

Make it happen!

Lösungsideen aus Australien

Auf der ganzen Welt arbeiten Hebammen und ÄrztInnen daran, Orte zu schaffen, an denen Frauen sicher und gemäß ihren Bedürfnissen gebären können.

Josy Kühberger über Geburtsmodelle, die funktionieren:

Seit Jahren hört man von Hebammen und GeburtshelferInnen denselben Satz: „Es funktioniert nicht, so funktioniert es nicht...!“

Damit meinen sie die zunehmende Medikalisierung, Technisierung und Risiko-Zentrierung der Geburtshilfe. So funktioniert Geburt einfach nicht. Die Strukturen der meisten unserer Geburtshilfe-Systeme sind nicht dazu geschaffen, die Physiologie der Geburt zu unterstützen. Sie beruhen auf der Annahme, dass ein Mehr an Interventionen und Eingriffen zu besseren Ergebnissen führt. Das stellt sich immer deutlicher als Irrglaube heraus, denn steigende Interventionsraten werden mit wachsenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten in Zusammenhang gebracht (Byrom & Down 2015).

Zeitgleich gibt es weltweit Bemühungen, den Frauen bessere und vor allem sicherere Möglichkeiten zum Gebären zu schaffen. Am besten gelingt das, wenn die Betreuung beziehungs-basiert und nicht system-basiert ist (Dahlen 2014). Geburtsmodelle, die funktionieren, teilen die gemeinsame Philosophie, dass Geburt etwas Normales ist, dass Frauen darin den natürlichen Mittelpunkt darstellen und dass das Erkennen und Erfüllen ihrer Bedürfnisse die Grundvoraussetzung für ein gutes Gelingen ist. Die Notwendig-



keit einer tragfähigen Beziehung zwischen allen Beteiligten wird dabei als essenziell für den Aufbau von gegenseitigem Vertrauen erachtet.

Wie es möglich ist, die Zufriedenheit der Frauen zu vergrößern und klinische Outcomes zu verbessern, zeigen Beispiele aus verschiedenen Ländern. Exemplarisch möchte ich die Re-Organisation eines australischen Krankenhauses beschreiben, dessen Strukturen an die Bedürfnisse von Frauen angepasst wurden, ohne dabei höhere Kos-

ten für das Gesundheitssystem zu erzeugen.

Geburtshilfe in Australien

Die Geburtshilfe in Australien war in vielen Punkten mit der unseren vergleichbar. Die meisten Frauen wurden in der Schwangerschaft durch GynäkologInnen betreut und haben im Krankenhaus geboren. Auch die Probleme waren ähnlich. Hohe Interventionsraten, steigende Sectio-Zahlen, dazu die Frustration von Hebammen und

ÄrztInnen in einem geburtsmedizinischen Modell, das wenig geeignet war die normale Geburt zu fördern.

Als auch die Frauen zunehmend unzufriedener wurden, war der Zeitpunkt zum Handeln gekommen. An verschiedenen Orten versuchte man daraufhin die medizinisch dominierte Gebärkultur in ein frauenfreundlicheres, flexibleres System zu verwandeln. Ein Krankenhaus, in dem das mit Erfolg gemacht wurde, ist das St. Georges Hospital in Sydney. Ausgangspunkt der Überlegungen war, den Frauen die von ihnen gewünschte kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen und ihnen mehr Kontrolle, mehr Wahl und einen leichteren Zugang zu individueller Begleitung zu bieten.

Das STOMP-Modell

Bis dahin war es in diesem Haus üblich, dass Hebammen in einem 8-Stunden-Schichtsystem ausschließlich im Kreißsaal arbeiteten. Die meisten Hebammen („core-midwives“ = „Herzstück-Hebammen“) arbeiten auch weiterhin so. Zusätzlich bietet ein Teil von ihnen im Rahmen des STOMP-Programms (St. George Outreach Maternity Program) eine alternative Betreuungsmöglichkeit an (Brodie 2009; Homer 2005, 2008). Dazu wurden zwei Teams aus jeweils sechs angestellten Hebammen gebildet. Die Einführung von zwei Teams zeitgleich war erforderlich, um von Beginn an eine relevante Anzahl von Frauen zu versorgen. Davon versprach man sich eine größere Nachhaltigkeit und die Gewährleistung dafür, dass es sich zu einem Langzeitprojekt weiterentwickeln würde. Jedes dieser Teams betreut pro Monat circa 35 Schwangere, für die es die ganze Palette an Hebammenunterstützung abdeckt. Diese Gruppe übernimmt die Schwangerschaftskontrollen, die Geburten und betreut „ihre“ Frauen abschließend wahlweise im klinischen oder häuslichen Wochenbett. Eine Besonderheit dieses Projekts ist, dass die Schwangerschaftsbegleitung nahe an den Frauen angeboten wird. Sie erfolgt nicht im zentral in der Innenstadt gelegenen Krankenhaus, sondern in zwei „Community-Centers“ direkt in den Wohnvierteln von Sydney.



Jede Schwangere kann sich für das STOMP-Programm anmelden. Die Betreuung unterscheidet sich für sie von der Standard-Betreuung nur, indem es Kontinuität ermöglicht, und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine unauffällige Schwangerschaft handelt oder nicht. Bei Bedarf kann jederzeit ein Gynäkologe/eine Gynäkologin zugezogen werden. Das Programm zielt nicht darauf ab, die Art oder Inhalte der Hebammenarbeit zu verändern. Sowohl Core-Hebammen als auch STOMP-Hebammen folgen in allen Belangen denselben Vorgaben und Leitlinien des St. Georges Hospitals. Dieses Prinzip war bei der Einführung des Programms aus mehreren Gründen wichtig: Da das Projekt von Beginn an wissenschaftlich begleitet wurde, war es zur besseren Vergleichbarkeit notwendig, dass die STOMP-Teams und Core-Hebammen nach denselben Standards arbeiteten. Nur so war es möglich, die Sicherheit, Effizienz und die Kosten des neuen Modells dem schon bestehenden gegenüberzustellen. Außerdem war und ist es als Ergänzung eines Gesamtprojekts zur Verbesserung der Betreuung gedacht. Und nicht zuletzt ist das Bekenntnis zu evidenz-basierter Pflege und Medizin ein wichtiger Stützpfiler der Grundphilosophie dieses Krankenhauses. Alle Abläufe basieren auf wissenschaftlichen Forschungserkenntnissen. Der Wechsel in der Struktur zielte also „nur“ darauf ab, die Möglichkeiten der Hebammen zu individueller Pflege zu erweitern und die Beziehungen zwischen Frauen und Hebammen zu vertiefen.

Beziehungsbasierte Hebammenarbeit

Der Vorteil für die Frauen liegt also darin, dass sie durchwegs von einer überschaubaren Gruppe ihnen bekannter Personen betreut werden, was den Beziehungsaufbau und Vertrauenszuwachs erleichtert. Der Vorteil für die Hebammen ist, dass sie sich in einem Arbeitsmodell bewegen, das sich dem Ideal der 1:1 Betreuung annähert, aber trotzdem geregelte Arbeits- und Urlaubszeiten ermöglicht. Die Zufriedenheit der Frauen mit dieser Art der Betreuung war während des Untersuchungszeitraums durchwegs höher als in der Vergleichsgruppe. Die Kaiserschnitttrate lag bei den STOMP-Frauen signifikant niedriger als bei den Frauen, die sich nicht für dieses Modell entschieden (13,3% versus 17,8%). Es gab weniger Kinder, die postpartal auf die Kinderklinik verlegt wurden. Und – vielleicht am erstaunlichsten – das Programm stellte sich als für das Krankenhaus kostengünstiger heraus als die Standard-Betreuung (Brodie 2009). Zudem zeigte sich, dass auch die Hebammen den veränderten Zugang zu den Frauen und die Umstellung im Dienstplan als positiv beurteilten. Ein Modell wie dieses gibt angestellten Hebammen mehr Kontrolle über ihre Arbeitsabläufe und die Gelegenheit, „ihre“ Frauen besser kennenzulernen. Sie betreuen weniger Schwangere und Gebärende, diese jedoch über einen längeren Zeitraum. Wie Sandall et al (1997) beschreiben, sind Kontrolle über die Organisation der Arbeit, soziale Unterstützung und die Möglich-

keit, langfristige Beziehungen zu Frauen zu knüpfen, wichtige Faktoren in der Vermeidung von Burn-Out bei Hebammen.

Ein etabliertes Modell

Jährlich werden zur Zeit etwa 720 Frauen durch die STOMP-Hebammen betreut, was in etwa 28% der Gebärenden am St. George Hospital entspricht. Organisatorisch wird das Modell so umgesetzt, dass jeweils zwei Projekt-Hebammen die vormittags anfallenden Schwangerschaftsvorsorgen übernehmen. Eine weitere betreut in diesem Zeitraum die Wöchnerinnen auf Station bzw. zu Hause. Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung sind nach wie vor in einem 8-Stunden-Dienst geregelt. Eine STOMP-Hebamme ist immer für Wehende oder für Fragen der Frauen erreichbar. Sie kommt aber nur ins Hospital, wenn sie dort von einer „ihrer“ Frauen gebraucht wird. Die abrufbereite „Geburts-Hebamme“ arbeitet jeweils 12 Stunden und übergibt dann an die nächste Hebamme aus dem Team. So ist gewährleistet, dass rund um die Uhr eine der Frau bekannte Hebamme bereit steht.

Seit der Einführung des Modells wurde es stetig weiterentwickelt. Zur Zeit wird darüber nachgedacht, den Gebärenden die Betreuung des Geburtsanfangs im eigenen Zuhause anzubieten. Die Hebammen und ÄrztInnen betrachteten das STOMP-Programm noch nicht als perfekt, aber als großen, ersten Schritt in die richtige Richtung. Oder wie Dr. Caroline Homer (Hebamme und wissenschaftliche Leiterin des Projekts) es ausdrückt: „In einem großen öffentlichen Krankenhaus kann man nicht den Rolls Royce anbieten – eine Hebamme für jede Frau. Unser Modell mit sechs Hebammen für 35 Frauen ist noch einige Levels entfernt von diesem Ideal. Aber wir arbeiten daran.“ Der Wunsch, eine noch individuellere Betreuung anbieten zu können, führte daraufhin im selben Krankenhaus zur Entwicklung des TANGO-Modells (Towards a New Group Practice Option).

Das TANGO Modell

Das TANGO-Modell stellt eine Art „Geburtshaus im Krankenhaus“ dar und ist

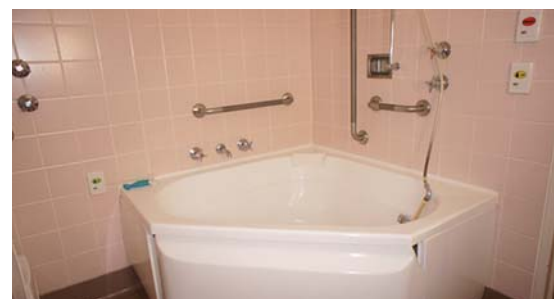
eine Option für gesunde Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf. Die Grundidee war auch hier, den Frauen Kontinuität in der Betreuung zu ermöglichen, dazu eine möglichst ungestörte Geburt mit vertrauten Bezugspersonen. Im Unterschied zu den STOMP-Geburten, die auf der normalen Entbindungsstation betreut werden, benutzen die TANGO-Hebammen eigene Räumlichkeiten, die sich im gleichen Stockwerk nur 50 Meter entfernt von der Geburtsstation befinden. Zwei Zimmer werden zur Schwangerschaftsvorsorge genutzt und zwei zur Geburt. Diese sind „heimeliger“ ausgestattet als die Standard-Kreißzimmer, zum Beispiel mit Doppel- anstelle von Gebärbetten. Im Unterschied zu den STOMP-Teams arbeiten die Hebammen hier in Zweier-Gruppen zusammen, die jeweils zehn Frauen pro Monat betreuen. Auch in diesem Modell umfasst die Arbeit der Hebamme Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Wird eine medizinische Intervention nötig, wird die Frau in den herkömmlichen Kreißsaalbereich verlegt und im Weiteren von TANGO-Hebamme und Core-Hebamme gemeinsam betreut. Die Frauen werden dazu ermutigt, das Krankenhaus vier bis sechs Stunden nach der Geburt zu verlassen und verbringen das häusliche Wochenbett in der Obsorge ihrer Hebammen. Auch dieses Programm hat exzellente Zahlen. Im Jahr 2005 wurde es um eine Hausgeburts-Option erweitert. Das war das erste Mal, dass australischen Frauen diese Möglichkeit im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems angeboten wurde (Brodie 2009).

Eine Ideen-Werkstätte

Ebenfalls am St George Hospital wurde das RAP-Modell entwickelt (Risk Associated Pregnancy). Es zielt darauf ab, Frauen mit gesundheitlichen Problemen sowohl Kontinuität durch Hebammen, als auch durch eine kleine und ihnen vertraute Gruppe von FachärztInnen angedeihen zu lassen. Die Namen der Projekte sind übrigens nicht zufällig nach Tänzern benannt: sie wurden alle im Rahmen von krankenhaushausinternen Wettbewerben vom Personal erdacht. Besonders zur Zeit der



Impressionen vom St. Georges Hospital in Sydney
Fotos: Mayra Calvette, <http://partopelomundo.com/blog>



Implementierung wurde viel Wert auf die Unterstützung aller Hebammen gelegt. Regelmäßige Treffen und soziale Events sollten während der Herausforderungen der Umstrukturierung die Stärkung des Zusammengehörigkeitsgefühls fördern. Zudem informierte ein regelmäßiger Research-Newsletter über alle Änderungen und Fortschritte des Projekts, wöchentliche Treffen und Supervision waren in der Anfangsphase Standard. Von Beginn an war auch die Einbindung verwandter Berufsgruppen und der Zuständigen aus der Verwaltung erklärtes Ziel.

Ein Grund für den Erfolg ist unübersehbar die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. Das zeigt sich sowohl auf praktischer Ebene, wo die Core-Hebammen eine wichtige Ressource für die Projekthebammen darstellen (Einspringen, wenn doch mehrere Frauen zeitgleich entbinden; fachliche Beratung) und umgekehrt die Projekthebammen die Core-Hebammen bei den täglich anfallenden Stationsarbeiten unterstützen, wann immer es ihnen zeitlich möglich ist. Und es zeigt sich auch auf inhaltlicher Ebene, wo viel Bedacht auf Abstimmung und Akzeptanz bei allen Beteiligten gelegt wird. Veränderungen müssen für alle betroffenen Berufsgruppen und die Organisation des Krankenhauses akzeptabel, nachhaltig und innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems umsetzbar gestaltet werden.

Gemeinsam

Es gibt Orte, an denen die beste verfügbare medizinische Hilfe mit traditionellem Handwerk, Hausverstand, Leidenschaft und Empathie verbunden wird, um ein System zu schaffen, das Frauen, ihren Kindern und Familien



wirklich nützt. Darin wird es möglich eine Betreuung anzubieten, die auf den Bedürfnissen von Frauen basiert und nicht auf denen der Institutionen.

Ein neues Modell einzuführen, erfordert fundamentale Veränderungen auf allen Ebenen. Während der Implementierung mussten sich Hebammen, Ärztinnen und Verwaltungsangestellte aus der Komfort-Zone vertrauter Routinen heraus bewegen. Die Einführung des Modells führte zu großen Umbrüchen in der Art, wie die Menschen miteinander arbeiteten. Die Veränderungen waren nur möglich durch gemeinsame Anstrengung. Denn wie es in einem afrikanischen Sprichwort heißt:

Willst du schnell gehen, geh' allein.

Willst du weit gehen, geh' gemeinsam mit anderen.

Literatur:

Brodie P, Homer C (2009). Transforming the Culture of a Maternity System. In: Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss B, Tritten J (eds.). Birth Models That Work.

Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 187-211.

Byrom S, Downe S (2015). The Roar Behind the Silence. Why kindness, compassion and respect matter in maternity care. London: Pinter & Martin.

Dahlen HG (2014). Managing Risk or Facilitating Safety? Int Journal of Childbirth, 4(2), 66-68.

Homer C (2005). Laying the Foundation: the STOMP Study. In: OLuanaigh P, Carlson C (eds.). Midwifery and Public Health: future directions, new opportunities. London: Churchill Livingstone, 129-152.

Homer C, Brodie P, Leap N (2008). Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide. London: Elsevier.

Sandall J (1997). Midwives' burn-out and continuity of care. British Journal of Midwifery 5 (2), 106-111.

**Josy Kühberger
MSc**

**ist freipraktizierende
Hebamme
im Burgenland.**



Ausbildung zur Zertifizierten Kursleiterin

Die nächsten Kurse:

- 5. bis 8. Mai 2016, Berlin, D
- 2. bis 5. Juni 2016, Waldbronn, D
- 23. bis 26. Juni, Schlierbach A**
- 1. bis 4. September, Berikon, CH

Kontakt: Sydney Sobotka Tel.: 0041 44 734 31 78
melden Sie sich online an: www.hypnobirthing.at



HypnoBirthing

„Der natürliche Weg zur sanften Geburt“