

Bestandsaufnahme der Hebammenkreißsäle
in Nordrhein-Westfalen und Annäherung
an ein ‚*Best Practice*‘ Modell
hebammengeleiteter Kreißsaal

vorgelegt von
Waltraut M. Merz
unter Mitarbeit von
Andreas Kocks, Andrea Heep, Pirathayini Kandeepan und Sophia Tietjen

Bonn, Mai 2019, aktualisiert August 2020

gefördert vom
Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abkürzungen	4
(I) Zusammenfassung	5
(I.a.) Inhalt und Zielsetzung des Forschungsprojekts GESchICK	5
(I.b.) Umfang der Nutzung von Hebammenkreißsälen	5
(I.c.) Wissenschaftliche Evidenz	6
(I.d.) Arbeitsgrundlage Deutschland – Handbuch Hebammenkreißaal	7
(I.e.) Der Kriterienkatalog.....	7
(I.f.) Umsetzbarkeit einer Eins-zu-Eins Betreuung	8
(I.g.) Weitere Hürden - Gegenargumente.....	9
(I.h.) Hauptargumente für den Hebammenkreißaal von dort Arbeitenden	10
(I.i.) Ausblick.....	10
(II) Einführung	11
(III) Hintergrund, Fragestellung und Aufbau der Untersuchung	13
(III.a.) Der Hebammenkreißaal in Deutschland	13
(III.b.) Fragestellungen	15
(III.c) Aufbau der Untersuchung - Auf dem Weg zu einem ‚Best Practice‘ Modell.....	15
(1.) Begriffsbestimmungen.....	15
(2.) Literaturrecherche	16
(3.) Datenerhebung	16
(4) Erfahrungsaustausch der Berufsgruppen	17
(5) Identifikation der Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells	17
(6) Konsentierung: Zu einem gemeinsamen Verständnis	17
(7) Gegnerschaften, Hemmnisse und Hürden.....	17
(IV) Ergebnisse	19
(IV.a) Begriffsbestimmungen	19
(1.) ‚Best Practice‘	19
(2.) Definition des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißaal.....	22
(IV.b) Literaturrecherche	24
(1.) internationale wissenschaftliche Publikationen	24
(2.) Deutschsprachige gesundheitspolitische und wissenschaftliche Publikationen	32
Gesundheitspolitische Publikationen.....	32
Wissenschaftliche Publikationen.....	36
(IV.c) Geburtshilfliche Statistik.....	39

(1.) Begriffsbestimmungen.....	40
(2.) Analyse geburtshilflicher Datenbanken.....	41
(3.) Kalkulation der für den Hebammenkreißaal geeigneten Schwangeren	44
(4.) Personalstandsanalyse NRW.....	45
(5.) Leistungsziffern der sieben Einrichtungen in NRW mit Hebammenkreißaal	47
(IV.d) Erfassung und Bearbeitung der Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells hebammengeleiteter Kreißaal.....	49
(1.) Datenerhebung: Instrumente und Methoden	49
(2.) Fragebogen Eins: Basisdaten	50
(3.) Sichtung der hebammenkreißaal-spezifischen Unterlagen aller Krankenhäuser	50
(4.) Vergleich der Kriterienkataloge der Hebammenkreißäle in NRW	51
(5.) Fragebogen Zwei: Etablierung von Hebammenkreißälen und Erfahrungen mit dem Konzept	54
(6.) Erste Klausurtagung	57
Eins-zu-Eins Betreuung und Betreuungskriterien	58
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	58
Mitarbeit des gesamten Hebammenteams	59
Die Versorgung von Geburtsverletzungen	59
Einfluss des Konzeptes auf die Arbeitszufriedenheit	59
Stärken und Schwächen des Konzepts.....	60
Hürden und Herausforderungen bei der Einführung.....	60
(7.) Bearbeitung der Ist-Analyse und Verschlinkung des Kriterienkatalogs.....	62
Ist-Analyse	62
Der Kriterienkatalog: Garant der medizinischen Sicherheit des Hebammenkreißaals	64
Anpassung des Kriterienkatalogs	64
(IV.e) Konsentierung des Kriterienkatalogs und Empfehlungen der Experten für ein ‚Best Practice‘ Modell Hebammenkreißaal.....	67
(1.) Ergebnisse der zweiten Klausurtagung	68
(2.) Empfehlungen der Teilnehmenden für ein ‚Best Practice‘ Modell.....	69
(3.) Finale Konsentierung des verschlinkten Kriterienkatalogs.....	71
(IV.f) Erfassung von Argumenten gegen das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal	71
(V) Diskussion	73
(V.a) Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	73
(1.) Geburtshilfliche Statistik NRW - derzeitige Bedeutung des Modells.....	73
Wie viele Schwangere sind aufgrund ihrer Vorgeschichte und ihres Schwangerschaftsverlaufs für das Konzept geeignet?	74
Wie bekannt ist der Hebammenkreißaal?	75

Wie praktikabel ist der Hebammenkreißsaal für Kliniken?.....	76
Attraktivität des Hebammenkreißsaals für Schwangere.....	77
(2.) Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Umsetzung des Hebammenkreißsaals – die empirische Praxis in NRW.....	77
Übersicht	77
Der Betreuungsbogen	78
Zusammenarbeit zwischen den Professionen.....	79
Unterwegs zu einer ‚Best Practice‘ – ein verschlankter Kriterienkatalog	80
(3.) Diskussion der Argumente von Gegnern des Hebammenkreißsaals und anderen Widerständen.....	81
(V.b) Diskussion der nationalen und internationalen Literatur.....	83
(1.) Publikationen aus Deutschland.....	83
(2.) Bedeutung des Modells im internationalen Vergleich – Einfluss der ‚Birthplace Studie‘	84
(V.c) Entwicklung eines ‚Best Practice‘ Modells.....	85
VI Anhang	88
ANHANG 1. Fragebogen EINS	88
ANHANG 2. Fragebogen ZWEI	90
ANHANG 3. Programm Klausurtagung EINS.....	94
ANHANG 4. Klausurtagung EINS, Poster Eins.....	96
ANHANG 5. Klausurtagung EINS, Poster Zwei.....	97
ANHANG 6. Klausurtagung EINS, Poster Drei.....	98
ANHANG 7. Klausurtagung EINS, Poster Vier	99
.....	99
ANHANG 8. Programm Klausurtagung ZWEI.....	100
.....	100
ANHANG 9. Revidierter Kriterienkatalog, Fassung 30. Januar 2019, mit Ampelsystem.....	102
ANHANG 10. Finaler Kriterienkatalog, Fassung 30. April 2019	106
Literatur.....	109

Abkürzungen

AKF - Arbeitskreis Frauengesundheit

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BMG - Bundesministerium für Gesundheit

BPM - Best Practice Modell

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DGGG - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

DGHWI - Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

DHV - deutscher Hebammenverband

DKG - deutsche Krankenhausgesellschaft

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

GBA - Gemeinsamer Bundesausschuss

HGK - hebammengeleiteter Kreißsaal

ILO - Internationale Arbeitsorganisation

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

KI - Konfidenzintervall

LZG.NRW - Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NRW - Nordrhein-Westfalen

QM - Qualitätsmanagement

RR - Relatives Risiko

SOP - Standard Operating Procedure

UKB - Universitätsklinikum Bonn

WHO - Weltgesundheitsorganisation

Hinweis: Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

(I) Zusammenfassung

(I.a.) Inhalt und Zielsetzung des Forschungsprojekts GESCHICK

Gefördert vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen untersucht das Forschungsprojekt ‚Geburt im hebammengeleiteten Kreißaal (GESCHICK) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und ‚Best Practice‘ Modell‘ - verschiedene Aspekte des Versorgungsmodells Hebammenkreißaal. Es leistet damit einen Beitrag zu den Empfehlungen des Runden Tisches Geburtshilfe von 2015 (5), das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal weiterzuentwickeln. Es widmet sich der Frage in drei Teilprojekten. Die Teilprojekte eins und zwei untersuchen die medizinische Sicherheit des Versorgungskonzepts, den Informationsstand der Schwangeren zu unterschiedlichen Betreuungsmodellen, Entscheidungsabläufe für bzw. gegen den Hebammenkreißaal sowie die Zufriedenheit mit dem gewählten Betreuungskonzept. Ergebnisse dieser Teilprojekte werden gesondert berichtet.

Der vorliegende Bericht behandelt die Erstellung eines ‚Best Practice‘ Modells Hebammenkreißaal. Nach einer Erfassung der quantitativen Nutzung des Versorgungskonzepts und einer Analyse der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz wurden die Erfahrungen der zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden sieben Hebammenkreißsäle des Landes NRW mit dem Konzept erfasst. Hierfür wurden die Arbeitsweisen der Institutionen analysiert; die Einzelkomponenten einer kritischen Analyse unterzogen; die Ergebnisse mit den Beteiligten im Rahmen zweier Klausurtagungen diskutiert; und in einem letzten Schritt die Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells zusammengeführt und konsentiert.

(I.b.) Umfang der Nutzung von Hebammenkreißsälen

Sechzehn Jahre nach der wissenschaftlich begleiteten Einführung des Versorgungskonzepts durch den *Verbund Hebammenforschung* in Deutschland in 2003 ist zu konstatieren, dass das ergänzende Angebot der hebammengeleiteten Geburt im Land Nordrhein-Westfalen wie auch in den übrigen Bundesländern (so ist aufgrund der vorliegenden Zahlen anzunehmen)

bisher keine breite Verankerung bei der Wahl des Geburtsorts gefunden hat. Nur 5,9% der geburtshilflichen Einrichtungen in NRW bieten das Versorgungskonzept an, obgleich es für alle Institutionen geeignet ist.

Eine Auswertung der geburtshilflichen Kennzahlen der Jahre 2009 bis 2018 verdeutlicht für NRW die geringe Verbreitung. Für das Jahr 2017 ergaben sich für NRW ca. 500 Geburten in hebammengeleiteten Kreißsälen. Dies entspricht ca. 0,3% aller Geburten in NRW.

Die Gruppe der Schwangeren mit risikofreier Geburt liegt im Vergleich dazu bei mindestens 20% aller Gebärenden. Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal kommt damit derzeit bei nur ca. 1,5% der Schwangeren, für die es offensteht, zum Einsatz.

(I.c.) Wissenschaftliche Evidenz

“Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes” (1).

Diese Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation fasst die wissenschaftliche Evidenz eines hebammengeleiteten Betreuungsmodells zusammen.

Tatsächlich kommen alle Meta-Analysen zum Ergebnis, dass

- eine Betreuungskontinuität (entweder als Betreuungsbogen, der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umfasst, oder eine kontinuierliche Betreuung unter Geburt) verschiedene Parameter eines Geburtsverlaufs positiv beeinflusst;
- eine kontinuierliche Betreuung die Zufriedenheit der Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt erhöht; und
- für Frauen mit niedrigem Risiko einer Komplikation eine nicht-ärztlich geleitete Geburt weniger interventionsbehaftet ist, Kenngrößen verschiedener Resultate positiv beeinflusst, und die Zufriedenheit der Gebärenden steigert.

Wissenschaftlich Maßstäbe setzte die Birthplace Studie 2011 in England (2). Sie ist in Umfang (64.538 Schwangere) und Methodik bis heute einzigartig. Die Studie erbrachte den Nachweis, dass im Vergleich zum ärztlich geleiteten Versorgungsmodell Geburten im hebammengeleiteten Konzept für Frauen mit niedrigem Risiko zu einer niedrigeren

Interventionsrate und höheren Spontangeburtssrate bei gleichem Ergebnis für Neugeborene führen. Das *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) überarbeitete daraufhin seine klinische Leitlinie „Intrapartum care for healthy women and babies“ (3).

Seither werden in England bei der Beratung Schwangerer zur Wahl des Geburtsorts die Ergebnisse der Birthplace Studie einbezogen. Die Vorteile der verschiedenen Geburtsorte (geburtshilfliche Abteilung, Hebammenkreißsaal, Geburtshaus, Hausgeburt) werden in der Leitlinie anhand der Studienergebnisse detailliert ausgeführt. Die Leitlinie enthält auch die Forderung, diese Ergebnisse bei der Beratung der Schwangeren zur Wahl ihres Geburtsorts zu besprechen.

Die Studie, ihre Ergebnisse und die daraufhin erfolgte Umschreibung der Leitlinie in England haben bisher keine Berücksichtigung in der bundesdeutschen Diskussion und keinen Eingang in die Literatur gefunden. Die Gründe dafür sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

(I.d.) Arbeitsgrundlage Deutschland – Handbuch Hebammenkreißsaal

Für die Einführung und Realisierung des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißsaal steht in Deutschland seit 2007 mit dem Handbuch Hebammenkreißsaal, herausgegeben vom *Verbund Hebammenforschung*, ein praxisorientiertes, wissenschaftlich fundiertes und anwenderfreundliches Dokument zur Verfügung (4). Es gibt allen Interessierten geeignete Handlungsanweisungen für eine Implementierung des Modells. Alle Kliniken, die das Versorgungskonzept nach Veröffentlichung des Handbuchs in NRW einführten, taten dies in Anlehnung an das Handbuch und folgen in weiten Bereichen dessen Vorgaben.

(I.e.) Der Kriterienkatalog

Auf der Basis des Handbuchs Hebammenkreißsaal (4) wurden als Hauptkomponenten für eine Implementierung des Versorgungskonzepts die institutionelle, organisatorische, inhaltliche und formale Vorbereitung identifiziert. Als zentrale inhaltliche Komponente erwies sich der Kriterienkatalog, der die Grundlage für die Auswahl sowie fortlaufende

Überprüfung der weiterbestehenden Eignung einer Schwangeren bzw. Gebärenden für den Verbleib im Konzept bildet und damit Garant der medizinischen Sicherheit des Konzepts ist.

Gemeinsam mit den Vertretern aller Hebammenkreißsäle in NRW erarbeitete GESCHICK einen verschlankten Kriterienkatalog. Dieser ersetzt keineswegs den Katalog des Handbuchs Hebammenkreißsaal. Vielmehr stellt er eine Alternative dar, um interessierten Einrichtungen, die anstelle des Gesamtkonzepts, das einen Betreuungsbogen von Schwangerschaftsbeginn bis zum Ende der Stillzeit umfasst, nur das Segment Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal implementieren möchten, ein praktikables Instrument zur Verfügung zu stellen.

Der von GESCHICK erarbeitete verschlankte Kriterienkatalog zielt auf einen höheren Verbreitungsgrad des Betreuungskonzepts und eine Inanspruchnahme des Modells auch durch Einrichtungen, die das Gesamtkonzept nicht anwenden wollen oder können. Im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners bei Anwendung des Modells in seiner ‚kleinen‘ Version (d.h. ausschließlich für die Geburt, ohne Betreuungsbogen) kann - so zeigt die Praxis eines Krankenhauses bereits – die vorgeburtliche Vorstellung und Entscheidung über den Einschluss der Schwangeren in das Modell auch innerhalb eines einzigen Gesprächs in der Spätschwangerschaft abgeschlossen werden.

In den Kriterienkatalog neu aufgenommen (bisher ohne eigenständige Wertigkeit, jedoch üblicherweise Standard) ist die Überprüfung der Eignung der Schwangeren bei Aufnahme zur Geburt. Die Erweiterung des Kriterienkatalogs um eine Checkliste bei der Aufnahme zur Geburt in den Kreißsaal dient dazu, die weiterbestehende Eignung der Gebärenden für den Hebammenkreißsaal zu überprüfen.

(I.f.) Umsetzbarkeit einer Eins-zu-Eins Betreuung

Die Praktikabilität des Modells ist eng mit personellen Ressourcen verknüpft. In der Diskussion mit Hebammen und Ärzten wird die mit dem Konzept verbundene Personalintensität oft als ein möglicher Hinderungsgrund für die Umsetzung angeführt, insbesondere vor dem Hintergrund des derzeitigen Fachkräftemangels. Übereinstimmend

wird von Hebammen die Umsetzung einer kontinuierlichen Betreuung unter der Geburt (Eins-zu-Eins Betreuung) als eine Herausforderung bezeichnet, die unter der derzeitigen Personalsituation sowie den steigenden Geburtenzahlen kaum zu leisten ist.

Für Gebärende besitzt die Eins-zu-Eins Betreuung eine große Anziehungskraft, da der Mangel an klinisch tätigen Hebammen die Sorge verstärkt, unter Geburt unzureichend betreut zu werden. Die Attraktivität des Gesamtkonzepts – aus eigener Kraft interventionsarm zu gebären – ist schwieriger zu beurteilen; es scheint, dass Gebärende eine Dichotomisierung in ‚ganz natürlich‘ bzw. ‚alles technisch‘ ablehnen, sondern sich für ihre Geburt das Beste aus beiden Modellen - ärztlich und hebammengeleitet - wünschen.

(I.g.) Weitere Hürden - Gegenargumente

Das Versorgungsmodell Hebammenkreißsaal findet nicht bei allen geburtshilflich tätigen Ärzten Unterstützung und wird teilweise heftig abgelehnt. Das Forschungsprojekt hat ausgewiesene Kritiker nach Einwänden befragt. Geäußerte Einwände bestanden vor allem in einer Skepsis vor dem Resultat des eigenverantwortlichen Arbeitens von Hebammen sowie der Befürchtung, das Konzept treibe einen Keil zwischen die Berufsgruppen.

Aber auch Hebammen befürworten das Konzept nicht ungeteilt. Ihre Vorbehalte beruhen insbesondere auf der Angst vor Übernahme der Verantwortung, der Hemmschwelle, neue Tätigkeiten zu erlernen und auszuführen, sowie der bereits vorhandenen hohen Arbeitsbelastung im klinischen Alltag.

In welchem Umfang sich weitere Akteure des Gesundheitswesens für oder gegen die Förderung des Versorgungskonzepts aussprechen würden, war nicht Gegenstand der Untersuchung. Die Teilnehmer der Klausurtagungen waren sich aber einig: Eine Einführung des Konzepts kann nur gelingen, wenn Hebammen und Ärzte gleichermaßen daran interessiert sind.

(I.h.) Hauptargumente für den Hebammenkreißaal von dort Arbeitenden

Hebammen sehen in dem Konzept eine Chance zur Wiedererlangung ihrer originären Hebammentätigkeit. Dies meint insbesondere eine größere Autonomie bezüglich der Betreuung sowie eine engere Bindung zur Gebärenden. Die beteiligten Ärzte sehen eine Geburt im Hebammenkreißaal dann nicht in Widerspruch zu ihrer professionellen Integrität, wenn die Anwendung des Kriterienkatalogs sowie die Weiterleitung in das ärztliche Betreuungsmodell bei Auftreten einer Besonderheit gesichert ist.

Beide Berufsgruppen sehen das Modell als Möglichkeit, die Individualität der Entbindenden zu respektieren und eine physiologische Geburt zu unterstützen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit empfinden beide Berufsgruppen nicht nur als unproblematisch, sondern beide Seiten berichteten von einem Team-Effekt, der die interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt. Der positive Effekt in der interdisziplinären Zusammenarbeit resultiert darüber hinaus in einem ‚Spill-over‘ in das ärztlich geleitete Modell.

(I.i.) Ausblick

Die Erstellung eines ‚Best Practice‘ Modells hebammengeleiteter Geburt stellt eine geeignete, aber keine ausreichende Maßnahme dar, um die Verbreitung des Versorgungskonzepts zu fördern.

Das Modell steht vor folgenden Herausforderungen:

- Es reflektiert derzeit (noch) nicht generell akzeptierte Werte und Prinzipien;
- Es „passt“ in weiten Teilen (noch) nicht in die gegenwärtige geburtshilfliche Kultur;
- Die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis („Value for Money“) ist offen;
- Es fehlt derzeit die institutionelle Integration in die beteiligten Berufsgruppen sowie die Einbettung in das gesellschaftliche Umfeld.

Hier gilt es, die Hürden und Hemmnisse bezüglich der Verbreitung des Versorgungskonzeptes zu identifizieren und eine Strategie zu ihrer Überwindung zu entwickeln.

(II) Einführung

Das Universitätsklinikum Bonn (UKB) hat unter der Bezeichnung „Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal (GESCHICK) – Entscheidungsabläufe, Qualitätssicherung und Best Practice Modell“ ein Forschungsprojekt konzipiert und vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) die Förderzusage für den Bewilligungszeitraum 1.5.2018 bis 30.4.2020 erhalten (LZG.NRW, Aktenzeichen LZG TG 75-001/2018).

GESCHICK schließt an die Arbeit des ‚Runden Tisches Geburtshilfe‘ an, den das damalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen, heute das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen im Jahr 2014 einberufen hatte. Der Runde Tisch war seinerzeit beauftragt, „im intensiven Dialog zwischen den an der geburtshilflichen Versorgung in NRW beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie den zuständigen Ministerien der Landesregierung die aktuelle Situation der Hebammen und der Geburtshilfe in Nordrhein-Westfalen darzustellen sowie Konzepte zur Sicherung und zum Ausbau der wichtigen Funktion der Hebammen für die Geburtshilfe und die Begleitung junger Familien in Nordrhein Westfalen zu erarbeiten“ (5).

Der vom Ministerium 2015 vorgelegte Abschlussbericht zur Arbeit des Runden Tisches enthält zahlreiche Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgung in der Schwangerschaft und bei der Geburt. In den Handlungsempfehlungen ist unter der Überschrift ‚Zukünftige Versorgungsstrukturen‘ vermerkt: „Der Runde Tisch empfiehlt die Versorgungsforschung zu verstärken“ und „Der Runde Tisch empfiehlt, das Versorgungskonzept „Hebammenkreißsaal“ weiterzuentwickeln“ (5).

Das UKB hat 2009 den ersten und bislang einzigen hebammengeleiteten Kreißsaal (HGK) an einer Universitätsklinik eingerichtet und verfügt über eine langjährige Erfahrung mit diesem Betreuungsmodell. In Zusammenarbeit von ärztlicher Leitung der Geburtshilfe, Pflegedirektion und Hebammen wurde das Forschungskonzept GESCHICK entwickelt, um flächendeckend für NRW die Versorgungsforschung zum HGK zu vertiefen.

GESchIcK beruht auf drei thematischen Teilprojekten, die inhaltlichen aufeinander bezogen sind, aber getrennt erforscht werden:

- Teilprojekt Eins umfasst eine Analyse zur medizinischen Sicherheit des Konzepts;
- Teilprojekt Zwei erhebt mittels Interviews mit Schwangeren Daten zu Informiertheit und Informationswegen über unterschiedliche Versorgungsmodelle. Zudem erfragt es nachgeburtlich die Zufriedenheit mit dem gewählten Entbindungsmodell;
- Teilprojekt Drei entwickelt ein ‚*Best Practice*‘ Modell (BPM) des HGK.

Die drei Teilprojekte haben unterschiedliche Förderlaufzeiten und werden mit unterschiedlichen Methoden erforscht. Hier vorgelegt wird der Abschlussbericht zum Teilprojekt ‚*Best Practice*‘. Die beiden anderen Teilprojekte erfahren eine separate Berichterstattung.

(III) Hintergrund, Fragestellung und Aufbau der Untersuchung

(III.a.) Der Hebammenkreißaal in Deutschland

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal kann in Deutschland mittlerweile auf eine zwanzigjährige Geschichte verweisen. Nach Etablierung des Konzeptes in verschiedenen europäischen Ländern wurde das Versorgungsmodell ab ca. 1998 zunächst durch den *Verbund Hebammenforschung* beforscht. Dem Verbund gehören die folgenden Einrichtungen an: (a) Stiftung Fachhochschule Osnabrück; (b) Hochschule Osnabrück; (c) Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen; und (d) Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

Im Jahr 2003 wurde schließlich der erste Hebammenkreißaal Deutschlands in Bremerhaven Reinkenheide eröffnet. Gefördert mit Bundesmitteln begleitete der *Verbund* die Entwicklung wissenschaftlich (Näheres siehe Internetseite Hochschule Osnabrück, Hebammenforschung, abgerufen am 21.4.2019) (6). Unter anderem entstand das Handbuch Hebammenkreißaal – ein praxisorientiertes, wissenschaftlich fundiertes und anwenderfreundliches Dokument, das umfassende Handlungsanweisungen für eine Implementierung des Versorgungsmodells liefert (4).

Weder in NRW noch in einem anderen Bundesland hat der Hebammenkreißaal seit seiner erstmaligen Einführung eine große Verbreitung gefunden. Laut Deutschem Hebammenverband (DHV) bieten derzeit bundesweit insgesamt 23 Kliniken, in NRW neun, eine geburtshilfliche Abteilung mit Hebammenkreißaal an (siehe Internetseite DHV, abgerufen am 31.7.2020) (7). Zahlen zu den Geburten in diesem Versorgungskonzept sind bisher nicht publiziert. Sie liegen nach unserer im Rahmen des Forschungsprojekts durchgeführten Datenerhebung für NRW derzeit bei 3,4%; damit finden derzeit insgesamt ca. 0,2% aller Geburten in NRW hebammengeleitet statt.

Die Entwicklung des Hebammenkreißaals ist eingebettet in die aktuelle gesundheitspolitische Landschaft Deutschland, die von großen Veränderungen gekennzeichnet ist. Nach einer längeren Phase des kontinuierlichen Rückgangs der

Geburtenzahlen ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Geburten in Deutschland wie auch in NRW zu verzeichnen. Gleichzeitig vollzieht sich eine Konzentration der geburtshilflichen Versorgung. Im Zeitraum 1991 bis 2015 wurden 40,2% der geburtshilflichen Einrichtungen an Krankenhäusern geschlossen (8). Hinzu kommt der steigende finanzielle Druck in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe. So arbeiten laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) rund 60% der geburtshilflichen Abteilungen nicht kostendeckend (8). Für die außerklinische Geburtshilfe ist der Kostendruck mit der Anhebung der Haftpflichtversicherungsprämien stark gestiegen.

Parallel zu den gesundheitspolitischen Veränderungen vollzieht sich auch im Hinblick auf die Geburtsform ein stetiger Wandel. Der Trend zur Entbindung mittels Kaiserschnitt ist in Deutschland ungebrochen, 30,5% aller Geburten erfolgten im Jahr 2018 mittels Kaiserschnitt (NRW: 31,0%) (siehe Internetseite Statistisches Bundesamt, abgerufen am 27.4.2019) (9). Diese Entwicklung in Deutschland spiegelt den globalen Trend wider – seit dem Jahr 2000 stieg die Kaiserschnittrate global durchschnittlich um 3,7% pro Jahr an und kletterte von 12,1% auf 21,1% im Jahr 2015 (10). In Westeuropa lag der durchschnittliche jährliche Anstieg mit 2,1% zwar niedriger, erreichte aber bei einer Ausgangsrate von 19,6% (im Jahr 2000) im Jahr 2015 mit 26,9% ein höheres Niveau (10). Die Problematik hat mittlerweile auf internationaler Ebene Beachtung gefunden. So veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 2015 ein Positionspapier hierzu, das von der bis dato formulierten Festlegung einer optimalen Kaiserschnittrate abrückt und stattdessen die Durchführung eines Kaiserschnitts für Frauen fordert, die einen solchen benötigen. Gleichzeitig wird die Anwendung einer neuen, einheitlichen Klassifikation zur Erfassung der Indikationen eines Kaiserschnitts empfohlen, die eine Analyse sowie einen Vergleich auf internationaler Ebene ermöglicht (11). Noch jünger ist das Positionspapier der Weltorganisation der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) aus 2018. Hier wurde zur Reduktion ‚überflüssiger‘ Kaiserschnitte ein Sechs-Punkte-Maßnahmenkatalog erstellt, der unter anderem Empfehlungen für Interventionen auf der medizinischen, organisatorischen und gesundheitspolitischen Ebene umfasst (siehe Internetseite FIGO, abgerufen am 12.5.2019) (12, 13).

(III.b.) Fragestellungen

Die Fragestellungen des Forschungsprojekts zur Untersuchung der Hebammenkreißsäle in NRW können wie folgt formuliert werden:

1. Wie ist der aktuelle wissenschaftliche Stand zu hebammengeleiteten Versorgungsmodellen, sowohl in der internationalen Literatur als auch bezüglich der Entwicklung des Konzepts Hebammenkreißsaal in Deutschland?
2. Wie wurde das Konzept in NRW in die Praxis umgesetzt?
 - 2.a. In welchem Umfang ist der Hebammenkreißsaal in NRW verbreitet?
 - 2.b. In welcher Weise folgen die in NRW etablierten Hebammenkreißsäle einer Modellvorgabe?
 - 2.c. Worin bestehen die Stärken und Schwächen der Hebammenkreißsäle in NRW?
3. Lassen sich aus der Praxis der hebammengeleiteten Kreißsäle in Nordrhein-Westfalen und den Erfahrungen der dort Arbeitenden Erkenntnisse ableiten, die Interessierte für eine Umsetzung des Konzeptes in ihren Einrichtungen nutzen können?

(III.c) Aufbau der Untersuchung - Auf dem Weg zu einem ‚Best Practice‘ Modell

Die Untersuchung erfolgte in sieben Teilschritten.

(1.) Begriffsbestimmungen

Die Untersuchung beginnt mit einer Bestimmung der beiden Kernbegriffe ‚*hebammengeleiteter Kreißsaal*‘ und ‚*Best Practice*‘. Der Begriff ‚*hebammengeleiteter Kreißsaal*‘ wurde auf der Basis der vorliegenden deutschsprachigen Dokumente unter Einbeziehung der neuesten internationalen Literatur definiert.

‚*Best Practice*‘ ist ein illustrativer Terminus und umgangssprachlich zu einem gängigen Begriff geworden. Im Gesundheitssektor ist seine Verwendung als Fachbegriff jedoch nicht verbreitet. Eine kombinierte Recherche in medizinischen und allgemeinen Datenbanken führte zur Identifikation von Dokumenten, die eine Bestimmung des Begriffs ‚*Best Practice*‘ erlauben.

(2.) Literaturrecherche

Ein ‚Best Practice‘ Modell kann nicht voraussetzungslos an einer bestimmten Praxis ansetzen, sondern muss die in wissenschaftlichen Publikationen gebündelte Analyse und Bewertung der Arbeitsweise des Versorgungsmodells einbeziehen. Für die Erstellung eines ‚Best Practice‘ Modells sind daher neben Publikationen aus der Medizinwissenschaft auch Veröffentlichungen aus den Bereichen Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik und -administration zu berücksichtigen.

Angepasst an die Thematik erfolgte die Literaturrecherche auf zwei Ebenen.

(i) Für die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas erfolgte eine selektive Literaturrecherche der internationalen und deutschen Literatur, die in so genannten „peer-reviewed“ Journalen publiziert wurde, über eine Datenbank-Abfrage (Pubmed). Das Literaturverzeichnis der Publikationen wurde auf weitere relevante Veröffentlichungen geprüft. Desgleichen wurde die *Cochrane Database of Systematic Reviews* nach Beiträgen zum Thema durchsucht.

(ii) Deutsche und internationale Dokumente, die aus den Bereichen Gesundheitswesen und -politik stammen oder von relevanten Akteuren der Gesundheitsversorgung in Auftrag gegeben wurden. Die Suche hiernach erfolgte über Stichworteingaben in den gängigen Suchmaschinen sowie einer Durchsicht der Literaturverweise der gefundenen Dokumente. Aufgrund der Heterogenität der Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems wurden internationale Dokumente nur berücksichtigt, falls sie eine Bezugnahme auf bundesdeutsche Verhältnisse beinhalteten.

(3.) Datenerhebung

Der dritte Untersuchungsschritt umfasste die Erhebung der Daten.

(a) Quantitative Datenerhebung: Hierfür wurden die Datensätze der Perinatalstatistik ausgewertet, die Versorgungskapazität erhoben und die Anzahl der Geburten in den Hebammenkreißsälen in NRW erfasst.

(b) Qualitative Datenerhebung: Mit Hilfe von Fragebögen, Telefoninterviews und der Sichtung der für den HGK erstellten Dokumente wurde die Umsetzung des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal in NRW erfasst. Neben Struktur- und Organisationsdaten wurden alle Aspekte des Versorgungsmodells einbezogen. Diese

umfassten die formalen Kennzahlen (Leistung und Personal), Rahmenbedingungen, Inhalte, Implementierung, gelebte Praxis und Besonderheiten. Dazu gehörten auch Schwierigkeiten und Hürden bei der Einführung der Hebammenkreißsäle. Die Erhebung bezog Vertreter der Ärzte- und Hebammenschaft ein.

(4) Erfahrungsaustausch der Berufsgruppen

Ärzte und Hebammen aus den Einrichtungen mit Hebammenkreißsälen in NRW trafen sich zu einer ersten moderierten Klausurtagung, um Stärken und Schwächen des Betreuungsmodells zu diskutieren und diese als allgemeine oder standortspezifische Charakteristika zu bestimmen. Eingeladen waren je eine ärztliche und eine Hebammen-Vertretung pro Einrichtung. Die Themen wurden in homogenen oder gemischten Arbeitsgruppen und im Plenum bearbeitet.

(5) Identifikation der Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells

In einer Zusammenführung der Erkenntnisse der Untersuchungsschritte 1-4 identifizierte die wissenschaftliche Projektverantwortliche verschiedene Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells und stellte diese im Rahmen der Klausurtagungen sowie in der elektronischen Kommunikation mit den Vertretern der Hebammenkreißsäle zur Diskussion.

(6) Konsentierung: Zu einem gemeinsamen Verständnis

Im Rahmen der zweiten moderierten Klausurtagung diskutierten Vertreter der Ärzte und Hebammen aus den Hebammenkreißsälen die erarbeiteten Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells. Die Debatte zielte auf eine Konsentierung der jeweiligen Vorschläge. Die Konsentierung umfasste auch einen angepassten Kriterienkatalog.

(7) Gegenschaften, Hemmnisse und Hürden

Das Thema ‚Hemmnisse und Hürden‘ erwies sich in den Interviews mit den Kliniken und auf der Klausurtagung als wenig ergiebig. Aufgrund der geringen Rückmeldungen beschloss die GESchICK-Forschungsleitung, mit zwei Kritikern des Hebammenkreißsaals, einem Arzt und

einem Juristen, zusätzlich semistrukturierte Interviews zu führen, um Hürden und Hemmnisse des Modells besser erfassen zu können.

Die Frage nach Befürwortung bzw. Ablehnung des Versorgungskonzepts war nicht explizit Gegenstand des Forschungsantrags und kann hier nicht schlüssig beantwortet werden. Die in den beiden Interviews artikulierten Argumente sind anonymisiert wiedergegeben und in die Diskussion der Ergebnisse einbezogen.

(IV) Ergebnisse

(IV.a) Begriffsbestimmungen

(1.) ‚Best Practice‘

In der Betriebswirtschaftslehre wird ‚Best Practice‘ als ein pragmatisches Verfahren bezeichnet, das vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen bewertet und diese nach Prüfung der Übertragbarkeit zur Grundlage der Gestaltung neuer Verfahrensweisen festlegt. Das dreiteilige Verfahren aus Bewertung der Erfahrung, Prüfung der Übernahme und Umsetzung in eine neue Verfahrensweise zielt auf die Optimierung des Vorhandenen. ‚Best Practice‘ in diesem Verständnis ist keine Innovation, entsprechend ist Kreativität kein Bestandteil.

Eine extensive Internet-Recherche in medizinisch-wissenschaftlichen und allgemeinen Datenbanken sowie die Konsultation der dort aufgeführten Primärliteratur führte zur Identifikation zweier Dokumente, die sich näher mit ‚Best Practice‘ befassen (14, 15). Das Dokument der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organisation, ILO) aus 2003 beinhaltet eine ausführliche Vorstellung und Diskussion des Konzepts ‚Best Practice‘ im Zusammenhang der Ausgestaltung von Arbeitsplätzen bei HIV Positivität bzw. AIDS Erkrankung von Beschäftigten. Die folgenden Ausführungen stammen aus dieser Quelle. ‚Best Practice‘ wird von der ILO wie folgt definiert (14):

“Best practice is a means of systematically building on effective approaches to any given issue by examining existing experiences and processes that work, understanding them in the light of agreed values, expert opinion and the best available evidence and extracting from them lessons learnt that can be applied in the context of different social, economic and cultural settings.”

Auch in dieser umfangreichen Definition steht nicht Innovation im Sinne der Entwicklung von etwas Neuem im Fokus, sondern die Kondensierung erfolgreich in der Praxis etablierter Verfahrensweisen. Sie verweist auf die Notwendigkeit der Adaptation eines ‚Best Practice‘

Modells an die jeweiligen Umstände, die durch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen bestimmt sind. ‚Best Practice‘ ist also kein Prototyp, der in Serienproduktion gehen soll; noch ist sie eine Vorschrift, die als Instruktion ‚von oben‘ erlassen wird. Vielmehr überprüft eine ‚Best Practice‘ die vorhandenen Erfahrungen, bewertet sie nach Erfolg und Misserfolg und erarbeitet Vorschläge, wie diese vorheilig in eine neue Praxis umgesetzt werden können. Diese Anpassung erfolgt individuell an die jeweiligen Umstände (14).

Zur Prüfung, ob die Vorschläge auch wirklich einer ‚Best Practice‘ entsprechen, hat die ILO eine umfangreiche Checkliste bereitgestellt (ebenda, S. 16):

- Does this ‘best practice’ reflect generally accepted values and principals such as those in the ILO Code of Practice?
- Does it reflect expert opinions, guidelines and the best available evidence?
- Is it relevant? Does it tackle the problem faced? Does it ‘fit’ with the company or organization, country and culture?
- Is it effective? Does it work here?
- Is it efficient? Does it cost more than it should or is it value for money?
- Is it ethically sound? Does it meet local standards for compassion, tolerance, respect, confidentiality, empowerment and participation?
- Is it sustainable or will it need support from outside to keep going?
- Does it have systematic evaluation designed in? Can its successes be quantified?
- Has it been shown to work well at multiple sites? Has it been ‘replicated’?
- Has it been positively evaluated at one site only? Was it ‘successfully demonstrated’?
- Has it been shown to work and to be sustainable somewhere else or is it an innovation?

Folgt man diesen Ausführungen der ILO, die sich letztlich an die betriebswirtschaftliche Definition anlehnt, nur den gesellschaftspolitischen Kontext stärker betont, läßt sich ‚Best Practice‘ als einfaches und überaus zweckmäßiges Werkzeug für einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch bezüglich der Praktikabilität einer Verfahrensweise verwenden. Für die Erstellung eines ‚Best Practice‘ Modells hebammengeleiteter Kreißsaal ergeben sich damit die folgenden Bedingungen, die besonderer Berücksichtigung bedürfen (14):

- Ist der Hebammenkreißsaal fachlich evidenzbasiert?
- Bewegt sich der Hebammenkreißsaal rechtlich innerhalb des Haftungsrahmens unterschiedlicher Versicherer?
- Ist der Hebammenkreißsaal institutionell bei den beteiligten Berufsgruppen verankert?
- Ist der Hebammenkreißsaal organisatorisch für verschiedene Arbeitsabläufe und Dienstplanmodelle anwendbar?
- Ist der Hebammenkreißsaal in ein vor- und nachgeburtliches fachliches und gesellschaftliches Umfeld eingebettet?
- Findet die Etablierung eines Hebammenkreißsaals mit allen Akteuren gemeinsam statt?

Um eine Vermengung von Begriffen zu verhindern, wird hier noch eine definitorische Abgrenzung des Begriffs ‚*Best Practice*‘ gegenüber den Begriffen ‚*Evidence-based Practice*‘ und ‚*Scaling up*‘ vorgenommen.

Evidenz-basierte Modelle leiten sich ausschließlich von vorhandenen wissenschaftlichen Grundlagen ab. Erfahrungen von Anwendern fließen nicht direkt ein, sondern werden nur insofern berücksichtigt, als sie als wissenschaftliche Forschungsergebnisse vorliegen. Zudem werden gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt, sondern gelten als gegeben. Beispiele für den Bereich Geburtshilfe sind die Leitlinie des britischen ‚National Institute for Health and Care Excellence‘ (NICE) „Intrapartum care for healthy women and babies“ (16); der Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ (17); und die entsprechende Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); die evidenzbasierte Leitlinie zur physiologischen Geburt wird derzeit erstellt, geplantes Erscheinungsdatum 31.3.2020 (siehe Internetseite AWMF, abgerufen am 18.4.2019) (18).

Die Verwendung des Begriffs ‚*Scaling up*‘ in der Betriebswirtschaftslehre beinhaltet ein Maßnahmenbündel zur Verbreitung eines erfolgreich getesteten (Pilot)Modells. ‚*Scaling up*‘ wird auch im medizinischen Kontext verwendet. So gibt es eine Initiative der WHO ‚Implementing Best Practices‘ (siehe Internetseite der Initiative, abgerufen am 27.4.2019) (19), die Dokumente für eine erfolgreiche Verbreitung gesundheitspolitischer Themen bereitstellt (20, 21). Diese Initiative wurde 1999 von der WHO, der ‚United States Agency for

International Development' (USAID), dem 'United Nations Population Fund' (UNFPA) und weiteren Kooperationspartnern initiiert. *'Scaling Up'* beinhaltet keine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit einem entsprechenden Thema, sondern setzt diese als bereits erfolgt voraus, und befasst sich nur mit den Komponenten einer erfolgreichen Verbreitung eines zuvor erfolgreich getesteten Versorgungsmodells.

(2.) Definition des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißaal

Eine Definition des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal ist in mehreren Dokumenten des deutschsprachigen Raums zu finden. Im Handbuch Hebammenkreißaal des *Verbunds Hebammenforschung* von 2007 (4) wird auf S. 11 die folgende Definition gegeben:

„Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im Wochenbett betreuen. Die Hebammen arbeiten in dieser Abteilung selbstständig und eigenverantwortlich.... Der Hebammenkreißaal ersetzt nicht den üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal, sondern stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebots der Klinik dar. Beide Abteilungen arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass im Falle einer sich entwickelnden Komplikation vor, während oder nach der Geburt die Frau vom Hebammenkreißaal in die ärztliche Betreuung des üblichen Kreißaals weitergeleitet werden kann. Grundlage hierfür ist eine kontinuierliche Einstufung anhand eines interdisziplinär erarbeiteten geburtshilflichen Kriterienkataloges.... Das Konzept Hebammenkreißaal sieht sich als Teil eines Versorgungskonzeptes von Frauen und ihren Familien, das die physiologische Geburt, die Betreuungskontinuität und die Bedürfnisse der Nutzerinnen in den Mittelpunkt stellt. Dazu werden bestimmte Angebotsstationen eingerichtet. Es wird eine breite Palette an Versorgungsleistungen angeboten, die auf einander aufbauen und jeweils die Zielvorstellungen des Konzeptes Hebammenkreißaal verfolgen.“

Als Ziele des Betreuungsangebotes werden „die Förderung der Eigenständigkeit und Selbst- und Mitbestimmung der Gebärenden, die Unterstützung bei der Bewältigung der Herausforderungen der Geburt und der frühen Elternschaft durch die Stärkung der

weiblichen Kompetenz sowie ein Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit durch ein gelungenes Geburtserlebnis“ genannt (4).

Das Handbuch führt folgende Merkmale eines Hebammenkreißsaals auf (4):

- formulierte Betreuungskriterien für eine hebammengeleitete Geburt;
- einheitliches entsprechendes Qualifikationsniveau der Hebammen;
- Kriterienkatalog zur kontinuierlichen Einschätzung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs;
- klare räumliche Organisation des Hebammenkreißsaals;
- Gewährleistung einer personellen Betreuungskontinuität.

Zu den im Handbuch formulierten Betreuungskriterien gehören die Vermeidung medizinischer Interventionen, so z.B. die Vermeidung einer Geburtseinleitung; die Bevorzugung einer intermittierenden (im Gegensatz zur kontinuierlichen) kindlichen Herztonüberwachung; die Vermeidung einer Eröffnung der Fruchtblase; der Verzicht auf Schmerzmittel; und die Vermeidung eines Dammschnitts. Die Gewährleistung einer personellen Betreuungskapazität wird als eine nahezu Eins-zu-Eins Betreuung verstanden. Eine ausführliche Erläuterung des Konzepts findet sich auch in Bauer 2011 (22).

International sind sowohl für den Betreuungsort als auch das Personal verschiedene Begriffe gebräuchlich. Darüber hinaus ist die Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zwischen den Professionen unterschiedlich geregelt. Als ‚midwife-led continuity-of-care model‘ wird die Betreuungskontinuität während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Hebammen definiert (1, 23). Diese wird noch differenziert in ‚caseload‘ und ‚team‘ midwifery. Im Gegensatz zur ‚team midwifery‘ findet die Betreuung im ‚caseload‘ Modell möglichst durch dieselbe Hebamme (maximal 2-3 Hebammen) statt. Personen, die während einer Geburt unterstützend anwesend sind, werden auch als ‚labor companions‘ bezeichnet. Die Unterstützung kann durch den Partner, ein Familienmitglied oder einen Freund, eine nichtmedizinische Helferin (Doula) oder eine Angestellte des Gesundheitswesens erfolgen (24). ‚Labor companions‘ sind Fürsprecher der Gebärenden, unterstützen sie emotional bei der Bewältigung der Geburt, und vermitteln zwischen den Erbringern der Dienstleistung und der Gebärenden (25). Geburtsorte werden in Analogie

zum deutschsprachigen Raum in Hausgeburten, Geburtshäuser („freestanding midwifery units“), Hebammenkreißsäle („alongside midwifery units“) und geburtshilfliche Abteilungen in einer Klinik unterschieden. Bei der Bewertung der internationalen Literatur sind diese verschiedenen Definitionen zu berücksichtigen.

(IV.b) Literaturrecherche

(1.) internationale wissenschaftliche Publikationen

Die internationale wissenschaftliche Literatur zu Geschichte, Rahmenbedingungen und Inhalten hebammengeleiteter Betreuungskonzepts bis zum Jahr 2010 sind in einer Publikation von Bauer besprochen. Dort findet sich auch eine Literaturrecherche der zwischen 1984 bis 2008 publizierte Studien zum Thema (22). Die hier vorgelegte Literaturrecherche konzentriert sich daher auf den Zeitraum 2008-2019.

2018 erschien die Neuauflage der 1996 erstmals publizierten Empfehlungen der WHO „Intrapartum care for a positive childbirth experience“ (1). Diese vollständig überarbeitete Neuauflage stellt sicherlich einen Meilenstein für die Geburtsbetreuung von Frauen mit niedrigem Risiko dar. Sie enthält 56 evidenzbasierte Empfehlungen, u.a. zu den Punkten “respectful maternity care”; “effective communication”; “companionship during labor”; und “continuity of care”. Letztere Empfehlung wird wie folgt ausgeführt: “Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes”. Wie auch in u.g. Publikation (23) wird angemerkt, dass hebammengeleitete Betreuungsmodelle eine Vielzahl von Interventionen beinhalten und es unklar ist, ob der positive Effekt durch die Betreuungskontinuität, die Betreuungsphilosophie der Hebammen oder beides hervorgerufen wird (1).

In den Jahren 2012 bis 2019 erschienen sieben Übersichtsarbeiten in der *Cochrane Database of Systematic Reviews*, s.u. (24, 26–28, 25, 29, 23). Sie untersuchen unterschiedliche Aspekte

einer nicht-ärztlich geleiteten Geburtshilfe. Aufgrund unvermeidlicher Einschränkungen, die sich aus der Wahl der angewandten Methodik ergibt (weder ist eine prospektive Randomisierung noch ist eine Verblindung der Teilnehmenden möglich) ist das Evidenzniveau trotz einer stattlichen Anzahl eingeschlossener Studien mit jeweils hoher Fallzahl überwiegend niedrig. Dennoch ist das Fazit aller Meta-Analysen wie folgt:

- eine Betreuungskontinuität (entweder als Betreuungsbogen, der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett umfasst, oder eine kontinuierliche Betreuung unter Geburt) beeinflusst verschiedene Parameter eines Geburtsverlaufs positiv;
- eine kontinuierliche Betreuung erhöht die Zufriedenheit der Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt;
- für Frauen mit niedrigem Risiko einer Komplikation ist eine nicht-ärztlich geleitete Geburt weniger interventionsbehaftet, beeinflusst verschiedene Resultate positiv, und steigert die Zufriedenheit der Gebärenden.

(ad 1) Cochrane Qualitative Evidence Synthesis 2019. Perceptions and experiences of labour companionship (24).

Die Studie untersucht die Wahrnehmung von und Erfahrung mit ‚Labor Companionship‘ sowie Faktoren, die die Einführung von ‚Labor Companions‘ beeinflussen. Unter ‚Labor Companionship‘ wird die Unterstützung verstanden, die eine Gebärende erhält. Die Unterstützung kann durch Partner, Familienmitglied, Freund, Doula oder Angestellte des Gesundheitswesens erfolgen. Als Methode dieser Studie wurde eine qualitative Evidenzsynthese gewählt, die für die Untersuchung komplexer Interventionen geeignet ist und ein Verständnis der Erfahrungen und Einstellungen von Individuen ermöglicht. Die Studie bezieht sich auf die Ergebnisse des Cochrane Reviews 2017 (s.u.), die einen positiven Effekt einer kontinuierlichen Betreuung unter Geburt nachweist.

51 Publikationen, zumeist aus Industrienationen, wurden identifiziert, davon keine aus Deutschland. Die Studien untersuchten überwiegend die Sicht der Gebärenden. Sie erbrachten als Ergebnis, dass die Unterstützung durch ‚Labor Companions‘ in den Bereichen Information, Kommunikation, Interessensvertretung, sowie praktischer und emotionaler Unterstützung erfolgt. Verschiedene Ursachen, die die Einführung eines ‚Labor Companionship‘ beeinflussen wurden identifiziert, unter anderem mangelndes Wissen der

Gebärenden und ihrer professionellen Betreuer bezüglich der Vorteile, die mit einer ‚Labor Companionship‘ verbunden sind.

(ad 2) Cochrane Review 2017. Continuous support for women during childbirth (26).

Hier handelt es sich um eine Überarbeitung der Übersichtsarbeit aus 2013 (25), s.u..

Gegenstand der Untersuchung ist der Effekt einer kontinuierlichen (Eins-zu-Eins) Betreuung unter Geburt auf Mutter und Neugeborenes, im Vergleich zu einer Standard-Betreuung.

Leistungserbringer der kontinuierlichen Betreuung sind nicht auf die Berufsgruppe der Hebammen beschränkt.

26 Studien mit 15.858 Frauen aus 17 Ländern wurden eingeschlossen, davon keine Untersuchung aus Deutschland. Die Analyse erbrachte einen positiven Einfluss auf die folgenden Parameter:

- Rate an Spontangeburt (relatives Risiko (RR) 1,08, Konfidenzintervall (KI) 1,04-1,12);
- Schmerzmittel-Rate (RR 0,90, KI 0,84-0,96);
- Rate an Periduralanästhesien (PDA) (RR 0,93, CI 0,88-0,99);
- Geburtsdauer (mittlere Dauer -0,69 Stunden);
- Kaiserschnitttrate (RR 0,75, KI 0,64-0,88);
- Rate vaginal-operativer Entbindungen (RR 0,90, KI 0,85-0,96);
- negative Bewertung oder negative Gefühle bezüglich des Geburtserfahrung (RR 0,69, KI 0,59-0,79);
- 5-Minuten Apgar Score (RR 0,62, KI 0,46-0,85).

Die Datenqualität in allen Studien wurde als niedrig bewertet, unter anderem aufgrund der fehlenden Möglichkeit einer Verblindung der rekrutierten Frauen und ihrer Betreuer.

(ad 3) Cochrane Review 2016. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (23).

Die Analyse widmet sich dem innerklinischen Vergleich hebammengeleiteter

Entbindungsmodelle gegenüber ärztlich oder gemeinsam geleiteten Entbindungsmodellen bezüglich der Primärereignisse Geburtsmodus, Schmerzmittelbedarf, Geburtsverletzung,

Frühgeburtslichkeit und perinatale Mortalität, sowie 35 Sekundärereignissen. In die

Auswertung wurden nur Studien einbezogen, bei denen Gebärende zufällig einem der

verschiedenen Geburtsmodelle zugeteilt wurden. Als ‚Midwife-led continuity model of care‘

wurde die Betreuungskontinuität während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Hebammen definiert.

Fünfzehn Publikationen aus drei Kontinenten mit insgesamt 17.674 Frauen aus den Jahren 1989 bis 2013 wurden in die Untersuchung eingeschlossen, keine davon aus Deutschland. Die Studien untersuchten sowohl Schwangere mit niedrigem als auch mit erhöhtem Risiko für Komplikationen.

Die Ergebnisse sind wie folgt:

- eine PDA ist bei hebammengeleiteten Geburten weniger häufig (RR 0,85, 95%-KI 0,78-0,92; 14 Studien von hoher Qualität, 17.674 Frauen);
- vaginal-operative Entbindungen erfolgen bei einer hebammengeleiteten Geburt seltener (RR 0,90, 95%-KI 0,83-0,97; 13 Studien von hoher Qualität mit 13.238 Frauen);
- Frauen im hebammengeleiteten Versorgungskonzept gebären häufiger spontan (RR 1,05, 95%-KI 1,03-1,07; 12 Studien von hoher Qualität mit 16.687 Frauen);
- eine Frühgeburt tritt bei hebammengeleiteten Geburten seltener auf (RR 0,76; 95%-KI 0,64-0,91; 8 Studien von hoher Qualität mit 13.238 Frauen);
- die perinatale Mortalität ist im hebammengeleiteten Betreuungsmodell niedriger (RR 0,84, 95%-KI 0,71-0,99; 13 Studien von hoher Qualität mit 17.561 Frauen).

Für die Sekundärergebnisse wird eine erhebliche Heterogenität festgestellt. Die vorgesehene Untersuchung der Zufriedenheit der Frauen wurde nicht quantitativ ausgewertet, da die Messmethoden zu uneinheitlich waren, und der Rücklauf der Befragung zumeist unter 80% lag. Bei der Umsetzung der Betreuungsmodelle zeigt sich ein Unterschied bezüglich der Betreuungskontinuität: in hebammengeleiteten Modellen kannten 63-98% der Frauen die betreuende Hebamme, während diese Zahl für die anderen Betreuungsmodelle zwischen 0,3 und 21% der Frauen lag. Die durchgeführten Untergruppenanalysen (z.B. ‚caseload midwifery‘ versus ‚team midwifery‘ versus ärztliche Betreuung versus geteilte Betreuungsmodelle; niedriges versus gemischtes Risikokollektiv) erbrachten heterogene Ergebnisse. Die Autoren formulieren ihre Hypothese bezüglich der Effektivität einer Betreuungskontinuität wie folgt: „Continuity of care is a means of delivering care in a way which acknowledges that a woman’s health needs are not isolated events, and should be managed over time“. Darunter wird eine frauenzentrierte Betreuung mit Be

ziehungsaufbau verstanden und Kontinuität in den Bereichen Management, Information und Beziehung, wobei die Autoren konzedieren, dass die Definition nicht sehr klar ist, und entsprechend schwierig die Untersuchung bzw. Messung ist.

(ad 4) Cochrane Review 2013. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women (27).

In dieser Übersichtsarbeit werden Komponenten eines ‚active management of labour‘ bezüglich ihres Effekts auf Kaiserschnittraten und Zufriedenheit von Gebärenden mit niedrigem Risiko untersucht. Es wurden nur randomisiert kontrollierte Studien analysiert. Als Vergleichsgruppe dienten unterschiedliche Arten der Standard-Betreuung.

Das Konzept des ‚active management of labour‘ wurde ursprünglich von O’Driscoll 1970 publiziert (30, 31). Es beinhaltet die folgenden Komponenten: (i) exakte Definition des Geburtsbeginns; (ii) routinemäßige Eröffnung der Fruchtblase; (iii) Unterstützung der Wehentätigkeit mit Oxytocin bei langsamem Geburtsfortschritt; (iv) Verwendung eines Partogramms zur Beurteilung des Geburtsfortschritts; (v) strenge Kriterien bezüglich der Definition einer protrahierten Geburt sowie auffälliger kindlicher Herztöne; (vi) Eins-zu-Eins Betreuung unter Geburt; und (vii) Audit der vaginal-operativen Geburten.

Sieben Studien mit 5.390 Frauen wurden in die Auswertung aufgenommen, davon keine aus Deutschland. Es handelte sich ausschließlich um Erstgebärende. Die Ergebnisse erbrachten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Betreuungsmodellen. Nur nach Ausschluss einer Studie, in der viele Fälle nach initialer Randomisierung nicht in die Auswertung einbezogen wurden, ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Kaiserschnitt-Raten (RR 0,77, 95%-KI 0,63-0,94). Die Autoren formulieren die Hypothese, dass manche Komponenten des ‚Active Management‘ Pakets wirksamer als andere sind.

(ad 5) Cochrane Review 2013. Continuous support for women during childbirth (25).

Die überarbeitete Version der systematischen Übersichtsarbeit wurde im Jahr 2017 von Bohren MA et al. publiziert (s.o.) (26). Auf eine nähere Ausführung dieser Publikation wird daher verzichtet.

(ad 6) Cochrane Review 2013. Planned hospital birth versus planned home birth (29).

Diese Analyse untersucht die Auswirkung einer geplanten Hausgeburt im Vergleich zu einer geplanten Geburt im Krankenhaus. Bedingungen für eine Hausgeburt waren wie folgt: (i) niedriges Risikoprofil der Schwangeren; (ii) Betreuung der Geburt durch eine erfahrene Hebamme; (iii) Sicherstellung der Betreuung im Fall einer erforderlichen Verlegung. Nur zwei randomisierte Studien wurden identifiziert, keine davon aus Deutschland. Nur eine Studie mit elf Teilnehmerinnen erbrachte Ergebnisse, die aufgrund der kleinen Gruppengröße keine Schlussfolgerung zulässt.

(ad 7) Cochrane Review 2012. Alternative versus conventional institutional settings for birth (28).

Alternative Geburtsumgebungen wurden bezüglich ihres Einflusses auf verschiedene Ereignisse untersucht. Die Auswertung ist beeinträchtigt, da im Fall einer alternativen Geburtsumgebung auch die Organisation der Betreuung differiert. Dies betrifft insbesondere das Personal sowie die Betreuungsintensität im Rahmen der alternativen Geburtsumgebung. Ein unabhängiger Effekt der Geburtsumgebung konnte daher nicht berechnet werden. Es wurden zehn Studien mit 11.795 Frauen eingeschlossen. Eine alternative Geburtsumgebung erhöhte unter anderem die Wahrscheinlichkeit einer Spontangeburt sowie die Stillrate sechs bis acht Wochen nach Geburt. Sie senkte die Schmerzmittel- und PDA-Rate, die Häufigkeit einer Wehenunterstützung mit Oxytocin, die vaginal-operative Entbindungsrate sowie die Rate an Dammschnitten.

Neben der Durchsicht der *Cochrane Datenbank* ergab die Literatur-Recherche sechs weitere relevante internationale Studien (32–35, 2, 36) wie folgt:

(ad 1) Larkin P et al. 2017. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study (32).

Diese retrospektive Erhebung fand in vier verschiedenen Krankenhäusern der Republik Irland statt. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen drei Monate nach Geburt. 905 Frauen wurden kontaktiert, der Rücklauf betrug 59,3%. Die befragten Frauen setzten klare Prioritäten für die Bereiche Schmerzerleichterung, partnerschaftliches Verhältnis mit der Hebamme und individualisierte Betreuung. Die Befragten wollten überwiegend nicht dichotomisiert werden in ‚ganz natürlich‘ und ‚alles technisch‘, sondern die besten

Komponenten aus beiden Betreuungsmodellen. Die alles überragende Präferenz war die Möglichkeit zur Schmerzerleichterung.

(ad 2) Henshall C et al. 2016. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth (33).

Die Studie beruht auf einer Literaturrecherche zwischen 2000 und 2015. Es wurden Publikationen gesucht zum Thema, wie Hebammen mit Schwangeren den Geburtsort und das Geburtsmodell diskutieren. Elf Studien wurden in die Auswertung eingeschlossen, keine aus Deutschland. Als Einflussfaktoren der Diskussion von Hebammen mit Schwangeren bezüglich der Wahl des Geburtsortes fanden sich Organisationsdruck, professionelle Normen, unzureichendes Wissen und unzureichendes Zutrauen, sowie ein Einfluss der Hebammen-Kolleginnen.

(ad 3) Forster DA et al. 2016. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial (34).

Diese Sekundäranalyse der prospektiv randomisierten COSMOS Studie (s.u.) (35) untersuchte die Zufriedenheit der Frauen mit dem zugewiesenen Betreuungsmodell. Eine weitere Fragestellung widmete sich der Auswirkung einer Betreuungskontinuität unter Geburt auf die Zufriedenheit. Zur Methode s.u. (35). Von den 2.314 randomisierten Frauen antworteten 88% (im ‚caseload‘ Modell) bzw. 74% (im Standard Modell) zwei Monate postpartal. Es fand sich eine höhere Zufriedenheit der ‚caseload‘-Gruppe bezüglich der folgenden Punkte:

- Schwangerenvorsorge (Odds Ratio (OR) 3,35, 95%-KI 2,79-4,03);
- Betreuung unter Geburt (OR 2,14, 95%-KI 1,78-2,57);
- nachgeburtliche Betreuung im Krankenhaus (OR 1,56, 95%-KI 1,32-1,85);
- ambulante Wochenbettbetreuung (OR 3,19, 95%-KI 2,64-3,85).

(ad 4) McLachlan HL et al. 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial (35).

Für diese prospektive, randomisierte Studie wurden Schwangere mit niedrigem Risiko rekrutiert, die sich an einem Perinatalzentrum Australiens für die Betreuung anmeldeten. Sie

wurden zwei verschiedenen Betreuungsmodellen zugewiesen. Im 'caseload' Modell fand die Betreuung durch maximal zwei Hebammen statt. Die Standard-Betreuung beinhaltete eine Betreuung durch Hebammen, Allgemeinärzte und Fachärzte der Geburtshilfe. 2.314 Frauen wurden randomisiert. Primärer Endpunkt war die Kaiserschnitttrate. Sekundäre Endpunkte bestanden für die Mutter in der Rate vaginal-operativer Geburten, Schmerzmittelbedarf, Geburtsverletzungen und Geburtseinleitungen; für das Neugeborene im Schwangerschaftsalter bei Geburt, Geburtsgewicht, Apgar Score und Verlegung. Frauen im 'caseload' Modell schnitten in allen erhobenen Endpunkten besser ab:

- die Kaiserschnitttrate war niedriger (RR 0,78, 95%-KI 0,67-0,91);
 - die Rate an Spontangeburt war höher (RR 1,13, 95%-KI 1,06-1,21);
 - die PDA-Rate war niedriger (RR 0,88, 95%-KI 0,79-0,996);
 - die Rate an durchgeführten Dammschnitten war niedriger (RR 0,79, 95%-KI 0,67-0,92);
- Für das Neugeborene ergaben sich keine Nachteile; die Verlegungsrate war niedriger (RR 0,63, 95%-KI 0,44-0,90).

(ad 5) Birthplace Studie 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study (2).

Diese Studie stellt bezüglich ihres Designs, ihrer Größe und der Studiendurchführung international sicherlich die wichtigste Studie zum Thema medizinische Sicherheit und Wahl des Geburtsorts dar.

Alle geburtshilflichen Einrichtungen Englands nahmen teil: Hausgeburtshilfe, 'freestanding midwifery units' (ungefähr bundesdeutschen Geburtshäusern entsprechend), 'alongside midwifery units' (ungefähr bundesdeutschen hebammengeleiteten Kreißsälen entsprechend), sowie eine stratifizierte Zufallsauswahl (ärztlich geleiteter) geburtshilflicher Kliniken. Zwischen 2008 und 2010 wurden 64.538 gesunde Schwangere nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf jenseits der 37. Schwangerschaftswoche rekrutiert.

Ausschlusskriterien waren ein geplanter Kaiserschnitt sowie in ein Kaiserschnitt vor Geburtsbeginn. Als primärer Endpunkt wurde ein zusammengesetzter Parameter wie folgt bestimmt: perinatale Mortalität (intrauteriner Fruchttod nach Geburtsbeginn und früher neonataler Todesfall); und perinatale Morbidität (neonatale Enzephalopathie, Mekoniumaspirations-Syndrom, Verletzung des Plexus brachialis, Humerus- und

Klavikulafraktur). Sekundäre Endpunkte waren unter anderem der Geburtsmodus sowie geburtshilfliche Interventionen. Insgesamt ergaben sich zwischen den Geburtsorten keine signifikanten Unterschiede für die untersuchten Endpunkte. Lediglich für die Untergruppe der Erstgebärenden konnte eine signifikant höhere Chance eines Ereignisses bei geplanter Hausgeburt (adjustierte OR 1,75, 95%-KI 1,07-2,86) nachgewiesen werden. Die geburtshilfliche Interventionsrate war für Geburten außerhalb der ärztlich geleiteten Einrichtungen signifikant niedriger. Die Transfer-Rate von den außerklinischen Geburtsorten in eine ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung betrug 36-45% (Erstgebärende) bzw. 9-13% (Mehrgebärende). Inhaltlich und organisatorisch bestanden klare Regeln bezüglich einer eventuell erforderlichen Verlegung.

(ad 6) Bernitz S et al. 2011. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial (36).

In dieser randomisierten Studie wurden Frauen mit niedrigem Risiko entweder einer Geburt im Hebammenkreißsaal, einer ‚regulären‘ Klinikgeburt oder einer Geburt in der ‚special unit‘ (Facharzt-Anwesenheit) eines Krankenhauses zugewiesen. Endpunkte waren neben der Rate an vaginal-operativen Geburten eine Wehenunterstützung unter Geburt, Schmerzmittel, nachgeburtliche Blutung, Geburtsverletzung, Verlegung unter Geburt, pH und Apgar Score des Neugeborenen, sowie dessen Verlegung. 1.111 Schwangere, die bei Aufnahme zur Geburt als Niedrig-Risiko eingestuft wurden, nahmen an der Studie teil. Bezüglich des primären Endpunkts ergab sich kein Unterschied zwischen den Betreuungsmodellen. Die Verlegungsrate aus dem Hebammenkreißsaal in eine Einrichtung mit höherem Versorgungsgrad unter Geburt betrug 28,4%.

[\(2.\) Deutschsprachige gesundheitspolitische und wissenschaftliche Publikationen](#)

Die Suche hiernach erfolgte über Stichworteingaben in den gängigen Suchmaschinen sowie einer systematischen Bearbeitung der Literaturverweise der gefundenen Dokumente. Die Dokumente werden im Folgenden chronologisch aufgeführt.

[Gesundheitspolitische Publikationen](#)

(ad 1) Arbeitskreis Frauengesundheit 2018. Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe (37).

Im Forderungskatalog des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF) werden politische Entscheidungsträger und Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), die Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG sowie Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft DGHWi) aufgefordert, konkrete Schritte zur Verbesserung der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu unternehmen.

(ad 2) BMG 2017. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt 2017 (38).

In der Broschüre ‚Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt‘ werden fünf gesundheitspolitische Ziele zur Förderung einer physiologischen Schwangerschaft und Geburt formuliert. Herausgeber der Broschüre ist der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, dem über 100 Akteure aus Bund und Ländern aus den Bereichen Kostenträger, Leistungserbringer, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft angehören. Die fünf Ziele sind wie folgt: (i) Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert; (ii) Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert; (iii) Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt; (iv) Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert; (v) Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet. Im zweiten Ziel werden Komponenten erläutert, die eine physiologische Geburt ermöglichen und fördern. Im Abschnitt ‚Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und kontinuierliche Betreuung‘ werden verschiedene Betreuungsmodelle einschließlich des hebammengeleiteten Versorgungskonzepts vorgestellt.

(ad 3) Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag Sachstand 2017 (WD 9-3000-

079/16). Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern (8).

In dieser Publikation des deutschen Bundestages wird der Sachstand zur Frage der Sicherung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in sieben ausgewählten europäischen Ländern erläutert. Eine

Vorstellung der Ausgangslage in Deutschland ist auch enthalten. Hier werden zunächst finanzielle, institutionelle und personelle Eckdaten wie folgt erwähnt: Die Anzahl der Krankenhäuser, die Geburten durchführen, ist zwischen 1991 und 2015 um ca. 40% (von 1186 auf 709) zurückgegangen. Ca. 60% der geburtshilflichen Abteilungen arbeiten nicht kostendeckend. Sodann wird eine Befragung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) zitiert, nach der sich fast die Hälfte der Hebammen um drei Frauen gleichzeitig während der Geburt kümmert, s.u. (39).

(ad 4) 2016 Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag Dokumentation 2016 (WD 9-3000-056/16). Informationen zu Risikoschwangerschaften und zur Pränataldiagnostik (40).

In dieser Dokumentation findet sich eine Abhandlung über die Zunahme der Risikoschwangerschaften, insbesondere in Bezug auf die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik. Die im Dokument angegebenen Quellen konstatieren für drei Viertel bzw. vier von fünf Schwangeren eine Risikoschwangerschaft. Als Gründe werden u.a. die Erweiterung der Risikokataloge des Mutterpasses von initial 17 auf 52 Risiken genannt.

(ad 5) Der Runde Tisch Geburtshilfe Abschlussbericht 2015 (5).

Initiiert von der nordrhein-westfälischen Regierungsfraktion aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen und vereinbart im Koalitionsvertrag vom 18.6.2012 wurde ‚Der Runde Tisch Geburtshilfe‘ mit dem Ziel eingerichtet, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen mit ihren hierfür erforderlichen Bedingungen zu erarbeiten. Relevante Akteure aus den Bereichen Kostenträger, Leistungserbringer, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Wissenschaft und Wirtschaft wurden eingeladen. Anlass war die angespannte Situation der Hebammen sowie die steigende Kaiserschnitttrate. Die Ergebnisse der Diskussionen wurden in elf Handlungsempfehlungen zusammengefasst. Im Bereich Versorgungsstrukturen empfahlen die Teilnehmenden eine Weiterentwicklung des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal.

(ad 6) DHV Hebammenbefragung 2015. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken (39).

Die Online-Befragung wurde durch das Picker Institut durchgeführt, Auftraggeber war der DHV. Weniger als die Hälfte (44,3%) der angestellten Hebammen (1.692 Hebammen) beantworteten die Befragung. Für die Auswertung wurde als vergleichende Bezugsgröße

eine aus der Datenbank des Picker Instituts zusammengesetzte Gruppe herangezogen. Rücklaufquote und Methode schränken die Aussagekraft der Befragung sehr ein.

(ad 7) MGEPA NRW Gesundheitsberichte Spezial 2013. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen (41).

Dieses Dokument des Ministeriums beinhaltet eine Analyse der geburtshilflichen Zahlen Nordrhein-Westfalens des Jahres 2011. Weitere Kapitel behandeln die Problematik der Über- und Unter-Inanspruchnahme der geburtshilflichen Vorsorgeuntersuchungen, das Konzept einer risikoadaptierten Vorsorge, die Risiko-Klassifikationen des Mutterpasses, sowie die personelle Ausstattung der geburtshilflichen Abteilungen. Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal findet ebenfalls Erwähnung.

(ad 8) Bertelsmann Stiftung Faktencheck Gesundheit 2012. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung (42).

In dieser von der Bertelsmann-Stiftung in Auftrag gegebenen Untersuchung findet sich dort auf S. 76 eine Tabelle mit Einstellungsfragen zur Technikorientierung Schwangerer im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge und Geburt. Unabhängig vom Geburtsmodus (Vaginalgeburt, primäre und sekundäre Sectio) lag die Zustimmung („stimme voll zu“ und „stimme eher zu“) der 1.310 Befragten über 86%. Des Weiteren werden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die u.a. den Ausbau des Versorgungskonzeptes Hebammenkreißaal und eine Eins-zu-Eins Betreuung befürworten, da sie dazu beitragen, die Kaiserschnitttrate zu senken.

(ad 9) Bertelsmann Stiftung Projekt Gesundheitsmonitor 2012. Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus: Kaiserschnitt versus Spontangeburt (43).

Die Studie umfasst die Befragung von 4.161 Frauen der Barmer Ersatzkasse, die 2011 ein Kind geboren hatten. Die Rücklaufquote betrug 39%. Die Ergebnisse beinhalten unter anderem eine Empfehlung einer Stärkung der Hebammentätigkeiten.

(ad 10) Landtag Nordrhein-Westfalen Drucksache 15/2795 vom 12.9.2011. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 3 der Fraktion DIE LINKE. Situation der Hebammen und Entbindungspfleger in Nordrhein-Westfalen (44).

Das Dokument gibt Antworten zu den Fragen nach Geburtsorten, gesetzlichen Regelungen, Finanzierung, Erweiterung der Hebammentätigkeit, Beschäftigungsstatus, freiberuflichen Hebammen, Arbeitssituation der Hebammen in Kliniken, Familienhebammen, Hebammenaus- und Fortbildung sowie der weiteren Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung in NRW.

Wissenschaftliche Publikationen

In einer Pressemitteilung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 31. Januar 2019 gab das Institut seine Unterstützung einer Fachgesellschaft bei der Erstellung einer interdisziplinären S3-Leitlinie bekannt (siehe Internetseite IQWiG, abgerufen am 18.3.2019) (45). Beauftragt vom BMG im September 2016 recherchierte und bewertete das Institut Studien zu verschiedenen Fragen rund um das Thema vaginale Geburt und erstellte insgesamt acht Evidenzberichte. Die acht Teilberichte sowie ein zusammenfassender Sachbericht wurden nun vom IQWiG veröffentlicht. Die folgenden Publikationen behandeln relevante Fragestellungen zum Versorgungskonzept hebammengeleitete Geburt:

(ad 1) IQWiG Evidenzbericht zur Anwesenheit und Verfügbarkeit des geburtshilflichen Fachpersonals 2018 (Bericht Nr. 635, ISSN 1864-2500 und Rapid Report V16-01B) (46).

Die bearbeitete Fragestellung wurde wie folgt formuliert: „Wie wirken sich die Anwesenheit / Verfügbarkeit des jeweiligen geburtshilflichen Fachpersonals bei Schwangeren am Termin unter der Geburt ab der aktiven Eröffnungsperiode (EP) auf verschiedene maternale und neonatale Endpunkte im Vergleich zur Standardversorgung (ohne ständige Anwesenheit / Verfügbarkeit) aus? Dabei wird zwischen folgenden Betreuungspersonen unterschieden:

- Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen;
- Verfügbarkeit von Gynäkologinnen oder Gynäkologen / ärztlichen Geburtshelfern über 24 Stunden;
- Verfügbarkeit von Pädiatern über 24 Stunden;
- Verfügbarkeit von Anästhesisten über 24 Stunden.

Zielpopulation und Untersuchungszeitraum schließen auch für das Versorgungsmodell Hebammenkreißsaal geeignete Gebärende ein. Jedoch sind auch Studien mit Risiko-Gebärenden eingeschlossen (z.B. Zhang T & Lu C 2016, ausschließliche Rekrutierung von

Frauen nach vorangegangener Kaiserschnittentbindung) (47). Die definierten Endpunkte „kritisch für die Entscheidung“ enthalten Kriterien, für die eine Signifikanz aufgrund der Seltenheit des Ereignisses nicht zu erwarten ist (z.B. mütterliche Mortalität – in Industrienationen derzeit ca. eine von 10.000 Mutterschaften). Die Literaturrecherche erbrachte nur für die Eins-zu-Eins Betreuung Ergebnisse, die eingeschlossenen fünf Studien wurden in China, USA, Iran und Kanada durchgeführt. Die o.g. englische Birthplace Studie wurde nicht erfasst (2). Für die Eins-zu-Eins Betreuung durch Hebammen konnte für die kritischen Endpunkte Entbindungsmodus und höhergradige Dammverletzungen sowie für zwei wichtige Endpunkte (Wehenmittel, künstliche Fruchtblaseneröffnung) Ergebnisse mit sehr niedriger Evidenz wie folgt ermittelt werden:

- Geburtsmodus vaginale Geburt (RR 1,15, 97,5%-KI 1,07-1,23);
- Geburtsmodus Kaiserschnitt (RR 0,27, 97,5%-KI 0,13-0,55);
- höhergradige Dammrisse (RR 0,25, 95%-KI 0,08-0,83);
- Wehenmittel unter Geburt (RR 0,81, 95%-KI 0,69-0,95);
- Amniotomie (RR 0,73, 95%-KI 0,60-0,90).

Die fehlende Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Versorgungsstrukturen wird erwähnt.

(ad 2) IQWiG Evidenzbericht zur Erfahrung / Expertise des geburtshilflichen Fachpersonals 2018 (Bericht Nr. 705, ISSN 1864-2500 und Rapid Report V16-01B) (48).

Die bearbeitete Fragestellung wurde wie folgt formuliert: „Wie wirkt sich die Erfahrung / Expertise von ärztlichen Geburtshelfern und Hebammen bei Schwangeren am Termin unter der Geburt ab der aktiven Eröffnungsperiode (EP) auf verschiedene maternale und neonatale Endpunkte im Vergleich zu dem jeweiligen Fachpersonal mit geringerer Erfahrung / Expertise aus?“

Zielpopulation, Untersuchungszeitraum, kritische und wichtige Endpunkte entsprechen denen des obigen Evidenzberichts. Abgesehen von einer Studie, die Frauen nach vorangegangenem Kaiserschnitt untersucht, wurde nur eine Publikation eingeschlossen. Die Birthplace Studie wurde auch im Rahmen der Suchstrategie dieses Evidenzberichts nicht erfasst (2). Es konnte nachgewiesen werden, dass auf Schulungsmaßnahmen basierende Weiterbildungsstrategien mit dem Ziel, die Kaiserschnitttrate zu senken, zu einer Zunahme vaginaler Geburten und einer abnehmenden neonatalen Mortalität führte. Aufgrund der

niedrigen Datenlage wurden zusätzlich Beobachtungsstudien analysiert. Die Tatsache, dass in Deutschland immer qualifiziertes Fachpersonal bei Geburt anwesend ist, relativiert die Relevanz der Fragestellung.

(ad 3) Arbeiten aus dem Verbund Hebammenforschung

Eine Literaturrecherche der deutschsprachigen Literatur, und hier insbesondere des *Verbunds Hebammenforschung* (siehe Internetseite Verbund Hebammenforschung, abgerufen am 29.4.2019) (49), findet sich bis zum Jahr 2010 in der Publikation von Bauer (50), sowie der Übersichtsarbeit von Knappe et al. für die Jahre 1990 bis 2012 (51), s.u..

(ad 4) Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt 2014 (17).

Dieser monodisziplinäre Expertinnenstandard wurde vom *Verbund Hebammenforschung* und dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) verfasst. Bezüglich des Versorgungskonzepts hebammengeleitete Geburt widmet sich ein Kapitel dem Effekt einer kontinuierlichen Unterstützung unter Geburt bzw. einer Eins-zu-Eins Betreuung. Die Literaturrecherche umfasst den Zeitraum 1980-2012 und schließt o.g. Publikationen bis 2012 mit Ausnahme der Birthplace Studie (2) ein.

(ad 5) Assoziation zwischen Betreuungszeit und Arbeitsintensität von Hebammen und Geburtsmodus 2014 (52).

Die von Knappe et al. 2014 publizierte Studie beinhaltet eine retrospektive Sekundäranalyse prospektiv gewonnener Daten der Osnabrücker Forscherinnengruppe.

Studienteilnehmerinnen bestanden aus einem „Convenience Sample“ (999 der in der Primäranalyse eingeschlossenen 1.238 Frauen). Schwächen in der Methodik (Auswahl Studienteilnehmerinnen; Anzahl der Variablen im Verhältnis zum Datenvolumen; Signifikanzfestlegungen im Rahmen des Regressionsmodells) sowie widersprüchliche Angaben zu den Studienteilnehmerinnen limitieren die Aussagekraft der Untersuchung.

(Ad 6) Literaturübersicht der Effektivität der Eins-zu-Eins Betreuung während der Geburt 2013 (51).

In dieser von Knappe et al. 2013 publizierten Literaturübersicht wird konstatiert, dass Ergebnisse internationaler Studien aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können.

Eine aktuellere Literaturrecherche und –bewertung der Thematik ist in dem *Cochrane Systematic Review* von 2017 (26) zu finden.

(IV.c) Geburtshilfliche Statistik

Eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal ist nur für die Frauen möglich, deren Schwangerschaft unkompliziert verläuft und die keine Risiken für die Geburt aufweisen. Im Handbuch Hebammenkreißsaal wird angegeben, dass nach WHO-Kriterien ca. 70% aller Geburten in Deutschland als normale Geburten einzustufen seien, die keiner medizintechnischen Intervention bedürfen (4). Eine Berechnungsgrundlage bzw. Quellenangabe ist nicht beigefügt.

GESchIck bearbeitet die Frage nach der Anzahl der für den Hebammenkreißsaal geeigneten Gebärenden in drei Schritten. Zunächst wird eine Bestimmung der Begriffe Schwangerschaftsrisiko, Risikoschwangerschaft, Geburtsrisiko und Risikogeburt durchgeführt und aufgezeigt, auf welcher Grundlage diese Bezeichnungen erhoben werden. Sodann werden die vorhandenen geburtshilflichen Datenbanken analysiert. Nach Betrachtung der verfügbaren Daten und ihrer Bewertung wird eine eigene Kalkulation durchgeführt, um die Gruppe der Gebärenden zu bestimmen, für die das Versorgungskonzept aufgrund der o.g. Kriterien (unauffälliger Schwangerschaftsverlauf; unkomplizierte Geburt zu erwarten) offen steht.

In einem weiteren Abschnitt wird die Versorgungskapazität in NRW analysiert.

Zuletzt werden die Leistungsziffern der sieben Einrichtungen in NRW mit Hebammenkreißsaal, die im Rahmen des Forschungsprojekts erhoben wurden vorgestellt.

(1.) Begriffsbestimmungen

Risikoschwangerschaft: „Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist“. Diese Definition wird vom GBA in den Mutterschafts-Richtlinien gegeben (53).

Schwangerschaftsrisiko: Dieses wird auf zweifache Weise erhoben, nämlich im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien im Mutterpass Katalog A (Anamnese und allgemeine Befunde bei der ersten Vorsorgeuntersuchung) und Katalog B (besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf). Im Katalog A sind 25 Risiken vorgegeben, weitere können dokumentiert werden. Jedoch bedeutet nicht jedes dokumentierte Risiko ein Schwangerschaftsrisiko - eine ärztliche Bewertung des Katalogs A ist erforderlich, um ein Schwangerschaftsrisiko bei Erstuntersuchung festzustellen. Im Katalog B ist keine ärztliche Bewertung vorgesehen, um ein Schwangerschaftsrisiko im Schwangerschaftsverlauf festzustellen. Jedes der 24 Kriterien (und weitere, die dokumentiert werden können) entspricht einem Schwangerschaftsrisiko.

Offen ist, ob jedes Schwangerschaftsrisiko eine Risikoschwangerschaft bedeutet. In der Publikation Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestag (40) wird konstatiert, dass das Vorliegen zweier Schwangerschaftsrisiken eine Risikoschwangerschaft ausmacht. Diese Festlegung ist jedoch nicht in den Mutterschafts-Richtlinien des GBA enthalten.

Geburtsrisiko: Geburtrisiken werden in Katalog C (Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtrisiken) der Perinatalstatistik erhoben. Offen ist, ob jedes der 38 aufgeführten Geburtrisiken mit einer Risikogeburt gleichzusetzen ist. Problematisch für unsere Fragestellung ist die Tatsache, dass Katalog C sowohl Befunde beinhaltet, die vor Geburtsbeginn bekannt sind (z.B. Mehrlingsschwangerschaft), jedoch auch Befunde beinhaltet, die erst im Geburtsverlauf manifest werden (z.B. Fieber unter der Geburt); letzterer Befund stellt für eine Schwangere, die im Hebammenkreißsaal gebären möchten kein Ausschluss-, jedoch ein Weiterleitungskriterium dar. Zudem sind in Katalog C Befunde enthalten, die für eine hebammengeleitete Geburt nur bei Auftreten zusätzlicher Faktoren ein Geburtsrisiko darstellen (z.B. vorzeitiger Blasensprung: falls die Geburt ohne zeitliche

Verzögerung nach vorzeitigem Blasensprung einsetzt, so stellt dies keinen Weiterleitungsgrund in die ärztliche Versorgung dar).

Der Begriff Risikogeburt ist nicht weiter definiert. Üblicherweise wird unter einer Risikogeburt eine Geburt bezeichnet, bei der eine erhöhte Gefahr für Mutter oder Kind besteht. Der GBA führt aus: „Aus Risikoschwangerschaften können sich Risikogeburten entwickeln.“ Danach werden drei Befunde benannt, für die mit einem erhöhten Risiko unter der Geburt zu rechnen ist, nämlich Frühgeburt, Placenta praevia / vorzeitige Placentalösung, sowie jede Art von Missverhältnis Kind / Geburtswege (53). Diese Befunde repräsentieren jedoch nur einen kleinen Teil der Befunde, die ein erhöhtes Geburtsrisiko beinhalten.

Die Erhebung geburtshilflicher Leistungsziffern in Deutschland und NRW erfolgt auf der Grundlage der o.g. Kataloge. So ist bereits vor der Analyse der verfügbaren Datenbanken zu konstatieren, dass aufgrund der Einteilung der Schwangerschaftsrisiken und Geburtsrisiken, der Definition von Risikoschwangerschaft und Risikogeburt eine exakte Festlegung des Anteils Gebärender, für die eine Geburt im Hebammenkreißsaal in Frage kommt nicht möglich ist.

(2.) Analyse geburtshilflicher Datenbanken

Die Erfassung der geburtshilflichen Leistungsziffern erfolgt durch die Perinatalstatistik. Sie ist ein gesetzlich verankertes Instrument, das im Sinne der Qualitätssicherung geburtshilfliche Leistungsziffern in Deutschland erfasst. Mit der bundesweiten Auswertung ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, die Auswertung für das Land Nordrhein-Westfalen führt die Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung NRW durch. Neben der deskriptiven Statistik werden auch ausgewählte Qualitätsindikatoren analysiert (siehe <https://iqtig.org/>, abgerufen am 28.4.2019). Die deskriptive Statistik folgt dem Aufbau des Mutterpasses und enthält Informationen zur Schwangeren, zur jetzigen Schwangerschaft, und zur Geburt. Darüber hinaus werden Befunde während der Schwangerschaft (Katalog A und B) sowie Geburtsrisiken (Katalog C) gesondert erfasst. Nachfolgend eine Auflistung ausgewählter Daten der Perinatalstatistik Deutschland und NRW sowie des Qualitätsberichts außerklinische Geburtshilfe.

Perinatalstatistik Nordrhein-Westfalen 2017 (54)

In Nordrhein-Westfalen fanden 2017 168.505 Geburten statt. Die Kaiserschnitt-Rate betrug 31,0%. Nur Frauen mit einer reifen Einlings-Schwangerschaft (d.h. mit einem Schwangerschaftsalter von mindestens 37 Schwangerschaftswochen), deren Ungeborenes in Schädellage liegt, kommen prinzipiell für eine Geburt im Versorgungsmodell HGK in Frage. Diese Konstellation lag bei 86,74% (146.160) aller Gebärenden vor. Knapp zwei Drittel der Frauen aus dieser Gruppe (95.215, 65,14%) erlebten eine vaginale Geburt. Eine Risiko-Schwangerschaft wurde 33,09% (55.763) aller Frauen bei Erstuntersuchung der Schwangerschaft attestiert. Nur 20,50% (34.536) aller Frauen waren ohne Schwangerschaftsrisiko. Noch geringer ist die Zahl der Frauen, die weder ein Schwangerschafts- noch ein Geburtsrisiko hatten: laut Perinatalstatistik waren dies in NRW im Jahr 2017 nur 6,77% (11.409) aller Gebärenden.

Perinatalstatistik BRD 2017 (55)

In Deutschland fanden im Jahr 2017 761.176 Geburten statt, davon ca. 98,5% in einer klinischen Einrichtung. Bundesweit wurden 34,02% aller Schwangerschaften (258.937) im Mutterpass als Risikoschwangerschaft dokumentiert. Geburtsrisiken wurden 79,63% (616.158) aller Gebärenden attestiert.

Als häufigste Schwangerschaftsbefunde wurden angegeben (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit):

Familiäre Belastung	24,87%
Allergie	23,23%
Schwangere über 35 Jahren	18,11%
Frühere eigene schwere Erkrankungen	15,73%
Vorangegangener Kaiserschnitt	14,27%
Adipositas	10,20%

Als häufigste Geburtsrisiken werden angegeben (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit):

Vorzeitiger Blasensprung	22,29%
Vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterusoperationen	21,52%
Pathologisches fetales Herzfrequenzmuster	20,14%
Terminüberschreitung	15,70%
Sonstige Nabelschnurkomplikationen	11,64%
Grünes Fruchtwasser	10,49%

Außerklinische Geburten 2015 / 2017 (56, 57)

BRD - Schwangere insgesamt	714.574
außerklinisch geplante und/ oder geborene Kinder	1,56% (11.181)
davon geplant und ungeplant außerklinisch geborene Kinder	83,76% (9.366)
außerklinisch begonnene und in die Klinik verlegt Geburten	16,23% (1.815)
NRW - Schwangere insgesamt	160.468
außerklinische Geburten	0,99% (1.601)
davon Geburten in von Hebammen geführten Einrichtungen	66,27% (1.061)
Hausgeburten	33,72% (540)

Nach Bundesländern aufgeschlüsselte Ergebnisse sind in den Berichten der Jahre 2016 und 2017 nicht enthalten. Für 2015 werden im Land NRW 1.601 außerklinische Geburten angegeben. Dies entspricht einem Anteil von 0,99% aller Geburten in NRW. Die Geburten fanden zu zwei Drittel (66,27%) in von Hebammen geführten Einrichtungen und zu einem Drittel (33,72%) als Hausgeburten statt. Zahlen zur außerklinischen Geburtshilfe finden sich auch in der Perinatalstatistik NRW 2017 (54). Die Angabe „Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde“ (ebendort, S. 87) erscheint mit 1.637 Fällen (0,97% aller Geburten) nicht plausibel. Vielmehr scheint es sich bei dieser Zahl um die Summe der Geburten, die außerklinisch geplant und ungeplant stattfanden, sowie der außerklinisch begonnenen und in die Klinik verlegten Frauen zu handeln. Grund für diese Annahme ist die Publikation der bundesdeutschen Zahlen zu außerklinischen Geburten, die für das Jahr 2015 vorliegt (s.o.).

(3.) Kalkulation der für den Hebammenkreißaal geeigneten Schwangeren

Die folgende Aufstellung beruht auf der Perinatalstatistik BRD 2017 (57). Die aufgeführten Befunde stellen Ausschlusskriterien für eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißaal dar.

Mehrlinge	ca. 2%
Frühgeburt	ca. 7%
Übertragung	ca. 0,5%
Lageanomalie	ca. 5%
Kleinwuchs	ca. 1%
Gewicht (BMI) > 35	ca. 5%
Z.n. Sectio	ca. 14%
Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	ca. 2%
Vorbestehender oder Schwangerschaftsdiabetes	ca. 5%
Geschätztes Kindsgewicht zu niedrig / zu hoch	nicht erfassbar
Geburtskomplikationen bei vorangegangenen Geburten	nicht erfassbar
Kindliche Schädigung bei vorangegangenen Geburten	nicht erfassbar
Nachgeburtliche Komplikationen bei vorangegangenen Geburten	nicht erfassbar
Auffälligkeiten der Plazenta oder Nabelschnur	nicht erfassbar

Angesichts mehrerer relevanter, statistisch aber nicht erfasster Ausschlusskriterien wird bereits deutlich, dass eine zuverlässige statistische Bestimmung der Gruppe der für den Hebammenkreißaal geeigneten Schwangeren nicht möglich ist. Wenn zu den in der Perinatalstatistik ausgewiesenen 40-42% Schwangeren mit Ausschlusskriterien noch mindestens 20-25% Schwangere hinzuaddiert werden, die in der obigen Liste einem der statistisch nicht ausgewiesenen Kriterium zugeordnet werden können, liegt der Anteil nicht geeigneter Schwangerer bereits bei einer Größenordnung von 60-65%. Damit wird klar, dass mehr als die Hälfte aller Schwangeren nicht für eine Geburt im Hebammenkreißaal geeignet sind.

Zusätzlich zu dieser Aufstellung sind jedoch noch weitere Kriterien zu berücksichtigen, die vor der Entscheidung über eine Aufnahme in den Hebammenkreißaal einer Konsultation bedürfen. Je nach Ausprägung des Kriteriums wird ein nicht erfassbarer Anteil Schwangerer bereits vor Geburtsbeginn in die ärztliche Betreuung weitergeleitet werden. Sie betreffen

neben dem Alter (< 18 oder > 40 Jahre: ca. 5%) mütterliche Besonderheiten in der Vorgeschichte wie Vorerkrankungen und Voroperationen; Auffälligkeiten im Schwangerschaftsverlauf wie Anämie, Infektionen oder vaginale Blutungen; und Auffälligkeiten beim Ungeborenen wie Fehlbildungen oder verminderte / vermehrte Fruchtwassermenge. Diesen Ausschlusskriterien müssen weitere 10-15% der Schwangeren hinzugerechnet werden. Insgesamt liegt die Gruppe der nicht für den Hebammenkreißsaal geeigneten Schwangeren damit bei 70-80%.

Unter Berücksichtigung der Ausführungen und Zugrundelegung eines sehr strengen Bewertungsmaßstabs kommt GESchIcK zum Ergebnis, dass in NRW mindestens 20% aller Gebärenden eine risikofreie Geburt erwarten können.

(4.) Personalstandsanalyse NRW

Die Analyse der Versorgungskapazität wurde unter Einbeziehung der in NRW gemeldeten Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der gemeldeten Hebammen durchgeführt.

Die Berechnung der Anzahl der Beschäftigten, die in der Geburtshilfe als Ärzte und Hebammen tätig sind, ist schwierig. Für die Berufsgruppe der Ärzte erfolgte eine Anfrage an die zuständigen Ärztekammern (Nordrhein und Westfalen-Lippe). Jedoch lässt sich für angestellte Ärzte keine Aussage treffen, wie viele in welchem Umfang in die geburtshilfliche Versorgung eingebunden sind; darüber hinaus fehlen Daten über den Anteil an Geburten, die nicht von einem Facharzt betreut werden. Für die Berufsgruppe der Hebammen gestaltet sich eine Kalkulation noch schwieriger, da (i) für diese Berufsgruppe bis heute keine zentrale Meldestruktur existiert; (ii) der Anteil nicht berufstätiger oder teilzeitberufstätiger Hebammen nicht erfasst wird; und (iii) der Anteil Hebammen, die neben einer angestellten Tätigkeit noch ambulant tätig sind, unbekannt ist. In der Drucksache 15/2795 des Landtags Nordrhein-Westfalen vom 12.9.2011 wird für die Berichtsjahre 2000 – 2009 die Anzahl der Geburten je festangestellter Hebamme zwischen 79,15 (Berichtsjahr 2000) und 64,96 (Berichtsjahr 2009) angegeben (58). In der Publikation von Bauer 2011 wird für das Jahr 2007 eine Zahl von 19.000 Hebammen erwähnt, die im ambulanten und stationären Versorgungsbereich tätig waren (22). Angaben für das Jahr 2017 finden sich im Qualitätsbericht außerklinische Geburtshilfe. Hiernach waren 2017 bundesweit ca. 11.000

Hebammen in Kliniken in Voll- oder Teilzeit tätig, davon 9.385 als angestellte und 1.848 als Beleghebammen (56).

GESchICK hat versucht, aus verschiedenen Quellen (41, 5) eine Annäherung an die aktuelle Zahl der von Hebammen bzw. Ärzten zu betreuenden Schwangeren / Gebärenden in NRW zu kalkulieren. Die Daten, die sich in den verschiedenen Quellen finden, sind in Tabelle 1 und 2 zusammengestellt.

Tabelle 1. Personalstandsanalyse: Hebammen in NRW.

NRW	Hebammen gesamt	Hebammen angestellt	Hebammen ambulant	Hebammen freiberuflich
2010/11 ⁽¹⁾	5178	2235	2723	220
2015 ⁽²⁾	4932 [§]	.	.	.

[§]im Jahr 2012 in NRW berufstätig

⁽¹⁾ Quelle: MGEPA 2013 (41)

⁽²⁾ Quelle: Abschlussbericht Runder Tisch NRW 2015 (5)

Tabelle 2. Personalstandsanalyse: Fachärzte Gynäkologie und Geburtshilfe in NRW.

NRW	Ärzte gesamt	Ärzte ambulant	Ärzte stationär
2010/11 ⁽¹⁾	3975*	2516	1302
2018/19 ⁽²⁾	5701	2672	1935
Davon Nordrhein 2018	3535 [§]	1571	894
Davon Westfalen-Lippe 2019	2166	1101	1041

*für 157 Fachärzte keine Angaben

[§]davon 2568 berufstätig

⁽¹⁾ Quelle: MGEPA 2013 (41)

⁽²⁾ Quelle: Angaben der Ärztekammer Nordrhein (Stand 31.12.2018) sowie Westfalen-Lippe (Stand 15.4.2019)

Bei einer Gesamtgeburtenszahl von 143.097 ergeben sich damit für das Jahr 2011 pro Klinik-Facharzt in NRW 110 Geburten, pro niedergelassenen Facharzt die Betreuung von 57 Schwangerschaften. Für Hebammen ergeben sich 58 Geburten pro Klinikhebamme, und 53 Schwangere / Wöchnerinnen pro ambulant tätiger Hebamme.

Neuere Zahlen liegen für Hebammen in NRW für 2012 vor: Hier ergeben sich pro Klinikhebamme 73 Geburten, pro ambulant tätige Hebamme die Betreuung von 55 Schwangeren / Wöchnerinnen. Für Fachärzte liegen Zahlen in NRW für 2018/19 vor: Pro Klinik-Facharzt ergeben sich 89 Lebendgeburten und pro Facharzt in der Niederlassung die Betreuung von 64 Schwangerschaften, die in einer Geburt enden.

Diese Zahlen stellen jedoch aufgrund der oben geschilderten Problematik der Personalerfassung nur eine grobe Schätzung dar. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl betreuter Schwangerer und Gebärender pro Facharzt bzw. Hebamme deutlich höher liegt.

(5.) Leistungsziffern der sieben Einrichtungen in NRW mit Hebammenkreißaal

Zahlen zu Geburten im Versorgungskonzept hebammengeleiteter Kreißaal liegen weder für Deutschland noch für NRW vor. Um einen ersten Einblick zu erhalten, fragte das Forscherteam im Rahmen von Vorab-Telefonaten 2017 die Leistungsziffern aller Geburtseinrichtungen NRWs mit Hebammenkreißaal ab. Eine systematische Erfassung wurde nur in einer Klinik vorgenommen, nur diese konnte exakte Angaben machen. Die anderen Hebammenkreißäle NRWs gaben plausible Schätzungen. Nach Addition aller Angaben ergaben sich für das Jahr 2017 ca. 500 Geburten in hebammengeleiteten Kreißälen. Dies entsprach einem Anteil von 0,296% aller Geburten in NRW, bzw. 0,34% aller Einlingsgeburten aus Schädellage am Entbindungstermin.

Von November 2018 bis April 2019 wurden die Leistungsziffern der sieben Einrichtungen in NRW mit hebammengeleiteten Kreißälen über monatliche telefonische Abfragen erfasst. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 wiedergegeben. Während dieses sechsmonatigen Erhebungszeitraums fanden in den Einrichtungen NRWs mit Hebammenkreißaal 5.347 Geburten statt, davon 184 im Hebammenkreißaal. Dies entspricht 3,4 % aller Geburten in Kliniken, die das Versorgungsmodell anbieten, und ca. 0,2-0,3% aller Geburten in NRW.

Tabelle 3. Monatliche Leistungsziffern der sieben geburtshilflichen Abteilungen in NRW mit dem Versorgungskonzept hebammengeleiteter Kreißaal (November 2018 bis April 2019).

Krankenhaus / Monat	1	2	3	4	5	6	7	Nov 2018 bis April 2019	in %
November 18									
Geburten gesamt	141	70	81	133	212	86	174	897	100,00
Geburten HGK	3	3	0	7	5	4	4	26	2,898
Dezember 18									
Geburten gesamt	131	72	68	131	223	76	178	879	100,00
Geburten HGK	4	4	0	5	12	3	4	32	3,64
Januar 19									
Geburten gesamt	157	69	79	132	232	79	187	935	100,00
Geburten HGK	7	2	1	7	6	4	6	33	3,529
Februar 19									
Geburten gesamt	146	73	72	130	210	70	143	844	100,00
Geburten HGK	5	3	0	5	5	3	5	26	3,08
März 19									
Gesamt Geburten	158	62	91	128	226	68	179	912	100,00
Geburten HGK	7	1	3	5	7	4	4	31	3,399
April 19									
Geburten gesamt	142	67	88	128	236	67	152	880	100,00
Geburten HGK	4	1	6	8	11	3	3	36	4,09

(IV.d) Erfassung und Bearbeitung der Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells hebammengeleiteter Kreißsaal

Neben der Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz müssen für ein ‚Best Practice‘ Modell die Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der vorhandenen Hebammenkreißsäle erfasst werden. Für den empirischen Vergleich ist zu berücksichtigen, wie das Konzept an den jeweiligen Standorten in die Praxis umgesetzt ist und welche Erfahrung die dort Tätigen machen. Alle Anwender sollten einbezogen werden, und alle Aspekte des Versorgungsmodells (formale Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Implementierung, gelebte Praxis, Schwierigkeiten, Besonderheiten und Hürden) erfasst werden.

(1.) Datenerhebung: Instrumente und Methoden

Die Datenerfassung zur empirischen Erfassung der standortspezifischen Umsetzung des Konzepts und die Einbindung der Erfahrungen der dort Praktizierenden erfolgte an allen zum Zeitpunkt des Projektbeginns bestehenden Hebammenkreißsälen in NRW und umfasste jeweils Vertreter der Ärzte- und Hebammenschaft. Eingesetzt wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente, die dynamisch aufeinander bezogen waren, indem die Auswertung einer Erhebung die Art der folgenden Methode beeinflusste. Alle sieben Krankenhäuser in NRW waren nach dem Erhalt von Informationen über Ziele und Methoden des Forschungsprojekts bereit, am Teilprojekt ‚Best Practice‘ teilzunehmen. Ferner stellten sie ihre Beteiligung an der Datenerhebung zu den Teilprojekten 2 und 3 in Aussicht. Für die pseudonymisierte Auswertung wurde eine mündliche Einverständnis eingeholt.

Die folgenden Instrumente kamen für die Datenerhebung zum Einsatz:

- (i) Fragebögen zur Erfassung von Basisdaten (Fragebogen 1), siehe Anhang 1;
- (ii) Telefoninterviews, strukturiert über einen Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen (Fragebogen 2), siehe Anhang 2;
- (iii) Sichtung und Vergleich der für die Hebammenkreißsäle erstellten Dokumente aller Kliniken;
- (iv) Sichtung der Bewertungsbögen zum Kriterienkatalog des Handbuchs Hebammenkreißsaal (4);
- (v) Erste Klausurtagung mit ärztlichen und Hebammenvertretern aller Kliniken mit Hebammenkreißsälen in NRW zum Erfahrungsaustausch zu den

Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Konzeptanwendung der jeweiligen Standorte;

- (vi) Zweite Klausurtagung zur Erarbeitung von Komponenten eines ‚Best Practice‘.

(2.) Fragebogen Eins: Basisdaten

Fragebogen 1 (siehe Anhang 1) wurde im Rahmen eines Besuchs der Mitglieder der Projektgruppe bei den teilnehmenden Kliniken zur Vorstellung des Forschungsprojekts im Zeitraum Juni bis Juli 2018 erhoben. Erfragt wurden allgemeine Daten (Klinikgröße, Versorgungslevel, Personalstamm, Organisation Schwangerenbetreuung) sowie Daten zum Versorgungskonzept HGK (Eröffnungsjahr, Implementierungsschritte, organisatorische, personelle und inhaltliche Einbettung in die bestehende ärztlich geleitete geburtshilfliche Versorgung, Qualitätssicherung).

Die Auswertung erfolgte in pseudonymisierter Form. Das Versorgungslevel der beteiligten Kliniken lag zwischen I und IV, jedoch ohne Beteiligung einer Klinik des Levels III. Die Erfahrung mit dem Konzept betrug zwischen sechs Monaten und 10 Jahren. Alle Kliniken, die das Konzept nach 2007 einführten (fünf der sieben Kliniken), taten dies in Anlehnung und nach Vorgabe des Handbuchs Hebammenkreißsaal (4). Die beiden Kliniken, die das Versorgungsmodell bereits vor der Publikation des Handbuchs eingeführt hatten, gaben an, ähnlich zu den Vorgaben des Handbuchs vorgegangen zu sein. Das ergänzende Betreuungsmodell wurde von allen Kliniken beworben. Alle Kliniken erstellten spezielle Dokumente (siehe unten), die auch eine Einverständniserklärung der Gebärenden einschließt. Die Voraussetzungen für eine Teilnahme am Konzept wurden in allen Kliniken mittels eines von der Berufsgruppe der Ärzte und Hebammen gemeinsam erstellten Dokuments (Kriterienkatalog) schriftlich festgelegt (siehe unten). Die (geschätzte oder erfasste) Anzahl von Geburten im hebammengeleiteten Kreißsaal in den 12 Monaten vor der Befragung lag zwischen 20 und 120 Frauen, die geschätzte Überleitungsrate in das ärztliche Betreuungsmodell 40-60%. In der Mehrzahl der Kliniken (fünf der sieben Kliniken) beteiligen sich alle Hebammen am Betreuungsmodell.

(3.) Sichtung der hebammenkreißsaal-spezifischen Unterlagen aller Krankenhäuser

Alle Krankenhäuser erstellten spezielle Dokumente für das Konzept hebammengeleitete Geburt, siehe Tabelle 4). Kriterienkatalog und Einverständnis-Erklärung werden von allen

Häusern verwendet und sind nach der Vorlage des Handbuchs Hebammenkreißaal erstellt. Zwei Krankenhäuser beziehen die aktuelle nordrhein-westfälische Berufsordnung für Hebammen in die Einverständniserklärung ein. Weitere Dokumente, die nicht von allen Häusern erstellt wurden beinhalten einen Aufnahme-/Dokumentationsbogen; einen Geburtsplan; eine Standard Operating Procedure (SOP) Hebammenkreißaal; eine interne Statistik; einen Fragebogen zur Zufriedenheit; sowie Broschüren mit Informationen zum Versorgungskonzept. Als ‚Kernstück‘ der Dokumentationen wurde der Kriterienkatalog identifiziert. Er wird im Folgenden vergleichend vorgestellt.

Tabelle 4. Für den Hebammenkreißaal erstellte Dokumente der sieben geburtshilflichen Abteilungen in NRW mit dem Versorgungskonzept hebammengeleiteter Kreißaal.

Unterlagen/ Kliniken	1	2	3	4	5	6	7
Aufnahmebogen/ Dokumentation	ja	nein	ja	ja	ja	nein	ja
Einverständniserklärung	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Kriterienkatalog	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Interne Statistik	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja
Personenbefragung (prä/post)	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Flyer	nein	ja	nein	ja	ja	nein	ja
Gesprächsleitfaden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
SOPs	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
Abschlussuntersuchung Wöchnerin	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Postpartale Zufriedenheit	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Geburtsplan	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja

(4.) Vergleich der Kriterienkataloge der Hebammenkreißäle in NRW

Der Kriterienkatalog dient allen Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen, die das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal anbieten, als Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme einer Schwangeren in das Betreuungsmodell, sowie zur kontinuierlichen Einstufung. Einrichtungen, die das Konzept nach Erscheinen des Handbuchs Hebammenkreißaal 2007 (4) etablierten, nutzen die dort enthaltene Vorlage. Die beiden

Krankenhäuser, die das Modell vor 2007 eingeführt hatten, hatten einen eigenen Kriterienkatalog entwickelt. Der Kriterienkatalog sieht über die Vorgabe eines Erst- und Zweitgesprächs einen zweistufigen Rekrutierungsprozess vor. Dieses Verfahren wird - mit Ausnahme einer Einrichtung, die aus Zeitgründen den Aufnahmeprozess auf ein Vorgespräch reduziert hat - von allen Hebammenkreißsälen NRWs praktiziert.

Die Inhalte der Kriterienkataloge aller Hebammenkreißsäle NRWs und zusätzlich des Handbuchs Hebammenkreißsaal (4) wurden vom Forschungsteam verglichen und entsprechend der Themenkomplexe wie folgt zusammengefasst:

Themenkomplex 1: Anamnese und Befunde bei Schwangerschaftseintritt

(Mutterpass: Katalog A)

Hier herrscht Einigkeit bezüglich der Notwendigkeit einer Arztkonsultation (oder eines Ausschlusses) bei Vorliegen relevanter Vorerkrankungen und nach Komplikationen bei vorangegangenen Geburten.

Eine differierende Bewertung findet bezüglich psychosozialer und biometrischer Daten statt. Unterschiedliche Handlungsanweisungen bestehen für das Kriterium Zustand nach Sectio / anderen Uterusoperationen: sie sind von der Bewertung der vorhandenen Datenlage des verantwortlichen Arztes abhängig.

Ein Widerspruch besteht in der Bewertung des Kriteriums „totes / geschädigtes Kind in der Anamnese“. Während bei Erfüllung dieses Kriterium einstimmig eine Konsultation vorgesehen ist, wird in Folgepunkten des Katalogs für Situationen, die dieses Kriterium illustrieren (Zustand nach Schulterdystokie, Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung, Zustand nach kindlichen Geburtsschäden) einstimmig die Betreuung im ärztlich geleiteten Kreißsaal gefordert.

Verschiedene Ziffern des Kriterienkatalogs A des Handbuchs Hebammenkreißsaal fehlen in den Kriterienkatalogen aller Hebammenkreißsäle (Ziffern 5; 14-17; 19; 25-26). Sie betreffen u.a. frühere Bluttransfusion, Vielgebärende, Zustand nach Frühgeburt unter der 37. Schwangerschaftswoche und andere Kriterien.

Themenkomplex 2: Befunde im Schwangerschaftsverlauf

(Mutterpass: Katalog B)

Hier herrscht Einigkeit bezüglich der Notwendigkeit einer Arztkonsultation bzw. einer Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißaal für mütterliche Erkrankungen (incl. Drogen-, Alkohol-, Nikotinkonsum), Medikamenteneinnahme, schwerwiegende geburtshilfliche Befunde (z.B. Plazenta prävia), sowie bei Auftreten schwangerschaftsspezifischer Erkrankungen (z.B. Präeklampsie).

Die Handlungsanweisungen bei Vorliegen eines Gestationsdiabetes in seinen verschiedenen Formen sowie bezüglich der Kriterien „besondere psychische / soziale Belastung“ und anderen sozio-ökonomischen Kriterien (z.B. Minderjährigkeit) sind von sehr großer Heterogenität gekennzeichnet.

Ein praxisrelevantes Kriterium wurde zusätzlich in alle Kataloge aufgenommen (Ziffer 53. Virusinfektionen; akuter Herpes genitalis; akute Condylome).

Im Vergleich zum Kriterienkatalog des Handbuchs Hebammenkreißaal werden mehrere Kriterien nicht erwähnt (Ziffern 40; 41; 43 des Katalogs B). Diese betreffen vor allem den Themenkomplex Frühgeburtlichkeit.

Themenkomplex 3: Geburtsrisiken

(Perinatalerhebung: Katalog C)

Hier herrscht Einigkeit bezüglich der Notwendigkeit einer Arztkonsultation bzw. einer Weiterleitung in das ärztlich geleitete Versorgungsmodell bei unter der Geburt entstehenden Auffälligkeiten der Mutter (z.B. Präeklampsie, Fieber) und des Ungeborenen (z.B. pathologisches fetales Herzfrequenzmuster), im Fall von Lage-, Stellungs- und Haltungsanomalien des Ungeborenen, sowie bei Erforderlichkeit einer medikamentösen Intervention (Schmerzmittel, Wehenunterstützung).

Unterschiedliche Handlungsanweisungen bestehen bezüglich des Vorgehens bei vorzeitigem Blasensprung, Terminüberschreitung und protrahiertem Geburtsverlauf.

Die Ziffern 63-64, 67-70, und 75-76 des Kriterienkatalogs Handbuch Hebammenkreißaal fehlen in den Kriterienkatalogen aller HGKs. Sie betreffen die Themenkomplexe Frühgeburtlichkeit und verschiedene mütterliche Erkrankungen.

Themenkomplex 4: Postnatale Krankheiten / Störungen Neugeborenes

(Perinatalerhebung: Katalog D)

Einigkeit besteht bezüglich der Notwendigkeit einer Arztkonsultation bzw. einer Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißaal bei Auffälligkeiten des Neugeborenen, die sich aus dem Geburtsverlauf ergeben (z.B. Anpassungsstörung), und Fehlbildungen. Auch bezüglich dieses Themenkomplexes weisen die praktizierenden Hebammenkreißsäle weniger Kriterien als die Vorlage Handbuch Hebammenkreißaal aus. Die nicht eingeschlossenen Ziffern (6-8, 10-15, 18-19, 21-24, 28, 35-36, und 39) betreffen verschiedene Erkrankungen und Fehlbildungen des Neugeborenen.

Themenkomplex 5: Postpartale Störungen Frau

(Perinatalerhebung: Katalog E)

Einigkeit besteht bezüglich der Notwendigkeit einer Arztkonsultation bzw. einer Weiterleitung in den ärztlich geleiteten Kreißaal bei Auftreten von Besonderheiten der Plazentaphase und der Versorgung von Geburtsverletzungen.

Themenkomplex 6: Sonstiges

Zwei Einrichtungen führen als zusätzliches Kriterium mit der Handlungsanweisung Weiterleitung „Wunsch der Hebamme“ auf.

(5.) Fragebogen Zwei: Etablierung von Hebammenkreißsälen und Erfahrungen mit dem Konzept

Fragebogen Zwei (siehe Anhang 2) wurde auf der Grundlage der Informationen des ersten Fragebogens sowie der Kenntnis, dass alle Einrichtungen das Handbuch Hebammenkreißaal als Orientierung nutzen, im Rahmen von Telefoninterviews erhoben. Die Befragung erfolgte im Zeitraum September bis Oktober 2019, und wurde nach Berufsgruppen getrennt durchgeführt, d.h. Befrager und Befragte gehörten der gleichen Berufsgruppe an. Fragebogen Zwei konzentrierte sich auf Fragen zur Etablierung des Konzeptes an der jeweiligen Einrichtung. Darüber hinaus hatten die Befragten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit dem Konzept, dessen Stärken und Schwächen zu formulieren. Die Auswertung von Fragebogen Zwei erfolgte pseudonymisiert.

(Ad 1) Vorgehensweisen bei der Etablierung der Hebammenkreißsäle in NRW

1. Institutionelle Vorbereitung, einschließlich einer Bestandsaufnahme

Eine institutionelle Vorbereitung inklusive einer Bestandsaufnahme wurde mehrheitlich durchgeführt, jedoch auf Nachfrage weder in der im Handbuch Hebammenkreißsaal (4) vorgegebenen Systematik noch nach einem anderen System. Die Durchführung einer Bestandsaufnahme vor der Implementierung eines neuen Konzeptes stellt einen integralen Teil eines erfolgreichen Projektmanagements dar. Entsprechend nimmt die Ist-Analyse im Handbuch Hebammenkreißsaal einen großen Raum ein – 58 Punkte auf 12 Seiten (4). Die Ist-Analyse des Handbuchs wird daher vom Forscherteam bezüglich ihrer Inhalte durchgearbeitet, s.u..

Mit Ausnahme einer Einrichtung besuchten alle im Stadium der Planung einen bereits bestehenden Hebammenkreißsaal. Die Mehrzahl der Befragten empfiehlt diese Maßnahme auch Interessierten, die die Einrichtung eines Hebammenkreißsaals planen.

2. Organisatorische Vorbereitung einschließlich Erstellung eines Arbeitsplans

Die organisatorische Vorbereitung beinhaltete für alle Hebammenkreißsäle die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bzw. Funktionsträger des Krankenhauses (z.B. Pflegedienstleitung, Neonatologie, Vertretung aus dem Qualitätsmanagement). Eine Steuerungsgruppe mit interdisziplinärer Besetzung wurde von allen Kliniken bestimmt.

3. Inhaltliche Vorbereitung

Fünf der sieben Einrichtungen führten gezielte vorbereitende Qualifikations- und qualitätssichernde Maßnahmen durch (Fortbildungsveranstaltungen, Fallbesprechungen etc.). Alle Hebammenkreißsäle erstellten HGK-spezifische Dokumente. Diese sind in Tabelle 4 (s.o.) aufgelistet.

4. Formale Vorbereitung

Eine rechtliche Prüfung wurde von allen Einrichtungen durchgeführt, ohne dass hierbei nennenswerte Probleme berichtet wurden. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgte überwiegend über bereits bestehende Informationswege (Kreißsaalführung, Internetauftritt, Broschüren etc.).

(ad 2) Erfahrungen mit dem Hebammenkreißaal, Stärken und Schwächen

Antworten der im Hebammenkreißaal Praktizierenden zu ihren Erfahrungen mit dem Konzept, dessen Stärken und Schwächen können wie folgt zusammengefasst werden:

Der Anstoß zur Einführung des Versorgungskonzepts kam sowohl von Hebammen- als auch von Ärzteseite. Mit Ausnahme zweier Einrichtungen konnten alle Hebammen des jeweiligen Teams nach entsprechenden Informationsveranstaltungen zur Mitarbeit im Konzept gewonnen werden. Die Vorbereitungszeit lag zwischen sechs und 24 Monaten. Die Implementierung erfolgte - an die örtlichen Verhältnisse angepasst – in den folgenden Bereichen durchaus unterschiedlich: Einbeziehung verwandter Berufsgruppen (z.B. Vertreter aus den Bereichen Qualitätsmanagement, Pflegedienstleitung, Kinderärzte) und Sektoren (z.B. Schwangerenambulanz, Neugeborenenstation, Wöchnerinnenstation, Elternschule); Durchführung einer formalisierten Vorab-Analyse; Umsetzung der Eins-zu-Eins Betreuung bzw. Dienstplangestaltung; Formalisierung der Arztkonsultation. In Vorbereitung auf die Einführung des Versorgungskonzepts organisierten Hebammen aller Einrichtungen Schulungen zu verschiedenen Themen (z.B. praktisches Training zur Versorgung von Geburtsverletzungen; Fortbildungen zur CTG-Auswertung und zu Gesprächsführung). Eine rechtliche Prüfung bzw. Vorlage des Konzepts bei der Verwaltung fand in allen Einrichtungen statt. Zweifel und Skepsis bezüglich des Versorgungskonzeptes gab es sowohl von Ärzteseite als auch von der Verwaltung und / oder der Pflegedirektion. Die Skepsis bezog sich sowohl auf Arbeitsinhalte als auch auf die Umsetzung (z.B. bezüglich Dienstplangestaltung und organisatorischen Rahmenbedingungen).

Die befragten Ärzte negieren überwiegend eine Auswirkung auf ihre Arbeitszufriedenheit. Hebammen bejahen die Frage nach der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit durch ihre Tätigkeit im Hebammenkreißaal. Sie empfinden die Arbeit im HGK als eine Bereicherung, die jedoch auch zu einer Belastung werden kann - entweder aufgrund der höheren Verantwortung oder personeller Engpässe. Hebammen finden sich mit ihrer Arbeit im HGK von Ärzten mehr wertgeschätzt.

Die Fragen nach Stärken und Schwächen des Konzepts werden sehr ausführlich und innerhalb der beiden Berufsgruppen in weiten Teilen übereinstimmend beantwortet: Ärzte schätzen die Arbeit der Hebammen in dem Versorgungsmodell als motivierend für

Hebammen ein. Hebammen sehen in der Arbeit im Konzept eine Möglichkeit der Wiedererlangung ihrer originären Hebammentätigkeit. Beide Berufsgruppen betrachten den Hebammenkreißsaal als Möglichkeit, die Individualität der Gebärenden zu respektieren und eine physiologische Geburt zu unterstützen. Schwächen des Konzepts werden übereinstimmend vorwiegend in der Personalintensität des Konzepts gesehen.

Die Auswertung von Fragebogen Zwei führte zur Identifikation von Themenblöcken mit Diskussionsbedarf. Als Methode zur Bearbeitung der diskussionswürdigen Themen wurde das Prinzip der Klausurtagung gewählt. Pro Einrichtung wurde je eine ärztliche und eine Hebammen-Vertretung eingeladen. Die Themenbereiche wurden in homogenen oder gemischten Arbeitsgruppen bearbeitet. Moderierte Diskussionen fanden in homogenen oder gemischten Gruppen oder im Plenum statt (s.u.).

(6.) Erste Klausurtagung

Nach der Auswertung der verfügbaren Daten wurde die erste Klausurtagung durchgeführt. Diese diente dem direkten Erfahrungsaustausch der Praktizierenden sowie der Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse. Als Medium zur Darstellung der Ergebnisse wurden Poster erstellt.

Klausurtagung Eins fand am 6.12.2018 statt (Programm siehe Anhang 3). Mit Ausnahme eines ärztlichen Vertreters waren für alle Einrichtungen jeweils ein Arzt sowie eine Hebamme anwesend. Ein fachfremder Moderator leitete die Klausurtagung. Thema, Fragestellungen und Ziele der Klausurtagung wurden mit dem Moderator in vorbereitenden Sitzungen diskutiert. Drei Ziele der Veranstaltung wurden vorab festgelegt:

- Die Komponenten eines ‚Best Practice‘ Modells hebammengeleiteter Kreißsäle sind identifiziert;
- Wesentliche Herausforderungen bei der Umsetzung der einzelnen Komponenten sowie des Gesamtkonzepts sind identifiziert und diskutiert;
- Erfolgsfaktoren für die Umsetzung von hebammengeleiteten Kreißsälen sind identifiziert.

Als Einstieg in die Teamarbeit wurden die Ergebnisse des ersten Fragebogens in Form eines Posters vorgestellt (siehe Anhang 4). Des Weiteren waren die Ergebnisse der Auswertung

des zweiten Fragebogens durch das Projektteam in drei Postern zusammengefasst worden. Diese wurden vorgestellt und diskutiert (siehe Anhang 5-7). Themenkomplexe betrafen

- die Eins-zu-Eins Betreuung und Betreuungskriterien eines Hebammenkreißsaals;
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit;
- die Mitarbeit des gesamten Teams;
- die Versorgung von Geburtsverletzungen;
- den Einfluss des Versorgungsmodells auf die Arbeitszufriedenheit;
- Stärken und Schwächen des Modells;
- Hürden und Herausforderungen bei der Einführung.

Eins-zu-Eins Betreuung und Betreuungskriterien

Die Punkte Eins-zu-Eins Betreuung und Betreuungskriterien wurden, wie schon in den Telefoninterviews für Fragebogen Zwei, vorwiegend auf der formalen und nicht auf der inhaltlichen Ebene behandelt. Die Gewährleistung einer Eins-zu-Eins Betreuung wurde in den verschiedenen Einrichtungen sehr unterschiedlich wie folgt umgesetzt: mit unverändertem Personalstamm; nach Schaffung einer zusätzlichen Stelle; durch Umwidmung einer ärztlichen Teilzeitstelle; oder durch eine Änderung des Dienstplanmodells (Einführung Rufdienst). Ein Diskussionsschwerpunkt lag auf der Frage nach der Notwendigkeit, eine zweite Hebamme zur Geburt hinzuzuziehen, insbesondere falls dies aus Kapazitätsgründen schwierig bis unmöglich ist. Es wurde diskutiert, ob eine ausbleibende Hinzuziehung zwangsläufig eine Weiterleitung in das ärztliche Betreuungsmodell nach sich ziehen müsse.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit war bereits bei den Telefoninterviews für Fragebogen Zwei als unproblematisch beschrieben worden. Dies wurde auf der Klausurtagung erneut bestätigt. Unterschiede ergaben sich im Grad der Formalisierung der Zusammenarbeit, die von einer unbürokratischen mündlichen Information bis zu einer schriftlichen Dokumentation in der Patientenakte reicht. Weitere Diskussionspunkte ergaben sich im Rahmen der Klausurtagung nicht.

Mitarbeit des gesamten Hebammenteams

Überwiegend bedurfte es mehrerer Maßnahmen, um alle Hebammen des entsprechenden Teams einer Klinik zu einer Mitarbeit im HGK zu motivieren. Dennoch gelang dies nicht in allen Einrichtungen. Die fehlende Beteiligung einzelner Hebammen wird vom Rest des Teams als Nachteil bewertet. Auch hier ergab sich im Rahmen der Klausurtagung kein weiterer Diskussionsbedarf.

Die Versorgung von Geburtsverletzungen

Bereits im Vorfeld hatten sich hier Differenzen zwischen den Anwendern des Betreuungskonzepts ergeben. Während die Versorgung von Geburtsverletzungen in manchen Einrichtungen ein selbstverständlicher Bestandteil der Hebammenarbeit ist, wird diese in anderen Institutionen durch ein ärztliches Konsil geregelt. Die konsiliarische Regelung bewerten sowohl die beteiligten Ärzte als auch die Hebammen als ein Minus - von ärztlicher Seite wird die ausschließliche Delegation dieses Teils der Geburt als negativ erlebt, Hebammen erleben ihre fehlende Kompetenz als nachteilig. Die Diskussion erbrachte als Hauptursache eine fehlende Praxis, aus der eine große Hemmschwelle entsteht. Hier wurden Praxistipps ausgetauscht wie z.B. das Üben der Versorgung von Geburtsverletzungen bei Geburten im ärztlichen geleiteten Entbindungsmodell unter ärztliche Supervision.

Einfluss des Konzeptes auf die Arbeitszufriedenheit

Bereits im Telefoninterview zu Fragebogen Zwei war eine Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit von den ärztlichen Vertretern überwiegend negiert worden, während Hebammen die Frage nach einer höheren Arbeitszufriedenheit bejahten. Hebammen empfinden die Arbeit im Versorgungskonzept als eine Bereicherung, die jedoch auch zu einer Belastung werden kann. Letztere entsteht z.B. aufgrund der Verantwortung oder personeller Engpässe. Im Rahmen der Klausurtagung ergab sich eine Diskussion zum Thema bürokratischer Aufwand der Geburtsdokumentation. Hebammen empfinden die Übernahme der Geburtsdokumentation als Belastung; Ärzte betrachten das Übernehmen der Dokumentation einer hebammengeleiteten Geburt nicht als ihre Aufgabe und – sofern sie doch von ihnen durchgeführt werden muss – als Nachteil des Modells.

Stärken und Schwächen des Konzepts

Zu den bereits im Telefoninterview zu Fragebogen Zwei geäußerten Stärken des Konzepts ergaben sich in der Diskussion keine weiteren Aspekte. Beide Berufsgruppen waren sich bezüglich der Stärke des Konzepts einig und identifizierten diese in den folgenden Bereichen:

- formal-institutionell im Sinne einer Angebotserweiterung;
- inhaltlich im Sinne der Förderung einer natürlichen Geburt und Stärkung der Frau;
- persönlich-professionell im Sinne einer Wertschätzung der Hebammenarbeit.

Ein interessanter Punkt wurde von allen Teilnehmenden berichtet:

Hebammenkompetenzen, die über die Arbeit im HGK wiedererlangt wurden, werden in die ärztlich geleitete Geburt übernommen. Als Übertragungs-Effekt generiert die Arbeit im Hebammenkreißsaal auch in den ärztlichen geleiteten Kreißsaal eine positive Wirkung. Bezüglich der Schwächen des Versorgungskonzepts wurden ebenfalls keine weiteren wesentlichen Punkte zu den bereits im Interview erhobenen hinzugefügt. Die Aufwendigkeit des Konzepts wurde von beiden Professionen bestätigt.

Hürden und Herausforderungen bei der Einführung

In homogenen Arbeitsgruppen (Hebammen mit Hebammen und Ärzte mit Ärzten) wurden Hürden und Herausforderungen bei der Einführung des Versorgungskonzepts bearbeitet. Hier ergaben sich erwartungsgemäß unterschiedliche Aspekte. Von Hebammenseite wurde als größte Hürde die Einigkeit im Team identifiziert. Das Zeitbudget – sowohl bezüglich der Zeit für die Projektarbeit als auch bezüglich der Eins-zu-Eins Betreuung – wurde als weiteres Hemmnis identifiziert. Zusätzliche Punkte waren der größere bürokratische Aufwand (die Geburtendokumentation, die im ärztlichen Modell durch den entbindenden Arzt durchgeführt wird, ist im HGK Aufgabe der Hebamme), rechtliche Hürden, sowie Unklarheiten bei organisatorischen Abläufen und Entscheidungen. Als Herausforderung wurde entsprechend insbesondere die prekäre zeitliche Situation hervorgehoben, verbunden mit der Befürchtung, dass positive Ziele durch die Zusatzbelastung aus dem Fokus rücken. Die Zeitproblematik erschien in jedem Aspekt – bezüglich der Dienstplangestaltung, der Personalallokation, der Berücksichtigung hebammengeleiteter Geburten bei hohem Arbeitsaufkommen, sowie bei der Planung und Zeitallokation der erforderlichen Fortbildungen.

Die interdisziplinäre Kommunikation wurde ebenfalls als Herausforderung thematisiert, speziell die Durchführung von Konsilen bzw. Regelung der Weiterleitung. Als weitere Herausforderung wurde die Umsetzung des Betreuungsbogens aufgeworfen, die das Wochenbett bzw. Entlass-Management der Mutter nach hebammengeleiteter Geburt beinhaltet. Der Umgang mit Geburtsverletzungen bzw. die Versorgung derselben wurde erwartungsgemäß ebenfalls als Herausforderung für den Betrieb eines HGKs identifiziert.

Von Seiten der Ärztenschaft wurden als Hürden insbesondere Befürchtungen formuliert, die die Abgabe von Verantwortung, die Sorge, aus der Geburtshilfe gedrängt zu werden (und daraus abgeleitet die mangelnde Erfahrung von Ärzten in der Betreuung physiologischer Geburten) betrafen. ‚Loslassen können‘ erschien allen Beteiligten eine große Hürde. Die organisatorische Einbindung des Versorgungskonzepts in den regulären Kreißsaal-Alltag erschien eine Herausforderung. Desgleichen die aus der Wiedererlangung von Fähigkeiten und Kenntnissen resultierende Übernahme von Aufgaben durch Hebammen. Zudem wurde eine ungleich verteilte Motivation zwischen den Hebammen und die daraus folgende Notwendigkeit, Interesse bzw. Motivation für das Versorgungskonzept zu wecken und beizubehalten, auch im Hinblick auf den unterschiedlichen Ausbildungsstand sowie die Personalfuktuation, als Herausforderung identifiziert. Juristische und finanzielle Aspekte wurden ebenfalls als Herausforderung thematisiert.

Im nächsten Schritt wurden in gemischten Arbeitsgruppen Vorschläge erarbeitet, um Hürden und Herausforderungen zu begegnen. Einigkeit bestand darin, dass Hürden und Herausforderungen von beiden Berufsgruppen gemeinsam bewältigt werden sollen. Die Klärung von Verantwortlichkeiten bzw. Rollen und die Etablierung von Supervisionen und Fallbesprechungen – sowohl intra- als auch interprofessionell - wurde jedoch als Aufgabe der ärztlich Verantwortlichen gesehen. Vorschläge zum Thema Teambildung waren wie folgt: Aufklärung; Interesse wecken; Schulungen – sowohl als gemeinsame interdisziplinäre Teamschulungen, als auch als hebammenspezifische Schulungen (durch Ärzte, z.B. zur Versorgung von Geburtsverletzungen); gemeinsame Entscheidungen herbeiführen; die Bewerbung des Konzepts – über Einbindung in die Ausbildungsinhalte in Hebammenschulen, über Kongresse und Berufsverbände.

Die erfolgreiche Bearbeitung der Hürden und Hemmnisse führt laut übereinstimmender Bewertung beider Berufsgruppen zu mehr Freude an der Arbeit, zur Wertschätzung der eigenen Arbeit und der Arbeit der anderen Berufsgruppe, zu Sicherheit und gegenseitigem Vertrauen, zur interdisziplinären Arbeit auf Augenhöhe sowie zur Arbeitserleichterung und übersichtlichen Arbeitsorganisation.

Zuletzt wurden die durch das Projektteam identifizierten Komponenten eines Hebammenkreißsaals vorgestellt und in dieser Form durch die Teilnehmer der Klausurtagung bestätigt. Eine externe Begleitung bei der Implementierung sowie ein Zertifizierungsverfahren wurde angeregt.

In einer abschließenden Denkrunde wurden potentielle Hintergründe einer Kritik an dem Versorgungskonzept gesammelt. Genannt wurde die Unwissenheit bei Hebammen; die Angst vor Veränderungen per se in beiden Berufsgruppen; die Angst vor Machtverlust, vor Bedeutungsverlust und vor Qualitätsverlust (Ärzte); die Angst vor Übernahme der alleinigen Verantwortung (Hebammen); sowie das Sicherheitsbedürfnis der Gebärenden. Die Frage, wie damit konstruktiv und nicht konfrontativ umgegangen werden könnte wurde aufgrund des Zeitbudgets nicht bearbeitet.

(7.) Bearbeitung der Ist-Analyse und Verschlinkung des Kriterienkatalogs

Ist-Analyse

Die Durchführung einer Bestandsaufnahme ist eine unabdingbare Voraussetzung vor Beginn der Umsetzung eines Projekts, nach Aufkommen der Projektidee. Sie folgt den Vorgaben gängiger betriebswirtschaftlicher Modelle, z.B. als ‚SWOT-Analyse‘ (SWOT: strengths, weaknesses, opportunities, threats). Hierzu gehört die Durchführung einer externen Umfeld-Analyse (Chancen und Risiken) und einer internen Analyse (Profil der Stärken und Schwächen). Danach erfolgt die Erstellung einer Matrix, die die externe und interne Analyse gegenüberstellt; in der Matrix werden Überschneidungen gefiltert und auszubauende, aufzuholende, abzusichernde und zu meidende Faktoren identifiziert. Alle Akteure sollten an der SWOT-Analyse beteiligt werden. Für die Projekterstellung HGK wären dies neben Hebammen Vertreter der Bereiche Pflegedienstleitung, Verwaltung und ärztlicher Dienst

Geburtshilfe, unter Konsultation von Vertretern des Krankenhausträgers, der Versicherung, Rechtsabteilung, Administration und weiterem ärztlichen und Pflegepersonal (Kinderärzte, Pflegepersonal Wöchnerinnenstation und Neugeborenenstation). Nach Analyse der Chancen und Risiken sowie der Umfeldanalyse und Identifikation vorhandener und benötigter Ressourcen wird das Projektziel eindeutig und vollständig, messbar, realisierbar und terminiert definiert. Sodann wird – entsprechend der Arbeitsaufträge – ein Projektplan mit Arbeitspaketen und Meilensteinen festgelegt.

Die Auswertung des zweiten Fragebogens erbrachte, dass die Akteure der jeweiligen Krankenhäuser eine Bestandsaufnahme zwar mehrheitlich durchgeführt hatten, jedoch nicht nach einer bestimmten Vorgabe. Da die Durchführung einer systematischen Bestandsaufnahme eine wichtige Komponente eines erfolgreichen Projektmanagements darstellt und im Handbuch Hebammenkreißaal einen großen Raum einnimmt – 58 Punkte auf 12 Seiten (4), untersuchte GESCHICK die Osnabrücker Vorgabe nach Möglichkeiten, über eine Verschlinkung die Durchführung einer Bestandsaufnahme zu erleichtern.

Nach ausgiebiger Diskussion im Forschungsteam wurde knapp die Hälfte der 58 im Handbuch Hebammenkreißaal erwähnten Punkte (23 Punkte, entsprechend 40%) für wichtig erachtet; diese konnten fünf Themenbereichen wie folgt zugeordnet werden und erscheinen notwendige Komponenten einer Bestandsaufnahme:

- Personal
Planstellen (besetzte und offene Stellen); Stellenschlüssel, Anzahl Hebammen pro Schicht;
- Infrastruktur
Kreißaal-Ausstattung: Gebärwanne, Geburtsbett, Hilfsmittel vertikale Geburt, wohnliche Atmosphäre;
- Arbeitsorganisation
Schnittstellengestaltung; Integration in bestehende Organisationsformen (z.B. Zertifizierung babyfreundliches Krankenhaus); Entlass-Management;
- Qualifikation und inhaltliche Ausgestaltung
Definition Arbeitsinhalte (Abgrenzung zu nicht-originärer Hebammentätigkeit); SOP Aufnahme zur Geburt; SOP Übergabe; Fertigkeiten zur Förderung der physiologischen Geburt und des Bondings;

- Qualitätsmanagement

SOPs jenseits des HGKs; Möglichkeiten der Fortbildung; Interdisziplinarität.

Darüber hinaus wurde ein weiterer Themenbereich identifiziert. Dieser betrifft rechtliche Aspekte wie z.B. die versicherungsrechtliche Klärung des HGKs, die eine Geburt ohne ärztliche Anwesenheit beinhaltet sowie Haftpflicht-Aspekte, d.h. die Überprüfung der Deckungssumme für eine Geburt im HGK.

Der Kriterienkatalog: Garant der medizinischen Sicherheit des Hebammenkreißsaals

Der Kriterienkatalog ist ein Bewertungsinstrument für Hebammen, entlang dessen sie eine Entscheidung treffen können, ob Schwangere für eine Entbindung im hebammengeleiteten Kreißaal geeignet sind. Zum einen gibt der Kriterienkatalog den Hebammen die Parameter an die Hand, anhand derer sie bei Erstvorstellung der Schwangeren die Eignung für das Geburtsmodell bewerten können. Zum anderen hilft er zu prüfen, ob Frauen nach ihrer Aufnahme in den Hebammenkreißaal dort verbleiben können oder in die ärztlich geleitete Betreuung weitergeleitet werden müssen. Die fortlaufende Anwendung des Kriterienkatalogs gewährleistet damit die medizinische Sicherheit des Hebammenkreißsaals. Die Durchsicht der Kriterienkataloge aller Hebammenkreißsäle, die Rückmeldungen der Vertreter der Hebammen und Ärzte zur Vorlage Handbuch Hebammenkreißaal sowie die Diskussionen im Rahmen der ersten Klausurtagung erbrachten, dass der grundsätzliche Aufbau des Kriterienkatalogs, der einen zweistufigen Aufnahmeprozess mittels zweier Vorgespräche von allen Hebammenkreißsälen akzeptiert ist. Alle Befragten gaben an, dass sich der Kriterienkatalog in der Praxis bewährt, und hatten nur geringfügige Anpassungen der Vorlage vorgenommen. Eine prinzipielle Infragestellung von Aufbau und Inhalt des Kriterienkatalogs fand nicht statt. Jedoch gab eine Klinik an, aus zeitlichen Gründen den Aufnahmeprozess mittlerweile auf ein Vorgespräch reduziert zu haben; erste Erfahrungen mit dem einstufigen Aufnahmeprozess, so die Rückmeldung der verantwortlichen Hebamme, seien durchaus positiv.

Anpassung des Kriterienkatalogs

Die Überarbeitung des Kriterienkatalogs in der vorliegenden Form wurde von den Beteiligten nicht eingefordert, sondern beruht auf der Initiative von GESchICK. Der überarbeitete

Kriterienkatalog wird bezüglich Konzeption und Kriterien im Sinne eines ‚kleinsten gemeinsamen Nenners‘ erstellt. Modifikationen oder Ergänzungen sind nachdrücklich möglich.

Nachfolgend die Überlegungen, die der Überarbeitung zugrunde liegen:

- Vorgeburtlich erfolgen zwei Gespräche mit den sich für den HGK interessierenden Schwangeren. Für jedes Gespräch ist die Bearbeitung des Kriterienkatalogs mit jeweils 53 Punkten vorgesehen. Dieses Vorgehen kann sehr aufwendig erscheinen. Hintergründe für die Durchführung von zwei Gesprächen sowie der Terminierung des Erstgesprächs im zweiten Schwangerschaftsdrittel (24.-28. Schwangerschaftswoche) sind die frühzeitige Vorstellung des Versorgungskonzepts; die Beratung und Unterstützung in der Schwangerschaft, bei der Entscheidungsfindung zur Wahl des Geburtsmodells und bei Schwangerschaftsbeschwerden; sowie die Anbindung der Schwangeren an die Geburtsklinik im Sinne eines Betreuungsbogens. Internationale Daten legen jedoch nahe, dass Schwangere ihre Wahl für ein Geburtsmodell bereits in der ersten Schwangerschaftshälfte treffen (59–63). Für Deutschland liegt keine wissenschaftliche Untersuchung zur Wahl des Geburtsorts seit Einführung des Versorgungskonzepts HGK vor. Im Sinne eines ‚kleinsten gemeinsamen Nenners‘ der Anwendung des Konzepts ausschließlich für den Bereich Geburt (ohne den vor- und nachgeburtlichen Betreuungsbogen) kann - so zeigt die gelebte Praxis eines Krankenhauses bereits - die vorgeburtliche Vorstellung unter Vernachlässigung der ergänzenden Beratung auch innerhalb eines einzigen Gesprächs in der Spätschwangerschaft abgeschlossen werden.
- Der mehrstufige Aufnahmeprozess in das Modell, der ein vorläufiges Einschließen der Schwangeren nach dem Erstgespräch beinhaltet, kann für die Schwangere Unsicherheit erzeugen, schafft Mehrarbeit und erschwert eine statistische Erfassung. Eine Vereinfachung des Verfahrens ist durch eine Entscheidung über Ein- und Ausschluss nach nur einem Gespräch in der Spätschwangerschaft zu erwarten. Damit erübrigt sich auch die Kontrolle eventueller auffälliger Befunde der Erstvorstellung (z.B. Kindslage).
- Der physiologische Geburtsverlauf einer gesunden Schwangeren ist klar definiert. Der Kriterienkatalog dient Hebammen als Entscheidungshilfe für den Fall, dass eine

Schwangere oder Gebärende diese Kriterien nicht unmittelbar erfüllt. Die Wertigkeit auffälliger Befunde ist jedoch sehr unterschiedlich: Ein Befund kann offensichtlich sein – so ist z.B. der Nabelschnurvorfal ein geburtshilflicher Notfall, der eine unmittelbare Weiterleitung in die ärztliche Betreuung bedingt. Ein Befund kann jedoch auch eine Wertigkeit haben, die von der verantwortlichen ärztlichen Seite unterschiedlich gewichtet wird (z.B. eine Schwangerschaft nach einem Kaiserschnitt und danach erfolgter vaginaler Geburt). Oder ein Befund relativiert sich durch die individuelle Vorgeschichte (z.B. eine Schwangere, die nach Definition kleinwüchsig ist, aber bereits erfolgreich vaginal geboren hat). Desgleichen obliegt es der jeweiligen ärztlichen Verantwortung, bei einer auffälligen Vorgeschichte der Schwangeren vor einer endgültigen Entscheidung weitergehende Untersuchungen anzuordnen (z.B. eine Ultraschalluntersuchung, falls das zuvor geborene Kind eine intrauterine Wachstumsrestriktion aufwies).

Auf der Grundlage dieser Überlegungen erfolgte die Überarbeitung des Kriterienkatalogs sowohl formal, d.h. bezüglich Anzahl und Zeitpunkten der Eignungsprüfung bzw. der Notwendigkeit einer Weiterleitung, als auch inhaltlich wie folgt:

- Reduktion der Vorgespräche in der Schwangerschaft auf ein Vorgespräch in der Spätschwangerschaft (34.-38. SSW).
- Überprüfung der weiterbestehenden Eignung der Schwangeren für den HGK bei Aufnahme zur Geburt. Diese Maßnahme gehört üblicherweise zum Standardvorgehen, wird bisher jedoch nicht separat dokumentiert. Der Kriterienkatalog wird daher um eine Checkliste bei Aufnahme zur Geburt in den Kreißaal erweitert. Damit fallen im Katalog C der Perinatalstatistik (s.o.) die meisten Ziffern weg; die restlichen Ziffern des Katalogs C sind überflüssig, da sie pathologische Geburtsverläufe beinhalten, die per se von einer hebammengeleiteten Geburt ausgeschlossen sind.
- Es wird eine Reduktion der Handlungsanweisungen des Kriterienkatalogs von vier auf zwei vorgenommen, nämlich ‚Konsultation‘ und ‚Weiterleitung‘. Bisher existieren zwei weitere Handlungsanweisungen, nämlich ‚Konsultation, Einzelfallentscheidung‘ und ‚Einzelfallentscheidung Hebamme‘. Erstere erscheint redundant, da bei einer Konsultation die Entscheidung aufgrund der Vorlage des einzelnen Falles erfolgt.

Letztere Handlungsanweisung erscheint ausschließlich für die Befunde „besondere psychische Belastung“ bzw. „besondere soziale Belastung“. Diese Befunde leiten sich aus dem Mutterpass ab, um eine Risikoschwangerschaft zu erkennen. Da im Rahmen des Vorgesprächs eine Einschätzung der Hebamme bezüglich der Eignung einer Schwangeren stattfindet, die die psychosoziale Situation als integralen Bestandteil der Risikobewertung einschließt, erscheint eine besondere Hervorhebung nicht erforderlich.

- Eine weitere Änderungen Kriterienkatalog betrifft die Anpassung der Terminologie: Kriterium C 62 (Missbildung) wird in ‚Fehlbildung‘ umbenannt.

Der Entwurf des angepassten Kriterienkatalogs wurde den jeweiligen ärztlichen und Hebammen-Vertretern der HGKs in NRW am 1. Februar 2019 zugesandt mit der Bitte, ihn vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrung kritisch auf seinen Inhalt und seine praktische Anwendbarkeit hin zu überprüfen. Die eingehenden Rückmeldungen wurden gesammelt und für die im Rahmen der zweiten Klausurtagung anstehende Konsentierung aufbereitet.

(IV.e) Konsentierung des Kriterienkatalogs und Empfehlungen der Experten für ein ‚Best Practice‘ Modell Hebammenkreißaal

Die Auswertung der Rückläufe des angepassten Kriterienkatalogs führte zur Identifikation von Themenblöcke mit Diskussionsbedarf. Als Methode zur Bearbeitung der diskussionswürdigen Themen wurde das Prinzip der Klausurtagung gewählt, für die wiederum je eine ärztliche und Hebammen-Vertretung pro Institution eingeladen wurde. Nach Chefarztwechsel der Klinik Paderborn wurde eine Teilnahme an der Entwicklung eines ‚Best Practice‘ Modells nicht mehr unterstützt. Daraufhin sagte die Vertreterin der Hebammen der Klinik ihr Kommen ab. Eine ärztliche Teilnahme war bereits nach Durchführung des ersten Interviews nicht mehr gewünscht. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass das Konzept an der Klinik weitergeführt wird, jedoch ohne aktive Unterstützung der ärztlichen Leitung.

(1.) Ergebnisse der zweiten Klausurtagung

Klausurtagung ZWEI fand am 13.3.2019 statt (Programm siehe Anhang 8). Der fachfremde Moderator der ersten Klausurtagung leitete auch die zweite Klausurtagung. Thema, Fragestellungen und Ziele der Klausurtagung wurden mit dem Moderator in vorbereitenden Sitzungen diskutiert. Die Ziele der Veranstaltung wurden vorab wie folgt festgelegt:

- Der überarbeitete Kriterienkatalog ist diskutiert und angenommen;
- Voraussetzungen für die Einführungen eines Hebammenkreißsaals sind identifiziert.

Als Einstieg in die Teamarbeit bekamen die Teilnehmenden zunächst die Aufgabe, in homogenen Gruppen (Ärzte untereinander und Hebammen untereinander) zusammenzutragen, was die jeweilige Berufsgruppe in der praktischen Arbeit im Hebammenkreißsaal und in der Zusammenarbeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe besonders schätzt.

Sodann wurde in homogenen Arbeitsgruppen der überarbeitete Kriterienkatalog diskutiert. Um eine effiziente Bearbeitung zu ermöglichen, wurden die einzelnen Punkte des Kriterienkatalogs vorab nach einem Ampelsystem drei Kategorien zugeteilt (siehe Anhang 9). Unter einer grünen Markierung wurden Kriterien zusammengefasst, für die kein Diskussionsbedarf antizipiert wurde (Beispiel: Einschlusskriterium Schädellage). Gelb markiert wurden Kriterien, für die ein gewisser Diskussionsbedarf vermutet wurde (Beispiel Altersgrenze). Rote Kriterien beinhalteten Themen, deren Handlungsanweisungen beim Vergleich der Kriterienkataloge als sehr heterogen identifiziert worden waren, und für die ein großer Diskussionsbedarf erwartet wurde (Beispiel Kaiserschnitt oder andere Operationen an der Gebärmutter in der Vorgeschichte).

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden dann im Plenum vorgestellt und diskutiert. Danach erfolgte die Konsentierung gruppenweise für die grün hinterlegten Kriterien, und einzeln für die gelb und rot markierten Kriterien. Hierbei ergaben sich für einige Kriterien neue Aspekte bzw. Modifikationswünsche. Ein Teil dieser Punkte konnte in der entsprechenden Modifikation sogleich konsentiert werden. Die übrigen Punkte wurden zur nochmaligen Bearbeitung an die Projektgruppe mit dem Auftrag gegeben, diese zu bearbeiten und nach entsprechender Anpassung erneut zur Kommentierung zu versenden.

Letzteres Verfahren wurde für die folgenden fünf Kriterien des überarbeiteten Kriterienkatalogs erforderlich:

- (1) Kriterium Nummer 3: Terminüberschreitung bzw. Übertragung;
- (2) Kriterium Nummer 6: Kaiserschnitt oder andere Gebärmutter-Operationen in der Vorgeschichte;
- (3) Kriterium Nummer 9: Z.n. Atonie;
- (4) Kriterium Nummer 12: Makrosomie bzw. Schätzwicht > 4500g;
- (5) Kriterium Nummer 43: Verwendung der folgenden Schmerzmittel: Opioide, PDA, Lachgas.

Ein nicht dem Kriterienkatalog zugehöriger, aber dennoch wichtiger Punkt wurde zur Sprache gebracht und ebenfalls nachträglich zur Kommentierung versandt. Dieser betrifft die Frage der parenteralen Medikamentengabe durch Hebammen, insbesondere die Bolusgabe Oxytocin zur Prophylaxe einer postpartalen Blutung. Diese Maßnahme beruht auf höchstem Evidenzniveau, wird in allen Leitlinien uneingeschränkt empfohlen (1, 64, 65) und bei allen Geburten im ärztlichen Versorgungsmodell durchgeführt. Die parenterale Gabe von Medikamenten ist jedoch in der Berufsordnung der Hebammen nicht enthalten. Damit ergibt sich das Problem, dass eine medizinisch sinnvolle Maßnahme, die zur Sicherheit der Gebärenden beiträgt, Frauen im Hebammenkreißsaal potentiell vorenthalten wird. Andererseits gibt es jedoch auch Gebärende, die diese Maßnahme ablehnen. In einem der sieben Hebammenkreißsäle ist die Empfehlung zur postpartalen parenteralen Oxytocin-Gabe bereits in den formalen Ablauf der Aufnahme in den HGK integriert. In Form einer Information im Rahmen des zweiten Vorabgesprächs und sowie einer Verschriftlichung der Empfehlung, die im Rahmen der Einverständniserklärung unterschrieben wird, wird beiden Seiten – der Pflicht zur Information einer medizinisch sinnvollen Maßnahme und dem Wunsch der Gebärenden nach freier Entscheidung – Rechnung getragen. Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der Klausurtagung diskutiert und im Nachgang zusammen mit den o.g. fünf Kriterien des überarbeiteten Kriterienkatalogs an alle Teilnehmenden zur Kommentierung versendet.

(2.) Empfehlungen der Teilnehmenden für ein ‚Best Practice‘ Modell

Im Rahmen der zweiten Klausurtagung wurden in homogen zusammengesetzten Kleingruppen Ideen der Anwender gesammelt, die diese aufgrund ihrer praktischen

Erfahrung mit der Implementierung und Praxis des Hebammenkreißsaals potentiellen Interessenten des Versorgungskonzepts geben würden. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(1) Empfehlungen zur institutionellen Vorbereitung

- Dienstplangestaltung: die Dienstplangestaltung sollte derart erfolgen, dass eine erfahrene Hebamme pro Schicht anwesend ist;
- Stellenplan: der Stellenplan sollte ggf. eine Rufbereitschaft für Hebammen beinhalten;
- Ausstattung der Gebärumgebung: die Ausstattung der Gebärumgebung sollte derart erfolgen, dass sie zur Förderung einer physiologischen Geburt beiträgt.

(2) Empfehlungen zur organisatorischen Vorbereitung

- In der organisatorischen Vorbereitung wird die Miteinbeziehung von Vertretern des Qualitätsmanagements in die Projektleitung bzw. Steuerungsgruppe empfohlen.

(3) Empfehlungen zur inhaltlichen Vorbereitung

- Weiterbildung: Weiterbildungen werden nicht nur zum Kompetenzerwerb des Hebammenteams empfohlen; Weiterbildungsmaßnahmen sollten auch der Teamentwicklung und -pflege gelten;
- Berufserfahrung: Die inhaltliche Vorbereitung sollte von Hebammen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung gestaltet werden;
- Erstellung von SOPs: Eine Standardisierung möglichst aller im Hebammenkreißsaal angewandten Abläufe und Verfahrensweisen wird empfohlen.

(4) Empfehlungen zur formalen Vorbereitung

- Juristische Überprüfung: Nach aktueller Rechtslage darf eine Schwangere bei Geburt in einem Krankenhaus erwarten, dass die Geburt unter der Leitung und Verantwortung eines Arztes stattfindet, und die Klinik einen fachärztlichen Standard gewährleistet. Eine Überprüfung der erstellten Hebammenkreißsaal-Dokumente durch die zuständige juristische Instanz des Krankenhauses wird daher empfohlen.

Dies betrifft insbesondere das Dokument ‚Einverständniserklärung der Schwangeren für die Geburt im Hebammenkreißaal‘;

- Versicherungsschutz: Eine Nachfrage beim Versicherungsträger wird empfohlen, um den Versicherungsschutz bei hebammengeleiteten Geburten sowie die Deckungssumme zu klären.

(3.) Finale Konsentierung des verschlankten Kriterienkatalogs

Die meisten Kriterien des modifizierten Kriterienkatalogs konnten im Rahmen der zweiten Klausurtagung konsentiert werden. Die übrigen sechs Punkte wurden nach entsprechender Bearbeitung durch die Projektgruppe erneut zur Kommentierung versendet und eine finale Konsentierung erzielt. Die fünf Punkte des Kriterienkatalogs wurden entsprechend in die finale Version aufgenommen.

Das im Rahmen der zweiten Klausurtagung zusätzlich diskutierte Thema der Empfehlung zur postpartalen parenteralen Oxytocin-Gabe wurde ebenfalls wie folgt konsentiert:

Die Empfehlung zur Oxytocin-Gabe als leitlinienkonforme Maßnahme zur Verhinderung einer postpartalen Blutung wird in die Einverständniserklärung aufgenommen. Eine Entscheidung der Gebärenden für oder gegen die prophylaktische Oxytocin-Gabe erfolgt nach entsprechender Aufklärung. Die Umsetzung des Punktes – als Zustimmung- oder Widerspruchsregelung, gesondert unterschriebenpflichtig oder innerhalb des Gesamt-Einverständnisses – liegt im Ermessen der jeweiligen Klinik.

(IV.f) Erfassung von Argumenten gegen das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal

Um Argumente gegen das Betreuungsmodell kennenzulernen, wurden exemplarisch Interviews mit Kritikern des Konzepts geführt.

(a) Interview mit einem ärztlichen Kritiker des Modells: Interviewer A. Kocks und A. Heep. Das Interview fand am 27.2.2019 statt, Dauer ca. 1,5 Stunden. Eine detaillierte Kenntnis des Versorgungskonzepts war nicht vorhanden. Die bereits bestehende Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen wurde als gut bewertet, mit Zufriedenheit auf Hebammenseite. Eine Etablierung des Konzepts wurde daher nicht nur für überflüssig gehalten; es wurde

sogar die Befürchtung geäußert, das Konzept treibe einen Keil zwischen die Berufsgruppen. Darüber hinaus wurden Bedenken bezüglich der Relevanz des Versorgungskonzepts geäußert, da eine vaginale Geburt ohne Schmerzerleichterung mittels PDA eine Rarität sei.

(b) Interview mit einem juristischen Kritiker des Modells: Dieses wurde am 2.4.2019 in Form eines Telefoninterviews durchgeführt, Dauer ca. 40 Minuten, Interviewer W. Merz. Eine detaillierte Kenntnis des Versorgungskonzepts war nicht vorhanden. Argumente gegen eine hebammengeleitete Geburt bezogen sich vorwiegend auf die außerklinische Geburtshilfe. Jedoch wurde auch für den Hebammenkreißsaal ein erhebliches rechtliches Problem geäußert, da im Schadensfall der Krankenhausträger nicht von seiner Verpflichtung entbunden ist, eine dem fachärztlichen Standard entsprechende Leitung der Geburt zu gewährleisten.

(V) Diskussion

(V.a) Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

(1.) Geburtshilfliche Statistik NRW - derzeitige Bedeutung des Modells

Sechzehn Jahre nach der wissenschaftlich begleiteten Einführung des Versorgungskonzepts durch den *Verbund Hebammenforschung* in Deutschland ist zu konstatieren, dass das ergänzende Angebot der hebammengeleiteten Geburt im Land NRW wie auch in den übrigen Bundesländern (so ist aufgrund der vorliegenden Zahlen anzunehmen) bisher weder bei den geburtshilflichen Einrichtungen eine nennenswerte Verbreitung gefunden hat, noch bei den Gebärenden in größerem Umfang nachgefragt wird. Das Versorgungskonzept, das grundsätzlich in allen geburtshilflichen Institutionen zur Anwendung kommen könnte, wird bis heute nur in insgesamt neun, entsprechend 5,9% aller geburtshilflichen Einrichtungen in NRW angeboten. Genaue Angaben bezüglich der Zahl der dort betreuten Geburten liegen nicht vor. Nach initialen Schätzungen (per Telefoninterview erhobene Auskünfte vor Projektbeginn) gebären in Einrichtungen mit HGK ca. 3% der Schwangeren in diesem Modell. Dies entspricht ca. 0,3% aller Geburten in NRW. Die vorläufigen Ergebnisse unserer Erhebung, die bislang einen Zeitraum von sechs Monaten umfassen, bestätigen diese Zahlen. Um diesen Zahlen bewerten zu können sind Antworten auf die folgenden Fragen zu finden:

- (1) Wie viele Frauen sind überhaupt für das Modell ‚geeignet‘ und bilden die Nachfrage, die maximal möglich wäre?
- (2) Ist das Versorgungskonzept bei den geburtshilflichen Einrichtungen als Anbietern und den Schwangeren als Klienten überhaupt bekannt?
- (3) Ist das Konzept für die geburtshilflichen Einrichtungen praktikabel?
- (4) Ist das derzeit angewandte Modell für Schwangere attraktiv?

Wie viele Schwangere sind aufgrund ihrer Vorgeschichte und ihres Schwangerschaftsverlaufs für das Konzept geeignet?

Eine Schätzung des Anteils Schwangerer, für die das Konzept HGK überhaupt in Frage kommt, gestaltet sich schwierig. Derzeit wird Schwangeren mittels der in den Katalogen A und B des Mutterpasses aufgeführten Kriterien ein Schwangerschafts- oder Geburtsrisiko attestiert. Die Art der Einstufung führt, wie oben dargestellt zu einer Inflationierung der Gruppe der Risikoschwangeren. Zwar ist in den letzten Jahren durchaus eine Veränderung des allgemeinen Profils Schwangerer zu konstatieren. Diese Risikozunahme ist unter anderem durch den Anstieg des mütterlichen Alters bei Schwangerschaft, den höheren Anteil von adipösen Frauen, sowie durch eine Zunahme von Schwangerschaften bei Frauen mit Vorerkrankungen bedingt. Jedoch erfolgt im Mutterpass keine Bewertung der Risiken. So wird der Altersdiabetes des Onkels einer Schwangeren genauso in die Risikoklassifikation einbezogen wie ein Herzinfarkt, den eine Schwangere hinter sich hat. Die in der Perinatalstatistik NRW 2017 aufgeführten 6,77% aller Gebärenden, die weder ein Schwangerschafts- noch ein Geburtsrisiko haben, sind dieser Art der Risikoerfassung geschuldet.

Die hieraus resultierende Problematik wurde bereits von verschiedenen Seiten aufgegriffen und diskutiert (40, 66).

Einschätzungen jenseits der aus den Mutterpassdaten gewonnenen amtlichen Statistik sind rar. Im Handbuch Hebammenkreißsaal werden ca. 70% aller Geburten in Deutschland als Geburten eingestuft, die keiner medizintechnischen Intervention bedürfen (4). Mehr als zwei von drei Schwangeren wären damit für den HGK geeignet. Das Handbuch bezieht sich auf die WHO, gibt aber keine Berechnungsgrundlage bzw. Quellenangabe an. Nach unserer Einschätzung ist diese hohe Zahl risikofreier Geburten nicht mit den Daten der Perinatalstatistik in Einklang zu bringen.

Nach differenzierter Analyse der verfügbaren statistischen Daten (s.o.) kommt GESchIcK zum Schluss, dass mindestens 20% aller Gebärenden in Deutschland bzw. NRW als Gebärende mit niedrigem Risiko eingestuft werden können. Hierunter ist eine gesunde Frau nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und ohne Geburtsrisiko mit einer reifen Einlings-Schwangerschaft zu verstehen.

Setzt man die Gruppe der Schwangeren, die die Kriterien für eine Geburt im Hebammenkreißaal erfüllen bei 20% an und setzt diese ‚Maximalnachfrage‘ ins Verhältnis zur tatsächlichen Nutzung, die bei 0,3% liegt, ergibt sich eine Nutzung des Versorgungskonzepts von ca. 1.5%. Mit anderen Worten: Rund 60 mal mehr Frauen als dies heute tun, könnten in einem HGK gebären. Der Umfang der ‚Unternutzung‘ ist derart markant, dass eine Debatte über medizinische Ausschlusskriterien dem eigentlichen Problem nicht gerecht wird. Selbst unter Zugrundelegung der Perinatalstatistik, die den Anteil von Risikoschwangerschaften und -geburten deutlich überhöht ansetzt, besteht die starke Unternachfrage nach einer Geburt im Hebammenkreißaal weiter.

Wie bekannt ist der Hebammenkreißaal?

Untersuchungen zum Bekanntheitsgrad des Versorgungsmodells wurden in Deutschland bislang nicht durchgeführt. Es kann jedoch angenommen werden, dass das Modell dem in der klinischen Geburtshilfe tätigen Personenkreis bekannt ist. Diese Annahme darf man für beide Professionen treffen. Dafür spricht, dass das Konzept sowohl in den jeweiligen Fachverbänden als auch auf Kongressen öfters Diskussthemata war. So veröffentlichte z.B. der DHV 2012 ein Positionspapier zum Versorgungskonzept (67). Zudem existiert auf der Internetpräsenz des DHV eine Rubrik Hebammenkreißaal (siehe Internetseite DHV, abgerufen am 12.5.2019) (7). Im DHV hat sich auch ein „Netzwerk Hebammenkreißaal“ gegründet. Offen bleibt, ob niedergelassene Fachärzte, die als Betreuer der Frauen ab der Frühschwangerschaft fungieren, über eine ausreichende Kenntnis des Versorgungsmodells verfügen.

Über den Bekanntheitsgrad des Modells bei Schwangeren lassen sich keine gesicherten Aussagen treffen. In Regionen, in denen der Hebammenkreißaal angeboten wird, können die jeweiligen Einrichtungen Informationen zu dem Konzept verbreiten. Zudem kann angenommen werden, dass Frauen, die dort geboren haben, mittels Mund-zu-Mund Propaganda für die Verbreitung der Information sorgen. Alle an unserer Untersuchung beteiligten Vertreter gaben an, in ihrer Einrichtung Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Der Umfang beschränkt sich jedoch üblicherweise auf die Vorstellung des Konzepts im Rahmen der so genannten ‚Kreißaalführungen‘ - Veranstaltungen, in denen das Personal der jeweiligen Klinik interessierten Schwangeren Örtlichkeiten (z.B. Kreißaal,

Wöchnerinnenstation) und Abläufe vorstellt; auf Flyer in Papierformat, die in den Ambulanzen der jeweiligen Kliniken ausliegen; sowie auf die Vorstellung des Konzepts auf der jeweiligen Internetpräsenz. Die Art der Informationspräsentation ist darauf gerichtet, Frauen mit Wissen zu versorgen, die aktiv nach dem Konzept fragen. Jedoch versucht keine Klinik, alle Schwangeren, die sich für eine Geburt in der jeweiligen Institution interessieren, über das Konzept aufzuklären und damit allen eine Wahl für oder gegen eine hebammengeleitete Geburt zu ermöglichen. Hierzu trägt sicher auch das Konzept in seiner bisherigen Form bei, das eine Vorstellung der am HGK Interessierten bereits früh im Schwangerschaftsverlauf beinhaltet.

Zum Bekanntheitsgrad des Hebammenkreißsaals in Gegenden, in denen das Konzept von keiner Einrichtung angeboten wird, kann nur spekuliert werden. Zwar wird das Modell in Informationsbroschüren erwähnt (41, 68, 38). Ob Schwangere diese Informationswege aber nutzen, ist unbekannt.

Wie praktikabel ist der Hebammenkreißsaal für Kliniken?

Neben Fragen zu wirtschaftlicher Rentabilität und rechtlichen Voraussetzungen von Hebammenkreißsälen, die hier nicht behandelt werden, hängt die Praktikabilität des Modells vor allem von der Bereitschaft der Einrichtungen, sich mit konzeptionellen Neuerungen zu befassen, organisatorische Veränderungen durchzuführen und von personellen Ressourcen ab. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen, die durch eine Zunahme der Geburtenzahlen bei einem gleichzeitigen Mangel an klinisch tätigen Hebammen gekennzeichnet ist, erweist sich vor allem die personelle Ausstattung für die Hebammentätigkeit als Problem. Mittlerweile berichten Einrichtungen, die das Versorgungskonzept anbieten, von Weiterleitungen in das ärztliche Versorgungsmodell aus organisatorischen Gründen, d.h. aufgrund personeller Engpässe. Soll gesundheitspolitisch das Ziel sein, den HGK weiter zu verbreiten, muss insbesondere eine Kapazitätserweiterung erfolgen - nicht nur durch die Eröffnung neuer HGKs, sondern auch durch eine Zunahme der Anzahl klinisch tätiger Hebammen.

Attraktivität des Hebammenkreißsaals für Schwangere

Die Attraktivität des Konzepts für Schwangere ist schwierig zu beantworten. Die Durchsicht der Literatur sowie die Debatten auf unseren beiden Klausurtagungen weisen jedoch darauf hin, dass die Attraktivität für einzelne Komponenten des Modells unterschiedlich ausfällt.

Die dem Versorgungskonzept inhärente Komponente der Eins-zu-Eins Betreuung für Gebärende besitzt eine große Anziehungskraft, da aufgrund des Mangels an klinisch tätigen Hebammen bei Schwangeren die Befürchtung besteht, unter der Geburt unzureichend betreut zu werden.

Die Philosophie des Gesamtkonzepts beinhaltet aber auch die Vorstellung, aus eigener Kraft und interventionsarm zu gebären. Ob dieser Aspekt für Gebärende einen vergleichbar hohen Stellenwert hat wie die Fragen nach der Betreuungskontinuität durch eine Hebamme ist offen. Aus den hierzu vorliegenden Publikationen kann geschlossen werden, dass ein Großteil der Gebärenden eine Dichotomisierung in ‚ganz natürlich‘ oder ‚alles technisch‘ ablehnt und für ihre Geburt ‚das Beste‘ aus beiden Modellen wünscht (42, 32). Dies trifft insbesondere auf die Situation zu, bei Wunsch nach einer Schmerzerleichterung jederzeit die Möglichkeit zur Durchführung einer Regionalanästhesie zu haben.

(2.) Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Umsetzung des Hebammenkreißsaals – die empirische Praxis in NRW

Übersicht

Welche Aussagen und Erkenntnisse lassen sich aus unseren Debatten über ein ‚Best Practice‘ Modell Hebammenkreißsaal gewinnen?

Zunächst wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Implementierung und gelebten Praxis der Institutionen mit Hebammenkreißsälen betrachtet. Die

Bestandsaufnahme ergab, dass sich alle Einrichtungen in NRW bei der Einrichtung des HGK am Handbuch Hebammenkreißsaal orientieren, jedoch durchaus in unterschiedlichem Maß.

Die vier Themenkomplexe, im Handbuch auch als Arbeitspakete bezeichnet, nämlich die institutionelle, organisatorische, inhaltliche und formale Vorbereitung, wurden unterschiedlich umgesetzt. Hervorzuheben sind insbesondere die folgenden Punkte:

- Der Hebammenkreißsaal wurde meist ohne eine formale Vorab-Analyse im Rahmen der institutionellen Vorbereitung eingeführt;
- In der organisatorischen Vorbereitung zeigten sich zwischen den Einrichtungen große Unterschiede bezüglich der Einbeziehung institutioneller Funktionsträger (Beispiel Vertreter des Qualitätsmanagements oder der Pflegedienstleitung) und von Vertretern der vor- oder nachbetreuende Arbeitseinheiten (Beispiel Wöchnerinnenstation) in die Planung. Entsprechend wurde die Schnittstellengestaltung (z.B. zwischen Kreißsaal und Wöchnerinnenstation) in den jeweiligen Institutionen sehr unterschiedlich umgesetzt;
- Die formal-rechtliche Vorbereitung lehnte sich meist eng an die Vorgaben des Handbuchs an. Insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen werden dort ausführlich besprochen (4). Alle Einrichtungen erstellten eine Einverständniserklärung, die von der Schwangeren unterschrieben werden muss. Diese Maßnahme trägt der besonderen Situation Rechnung, dass die Gebärende im Fall eines unauffälligen Geburtsverlaufs nachdrücklich auf die im Krankenhaus vorgesehene Anwesenheit eines Arztes zur Geburt verzichtet;
- Die inhaltliche Umsetzung des Konzeptes kann nur unter Bezugnahme auf institutionelle und organisatorische Zusammenhänge dargelegt werden. Wir stellen die Schwierigkeiten hier am Beispiel des Betreuungsbogens dar.

Der Betreuungsbogen

Ein Betreuungsbogen, der den ambulanten Bereich der Schwangerschafts- und Wöchnerinnenbetreuung sowie den stationären Bereich Geburt umfasst, ist aufgrund der derzeitigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems schwerlich realisierbar. Die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zeichnen sich vielmehr durch die fehlende intersektorale Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung aus. Hebammen oder Ärzte, die eine Schwangere betreuen, sind nur dann auch Betreuende bei der Geburt, wenn sie als Beleghebammen oder in Beleg-Abteilungen arbeiten. Die Versorgungsform der Beleghebamme bzw. des Facharztes mit Belegbetten in einer Einrichtung ist nicht verbreitet und steht daher nur einem sehr kleinen Anteil Schwangerer zur Verfügung. Die Betreuung im Wochenbett wiederum findet bei Frauen, die die Schwangerenvorsorge ausschließlich ärztlich durchgeführt haben, durch eine ihr bis dato unbekannte Hebamme statt.

Der im Handbuch dargelegte Betreuungsbogen, der eine Betreuungskontinuität ab Schwangerschaftsbeginn bis zum Ende der Stillzeit umfasst, wird daher in keiner Institution umgesetzt. Die Anwender nutzen nur Teile des im Handbuch ausgeführten Betreuungsbogens, und beziehen die Betreuungskontinuität vor allem auf den Bereich der Geburt bzw. des stationären Aufenthaltes der Frau im Rahmen der Geburt, der meist einen Aufenthalt auf der Wöchnerinnenstation beinhaltet. Hier stellen institutionelle Vorgaben und Dienstplangestaltungen oftmals weitere Hürden für eine Umsetzung des Betreuungsbogens dar. In manchen Kliniken reicht der Betreuungsbogen daher nicht einmal über den gesamten stationären Aufenthalt – dort wird die Wöchnerin nach hebammengeleiteter Geburt von dem ‚üblichen‘ Personal der Wöchnerinnenstation betreut. Dies ist insbesondere in den Einrichtungen der Fall, in denen das Personal der angegliederten Funktionseinheiten (Wöchnerinnenstation, Kinderzimmer, Schwangerenambulanz etc.) nicht in die Projektplanung und -arbeit einbezogen war.

Von allen Kliniken wird das Betreuungskonzept für den Bereich der Geburt in ähnlicher Weise umgesetzt. Dies gilt für (a) das Auswahlverfahren mithilfe des Kriterienkatalogs; (b) die organisatorische Ausgestaltung der Betreuung unter der Geburt; (c) die interdisziplinäre Zusammenarbeit; sowie (d) die kontinuierliche Bewertung der Eignung der Gebärenden inklusive der Weiterleitungskriterien. Diese vier Bereiche können als Kern der Hebammenkreißsäle in NRW bezeichnet werden. Gleichzeitig wurde im Rahmen unserer Fachtagungen von den anwesenden Hebammen mehrfach übereinstimmend angemerkt, dass die Umsetzung der kontinuierlichen Betreuung unter Geburt (Eins-zu-Eins) aufgrund der derzeitigen Personalsituation sowie den steigenden Geburtenzahlen zu einer großen Herausforderung geworden ist.

Zusammenarbeit zwischen den Professionen

Bemerkenswert, weil auch die gesundheitspolitische und insbesondere die verbandspolitische Debatte tangierend, war die Reaktion der Teilnehmer unserer Klausurtagungen auf die Frage, wie sich die Arbeit im Hebammenkreißsaal auf die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärzten auswirkt. Übereinstimmend betonten Ärzte wie Hebammen, dass sie die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur als

unproblematisch empfinden; beide Seiten betonten sogar die Entstehung eines Team-Effekts.

Im Rahmen der zweiten Klausurtagung wurde in homogenen Arbeitsgruppen (Hebammen und Ärzte getrennt) die Frage diskutiert „Was wir an der Zusammenarbeit mit Euch (Ärzten bzw. Hebammen) besonders schätzen“. Hier wurde sehr deutlich, dass die Arbeit im Hebammenkreißsaal zu gegenseitigem Vertrauen führt. Zwischen den Berufsgruppen findet ein besserer Austausch statt, gegenseitige Unterstützung wird gegeben. Arbeiten auf Augenhöhe wird gelebt, ein gemeinsames Ziel verfolgt. Gleichzeitig fordert das Betreuungskonzept die Beteiligten immer wieder heraus, kritisch das eigene Handeln zu überdenken. Der positive Effekt in der interprofessionellen Zusammenarbeit resultiert in einem ‚Spill-over‘ in das ärztlich geleitete Modell: Hebammen wenden ihre für die Arbeit im HGK erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten auch in der Betreuung einer ärztlich geleiteten Geburt an und verbessern damit auch die Betreuungsqualität im konventionellen Versorgungsmodell; zudem wird der bessere Austausch zwischen den Berufsgruppen auch im ärztlichen Versorgungsmodell gelebt.

[Unterwegs zu einer ‚Best Practice‘ – ein verschlankter Kriterienkatalog](#)

Eine mögliche Ursache, die zur mangelnden Inanspruchnahme des Konzepts beiträgt, besteht in dem zweistufigen Einschlussverfahren. Dieses macht eine frühzeitige Anmeldung der Schwangeren, die sich für das Modell interessieren erforderlich. Schwangere, die keine Kenntnis vom HGK haben, stellen sich üblicherweise vier bis sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin in der Klinik ihrer Wahl vor. Damit scheiden sie für eine Geburt im HGK aus formalen Gründen aus, da hier der erste Gesprächstermin für den Zeitraum 24. bis 28. Schwangerschaftswoche, also sechs bis zehn Wochen früher vorgesehen ist. Daher entstand der Impuls, einen verschlankten Kriterienkatalog zu erstellen, der das Aufnahmeverfahren auf einen Kontakt in der Spätschwangerschaft reduziert.

Der verschlankte Kriterienkatalog erfüllt mehrere Zwecke:

- Die Verringerungen der Anzahl der Vorgespräche mit Schwangeren über ihre Eignung für den Hebammenkreißsaal von zwei auf eines ermöglicht Kliniken mit einem

vorhandenen HGK eine höhere Zulassung von Schwangeren für das Entbindungsmodell.

- Darüber hinaus lässt sich der verschlankte Aufnahmeprozess leichter in bestehende Klinikstrukturen integrieren und vereinfacht damit Institutionen, die eine Einführung planen, die Implementierung.
- Der verschlankte Kriterienkatalog bietet somit das Potential, einen höheren Verbreitungsgrad des Hebammenkreißsaals zu ermöglichen. So können Schwangere, die bis in die Spätschwangerschaft keine Kenntnis von dem Versorgungskonzept haben, auch noch bei der Vorstellung zur Geburt, die üblicherweise vier bis sechs Wochen vor dem Entbindungstermin stattfindet, über das Konzept informiert und – sofern Interesse geweckt ist – sogleich bezüglich ihrer Eignung geprüft und ggf. in den HGK aufgenommen werden.
- Auch der Zwang für Schwangere, schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft zum Konzept informiert zu sein, sich anzumelden und eine Entscheidung treffen zu müssen entfällt hierdurch.
- Der verschlankte Kriterienkatalog mit einem Zulassungsgespräch zu einem späteren Zeitpunkt erspart darüber hinaus auch den Frauen, die sich für eine hebammengeleitete Geburt entschieden haben, durch die Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf aber zwischen dem ersten und dem zweiten Gespräch wieder ausscheiden (z.B. aufgrund der Entstehung eines Gestationsdiabetes oder einer Lageanomalie des Feten) die damit verbundenen Frustrationen.

Der verschlankte Kriterienkatalog soll keineswegs die Angemessenheit des im Handbuch Hebammenkreißsaal erstellen Katalogs in Frage stellen. Vielmehr geht es darum, den Kliniken, die einen HGK neu einrichten wollen, jedoch nur das Segment hebammengeleitete Geburt implementieren möchten, ein praktikables Instrument als Alternative zur Verfügung zu stellen.

(3.) Diskussion der Argumente von Gegnern des Hebammenkreißsaals und anderen Widerständen

Auf unseren Klausurtagungen wurde auch das Thema ‚Hemmnisse‘ und ‚Widerstände‘ bei der Einrichtung von HGKs aufgegriffen. Die Diskussion erbrachte aber wenige Einsichten,

vielleicht deswegen, weil diejenigen, die in und mit einem Hebammenkreißsaal arbeiten, zu ‚Überzeugten‘ des Konzepts geworden sind. Aus diesem Grunde beschlossen die GESchlick-Projektverantwortlichen, zusätzlich ausgewiesene Gegner des Versorgungskonzepts zu befragen. Ausgewählt wurden zwei Personen, die jeweils eine ärztliche und eine rechtliche Sichtweise gegen den Hebammenkreißsaal vertreten. Ihre Positionen werden hier anonymisiert und nur in der Sache wiedergegeben.

Ein zentrales Argument der ärztlichen Gegner des Versorgungskonzepts ist die These, das Konzept treibe einen Keil zwischen die Berufsgruppen. Bisher, so die Aussage, würden Hebammen und Ärzte als Team zusammenarbeiten. Der HGK würde die beiden Berufsgruppen nunmehr trennen und sie ‚in Lager spalten‘.

In den Einrichtungen in NRW, die schließlich einen Hebammenkreißsaal einrichteten, waren die Initiatoren und Unterstützer während der Anfangsphase genau mit diesen Befürchtungen konfrontiert. Heute sind dort diese Bedenken zerstreut.

Die positive Wertschätzung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Betroffenen lässt die Annahme zu, dass Kritik vor allem von denjenigen geäußert wird, die keine eigene Erfahrung mit dem Konzept Hebammenkreißsaal haben und sich nicht mit der vorhandenen Literatur auseinandersetzen. Die These vom ‚Keil zwischen die Berufsgruppen treiben‘ kann als Ausdruck der Ablehnung von Veränderungen, als Wunsch, den Status Quo zu erhalten, als Skepsis vor dem Resultat des eigenverantwortlichen Arbeitens der Berufsgruppe der Hebammen oder gar als Angst vor Machtverlust interpretiert werden.

Die Rechtslage, so die Gegner des Versorgungskonzepts, liefert ein starkes Argument für die ärztliche Präsenz bei der Geburt. Entsteht ein Geburtsschaden, ist neben der betreuenden Hebamme immer auch der zuständige ärztliche Mitarbeiter mit angeklagt. Darüber hinaus beinhaltet das rechtliche Regelwerk die Erfüllung eines Facharzt-Standards bei der Geburt. Dagegen spricht, dass auch im Hebammenkreißsaal bereits im Rahmen der Schwangerschaft als auch unter der Geburt durch die Anwendung des Kriterienkatalogs mit seinen Handlungsanweisungen fortwährend ein intensiver Austausch zwischen Ärzte und Hebammen stattfindet.

Ein HGK kann nur funktionieren, wenn er von beiden Berufsgruppen volle Unterstützung erhält. Die Übernahme der Verantwortung durch Hebammen führt zu einem intensiveren

Austausch zwischen den Berufsgruppen, und entfaltet die gegenteilige Wirkung als von ihren Kritikern postuliert.

Widerstände gegen das Modell gibt es jedoch auch von Hebammenseite. Diese beruhen insbesondere auf (a) der Angst vor Übernahme der Verantwortung; (b) der Hemmschwelle, sich neue Kenntnisse anzueignen; sowie (c) der bereits hohen Arbeitsbelastung im klinischen Alltag.

Widerstände weiterer Akteure (Krankenhaussträger, Versicherungen etc.) waren nicht Gegenstand des Forschungsprojekts. Das Wissen um deren Argumente ist jedoch sicherlich Vorbedingung einer erfolgreichen Verbreitung des Konzepts.

(V.b) Diskussion der nationalen und internationalen Literatur

(1.) Publikationen aus Deutschland

Mehrere gesundheitspolitische Publikationen haben das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal zum Thema. Erwähnenswert sind vor allem die Vorstellung des Modells in der Broschüre des BMG 2017 (38), für NRW die Broschüre der Verbraucherzentrale 2015 (68), sowie die Empfehlung des Runden Tisches Geburtshilfe NRW von 2015 zur Weiterentwicklung des Konzepts (5). Diese Veröffentlichungen werden flankiert von einer Reihe von Untersuchungen – zumeist des *Verbunds Hebammenforschung* und daraus hervorgegangener Forschungsverbände.

Dennoch haben die darin formulierten gesundheitspolitischen Empfehlungen und wissenschaftlichen Ergebnisse bisher nicht zu einer größeren Verbreitung geführt. Mögliche Erklärungen sind u.a., dass an der Formulierung der Empfehlungen nicht alle Interessensvertreter beteiligt waren, und diese ihre Verbände und Informationsmöglichkeiten nicht zur Bekanntmachung nutzten; oder die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas nicht in hochrangigen internationalen Journalen erfolgte und daher von Gegnern des Modells nicht wahrgenommen bzw. nicht für ausreichend gehalten wurde, um ihre Skepsis zu widerlegen.

(2.) Bedeutung des Modells im internationalen Vergleich – Einfluss der ‚Birthplace Studie‘

Das Versorgungskonzept wurde in Deutschland erst nach seiner Einführung in anderen europäischen Ländern (Skandinavien, Großbritannien) etabliert. Jedoch fand das Konzept auch in anderen Ländern oft keine große Verbreitung (22). Für Großbritannien führte die Publikation der Birthplace Studie 2011 zu einer Zäsur (2). Diese auf höchstem wissenschaftlichen Niveau durchgeführte Studie erbrachte den Nachweis, dass im Vergleich zum ärztlich geleiteten Versorgungsmodell Geburten im hebammengeleiteten Konzept für Frauen mit niedrigem Risiko zu einer niedrigeren Interventionsrate und höheren Rate an vaginalen Geburten bei vergleichbarem Resultat für die Neugeborenen führen. Das ‚National Institute for Health and Care Excellence‘ (NICE) überarbeitete daraufhin seine klinische Leitlinie „Intrapartum care for healthy women and babies“ (3). Bezüglich der Beratung Schwangerer zur Wahl des Geburtsorts wird die Birthplace Studie in dieser Leitlinie detailliert zitiert. Die verschiedenen Entbindungsorte (geburtshilfliche Abteilung, Hebammenkreißsaal, Geburtshaus, Hausgeburt) werden in der Leitlinie ausgeführt, die Beratenden werden aufgefordert, die Ergebnisse der Studie in ihre Beratung einzubeziehen und mit der Schwangeren zu diskutieren.

Die Hauptstudie wurde von mehreren Publikationen und Berichten flankiert (Details siehe Internetseite der ‚National Perinatal Epidemiology Unit‘, abgerufen am 17.4.2019) (69). Insbesondere erwähnenswert erscheint die vom ‚National Institute for Health Research‘ geförderte Studie, die, basierend auf der Birthplace Studie weiterführende Analysen insbesondere unter dem Aspekt der Versorgungsforschung durchführte (70). Lag der Anteil der Frauen, die in England in einer hebammengeführten Einrichtung entbunden haben im Jahr 2007 bei ca. 5%, so stieg dieser Anteil in den darauffolgenden Jahren auf ca. 11%. Auch wenn sich die Versorgungsstrukturen zwischen Deutschland und England unterscheiden - warum diese sowohl aufgrund ihres prospektiven Designs als auch der Anzahl rekrutierter Frauen (64.538 Gebärende) einzigartige Studie bisher in der bundesdeutschen Diskussion keine Berücksichtigung und keinen Eingang in die Literatur gefunden hat (48, 46), bleibt unerklärlich.

(V.c) Entwicklung eines ‚Best Practice‘ Modells

Ist die Entwicklung eines ‚Best Practice‘ Modells eine geeignete Maßnahme, um eine Verbreitung des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal zu fördern?

Legt man die von der ILO gegebene Arbeitsdefinition zugrunde (14), ist die Erstellung eines ‚Best Practice‘ Modells, das auf systematische Art die Arbeitsweise der Hebammenkreißäle zusammenfasst, eine Bedingung für dessen Förderung. Dort heisst es: “Best practice is a means of systematically building on effective approaches to any given issue by examining existing experiences and processes that work, understanding them in the light of agreed values, expert opinion and the best available evidence and extracting from them lessons learnt that can be applied in the context of different social, economic and cultural settings.”

Die ILO-Definition leitet eine ‚Best Practice‘ aber nicht nur aus der Systematisierung der Erfahrungen bereits etablierter Einrichtungen ab. Um eine ‚Best Practice‘ als Förderstrategie zu erhalten, muss ein Konzept auch (a) den vorherrschenden Werten entsprechen, (b) Expertenmeinungen widerspiegeln, und (c) die Erfahrungen müssen in den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Kontext eingebunden werden. Hinsichtlich dieser Faktoren sind in NRW – und aufgrund der aktuellen Zahlen übertragbar auf Deutschland – deutliche Einschränkungen festzustellen.

(a) Das Versorgungsmodell HGK reflektiert derzeit (noch) nicht generell akzeptierte Werte und Prinzipien. Der HGK ‚passt‘ derzeit auch (noch) nicht in die gegenwärtige geburtshilfliche Kultur.

(b) Eine breit verankerte Expertise im Sinne zahlreicher Untersuchungen, wissenschaftlicher Veröffentlichungen und einer großen Anzahl von Experten ist nicht vorhanden. Darüber hinaus fehlt (derzeit) auch die institutionelle Integration des Konzepts in den beteiligten Berufsgruppen, insbesondere für die Ärzteschaft.

(c) Die wirtschaftliche Frage nach einem ‚Value for Money‘ ist derzeit nicht zu beantworten. Unter anderem müssten mögliche Zusatzkosten für einen höheren Personaleinsatz von Hebammen mit dem Spareffekt bei ärztlichen Leistungen bzw. dem Mehrverdienst von Kliniken durch deren anderweitige Tätigkeiten verglichen werden. Wären Arbeitsfreisetzung von Ärzten und vermehrter Arbeitsaufwand von Hebammen im gleichen Verhältnis festzustellen, könnten Einrichtungen unter sonst konstanten Bedingungen ihren Umsatz steigern. Bestätigen sich die Aussagen, dass HGKs die Kaiserschnitttrate senken und der

Apparateinsatz abnimmt, könnten dies betriebswirtschaftliche Faktoren für oder gegen das Modell werden.

Unter diesen Rahmenbedingungen kann ein ‚Best Practice‘ Modell derzeit nicht darauf zielen, Teil einer Strategie zu einer länderweiten Verbreitung des Versorgungskonzepts Hebammenkreißaal zu sein. Hierfür sind andere Instrumente geeignet, die z.B. in der WHO-Initiative „Implementing Best Practices“ beschrieben werden (20, 21). Vielmehr kann es aufgrund der limitierenden Rahmenbedingungen nur darauf zielen, die Voraussetzungen für Institutionen positiv zu beeinflussen, die bereits jetzt die Bereitschaft zur Einrichtung bzw. Erweiterung eines HGKs haben.

GESchIcK leistet in dreifacher Weise einen Beitrag, um die Rahmenbedingungen für den Ausbau von HGKs in NRW zu schaffen:

(1) Angebotskapazität: Wir haben einen verschlankten Kriterienkatalog entwickelt, der die Erfahrungen mit dem Hebammenkreißaal in NRW widerspiegelt. Er schafft eine Voraussetzung, um die Angebotskapazität zu erhöhen.

(2) Entwicklung von Expertise: Im Rahmen des Forschungsprojekts GESchIcK legen wir neben der hier vorgestellten Diskussion eines ‚Best Practice‘ Modells eine Untersuchung zur medizinischen Sicherheit des Modells vor. Die Ergebnisse werden das Wissen über die medizinische Sicherheit von Hebammenkreißälen in NRW vertiefen. Eine Umfrage unter Schwangeren wird zudem die Gründe für die Wahl bzw. Ablehnung einer Geburt im Hebammenkreißaal untersuchen. Damit soll belegt werden, dass Hebammenkreißäle medizinisch sicher sind, und dass die geringe Nachfrage nach einer Geburt im HGK mit einer entsprechend gestalteten Öffentlichkeitsarbeit gesteigert werden kann.

(3) Verbreitung des Wissens über den Hebammenkreißaal in den jeweiligen Berufsgruppen: Unsere Ergebnisse werden über Publikationen und Kongressbeiträge in die jeweiligen Berufsgruppen getragen. Es ist zu erwarten, dass darüber die Wahrnehmung zu den

Vorteilen des Versorgungskonzepts steigt, und die Bereitschaft, dieses als ein alternatives Betreuungsmodell zu akzeptieren, verbessert wird.

VI Anhang

ANHANG 1. Fragebogen EINS

Checkliste externe Hebammenkreißsäle, erstes Treffen

Klinik; CA; Kreißaal-OA; ltd Hebamme

Datum:

(I) Allgemeine Fragen

Versorgungslevel _____

Geburten / Jahr _____

Anzahl Kreißsäle _____

Planstellen Hebammen _____

Rufbereitschaften für Hebammen ja nein

Planstellen Ärzte _____

Anmeldung zur Geburt ja nein

wenn ja: ärztliche Sprechstunde ja nein

Hebammensprechstunde ja nein

für alle Schwangeren ja nein

nur für HGK ja nein

nur für Risiko-Schwangere ja nein

(II) Eckdaten Hebammenkreißaal

Eröffnung HGK _____

Anmeldungen HGK / Monat _____

Geburten / Jahr im HGK _____

Leitbild erstellt? ja nein

Rechtliche Prüfung durch KH-Versicherung? ja nein

Öffentlichkeitsarbeit? ja nein

wenn ja: elektronisch ja nein

Informationsveranstaltungen ja nein

Printmedien ja nein

sonstige _____

Statistische Erfassung? ja nein

wenn ja: Anmeldungen HGK ja nein

Geburten im HGK ja nein

geburtshilfliche Daten ja nein

Neugeborenen-Daten ja nein

sonstige _____

(III) Organisation Hebammenkreißsaal

Anzahl Anmeldegespräche / Monat _____

Dauer Anmeldegespräche _____

Kriterienkatalog vorhanden: ja nein

wenn ja: Erstellung mit Ärzten ja nein

Erstellung mit Pflegepersonal ja nein

Beteiligung weiterer Berufsgruppen _____

Hebammen in Rufbereitschaft für HGK ja nein

gesamtes Hebammenteam im HGK ja nein

zweite Hebamme zur Geburt ja nein

Dokumentation ja nein

wenn ja: Einverständniserklärung ja nein

Vorsorgebogen ja nein

Wünsche zur Geburt ja nein

Evaluationsbogen ja nein

Sonstige Dokumente _____

Bemerkungen _____

ANHANG 2. Fragebogen ZWEI

2. Erhebungsbogen

Forschungsprojekt Hebammenkreißaal NRW

Klinik

Datum.....

Interview mit Hebamme

Arzt

Von der Idee...

1. Woher / von wem kam die Idee, einen Hebammenkreißaal in Ihrer Klinik zum Implementieren?

2. Wie haben Sie es erreicht, das Team für das Konzept Hebammenkreißaal zu motivieren?

3. Haben Sie einen bestehenden Hebammenkreißaal kontaktiert?

nein ja, welche?

4. Haben Sie im Vorfeld einen anderen Hebammenkreißaal besucht?

nein ja, welche?

...zur Implementierung

5. Waren außer den Hebammen weitere Berufsgruppen an der Implementierung beteiligt?

nein

wenn ja, welche?.....

6. Haben Sie bei der Implementierung mit dem Handbuch Hebammenkreißaal der Hochschule Osnabrück gearbeitet?

nein ja

7. Gab es andere Literatur, die herangezogen wurde?

nein

wenn ja, welche?.....

8. Haben Sie eine IST-Analyse im Vorfeld durchgeführt?

nein ja

9. Haben Sie eine Steuerungsgruppe für die Implementierung gebildet?

nein ja

Wenn ja, wen haben Sie alles an der Steuerungsgruppe beteiligt?

10. Haben Sie einen Projektplan erstellt?

nein ja

11. Haben Sie Untergruppen für die Implementierung gebildet?

nein ja

12. Haben sich alle Hebammen an der Implementierung beteiligt?

ja wenn nein, Gründe?

13. Wie lange hat die Implementierung gedauert?

14. Haben Sie besondere Fortbildungen im Rahmen der Implementierung im Hebammen-Team durchgeführt?

nein ja

Wenn ja, welche?

15. Haben Sie eine besondere rechtliche Prüfung des neuen Konzeptes in Ihrer Einrichtung durchgeführt?

nein ja

Wenn ja, gab es Probleme? Welche?

16. Haben Sie Betreuungskriterien für die Arbeit im Hebammenkreißaal bzw. ein Leitbild entwickelt?

nein ja

Wenn ja, wie und welche? (z.B. Umgang mit Schmerz, Selbstbestimmung fördern etc.)....?

17. Haben Sie Fallbesprechungen eingeführt (im Hebammenteam/interdisziplinär)?

nein ja

18. Wurden andere Bereiche im Krankenhaus, wie Wöchnerinnenstation, Neugeborenen-Zimmer, Schwangerenambulanz, Elternschule etc. an der Implementierung beteiligt?

nein, Gründe?

ja, gab es hier Veränderungen durch den HGK?

Alltag im Hebammenkreißaal

19. Wie wird eine 1 zu 1 Betreuung umgesetzt?

20. Wie wird die Hinzuziehung des Arztes bei Fragen umgesetzt?

21. Hat sich Ihr Kriterien-Katalog Hebammenkreißaal in der Praxis bewährt?

Ja, was klappt gut?

Nein, Gründe?

22. Haben Sie Anpassungen an Ihrem Kriterienkatalog Hebammenkreißaal vorgenommen?

nein ja, welche?

23. Bieten Hebammen die Versorgung von Geburtsverletzungen an?

ja nein, was sind die Hindernisse?

24. Arbeiten noch alle Hebammen im Team im Hebammenkreißaal oder gibt es Hebammen, die ihre Mitarbeit im Hebammenkreißaal beendet oder nie begonnen haben?

ja nein, Gründe?

25. Hat die Arbeit im Hebammenkreißaal Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit?

26. Gibt es ein Einarbeitungskonzept für neue Kolleginnen?

ja nein

Rückblick / Ausblick

Nach XX Monate n/Jahren Hebammenkreißaal an ihrem Haus....

31. Wo sehen Sie die Stärken des Konzeptes?

32. Wo sehen Sie die Schwächen des Konzeptes?

33. Was würden Sie einer Klinik empfehlen, die sich dem Konzept Hebammenkreißaal neu zuwenden möchte?

ANHANG 3.
 Programm
 Klausurtagung
 EINS

Landeszentrum Gesundheit
 Nordrhein-Westfalen




GEschICK
 Universitätsklinikum Bonn

**Der hebammengeleitete
 Kreißsaal-
 Entwicklung eines
 „Best Practice Modells“**



Anfahrt zur Frauenklinik (Gebäudenummer 60)

Mit Bus und Bahn

- Ankunft: Bonn Hauptbahnhof
 - Busbahnhof: Bussteig A1
 + Linie 600 Richtung: Ippendorf Altenheim;
 Haltestelle: Uniklinikum Nord
 + Linie 601 Richtung: Venusberg
 Haltestelle: Uniklinik Hauptpforte

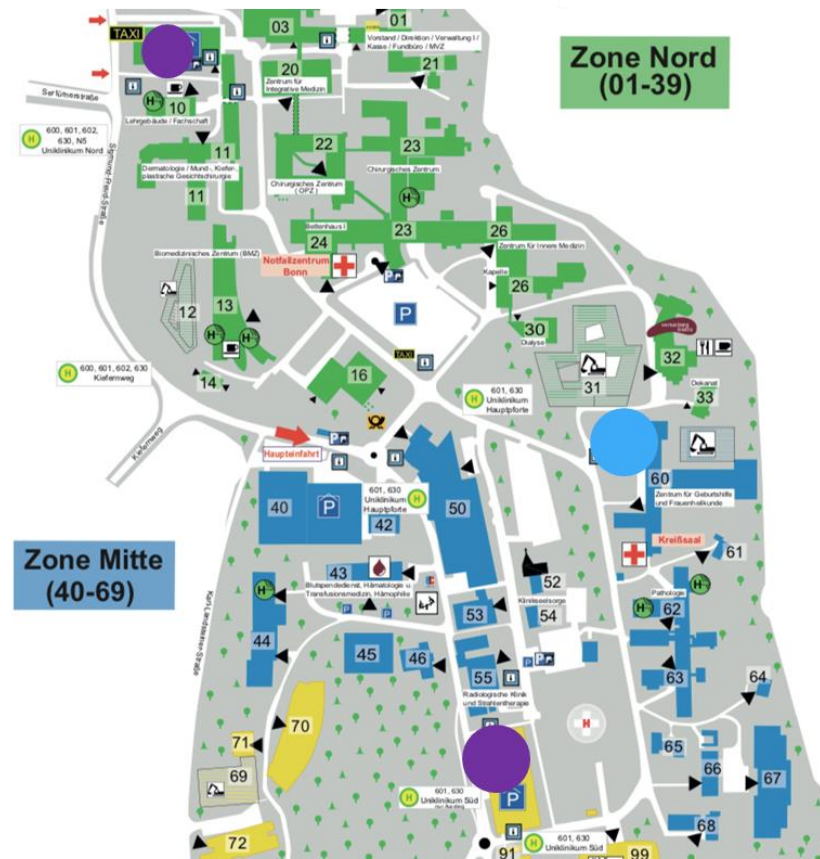
Mit dem PKW

Bitte ins Navi eingeben: Sigmund-Freud-Str. 25,
 53127 Bonn ●

Parkplatz: im Parkhaus Nord oder Süd ●

Bei Fragen melden Sie sich bitte:

Waltraut Merz: 015158233132
 Andreas Kocks: 015158233412
 Andrea Heep: 01776067155



**Entwicklung eines „Best Practice Modells“
hebammengeleiteter Kreißsäle**

1-tägige Klausur von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (je eine Hebamme und einE Arzt / Ärztin) der sieben Kliniken Nordrhein-Westfalens, die mit dem Konzept des hebammengeleiteten Kreißsaals arbeiten

Datum: 06.12.2018. (09:00 – 17:00)

Ort: Bibliothek, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Universitätsklinik Bonn (Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn)

Ziele der Veranstaltung:

Die Komponenten eines Best Practice Modells von hebammengeleiteten Kreißsälen sind identifiziert

Wesentliche Herausforderungen bei der Umsetzung der einzelnen Komponenten sowie des Gesamtkonzepts sind identifiziert und diskutiert

Erfolgsfaktoren für die Umsetzung von hebammengeleiteten Kreißsälen sind identifiziert

Ablauf	
09:00	Eröffnung, Begrüßung, Vorstellungsrunde
09:30	Ziele und Programm, Organisatorisches
09:45	Vorstellung der Ergebnisse aus der Vorabfrage zu Hebammenkreißsälen (Dr. Merz / Fr. Heep)
10:30	Kaffeepause
10:45	Hemmende und treibende Kräfte bei Einführung und Betrieb hebammengeleiteter Kreißsäle <ol style="list-style-type: none">1. Arbeitsgruppen2. Vorstellung und Diskussion der Arbeitsgruppenergebnisse
12:30	Mittagspause
13:30	Empfehlungen, um Hürden bei Einführung bzw. Herausforderungen im Betrieb von Hebammenkreißsälen zu begegnen <ol style="list-style-type: none">1. Arbeitsgruppen2. Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse
15:00	Kaffeepause
15:15	Analyse der Kritik an Hebammenkreißsälen
16:00	Ausblick (nächsten Schritte, Vereinbarungen) Feedback und Abschluss der Veranstaltung

ANHANG 4. Klausurtagung EINS, Poster Eins

Ausgewählte Kennzahlen der hebammengeleiteten Kreißsäle NRW

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6	Klinik 7
Versorgungslevel	IV	IV	II	I	I	IV	I
Geburten/ Jahr	1485	ca. 800	ca. 1400	1518	2513	ca. 1000	ca. 2000
Anzahl KRS	4	3	4	4	6	4	4
Rufbereitschaft	ja	ja	freiwillig, z.Z. nein	nein	ja (freiwillig nachts)	ja, (nachts, immer im Haus anwesend)	nein
Anmeldung zur Geburt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Hebammensprechstd.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Anmeldungen im Hebammenkreißsaal/Monat	15 bis 20	4 bis 5	10 bis 15	20	12 bis 16	4 bis 5	10
Geburten im Hebammenkreißsaal/Jahr	ca. 120	ca. 64	60-70	ca. 87	75-95	20-30	ca. 50
Leitbild	nein	nein	nein	nein	ja	nein	Philosophie HGK
Rechtl. Prüfung	ja	ja	ja	nein	Ja	ja	ja
Anzahl Anmeldegespr./Monat	32	ca. 10	40-60	20 ("nur" noch Erstgespräch)	32	4 bis 5	24
Dauer Anmeldegespr.	45min	45-60min; 15min	60min; 30min	45min	1h	30min/15min	120min/60min
Kriterienkatalog	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Erstellung mit Ärzten	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Erstellung Pflegepersonal	nein	nein	nein	nein	nein	Ja	nein
weitere Berufsgruppen	QM Beauftragte	nein	nein	nein	nein	nein	Pflegedirektion
Rufbereitschaft für den Hebammenkreißsaal	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
gesamtes H-Team im Hebammenkreißsaal	ja	nein (zur Zeit 2 Hebammen nicht im HGK)	ja	ja	nein (zur Zeit 2 Hebammen nicht im HGK)	ja	ja
zweite Hebamme zur Geburt	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja

Stärken und Schwächen der hebammengeleiteten Kreißsäle NRW



- ÄrztInnen
- Hebammen



● ÄrztInnen

● Hebammen



ANHANG 8. Programm Klausurtagung ZWEI

Anfahrt zur Frauenklinik (Gebäudenummer 60)

Mit Bus und Bahn

Ankunft: Bonn Hauptbahnhof
- Busbahnhof: Bussteig A1
+ Linie 600 Richtung: Ippendorf Altenheim;
Haltestelle: Uniklinikum Nord
+ Linie 601 Richtung: Venusberg
Haltestellen: Uniklinik Hauptforte

Mit dem PKW

Anfahrt 1:

BAB 565 bis zur Abfahrt Bonn-Poppelsdorf.
Die Ausfahrt führt direkt auf die Reuterstraße,
Richtung Bad Godesberg 1. Ampel rechts in den
Jagdweg (ab hier Ausschilderung „Uni-Kliniken“.)
geradeaus auf die T-Kreuzung, dann links den
Berg hinauf, an der nächsten Kreuzung rechts
und dann der Straße folgen (Sigmund-Freud-
Straße); diese endet an der Pforte des UKB

Anfahrt 2:

B 42 / BAB 562 über die Südbrücke (Konrad
Adenauer Brücke) B9 Richtung Bonn-Innenstadt
Dann zur Reuterstraße fahren, dann in die
Argelanderstraße rein, dann links in die
Lothastraße, dann links Sigmund-Freud Straße

Parkplatz: im Parkhaus Nord oder Süd

Adresse

Universitätsklinikum Bonn
Campus Venusberg,
Frauenklinik (Gebäude 60) –
Bibliothek UG
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Lageplan UKB



Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



GEschICK
Universitätsklinikum Bonn

**Der hebammengeleitete
Kreißaal**
*Entwicklung eines
„Best Practice Modells“ für NRW*

2. Workshop
13.03.19
9:00 – 17:00

ukb universitäts
klinikumbonn

**Entwicklung eines „Best Practice Modells“
hebammengeleiteter Kreißsäle
2. Workshop**

Datum: 13.03.2019 09:00 – 17:00

Ort: Bibliothek, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Universitätsklinik Bonn (Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn)

TeilnehmerInnen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (je eine Hebamme und einE Arzt / Ärztin) der sieben hebammengeleiteten Kreißsäle NRW

Ziele der Veranstaltung:

- Der überarbeitete Kriterienkatalog ist diskutiert und angenommen.
- Voraussetzungen für die Einführung eines Hebammenkreißsaal sind identifiziert.

Uhrzeit	TOP
09:00	Begrüßung/Eröffnung
09:15	Einstieg <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rückblick auf den 1. Workshop im Dezember</i> • <i>Was ist seither geschehen?</i>
09:30	Kriterienkatalog: Diskussion und Verabschiedung (Teil I)
11:00	Kaffeepause
11:15	Kriterienkatalog: Diskussion und Verabschiedung (Teil II)
12:30	Mittagessen und ggf. Gruppenbild
13:30	Austausch mit VertreterInnen des Gesundheitsministerium NRW sowie dem Mittelgeber (Leitung der Projektgruppe zur strukturelle Weiterentwicklung Geburtshilfe: Frau Walz angefragt) Austausch und Ideensammlung: Voraussetzung für die Einführung eines Hebammenkreißsaals <ul style="list-style-type: none"> • <i>Was haben wir im Vorfeld analysiert?</i> • <i>Was würden wir Interessenten vor der Einführung empfehlen?</i>
15:00	Kaffeepause
15:15	Austausch und Diskussion: „Was macht die Arbeit im Hebammenkreißsaal aus?“ <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arbeitsqualität</i> • <i>Betreuungskriterien</i> • <i>Unterscheidungsmerkmale</i>
16:00	Ausblick
17:00	Ende des Workshops

ANHANG 9. Revidierter Kriterienkatalog, Fassung 30. Januar 2019, mit Ampelsystem

	Ein- und Ausschlusskriterien	Handlungsanweisung	Erhebung bei Vorstellung	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazentaphase	Kommentare
1	Einling	Einschlusskriterium	X				
2	Schädellage	Einschlusskriterium	X	X			
3	SSW (37+0 bis 41+0)	Einschlusskriterium		X			
4	Größe (< 150cm)	Ausschlusskriterium	X				
5	Gewicht (Ausgangs-BMI > 35)	Ausschlusskriterium	X				
6	Z.n. Sectio / anderen Uterus-Operationen	Ausschlusskriterium	X				
7	Z.n. vorzeitiger Plazentalösung	Ausschlusskriterium	X				
8	Z.n. kindlichem Schädigung unter der Geburt	Ausschlusskriterium	X				
9	Z.n. Atonie	Ausschlusskriterium	X				
10	SIH	Ausschlusskriterium bzw. Weiterleitung	x	x			
11	iGDM	Ausschlusskriterium	X	X			
12	Vorbefundlich: fetale Wachstumsrestriktion (IUGR/SGA) oder Makrosomie (Schätzwicht >4500g)	Ausschlusskriterium bzw. Weiterleitung	x	x			
13	Vorbefundlich: Plazenta- oder Nabelschnuranomalie (tiefer Plazentasitz/Plazenta	Ausschlusskriterium bzw. Weiterleitung	x	x			

	Ein- und Ausschlusskriterien	Handlungsanweisung	Erhebung bei Vorstellung	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazentaphase	Kommentare
	<i>previa; Inserto velamentosa/ Vasa previa)</i>						
14	IUFT	Ausschlusskriterium bzw. Weiterleitung	x	x			
	Allgemeine Anamnese						
15	Alter (<16 >40 Jahre)	Konsultation	X				
16	Allergie (<i>Ausnahme: Hausstaub, Pollen</i>)	Konsultation	X				
17	Blutungs- oder Thromboseneigung	Konsultation	X				
18	Bestehende oder durchgemachte schwerwiegende Erkrankung	Konsultation	X				
19	Voroperation(en), nicht am Uterus	Konsultation	X				
20	Dauermedikation	Konsultation	X				
21	Besondere psychische oder soziale Belastung	Konsultation	X				
22	Nikotin-, Alkohol- oder Drogenabusus	Konsultation	X				
	Geburtshilfliche Anamnese						
23	Z.n. Geburt eines SGA oder LGA Feten	Konsultation	X				
24	Z.n. IUFT	Konsultation	X				
25	Z.n. Prä-, Eklampsie, HELLP	Konsultation	X				

	Ein- und Ausschlusskriterien	Handlungsanweisung	Erhebung bei Vorstellung	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazentaphase	Kommentare
	Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf						
26	Vaginale Blutung nach dem ersten Trimester	Konsultation	X	X			
27	Anämie (z.B. Hb <10g/dl)	Konsultation	X	X			
28	dGDM	Konsultation	X	X			
29	Infektionen (z.B. Lues, HIV, Hepatitis, HPV, HSV)	Konsultation	X	X			
30	Pränatal diagnostizierte Anomalie	Konsultation	X	X			
31	Rh- und andere Blutgruppen-Antigene	Konsultation	X	X			
32	Oligo-, Polyhydramnie	Konsultation	X	X			
33	V.a. Plazentainsuffizienz, V.a. LGA	Konsultation	X	X			
	Aufnahme zur Geburt						
34	Vorzeitiger Blasensprung	Konsultation		x			
35	Aktive HSV Infektion	Weiterleitung		X			
36	Pathologisches fetales Herzfrequenzmuster	Weiterleitung		X	X		
37	Vaginale Blutung	Konsultation		X	X		
	Geburt						
38	Grünes Fruchtwasser	Konsultation		X	X		
39	Temperatur > 38°C / V.a. AIS	Weiterleitung		X	X	X	
40	Protrahierte Geburt EP / AP	Weiterleitung			X		

	Ein- und Ausschlusskriterien	Handlungsanweisung	Erhebung bei Vorstellung	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazentaphase	Kommentare
41	Haltungs- oder Einstellungsanomalie	Weiterleitung			X		
42	Geburtsstillstand EP / AP	Weiterleitung			X		
43	Schmerzmittel (z.B. Opioide, PDA, Lachgas)	Weiterleitung			X	X	
44	Wunsch der Schwangeren	Weiterleitung		X	X	X	
45	Wunsch der Hebamme	Weiterleitung		X	X	X	
	Plazentaphase						
46	Verstärkte Blutung	Weiterleitung				X	
47	Plazentalösungsstörung	Weiterleitung				X	
48	Komplizierte Geburtsverletzung	Weiterleitung				X	
50	Sonstige mütterliche Auffälligkeiten	Konsultation				X	
	Neugeborenes						
51	Anpassungsstörung	Weiterleitung				X	
52	V.a. Infektion	Konsultation				X	
53	V.a. Fehlbildung	Konsultation				X	
54	Geburtsverletzung	Weiterleitung				X	

Kriterienkatalog

	Handlungs- anweisung	Erhebung bei Vorstellung in der SS	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazenta- phase
--	-------------------------	---	---	-----------------------------	--

EINSCHLUSS-UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

1	Einling	Einschluss- kriterium	X			
2	Schädellage	Einschluss- kriterium	X	X		
3	SSW (37+0 bis 41+0)	Einschluss- kriterium		X		
4	Größe (< 150cm)	Ausschluss- kriterium	X			
5	Gewicht (BMI > 35)	Ausschluss- kriterium	X			
6	Z.n. Sectio ¹	Ausschluss- kriterium	X			
7	Z.n. vorzeitiger Plazentalösung	Ausschluss- kriterium	X			
8	Z.n. kindlicher Schädigung unter Geburt	Ausschluss- kriterium	X			
9	Z.n. Schulterdystokie	Ausschluss- Kriterium	X			
10	Z.n. Atonie ²	Ausschluss- kriterium	X			
11	SIH	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X		
12	iGDM	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X		
13	Vorbefundlich: Fetale Wachstumsrestriktion (IUGR/SGA) oder Makrosomie (Schätzwicht >4500g) ³	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X		
14	Vorbefundlich: Plazenta- oder Nabelschnur-Anomalie (tiefer Plazentasitz / Plazenta prävia; Insertio velamentosa / Vasa prävia)	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X		
15	IUFT	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X		
16	Wunsch der Hebamme	Ausschluss- kriterium bzw. Weiterleitung	X	X	X	X

	Handlungs- anweisung	Erhebung bei Vorstellung in der SS	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazenta- phase
--	-------------------------	---	---	-----------------------------	--

ALLGEMEINE ANAMNESE

17	Alter (<16 oder >40 Jahre)	Konsultation	X			
18	Allergie ⁴	Konsultation	X			
19	Blutungs- oder Thromboseneigung	Konsultation	X			
20	Bestehende oder durchgemachte schwerwiegende Erkrankung	Konsultation	X			
21	Voroperation(en) am Uterus, nicht Sectio	Konsultation	X			
22	Voroperation(en), nicht am Uterus ⁴	Konsultation	X			
23	Dauermedikation ⁴	Konsultation	X			
24	Besondere psychische oder soziale Belastung	Konsultation	X			
25	Z. n. / Z. b. Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsum	Konsultation	X			

GEBURTSHILFLICHE ANAMNESE

26	Z.n. Geburt eines SGA oder LGA Feten	Konsultation	X			
27	Z.n. IUFT	Konsultation	X			
28	Z.n. Prä-, Eklampsie, HELLP	Konsultation	X			

BESONDERE BEFUNDE IM SCHWANGERSCHAFTS-VERLAUF

29	Vaginale Blutung nach dem ersten Trimester	Konsultation	X	X		
30	Anämie (Hb <10g/dl)	Konsultation	X	X		
31	dGDM ⁵	Konsultation	X	X		
32	Infektionen (z.B. Lues, HIV, Hepatitis, HPV, HSV)	Konsultation	X	X		
33	Pränatal diagnostizierte Anomalie	Konsultation	X	X		
34	Rh- und andere Blutgruppen-Antikörper	Konsultation	X	X		
35	Oligo-, Polyhydramnie	Konsultation	X	X		
36	V.a. Plazentainsuffizienz, V.a. LGA	Konsultation	X	X		
37	Terminüberschreitung (41+0 bis 42+0)	Konsultation	X	X		

	Handlungs- anweisung	Erhebung bei Vorstellung in der SS	Erhebung bei Aufnahme zur Geburt	Erhebung unter Geburt	Erhebung in der Plazenta- phase
--	-------------------------	---	---	-----------------------------	--

AUFNAHME ZUR GEBURT

38	Vorzeitiger Blasensprung ⁶	Konsultation		X		
39	Aktive genitale HSV Infektion	Weiterleitung		X		
40	Pathologisches fetales Herzfrequenzmuster	Weiterleitung		X	X	
41	Vaginale Blutung ⁷	Konsultation		X	X	

GEBURT

42	Grünes Fruchtwasser	Konsultation		X	X	
43	Temperatur > 38°C / V.a. AIS	Weiterleitung		X	X	X
44	Protrahierte Geburt EP ⁸	Konsultation			X	
45	Protrahierte Geburt AP ⁸	Weiterleitung				
46	V.a. Haltungs- oder Einstellungsanomalie	Konsultation			X	
47	Geburtsstillstand EP / AP ⁸	Weiterleitung			X	
48	Schmerzmittel (Opioide, PDA, Lachgas ⁹)	Weiterleitung			X	X
49	Wunsch der Schwangeren	Weiterleitung		X	X	X
50	organisatorische Gründe	Weiterleitung		X	X	X

PLAZENTAPHASE

51	Verstärkte Blutung	Weiterleitung				X
52	Plazentalösungsstörung ⁸	Weiterleitung				X
53	Komplizierte Geburtsverletzung	Konsultation				X
54	Sonstige mütterliche Auffälligkeiten	Konsultation				X

NEUGEBORENES¹⁰

55	Anpassungsstörung	Konsultation				X
56	V.a. Infektion	Konsultation				X
57	V.a. Fehlbildung	Konsultation				X
58	Geburtsverletzung	Konsultation				X

¹ ggf. Z.n. Sectio und nachfolgend unkomplizierter Spontanpartus: Konsultation

² ggf. Konsultation

³ ggf. >4000g (nach abteilungs- bzw. klinikeigener SOP)

⁴ sofern nicht durch abteilungs- bzw. klinikeigene Liste mit Spezifizierungen ausgenommen

⁵ ggf. Ausschlusskriterium bzw. Weiterleitung

⁶ ohne Geburtsbeginn innerhalb der abteilungs- bzw. klinikeigenen SOP-Frist

⁷ Bei einer Zeichnungsblutung handelt es sich nicht um eine pathologische vaginale Blutung

⁸ ggf. mit Zeitangabe (nach abteilungs- bzw. klinikeigener SOP)

⁹ Die Anwendung von Lachgas ist in manchen Hebammenkreißsälen gestattet

¹⁰ Falls es sich um eine Abteilung / Klinik mit angeschlossener Kinderklinik handelt, so ist zusätzlich eine Konsultation mit dem Verantwortlichen dieser Fachabteilung erforderlich

Literatur

1. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.
2. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study: Birthplace in England Collaborative Group. *BMJ* 2011; 343(d7400).
3. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies (CG190) 2018. Available from: URL: [nice.org.uk/guidance/cg190](https://www.nice.org.uk/guidance/cg190).
4. Bauer N, Kehrbach A, Krahl, Astrid, von Rahden, Oda, zu Sayn-Wittgenstein, Friederike. Handbuch Hebammenkreißaal: Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung; 2007.
5. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Der Runde Tisch Geburtshilfe: Abschlussbericht [VNr 165]. Düsseldorf; 2015.
6. Hochschule Osnabrück. Verbund Hebammenforschung: Abgeschlossene Projekte [cited 2019 May 21]. Available from: URL: <https://www.hebammenforschung.de/de/abgeschlossene-projekte/>.
7. Deutscher Hebammenverband e.V. Hebammen-Kreißsäle - Deutscher Hebammenverband e.V. [cited 2020 July 31]. Available from: URL: <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreissaele/>.
8. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. Sachstand zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern [WD 9 - 3000- 079/16] 2017.
9. destatis Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 349 vom 17. September 2018: 30,5 % der Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt im Jahr 2017 [cited 2019 Apr 27]. Available from: URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html.
10. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet* 2018; 392(10155):1341–8.
11. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [WHO/RHR/15.02]. Geneva; 2015.
12. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, Bernis L de, Di Renzo GC, Vidarte MFE et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet* 2018; 392(10155):1286–7.
13. FIGO. C-Sections: How to Stop the Epidemic; 2019 [cited 2019 May 12]. Available from: URL: <https://www.figo.org/news/figo-position-paper-c-sections-how-stop-epidemic>.
14. ILO G. Workplace action on HIV/AIDS: identifying and sharing best practice: Background report for Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. Geneva; 2003.
15. Chabeli MM, Malesela JML, Nolte AGW. Best practice during intrapartum care: A concept analysis. *Health SA Gesondheid* 2017; 22(2):9–19.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies (CG190) 2014. Available from: URL: [nice.org.uk/guidance/cg190](https://www.nice.org.uk/guidance/cg190).
17. Büscher A, Sayn-Wittgenstein Fz, editors. Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Dezember 2014. Osnabrück: Hochschule Osnabrück; 2014. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

18. AWMF online. Leitliniendetail-Ansicht. Angemeldetes Leitlinienvorhaben: Die vaginale Geburt am Termin [Registernummer 015 - 083] [cited 2019 May 12]. Available from: URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/015-083.html>.
19. IBP Initiative [cited 2019 Apr 27]. Available from: URL: <https://www.ibpinitiative.org/>.
20. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, ExpandNet. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva; 2010.
21. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, ExpandNet. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva; 2011.
22. Bauer N. Der Hebammenkreißsaal: Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. 1st ed. Göttingen: V&R Unipress GmbH; 2011.
23. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4.
24. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 3:CD012449.
25. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD003766.
26. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7:CD003766.
27. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (9):CD004907.
28. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (8):CD000012.
29. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (9):CD000352.
30. O'Driscoll K, Jackson RJA, Gallagher JT. Active Management of Labour and Cephalopelvic Disproportion. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 1970; (Vol. 77 No. 5):385–9.
31. O'Driscoll K, Stronge J, Minogue M. Active Management of Labour. *British Medical Journal* 1973 Jul 21; (3):135–7.
32. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1):19.
33. Henshall C, Taylor B, Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:53.
34. Della Forster A, McLachlan HL, Davey M-A, Biro MA, Farrell T, Gold L et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:28.

35. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012; 119(12):1483–92.
36. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG* 2011; 118(11):1357–64.
37. Arbeitskreis Frauengesundheit. Maßnahmen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe: Forderungskatalog an die Akteurinnen und Akteure 2018.
38. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt [gesundheitsziele.de]. Berlin; 2017.
39. Schirmer C, Steppat S. Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken: Hebammenbefragung 2015: im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH. Karlsruhe; 2016.
40. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. Dokumentation: Informationen zu Risikoschwangerschaften und Pränataldiagnostik [WD 9 - 3000 - 056/16] 2016.
41. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht Spezial Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen: Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. [Veröffentlichungsnummer 145]; 2013.
42. Kolip P, Nolting H-D, Zich K. Faktencheck Gesundheit - Kaiserschnittgeburten: Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2012.
43. Böcken J, Braun B, Reipschläger U, editors. Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen - Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung mit der BARMER GEK. 1st ed. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2013.
44. Landtag Nordrhein-Westfalen - 17. Wahlperiode: Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Antwort der Landesregierung auf die kleine Anfrage 314 vom 13. September 2017 der Abgeordneten Anja Butschkau und Josef Neumann SPD Drucksache 17/652: Situation der geburtshilflichen Versorgung in NRW. Düsseldorf; 2017.
45. IQWiG. IQWiG unterstützt erstmals Fachgesellschaften bei neuer S3-Leitlinie Evidenz zu vaginaler („natürlicher“) Geburt recherchiert und bewertet / Leitliniengruppe schätzt die hohe Qualität der Berichte [cited 2019 Mar 18]. Available from: URL: <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2019/iqwig-unterstuetzt-erstmal-fachgesellschaften-bei-neuer-s3-leitlinie.11022.html>.
46. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Evidenzbericht Anwesenheit und Verfügbarkeit des geburtshilflichen Fachpersonals: Rapid Report - Version 1.0 [V16-01B] 2018 Jun 6.
47. Zhang T, Liu C. Comparison between continuing midwifery care and standard maternity care in vaginal birth after cesarean. *Pak J Med Sci* 2016; 32(3):711–4.
48. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Evidenzbericht zur Erfahrung / Expertise des geburtshilflichen Fachpersonals: Rapid Report - Version 1.0 [V16-01B] 2018 Dec 20.
49. Hochschule Osnabrück. Verbund Hebammenforschung [cited 2019 Apr 29]. Available from: URL: <https://www.hebammenforschung.de/>.

50. Bauer N. Der Hebammenkreißsaal Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt: Anlagen; 2011.
51. Knappe N, Schnepf W, Krahl A, Sayn-Wittgenstein Fz. Die Effektivität der 1-zu-1-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. *Z Geburtshilfe Neonatologie* 2013; (217):161–72.
52. Knappe N, Mayer H, Schnepf W, Sayn-Wittgenstein Fz. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; (14:300).
53. Bundesministerium für Gesundheit. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“); 2016.
54. Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW. Jahresauswertung 2017 Geburtshilfe: Nordrhein-Westfalen Gesamt [2017 - D17453-L109283-P52546]. Berlin; 2017.
55. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren 2018.
56. Loytved C. Qualitätsbericht 2017: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland [Im Auftrag der "Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V."] 2018.
57. QUAG Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Geburtenverteilung im Jahr 2015 nach Bundesländern: Anzahl der Hausgeburten und Anzahl der Geburten in von Hebammen geführten Einrichtungen (HgE) 2015.
58. Landtag Nordrhein-Westfalen - 15. Wahlperiode: Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 3 der Fraktion DIE LINKE Drucksache 15/2148: Situation der Hebammen und Entbindungspfleger in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf; 2011.
59. Wiggins D, Hundley V, Wilkins C, Bond C, Walton G. The effect of a birthplace decision support tool on women's decision-making and information gathering behaviours during pregnancy: Mybirthplace Study Protocol. *J Innov Health Inform* 2018; 25(1):1–6. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.14236/jhi.v25i1.945>.
60. Wood RJ, Mignone J, Heaman MI, Robinson KJ, Roger KS. Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. *Midwifery* 2016; 39:12–9.
61. Murray-Davis B, McDonald H, Rietsma A, Coubrough M, Hutton E. Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey. *Midwifery* 2014; 30(7):869–76.
62. Celia Grigg, Sally K Tracy, Rea Daellenbach, Mary Kensington, Virginia Schmied. An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the Evaluating Maternity Units study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; (14:210).
63. Hadjigeorgiou E, Kouta C, Papastavrou E, Papadopoulos I, Mårtensson LB. Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery* 2012; 28(3):380–90.
64. Schlembach D. Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG: Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie: S2k-Level, AWMF Registernummer 015/63 2016.
65. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (10):CD001808.

66. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V., AWO Bundesverband e.V., Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik. Bauchentscheidungen - aber mit Köpfchen! Hintergrundinformationen zu vorgeburtlichen Tests 2011.
67. Deutscher Hebammenverband e.V. Positionspapier Hebammenkreißsaal 2012.
68. Mattern E, Ensel A, Frey C. Schwangerschaft und Geburt selbstbestimmt: Gut informiert über Vorsorge, Rechte und finanzielle Hilfen. 1st ed.: Verbraucherzentrale; 2015.
69. NPEU. Birthplace in England Research Programme [cited 2019 Apr 17]. Available from: URL: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace>.
70. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Southampton (UK); 2015.