

Hebammenkreißsaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse

Nicola H. Bauer, Hermann Pohlabein, Friederike zu Sayn-Wittgenstein 98 Prozent der Kinder kommen in Deutschland in der Klinik zur Welt. Um Gebärenden auch im klinischen Setting eine möglichst interventionsarme Geburt zu ermöglichen, wurde das Konzept des Hebammenkreißsaals entwickelt. Eine Studie des Verbundes Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück hat hebammengeleitete Geburten in der Klinik mit jenen im üblichen Kreißsaal verglichen.

Die Geburtshilfe in den westlichen Industrieländern befindet sich in einer Krise. Die Gebärenden sind in der Regel gesund und die mütterliche und kindliche Sterblichkeit ist niedrig. Dennoch erleben – auch gesunde – Frauen die Geburt ihres Kindes immer seltener ohne technische und medizinische Interventionen – die zum Teil schwerwiegenden Nebenwirkungen haben und zu keinem besseren Outcome für Mutter und Kind führen. In Deutschland erfahren nur 8,2% aller Low-Risk-Frauen in der Klinik keine invasiven Interventionen während der Geburt, die Kaiserschnittquote lag 2008 bei 30,8%.

Wie können die Interventionsraten gesenkt und die physiologische Geburt gefördert werden?

Die Anfänge

Die WHO sieht Hebammen als die Berufsgruppe, die Frauen und ihre Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett am besten betreuen kann.¹ In Deutschland sind Hebammen laut Hebammengesetz (HebG)² befugt, physiologisch verlaufende Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten in eigener Verantwortung zu betreuen. Zudem ist im § 4 des Hebammengesetzes die Hinzuziehung einer Hebamme zu jeder Geburt – unabhängig davon, wo und wie sie verläuft – vorgeschrieben.

In Großbritannien, Irland, Schweden, Dänemark, Norwegen, Australien, Österreich und der Schweiz wurden seit den 1980er-Jahren unterschiedlich organisierte hebammengeleitete Versorgungskonzepte im klinischen Setting implementiert.^{3,4,5,6,7,8,9} In Deutschland wird seit 2003 die hebammengeleitete Geburtshilfe im Rahmen des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißsaal in Kliniken umgesetzt.

Hierbei geht es zum einen um eine Veränderung der geburtshilflichen Versorgung, sodass Frauen auch in der Klinik die Option haben, hebammengeleitet, selbstbestimmt und interventionsarm zu gebären.¹⁰ 98 Prozent der Schwangeren in Deutschland suchen eine Klinik zur Geburt auf. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass sie eine interventionsreiche, medikalisierte Geburt anstreben.¹¹ In Deutschland gibt es die Alternative zwischen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe, aber innerhalb der klinischen Geburtshilfe stehen kaum Variationen zur Verfügung. Frauen, die zur Geburt eine Klinik aufsuchen, erfahren zu einem großen Teil, unabhängig von ihrem Risikostatus, eine standardisierte Betreuung mit zahlreichen, zum Teil unnötigen Interventionen.

Zum anderen spielen bei der Einführung des Hebammenkreißsaals berufspolitische Gründe eine Rolle.^{12,13} Hebammen sind im klinischen Bereich zwar die Betreuungspersonen, die Frauen im gesamten Geburtsprozess betreuen, aber die Organisation und Ausrichtung der Geburtshilfe obliegt der ärztlichen Leitung.¹⁴ Die Ausübung der originären Hebammen Tätigkeit ist in der klinischen Geburtshilfe weitgehend erschwert.

Heute bestehen bundesweit zehn Hebammenkreißsäle*.¹⁵

* Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek, Asklepios Klinik Hamburg-Harburg, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, Klinikum Niederrhein Velbert, Klinikum Osnabrück, Klinikum Stuttgart/Krankenhaus Bad Cannstatt, Klinikverbund Südwest/Krankenhaus Herrenberg, Krankenhaus Nord-West Frankfurt am Main, Martin-Luther-Krankenhaus Berlin und Universitätsklinikum Bonn

Die Philosophie

Der hebammengeleiteten Betreuung liegt eine Betrachtungsweise zugrunde, bei der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische und psychosozial bedeutsame Vorgänge angesehen werden. Das hebammengeleitete Modell beinhaltet die Kontinuität der individuellen Betreuung der Frau und ihrer Familie in der gesamten Lebensphase. Die Frau steht in der Begleitung und Betreuung im Mittelpunkt und kann Entscheidungen selbstbestimmt – gegebenenfalls mit Unterstützung – treffen.^{16,17}

Wichtigstes Ziel der hebammengeleiteten Versorgung ist – wie auch im medizinisch orientierten Modell – eine gesunde Frau und ein gesundes Kind. Darüber hinaus sind psychosoziale und emotionale Komponenten und eine gute Geburtserfahrung beziehungsweise ein befriedigendes Geburtserleben wichtig.^{18,19}

Das Konzept

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal – so wie es momentan in Deutschland praktiziert wird – ist ein von Hebammen geleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im frühen Wochenbett betreuen. Die Hebammen des Teams arbeiten selbstständig und eigenverantwortlich innerhalb der geburtshilflichen Abteilung. Der Hebammenkreißsaal stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes einer Klinik dar, das übliche Kreißsaalmodell wird dadurch nicht ersetzt. Beide Modelle arbeiten in enger Kooperation miteinander.²⁰

Sollten während der Geburt oder in der postpartalen Phase Auffälligkeiten oder Komplikationen auftreten, veranlasst die

Hebamme eine Weiterleitung in den üblichen Kreißsaal. Hierbei findet kein räumlicher oder personeller Wechsel statt. Die Gebärende bleibt im selben Raum und kann weiterhin von der vertrauten Hebamme – in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt – betreut werden. Die Hebammen des Teams arbeiten im Drei-Schicht-System in beiden Modellen, je nach Arbeitsaufkommen im üblichen Modell oder im Hebammenkreißsaal.²¹

Während der Schwangerschaft sind zwei Termine der Schwangeren mit einer Hebamme des Teams vorgesehen, um einerseits eine umfassende Anamnese zu erheben und anhand des Kriterienkataloges zu überprüfen, ob die Schwangere eigenverantwortlich durch die Hebammen betreut werden kann. Andererseits dient die Hebammenberatung dazu, dass Frauen oder Paare ihre Wünsche und Vorstellungen zur Geburt erläutern können. Das Modell Hebammenkreißsaal und die damit verbundenen Möglichkeiten, aber auch dessen Grenzen werden erläutert.²²

Um eine möglichst kontinuierliche Betreuung anzubieten und den Schwangeren die Gelegenheit zu geben, die Räumlichkeiten und möglichst viele Hebammen des Teams kennen zu lernen, werden weitere Angebote in der Schwangerschaft eingerichtet (Geburtsvorbereitungskurse, Akupunkturprechstunden und Säuglingspflege- oder Stillvorbereitungskurse).

Die Studie

In einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten prospektiv kontrollierten Studie wurde untersucht, wie sich das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal in Deutschland auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind auswirkt – im Vergleich zum üblichen (ärztlich geleiteten) Kreißsaalmodell.

Die Geburtsverläufe von 238 gesunden Schwangeren, die zwischen Januar 2005 und Juli 2006 entweder den Hebammenkreißsaal oder den üblichen Kreißsaal einer Klinik in einer norddeutschen Großstadt gewählt und der Studienteilnahme zugestimmt hatten, wurden durch die betreuenden Hebammen dokumentiert. Acht Wochen nach der Geburt wurden die Studienteilnehmerinnen mittels eines Fragebogens schriftlich befragt. Die Rücklaufquote betrug 83,2 %.

Primäre Endpunkte der Studie waren das mütterliche und kindliche Outcome, medizinische und hebammengeburtshilfliche Interventionen, das Stillverhalten sowie das physische und psychische mütterliche Wohlbefinden nach der Geburt. Ferner wurde die Einstellung der Frauen zu relevanten Aspekten der erfahrenen Betreuung während der Geburt explorativ untersucht. Die Ergebnisse einer Geburt, die im Hebammenkreißsaal

begonnen wurde, wurden dieser Gruppe zugeordnet – auch wenn die Frau während der Geburt in den ärztlich geleiteten Kreißsaal weitergeleitet wird (»intention to treat«).

Es zeigte sich, dass die Betreuung gesunder Gebärender durch Hebammen in der Klinik positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind hat. Zudem wird die Möglichkeit einer physiologischen Geburt gefördert.

Die Häufigkeit von Geburtsverletzungen, Episiotomien und postpartalem Blutverlust unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen. Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe bekamen ihr Kind signifikant häufiger spontan und seltener per Sectio: 88,0 % der Frauen im Hebammenkreißsaal und 78,1 % der Frauen im üblichen Kreißsaal erlebten eine Spontangeburt. Die Sectionrate betrug in der Hebammenkreißsaal-Gruppe 5,4 %, im Arztkreißsaal 12,3 %.

Körperliche Beschwerden, wie Schmerzen an der Dammschnitt- oder Sectionnarbe, Müdigkeit und Rückenschmerzen, waren in den ersten zehn Tagen und acht Wochen nach der Geburt in beiden Gruppen etwa gleich häufig. Auch beim psychischen Wohlbefinden, das mittels EPDS** gemessen wurde, zeigte sich nach acht Wochen kein signifikanter Unterschied.

** Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ist ein Screening-Instrument zur Erkennung möglicher Depressionen und zum Einsatz in der Forschung, das von Cox, Holden und Sagovsky 1987 entwickelt wurde. Die EPDS ist zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt und auch in der Schwangerschaft leicht anwendbar: Die Frau füllt einen Fragebogen mit zehn Fragen zu ihrer Stimmungslage der letzten sieben Tage aus. Die EPDS finden Sie unter anderem im HF 4/07 auf S. 267/268 zum Kopieren und unter www.hebammenverband.de zum Herunterladen (→ Mitgliederbereich → Downloads → Wochenbettbetreuung). (Anmerkung der Redaktion)

Glossar verwendeter Begriffe aus der Forschungsmethodik

explorativ (lat. *exploratio* Erkundung): Es wird explorativ geforscht, wenn wenig über Ursachen und Zusammenhänge bekannt ist und ein erster Einblick in unbekannte Bereiche gewonnen werden soll. Explorative Verfahren dienen mehr der Generierung von Ideen und Hypothesen als ihrer Überprüfung.

Intention to treat (engl. *intention* Absicht, *treat* behandeln): Um die Ergebnisse zu Nutzen und Risiken verschiedener Therapien oder Betreuungsmodelle nicht zu verzerren, werden die Daten von Studienteilnehmer(inne)n der Gruppe zugeordnet, in der sie gestartet sind – auch bei späterem Therapiewechsel oder -abbruch.

kontrolliert: Vergleich verschiedener Gruppen (hier: Geburten im Hebammenkreißsaal und im ärztlich geleiteten Kreißsaal) innerhalb einer Studie

maternal (lat. *mater* Mutter): mütterlich

Morbidität (lat. *morbus* Krankheit): Krankheitshäufigkeit

Mortalität (lat. *mors* Tod): Sterblichkeit

Outcome (engl. *outcome* Ergebnis): »Geburtsergebnis« bedeutet: Wie geht es Mutter und Kind nach der Geburt? Insbesondere: Welche Komplikationen oder Schäden hatte die Geburt zur Folge?

prospektiv (lat. *prospicere* betrachten): Daten werden im Verlauf einer Studie erhoben (im Gegensatz zu rückwirkender Auswertung bereits vorhandener Daten)

signifikant (lat. *significantia* Deutlichkeit): Unter Statistikern gilt ein Unterschied zwischen zwei Ergebnissen in der Regel als signifikant, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass der Unterschied rein zufällig zustande gekommen ist, unter 5 Prozent liegt.

Sieben Tage nach der Geburt gaben 87,8 % der Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe und 67,0 % der Frauen der Arztkreißsaal-Gruppe an, ausschließlich zu stillen. Acht Wochen nach der Geburt stillten noch 72,8 % beziehungsweise 47,4 % ihre Kinder ausschließlich. Die Unterschiede sind zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant.

Den Neugeborenen ging es in beiden Gruppen gut; es gab keine signifikanten Unterschiede bei Apgar-Werten oder Nabelschnur-pH.

Frauen im üblichen Kreißsaalmodell erhielten während der Geburt signifikant häufiger medizinische Interventionen, wie Geburtseinleitung, Amniotomie oder Oxytozin zur Wehenverstärkung. Auch im Hebammenkreißsaal wurden Interventionen eingesetzt, jedoch waren dies signifikant häufiger als im ärztlich geleiteten Kreißsaal hebammengeburts hilfliche Maßnahmen, wie Akupunktur, Massagen oder Entspannungsbäder.

Im Geburtsverlauf waren die Frauen im Hebammenkreißsaal deutlich mobiler und nahmen signifikant häufiger eine alternative Geburtsposition ein (Stehen, Hocken/Hockler, Vierfüßlerstand, Wassergeburt).

Die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmerinnen in beiden Gruppen bewerteten die Betreuung während der Geburt

positiv. Mit der zwischenmenschlichen Beziehung, den Informationen, die sie während der Geburt bekamen, den Möglichkeiten Entscheidungen gemeinsam mit der Hebamme zu treffen, und der Geburtsumgebung waren die Studienteilnehmerinnen, die im Hebammenkreißsaal betreut wurden, allerdings deutlich zufriedener. Diese Punkte wurden mit dem Instrument »Betreuungsgestaltung« erhoben.

Die Untersuchung kommt insgesamt zu ähnlichen Ergebnissen wie internationale Studien zur hebammengeleiteten Versorgung und bestätigt die positiven Auswirkungen der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Die große Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie, die hohe Rücklaufquote des Fragebogens und die Bereitschaft, auch optionale und offene Fragen zu beantworten, zeigt ein großes Bedürfnis der Frauen, ihre Erfahrungen rund um die Geburt ihres Kindes mitzuteilen.

Ausblick

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal ist eine gute Option für gesunde Schwangere im klinischen Setting, die die Ressourcen und die Bedürfnisse von Frauen und ihren Familien in den Mittelpunkt der Be-

treuung stellt. Das Bedürfnis vieler Frauen, auch in der Klinik eine möglichst physiologische Geburt zu erleben, kann im Hebammenkreißsaal umgesetzt werden.

Wünschenswert ist eine weitere Verbreitung dieses Angebotes, um Frauen in Deutschland auch innerhalb der klinischen Geburtshilfe Wahlmöglichkeiten anbieten zu können.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Nicola H. Bauer, Hebamme, Dipl.-Pflegewirtin (FH), Professur für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit Bochum.

Dr. Hermann Pohlabein, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Fachhochschule Osnabrück, Verbund Hebammenforschung.

Kontakt: Prof. Nicola H. Bauer, Hochschule für Gesundheit Bochum, Studiengang Hebammenkunde, Universitätsstr. 105, 44789 Bochum, nicola.bauer@fh-gesundheit.de