedeutung zumessen wie den positiven Änderungen.

„Aber auf der anderen Seite ist es nicht so schön, dieses Belächelt-werden, wenn Geburtsverläufe laufen gelassen werden.“ (3248326)

„Naja, und bei manchen ist das so, dass wir sie um Ultraschall zum Beispiel bitten, da sagen sie, wieso, ist doch hebammengeleitet. Und jetzt fällt auf, ..., dass sie ungeduldig sind. Und die Frauen auch manchmal anmachen, ‚So jetzt machen Sie aber mal mit.‘ und so. Aber das fällt jetzt auf, weil wir es anders machen. Früher war das die Norm. Jetzt sind wir sensibler.“ (2673272)

Fünf Hebammen sagen, dass es kein neues Konfliktpotenzial zwischen Hebammen und Ärzten gibt, sondern im Gegenteil, dass das Verständnis füreinander wächst. Es gibt aber auch Stimmen, die nicht dieser Meinung sind, oder Einschränkungen machen:

„Das würde ich nur auf bestimmte Ärzte beziehen, die das von Anfang an nicht gut geheißen haben. Die dann immer nach Punkten suchen, wo ist was falsch gelaufen? Die was zu meckern suchen.“ (3869388)

Zwei Hebammen stellen es als für die Ärzte problematisch dar, dass diese oftmals gar nicht wissen, dass eine Hebammengeleitete Geburt stattfindet und dann bei Komplikationen sofort zur Stelle sein müssen. Dies berge Konfliktpotenzial in sich, müsse noch besser geregelt werden.

Die Einstellung der Kreißsaalärzte zum Hebammenkreißsaal können die Hebammen nicht eindeutig beurteilen. Dazu ist diese Einschätzung zu individuell, wobei die Tendenz in Richtung positive Einstellung geht. Einige niedergelassene Gynäkologen hatten zum Zeitpunkt der Interviews zur Hebammengeleiteten Geburt eingewiesen, was als sehr positiv bewertet wird (n=5).

3.4.5 Selbstreflexion

Alle Hebammen finden es gut, in dem Konzept Hebammengeleitete Geburt mehr **Verantwortung** zu tragen, wobei zwei von ihnen diese neue Situation teilweise nach wie vor als ungewohnt empfinden. Hilfreich kann dann die Beratung mit der zweiten Hebamme sein oder eine kurze Pause, um die Situation aus einer anderen Perspektive beleuchten zu können. Auch bringt das Modell es mit sich, **Neues zu lernen**. Dazu zählen: das Nähen (n=2), die U1 (n=2), die Fortbildungen (allgemein) beziehungsweise altes Wissen auffrischen (n=2), der Umgang mit Rufdiensten (n=2), Anamnesen erstellen, Entscheidungen treffen, Verantwortung und Gleichberechtigung mit Kolleginnen teilen, Homöopathie, Erfahrung mit bestimmten alternativen Gebärpositionen, zu zweit arbeiten, von der Kollegin lernen, eine neue Art der Kommunikation, Projektarbeit, das KIM-Programm und dass Frauen das Wochenbett besser zu Hause verarbeiten.

„Die Hebammengeleiteten Geburten haben mich noch stärker gemacht.“ (3224323)

„Dadurch, dass wir zu zweit Geburten machen, lernt man von den Kolleginnen ganz viel. Und man lernt auch wieder, zu zweit im Kreißsaal zu arbeiten.“ (4596461)

„Ich find's gut, ... , dass wir sie [die Verantwortung, Anm. der Autorin] übernehmen können. ... Es ist eine Bereicherung für uns im Arbeitsalltag, weil wir ein größeres Feld haben.“ (3172319)

„Ich bin sicher, dass ich genug Verantwortung habe, zu reagieren, wenn was ist.“ (3345)

Die **Veränderungen** innerhalb des Teams werden von den Hebammen als vornehmlich positiv beschrieben. Vor allem der Zusammenhalt ist besser geworden (n=5), förderlich dafür ist das Arbeiten zu zweit (n=2) und das dadurch bedingte Von-einander-lernen (n=2). Auch die Kommunikation hat sich verbessert (n=3), was eine bessere Konfliktbewältigung mit sich bringt. Die Arbeitszufriedenheit ist höher, das Selbstbewusstsein, die Kreativität und das Engagement haben zugenommen. Aber auch Spannungen nehmen zu (n=2), was mit der gesteigerten Arbeitsbelastung hauptsächlich durch die Rufdienste begründet wird. Und es werden Unterschiede der Einzelnen in der Art ihrer Geburtshilfe deutlich.

„Ich denke, wir sind mehr zusammen. Dass wir uns .. gegenseitig unterstützen. Nicht die Steine in den Weg legen, sondern im Gegenteil, sie aus dem Weg zu räumen.“ (3284330)

„Dass alle sehr stolz auf sich sind.“ (3393)

Einen **gesteigerten Ehrgeiz**, möglichst viele Frauen im Hebammenkreißsaal zu betreuen, sehen die meisten Hebammen unter sich im Kolleginnenteam nicht (n=5). Die übrigen Hebammen nehmen einen (unterschiedlich ausgeprägten) gesteigerten Ehrgeiz wahr, entweder im gesamten Team oder auch nur bei einzelnen Kolleginnen. Dieser ist bei zwei Hebammen gekoppelt mit dem Stolz des gesamten Teams über die Hebammengeleiteten Geburten.

„Jaa, so in gewissen Maßen schon. Man ist schon stolz auf jede Hebammengeleitete Geburt. Aber nicht um jeden Preis.“ (3535354)

„Ansonsten habe ich das Gefühl, dass jede Kollegin, die im Hebammenkreißsaal entbunden hat, völlig glücklich ist. Zufrieden ist. Vielleicht auch stolz ist. Und was mir jetzt erst auffällt ist, das die Hebammen hinterher alle sagen: ‚Ach die Frauen waren so glücklich.‘ Dass man die Zufriedenheit der Frau vielleicht gleichzeitig als Qualitätssiegel sieht.“ (5006504)

Die **Rufdienste** waren zu dem Zeitpunkt der Interviews ein Hauptproblem in dem Konzept Hebammengeleitete Geburt. Durch die Stellenaufstockung hat sich diese Lage mittlerweile deutlich entspannt.

Abgesehen von der Menge bringen diese Dienste noch andere Probleme mit sich, alleine die Tatsache der Rufbereitschaft beeinträchtigt oder belastet viele

Hebammen seelisch beziehungsweise körperlich. Dies spiegelt sich zum Beispiel durch Schlafstörungen (n=2) wider. Die Stärke der Belastung ist allerdings abhängig von unterschiedlichen Faktoren wie: Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung, Freiberuflichkeit, Familie, Alter und Wohnort beziehungsweise Anfahrtsweg (Gefahr des Staus vor dem Elbtunnel). Das Warten auf einen eventuellen Anruf und die damit verbundene Anspannung wird von allen Hebammen als nicht so schlimm beschrieben, wenn er denn erfolgt: *„Man sitzt und wartet und kann nichts machen. Aber wenn das Telefon dann klingelt, komme ich gerne.“* (2961298).

Dazu kommen (zum Zeitpunkt der Befragung) noch nicht geklärte Rufkriterien (zu welchem Zeitpunkt soll die zweite Hebamme gerufen werden?) und zwischenzeitliche Probleme, die Regelung und das Schreiben des Rufdienstplanes betreffend.

Sieben der acht teilnehmenden Hebammen halten die **Supervision** für eine wichtige und fortzusetzende Methode zur Bewältigung bestehender oder neu auftretender Konflikte. Für eine Hebamme gab es noch keine befriedigende Sitzung, sie hatte sich mehr davon versprochen. Allerdings räumt sie, wie die anderen Kolleginnen auch, dem Prozess und den Ergebnissen der Supervision ausreichend Zeit ein. Zum Teil wird kritisiert, dass in den Sitzungen hebammenkreißsaalfremde Themen besprochen werden (n=3).

„... ich finde das gut, da kommen richtig die Konfliktsachen auf den Tisch. Und werden gut gelöst.“
3743375

„Das Team wird fester Gut, selber Lösungen zu suchen und nicht hinter dem Rücken schlecht zu reden.“ 3644366

„... ich hatte gehofft, dass wir uns trauen, Kolleginnen, wo wir es uns sonst nicht trauen was zu sagen, das auch tun. Was aber bisher nicht der Fall war.“ (5296531)

Abschließend beschreiben alle Hebammen es als positiv, dass sich ihre **Vorstellungen**, die sie vor Implementierung des Modells hatten, erfüllt haben. Befragt danach, ob sie **noch etwas erwähnen** möchten, werden nachfolgende Aspekte benannt:

- Wunsch, dass die Beleghebammen an dem Konzept teilnehmen
- Beibehaltung des Austausches zwischen den HKS-betreibenden Kliniken
- Mehr Personal

- Den Chef für seine Unterstützung loben

3.5 Ärzte

3.5.1 Zufriedenheit und Problemsicht

Zum Thema Zufriedenheit und Problemsicht werden die Ergebnisse zu folgenden Fragen dargestellt:

- Gründe für die Einführung des Modells
- Zufriedenheit mit implementiertem Modell
- Was gefällt/gefällt nicht an dem Modell, was sollte bleiben/geändert werden

3.5.1.1 Gründe für die Einführung des Modells:

Die Gründe, welche die befragten Ärzte der Abteilung für die Einführung nennen, sind vielfältig. Sie reichen von familienorientiert und frauenorientiert über zusätzliche Alternative in der Klinikgeburt, Marketingstrategie und um der Tatsache gerecht zu werden, dass eine Geburt ein natürliches Ereignis und keine Krankheit ist, sowie die Möglichkeit, die Geburtenzahlen im Krankenhaus zu steigern. Der leitende Arzt und die leitende Hebamme haben die Idee des Hebammenkreißsaals auf einer Dienstbesprechung vorgestellt. Zusätzlich gab es auch noch eine Informationsveranstaltung in der Abteilung, auf der Hebammen aus Bremerhaven - dort wurde der erste Hebammenkreißsaal in der Bundesrepublik eingeführt - von ihren Erfahrungen berichteten

An den Planungen zur Implementierung des Modells war außer dem Chefarzt, welcher federführend beteiligt war, ein weiterer Arzt zur Überarbeitung des Risikokataloges involviert und ein Arzt stand für eventuelle Rückfragen zur Verfügung. Alle anderen befragten Ärzte waren an den Planungen des HKS nicht beteiligt.

3.5.1.2 Zufriedenheit mit dem Modell, positive erhaltenswerte Aspekte

Besonders hervorgehoben wurde von drei der befragten Ärzte die Erkenntnis, dass die Geburt ein natürliches Ereignis ist, welches in diesem Modell die Möglichkeit hat, wieder in ihre ursprüngliche Form gebracht zu werden, ohne dass medizinische Maßnahmen nötig sind. Wobei ein Arzt anmerkt, dass dieses Modell als

zusätzliches Angebot für risikoarme Schwangere zu sehen ist, welches im Notfall, im Gegensatz zur Hausgeburt, das Know-how und die Infrastruktur eines Krankenhauses bietet. Drei Ärzte sind der Meinung, dass die Hebammengeleitete Geburt eine bessere, beziehungsweise eine engere und intimere Atmosphäre zwischen Hebammen und Gebärenden mit sich bringt, die den archaisch ablaufenden Geburtsprozess fördert. Fachlich wird den Hebammen die nötige Kompetenz zugetraut (n=3), ebenso wird ihnen zugetraut, dass sie selbstständig arbeiten können und diese Form des Arbeitens das Selbstbewusstsein der Hebammen stärkt (n=2). Und bei dieser Form der Geburtshilfe gibt es auch keine fachlichen Diskussionen zwischen Hebammen und Ärzten vor der Gebärenden.

„Dass die Geburt wieder in ihre ursprüngliche Form gebracht wird.“ (018016)

„Dass eine ganz normale Geburt keine medizinischen Maßnahmen braucht. Als natürliche Sache, die sie ja auch ist. Und dass, wenn die unter sich sind, dass eine andere, wohl bessere Atmosphäre herrscht. Dass Entbindung nicht gleichgesetzt wird mit Krankheit. Das hat mich am meisten fasziniert. Das war der hauptsächliche Umdenkungspunkt. Dass wir an sich überflüssig sind. Und dass die Hebammen ja durchaus selbstständig arbeiten können und das auch tun sollen, dass sich nicht ständig jemand einmischt und meint, dass er es besser kann. ... Der Gedanke war neu, dass der Arzt bei der Geburt nichts zu suchen hat, weil die Fachfrau für Geburt ja die Hebamme ist.“ (014016)

„Das hat so viele gute Aspekte, das Wichtigste für mich ist, dass die biologische Geburt nicht als ein pathologischer Prozess angesehen wird und deshalb auch von denen betreut wird, die das am Besten können. Hebammen sind seit Jahrhunderten ausgebildet und haben eine hohe fachliche Kompetenz, eine normale Geburt zu begleiten.“ (017016)

„Der zweite Vorteil ist, eine enge intime Beziehung zwischen zwei, maximal drei Personen da ist und dadurch der Ablauf der sehr archaisch ablaufenden Geburt nicht gestört wird.“ (017016)

3.5.1.3 Negative Aspekte

Als schwierig wurde zum Einen der geringe Kontakt zu den Frauen, die im HKS entbinden, angegeben und zum Anderen das Fehlen von Ultraschallbefunden (n=2). Dieser ist nach Aussage der Ärzte wichtig, wenn Komplikationen unter der Geburt auftreten und der Arzt hinzugezogen werden muss. Wenn nach dem ersten Vorgespräch seitens der Hebamme Zweifel bezüglich der Risikokriterien auftreten, werden Ultraschalluntersuchungen als Konsil durchgeführt. Dies wurde als interne Lösung in der Abteilung eingeführt, um eventuelle Risiken auszuschließen.

Dennoch wurde von einem Arzt geäußert, dass eventuelle Auffälligkeiten in der Anamnese nicht rechtzeitig den Ärzten mitgeteilt werden, so dass es dann zu notfallmäßigem Informieren während der Geburt kommt.

Trotz der Einschätzung, dass die Hebammen kompetent genug sind, um Geburten alleine durchzuführen, wurde der Wunsch geäußert, bei der Entscheidung, welche Hebamme an dem Modell beteiligt sein sollte, mitwirken zu können.

Bemängelt wurde, dass nicht alle Hebammen den Dokumentationspflichten am PC konsequent nachkommen (n=2).

Als negativ wurde auch die Rolle des Arztes in der Geburtshilfe empfunden, der Arzt als Störfaktor, nur weil ärztliches Handeln für die Frauen auch unangenehm sein kann.

„Dass ich wenig Kontakt zu den Frauen habe. Und wenn dann was ist, kenne ich sie gar nicht so. Meistens, wenn man gerufen wird, macht man ja was Unangenehmes. Das ist für die Frauen doof und für mich psychologisch: Ich bin der Buhmann.“ (014017)

„Was mir nicht gefällt, ist, wenn in der Anamnese Auffälligkeiten bekannt sind und wir nicht informiert werden, notfallmäßiges Informieren. Habe Zweifel, ob Extraarbeit zum Beispiel Computerarbeit mitgemacht wird.“ (015017)

3.5.1.4 Was sollte geändert werden

Auf die Frage, was geändert werden sollten, meinten zwei Ärzte, dass sie von den Hebammen darüber informiert werden wollen, wenn eine Hebammengeleitete Geburt läuft und die Gebärende dem Arzt kurz vorgestellt wird, für den Fall, dass es zu einer Überleitung in eine Arzt/Hebammen-geleitete Geburt kommt (n=2). Ein weiterer Punkt, der genannt wurde, ist die Bereitstellung von Geldern für Fortbildung und ganz besonders die Finanzierung der Supervision. Ein Arzt hat den Eindruck, dass die Hebammengeleitete Geburt noch nicht „voll gelebt“ (016019) wird, da Ärzte noch um Rat gefragt werden. Ein anderer Arzt möchte nichts an dem Konzept ändern, außer es durch Broschüren noch mehr bekannt zu machen.

Unabhängig von dem Modell wurde bei dieser Frage auf die Renovierung der Räumlichkeiten hingewiesen.

3.5.1.5 Was sollte bleiben

Auf die Frage was bleiben sollte, wurden die zwei Vorgespräche, welche die Hebammen mit den Schwangeren führen, genannt, ebenso wie die Wochenbettvisite. Weiterhin fortgeführt werden sollen Fortbildungen für die Hebammen, insbesondere CTG Fortbildungen und Nahtfortbildungen (n=2). Als wichtiger Punkt ist die Weiterführung der Supervision genannt, vor allem um die Schnittstelle Arzt/Hebamme zu bearbeiten. Als positiv und erhaltenswert werden die Rufdienste der Hebammen gewertet. Von ärztlicher Seite sollte das Modell Hebammenkreißsaal weitergeführt werden, die Frauen sollen weiterhin die Möglichkeit haben zwischen HKS und Arzt/Hebammen wählen zu können.

3.5.2 Vorteile und Nachteile für die Frauen

In diesem Abschnitt wird zu den Vor- und Nachteilen der Hebammengeleiteten Geburt für die Frauen aus Sicht der Ärzte eingegangen, sowie die Gründe, warum sich, aus ärztlicher Sicht, schwangere Frauen für dieses Modell entscheiden.

3.5.2.1 Frauen

Gründe für eine Hebammengeleitete Geburt

Nach Ansicht der interviewten Ärzte entscheiden sich überwiegend solche Frauen für die Hebammengeleitete Geburt, die sich auch vorher schon mit ihrer Schwangerschaft auseinandergesetzt haben, die Schwangerschaft als etwas Natürliches ansehen und nicht als Krankheit (n=3), den Wunsch nach Sicherheit (durch Medizin im Hintergrund) (n=3) haben und dennoch so familiär (n=2) wie möglich entbinden möchten, das heißt, die Frauen möchten ihre Intimsphäre wahren. Als ein weiterer Grund wurde die Verarbeitung von negativen Erfahrungen bei vorherigen Geburten genannt.

Welche Frauen entscheiden sich für den Hebammenkreißsaal?

Die Frauen, die sich für dieses Modell entscheiden, wurden von den befragten Ärzten als differenzierter (n=3), gebildeter und kritischer eingeschätzt; wurden als Frauen mit einem guten Körpergefühl beschrieben. Auch wurde darauf hingewiesen, dass es sich überwiegend um deutschsprachige Frauen handelt beziehungs-

weise es wenig bis keine Migrantinnen (n=3) seien, die dieses Angebot wahrnehmen. Nach Auffassung eines Arztes sind die Hebammen um diese Frauen zu beneiden, so wie früher die Beleghebammen beneidet wurden, da sie mit den Frauen besser kommunizieren können und es mehr Spaß macht, solche Geburten zu betreuen.

3.5.2.2 Vorteile

Die Frauen, die dieses Angebot der Hebammengeleiteten Geburt annehmen, haben nach Meinung der Ärzte den Vorteil, dass sie intensiver betreut werden, da sich in der Regel zwei Hebammen um die Gebärende kümmern und dabei oft eine sehr ruhige (n=3), entspannte, fast freundschaftliche, Atmosphäre im Kreißaal herrscht, die nicht durch einen „Kurzbesuch“ des Arztes unterbrochen wird, der als störend empfunden wird (n=2).

3.5.2.3 Nachteile

Nachteile für die Frauen wurden aus rein fachlicher Sicht zu den Punkten Betreuung, Sicherheit, Qualität keine genannt (n=4), vorausgesetzt, die Risiken sind wirklich gut ausgeschlossen.

Nachteil für die medizinische Ausbildung

Ein Nachteil für die Mediziner in der Facharztausbildung könnte nach Aussage eines Arztes dann entstehen, wenn ca. 50% der Geburten hebammengeleitet laufen würden. Aber beim jetzigen Stand von unter 10% der Geburten, hat der Hebammenkreißaal keine negativen Auswirkungen auf die Ausbildung.

3.5.3 Risikokatalog (ab 09.06.2005 geänderter RK)

In diesem Abschnitt wurde den Ärzten die Frage gestellt, ob der Risikokatalog zu streng oder nicht streng genug ist, ob er überarbeitet werden müsste beziehungsweise ob er so beibehalten werden sollte. Problematisch war, dass die einzelnen Kriterien des Risikokatalogs bei den meisten Interviewpartnern (n=4) nicht präsent waren, so dass detaillierte Antworten nicht möglich waren.

Der Risikokatalog wurde im September 2005 geändert, beziehungsweise noch einmal überarbeitet und findet in seiner jetzigen Version die überwiegende Zu-

stimmung seitens der Ärzte. Kriterien wie Orastingabe¹⁴, Meptidgabe, vorzeitiger Blasensprung und grünes Fruchtwasser wurden als noch mal zu überdenken angegeben. Hebammengeleitete Geburt nach Sectio war am Anfang ein Ausschlusskriterium, und wird jetzt im Einzelfall mit den Ärzten entschieden.

„Die Frage kann ich beantworten, was generell geändert werden sollte, haben wir geändert, das ist sicher im ersten Jahr immer streng, wenn Sie etwas neu einführen, weil es darf nichts schief gehen, nach einem Jahr können Sie dann überlegen, was können Sie lockern bei den Sicherheitskriterien, Zustand nach Sectio haben wir ausgeschlossen und jetzt rein genommen, ja bis nach einem Jahr gibt es keine erhöhte Risiken und wenn Sie davon ausgehen dass die Sectiorate in Deutschland schon bei 35% liegt, dann haben wir ja kaum noch welche, die nicht sectiert sind“ (017025)

Allerdings ist es nach Meinung eines Interviewpartners sinnvoll, die Sectio auch weiterhin als Ausschlusskriterium zu betrachten. Auf die Frage, ob es einen zusätzlichen Katalog für Komplikationen geben sollte, wurde von allen fünf Interviewpartnern angegeben, dass mit dem Risikokatalog auch die Komplikationen abgedeckt sind.

Auf die Frage, ab wann eine Geburt pathologisch wird, wurden folgende Kriterien genannt:

Schmerzbekämpfung in Form einer PDA (n=3), pathologisches CTG (n=4), protrahierte Geburt (n=3), Einsatz von Saugglocke, wenn es Mutter und/oder Kind nicht gut geht (Herz/Kreislaufprobleme) (n=2).

Alle interviewten Ärzte trauen den Hebammen zu, dass sie Risiken rechtzeitig erkennen, rechtzeitig den Arzt hinzuziehen und keinen falschen Ehrgeiz entwickeln, um eine Geburt unter allen Umständen als Hebammengeleitete Geburt durchzuführen. Nach Ansicht eines Arztes wirkt sich diese Kompetenz der Hebammen auch positiv auf die nicht-hebammengeleiteten Geburten aus.

3.5.4 Einstellung und Beziehung zu den Hebammen

Durch den Hebammenkreißsaal ist das Verständnis der Hebammen für die Ärzte gewachsen, da die Hebammen durch das Modell mehr Eigenverantwortung übernommen haben. Auch bietet der Hebammenkreißsaal den Ärzten die Möglichkeit, anerzogene Vorurteile abzubauen, da sie gegenseitig mehr Einblick in die Arbeit der jeweiligen Berufsgruppe bekommen.

¹⁴ wehenförderndes Medikament

Zwei der Interviewpartner konnten keine Veränderung in der Beziehung zu den Hebammen feststellen und einer ist der Meinung, dass die Hebammen mit Einführung des Modells fachlich besser geworden sind.

„...das bessere Verständnis der Hebammen für das Vorgehen der Ärzte, jetzt wissen die Hebammen auch, warum wir uns manchmal entscheiden für die defensive Medizin, dass heißt doch eine Sectio oder für ein Einleiten und wenn sie nämlich verantwortlich sind für das CTG, dann merken sie, dass sie unter ganz anderen Zugzwängen sind und das ist eigentlich gut. Es führt also nicht zu einer Polarisierung Arzt/Hebamme wie das befürchtet wurde,....., sondern es führt zu einem, möglicherweise zu einem besseren Verständnis.“ (017027).

Zwei Ärzte sehen eher einen Konflikt mit den niedergelassenen Ärzten, zum Einen aus Gründen der Abrechnung und zum Anderen aus Gründen der Kompetenz. Dennoch wurde nach Einschätzung der Ärzte (n=2) das Projekt bei den Niedergelassenen positiver aufgenommen als erwartet. Kritische Äußerungen kommen eher von Ärzten anderer Häuser. Zu der Frage, ob es einen Unterschied zwischen Ärzten und Hebammen in der Betreuung von gesunden Schwangeren gibt, konnte keiner der Befragten eine Antwort geben, zum Teil, weil sie keinen Unterschied zu vorher sahen, beziehungsweise es wurde als nicht neu eingeschätzt, sondern schon immer als Hebammenaufgabe, Schwangerenvorsorge und Betreuung im Wochenbett durchzuführen.

Das Vertrauen der Ärzte in die Kompetenz der Hebammen ist größer geworden:

„Mehr Verständnis füreinander ist ein ganz wichtiger Lernfaktor. Wir wissen wieder, dass die Hebammen ihre Arbeit können. Und die wissen jetzt mal, wie es ist mit einem CTG in der Hand und man weiß nicht weiter. Und mit ihren Rufdiensten wissen sie, wie es ist mit 24-Stunden Diensten. Und wir haben gelernt, dass Hebammen Geburten alleine machen können. Es muss keiner mehr wegen Unsicherheit vorm Kreißsaal hin und her laufen. Wir haben mehr Vertrauen zueinander.“ (014029)

Neue Konflikte sind seit Einführung des Hebammenkreißsaals nicht entstanden. Bestehende Ängste, dass unter der Hebammengeleiteten Geburt etwas passieren kann, sind nahezu ausgeräumt.

Das insgesamt gute Verhältnis wird auch der Teamgröße, die in Harburg mit (zum Zeitpunkt der Befragung) zehn Hebammen und zehn Ärzten überschaubar ist, zugeschrieben. Ein Arzt beschreibt das Verhältnis als gut, weil es über Konflikte, die ausgetragen werden, gewachsen ist. Und das gute Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen ist auch für die Gebärenden wichtig, da sonst der Geburtsverlauf durch hierarchische Probleme im Kreißsaal negativ beeinflusst wird.

Zu der Frage, ob die Ärzte informiert werden wollen, wenn eine Hebammengeleitete Geburt stattfindet beziehungsweise beginnt, wurde von einigen der Wunsch geäußert (n=3), dass die Hebammen die Ärzte darüber informieren, wenn eine Hebammengeleitete Geburt ansteht, um gegebenenfalls im Vorfeld noch Untersuchungen (z. B. Ultraschall) machen zu können. Auch wurde von ärztlicher Seite gewünscht, dass sie den Gebärenden am Anfang der Geburt einmal kurz vorgestellt werden (n=2). Für einen Interviewpartner wäre diese Art der Information allerdings „Etikettenschwindel“ (016033) und er hält es nicht für nötig, über die Morgenbesprechung hinaus informiert zu werden.

3.5.5 Selbstreflexion

In der Rolle des Arztes als Geburtshelfer hat zum Teil ein Umdenken stattgefunden. Es wird allerdings von einem Interviewpartner als schade empfunden, dass es jetzt weniger schöne Geburtserlebnisse zu begleiten gibt.

„Und dass man nicht mehr so gebraucht wird. Das ist schon ein Umdenken für mich gewesen, das dann hätten Sie Hebamme werden sollen,‘ Und für viele andere wird das auch noch ein Umdenken bedeuten, da die Geburtshilfe ja ein schönes Gebiet der Medizin ist.“ (014034)

Die Rolle des Arztes in der Geburtshilfe wird mehr und mehr als Helfer bei pathologischen Geburtsprozessen gesehen, beziehungsweise als Berater bei Arzt/Hebammengeburt (n=4). Die befragten Ärzte sehen sich in ihrer Rolle in der Geburtshilfe bei nicht-pathologischen Geburtsprozessen eher als passiv an. Die Präsenz der Ärzte im Hintergrund soll den Frauen das Sicherheitsgefühl vermitteln, welches sie brauchen, um entspannt zu sein.

Nach Ansicht der Befragten (n=2) bringt die Einführung des Hebammenkreißsaals nur für einen Teil der im Kreißaal beschäftigten Ärzte Arbeitserleichterung mit sich, für die Oberärzte hat sich nach ihrer Ansicht in diesem Punkt nichts geändert. Neu ist für einige Ärzte, dass sie als Störfaktor im Kreißaal von den Gebärenden empfunden werden. Auch die Erkenntnis, dass Hebammen kompetenter sind, als man ihnen jahrzehntelang zugetraut hat, wurde als Lernprozess genannt (n=3). Auch Zurückhaltung im Geburtsprozess sowie „natürlichen Dingen ihren Lauf lassen“ (018036), da Ärzte auch Pathologien erzeugen können, sind Ergebnisse des Lernprozesses (n=3). Dieser Lernprozess wurde auch schon vor Einführung des Hebammenkreißsaals durch den Chefarzt in Gang gesetzt.

Auf die Frage, ob sich mit Einführung des Modells die daran geknüpften Erwartungen der Ärzte erfüllt haben, ist es für einen Arzt noch zu früh, um dazu eine Aussage machen zu können. Zwei meinen, dass die Geburtenzahlen dadurch steigen und für einen hat sich die Erwartung insofern erfüllt, als das in der Umsetzungsphase mit mehr Schwierigkeiten gerechnet wurde, die nicht eingetreten sind. Für einen weiteren Arzt hat sich insofern nicht viel geändert, da es so genannte glatte Geburtsverläufe auch schon vorher gegeben hat, bei denen der Arzt nicht anwesend war, insofern wurde die Erwartung, dass bei Hebammengeburten auch alles problemlos läuft, erfüllt.

Anmerkungen

Hier wurde den Ärzten im Interview die Möglichkeit gegeben, noch Anmerkungen und/oder Anregungen zu geben. Vier hatten im Interview alles gesagt, ein Arzt machte folgende Anmerkung:

Ein Nachweis, aus dem hervorgeht, das eine gewisse Anzahl an eigenverantwortliche Geburten betreut wurde, sowie ein Nachweis über Fortbildungen zum Beispiel für CTG und Pathologien, ähnlich aufgebaut wie ein Facharztverzeichnis.

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse sowie die Methoden in Bezug auf die Fragestellung diskutiert und es wird überprüft, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden.

4.1 Ergebnisdiskussion

Bezogen auf die Fragestellung der Untersuchung und die Zielsetzung des Projektes stellt sich das Modell als ein zu empfehlendes und weiterzuführendes dar. Die angestrebten Ziele wurden überwiegend erreicht.

Die Implementierung der Hebammengeleiteten Geburt in der Asklepios Klinik Harburg diente der **Schaffung eines neuen Zusatzangebotes, das die Wünsche, Anforderungen und Bedürfnisse der schwangeren Frauen deckt**. Durch den Fragebogen und die Leitfadeninterviews konnten diese klar benannt werden¹⁵. In den meisten Fällen stimmten die beschriebenen Erwartungen mit dem Erlebten überein. Die Nichterfüllung der Erwartungen hat zum großen Teil in der Überleitung ihre Ursache, wobei dieses von den betroffenen Frauen nicht als negativ bewertet wird¹⁶. In einigen Fällen spielte die Betreuung auf der Wöchnerinnenstation eine Rolle. Im Konzept der Hebammengeleiteten Geburt ist diese (die Wochenbettvisite durch die Hebammen ausgenommen) nicht integriert. Da diese postnatale Phase den Frauen nachhaltig in Erinnerung bleibt, besteht hier Handlungsbedarf. Weiterhin äußerte die Hälfte der befragten Erstgebärenden unzureichende Betreuung gegen Ende der Geburt (Einsatz der Presswehen) beziehungsweise eine fehlende Vorbereitung auf diese Geburtsphase¹⁷. Gerade weil die Klientel der Frauen, die sich für diese Form der Geburtshilfe entscheidet, eine sehr aufgeklärte ist, sollte zu diesem Punkt noch mehr Information stattfinden. Aber auch die Darstellung des Konzeptes mit all seinen Inhalten sollte noch genau-

¹⁵ vgl. Kapitel 3.2.4 & 3.3

¹⁶ vgl. Kapitel 3.3.2.5

¹⁷ vgl. Kapitel 3.3.2.3

er kommuniziert werden. Einige Frauen hatten auch nach stattgefundenen Vorgesprächen immer noch keine klare Vorstellung über den Unterschied zur konventionellen Klinikgeburt und sind davon ausgegangen, dass eine Hebamme permanent für sie da ist. Diese und weitere kritische Anmerkungen der Frauen¹⁸ spiegeln sich aber in der Bewertung des Konzeptes und der gemachten Erfahrung nicht eindeutig wider. Die positiven Erlebnisse überwiegen oder wiegen Negatives auf. So spielen die Sicherheit durch die Medizin im Hintergrund und das große Vertrauen, welches die Frauen durch die vorherigen Kontakte zu den Hebammen entwickelt haben, eine wichtige Rolle. Dazu kommen die Erhaltung der Selbstbestimmtheit und die Förderung der Geborgenheit gekoppelt mit dem Bedürfnis nach Natürlichkeit und Intimität.

Interessant ist, welche Frauen auf das Angebot der Hebammengeleiteten Geburt eingehen. Nach Aussagen der Hebammen beziehungsweise Ärzte sind die Frauen eigenverantwortlicher, selbstbewusster beziehungsweise selbstbestimmter und gesundheitsbewusster als andere werdende Mütter und sehen zudem Schwangerschaft, Geburt und Stillen als natürlichen und nicht als medizinisch behandlungsbedürftigen Prozess an¹⁹. Soweit diese Aspekte auch bei den Frauen erfragt wurden, lässt sich die Einschätzung der Hebammen bestätigen²⁰. Auch die Bildung der Frauen nimmt nach Meinung der Hebammen einen hohen Stellenwert ein. Inwiefern diese einen Einfluss auf die Wahl der Entbindungsmöglichkeiten hat, wurde in dieser Arbeit nicht explizit nachgegangen. Dennoch ist bekannt, dass neun von zwölf interviewten Frauen Abitur und sieben von ihnen studiert haben. Im Fragebogen wurde danach nicht gefragt, aber in der (aus Gründen der Anonymisierung nicht veröffentlichten) Excel-Datei sind Berufe aufgelistet. Auffällig ist insgesamt, dass die Berufe, die dokumentiert sind, eher technikferne Berufe sind. Es erscheint sinnvoll, dies und andere soziodemographische Variablen sowie Aspekte, anhand derer auf gesundes oder nicht-gesundes Verhalten geschlossen werden kann (z. B. Rauchen oder Alkoholkonsum), weiter zu untersuchen, um gegebenenfalls Marketingstrategien daraus ableiten zu können. In vorliegender Arbeit wurden zwar einige dieser Daten gesammelt, aber aus Gründen der zeitlichen und personellen Kapazität nicht weiter analysiert.

¹⁸ vgl. Kapitel 3.3.2

¹⁹ vgl. Kapitel 3.4.2.3 & 3.5.2

²⁰ vgl. Kapitel 3.3.1.2

Um Aussagen zu der durch das Modell gegebenen Sicherheit für Mutter und Kind treffen zu können, wurde die Perinataldaten analysiert. Anhand der Ergebnisse aus dem Vergleich der HKS-Frauen und der Kontrollgruppe waren sowohl die Komplikationsrate als auch die Interventionsrate bei den Hebammengeleiteten Geburten geringer als bei denen der Kontrollgruppe. Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Komplikationsraten und Interventionsraten bei den übergeleiteten Frauen nicht mit in die Betrachtung eingeflossen sind, da nicht klar aus den Daten hervorgeht, ob dies einen Einfluss auf die Überleitung hatte. Um das Outcome des Kindes beurteilen zu können, wurden die APGAR- und Nabelschnur-pH-Werte, sowie Gewicht und Größe der beiden Gruppen miteinander verglichen. Aufgrund der Ergebnisse kann für die Kinder, die in der Asklepios Klinik Harburg hebammengeleitet zur Welt kamen, gesagt werden, dass es ihnen tendenziell besser ging als den Kindern der konventionellen Geburten²¹.

Natürlichen Prozessen wird in dieser Form der Geburtshilfe Rechnung getragen: die Hebammen sind abwartender und lassen dem Geburtsprozess die nötige Zeit, was aber nicht zu einer längeren Geburtsdauer führte, sondern den Geburtsprozess im Vergleich zur Kontrollgruppe sogar etwas beschleunigte (im Durchschnitt: HKS 6,5 Stunden, Kontrolle 7,2 Stunden). Aber auch das Verhalten der Hebammen gegenüber den Frauen – die Hebammen sind emotional beteiligter²² - könnte einen positiven Einfluss auf die Geburt haben. Die Hebammen beschreiben ihr Verhalten im Vergleich zu konventionellen Geburten als engagierter, wobei sie sich bemühen, Frauen, die konventionell entbinden, genauso gut und intensiv zu betreuen²³.

Das Ziel der Erreichung einer engeren Anbindung der Schwangeren an den Kreis der zu Betreuenden (Hebammen und Ärzte) und dadurch mehr Rücksichtnahme auf die Intimsphäre der Frau zu schaffen, kann ebenfalls als erreicht bezeichnet werden. Durch die im Konzept vorgesehenen vorgeburtlichen Kontakte entsteht für die Schwangeren ein vertrautes Umfeld: Sie kennen sowohl schon einen Teil des Hebammenteams als auch den Kreißsaal²⁴. Ein Kontakt zu

²¹ vgl. Kapitel 3.2.2

²² vgl. Kapitel 3.4.2.1 & 3.4.2.3

²³ vgl. Kapitel 3.4.2.3

²⁴ vgl. Kapitel 3.3.2.2 & 3.3.2.5

den Ärzten ist in diesem Modell (außer bei der Kreißsaalführung) allerdings nicht vorgesehen. Von den befragten übergeleiteten Frauen hatte vor der notwendigen Intervention keine von ihnen Kontakt zu einem der Mediziner²⁵. Es stellte sich erst bei der Auswertung der Interviews heraus, dass es sinnvoll gewesen wäre, zu fragen, ob die Frauen sich für den Fall der Überleitung einen vorherigen Kontakt um des Kennenlernen willens gewünscht hätten. Einige der befragten Ärzte befinden die Regelung, dass sie erst im Notfall hinzugezogen werden, als problematisch²⁶.

Die befragten Frauen beschrieben die Geburtsatmosphäre als sehr angenehm und fühlten sich gut aufgehoben²⁷. Auch die Hebammen stellten die Stimmung bei den Hebammengeleiteten Geburten als ruhiger, vertrauter, familiärer und somit intimer dar²⁸. Die Intimsphäre der Frau wurde unter anderem dadurch berücksichtigt, dass möglichst alle Personen, die nicht zwingend anwesend sein müssen, aus dem Kreißsaal herausgehalten werden. Auch wird die Atmosphäre durch das schon bestehende Vertrauensverhältnis zwischen dem Hebammenteam und den Frauen positiv beeinflusst. Die Hebammen können besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen eingehen, da diese sehr selbstbestimmt sind und entweder vor oder während der Geburt geäußert haben, was sie gerne möchten.

Alle mittels Fragebogen oder Interview befragten 49 Frauen gaben an, dass sie sich wieder für diese Form der Geburtshilfe entscheiden würden und dieses Konzept weiter empfohlen haben oder dies tun würden²⁹. Unter Berücksichtigung der Informationsquellen, welche die Frauen im Fragebogen angaben, haben sich immerhin sechs Frauen aufgrund der Empfehlung von Freundin oder Bekannte für die HKS-Geburt entschieden. Demnach hat das persönliche Erleben einen Einfluss auf die Weiterempfehlung.

Das dritte Ziel des Projektes war, **Personalentwicklungsmaßnahmen im Hinblick auf neue Tätigkeitsbereiche des Behandlungsteams** zu generieren. Auch dieses Ziel kann als erreicht bezeichnet werden. Mit der Implementierung des Hebammenkreißsaals wurden Fortbildungen für die Hebammen durchgeführt: Naht-

²⁵ vgl. Kapitel 3.3.3

²⁶ vgl. Kapitel 3.5.1.3 & 3.5.1.4

²⁷ vgl. Kapitel 3.2.4, 3.3.2.2 & 3.3.2.5

²⁸ vgl. Kapitel 3.4.2.1 & 3.4.2.3

²⁹ vgl. Kapitel 3.2.4, 3.3.2.3 & 3.3.2.6

und CTG- Fortbildungen sowie Schulung in Durchführung der U1, wobei einige Hebammen das Nähen noch immer als problematisch betrachten³⁰. Zusätzlich wird den Hebammen Supervision angeboten, an der alle Hebammen (außer den leitenden) teilnahmen. Die Supervision wurde als ein wichtiges Instrument zur Entwicklung des Teams beschrieben und es bestehen sowohl Bedarf als auch Bedürfnis an deren Weiterführung³¹.

Unabhängig von den Fortbildungen hat das Konzept den Hebammen ermöglicht, wieder eigenverantwortlich und selbstständig zu arbeiten und ihr ursprüngliches Hebammenwissen und ihre Hebammenkunst einzubringen. Diese neue Verantwortung wurde von den meisten Hebammen als positiv beschrieben, wobei in schwierigen Phasen oder Entscheidungen der Austausch mit der zweiten Kollegin oder auch mal einem Mediziner, der informell zurate gezogen werden konnte, als besonders hilfreich und teamförderlich beschrieben wurde³². Obwohl bei nur knapp 10 Prozent der Geburten zwei Hebammen im Rahmen des Hebammenkreißsaals die Geburt betreuen - im Gegensatz zu konventionellen Geburten, bei denen nur eine Hebamme und ab und zu ein Arzt die Geburt begleiten - wirkte sich dieses „Voneinander-lernen-können“ positiv auf das Arbeitsleben aus³³. In der Asklepios Klinik Harburg wird das Arbeitsverhältnis zwischen Hebammen und Ärzten von beiden Berufsgruppen als kollegial und gut beschrieben. Seit der Einführung des Hebammenkreißsaals, so wurde es in einigen Interviews zum Ausdruck gebracht, ist dieses Verhältnis noch besser geworden³⁴. Zusätzlich hat für einen Teil der Ärzteschaft ein Paradigmenwechsel stattgefunden: weg von der Auffassung, dass sie bei Krankenhausentbindungen anwesend sein müssen und letztendlich die Entscheidungshoheit haben, hin zu der Erkenntnis, dass eine normale Geburt ein physiologischer Prozess ist, der auf hohem Niveau von den Hebammen begleitet und betreut werden kann³⁵. Von einigen Ärzten wurde diese Erkenntnis insofern kritisch betrachtet, als dass die Möglichkeit, in Zukunft komplikationslose Geburten zu begleiten, geringer wird und im schlimmsten Fall

³⁰ vgl. Kapitel 3.4.1.2 & 3.4.1.4

³¹ vgl. Kapitel 3.4.1.3 & 3.4.5

³² vgl. Kapitel 3.4.1.3 & 3.4.2.3

³³ vgl. Kapitel 3.4.1.3 & 3.4.5

³⁴ vgl. Kapitel 3.4.4 & 3.5.4

³⁵ vgl. Kapitel 3.5.1.2

negative Auswirkungen auf die medizinische Ausbildung hat³⁶. Im untersuchten Zeitraum lag die Anzahl der Hebammengeleiteten Geburten bei 5,5%. Somit ist die Facharztausbildung durch den Hebammenkreißsaal bislang nicht gefährdet, so dass diese Sorge unbegründet ist.

Aus Sicht der Ärzte wären Standards, ähnlich dem Facharzte Katalog, für die Hebammen wünschenswert. In diesen Standards sollten alle Fortbildungen für jede einzelne Hebamme sowie die Anzahl der eigenständig betreuten Geburten dokumentiert werden³⁷.

Das letzte Projektziel war die **Prüfung der Leistungszahlen und gegebenenfalls Mengenausweitung**. Mit Implementierung des Konzeptes sollte auch eine Steigerung der Geburtenzahlen in der Asklepios Klinik Harburg erreicht werden. In dem untersuchten Zeitraum Juni 2004 bis Juli 2005 fanden 898 Geburten in der Klinik statt, davon wurden laut DRG-Daten 70% als komplikationslos abgerechnet. Der Anteil der Hebammengeleiteten Geburten beträgt 5,46% an den Gesamtgeburten, aber 9,91% der Frauen, die in diesem Zeitraum entbunden wurden, hatten sich für die Hebammengeleitete Geburt angemeldet. Auch wenn die Zahl der Geburten in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich sank, ließ sich für Hamburg in den Jahren 2004/05 eine leichte Steigerung der Geburten verzeichnen. Entsprechend der leicht steigenden Tendenz im zweiten Quartal 2004 in Hamburg, stieg auch in der Asklepios Klinik Harburg die Geburtenzahl an und so wie sie im ersten Quartal 2005 wieder sank, so sank sie auch in Harburg³⁸. Für den untersuchten Zeitraum konnte kein Einfluss auf die Geburtenzahlen durch Einführung des Konzeptes Hebammengeleitete Geburt festgestellt werden.

Ein weiterer Aspekt, welcher der Mengenausweitung an Hebammenkreißsaal-Geburten als limitierender Faktor entgegenstand, ist die Tatsache, dass die Personalkapazitäten der Hebammen nicht ausgeweitet werden konnten. Mit Einführung des Konzeptes haben die Hebammen einen Rufdienst eingeführt, um so eine ausreichende Anzahl an Hebammen (mindestens zwei Hebammen pro Schicht) gewährleisten zu können. Zum Zeitpunkt der Befragung stellten die Rufdienste eine große Belastung für die Hebammen dar, wobei es weniger um die Betreuung

³⁶ vgl. Kapitel 3.5.2

³⁷ vgl. Kapitel 3.5.5

der Geburt, als um die Vereinbarkeit von Bereitschaftsdienst, Freiberuflichkeit und Freizeit ging³⁹. Mittlerweile ist diese Problematik durch Aufstockung der Mitarbeiteranzahl entschärft worden.

4.2 Quantitative Methodendiskussion

Für dieser Arbeit wurden zur Erhebung von quantitativen Daten keine Gruppen im Vorfeld gebildet und Parameter gesetzt, nach denen Daten erhoben werden sollten, sondern es wurden lediglich die gängigen Daten der Perinatalbögen ausgewertet.

Die Auswahl der Gruppen bestand im Wesentlichen darin, die Perinataldaten der Frauen zu analysieren, die sich zur Hebammengeleiteten Geburt angemeldet hatten. Problematisch war es, eine Kontrollgruppe zusammenzustellen, die den Anforderungen zur Hebammengeleiteten Geburt entsprachen, aber konventionell entbunden haben. Sinnvoller wäre es gewesen, im Vorfelde Frauen nach den Kriterien des Risikokataloges zu selektieren, die dann nicht hebammengeleitet entbunden hätten, sondern konventionell. Um mögliche Confounder auszuschließen, wurde ein Kreißsaalarzt hinzugezogen, der nach seinem Ermessen mit entschieden hat, welche Frauen zur Kontrollgruppe geeignet waren. Da es nur ein Arzt war, der hier entschieden hat, bleibt ein gewisses Risiko von Subjektivität bei der Datenauswahl. Die Datenmenge bezieht sich auf ein kleines N von 49 Frauen je Gruppe. Hier ist kritisch anzumerken, dass eine validere Aussage zu erzielen gewesen wäre, wenn nicht in „hebammengeleitet entbunden“ und „übergeleitet unterschieden“ worden wären, sondern die Anzahl von allen Anmeldungen zur Hebammengeleiteten Geburt mit einer entsprechend im Vorfeld festgelegten, gleich großen Kontrollgruppe stattgefunden hätte. Dies hätte den Vorteil, dass Komplikationen und Interventionen genauer analysiert werden könnten und die These „Hebammengeleitete Geburt ist interventionsärmer“ mit validen Daten belegt, beziehungsweise widerlegt werden könnte. Bei den betrachteten Gruppen lässt sich der Aspekt der Komplikationen und Interventionen nicht in allen Formen miteinander vergleichen, da dies bei Hebammengeleiteten Geburten ein Grund zur Überleitung ist.

³⁸ vgl. Kapitel 3.1

³⁹ vgl. Kapitel 3.4.5

Die quantitativen Daten auf Signifikanz und andere statistische Auswertungsmethoden zu analysieren war nicht sinnvoll, da es sich bei den vorliegenden Daten um zu kleine Datenmengen handelte. Dies wäre erst bei Vergleichen zwischen verschiedenen Hebammenkreißsälen und einer Datenmenge von einigen hundert Hebammengeleiteten Geburten aussagekräftig.

4.3 Qualitative Methodendiskussion

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden qualitative Leitfadeninterviews genutzt. Die unterschiedlichen Leitfäden für die einzelnen zu befragenden Gruppen Frauen, Hebammen und Ärzte wurden aus der vorangegangenen teilnehmenden Beobachtung generiert. Für den Prozess der teilnehmenden Beobachtung wird Reflexion gefordert (vgl. Atteslander 2003, Seite 112). Selbstreflexion seitens der forschenden Studentin war in der gesamten Beobachtungsphase gegeben. Externe Reflexion durch einen Supervisor oder ein Forschungsteam allerdings fehlte. Es besteht also die Möglichkeit, dass die Leitfäden - und somit auch die daraus entstandenen Interviews - mit anderen Schwerpunkten hätten ausfallen können. Jede befragte Person hatte zum Schluss des Gespräches die Möglichkeit noch Themen anzusprechen, die trotz eng strukturiertem und umfangreichem Leitfaden im Interview nicht vorgekommen waren. Zwei neue Themen wurden hier seitens der Hebammen angesprochen: der Austausch mit anderen Kliniken, welche die Hebammengeleitete Geburt anbieten und die mögliche Integration der am AKH tätigen Beleghebammen in das Konzept. Aus ärztlicher Sicht wurde das Thema Standards zur Sprache gebracht: die Einführung eines Kataloges für Hebammen, der dem Facharztkatalog ähnlich ist. Die Frauen brachten keine neuen Themen zur Sprache. Daher ist davon auszugehen, dass alle relevanten Aspekte abgedeckt waren.

Die jeweils ersten Interviews einer Gruppe wurden gleichzeitig als Testinterview genutzt und eventueller Änderungsbedarf (vor allem in der geplanten Reihenfolge der Fragen) in den folgenden Gesprächen angeglichen.

Ein weiterer zu diskutierender Punkt ist die Struktur der Leitfäden. Diese wurde sehr eng gegliedert, um die Auswertung des erwarteten Datenmaterials von etwa 25-30 Interviews, dem personellen und zeitlichen Rahmen dieser Arbeit entsprechend, gewährleisten zu können. Eine offenere Struktur hätte möglicherweise wei-

tere Aspekte zutage gebracht. Die gewählte Form der Analyse setzt allerdings eine gute Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews und Antworten voraus, was durch die angewandte Leitfadenstruktur gewährleistet war.

Bis auf vier Arztinterviews, welche auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert wurden, liegen alle anderen nicht als vollständiges Transkript vor, da das Ziel der Auswertung eine reine Informationssammlung war und somit keine vertiefendere Interpretation erforderlich ist. Aufgrund ausführlicher Mitschriften sind alle Inhalte der Gespräche dokumentiert.

Abschließend kann die Rekrutierung der Interviewpartner in den Gruppen Frauen und Ärzte eine Limitation der Untersuchung darstellen. Es war aus benannten Gründen schwierig, Interviewpartner zu finden. Für die Ärzte kann dies bedeuten, dass nur diejenigen, die dem Modell eher positiv gegenüberstehen, sich zu einem Gespräch bereit erklärten und somit weitere kritische Aspekte keine Erwähnung fanden. Bei den Frauen, die übergeleitet wurden, war es schwer, Probandinnen zu finden. Da nicht bekannt ist, warum die Hälfte der kontaktierten Mütter nicht an einem Interview teilnehmen wollte, ist vor allem das Ergebnis der Bedeutung der Überleitung als kritisch zu verstehen. Es kann sein, dass die Überleitung und damit verbundene Traumata, Grund für das Nicht-Interesse beziehungsweise Ablehnung der Interviewanfrage gewesen ist.

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen können trotz der diskutierten Einschränkungen für das Modell in der Asklepios Klinik Harburg als gültig angesehen werden, da die unterschiedlichen Gruppen Ähnliches berichten.

5 Handlungsempfehlungen und Ausblick

5.1 Handlungsempfehlungen

In diesem abschließenden Kapitel sollen die aus vorliegender Erhebung entstandenen Handlungsempfehlungen für den untersuchten Kreißsaal kurz aufgeführt werden:

Vorgespräche und Konzept

Häufig war den Frauen nicht klar, wozu zwei – genauer: das zweite Vorgespräch - dienen. Auch die Darstellung des Konzeptes beziehungsweise die Abgrenzung zur konventionellen Klinikgeburt (wenn sie gut erlebt wurde) war einigen Frauen nicht eindeutig genug.

Sinnvoll erscheint es hier, einen Procedere Bogen zu erstellen, welcher die Gesprächsführung erleichtert und alle wesentlichen Aspekte (unter anderem auch keine Eins-zu-Eins Betreuung) beinhaltet. Hierbei können unterschiedliche Schwerpunkte für das Erst- und Zweitgespräch gesetzt werden. Zusätzlich zu dem Risikokatalog kann ein solches Procedere als Standardisierungsinstrument der Qualitätssicherung dienen.

Orientierungshilfen für Gebärende

Überraschend viele Frauen fühlten sich gegen Ende der Geburt beziehungsweise bei Einsatz der Presswehen alleine gelassen. Hier wäre es wünschenswert, wenn die Hebammen den Frauen genauere Informationen zum weiteren Geburtsverlauf geben und darauf achten, dass zum Ende der Geburt immer eine Hebamme anwesend ist. Auch bevorstehende Schichtwechsel sollten mit der Schwangeren und ihrem Partner beziehungsweise anwesenden Begleitpersonen rechtzeitig kommuniziert werden.

Kritik an der Wochenbettstation

Die leitende Hebamme des Kreißsaals ist auch für die Wochenbettstation zuständig. Da die Führung beider Abteilungen in einer Hand liegt, sind hier kaum Barrieren vorhanden, um das vorhandene Betreuungskonzept der Station an die Wünsche, Anforderungen und Bedürfnisse der im Hebammenkreißsaal entbundenen Frauen anzupassen.

Personelle Situation

Um den Hebammenkreißsaal mit den vorhandenen personellen Ressourcen realisieren zu können, wurde in Harburg der Rufdienst eingeführt. Dieser stellte bis zur Stellenaufstockung eine große Belastung für das Hebammenteam dar. Daher sollte von Krankenhäusern, die planen einen Hebammenkreißsaal einzuführen, genau überprüft werden, wie die personellen Kapazitäten aussehen und welche Regelungen der Einführung eines Hebammenkreißsaals gerecht werden.

Vorstellung der diensthabenden Ärzte bei den im HKS entbindenden Frauen

Es stellte sich erst bei der Auswertung der Interviews heraus, dass es sinnvoll gewesen wäre, zu fragen, ob die Frauen sich für den Fall der Überleitung einen vorherigen Kontakt zum diensthabenden Arzt um des Kennenlernen willens gewünscht hätten. Die Ärzte dagegen befanden die Regelung des erst im Notfall hinzugezogen Werdens als problematisch. Aus Sicht der Ärzte erscheint ein kurzes Vorstellen des diensthabenden Arztes sinnvoll. Das Konzept der Hebammengeleiteten Geburt sieht dies nicht vor, dies könnte aber im Praktikerinnenbeirat diskutiert werden. Unabhängig davon sollte dieser Punkt auch im Hebammenteam in Harburg diskutiert werden und gegebenenfalls in das Konzept mit aufgenommen werden.

Weitere Punkte, die im Team der Hebammen diskutiert werden sollten:

Fortbildungen

Hier könnte ein Fortbildungskatalog - analog zum Facharzt katalog - erstellt werden, aus dem hervorgeht, welche Fortbildungen besucht wurden, ob es interne oder externe Fortbildungen waren und ob die Fortbildungen regelmäßig wahrge-

nommen werden. Auch die Anzahl der selbständig und eigenverantwortlich durchgeführten Geburten könnten darin dokumentiert werden.

Supervision

Die Supervision stellt ein wichtiges Instrument zur Bearbeitung der Schnittstelle Arzt/Hebamme dar und ist aus Sicht der Hebammen erforderlich, um die neuen Aufgaben- sowie Verantwortungsbereiche und die damit verbundenen Veränderungen im Team zu begleiten. Die Supervision wird derzeit von einem privaten Sponsor finanziert, sollte aber langfristig und somit auch planbar von Krankenhausesseite getragen werden.

Austausch im Praktikerinnenbeirat

Über den Praktikerinnenbeirat wurde dieses Konzept entwickelt und die Neuerung in der Geburtsmedizin in Deutschland erst möglich gemacht. Um den Prozess den Veränderungen an die Gegebenheiten und Entwicklungen anpassen zu können, ist dieser regelmäßige Austausch zwingend erforderlich.

Renovierung des Kreißsaals

Dieser Aspekt wurde von allen Interviewpartnern genannt, obwohl die Räumlichkeiten nicht Bestandteil des untersuchten Konzeptes sind. Besonders die befragten Frauen haben mehrfach darauf hingewiesen, dass sie wegen des Konzeptes zur Entbindung die Asklepios Klinik Harburg gewählt haben, die Räumlichkeiten aber als wenig ansprechend empfunden haben.

Diesen Punkt sollten die Verantwortlichen der geburtshilflichen Abteilung mit dem Direktorium des Krankenhauses klären.

Weitere Forschung:

Soziodemographische Aspekte

Um das Konzept nach Marketingaspekten ausweiten zu können, ist es sinnvoll, soziodemographische Variablen und gesundheitliche Aspekte in weiteren Befragungen der Frauen mit aufzunehmen, zum Beispiel in den Fragebogen, der regelmäßig vom Hebammenteam an die Frauen, die im Hebammenkreißsaal entbunden haben, verteilt wird.

Interventionen unter der Geburt

In der vorliegenden Untersuchung konnte dieser Aspekt der Interventionen, vor allem zum Punkt Schmerzbekämpfung und PDA, nicht ausgiebig bearbeitet werden, da keine entsprechenden Gruppen im Vorfeld der Untersuchungen zusammengestellt worden sind. Um hier zu validen Ergebnissen zu kommen, ist es sinnvoll, Kontrollgruppen nach den Kriterien des Risikokataloges unter Absprache mit den betroffenen Frauen zusammen zu stellen, und dann die Geburtsverläufe zu vergleichen, ohne dabei in „Hebammengeleitet entbunden“ und „Übergeleitet“ zu unterscheiden.

5.2 Ausblick

Bei voraussichtlich sinkenden Geburtenzahlen ist es wichtig, den Hebammenkreißsaal unter dem Aspekt der „Kundenbindung“ weiter anzubieten. Hier werden vor allem die Frauen angesprochen, die sonst eher eine Hausgeburt oder eine Entbindung im Geburtshaus planen würden. Die Asklepios Klinik Harburg ist mit diesem innovativen Modell Vorreiter in Hamburg. Durch die Hebammengeleitete Geburt wird aufgezeigt, dass sich der Pathologisierung und Medikalisierung der Geburtshilfe eine Alternative anbietet, welche dem Wunsch nach natürlichen Geburtsprozessen gerecht wird.

Ferner ermöglicht diese Form der Geburtshilfe den Hebammen, eigenständig und eigenverantwortlich zu arbeiten und steigert somit die Motivation und die Arbeitszufriedenheit. Durch die Erfahrungen, welche die Hebammen durch dieses Konzept erlangen, wird auch die Geburtshilfe bei den konventionellen Geburten positiv beeinflusst.

Die Hebammengeleitete Geburt ist als ein positiver Prozess in der klinischen Geburtshilfe zu betrachten und aus unserer Sicht ist es sehr empfehlenswert, diese weiter auszubauen.

6 Literatur

Atteslander P. (2003). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin, New York: De Gruyter (10. Auflage)

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit Hamburg (2005). *Entwicklung der Geburtenzahlen in Hamburg, Entwicklung der Geburten in Hamburger Krankenhäusern 2001 bis 2004*

Bühl A., Zöfel P. 2000. *SPPS Version 10, Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Addison-Wesley Verlag (7. Auflage)

Campbell R. et al. (1999). Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery*, 15, 183-193

Ellerbrock B., v. Rhaden O. (1999). Foedekliniken in Dänemark – ein Modell für den Hebammenkreißsaal in Bremen? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11/99 634 – 638

Friebertshäuser B. (2003). Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser B., Prengel A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa, 371-395

Huntley V. (1994). Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *British Medical Journal*, 309, 1400-1404

Khan-Neelofur et al., (1998). Who should provide routine antenatal care for low risk women and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and prenatal Epidemiology*, 12 Suppl. 27-26.

Mayring P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz (8. Auflage)

Merkens H. (2003). Stichproben bei qualitativen Studien. In: Friebertshäuser B., Prengel A. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa, 97-106

Pschyrembel (1994). *Klinisches Wörterbuch*. Hamburg: Nikol Verlagsgesellschaft mbH (257. Auflage), 91-92

v. Rahden O. (2005). Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. *Hebammenforum* 5, 333-336

Rooks J. et al. (1992). The national birth centre study. *Journal of Nurse-Midwifery* 37 (4), 222-252

Sinclair, M. (2002). Key issues in delivering midwife-led care; data from telephone interviews across the UK. *Midwives*, Vol 5, No 12

www.asac.ab.ca/BI_fall99/midwifery.html, Marsden Wagner, MD, MSPH
Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada, November 1998
(15.02.2006)

www.hebammenforschung.de, Internationale Forschungsergebnisse Hebammenkreißsaal – Hebammenforschung-Fachhochschule Osnabrück (9.02.2006]

Ich versichere, dass ich die unter meinem Namen angegebenen Kapitel (siehe untenstehende Auflistung) vorliegender Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

WAS	WER
0 Abstract	Gemeinsam
1 Einleitung	Gemeinsam
2 Material und Methoden	Nevermann
I Material und Methoden quantitativ	Wegener
II Methoden und Material quantitativ	Nevermann
3 Ergebnisse	
III Ergebnisse quantitativ	Wegener
IV Ergebnisse quantitativ	Nevermann
3.3 Frauen	Nevermann
3.4 Hebammen	Nevermann
3.5 Ärzte	Wegener
4 Diskussion	
4.1 Ergebnisdiskussion	Gemeinsam
4.2 Quantitative Methodendiskussion	Wegener
4.3 Qualitative Methodendiskussion	Nevermann
5 Handlungsempfehlungen und Ausblick	Gemeinsam
Erstellung der Leitfäden	Nevermann
Durchführung der Interviews „Frauen“, „Hebammen“, „ein Arzt“	Nevermann
Durchführung der Interviews „vier Ärzte“	Wegener

Ich versichere, dass ich die unter meinem Namen angegebenen Kapitel (siehe untenstehende Auflistung) vorliegender Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

WAS	WER
0 Abstract	Gemeinsam
1 Einleitung	Gemeinsam
2 Material und Methoden	Nevermann
I Material und Methoden quantitativ	Wegener
II Methoden und Material quantitativ	Nevermann
3 Ergebnisse	
III Ergebnisse quantitativ	Wegener
IV Ergebnisse quantitativ	Nevermann
3.3 Frauen	Nevermann
3.4 Hebammen	Nevermann
3.5 Ärzte	Wegener
4 Diskussion	
4.1 Ergebnisdiskussion	Gemeinsam
4.2 Quantitative Methodendiskussion	Wegener
4.3 Qualitative Methodendiskussion	Nevermann
5 Handlungsempfehlungen und Ausblick	Gemeinsam
Erstellung der Leitfäden	Nevermann
Durchführung der Interviews „Frauen“, „Hebammen“, „ein Arzt“	Nevermann
Durchführung der Interviews „vier Ärzte“	Wegener

7 Anhang

A: Risikokatalog

B: Fragebogen Frauen

C: Interviewleitfaden Frauen, im HKS entbunden

D: Interviewleitfaden Frauen, HKS abgebrochen

E: Interviewleitfaden Hebammen

F: Interviewleitfaden Ärzte

Anhang A: Risikokatalog Version 2

A: Anamnese und allgemeine Befunde

		Vorgehen
1. Familiäre Belastung	ja/nein	evtl. Diagnostik
2. a) Frühere eigene schwere Erkrankungen b) Bevorstehende Erkrankungen	ja/nein	Einzelabsprache, evtl. Konsultation
3. Blutungs-/Thromboseneigung	ja/nein	Ausschluss
4. Allergien	ja/nein	Unbedenklich, Ausnahme ungeklärte allergische Schocks in der Anamnese
5. Frühere Bluttransfusionen	ja/nein	Ausschluss
6. Besondere psychische Belastungen z.B. familiäre/ berufliche	ja/nein	Frauen müssen den Unterschied zwischen ärztlich und hebammengeleiteter Geburt verstehen
7. Besondere soziale Belastungen/ Integrationsprobleme	ja/nein	wie 6.
8. RH-Inkompatibilität	ja/nein	Ausschluss
9. Diabetes mellitus	ja/nein	Ausschluss
10. Adipositas nach BMI	ja/nein	Ausschluss
11. Kleinwuchs unter 1,50 m	ja/nein	Ausschluss
12. Skelettanomalien	ja/nein	Einzelabsprache, Konsultation
13. Schwangere unter 18	ja/nein	Einzelabsprache (rechtliche Aspekte)
14. Schwangere über 40	ja/nein	Ggf. Konsultation bei 1. Geburt
15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	ja/nein	unbedenklich
16. Z. n. Sterilitätsbehandlung	ja/nein	unbedenklich
17. Z. n. Frühgeburt vor Ende der 37. SSW	ja/nein	unbedenklich
18. Mangelgeburt	ja/nein	Konsultation mit Sonographie erforderlich
19. Z. n. 2 oder mehr Aborten oder Abbrüchen	ja/nein	unbedenklich
20. Totes/ geschädigtes Kind in der Anamnese	ja/nein	Einzelabsprache
21. Komplikationen bei vorausgegangenem Entbindungen Welche?	ja/nein	Ausschluss bei Atonie, Schulterdystokie, vorz. Lösung, Z. n. Geb.-schäden, Z. n. DR3°
22. Komplikationen p.p.	ja/nein	Ausschluss bei verstärkter Nachblutung

Welche?		
23. Z. n. Sectio	ja/nein	Ausschluss
24. Z. n. anderen Uterusoperationen	ja/nein	Einzelabsprache und Konsultation
25. Rasche SS-Folge (<1Jahr)	ja/nein	unbedenklich
26. Andere Besonderheiten	ja/nein	Einzelabsprache, Konsultation

B: Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

	1. Ge- spräch	2. Ge- spräch	Vorgehen
1. Behandlungsbedürftige Allgemein- erkrankungen: Welche?	ja/nein	ja/nein	Einzelabsprache
2. Dauermedikation	ja/nein	ja/nein	Einzelabsprache
3. Abusus	ja/nein	ja/nein	Ausschluss bei Drogen, Absprache bei Alkohol, bei > 20 Zigaretten tgl. Konsultation/ Sonographie
4. Besondere psychische Belastung	ja/nein	ja/nein	Frau ansehen
5. Besondere soziale Belastungen	ja/nein	ja/nein	Frau ansehen
6. Blutungen vor der 28. SSW	ja/nein	ja/nein	Unbedenklich, außer plazentare Ursache, Konsultation
7. Blutungen nach der 28. SSW	ja/nein	ja/nein	Konsultation
8. Plazenta prävia	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
9. Mehrlingsschwangerschaft	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
10. Hydramnion	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
11. Oligohydramnion	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
12. Terminunklarheit	ja/nein	ja/nein	Konsultation
13. Placentainsuffizienz	ja/nein	ja/nein	< 10.Perzentile, > 90.Perzentile Konsultation, Sonographie
14. Isthmocervikale Insuffizienz	ja/nein	ja/nein	
15. Vorzeitige Wehentätigkeit	ja/nein	ja/nein	Unbedenklich n. 37. SSW
16. Anämie	ja/nein	ja/nein	Ausschluss bei unter 10mg% am ET
17. Harnwegsinfektion	ja/nein	ja/nein	unbedenklich
18. Indirekter Coombstest pos.	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
19. Risiko aus anderen serologischen Befunden	ja/nein	ja/nein	Ausschluss bei HIV pos., TPHA pos., HB's AG pos.
20. Hypertonie (wiederholt > 140/90 oder diast. Wert einmalig >100)	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
21. Eiweißausscheidung 1000 mg/l	ja/nein	ja/nein	Konsultation

22. Mittelgradige /schwere Ödeme	ja/nein	ja/nein	Mittelgradig-unbedenklich, schwer-Ausschluss
23. Hypotonie (systol. Wert <90)	ja/nein	ja/nein	Konsultation
24. Gestationsdiabetes	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
25. Einstellungsanomalie: Welche? Lageanomalien, wenn bekannt	ja/nein	ja/nein	Ausschluss: BEL, Querlage (Veränderung abwarten)
26. Andere Besonderheiten	ja/nein	ja/nein	Einzelabsprache
27. Virusinfektionen: akuter Herpes	ja/nein	ja/nein	Akute Condylome: Aufklärung, Konsultation

C: Geburtsrisiken

	2. Gespräch	Geburt	Vorgehen
1. vorzeitiger Blasensprung		ja/nein	Ausschluss ab 13 Std. (+/- Nachtruhe), ab 13 Std. Einleitung
2. Überschreitung des Termins		ja/nein	Ab 10. Tag Konsultation
3. Missbildung	ja/nein	ja/nein	Einzelabsprache
4. Frühgeburt		ja/nein	Ausschluss bis 36+6 SSW
5. Mehrlingsschwangerschaft	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
6. Plazentainsuffizienz	ja/nein	ja/nein	siehe Definition unter 39.
7. Gestose/ Eklampsie	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
8. vorzeitige Plazentalösung		ja/nein	Ausschluss
9. Uterine Blutungen	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
10. Amnioninfektionssyndrom	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
11. Fieber unter der Geburt		ja/nein	Ausschluss ab 38°
12. Mangelnde Kooperation der Mutter	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
13. Pathologisches CTG oder ausk. schl. kindl. HAT	ja/nein	ja/nein	Path.CTG=Ausschluss, auffälliges CTG=Konsultation
14. Grünes FW		ja/nein	Ausschluss
15. Azidose während der Geburt		ja/nein	Ausschluss
16. Nabelschnurvorfall	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
17. V.a. Nabelschnurkomplikationen	ja/nein	ja/nein	Ausschluss bei auffälligem CTG
18. Protah.Geburt/ Geb.-stillstand in der EP		ja/nein	Ausschluss bei 3 Std. Befund idem, ggf. Konsultation in der frühen EP
19. Protah.Geburt/ Geb.-stillstand in		ja/nein	Bis max. 2 Std. MM vollst. und CTG

der AP			o.B. abwarten, dann Ausschluss
20. Absolutes oder relatives Missverhältnis	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
21. Drohende/ erfolgte Uterusruptur		ja/nein	Ausschluss
22. Querlage/ Schräglage	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
23. Beckenendlage	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
24. Hi.Hinterhauptslage	ja/nein	ja/nein	Ausschluss b. Geb.-stillstand
25. Vorderhauptslage	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
26. Gesichtslage/ Stirnlage	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
27. Tiefer Querstand		ja/nein	Ausschluss bei Geb.-stillstand
28. Hoher Geradstand		ja/nein	Ausschluss
29. Sonstige regelwidrigen Schädel-lagen	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
30. Sonstiges	ja/nein	ja/nein	keine Angaben
31. Hellp-Syndrom	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
32. Intauteriner Fruchttod	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
33. Path. Dopplerbefund/ path. OBT	ja/nein	ja/nein	Konsultation/ Ausschluss
34. Schulterdystokie		ja/nein	Ausschluss
35. Wunsch der Mutter	ja/nein	ja/nein	Ausschluss
36. Atonie (über 500ml)		ja/nein	Ausschluss
37. unvollständige Plazenta		ja/nein	Ausschluss

Mögliche Medikamente unter der hebammengeleiteten Geburt sind:

- Buscopan®
- MCP i.m.
- Homöopathie

Akupunktur

Anhang B: Fragebogen Frauen

Frage 1

Wie haben Sie von dem Modell „Hebammenkreißaal“ im AK Harburg erfahren? (Mehrfachnennungen möglich)

- Info-Abend im AK Harburg:
- Geburtsvorbereitungskurs:
- Gynäkologe/in:
- Freundin / Bekannte:
Hat diese im Hebammenkreißaal entbunden?
 - Ja
 - Nein
- Zeitung:
- Internet:
- Sonstiges:

Frage 2 a:

Warum haben Sie sich für diese Form der Geburtshilfe entschieden:

Frage 2 b:

Wenn dies nicht Ihre erste Geburt war: Welche Rolle hat Ihre bisherige Geburtserfahrung bei der Entscheidung gespielt?

Frage 3 :

Würden Sie sich beim nächsten Mal wieder für dieses Modell entscheiden?

Frage 4:

Haben Sie den Hebammenkreißaal anderen Frauen empfohlen oder würden Sie dies tun?

Frage 5:

Haben Sie noch Bemerkungen, Wünsche Anregungen?

Anhang C: Leitfaden Frauen, im HKS entbunden

Nr. des Interviews:

Datum des Interviews:

Dauer des Interviews:

I. Angaben zur befragten Person

- 001 Alter: Jahre
- 002 Familienstand:
- 003 Kinder, Alter:
- 004 Wohnort: Großstadt Kleinstadt Landregion
- 005 Nationalität: deutsch sonstige:.....
- 006 Konfession: keine evangel. katholisch sonstige:.....
- 007 Schulabschluss: Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss
sonstige:.....
- 008 Beruf:
- 009 Datum der (aktuellen) Entbindung im HKS:
- 010 Teilnahme Akupunktur im AKH: ja nein, weil.....
- 011 Vorherige Entbindung/en: konventionell sonstige.....
- 012 Stillen „HKS-Kind“: ja Dauer: nein
- 013 Stillen andere Kinder: ja Dauer: nein
- 014 Rauchen: ja nein
- 015 Alkohol: ja nein gelegentlich
- 016 Rauchen in der SS: ja nein
- 017 Alkohol in der SS: ja nein gelegentlich
- bei Mehrgebärender auch die anderen Schwangerschaften abfragen

II. Leitfragen

A Erwartungen der Frauen an den HKS

- 018 Wie haben Sie von dem Modell „Hebammenkreißaal“ (HKS) im AK Harburg erfahren?
[ggf. Fragen zum Info-Abend: Sympathie/Antipathie für referierende Hebamme, Beeinflussung durch Form der Präsentation, Wünsche für die Form der Präsentation etc.]
- 019 Warum haben Sie sich für diese Form der Geburtshilfe entschieden? Können Sie zwischen Haupt- und Nebengründen entscheiden?
Bei Mehrgebärender: Wie haben Sie die vorherige Geburt erlebt? Als (besonders) gut oder (besonders) schlecht? Welche Rolle hat diese Erfahrung für die Entscheidung für den HKS gespielt?
- 020 Welche Erwartungen hatten Sie an den HKS?
- 021 Haben sich Ihre Erwartungen im Lauf der Zeit verändert? Zum Beispiel durch die Vorgespräche mit den Hebammen oder Gespräche mit anderen Frauen oder Ihrem Gynäkologen?

B Zufriedenheit und Probleme, Wünsche

- 022 Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt? Warum?
- 023 Wie benoten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Modell „Hebammenkreißaal“, wenn „1= sehr zufrieden“ und „10 = gar nicht zufrieden“ ist?
- 024 Was haben Sie als besonders gut oder wertvoll erlebt?
Bei Mehrgebärender:
War diese Geburt ruhiger als vorherige?

- 025 Was war problematisch oder schlecht?
026 Was hat Ihnen gefehlt?
027 Würden Sie sich beim nächsten Mal wieder für dieses Modell entscheiden?
028 Haben Sie den Hebammenkreißsaal anderen Frauen empfohlen oder würden Sie dies tun? Warum?
029 Was sollte an dem Modell, so wie Sie es erfahren haben, geändert werden?
030 Was sollte auf jeden Fall erhalten bleiben?

C Beziehung zu den Hebammen und ggf. zu den Ärzten

- 031 Wie haben Sie die Betreuung durch die Hebammen empfunden?
(*mehr Vertrauen auch zu noch unbekanntem Hebammen unter der Geburt?!*)
032 Welche Bedeutung hatten die Vorgespräche und ggf. die Akupunktur für Sie?
033 Wurden Sie ausreichend zu Ihren Wünschen, Vorstellungen und Ängsten zur Geburt befragt?

E Sonstiges

- 034 Wie haben Sie sich auf diese Geburt vorbereitet?
Gibt es ggf. Unterschiede in der Vorbereitung zu der/den anderen Schwangerschaften?
035 Hatten Sie auf der Wochenbettstation Kontakt zu anderen „konventionellen“ Wöchnerinnen? Haben Sie sich über die Geburt unterhalten; welche Unterschiede haben Sie festgestellt?
036 Was verstehen Sie unter „Gesundheit“?
037 Gibt es noch etwas, was Sie erwähnen möchten?

III. Räumliche Umgebung und Atmosphäre

Anhang D: Leitfaden Frauen, HKS abgebrochen

Nr. des Interviews:

Datum des Interviews:

Dauer des Interviews:

I. Angaben zur befragten Person

- 001 Alter: Jahre
- 002 Familienstand:
- 003 Kinder, Alter:
- 004 Wohnort: Großstadt Kleinstadt Landregion
- 005 Nationalität: deutsch sonstige:.....
- 006 Konfession: keine evangel. katholisch sonstige:.....
- 007 Schulabschluss: Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss
sonstige:.....
- 008 Beruf:
- 009 Datum der (aktuellen)Entbindung:
- 010 Teilnahme Akupunktur im AKH: ja nein, weil.....
- 011 Vorherige Entbindung/en: konventionell sonstige.....
- 012 Stillen aktuell: ja Dauer: nein
- 013 Stillen andere Kinder: ja Dauer: nein
- 014 Rauchen: ja nein
- 015 Alkohol: ja nein gelegentlich
- 016 Rauchen in der SS: ja nein
- 017 Alkohol in der SS: ja nein gelegentlich
- bei Mehrgebärender auch die anderen Schwangerschaften abfragen

II. Leitfragen

A Erwartungen der Frauen an den HKS

- 018 Wie haben Sie von dem Modell „Hebammenkreißaal“ (HKS) im AK Harburg erfahren?
[ggf. Fragen zum Info-Abend: Sympathie/Antipathie für referierende Hebamme, Beeinflussung durch Form der Präsentation, Wünsche für die Form der Präsentation etc.]
- 019 Warum haben Sie sich für diese Form der Geburtshilfe entschieden? Können Sie zwischen Haupt- und Nebengründen entscheiden?
Bei Mehrgebärender: Wie haben Sie die vorherige Geburt erlebt? Als (besonders) gut oder (besonders) schlecht? Welche Rolle hat diese Erfahrung für die Entscheidung für den HKS gespielt?
- 020 Welche Erwartungen hatten Sie an den HKS?
- 021 Haben sich Ihre Erwartungen im Lauf der Zeit verändert? Zum Beispiel durch die Vorgespräche mit den Hebammen oder Gespräche mit anderen Frauen oder Ihrem Gynäkologen?

B Zufriedenheit und Probleme, Wünsche

- 022 Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt? Warum?
- 023 Warum wurde die Geburt in Arzt/Hebammen-geleitet übergeleitet?
- 024 Können Sie den Moment der Überleitung beschreiben?
Was ist in Ihnen vorgegangen?
- 025 Was war problematisch oder schlecht? (Sowohl Überleitung als auch gesamte Geburt)
- 026 Was hat Ihnen gefehlt? (Sowohl Überleitung als auch gesamte Geburt)

- 027 Was haben Sie als besonders gut oder wertvoll erlebt? (Sowohl Überleitung als auch gesamte Geburt)
Bei Mehrgebärender:
War diese Geburt ruhiger als vorherige – trotz Überleitung?
- 028 Würden Sie sich beim nächsten Mal wieder für dieses Modell entscheiden?
- 029 Haben Sie den Hebammenkreißsaal anderen Frauen empfohlen oder würden Sie dies tun? Warum?
- 030 Was sollte an dem Modell, so wie Sie es erfahren haben, geändert werden?
- 031 Was sollte auf jeden Fall erhalten bleiben?
- 032 Wie benoten Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Modell „Hebammenkreißsaal“, wenn „1= sehr zufrieden“ und „10 = gar nicht zufrieden“ ist?

C Beziehung zu den Hebammen und ggf. zu den Ärzten

- 033 Wie haben Sie die Betreuung durch die Hebammen empfunden?
(mehr Vertrauen auch zu noch unbekanntem Hebammen unter der Geburt?!)
- 034 Welche Bedeutung hatten die Vorgespräche und ggf. die Akupunktur für Sie?
- 035 Wurden Sie ausreichend zu Ihren Wünschen, Vorstellungen und Ängsten zur Geburt befragt?
- 036 Welche Rolle hat der betreuende Arzt im Kreißsaal für Sie gespielt?
- 037 Hatten Sie vor der Überleitung schon Kontakt zu einem Arzt unter der Geburt? Aus welchem Grund? Was ist in Ihnen vorgegangen, als der Arzt in den Kreißsaal kam?

E Sonstiges

- 038 Wie haben Sie sich auf diese Geburt vorbereitet?
Gibt es ggf. Unterschiede in der Vorbereitung zu der/den anderen Schwangerschaften?
- 039 Hatten Sie auf der Wochenbettstation Kontakt zu anderen -„konventionellen“ oder HKS-Wöchnerinnen? Haben Sie sich über die Geburt unterhalten; welche Unterschiede haben Sie festgestellt?
- 041 Gibt es noch etwas, was Sie erwähnen möchten?
- 040 Was verstehen Sie unter „Gesundheit“?

III. Räumliche Umgebung und Atmosphäre

Anhang E: Leitfaden Hebammen

Nr. des Interviews:
 Datum des Interviews:
 Dauer des Interviews:

I. Angaben zur befragten Person

001 Alter:
 002 Familienstand:
 003 Kinder, Alter:
 004 Wohnort: Großstadt Kleinstadt Landregion
 005 Nationalität: deutsch sonstige:.....
 006 Konfession: keine evangel. katholisch sonstige:.....
 007 Schulabschluss: Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss
 sonstige:.....
 008 Examen:
 009 Im AKH seit:
 010 Teilnahme am HKS: ja nein
 011 Vertrag im AKH: Vollzeit Teilzeit (in %)
 012 Freiberuflichkeit: ja nein

II. Leitfragen

A Zufriedenheit und Problemsicht der Hebammen

013 Warum nimmst du an dem Projekt HKS teil?
 014 Wie zufrieden bist Du mit dem Modell HKS, so wie es momentan im Kreißaal läuft?
 Wie benotest Du Deine Zufriedenheit, wenn „1= sehr zufrieden“ und „10 = gar nicht zufrieden“ ist?
 015 Was findest Du gut an dem Modell?
 016 Was gefällt Dir nicht?
 017 Was sollte geändert werden?
 018 Was sollte bleiben?
 019 Wie waren Deine Erwartungen vor dem Start des Modells und wurden diese erfüllt?

B Vorteile und Nachteile für die Frauen; Beziehung zu den Frauen

020 Worin siehst Du die Vorteile, die Frauen haben, wenn sie im HKS entbinden?
 021 Kannst Du den oder die Unterschiede zur konventionellen Arzt-Hebammen-Geburt nennen?
 023 Welche Nachteile siehst Du für die Frauen im HKS?
 024 Wie empfindest Du die Geburten im HKS im Gegensatz zu konventionellen Geburten?
 025 Wie gestaltest Du Deine Geburtshilfe im HKS?
 026 Welche Unterschiede siehst Du zwischen den Frauen, die im HKS entbinden und denen, die konventionell entbinden?
 027 Gibt es die typische HKS-Frau? Wenn ja, kannst Du sie beschreiben?

C Risikokatalog

028 Wie beurteilst du die Kriterien des Risikokataloges?
 029 Was ist gut?

- 030 Was sollte geändert werden?
- 031 Wo ist er zu streng?
- 032 Wo ist er nicht streng genug?
- 033 Hat sich Deine Einstellung zum Risikokatalog im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja, inwiefern?
- 034 Sollte es einen zusätzlichen Katalog für Komplikationen geben, wann ein Arzt unter der Geburt gerufen werden soll?
- 035 Wann hört die Geburt auf, „normal“ zu verlaufen?
- 036 Wie schätzt Du die Gefahr ein, dass der Arzt bei Problemen nicht rechtzeitig gerufen wird, um die Geburt weiter hebammengeleitet laufen zu lassen?
- 037 Was sind Deiner Erfahrung nach die häufigsten Ursachen für einen Abbruch des HKS unter der Geburt? Welche davon wären vermeidbar und wie?

D Einstellung zu Ärzten? Neue Konflikte mit den Ärzten? Beziehung zu den Ärzten?

- 038 Wie hat sich der Umgang zwischen Hebammen und Ärzten seit Einführung des HKS verändert? Was glaubst Du, woran das liegt?
- 039 Birgt das Modell des HKS ein neues, anderes Konfliktpotential zwischen Hebammen und Ärzten in sich?
Oder wächst das Verständnis füreinander?
- 040 Wie schätzt Du die Einstellung der Ärzte zum HKS ein? (Klinik und Niedergelassene)

E Selbstreflexion der Hebammen

- 041 Wie gehst Du mit der neuen Verantwortung um, die Du im HKS trägst? (Vorgespräche, Geburt, Wochenbettbesuch, Entlassung)
- 042 Was hast Du seit der Planung/Einführung des HKS (für Deine Hebammentätigkeit) gelernt?
- 043 Was für Veränderungen gibt innerhalb des Hebammenteams seit Einführung des HKS bzw. seit dessen Planung?
- 044 Hat sich eine Art Ehrgeiz entwickelt, möglichst viele HKS-Frauen zu betreuen?
- 045 Welche Probleme gibt es hinsichtlich der Rufdienstregelung? Sowohl die Gruppe der Hebammen als auch nur Dich betreffend?
- 046 Das Konzept HKS sieht regelmäßige Team-Supervisionen vor. Was bedeuten diese für Dich?
- 047 Wenn Du die Gründe betrachtest, wegen derer Du im HKS mitmachst: haben sich Deine Vorstellungen erfüllt?
- 048 Gibt es noch etwas, was Du erwähnen möchtest?

III. Räumliche Umgebung und Atmosphäre

Anhang F: Interviewleitfaden Ärzte

Leitfaden Ärzte

Nr. des Interviews:

Datum des Interviews:

Dauer des Interviews:

I. Angaben zur befragten Person

- 001 Alter: Jahre
- 002 Geschlecht
- 003 Familienstand:
- 004 Kinder, Alter:
- 005 Wohnort: Großstadt Kleinstadt Landregion
- 006 Nationalität: deutsch sonstige:.....
- 007 Konfession: keine evangel. katholisch sonstige:.....
- 008 Schulabschluss: Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss
sonstige:.....
- 009 Examen:
- 010 im AKH seit:
- 011 Funktion: Ass. FA Oberarzt
- 012 Beteiligung am HKS: nein ja, und zwar:.....

II. Leitfragen

A Zufriedenheit und Problemsicht der Ärzte

- 013 Wann und wie haben Sie erfahren, dass im AKH der Hebammenkreißsaal (HKS) implementiert werden soll?
- 014 Aus welchen Gründen ist der HKS (Ihrer Meinung nach) eingeführt worden?
- 015 Sind Sie an den Planungen beteiligt gewesen? Wenn ja, inwiefern?
- 016 Was finden Sie gut an dem Modell?
- 017 Was gefällt Ihnen nicht?
- 018 Was sollte geändert werden?
- 019 Was sollte so bleiben?

B Vorteile und Nachteile für die Frauen; Beziehung zu den Frauen

- 020 Warum entscheiden sich Frauen für den HKS? (Schlechte Erfahrung / Störende Ärzte)
- 021 Welche Vorteile sehen Sie für die Frauen, die im HKS entbinden?
- 022 Welche Nachteile sehen Sie?
- 023 Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den Frauen, die im HKS entbinden und denen, die konventionell entbinden?
- 024 Gibt es die typische HKS-Frau? Wenn ja, können Sie diese beschreiben?

C Risikokatalog (ab 09.06.2005 geänderter RK)

- 025 Wie beurteilen Sie die Kriterien des Risikokataloges?
- a) Was ist gut?
- b) Was sollte (noch) geändert werden?
- c) Wo ist er zu streng?
- d) Wo ist er nicht streng genug?

- 026 Hat sich Ihre Einstellung zum Risikokatalog im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja, inwiefern?
- 027 Sollte es einen zusätzlichen Katalog für Komplikationen geben, wann ein Arzt unter der Geburt gerufen werden soll?
- 028 Wann hört die Geburt auf, „normal“ zu verlaufen?
- 029 Wie schätzen Sie die Gefahr ein, dass bei Problemen nicht rechtzeitig ein Arzt gerufen wird, um die Geburt weiter hebammengeleitet laufen zu lassen?

D Einstellung zu Hebammen? Neue Konflikte mit den Hebammen? Beziehung zu den Hebammen?

- 030 Welche/n Unterschied/e sehen Sie zwischen Ärzten und Hebammen in der Betreuung gesunder und risikoarmer Schwangerer? (Vorsorge/Geburt/Nachsorge)
- 031 Wie hat sich der Umgang zwischen Ärzten und Hebammen seit Einführung des HKS verändert? Was glauben Sie, woran das liegt?
- 032 Birgt das Modell des HKS ein neues, anderes Konfliktpotential zwischen Ärzten und Hebammen in sich?
Oder wächst das Verständnis füreinander?
- 033 Werden Sie von den Hebammen informiert, wenn eine HKS-Frau in den Kreißsaal kommt? Möchten Sie das; ist das positiv oder negativ?

E Selbstreflexion der Ärzte/Aspekte der Qualifizierung und Entqualifizierung

- 034 Wie sehen Sie Ihre Rolle/Funktion in der Geburtshilfe?
- 035 Was hat sich für Sie in Ihrer Tätigkeit /Rolle als Arzt für Geburtshilfe seit Einführung des HKS verändert?
- Arbeitserleichterung
 - Nachtdienste
 - Weniger „normale“ Geburten
 - Nur noch für „schwierige“ Geburten zuständig
 - Alternative Geburtshilfe
 - Weniger Analgesie/ invasive Eingriffe
- 036 Was haben Sie seit der Planung/Einführung des HKS (für Ihre ärztliche Tätigkeit) gelernt?
- 037 Wie waren Ihre Erwartungen vor dem Start des Modells und wurden diese erfüllt?
- 038 Wie schätzen Sie die Einstellung der Niedergelassenen zum HKS ein?
- 039 Gibt es noch etwas, was Sie erwähnen möchten?

III. Räumliche Umgebung und Atmosphäre