Hebammenverband Niedersachsen e.V.



Der Hebammenverband Niedersachsen e.V.

Projektbericht

Bauchgefühl 2.0 – Die Förderung der physiologischen Geburt im klinischen Setting

Erfahrungen, Herausforderungen und Potenziale aus der Perspektive geburtshilflicher Akteur:innen

Verfasser / in:	Charlotte Greta Hüttenrauch
Emailadresse:	charlotte.huettenrauch@gmx.de
Anschrift:	Prechtsweg 21 22309 Hamburg

Abgabedatum:	28.01.2026

Inhaltsverzeichnis

I **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS** .....
1. EINLEITUNG **1**
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN **2**
2.1 PROJEKTBESCHREIBUNG *BAUCHGEFÜHL 2.0* 2
2.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION 3
2.3 PHYSIOLOGISCHE GEBURT . 5
2.4 DIE S3-LEITLINIE „VAGINALE GEBURT AM TERMIN“ 5
2.5 DAS NATIONALE GESUNDHEITSZIEL „GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT“ 6
3. EMPIRISCHE STUDIENLAGE **7**
3.1 STRUKTURIERTE LITERATURRECHERCHE 7
3.2 BISHERIGER FORSCHUNGSSTAND 8
3.2.1 Gesundheitsprojekte als Innovationsinstrument *8*
3.2.2 Implementationsforschung *8*
3.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit *8*
4. METHODIK **9**
4.1 ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGE 9
4.2 FORSCHUNGSDESIGN UND ERHEBUNGSMETHODE 9
4.3 ZIELGRUPPE UND REKRUTIERUNG 10
4.4 ETHISCHE ASPEKTE 10
4.5 DATENERHEBUNG, TRANSKRIPTION UND ANALYSE 11
5. ERGEBNISDARSTELLUNG **11**
5.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN 11
5.2 KATEGORIEN 12
5.2.1 Herausforderungen und Hemmnisse in der Umsetzung von Bauchgefühl 2.0 13
5.2.2 Chancen und Potenziale für die klinische Geburtshilfe 16
5.2.3 Wahrnehmung und Haltung zum Projekt 17
5.2.4 Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit 17
6. DISKUSSION **19**
6.1 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IN DEN WISSENSCHAFTLICHEN KONTEXT 19
6.2 GESAMTEINORDNUNG 21
7. SCHLUSSFOLGERUNG UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN **21**
7.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE PRAXIS 21
7.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG 23
8. FAZIT **23**
II **LITERATURVERZEICHNIS** **25**
III **ANHANG** **29**
(A) KATEGORIENSYSTEM 29

I Abkürzungsverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften	AWMF
Bundesgesundheitsministerium	BMG
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA
Deutsche Gesellschaft für Soziologie	DGS
Hebammenkreißsaal	HKS
Problemzentrierte Interviews	PZI
Weltgesundheitsorganisation	WHO

1. Einleitung

Die Förderung einer qualitativ hochwertigen, sicheren und zugleich selbstbestimmten Geburtshilfe ist seit vielen Jahren Gegenstand gesundheitspolitischer, fachlicher und gesellschaftlicher Diskussionen in Deutschland. Mit der Verabschiedung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ im Jahr 2017 wurde erstmals ein umfassender Orientierungsrahmen geschaffen, der die Förderung physiologischer Geburten, die Stärkung der psychosozialen Begleitung von Familien sowie die Verbesserung geburtshilflicher Versorgungsstrukturen in den Mittelpunkt stellt (BMG, 2017, S. 11 ff.). Das Gesundheitsziel verfolgt einen biopsychosozialen Ansatz und betont die Bedeutung präventiver, partizipativer und multiprofessionell koordinierter Maßnahmen entlang des gesamten geburtshilflichen Versorgungsprozesses.

Vor diesem Hintergrund gewinnen klinische Gesundheitsprojekte zunehmend an Bedeutung. Sie zielen darauf ab, evidenzbasierte und gesundheitsfördernde Versorgungskonzepte in den klinischen Alltag zu integrieren und bestehende Strukturen weiterzuentwickeln. Gleichzeitig zeigen Forschung und Praxis, dass die Umsetzung solcher Projekte mit vielfältigen Herausforderungen verbunden ist, etwa im Hinblick auf organisationale Rahmenbedingungen, Ressourcenverfügbarkeit und interprofessionelle Zusammenarbeit (Haack & Haß, 2024, S. 41–43). Eine systematische Evaluation dieser Projekte ist daher erforderlich, um deren Potenziale, Grenzen und Entwicklungsbedarfe sichtbar zu machen (BZgA, 2020). Das Projekt *Bauchgefühl 2.0* wurde im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels initiiert und verfolgt das Ziel, die physiologische, evidenzbasierte und selbstbestimmte Geburt im klinischen Setting zu stärken. Es verbindet verschiedene Projektbausteine, darunter strukturelle Maßnahmen, Fortbildungsangebote und beratende Unterstützungsformate, und richtet sich sowohl an Fachpersonen als auch an Schwangere. Der vorliegende Projektbericht bereitet die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zur Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* auf und macht die Erfahrungen, Einschätzungen und Deutungen klinischer Akteur:innen der Geburtshilfe sichtbar.

Ziel des Berichts ist es, Chancen und Potenziale des Projekts ebenso darzustellen wie bestehende Herausforderungen und Hemmnisse in der praktischen Umsetzung. Auf dieser Grundlage sollen Ansatzpunkte für Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit aufgezeigt werden. Der Bericht richtet sich insbesondere an den Niedersächsischen Hebammenverband und versteht sich als Beitrag zur fachlichen, berufspolitischen und strukturellen Weiterentwicklung der klinischen Geburtshilfe. Die Inhalte des vorliegenden Projektberichts basieren auf den Ergebnissen einer im

Rahmen des Bachelorstudiengangs Midwifery angefertigten Abschlussarbeit. In dieser Bachelorarbeit wurde die Umsetzung des Projekts *Bauchgefühl 2.0* mittels qualitativer Interviews mit klinischen Akteur:innen der Geburtshilfe untersucht. Dieser Bericht greift die zentralen Ergebnisse dieser Untersuchung auf, bereitet sie zusammenfassend und praxisorientiert auf und stellt ausgewählte Erkenntnisse zur Diskussion. Die Bachelorarbeit

selbst unterliegt einem Sperrvermerk, da sie sensible personenbezogene und organisationsbezogene Informationen enthält und der Schutz der interviewten Personen gewährleistet werden muss. Entsprechend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in diesem Bericht ausschließlich in anonymisierter und aggregierter Form, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartner:innen oder beteiligte Einrichtungen möglich sind.

2. Theoretische Grundlagen

Die folgende Darstellung der theoretischen Grundlagen dient der fachlichen und konzeptionellen Einordnung des Projekts *Bauchgefühl 2.0*. Die Projektbeschreibung schafft ein gemeinsames Verständnis von Zielsetzung und Aufbau des untersuchten Gesundheitsprojekts. Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen eine gesundheitswissenschaftliche Einordnung der Projektmaßnahmen. Die theoretische Herleitung der physiologischen Geburt sowie die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ liefern den evidenzbasierten Referenzrahmen für die fachliche Bewertung geburtshilflicher Praxis. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ stellt schließlich den gesundheitspolitischen Kontext dar, in dem das Projekt verortet ist. Zusammengenommen ermöglichen die folgenden fünf Bezugspunkte eine systematische Analyse der Umsetzung, Wirkung und Herausforderungen von *Bauchgefühl 2.0* aus Sicht klinischer Akteur:innen.

2.1 Projektbeschreibung *Bauchgefühl 2.0*

„Das Projekt *Bauchgefühl 2.0* stellt ein multiprofessionell angelegtes Gesundheitsprojekt dar, das auf die Förderung einer physiologischen, evidenzbasierten und frauzentrierten Geburtshilfe im klinischen Setting abzielt. Es wurde im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ initiiert und knüpft an Erfahrungen eines vorausgegangenen Modellprojekts an. Inhaltlich umfasst *Bauchgefühl 2.0* mehrere miteinander verzahnte Projektbausteine, die sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene ansetzen. Ein zentraler Bestandteil des Projekts ist die Zertifizierung eines Hebammenkreißsaals (HKS) in einer der beteiligten Kliniken. Der Hebammenkreißsaal stellt ein Versorgungsmodell dar, das die selbstständige Betreuung niedrig-risikoreicher Geburten durch Hebammen in den Mittelpunkt rückt und damit gezielt die physiologische Geburt fördert. Ergänzend hierzu wurden klinikübergreifende Fortbildungsangebote implementiert, darunter unter anderem CTG-Fortbildungen, die sich nicht nur an klinisch tätige Hebammen und Ärzt:innen, sondern auch an niedergelassene Gynäkolog:innen richteten. Ziel dieser Fortbildungen war es, eine gemeinsame evidenzbasierte Wissensgrundlage zu schaffen und die interprofessionelle Verständigung über geburtshilfliche Entscheidungsprozesse zu stärken. Darüber hinaus beinhaltet *Bauchgefühl* 2.0 die Einrichtung einer speziellen Sprechstunde für Schwangere mit erhöhtem Gesprächs- und Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft. Dieses Angebot zielte darauf

ab, Unsicherheiten frühzeitig aufzufangen, individuelle Fragen zu klären und die Selbstwirksamkeit werdender Mütter zu stärken. Ergänzt wurde das Projekt durch regelmäßig stattfindende Netzwerktreffen, die den Austausch zwischen verschiedenen Akteur:innen der geburtshilflichen Versorgung, darunter klinisch tätige Fachpersonen und externe Projektbeteiligte, fördern sollten. Insgesamt verfolgte *Bauchgefühl 2.0* damit einen ganzheitlichen Ansatz, der strukturelle, professionelle und psychosoziale Aspekte der Geburtshilfe miteinander verbindet (Hebammenverband Niedersachsen e.V., 2025).“ (Hüttenrauch, 2026, S.2)

2.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung beschreibt nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Ansatz, der darauf abzielt, Menschen und Gemeinschaften zu befähigen, Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese aktiv zu verbessern (WHO, 1986). Gesundheit wird dabei nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als dynamischer Prozess, der durch soziale, psychologische, kulturelle und strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Übertragen auf die Geburtshilfe bedeutet dies, dass nicht ausschließlich Risiken minimiert werden, sondern gezielt Bedingungen geschaffen werden müssen, die eine physiologische, selbstbestimmte und interventionsarme Geburt unterstützen.

Klinische Einrichtungen fungieren in diesem Zusammenhang nicht nur als Orte medizinischer Versorgung, sondern als gesundheitsrelevante Lebenswelten. Ihre räumliche, organisationale und relationale Gestaltung hat einen maßgeblichen Einfluss auf das Geburtserleben und die Gesundheit der Gebärenden. Die Ottawa-Charta hebt insbesondere die Bedeutung unterstützender Umgebungen, die Stärkung persönlicher Kompetenzen sowie gesundheitsförderlicher Organisationsstrukturen hervor – Aspekte, die für die klinische Geburtshilfe von zentraler Relevanz sind (Prümel-Philippsen & Grossmann, 2021, vgl. S. 38 ff.).

Ein zentraler theoretischer Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung ist die Salutogenese nach Antonovsky (1979). Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Gesundheit trotz Belastungen erhalten werden kann. Der salutogene Ansatz betont Ressourcen statt Defizite und beschreibt das Kohärenzgefühl, bestehend aus Verstehbarkeit,

Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, als zentrale Gesundheitsressource. Auf die Geburtshilfe übertragen bedeutet dies, dass Versorgung dann gesundheitsförderlich wirkt, wenn sie transparente Informationen bietet, individuelle Bewältigungsstrategien stärkt und die Geburt als bedeutsames, selbstbestimmtes Ereignis unterstützt. Kommunikation, Betreuungskontinuität und professionelle Haltung klinischer Akteur:innen spielen hierbei eine entscheidende Rolle (Prümel-Philippsen & Grossmann, 2021, vgl. S. 38 f.). Ergänzend lässt sich die Förderung physiologischer Geburt im Rahmen präventiver Konzepte be-

trachten. Die Primärprävention zielt darauf ab, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu vermeiden, etwa durch umfassende Schwangerenberatung, kontinuierliche Hebammenbetreuung oder die Gestaltung geburtsfreundlicher klinischer Umgebungen. Sekundärprävention umfasst die frühzeitige Erkennung von Abweichungen vom physiologischen Verlauf und erfordert eine sensible Balance zwischen notwendiger Sicherheit und dem Verzicht auf vorschnelle Interventionen. Die Tertiärprävention schließlich bezieht sich auf die Reduktion langfristiger Folgen nach Komplikationen oder Interventionen, etwa durch Nachbetreuung, psychosoziale Unterstützung und eine reflexive, lernorientierte Organisationskultur (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021, vgl. S. 52 ff.).

2.3 Physiologische Geburt

Der Begriff der physiologischen Geburt bezeichnet einen Geburtsverlauf, der überwiegend durch natürliche, selbstregulative Prozesse von Mutter und Kind gekennzeichnet ist und ohne routinemäßige medizinische Interventionen verläuft. Physiologische Geburt wird dabei nicht als idealtypischer oder vollständig interventionsfreier Zustand verstanden, sondern als Prozess, bei dem medizinische Maßnahmen ausschließlich bei klarer Indikation eingesetzt werden.

Die WHO beschreibt Geburt grundsätzlich als physiologischen Lebensprozess, der bei gesunden Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft in der Regel ohne medizinische Eingriffe sicher verlaufen kann. Entsprechend wird die Förderung physiologischer Geburten als zentrales Ziel moderner Geburtshilfe benannt und die Vermeidung unnötiger Interventionen empfohlen, da diese mit zusätzlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden sein können (WHO, 2018).

Auch die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ versteht Geburt primär als physiologischen Vorgang. Sie beschreibt einen spontanen Geburtsverlauf bei gesunder Schwangerer, bei dem Wehenbeginn, Geburtsfortschritt und Geburt des Kindes ohne routinemäßige Interventionen erfolgen. Medizinische Maßnahmen sollen ausschließlich indikationsbezogen eingesetzt werden, wobei deren zurückhaltender, evidenzbasierter Gebrauch als förderlich für Sicherheit und Geburtserleben gilt (AWMF, 2020, vgl. S. 8 ff.). Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive wird die physiologische Geburt als biopsychosozialer Prozess verstanden. Neben körperlichen Abläufen werden emotionale, soziale und relationale Aspekte als integraler Bestandteil des Geburtsgeschehens betrachtet. Kontinuierliche Betreuung, Selbstbestimmung und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Gebärender und Fachpersonal gelten als zentrale Voraussetzungen für einen physiologischen Verlauf (Downe et al., 2018, vgl. S. 92 ff.). Sicherheit wird dabei nicht ausschließlich durch technische Überwachung gewährleistet, sondern durch professionelle Einschätzung, achtsame Beobachtung und situationsangepasstes Handeln (ebd., vgl. S. 95 ff.).

2.4 Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“

Die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ stellt einen zentralen fachlichen Referenzrahmen für die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland dar. Sie wurde unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt und basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, strukturierter Evidenzbewertung sowie einem formalen Konsensverfahren. Als S3-Leitlinie repräsentiert sie den höchsten Evidenzgrad innerhalb der Leitlinienklassifikation. Zentrales Anliegen der Leitlinie ist die Förderung einer sicheren, interventionsarmen und physiologisch orientierten Geburt bei gesunden Schwangeren mit niedrigem Risiko. Schwangerschaft und Geburt werden dabei grundsätzlich als natürliche Prozesse verstanden, die keiner routinemäßigen medizinischen Intervention bedürfen. Medizinische Maßnahmen sollen ausschließlich bei klarer Indikation eingesetzt werden, wodurch einer routinisierten Medikalisierung der Geburt ausdrücklich entgegengewirkt wird (AWMF, 2020, vgl. S. 8 ff.).

Ein weiterer Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der Stärkung der Entscheidungsautonomie der gebärenden Frau. Eine umfassende, verständliche und evidenzbasierte Aufklärung sowie partizipative Entscheidungsfindung werden als zentrale Qualitätsmerkmale geburtshilflicher Versorgung benannt. Zudem hebt die Leitlinie die Bedeutung der kontinuierlichen Betreuung durch Hebammen hervor und beschreibt diese als förderlich für den Geburtsverlauf und das subjektive Geburtserleben. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird als notwendige Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung betont (AWMF, 2020, vgl. S. 8 ff.).

2.5 Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wurde im Jahr 2017 verabschiedet und bildet einen zentralen gesundheitspolitischen Orientierungsrahmen für die Geburtshilfe in Deutschland. Es wurde interdisziplinär unter Beteiligung von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Politik und Wissenschaft entwickelt und verfolgt einen ganzheitlichen, lebensphasenorientierten Ansatz. Der Fokus liegt auf dem Zeitraum von der Schwangerschaft über die Geburt bis in das erste Lebensjahr des Kindes.

Im Mittelpunkt des Gesundheitsziels steht die Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe von Eltern und Kind. Neben medizinischen Aspekten werden ausdrücklich psychosoziale, soziale und strukturelle Einflussfaktoren berücksichtigt. Gesundheit wird als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels individueller Ressourcen und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen verstanden (BMG, 2017, vgl. S. 11 ff.). Ein zentrales Ziel ist die Förderung einer physiologischen, selbstbestimmten Geburt. Dazu zählen die Reduktion unnötiger Interventionen, die Stärkung der Hebammenrolle sowie eine verbesserte Betreuungskontinuität. Die Qualität geburtshilflicher Versorgung wird dabei nicht

ausschließlich an klinischen Outcomes gemessen, sondern auch am subjektiven Geburtserleben von Frauen und Familien (BMG, 2017, vgl. S. 11 ff.). Darüber hinaus betont das Nationale Gesundheitsziel die Notwendigkeit verbesserter Versorgungsstrukturen und einer engen interprofessionellen sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Ein besonderer Fokus liegt auf gesundheitlicher Chancengleichheit und der gezielten Unterstützung vulnerabler Gruppen durch präventive und niedrigschwellige Angebote (BMG, 2017, vgl. S. 67 ff.; S. 72 ff.). Für Projekte wie *Bauchgefühl 2.0* bildet das Nationale Gesundheitsziel den übergeordneten politischen und normativen Rahmen, an dem sich Zielsetzung, Ausgestaltung und Bewertung orientieren.

3. Empirische Studienlage

Die empirische Forschung zum Thema: „Förderung der physiologischen Geburt durch klinische Projekte“ lässt sich in drei überlappende Bereiche gliedern: (1) Wirksamkeitsstudien zu hebammenzentrierten und interventionsarmen Versorgungsmodellen, (2) Implementations- und Nachhaltigkeitsforschung zu Gesundheitsprogrammen sowie (3) Untersuchungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese bilden die Grundlage, um das Projekt methodisch einzuordnen.

3.1 Strukturierte Literaturrecherche

Die Recherche erfolgte iterativ in PubMed, Cochrane Library, deutschsprachigen Quellen und institutionellen Webseiten bis November 2025. Suchstrategien kombinierten Schlagwörter auf Englisch und Deutsch, ergänzt durch Zitationsketten und gezielte Suchen systematischer Reviews sowie Leitlinien (z. B. WHO, nationales Gesundheitsziel). Eingeschlossen wurden peer-reviewte Originalartikel, systematische Übersichtsarbeiten, methodische Leitlinien und offizielle Dokumente. Nichtwissenschaftliche Beiträge oder irrelevante Arbeiten wurden ausgeschlossen. Trefferlisten, Suchstrings und Auswahlentscheidungen wurden dokumentiert, um Reproduzierbarkeit zu gewährleisten.

3.2 Bisheriger Forschungsstand

Die Förderung physiologischer Geburten hängt von einem Zusammenspiel medizinischer, organisatorischer und professionsbezogener Faktoren ab. Interventionsarme, hebammenkontinuierliche Modelle zeigen international konsistent positive Effekte: geringere operative Eingriffe, niedrigere Periduralrate und höhere Selbstbestimmung der Gebärenden (Sandall et al., 2024; Downe et al., 2018). In Deutschland sind solche Konzepte noch nicht flächendeckend umgesetzt, trotz Leitlinien und gesundheitspolitischer Programme (BMG, 2017).

3.2.1 Gesundheitsprojekte als Innovationsinstrument

Projekte ermöglichen die Erprobung neuer Versorgungsansätze unter realen Bedingungen, scheitern jedoch häufig an fehlender institutioneller Verankerung (Haack & Haß, 2024). Barrieren sind begrenzte Ressourcen, Zeitdruck und fehlende strategische Unterstützung; förderlich wirken klare Ziele, transparente Kommunikation, starke Leitung und frühe Einbindung relevanter Akteur:innen (Zurynski et al., 2023). Für *Bauchgefühl 2.0* bedeutet dies, dass Erfolg nicht nur von der inhaltlichen Qualität, sondern auch von der organisatorischen Einbettung abhängt.

3.2.2 Implementationsforschung

Das EPIS-Modell (Aarons et al., 2011) beschreibt Implementationsprozesse in den Phasen Exploration, Preparation, Implementation und Sustainment, wobei Kontextfaktoren je nach Phase unterschiedlich wirken. Nachhaltigkeit gelingt häufig nur bei Integration in Routinen. Die MRC-Guidance betont die Bedeutung von Prozessanalysen zur Untersuchung von Wirkmechanismen, Kontext und Implementationsbedingungen (Moore et al., 2015).

3.2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Kooperation zwischen Hebammen, Ärzt:innen und weiteren Berufsgruppen ist entscheidend für Qualität, Zufriedenheit und Geburtsergebnisse (Schulz et al., 2023). Gleichzeitig können divergierende Vorstellungen von Risiko und Verantwortung zu Konflikten führen (Hunter et al., 2017). Projekte wie *Bauchgefühl 2.0* können diese Spannungen produktiv bearbeiten, insbesondere bei gemeinsamer Zieldefinition, Reflexion und flachen Hierarchien (Hendrix et al., 2024). Die Förderung physiologischer Geburt durch klinische Projekte ist evidenzbasiert, ihre Umsetzung jedoch herausfordernd, insbesondere hinsichtlich Ressourcen, Organisationskultur und interprofessioneller Zusammenarbeit. Im deutschsprachigen Raum fehlen qualitativempirische Untersuchungen zu den Erfahrungen klinischer Akteur:innen. Die vorliegende Arbeit schließt diese Lücke, indem sie Prozesse, Spannungsfelder und Potenziale sichtbar macht und damit eine Grundlage für die Weiterentwicklung geburtshilflicher Versorgungsmodelle liefert.

4. Methodik

4.1 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die dem Bericht zugrunde liegende Untersuchung orientiert sich an einer qualitativen Fragestellung, die mithilfe des SPIDER-Schemas entwickelt wurde. Dieses Schema eignet sich insbesondere für qualitative und explorative Forschungsdesigns, da es den Fokus auf subjektive Wahrnehmungen, Erfahrungen und Bewertungen legt (Cooke et al., 2012, vgl. S. 1435–1443). Untersucht wurden klinische Akteur:innen der Geburtshilfe, die unmittelbar an der Umsetzung des Projekts *Bauchgefühl 2.0* beteiligt waren.

Aus dieser Strukturierung ergab sich folgende Forschungsfrage:

Wie erleben klinische Akteur:innen der Geburtshilfe die Chancen und Herausforderungen in der Umsetzung des Projekts Bauchgefühl 2.0 zur Förderung der physiologischen Geburt?

Ziel der Untersuchung war es, ein vertieftes Verständnis für Gelingensbedingungen, Wirkmechanismen und Hemmnisse bei der Implementierung eines klinischen Gesundheitsprojekts zu gewinnen. Die Perspektiven derjenigen, die das Projekt im klinischen Alltag umsetzen, liefern praxisnahe Erkenntnisse für die Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit vergleichbarer Initiativen.

4.2 Forschungsdesign und Erhebungsmethode

Die Untersuchung folgt einem qualitativen, explorativen Forschungsdesign, das geeignet ist, komplexe, kontextspezifische Prozesse sowie subjektive Deutungsmuster abzubilden (Lamnek & Krell, 2016, vgl. S. 47 ff.). Als Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte problemzentrierte Interviews (PZI) nach Witzel eingesetzt, da diese eine strukturierte und zugleich offene Erfassung individueller Erfahrungen ermöglichen (Hopf, 2016, vgl. S. 349–360). Die Kombination aus problemzentrierten Interviews und einer anschließenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erlaubt es, sowohl individuelle Perspektiven als auch gemeinsame Muster und Unterschiede zwischen den beteiligten Professionen systematisch herauszuarbeiten (Mayring & Fenzl, 2022, vgl. S. 125 ff.; Mayring, 2023, vgl. S. 60 ff.).

4.3 Zielgruppe und Rekrutierung

Die Zielgruppe der Untersuchung bildeten Hebammen und Ärzt:innen aus der klinischen Geburtshilfe, die aktiv an der Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* beteiligt waren. Diese Auswahl erfolgte gezielt, da diese Berufsgruppen über unmittelbare Erfahrung mit den

Projektinhalten und -strukturen verfügen. Die Rekrutierung erfolgte über persönliche Anschreiben per E-Mail sowie ergänzend durch direkte Ansprache. Insgesamt wurden neun Interviews durchgeführt, davon acht in Präsenz und eines online. Ziel war es, unterschiedliche berufliche Positionen und Verantwortungsbereiche abzubilden, um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen zur Projektumsetzung zu erfassen.

4.4 Ethische Aspekte

Die Untersuchung wurde unter Berücksichtigung zentraler ethischer Prinzipien durchgeführt, insbesondere Freiwilligkeit, informierte Einwilligung, Anonymität und Vertraulichkeit. Alle Teilnehmenden erhielten vorab schriftliche Informationen zu Ziel,

Ablauf und Datenschutz und nahmen erst nach Unterzeichnung einer Einverständniserklärung teil. Die Doppelrolle der Forschenden als Hebamme und wissenschaftlich Tätige wurde reflektiert. Zur Minimierung möglicher Verzerrungen wurden unter anderem transparente Kommunikation, konsequente Anonymisierung sowie die Dokumentation methodischer Entscheidungen umgesetzt. Die Interviews fanden in geschützter Atmosphäre statt; ein Abbruch oder das Überspringen von Fragen war jederzeit möglich. Die Datenverarbeitung erfolgte DSGVO-konform (DGDS, 2017). Zudem erfolgte durch die Projektleitung des Niedersächsischen Hebammenverbandes eine Aufklärung über die Erstellung des vorliegenden Berichtes, was der Verfasserin zugetragen wurde.

4.5 Datenerhebung, Transkription und Analyse

Die Interviews wurden zwischen dem 09.10.2025 und dem 04.11.2025 durchgeführt und audiografisch aufgezeichnet. Die Gesprächsdauer lag zwischen 27 und 44 Minuten. Die Transkription erfolgte zweistufig: zunächst automatisiert, anschließend manuell nach den Transkriptionsregeln von Dresing & Pehl (2013, vgl. S. 21 ff.). Alle Audiodateien wurden nach der Transkription gelöscht. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Fenzl, 2022; Mayring, 2003). Das Kategoriensystem wurde in einem induktiv-deduktiven Verfahren entwickelt und softwaregestützt mit MAXQDA angewendet. Die Analyse zielte darauf ab, zentrale Themen, Deutungsmuster und Handlungsorientierungen in Bezug auf Chancen, Hemmnisse und Wirkfaktoren der Projektumsetzung herauszuarbeiten. Die einzelnen Analyseschritte wurden transparent dokumentiert, um Nachvollziehbarkeit und methodische Qualität sicherzustellen (Lamnek & Krell, 2016, vgl. S. 147 ff.).

5. Ergebnisdarstellung

5.1 Soziodemographische Daten

Die qualitative Untersuchung basiert auf Interviews mit insgesamt neun klinischen Akteur:innen (N = 9), die aktiv an der Umsetzung des Projekts *Bauchgefühl 2.0* beteiligt waren oder im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit relevante Berührungspunkte mit dem Projekt hatten. Ziel der Stichprobenauswahl war es, unterschiedliche professionelle Perspektiven aus der klinischen Geburtshilfe einzubeziehen und damit ein breites Spektrum an Erfahrungen und Einschätzungen zur Projektumsetzung abzubilden.

Das Alter der befragten Personen lag zwischen 22 und 62 Jahren, die Berufserfahrung zwischen einem und 35 Jahren. Dadurch konnten sowohl Sichtweisen von

Berufsanfänger:innen als auch von sehr erfahrenen Fachpersonen berücksichtigt werden. Die Stichprobe umfasste fünf Hebammen und vier Ärzt:innen und spiegelt damit den interprofessionellen Charakter des Projekts wider. Die beruflichen Qualifikationen reichten von abgeschlossener Berufsausbildung bis hin zu hohen akademischen Abschlüssen.

Die Interviewpartner:innen waren überwiegend in den beiden am Projekt beteiligten Kliniken tätig. Eine Person verfügte über projektbezogene Schnittstellen, obwohl sie nicht dauerhaft in einer der Einrichtungen beschäftigt war. Die zusätzliche Arbeitszeit im Rahmen von *Bauchgefühl 2.0* betrug im Durchschnitt etwa eine Stunde pro Woche und erfolgte ergänzend zur regulären klinischen Tätigkeit.

Alle Befragten nahmen an klinikinternen projektbezogenen Austauschformaten teil; darüber hinaus bestanden Berührungspunkte mit verschiedenen Projektbausteinen wie Fortbildungen, der Hebammensprechstunde, dem Hebammenkreißsaal und interprofessionellen Netzwerktreffen. Diese Vielfalt an Einbindungen ermöglichte es, sowohl strategische als auch praxisnahe Perspektiven auf die Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* zu erfassen. Insgesamt ist die Stichprobe als heterogen, interprofessionell und erfahrungsreich zu beschreiben. Sie erfüllt damit die Anforderungen qualitativer Forschung, bei der der Informationsgehalt und die Vielfalt der Perspektiven im Vordergrund stehen (Lamnek & Krell, 2016, vgl. S. 147 ff.).

5.2 Kategorien

Die qualitative Inhaltsanalyse der problemzentrierten Interviews mit klinischen Akteur:innen des Projekts *Bauchgefühl 2.0* führte zur Entwicklung eines mehrstufigen Kategoriensystems (vgl. Anhang A). Dieses bildet zentrale Erfahrungen, Wahrnehmungen und Deutungen der Projektumsetzung im klinischen Alltag geburtshilflicher Abteilungen zweier Kliniken in einer mittelgroßen Stadt ab. Die Kategorien wurden in einem induktiv-

deduktiven Vorgehen entwickelt, orientiert an dem Interviewleitfaden sowie am empirischen Material, und im Analyseprozess fortlaufend überprüft und präzisiert. Ziel war es, subjektive Perspektiven systematisch darzustellen, ohne deren Komplexität zu reduzieren.

Insgesamt wurden vier Hauptkategorien identifiziert:

A) **Herausforderungen und Hemmnisse in der Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0***,

B) **Chancen und Potenziale für die klinische Geburtshilfe**,

C) **Wahrnehmung und Haltung zum Projekt** sowie

D) **Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit**.

Der Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung liegt auf den Hauptkategorien A und B, da diese den größten Umfang des Datenmaterials ausmachen und zentral zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen. Die Kategorien C und D werden zusammenfassend dargestellt.

5.2.1 Herausforderungen und Hemmnisse in der Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0*

Die Umsetzung des Projekts wird von den Interviewpartner:innen überwiegend als komplexer und herausfordernder Prozess beschrieben. Die Hemmnisse zeigen sich auf individueller, teambezogener, institutioneller und systemischer Ebene und stehen in enger Wechselwirkung zueinander.

Ein zentraler Aspekt betrifft die begrenzte Annahme projektbezogener Angebote durch Schwangere, insbesondere der Bauchgefühl-Sprechstunden. Mehrere Interviewpartner:innen berichten von geringen Anmeldezahlen und einer verzögerten Wahrnehmung der Angebote. Als bedeutsam wird zudem der Zeitpunkt der Projektansprache beschrieben. Viele Schwangere kommen mit bereits gefestigten Vorstellungen oder Entscheidungen in die klinische Betreuung, was die Offenheit gegenüber projektbezogenen Beratungen einschränkt. Eng damit verbunden ist der Einfluss externer Meinungen aus dem sozialen Umfeld, Medien und dem ambulanten Versorgungsbereich. Diese wirken emotional stark und müssen in Beratungsgesprächen zunächst aufgearbeitet werden.

Strukturelle Rahmenbedingungen des Klinikalltags stellen ein weiteres zentrales Hemmnis dar. Zeitmangel, Personalknappheit und ökonomischer Druck erschweren eine kontinuierliche Umsetzung projektbezogener Maßnahmen. Auch prozessuale Herausforderungen wie unklare Zuständigkeiten, kurzfristige Implementierung und organisatorische Hürden werden beschrieben.

Mehrere Interviewpartner:innen thematisieren zudem eine begrenzte Einbindung externer Akteur:innen, insbesondere aus dem ambulanten Bereich. Die Zusammenarbeit wird als herausfordernd beschrieben, da nicht alle Beteiligten den Nutzen des Projekts erkennen oder zeitliche Ressourcen für eine aktive Mitwirkung aufbringen können.

Ein weiterer Hemmfaktor betrifft das institutionelle Umfeld des Projekts. Einzelne Interviewpartner:innen berichten von einem wahrgenommenen Konkurrenzempfinden zwischen den beteiligten Kliniken. Dieses äußert sich nicht offen, sondern eher subtil, etwa in Zurückhaltung im Austausch oder in Unsicherheiten hinsichtlich gemeinsamer Verantwortlichkeiten. Diese Wahrnehmung verdeutlicht, dass regionale Kooperationen im Gesundheitssystem in einem Spannungsfeld zwischen Zusammenarbeit und Wettbewerb stattfinden. Darüber hinaus werden zwischenmenschlichen und kommunikativen Barrieren innerhalb der Teams, von Skepsis gegenüber neuen Konzepten sowie von emotionaler Belastung durch Frustration und begrenzte Handlungsspielräume beschrieben.

5.2.2 Chancen und Potenziale für die klinische Geburtshilfe

Trotz der beschriebenen Herausforderungen werden im Datenmaterial vielfältige Chancen und Potenziale sichtbar, die durch *Bauchgefühl 2.0* angestoßen wurden. Die strukturierte Projektorganisation wird von mehreren Interviewpartner:innen als unterstützend und orientierend erlebt.

Die Projektangebote werden als Beitrag zu einer patient:innenzentrierteren Versorgung beschrieben. Schwangere erhalten mehr Raum für Fragen, Ängste und individuelle Entscheidungsprozesse. Ein zentrales Potenzial liegt in der bewussten Förderung der physiologischen Geburt. Die Interviewpartner:innen berichten von einer verstärkten Reflexion interventioneller Entscheidungen und einer stärkeren Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien.

Positiv hervorgehoben wird zudem die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Gemeinsame Fortbildungen und Austauschformate fördern das gegenseitige Verständnis und den Teamzusammenhalt. Auch die Zusammenarbeit zwischen den geburtshilflichen Abteilungen der beteiligten Kliniken wird als bereichernd erlebt und trägt zur gemeinsamen Reflexion klinischer Praxis bei. Darüber hinaus beschreiben die Interviewpartner:innen persönliche und berufliche Lernprozesse sowie Impulse zur Modernisierung bestehender Abläufe.

5.2.3 Wahrnehmung und Haltung zum Projekt

Die Haltung gegenüber *Bauchgefühl 2.0* ist überwiegend positiv, zugleich jedoch von Ambivalenz geprägt. Während das Projektziel, die Förderung der physiologischen Geburt

und die Reduktion unnötiger Interventionen, als sinnvoll und fachlich überzeugend wahrgenommen wird, berichten einige Akteur:innen von Erschöpfung und begrenzter Nachhaltigkeit der Umsetzung.

5.2.4 Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung äußern die Interviewpartner:innen zahlreiche Ideen, insbesondere zur Verstetigung von Hebammensprechstunden, Fortbildungen und Netzwerktreffen. Gleichzeitig werden fehlende personelle und finanzielle Ressourcen als zentrale Barrieren benannt. Zugleich wird der durch das Projekt angestoßene Fokus auf physiologische Geburtshilfe als nachhaltig wirksam beschrieben. Veränderungen in der klinischen Praxis, etwa im Umgang mit CTG-Bewertungen oder nicht-medikamentösen Unterstützungsmaßnahmen, werden als direkte Effekte wahrgenommen.

6. Diskussion

Ziel dieses Projektberichts ist es, die Ergebnisse der zugrunde liegenden Bachelorarbeit zur Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* aus der Perspektive klinischer Akteur:innen der Geburtshilfe einzuordnen und im Kontext aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu diskutieren. Im Mittelpunkt stehen dabei die wahrgenommenen Chancen und Herausforderungen des Projekts im Hinblick auf die Förderung physiologischer Geburt. Die Ergebnisse zeigen ein vielschichtiges Bild, das sowohl positive Entwicklungsimpulse als auch strukturelle und organisationale Begrenzungen sichtbar macht.

6.1 Einordnung der Ergebnisse in den wissenschaftlichen Kontext

Herausforderungen und Hemmnisse der Umsetzung

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* von den beteiligten Akteur:innen als anspruchsvoller Implementationsprozess erlebt wird. Zentrale Hemmnisse zeigen sich insbesondere auf struktureller und organisatorischer Ebene, etwa durch begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen, ökonomischen Druck sowie durch eingeschränkte Integration projektbezogener Maßnahmen in bestehende klinische Abläufe. Diese Befunde stehen im Einklang mit der Implementationsforschung, die darauf hinweist, dass Gesundheitsprojekte häufig weniger an ihrer inhaltlichen Qualität als vielmehr an ungünstigen Rahmenbedingungen scheitern (Moore et al., 2017, vgl. S. 4 ff.; Aarons et al., 2011, vgl. S. 7 ff.).

Auch prozessuale und zwischenmenschliche Herausforderungen, insbesondere im interprofessionellen Kontext, wurden deutlich. Unterschiedliche professionelle Selbstverständnisse, Hierarchien und Kommunikationsstrukturen erschweren die Etablierung gemeinsamer Handlungslogiken. Diese Ergebnisse entsprechen der bestehenden Literatur, die interprofessionelle Zusammenarbeit als zentrales Qualitätsmerkmal der Geburtshilfe beschreibt, zugleich jedoch auf deren hohe Komplexität hinweist (Zurynski et al., 2023, vgl. S. 10 ff.). Aus Sicht der Gesundheitsförderung wird deutlich, dass erfolgreiche Projektumsetzung nicht allein von strukturellen Voraussetzungen abhängt, sondern auch kulturelle und relationale Aspekte berücksichtigt werden müssen (Prümel-Philippsen & Grossmann, 2021, vgl. S. 38 ff.).

Chancen und Potenziale für die klinische Geburtshilfe

Trotz dieser Herausforderungen heben die Befragten die Potenziale von *Bauchgefühl 2.0* deutlich hervor. Insbesondere die Förderung der physiologischen Geburt wird als zentrales Qualitätsmerkmal des Projekts wahrgenommen. Diese Einschätzung deckt sich mit der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“, die eine interventionsarme, evidenzbasierte Begleitung physiologischer Geburten ausdrücklich empfiehlt (AWMF, 2020, vgl. S. 8 f.).

Die Ergebnisse zeigen, dass das Projekt zur Reflexion bestehender Routinen beiträgt und eine stärkere Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz fördert. Zudem wird die patient:innenzentrierte Ausrichtung als Gewinn für die Versorgungsqualität beschrieben, da Entscheidungsprozesse transparenter gestaltet und die Autonomie der Gebärenden gestärkt werden. Diese Aspekte entsprechen zentralen Prinzipien der Gesundheitsförderung, wie der Stärkung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit und unterstützenden Versorgungsstrukturen (WHO, 1986).

Ein weiteres wesentliches Potenzial liegt in der Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit. Gemeinsame Fortbildungen und Austauschformate werden als wertvoll für Teamzusammenhalt, gegenseitiges Verständnis und gemeinsame Lernprozesse erlebt. Forschungsergebnisse zeigen, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzt:innen mit verbesserten geburtshilflichen Outcomes einhergehen kann (Sandall et al., 2024, vgl. S. 11 ff.). Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass diese Potenziale nur dann nachhaltig wirksam werden können, wenn sie strukturell abgesichert sind.

Wahrnehmung, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Die Wahrnehmung des Projekts ist innerhalb der beteiligten Akteur:innengruppen heterogen. Während *Bauchgefühl 2.0* von vielen als sinnvoller Innovationsimpuls erlebt wird, äußern andere Zurückhaltung oder Zweifel an der langfristigen Umsetzbarkeit. Diese am-

bivalenten Haltungen lassen sich mit Erkenntnissen der Implementationsforschung erklären, wonach die Akzeptanz von Innovationen stark von ihrer Passung zum eigenen beruflichen Selbstverständnis abhängt (Aarons et al., 2011, vgl. S. 7–12).

Bezüglich Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit wird das Projekt grundsätzlich als entwicklungsfähig eingeschätzt. Gleichzeitig bestehen deutliche Zweifel an einer langfristigen Verstetigung, insbesondere wenn Maßnahmen projektförmig bleiben und nicht dauerhaft in institutionelle Strukturen integriert werden. Diese Ergebnisse entsprechen dem Forschungsstand, der Nachhaltigkeit als zentrale Herausforderung gesundheitsbezogener Projekte beschreibt (Moore et al., 2017, vgl. S. 1 f.). Die von den Interviewpartner:innen formulierten Verbesserungsvorschläge, etwa stärkere institutionelle Verankerung, verbindlichere Strukturen und kontinuierliche Evaluation, stehen im Einklang mit den Zielsetzungen der Gesundheitsförderung sowie mit den Anforderungen evidenzbasierter Qualitätsentwicklung.

6.2 Gesamteinordnung

Zusammenfassend zeigt sich, dass *Bauchgefühl 2.0* aus Sicht klinischer Akteur:innen sowohl als Chance für eine Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung als auch als anspruchsvoller Implementationsprozess erlebt wird. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Förderung physiologischer Geburt im klinischen Setting nicht allein eine Frage individueller Haltung oder fachlicher Kompetenz ist, sondern eine systemische Herausforderung darstellt, die strukturelle, organisationale und kulturelle Ebenen gleichermaßen betrifft. Die Einordnung der Ergebnisse im Kontext des Nationalen Gesundheitsziels, der S3-Leitlinie sowie gesundheitsfördernder Theorien macht deutlich, dass Projekte wie *Bauchgefühl 2.0* eine wichtige Brückenfunktion zwischen gesundheitspolitischen Zielsetzungen und klinischer Praxis einnehmen können. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch maßgeblich von ausreichenden Ressourcen, interprofessioneller Kooperation und langfristiger struktureller Absicherung ab. Damit unterstreicht der Bericht die Bedeutung eines umfassenden Präventionsverständnisses, das Gesundheitsförderung als kontinuierlichen, mehrstufigen Prozess begreift.

7. Schlussfolgerung und Handlungsempfehlungen

7.1 Handlungsempfehlungen für die berufliche Praxis

Die Ergebnisse des Projekts *Bauchgefühl 2.0* zeigen, dass Maßnahmen zur Förderung der physiologischen Geburt grundsätzlich als sinnvoll und wirksam eingeschätzt werden, ihre Umsetzung jedoch maßgeblich von strukturellen Rahmenbedingungen abhängt. Für die berufliche Praxis ergibt sich daraus die zentrale Notwendigkeit, entsprechende Projekte

frühzeitig, realistisch und dauerhaft in klinische Strukturen einzubetten. Dies umfasst insbesondere eine ausreichende personelle Ausstattung, klar definierte Zuständigkeiten sowie zeitliche Ressourcen für projektbezogene Tätigkeiten im klinischen Alltag.

Niedrigschwellige Beratungsangebote, wie die im Projekt etablierten Sprechstunden, sollten möglichst früh in der Schwangerschaft ansetzen, um präventive Effekte zu entfalten und Entscheidungsprozesse werdender Eltern nachhaltig zu unterstützen. Voraussetzung hierfür ist eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen außerklinischen und klinischen Akteur:innen entlang der Versorgungskette. Eine gemeinsame Zielorientierung auf die Förderung der physiologischen Geburt ist dabei zentral. Darüber hinaus unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit. Gemeinsame Fortbildungen, klinikübergreifende Austauschformate und transparente Kommunikationsstrukturen können dazu beitragen, gegenseitiges Verständnis zu fördern, professionsspezifische Perspektiven sichtbar zu machen und bestehende hierarchische Muster zu reflektieren. Eine solche Zusammenarbeit erfordert eine strukturelle Anerkennung der Gleichwertigkeit der professionellen Rollen von Hebammen und Ärzt:innen.

Ein weiterer relevanter Aspekt betrifft die emotionale Dimension projektbezogener Arbeit. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass emotionale Belastungen, Unsicherheiten und Frustration die Umsetzung innovativer Projekte erheblich beeinflussen können. Supervisionsangebote, moderierte Reflexionsräume sowie eine wertschätzende Führungskultur erscheinen daher als wichtige Instrumente, um Motivation, Identifikation und langfristiges Engagement der Beteiligten zu sichern. Ergänzend sollte der Projektverlauf regelmäßig evaluiert und transparent kommuniziert werden, um Akzeptanz innerhalb der Teams zu fördern. Über die Ebene einzelner Einrichtungen hinaus machen die Ergebnisse deutlich, dass eine nachhaltige Förderung physiologischer Geburt auch gesundheitspolitische Rahmensetzungen erfordert. Wirtschaftliche Anreizsysteme sollten stärker an leitlinienorientierter, interventionsarmer Geburtshilfe ausgerichtet werden. Solange geburtshilfliche Versorgung primär unter ökonomischem Druck steht, bleiben Spielräume für qualitative Weiterentwicklung begrenzt.

Langfristig erscheint zudem eine breitere gesellschaftliche Aufklärung zu Schwangerschaft und Geburt notwendig. Evidenzbasierte, realistische Informationen sollten nicht erst im Kontext einer konkreten Schwangerschaft vermittelt werden, sondern frühzeitig ansetzen, etwa im Bildungssystem oder über geprüfte Informationsangebote in sozialen Medien. Ergänzend ist eine nachhaltige Investition in die Aus- und Weiterbildung von Hebammen und Ärzt:innen erforderlich, die neben fachlicher Kompetenz auch interprofessionelles Lernen, Reflexionsfähigkeit und eine konstruktive Fehlerkultur fördert.

7.2 Handlungsempfehlungen für die Forschung

Für die zukünftige Forschung ergibt sich der Bedarf, qualitative Erkenntnisse wie die vorliegenden durch quantitative oder mixed-methods-Studien zu ergänzen. Dadurch könnten

subjektive Erfahrungen der Akteur:innen mit objektiven Versorgungsindikatoren, etwa Interventions- oder Sectioraten, verknüpft werden. Zudem erscheint die Untersuchung der langfristigen Nachhaltigkeit solcher Projekte besonders relevant. Längsschnittstudien könnten aufzeigen, inwieweit Veränderungen in Haltung, Wissen und Zusammenarbeit dauerhaft bestehen bleiben und sich in messbaren Versorgungseffekten niederschlagen. Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf hinsichtlich organisationaler und emotionaler Einflussfaktoren bei der Implementierung innovativer Versorgungsmodelle. Insbesondere die Rolle von Führung, institutioneller Unterstützung und emotionaler Arbeitsbelastung ist bislang nur unzureichend untersucht. Schließlich könnten vergleichende Analysen ähnlicher Projekte in unterschiedlichen regionalen oder institutionellen Kontexten dazu beitragen, übertragbare Erfolgsfaktoren zu identifizieren und die Weiterentwicklung evidenzbasierter, frauzentrierter Geburtshilfe zu unterstützen.

8. Fazit

Der vorliegende Bericht greift zentrale Ergebnisse der Bachelorarbeit zur Umsetzung des Projekts *Bauchgefühl 2.0* auf und beleuchtet die Förderung der physiologischen Geburt aus der Perspektive klinischer Akteur:innen der Geburtshilfe. Vor dem Hintergrund nationaler gesundheitspolitischer Zielsetzungen und evidenzbasierter Leitlinien zeigt sich, dass das Projekt von Hebammen und Ärzt:innen überwiegend als fachlich sinnvoller und notwendiger Impuls zur Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung wahrgenommen wird. Besonders hervorgehoben werden die Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit, die kritische Reflexion bestehender Routinen sowie die Förderung einer bewussten, evidenzbasierten Praxis. Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass die Umsetzung von *Bauchgefühl 2.0* im klinischen Alltag erheblichen strukturellen und organisationalen Begrenzungen unterliegt. Zeitliche Ressourcenknappheit, Personalmangel und ökonomische Anforderungen erschweren die nachhaltige Integration projektbezogener Maßnahmen. Zudem wird das Projekt von den Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen, was die Komplexität von Implementationsprozessen im Gesundheitswesen widerspiegelt.

Insgesamt verdeutlicht der Bericht, dass *Bauchgefühl 2.0* einen wichtigen Beitrag zur Annäherung von gesundheitspolitischen Zielsetzungen, evidenzbasierten Leitlinien und klinischer Praxis leisten kann. Zugleich wird deutlich, dass die Förderung physiologischer Geburt langfristige strukturelle Rahmenbedingungen erfordert, die über einzelne Projekte hinausgehen. Die Perspektiven der klinischen Akteur:innen erweisen sich dabei als zentral, um Chancen realistisch einzuschätzen, Herausforderungen sichtbar zu machen und die Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten, frauzentrierten Geburtshilfe nachhaltig zu unterstützen.

II Literaturverzeichnis

Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011): Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38(1). (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7

Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: From Breakdown to Breakthrough. San Francisco: Jossey-Bass.

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin (015-083). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Nationales Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Berlin: BMG. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikatione n/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geb urt.pdf

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020): Qualität und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://www.bzga.de

Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012): Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. Qualitative Health Research. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1177/1049732312452938

Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) & Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) (2017): Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://soziologie.de/ethik/ethik-kodex Downe, S. & Byrom, S. (2019): The Roar Behind the Silence: Why Kindness, Compassion and Respect Matter in Maternity Care. London: Pinter & Martin.

Dresing, T. & Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://www.audiotranskription.de/praxisbuch/

Flick, U. (2022): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 9. Auflage. Reinbek: Rowohlt.

Haack, J. & Haß, A. (2024): Evaluation partizipativer Gesundheitsprojekte im klinischen Setting. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

Hendrix, C. C., Havens, D. S., O'Malley, M. & Ryan, P. (2013): Using the PARIHS framework to guide implementation of evidence-based practice. Journal of Nursing Administration, 43(6). (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182942b6a

Hebammenverband Niedersachsen e. V. (2025): Bauchgefühl 2.0. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://hebammen-niedersachsen.de/blog/projektbauchgefuehl-2-0

Hopf, C. (2016): Qualitative Interviews – Ein Überblick. In: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt.

Hunter, B., McCourt, C., McGlennon, C. & Ward, K. (2017): Midwives' experiences of emotional labour and professional autonomy. Midwifery, 48. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.003

Hüttenrauch, C. (2026): Die Umsetzung eines Projektes zur Förderung der physiologischen Geburt: Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive klinischer Akteur:innen. Bachelorarbeit. Hochschule Osnabrück. Osnabrück.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.

Maxwell, J. A. (2013): Qualitative Research Design: An Interactive Approach. 3. Auflage. Thousand Oaks: Sage.

Mayring, P. (2023): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-379858_43

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015): Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ, 350. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1136/bmj.h1258

OpenAI (2025): ChatGPT. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://chat.openai.com

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009): Im Feld: Zugang, Beobachtung, Erhebung – Narrative Interviews. In: Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik: Konzepte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Bern: Huber.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(4). (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013): Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. Patient Education and Counseling, 90(1). (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-globalconference

Zurynski, Y., Ludlow, K., Testa, L., Augustsson, H., Herkes-Deane, J., Hutchinson, K., Lamprell, G., McPherson, E., Carrigan, A., Ellis, L. A., Dharmayani, P. N. A., Smith, C. L., Richardson, L., Dammery, G., Singh, N. & Braithwaite, J. (2023): Built to last? Barriers and facilitators of healthcare program sustainability: A systematic integrative review. (Zugriff am: 08.01.2026). Verfügbar unter: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10641997/

III Anhang

(A) Kategoriensystem

Tabelle 1 Kategoriensystem

Hauptkategorie	Code	Kategorie / Subkategorie	Kurzdefinition
A Herausforderungen & Hemmnisse			
	A1	Annahme des Projektes durch Schwangere	Akzeptanz oder Zurückhaltung Schwangerer gegenüber Projektangeboten
	A2	Einfluss externer Meinungen	Einfluss von Umfeld, Medien oder externen Fachpersonen
	A3	Konkurrenzempfinden zwischen Kliniken	Wahrnehmung von Wettbewerb oder Rivalität
	A4	Strukturelle Rahmenbedingungen	Personelle, räumliche oder organisatorische Einschränkungen
	A5	Geringe Annahme durch externe Projektbeteiligte	Niedrige Beteiligung externer Akteur:innen
	A6	Prozessbezogene Herausforderungen	Probleme in Planung und Umsetzung
	A7	Zwischenmenschliche Barrieren	Kommunikationsprobleme oder Teamkonflikte
	A8	Emotionale Belastung	Überforderung, Frustration, emotionale Beanspruchung
	A9	Unterschiedliche Haltung zu Innovation	Skepsis oder Widerstand gegenüber Veränderungen

B Chancen Poten- & ziale			
	B1	Strukturierte Projektorganisation	Klare Koordination und Projektstruktur
	B2	Versorgungsqualität & Patientinnenzentrierung	Verbesserte Betreuung und Zugänglichkeit
	B3	Förderung der physiologischen Geburt	Stärkung natürlicher Geburtsverläufe
	B4	Interprofessionelle Zusammenarbeit	Verbesserte Teamarbeit
	B5	Kooperative Zusammenarbeit der Einrichtungen	Vernetzung zwischen Institutionen
	B6	Evidenzbasierung & Qualitätsentwicklung	Leitlinienbasierte Praxis
	B7	Persönliche & berufliche Entwicklung	Kompetenzgewinn und Motivation
	B8	Innovation & Modernisierung der Abläufe	Weiterentwicklung von Prozessen
C Wahrnehmung & Haltung		Wahrnehmung und Haltung zum Projekt	Subjektive Bewertung des Projekts
D **Weiterentwicklung & Nachhaltigkeit**		Weiterentwicklung, Nachhaltigkeit & Übertragbarkeit	Zukunftsperspektiven und Skalierung