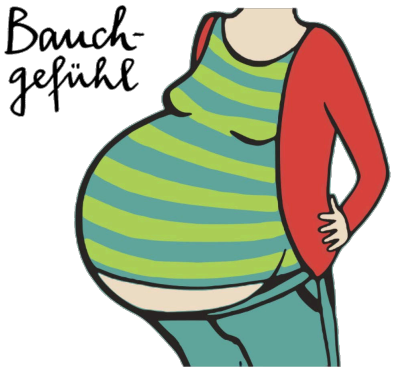
Hebammenverband
Niedersachsen e.V.

# Zertifizierung des Hebammenkreißsaals am Klinikum Osnabrück im Rahmen des Projektes Bauchgefühl 2.0

Ergebnisbericht (Kurzfassung)

Hilke Schauland
Mitarbeit bei den Interviews: Celina Ruppert




Der vollständige Ergebnisbericht kann unter vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de angefordert werden.

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ..... 2
Hintergrund ..... 3
Methode ..... 4
Definitionen ..... 4
Schlussfolgerungen ..... 5
Erforderliche Maßnahmen ..... 10
Projektplan zur Implementierung ..... 11
Literatur ..... 13

Gendernote

In dieser Arbeit wird mit dem Ziel, eine geschlechtergerechte Sprache zu fördern der Gender-Doppelpunkt eingesetzt, wenn alle möglichen Geschlechter gemeint sind. An einigen Stellen (vor allem in Zitaten) wird davon abgewichen oder es werden die Begriffe „Frau“ und „Mutter“ verwendet. Der Begriff „Frau“ ist hier zu verstehen als Sammelbegriff für alle Klient:innen der Hebammen bzw. Klinikpatient:innen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Der Begriff „Mutter“ ist zu verstehen als Sammelbegriff zur Bezeichnung aller Personen, die geboren haben. „Hebammen“ hingegen ist eine genderneutrale Berufsbezeichnung.

# Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| DHV | Deutscher Hebammenverband e.V. |
| HKS | Hebammenkreißsaal |
| IKS | Interprofessioneller Kreißsaal |
| HKS+ | Zertifizierter Hebammenkreißsaal |
| HVN | Hebammenverband Niedersachsen e.V. |
| NGZ | Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

# Hintergrund

In der Stadt Osnabrück wurde vom 01. September 2024 bis zum 31. August 2025 das Projekt „Bauchgefühl 2.0“ durchgeführt. Kernziel des Projekts war es, die natürliche Geburt zu fördern und damit die Kaiserschnittrate der Region zu senken. Im Mittelpunkt stand die Förderung des Verständnisses von Schwangeren für die Geburt als natürlichen Prozess. Zudem wurde Wert auf die Stärkung ihrer Entscheidungsfähigkeit gelegt. Die Hauptbausteine des Projekts waren eine Vernetzung der Berufsgruppen rund um die Schwangerenversorgung und Hebammensprechstunden in den Kliniken, sowie die Zertifizierung des Hebammenkreißsaals (HKS). Das Projekt war ausgerichtet an dem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (NGZ), denn ein guter Start in die Familienzeit stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit von (werdenden) Müttern und ihren Neugeborenen sowie deren Familien dar und ist ein wichtiges gesellschaftliches Fundament. Der Hebammenverband Niedersachsen e.V. (HVN) und die geburtshilflichen Abteilungen des Klinikum Osnabrück unter der Leitung von Dr. Yves Garnier und des Marienhospital Osnabrück unter der Leitung von Dr. Götz Menke mit ihren Teams arbeiteten zusammen, um die Bedürfnisse von Schwangeren und Eltern in den Fokus zu rücken.

Abgeleitet wurde das Projekt Bauchgefühl 2.0 vom Projekt „Bauchgefühl – Förderung der natürlichen Geburt im Landkreis Leer und in Papenburg“ (Gesamtlaufzeit 2016-2018). Netzwerktreffen, gemeinsame Fortbildungen und die Einrichtung von kostenlosen Hebammensprechstunden außerhalb von jeglichen Kontrolluntersuchungen und unabhängig von der Wahl der Geburtsklinik wurden als Projektinhalte übernommen. Zudem wurde das bekannte Leporello verwendet und der Film, welcher im Rahmen des ersten Projekts entstand, wurde gezeigt.

### Zertifizierung des Hebammenkreißsaals im Klinikum Osnabrück

Im zweiten Projektteil von Bauchgefühl 2.0 wurde der bereits existierende HKS im Klinikum Osnabrück zertifiziert. Das Netzwerk HKS und der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) verstehen unter dem Begriff HKS einen vollständig hebammengeleiteten und hebammengeführten Prozess innerhalb des klinischen geburtshilflichen Settings (DHV, 2025, S. 5). Demnach sind die Mindestinhalte des HKS die Geburtsanmeldung, Vorgespräche, die Geburtshilfe und je nach personeller Ausstattung und Ausrichtung auch die stationäre Wochenbettbetreuung durchgeführt in Hebammenleitung. Der HKS ist ein Betreuungskonzept, das sich an gesunde Schwangere richtet. Dabei hat die (Low-Risk-)Schwangere im HKS die freie Wahl zwischen der Hebammengeleiteten Geburt und der interprofessionell geleiteten Geburt.

Eine enge Verzahnung und Feinabstimmung bei den Übergängen von hebammengeleiteter Geburtshilfe und Facharztstandard sind dabei notwendig. Neben der steigenden Versorgungsqualität erfolgt durch den fachlichen Austausch der involvierten Berufsgruppen eine Professionalisierung und Kompetenzgewinn des geburtshilflichen Teams. Zu einem Team gehören die Berufsgruppen Hebammen, Gynäkolog:innen, Neonatolog:innen, sowie Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und medizinische Fachangestellte. Der Behandlungspfad ist jederzeit durchlässig, um sowohl interdisziplinäre Konsultationen als auch eine Überleitung in die interdisziplinäre Betreuung mit Facharztstandard zu ermöglichen und zu gewährleisten. Die gesetzliche Grundlage ist durch die vorbehaltenen Tätigkeiten in § 4 Abs. 1 und 2 im Hebammengesetz gegeben (Igl, 2020, S. 4).

Für die nach außen erkennbaren strukturierten Prozesse im Hebammenkreißsaal gibt es ein Zertifikat (Köbke, 2024, S. 2). Dieses macht die Prozesse im HKS sichtbar, belastbar und überprüft diese u.a. aus

der Sicherheitsperspektive. Für die Zertifizierung werden sowohl Kriterien, die das Konzept HKS mindestens erfüllen muss, als auch Kriterien, die aus Sicht des Risikomanagements notwendig sind, bewertet.

# Methode

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Identifikation der Motivation und der notwendigen Schritte zur Implementierung eines HKS als Zusatzangebot zum interprofessionellen Kreißsaal (IKS) und die Transformation vom HKS zum zertifizierten Hebammenkreißsaal (HKS+). Dabei wird auch das bisherige Arbeiten im HKS evaluiert.

Folgende Forschungsfragen sind leitend:

- Welche Beweggründe haben zur Implementierung eines HKS als zusätzliches Angebot des IKS geführt? Welche Motivation lag vor, den HKS zum HKS+ zertifizieren zu lassen?
- Welche notwendigen Schritte haben sich im Rahmen der Implementierung und Zertifizierung des HKS als sinnvoll und welche als weniger sinnvoll herausgestellt?
- Welche Chancen und Hindernisse wurden im Rahmen der Implementierung eines HKS und bei der Zertifizierung des HKS identifiziert?

**Studiendesign:**
In dieser empirischen Forschungsarbeit wurde der Ansatz der deskriptiven Feldforschung verwendet.

**Datenerhebung und Rekrutierung:**
Als Datenerhebungsmethode erfolgte die Erfassung der subjektiven Sichtweise der stellvertretenden leitenden Hebamme, der Projektleiterin, einer Hebamme und des Chefarztes der Geburtshilfe des Klinikums Osnabrück mittels Leitfadeninterview. Die Interviews erfolgten im Zeitraum vom 01. September bis zum 02. Oktober 2025. Die Durchführung der Einzelinterviews fand online statt. Die Interviews dauerten zwischen 43 Minuten und 74 Minuten.

**Ethische Aspekte:**
Die Teilnahme erfolgte freiwillig, die Interviewten gaben Ihre Einwilligung.

**Datenanalyse:**
Zur Datenauswertung wurden die Audiodateien auf dem passwortgeschützten Laptop gespeichert und auf dem Aufnahmegerät sowie nach der Transkription auch auf dem Laptop gelöscht. Die Daten wurden vollständig im Zeitraum vom 02. September bis 25. Oktober 2025 transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (Mayring 2015, S. 11ff.).

# Definitionen

In den Antworten wird die frauzentrierte Betreuung genannt. In Deutschland ist im Jahr 2020 die erste S3-Leitlinie für vaginale Geburten erschienen. Die Handlungsempfehlungen basieren auf einer frauzentrierten Betreuung, welche auch im NGZ definiert ist (DGGG & DGHWi, 2020, S. 10). In dem interdisziplinär entwickelten frauzentrierten Betreuungskonzept sind die Wahlmöglichkeit und die informierte Entscheidung, die persönliche Kontrolle, Mit- und Selbstbestimmung, die Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen und die partnerschaftliche Betreuung enthalten. Die Expertise der Frau wird anerkannt. Ihre sozialen, emotionalen, körperlichen, psychosozialen, spirituellen

und kulturellen Bedürfnisse und Erwartungen werden einbezogen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 37). Das bedeutet eine individuelle, bedürfnisorientierte und respektvolle Behandlung der Frau, bei der die Bedürfnisse der Mutter und des Kindes im Vordergrund stehen (Österreichisches Hebammengremium, 2018, S. 3).

Weiterhin zählt die 1:1-Betreuung dazu (DGGG & DGHWi, 2020, S. 27-31). Diese wird in der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ definiert: Die geburtshilflichen Betreuungsmaßnahmen, die emotionale und motivierende Unterstützung sowie die Bereitstellung von Informationen während der aktiven Eröffnungs- und Austrittsphase durch ein und dieselbe Hebamme sollen so kontinuierlich wie möglich und nach den Bedürfnissen der Gebärenden erfolgen.

# Schlussfolgerungen

Mit dem Wissen, dass die Geburt eines Kindes eine der grundlegenden Lebenserfahrungen und biografischen Ereignisse einer Mutter ist, wird die Geburtserfahrung und die Begleitung bedeutsam. Mutter und Kind sollen mittels einer frauzentrierten Geburtshilfe gestärkt, einschließlich der Aspekte der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens sowie der körperlichen Gesundheit, aus der Geburt hervorgehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S.37). Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ beinhaltet die Förderung der interventionsarmen Geburt und sieht in dem HKS ein gesundheitsförderndes Modell mit den Prinzipien Kontinuität, partnerschaftliche Betreuung und Einbezug in Entscheidungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 39). Studien bestätigen, dass das Versorgungskonzept HKS ein sicheres und gesundheitsförderndes Modell ist (Eicker et al., 2015, S. 198). Die Risikoauditierung mit der Vergabe des HKS+ Zertifikats weist die Sicherheit des Konzeptes nach, was dem Team wichtig ist und es mit Stolz erfüllt, sowie den Gebärenden und ihren Familien die Prozesse im HKS sichtbar, belastbar und überprüft aufzeigt. Das Anstreben des Zertifikats HKS+ kann als Anreizpunkt zur Motivationsförderung fungieren, in dem die Auseinandersetzung mit dem HKS als etwas Wertvolles erlebt wird (Narciss, 2011, o.S.). Das öffentliche Überreichen des Zertifikats HKS+ durch den niedersächsischen Gesundheitsminister und den Hebammenverband zeigt den Zusammenhang zwischen Anstrengung und Erfolg auf und wird als Wertschätzung und Auszeichnung der Tätigkeit empfunden. Dem Team wird so ermöglicht, die Wirksamkeit wahrzunehmen und eine realistische Selbsteinschätzung zu haben (Narciss, 2011, o.S.).

Das selbstständige Arbeiten im HKS stärkt die Hebammen. Neben der Befähigung durch die Ausbildung (Igl, 2020, S. 4), begleiten Hebammen in der physiologischen Hebammenarbeit nicht nur den Verlauf des körperlichen Prozesses, sondern sie stärken auch die Gebärende zu spezifischen physischen und psychischen Wahrnehmung, wodurch die Möglichkeit der (Selbst-)Regulierung gegeben wird (Skeide, 2023, o.S.). Die positive, professionelle Selbstwahrnehmung von Hebammen wird im HKS gesteigert (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.2). Der sich verschärfenden Ärzt:innenmangel könnte so Entlastung erfahren. In den Interviews wird angemerkt, dass zu Beginn des HKS die Hebammen die Ärzt:innen häufiger hinzugezogen hatten. Inzwischen hat ein Lernprozess zum selbstständigen Arbeiten stattgefunden. Die Grundlagen des Lernens müssen beim Transfer der Theorie in die Praxis berücksichtigt werden (Hellmers, 2002, S. 69).

Die in den Interviews genannten Aufgaben zur Implementierung des HKS sind - wie im Projektplan vom DHV (2025) beschrieben und in Begleitung der Hochschule Osnabrück - durchgeführt worden. Dabei ist die IST-Analyse als Ausgangspunkt zu sehen. Ein interdisziplinäres Projektteam entwickelt einen individuellen Klinikleitfaden und Zeitstrahl mit Meilensteinen für die schrittweise Implementierung des

HKS. Eine Projektleitung übernimmt die Projektsteuerung und Koordination der zu gründenden Arbeitsgruppen, welche sich der Arbeitspakete annehmen, wie die Erstellung eines Kriterienkatalogs. Ein wesentlicher Faktor ist die Feststellung des Fortbildungsbedarfs und das Durchführen der entsprechenden Fortbildungen. Eine interdisziplinäre Teamsitzung ist als Kick-off Veranstaltung mit einer Reflexion über gemeinsame Werte sinnvoll. Hier sollten eine gemeinsame Ethik und gemeinsame Ziele der Zusammenarbeit im Rahmen des Konzepts HKS vereinbart werden. In der Übergangsphase vom IKS zum HKS sind regelmäßige Treffen zur Evaluation sinnvoll. Derzeit ist nur eine spezifisch für den HKS und HKS+ entwickelte Software auf dem Markt, dementsprechend ist die Software noch nicht weit verbreitet und kostenintensiv

Im Change-Management wird das Erkennen des Wandlungsbedarfs als Beginn des Wandlungsprozesses gesehen (Kotter 2009, S. 13; Krüger & Bach 2014, S. 14). Von Vorteil ist, wenn der Bedarf der Wandlung auf der Führungsebene entsteht und gefördert wird, da dort die Legitimation für den transformativen Wandel vorliegt (ebd., 2014, S. 26). Die Akzeptanz und die Zustimmung der Geschäftsführung, der Pflegedirektion, des Chefarztes und der beteiligten Berufsgruppen wie eben Hebammen sind eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zur Implementierung des HKS. Die Führungspersonen haben die Aufgaben, eine konkrete Zielsetzung zu formulieren, Wissensmanagement zu betreiben, Strukturen zu entwickeln und Konflikte zu managen (Tewes, 2015, S.84).

Die Interviewten nennen ein engagiertes stabiles Team und das interdisziplinäre Vertrauen als hilfreiche Basis. Je mehr Personen sich am Veränderungsprozess beteiligen, umso größer sind die Erfolgschancen des Veränderungsprozesses (Kotter, 2007, S.7). Unterschiedliche Einstellungen zur Implementierung eines HKS können von enthusiastischer Unterstützung bis hin zu starkem Widerstand reichen. Das Einbinden des Teams kann für Verständnis und Nachvollziehbarkeit des Wandels sorgen (Cinite & Duxbury, 2018, S. 21). Mitgestaltung und Vereinbarungen, wie beispielsweise beim Rufdienst, lassen Akzeptanz wachsen. Das transparente Aufzeigen der Ziele an das Team ist entscheidend, damit der Bedarf erkannt und das Ziel als erreichbar betrachtet wird (Krüger & Bach, 2014, S. 20). Eine vertrauensvolle interprofessionelle Teamarbeit ist Basis für ein gutes Schnittstellenmanagement. Zudem ist eine gute Kommunikationsstruktur Voraussetzung, um das Projekt umsetzen und dauerhaft etablieren zu können. Wichtige Kriterien sind transparentes Vorgehen, offene Kommunikation und das aktive Einbeziehen aller Mitarbeiter:innen (Tewes, 2015, S. 192). Fallbesprechungen und das Lernen aus Erfahrungen der anderen, können auch das gegenseitige Vertrauen stärken.

Die Rahmenbedingungen zum Arbeiten im HKS sind zu klären. Juristisch sind die Dokumente, die arbeitsrechtliche Klärung des Rufdiensts und die Haftung zu prüfen. Hebammen können sich zusätzlich zur klinischen Versicherung berufshaftpflichtversichern. Die Höhe der Versicherungssumme und die Abdeckung von grober Fährlässigkeit sind dabei relevante Kriterien. In den Interviews wird die Möglichkeit der Teilung der Verantwortung durch die Zusammenarbeit mit einer Zweithebamme gesehen. Als wichtiger Faktor wird beim strukturellen Empowerment die systematische Unterstützung der Pflegefachkräfte durch die Vorgesetzte und die gegenseitige Unterstützung genannt (Parcons & Cornett, 2011, S. 280).
Die zeitintensiven Gespräche in der Schwangerschaft werden nicht von den Krankenkassen vergütet. Hier bedarf es eines eigenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

Der HKS steigert mit seiner positiven Außenwirkung die Attraktivität einer Klinik. Um auf den HKS aufmerksam zu machen, bedarf es Öffentlichkeitsarbeit. Die Informationsgabe soll der Unwissenheit und möglicher Skepsis entgegenwirken. Die Abteilung der Öffentlichkeitsarbeit in der Klinik benötigt dazu

die Expertise des geburtshilflichen Teams. Im Rahmen des Projektes Bauchgefühl 2.0 fiel die fehlende Resonanz der niedergelassenen Gynäkolog:innen auf. Es wird überlegt, dass zukünftig Feedbacks von ihnen und von den freiberuflichen Hebammen eingeholt werden sollten. Dies diene zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und zur Herbeiführung von Klärungen (Hellmers, 2002, S. 57). Eine Eröffnungsveranstaltung mit den zuweisenden Gynäkolog:innen und den freiberuflichen Hebammen soll Akzeptanz erreichen und zugleich regional mediales und kommunalpolitisches Interesse zu wecken. Zu Bedenken dabei ist, dass die Öffentlichkeitsarbeit eher ein Marathon als ein Sprint ist (IHK, o.D.). Mit dem Wissen über den HKS können die niedergelassenen Gynäkolog:innen und Hebammen die Schwangeren schon in der Vorsorge und in Geburtsvorbereitungskursen darüber informieren. Auch klinikintern sollte den Skeptiker:innen Informationen gegeben werden, um ein möglichst einheitliches Verständnis zum Wandlungsvorhaben herzustellen (Krüger & Bach, 2014, S. 20).

Die gesonderte Informationsgabe für interessierte Schwangere am HKS wird als förderlich angesehen. Diese kann mittels Informationsabende für den HKS und/oder Veröffentlichung von FAQs auf der Homepage gegeben werden und somit zur Entlastung der Sprechstunden führen. In den Interviews wird zudem deutlich, dass sich die Schwangeren vor der Geburt mit dem Thema Schmerzen und Medikamentengabe auseinandersetzen müssen. Als hilfreiches Instrument kann ein Fragenkatalog zum Thema die eigene Auseinandersetzung anstoßen. Dabei muss deutlich werden, dass es bei den Maßnahmen der Schmerzbewältigung nicht um die Eliminierung des Schmerzes, sondern um die Unterstützung der Gebärenden mit den Schmerzen zurechtzukommen geht (Büscher & Sayn-Wittgenstein, 2013, S.129).

Die Zertifizierung des HKS wird in den Interviews als Evaluation gesehen. Die Überprüfung der Kriterien bedeutet Qualität, Sicherheit und Kontrolle. Anpassungen sind durch die Perspektive der Risikoauditierung erfolgt. Der Behandlungsvertrag ist insbesondere zur Aufklärung zur Nichtinanspruchnahme der:des Facharzt:in aufzustellen. Der Prozess der Auditierung wird mittels Interviews mit allen Professionen durchgeführt. Es wird betrachtet, ob die Prozesse stimmen und gelebt werden. Durch die Zertifizierung wird die Bereitschaft, etablierte Versorgungskonzepte zu überprüfen und innovative Versorgungskonzepte zu übernehmen, erforderlich (Muche-Borowski & Kopp, 2011, S. 16). Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Voraussetzung, im HKS arbeiten zu dürfen verändert, da es als paradox betrachtet wurde, mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung als Hebamme im IKS Risikogeburten betreuen zu dürfen, aber nicht die physiologischen Geburten im HKS begleiten zu können. Im Change-Management wird gesehen, dass sich die Mitarbeiter:innen durch das gemeinsame Erarbeiten leichter mit den Zielen identifizieren können und ihr Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstverwirklichung erfüllt sehen (Schiersmann & Thiel, 2018 ,S. 88). Durch Klärung und Einbringen von konstruktiven Vorschlägen fühlen sich die Mitarbeiter:innen eingebunden und können den Wandel besser verstehen (Cinite & Duxbury, 2018, S. 17). Zudem kann die aktive Beteiligung am Veränderungsprozess zu einem stärkeren Kontrollgefühl und somit zu einem geringeren Arbeitsstress führen (Cinite & Duxbury, 2018, S. 17).

In den Interviews wird die Bedeutung der gelingenden interprofessionellen Teamarbeit herausgestellt. Die kontinuierliche Entwicklung der Teamarbeit wird als Reifungsprozess betrachtet, bei der das gegenseitige Vertrauen als entscheidend genannt wird. Die Teammitglieder kommen aus unterschiedlichen Kontexten. Eine gute Zusammenarbeit erhöht die Motivation und schafft die Rahmenbedingungen für die individuelle Entfaltung (Asselmeyer, 2018, S. 624). Die Basis für das gemeinsame Arbeiten stellt der Umgang untereinander mit Akzeptanz, Entfaltung und Verantwortung dar (Hellmers 2002, S.62). Die unterschiedlichen Rollen im Team haben ihre Stärke und Schwäche (Schiersmann & Thiel, 2018, S. 248).

Ein Faktor der Vertrauensbildung ist das Wissen um die Arbeitsweisen der Mitarbeiter:innen. So erfahren die Konsultationen, ärztliche Akzeptanz wie beispielsweise die Naht einer Dammverletzung. Denn mit der Feststellung, was die Gebärende wann benötigt, ergibt sich, welche Berufsgruppe dies jeweils leistet (Tewes, 2015, S. 32). Eine effektive Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Geburtshelfer:innen ist im Interesse der Frauen (Mattern et al., 2017, S. 14). Wichtige Kriterien sind dabei transparentes Vorgehen, offene Kommunikation und das aktive Einbeziehen aller Mitarbeiter:innen (Tewes, 2015, S. 192). Erst nach dem Abbau der Widerstände können der Kompetenzerwerb und die Implementierung stattfinden (Cinite & Duxbury, 2018, S. 17). In der GEscHIck Studie zum HKS konnte die verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzt:innen nachgewiesen werden. Genannt wird eine Intensivierung des fachlichen Austauschs, die gegenseitige Unterstützung und das wachsende Vertrauen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.1-2). Ein klares Regelwerk, das von Ärzt:innen und Hebammen gemeinsam aufgrund des Kriterienkatalogs erarbeitet wird, wird als tragfähige Basis für eine sichere Geburt im HKS gesehen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.1)

Im Projektverlauf erfolgten einige interprofessionelle Teamfortbildungen, die als hilfreich für den kollegialen Austausch und für das gelingende gegenseitige Lernen von erfahrenen und studierten Kolleg:innen unter Hebammen gesehen wird. In den Interviews wird deutlich, dass den Hebammen das Selbstvertrauen und die Erfahrung für das Nähen einer Dammnaht fehlte. Zwar gehört es generell zum Tätigkeitsbereich der Hebamme (Igl, 2020, S.4), wird jedoch im Kreißsaalalltag meist durch die Gynäkolog:innen vorgenommen. Durch die Übernahme dieser Aufgabe werden andere Kenntnisse und Fertigkeiten, sowie Einstellungen und Verhaltensweisen notwendig, ohne dass die Mitarbeiter:innen überfordert werden sollen (Krüger & Bach, 2014, S. 235). Eine Lösung ist, dass Gynäkolog:innen als Mentor:innen den Lernprozess begleiten und unterstützen (Hellmers 2002, S. 69). Die Anleitungsform, wie die Demonstration durch die Anleiter:in oder das gemeinsame Durchführen kann gewählt werden (ebd., 2002, S. 69). Dabei muss für den Lernprozess die Ressource Zeit zur Verfügung gestellt werden und die Gebärende mit ihrem Wohlergehen, sowie ihren Bedürfnissen und Wünschen immer im Mittelpunkt stehen (ebd., 2002, S. 71). Komponenten zum Lernen während der Berufsausübung sind kollegialer Austausch, Anleitung durch Mitarbeiter:innen und Selbststudium von neuen Inhalten. Die Kombination von formellen und informellen Lernangeboten sind Möglichkeiten einer Überforderung der Erwerbstätigen entgegenzuwirken. Individuell angepasste Weiterbildungsangebote, das Lernen in Gruppen und der Erfahrungsaustausch sollen gefördert werden (Dehnbostel, 2013, S. 31). Auch können kurze Lerneinheiten zur Kompetenzerweiterung, wie beispielsweise Lernvideos schauen, vorgenommen werden, wenn wenig zeitliche Ressourcen vorliegen (Baumgartner, 2014, S.20). Aus dem Lernerfolg durch persönlichen Erfahrungen entsteht die Kompetenzentwicklung am Arbeitsplatz (Eigenmann & Gonon, 2018, S. 75).

Das Fortbildungsmanagement setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Aus den dokumentierten Daten des HKS werden beispielsweise die Überleitungsgründe evaluiert und Fortbildungsbedarfe ermittelt. Regelmäßige Teamfortbildungen zum Schulterdystokie-Management und Notsectio-Management, sowie Notfalltrainings finden statt. Im Rahmen des Audits wurden Fallbesprechungen, interdisziplinäre Kurzfortbildungen und praktische Einheiten implementiert. Förderliche Komponenten sind auch Teamabsprachen und verbindliche Verfahrensanweisungen (Hellmers 2002, S. 69). Es können aber auch Wissensnetzwerke, in denen Wissen, Erfahrungen und Ansichten ausgetauscht werden, gegründet werden (Schiersmann & Thiel, 2018, S. 345). So kann das Netzwerk der HKS im DHV genutzt werden, was in den Interviews als hilfreich angesehen wird. Mentor:innen können den Lernprozess

begleiten und unterstützen (Hellmers, 2002, S. 71). Der strategische Austausch und die Handlungsfreiheit zum Entwickeln von Lösungsansätzen sorgen für die Erweiterung der berufsspezifischen Handlungskompetenz (Dehnbostel, 2008, S. 6).

Eine Voraussetzung für die Durchführung einer HKS-Geburt ist die 1:1-Betreuung der Gebärenden. Darin wird die Förderung der natürlichen Geburt und die Stärkung der Gebärenden gesehen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.1). Durch eine Beziehungskontinuität von Gebärender und Hebamme wird ein positives Geburtserlebnis ermöglicht und für ein Wohlbefinden der Gebärenden gesorgt (Dahlberg & Aune, 2013, S. 414). Gebärende erwarten nicht nur medizinische Versorgung, sondern einen ganzheitlichen respektvollen Ansatz, bei dem auf ihre körperlichen, emotionalen und sozialen Bedürfnissen, sowie auf ihre Individualität in Erfahrungen, Standpunkten und Verhalten eingegangen werden soll (Mattern et al., 2017, S. 14). Die Bedürfnisse der Gebärenden werden im Betreuungskonzept HKS in den Mittelpunkt gestellt (Bauer et al., 2007, S.11).

Die intensive Betreuung der Gebärenden benötigt Zeit (Köbke, 2024, S. 2). Neben der 1:1-Betreuung muss sich auch die Zeit für Gespräche in der Schwangerschaft und die Rufdienstplanung im Personalschlüssel abbilden lassen. Dazu muss ein Personalbemessungsinstrument implementiert werden. Ist ausreichend Personal vorhanden, wird dadurch die Arbeitsbelastung gesenkt. Ein guter Personalschlüssel sorgt für eine kontinuierliche Betreuung der Gebärenden, verbessert die Betreuungsqualität und führt zu einer interventionsärmeren Geburt und zu einer Senkung des Fehlerpotenzials (DGGG & DGHWI, 2020, S. 30). Die Beteiligten werten es als strukturelles Empowerment (Lacey et al., 2007, S. 201). In den Interviews wird geäußert, dass durch das Angebot eines HKS in der Klinik bei der Personalsuche ausreichend interessierte und motivierte Hebammen gefunden werden können, was in der Literatur bestätigt wird (Streffing, 2019, S. 52).

Individuelle Lösungen für Teammitglieder, die nicht im HKS arbeiten wollten, wurden gefunden. Sie wurden im IKS belassen und kontinuierlich motiviert, sich am HKS zu beteiligen. Das Verharren in alten Arbeitsweisen steht der Veränderung entgegen. Die damit einhergehenden Konflikte und Widerstände müssen berücksichtigt werden (Tewes, 2015, S. 192). Die einzelne Mitarbeiter:in muss die Notwendigkeit des Wandels sehen. Es ist zudem entscheidend, dass keine Rivalität zwischen den Beteiligten von IKS und HKS aufkommt und die Überleitung der Gebärenden nicht als Niederlage betrachtet wird. Indem Emotionen diagnostiziert und berücksichtigt werden, können unerwartete Widerständen und Blockaden ausbleiben (Krüger & Bach, 2014, S. 24.). Skeptiker:innen wird in Gesprächen genannt, dass die Risikoauditierung des HKS die Sicherheit aufzeigt. Die Studienlage weist nach, dass gesunde Schwangere im HKS genauso sicher gebären, wie in den ärztlich geleiteten Kreißsälen (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.1). Die Zufriedenheit der Gebärenden ist durch weniger Interventionen wie Episiotomien, vaginal operative Geburten oder Periduralanästhesien gesteigert (Merz, 2019, S.32-33).

Zwar wird die 1:1-Betreuung auch im IKS angestrebt, doch ist sie dort erfahrungsgemäß nicht einzuhalten, was in den Interviews mit Bedauern gesehen wird. Dabei bedeutet aus Sicht der Gebärenden, die bei Bedarf verlässliche Verfügbarkeit einer Hebamme, eine hohe Qualität der geburtshilflichen Versorgung. Diese Betreuung sorgt für eine positive intrapartale Betreuungserfahrung, die für eine vertrauensvolle Beziehung und Interaktion maßgeblich ist?? (Stahl, 2018, S. 4). Gleichzeitig wird in den Interviews genannt, dass es einen Spill-Over-Effekt vom HKS zum IKS gibt. Seine Betreuungsphilosophie gilt gesamt für die geburtshilfliche Abteilung. Dieser Effekt wird in der Auswertung der GEscHIck-Studie aus

Nordrhein-Westfalen bestätigt (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J., S.1). Die Einstellung und das Verhalten des betreuenden Personals sind Einflussfaktoren für die Zufriedenheit und einer positiven Geburtserfahrung (David & Kentenich, 2008, S. 27).

Um leitliniengerecht im HKS arbeiten zu können, bezüglich des aktiven Plazentamanagement, wird eine Änderung im Niedersächsischem Hebammengesetz als notwendig betrachtet. Die Option der Oxytocinberatung und -gabe muss eingefügt werden.

Resümierend wird das Risikoaudit als Gütesiegel und als Stärkung des Teams wahrgenommen. Der HKS wird als Versorgungskonzept der Zukunft gesehen, den jede geburtshilfliche Abteilung vorhalten sollte. Im Rahmen des Projektes Bauchgefühl 2.0 ist die Sectiorate dieser Klinik auf 38% gesunken. Die Klinik möchte den Weg weiterverfolgen.

# Erforderliche Maßnahmen

In der Schlussfolgerung werden verschiedene erforderliche Maßnahmen für die weitere Etablierung von HKS ersichtlich.

- Einführung eines eigenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Der OPS-Code ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen.
- Einführung eines Personalschlüssels analog zum englischen Birthrate plus System. Ein geburtshilfliches Personalbemessungsinstrument leitliniengerechtes Arbeiten, wie z.B. die erforderliche 1:1-Betreuung und das regelhafte Angebot von Geburtsnachgesprächen abbilden.
- Geregelte Bezahlung des Rufdienstes bzw. ausschließlich Anwesenheitsdienste, um die erheblichen Einschränkungen, wie geringe Entlohnung bei weniger Raum zur Freizeitgestaltung und die erhöhte Belastung durch ständige Verfügbarkeit und Organisation von Care-Arbeit, zu vermeiden
- Entwicklung und Einführung digitaler Datenerhebungssysteme (HKS Software) mehrerer Anbieter, um die Kompatibilität mit verschiedenen in der Klinik genutzten Softwaresystemen zu gewährleisten und eine Anbieterkonkurrenz zu ermöglichen, die perspektivisch die Softwarekosten reguliert.
- Änderungen im Niedersächsischem Hebammengesetz bezüglich der Option der Oxytocinberatung und -gabe, um leitliniengerecht bezüglich des aktiven Plazentamanagement im HKS arbeiten zu können
- Vergütung der beiden Vorgespräche für den HKS.
- Verbindliche Kriterien, die eine Erhebung von auswertbaren Daten zur Performance individueller HKS ermöglichen
- Verbindliche Umsetzung von HKS-Standards und entsprechende Nachweise durch z.B. das HKS+ Zertifikat

# Projektplan zur Implementierung

Die Implementierung eines HKS kann mittels eines Projektplans umgesetzt werden. Dieser beruht auf dem Modell von Krüger. Die fünf Phasen nach Krüger sind strukturiert in „Erkennen, Analysieren, Umsetzen, Stabilisieren und Verankern“ (Krüger & Bach, 2014, S.4). Beim Erkennen werden Probleme erfasst, beschrieben und abgegrenzt sowie Sofortmaßnahmen getroffen. Die Ursachen werden analysiert und ein Konzept erstellt. Beim Umsetzen werden Standards etabliert und Korrekturmaßnahmen festgelegt. Diese werden in der Stabilisierungsphase verankert und der Prozess wird angepasst. Bei der Verankerung werden die Erkenntnisse verfügbar gemacht.

Diese Phasen können beim Veränderungsprozess nicht übersprungen werden, da es nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führen würde. Ein möglicher Fehler im Veränderungsprozess wäre dabei, den Sieg zu früh zu erklären , wodurch die Verankerung der Veränderungen in der Unternehmenskultur fehlen würde (Kotter, 2007, S. 1).

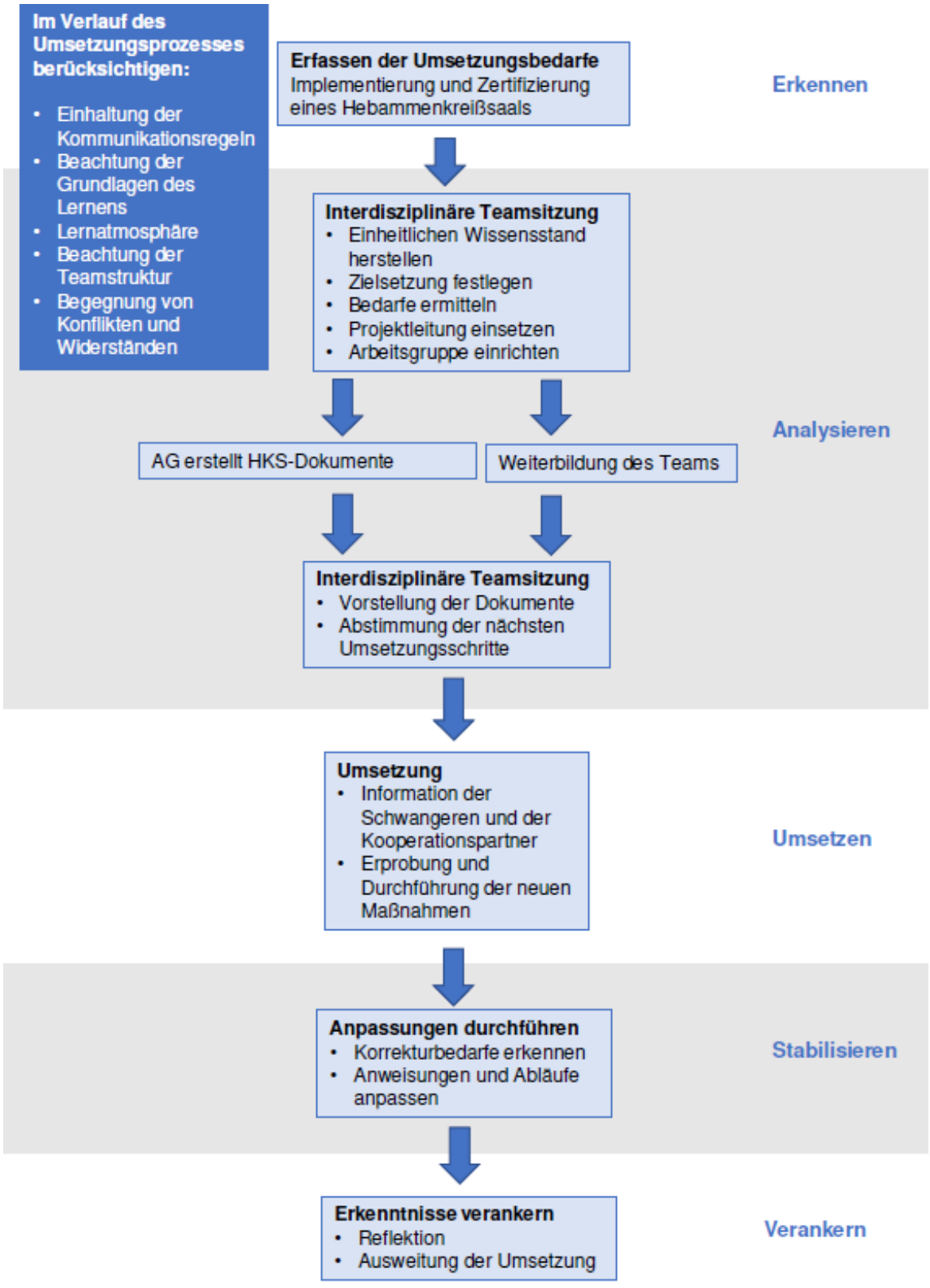



Abbildung: Projektplan, eigene Darstellung Hilke Schauland und Sarah Suilmann

# Literatur

Diese Literaturangaben sind aus dem ausführlichen Ergebnisbericht beibehalten worden. Nicht alle hier genannten Quellen sind in den Schlussfolgerungen enthalten.


Albrecht, M., Bock, H., Heiden, I., Loos, S., Ochmann, R., Sander, M., Temizdemir, E. (2019):Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit Berlin. IGES Institut. Online verfügbar: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e1
0211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_
Hebammenversorgung_092019_ger.pdf

Asselmeyer, H. (2018): Teamentwicklung als Gegenstand der Organisationspädagogik.In: Göhlich, M, Schröer, A., Weber, S.M. Handbuch Organisationspädagogik. Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 620-631

Bauer, N., Kehrbach, A., Krahl, A., von Rahden, O., zu Sayn-Wittgenstein, F. (2007). Handbuch Hebammenkreißsaal – Von der Idee zur Umsetzung, Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) Eigenverlag, ISBN: 3-00-017371-4, https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Handbuch_Hebammenkreisssaal.pdf

Baumgarten K (2024) "Ein Kraftakt" - Interview mit Rainhild Schäfers und Michael Abou-Dakn – Teil 2. Deutsche Hebammenzeitschrift 76(11):48–53

Baumgartner, P. (2014): Lernen in Häppchen Microlearning als Instrument der Personalentwicklung. In: Personal Manager(01), S. 20-22.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. Berlin/Köln. Online verfügbar: https://www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/zq/perinatalerhebung/Gesamtstatis-tik_Nds_Geburtshilfe_2019.pdf
Leporello: https://hebammen-niedersachsen.de/downloads/Infobroschuere-Natuerliche-Geburt-2024-komprimiert.pdf
Film: https://youtu.be/B3Aii-1L6NM

Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz "Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), das zuletzt durch Artikel 52 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist", Zuletzt geändert durch Art. 52 G v. 23.10.2024 I Nr. 323, https://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/BJNR117100994.html

Cinite, I., Duxbury, L. E. (2018). Measuring the Behavioral Properties of Commitment and Resistance to Organizational Change. In: The Journal of Applied Behavioral Science 54 (2), S. 113–139. DOI: 10.1177/0021886318757997.

Cohn,R. (o.D.): Die wesentlichen Elemente des TZI-Konzepts - Vier-Faktoren-Modell und dynamische Balance. Online verfügbar: https://www.ruth-cohn-institute.org/tzi-konzept.html

David, M., Kentenich, H. (2008). Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. In: Gynäkologe 41 (1), S. 21-27. DOI: 10.1007/s00129-007-2088-2.

Dehnbostel, P. (2008). Lern- und kompetenzförderliche Arbeitsgestaltung. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (2), archiviert durch die Deutsche Nationalbibliothek. S. 5-8. URN: urn:nbn:de:0035-bwp-08205-7

Dehnbostel, P. (2013). Informelles Lernen wird wichtiger. In: Personalwirtschaft. Magazin für Human Resources., 40. Jg., H. 2, S. 30-32.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebamenwissenschaft (2020). S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. AWMF Register Nr. 015/083. AWMF Online,

Deutscher Hebammenverband (DHV) (2025). Projektplan Hebammenkreißsaal: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/02/Projektplan-HKS-mit-Kriterien-katalog-Version-vom-10.07.2025.pdf

Eicker, K., Bauer, N., Herin, T. (2015). Hebammenkreißsaal in der Universitätsklinik: Mütterliches und kindliches Outcome | Die Hebamme 2015; 28: 193–198

Eigenmann, P., Gonon, P. (2018). Berufs-/Wirtschaftspädagogik und Organisationspädagogik – Intradisziplinäre Bezüge. In: Göhlich, Michael; Schröer, Andreas; Weber, Susanne Maria. Handbuch Organisationspädagogik. Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 72-81.

Elkjaer, B. (2018). Pragmatist Foundations for Organizational Education. In: Göhlich, M.; Schröer, A.; Weber, S.M. Handbuch Organisationspädagogik. Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 151-61.

Fischer-Epe, M. (2002). Coaching: Miteinander Ziele erreichen. 8. Auflage. Hrsg. v. Friedemann Schulz von Thun. Rowohlt Taschenbuch Verlag

Janssen, P.A., Ryan, E.M., Etches, D.J., Klein, M.C., Reime, B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth. 2007 Jun;34(2):140-7. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00160.x. PMID: 17542818.

Gill, R. (2002). Change management-or change leadership? In: Journal of Change Management 3 (4), S. 307–318. DOI: 10.1080/714023845.

Hellmers, C. (2002). Praxisanleitung in der Hebammenausbildung. Handlungsempfehlungen für Hebammen. Teilw. zugl.: Münster (Westfalen), Fachhochsch., Diplomarbeit, 2001. Aachen: Shaker (Berichte aus der Pädagogik).

Igl, G. (2020). Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen. Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen. Deutscher Hebammenverband e.V., medhochzwei Verlag GmbH

Ihlenfeldt, F. (2020). How clinical work structures influences the quality of obstetrics- A quantitative survey on the relationship between birth settings, time of birth and mode of delivery, in Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 13 und 14.2.2020.

IHK: Erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit: Tipps für die Praxis, (o.D.). https://www.ihk-muenchen.de/ratgeber/unternehmensfuehrung/marketing-vertrieb/oeffentlichkeitsarbeit/

Kotter, J.P. (2007). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. In: Harvard Business Review (2), 1-10.

Kotter, J.P. (2009). Inseln im Sturm (Interview), In: Organisationsentwicklung 03/2009, S. 12–16.

Krüger, Wilfried; Bach, Norbert (Hrsg.) (2014): Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler (Uniscope Publikationen der SGO Stiftung).

Köbke, A. (2024). Strukturanforderungen an den Hebammenkreißsaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland Hebammenforum, https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/04/HF_2024_05_DHV_Strukturanforderungen_HKS.pdf

Lacey, S.R., Cox, K.S. Lorfing, K.C.; Teasley, S.L., Carroll, C.A., Sexton, K. (2007). Nursing support, workl oad, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. In: The Journal of nursing administration 37 (4), S. 199–205. DOI: 10.1097/01.NNA.0000266839.61931.b6.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, o.J.: Daten und Fakten zum hebammengeleiteten Kreißsaal in Nordrhein-Westfalen, GEscHIck Universitätsklinikum Bonn, https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/LZG_2016/_media/pdf/versorgung/hebammenkreisssaal_daten_und_fakten.pdf

Mattern, E., Lohmann, S., Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. In: BMC Pregnancy and Childbirth 17 (1), S. 389. DOI: 10.1186/s12884-017-1552-9.

Merz, W., Tascon-Padron, L., Heep, A., Puth, M-T. (2019, aktualisiert 2020). Medizinische Sicherheit des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißsaal: Eine retrospektive Kohortenstudie am Zentrum für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/hebammenkreisssaal_bericht_medizinische_sicherheit.pdf

Muche-Borowski, C.,Kopp, I. (2011). Wie eine Leitlinie entsteht. In: Zeitschrift für Herz-Thorax-Gefäßchirurgie 25 (4), S. 217–223. DOI: 10.1007/s00398-011-0860-z.

Narciss, S. (2011). Integratives Rahmenmodell der Motivation, Technische Universität Dresden, https://tu-dresden.de/mn/psychologie/ipep/lehrlern/ressourcen/dateien/lehre/lehramt/lehrveranstaltungen/motivationsfoerderung/folder-2011-11-01-8121459277/a_ErwMotivModell.pdf?lang=en

Nieuwenhuijze, M.J., Jonge, A. de; Korstjens, I., Budé, L., Lagro-Janssen, T.L.M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. In: Midwifery 29 (11), e107-14. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.007.

Österreichisches Hebammengremium (2018). Handlungsempfehlung Frauenzentrierte Betreuung in der Schwangerschaft. Version 1. Online verfügbar: https://portal.hebammen.at

Parcons, M.L., Cornett, P. A. (2011). Sustaining the pivotal organizational outcome: magnetrecognition. In: Journal of Nursing Management. 19. S. 277–286.

Schäfers, Rainhild, (2015): Influence of negative experience on self-rated health quality of life in women, DGHWi, Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 03/2015, S. 40–45.

Schwarz, C.M. (2008). Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen; genehmigte Dissertation, Berlin.

Schiersmann, C., Thiel, H-U. (2018). Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer VS (Lehrbuch). Online verfügbar unter http://www.springer.com/.

Skeide, A. (2023). Physiologie als Hebammenkunst. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 75 (10), 16–20. https://staudeverlag.de/physiologie-als-hebammenkunst/

Stahl, K. (2009). Wie zufrieden sind Frauen mit ihrer Geburtsklinik? In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 213 (1), S. 11–17. DOI: 10.1055/s-0028-1119387.

Stahl, K. (2018). Prädikatoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen, DGHWi Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 06/2018, S. 74-81

Streffing, J. (2019). Methoden der Personalbedarfsermittlung für Hebammen im Kreißsaal, Die Hebamme 2019; 32: 49–54

Tewes, R. (2015). Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungs-kräfte in Gesundheitsfachberufen. 3., aktualisierte und erw. Aufl.: Springer. Online verfügbar: http://swbplus.bsz-bw.de/bsz432142983cov.htm.

WHO (2018.). Individualized, supportive care key to positive childbirth experience. Online verfügbar: https://www.who.int/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who