

DIESE CHANCE SOLLTEN WIR UNS NICHT ENTGEHEN LASSEN

Daniela Erdmann

Hebammen können angestellt oder freiberuflich arbeiten (oder beides) – in der Geburtshilfe, Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung, Lehre oder in anderen Feldern, die Hebammentätigkeit vorsehen. Sie können in einer Klinik oder außerklinisch tätig sein, Praxen oder Geburtshäuser betreiben, Kooperationen eingehen oder allein arbeiten. Aber warum gibt es so selten Hebammen auf Wochenbettstationen?

Wochenbett im Wandel

Im 18. Jahrhundert gab es die ersten Gebärhäuser, die zur Ausbildung von Ärzten und Hebammen vor allem arme Frauen betreuten und an ihnen geburtshilfliche Experimente durchführten (vgl. Schlumbohm 2008). Die Frauen blieben nach der Geburt einige Tage in den Häusern, allerdings gab es infolge katastrophaler hygienischer Bedingungen eine hohe Sterblichkeit. Das änderte sich erst Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Einführung der Händedesinfektion und antiseptischer Maßnahmen und es entstanden erstmals getrennte Bereiche für Geburt und Wochenbett.

Ab Beginn des 20. Jahrhunderts gab es zunehmend Wöchnerinnenstationen mit einer systematischen Nachbeobachtung von Mutter und Kind, aber erst ab den 1960er-Jahren wurde die klinische Geburtshilfe in Europa zum Standard und damit die Wochenbettstationen zum festen Bestandteil der Geburtskliniken (vgl. Metz-Becker/Labouvie 2001). Die Wöchnerinnen blieben 7 bis 14 Tage in der Klinik und es fand in der Regel keine häusliche Wochenbettbetreuung statt. Seit den

1990ern wurden die Liegezeiten aus ökonomischen Gründen auf 2 bis 4 Tage verkürzt und schrittweise ganzheitliche Versorgungskonzepte eingeführt.

Ab den 1960er-Jahren wurden Wochenbettstationen zum festen Bestandteil der Geburtskliniken

Pflegefall Wochenbettstation

Bis in das 20. Jahrhundert hinein betreuten Hebammen Geburt und Wochenbett im häuslichen Umfeld. Die Hebamme war nicht nur Geburtshelferin, sondern auch Expertin für den physiologischen Verlauf in der postpartalen Phase. Professionssoziologisch gesehen

handelt es sich um eine originäre Zuständigkeit (vgl. Metz-Becker/Labouvie 2001), der der Gesetzgeber heute mit der vorbehaltenen Tätigkeit Rechnung trägt: Hebammen gelten als primäre Fachpersonen für die Begleitung physiologischer Prozesse rund um Geburt und Wochenbett (vgl. ICM 2021).

Mit Zunahme der Geburten im klinischen Kontext entstand eine neue Aufgabenteilung: Hebammen waren zuständig für die Geburtshilfe im Kreißsaal, die medizinische Leitung oblag den Ärztinnen* und die stationäre Pflege im Wochenbett wurde vom Pflegepersonal durchgeführt. Die Wochenbettstationen fielen organisatorisch in den Bereich der Krankenpflege, die sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend professionalisiert hatte. Die Abwesenheit von Hebammen auf den Wochenbettstationen war also das Ergebnis der Institutionalisierung der Geburt im Krankenhaus, der Professionalisierung der Krankenpflege, der Medikalisierung der Geburtshilfe und der hierarchischen Neuordnung medizinischer Berufe (vgl. Gamper 1998).

Die Folgen sind bis heute spürbar. Geburt und Wochenbett wurden in medizinisch überwachte Prozesse aufgeteilt und immer weniger als eigenständige physiologische Übergangsphase wahrgenommen. Noch in der 1990ern – und teilweise sogar noch länger – wurden Neugeborene in »Kinderzimmern« hinter Glaswänden versorgt und alle vier Stunden den Müttern in Mehrbettzimmern zum Stillen gebracht.

Rooming-in war der Auftakt, die Einheit von Mutter und Kind postpartal wieder in den Fokus zu nehmen

Mit Verkürzung der Liegezeiten wurde das Wochenbett verstärkt als medizinisch zu überwachender Entlassungszustand wahrgenommen – also als Nachsorge nach einem medizinischen Eingriff – statt als eigenständige Regenerationsphase nach einem physiologischen Lebensereignis. Für Hebammen wurde es immer unattraktiver, auf der Wochenbettstation zu arbeiten, da sich das Arbeitsfeld so sehr von den originären Tätigkeiten und Kompetenzen entfernte.

Aktuell verbringen 98 Prozent der Mütter ihre ersten Tage im Krankenhaus. Während die Aufenthaltsdauer sinkt, nehmen die operativen Geburten zu (vgl. destatis 2021). Immer mehr Frauen mit physischen und psychischen Vorbelastungen müssen betreut werden, zunehmend auch Frauen mit chronischen Vorerkrankungen. Auf der Wochenbettstation werden Mütter nach Spontangeburt oder nach operativen Geburten in der Regel zwei bis drei Stunden nach der Geburt aufgenommen. Eventuell werden Schwangere mit Komplikationen auf derselben Station betreut, ebenso wie Mütter, deren Kinder auf einer anderen Station versorgt werden, weil sie krank sind. Das, was als Wochenbettstation deklariert ist, bringt oft noch weitere Anforderungen mit sich als »nur« die Überwachung des Wochenbetts.

Die Rückeroberung des Wochenbetts

Seit den 1980er-Jahren entstehen neue Versorgungskonzepte auf Wochenbettstationen. Parallel zu den Veränderungen in der Geburtshilfe (Stichwörter »sanfte Geburt«, Gründung von Geburtshäusern) und letztlich durch das Engagement von Müttern wurden nach und nach neue Konzepte eingeführt.

Eines der ersten war »Rooming-in«, das zwar schon in den 1920er-Jahren erstmalig umgesetzt, dann aber von den Nationalsozialisten wieder rückgängig gemacht wurde und erst in den späten 1970er-Jahren wieder schrittweise eingeführt wurde. Heute ist es fast überall Standard, wenn auch erstaunlicherweise nicht zu 100 Prozent. Trotzdem war Rooming-in der Auftakt, die Einheit von Mutter und Kind postpartal wieder in den Fokus zu nehmen.

Viele Frauen erleben diese Zeit als prägend für den Beginn des Familienlebens

In den 1990ern riefen Unicef und WHO die Initiative »Babyfreundliches Krankenhaus« ins Leben, es folgten Familienzimmer und Bezugspflege bis hin zur Integrativen Wochenbettstation. Die Kontinuität der Betreuung ist dabei ein zentrales Qualitätsmerkmal hebammengeleiteter Versorgung und zeigt signifikante positive Effekte auf die Zufriedenheit der Mütter, Interventionsraten und Gesundheitsoutcomes (vgl. Sandall et al. 2016).

Bei der integrativen Wochenbettbetreuung werden Mutter und Kind gemeinsam von einer Hebamme oder Pflegefachperson nach dem Prinzip Continuity of Care/Primary Nursing betreut. Dafür werden Zeitabläufe und räumliche Gegebenheiten so angepasst, dass es möglich ist, auf die individuellen Bedürfnisse der Wöchnerin und des Neugeborenen einzugehen – eine Abkehr von der fragmentierten Versorgung, bei der unterschiedliche Berufsgruppen für unterschiedliche Abschnitte zuständig sind. Die Konzepte sind also eine Rückeroberung des Wochenbetts

als physiologischer Gesamtprozess und der hebammenspezifischen Zuständigkeiten im klinischen Kontext.

Damit wird die Wochenbettstation zunehmend interessanter für Hebammen. Einige Kliniken haben das schon erkannt und angesichts der sich entspannenden Personalsituation bietet das die Chance, die originären Bereiche auch im klinischen Setting abzudecken. Davon profitieren Wöchnerinnen nachhaltig, da sie so Sicherheit erfahren (vgl. Slomian et al. 2021):

- Verfügbarkeit medizinischer Versorgung
- Kompetenzerwerb im Umgang mit dem Kind
- Selbstbestimmung durch Wahlmöglichkeiten
- Normalität durch die Simulation von Häuslichkeit

Im nächsten Schritt wird es sinnvoll sein, das Konzept Hebammenkreißsaal auf die Wochenbettstation zu erweitern (daran wird an vielen Stellen bereits gearbeitet) und Rotationssysteme umzusetzen, innerhalb derer Hebammen sowohl im Kreißsaal als auch auf der Wochenbettstation arbeiten. Ein weiterer Schritt, um Geburt und Wochenbett als Ganzes wahrzunehmen.

Gemeinsam besser

Die Wochenbettstation ist eine klassisch interprofessionelle Station, auf der unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten. Unterschiedliche Versorgungsstufen machen gegebenenfalls weitere Expertise angrenzender Berufe notwendig. Ziel einer gelungenen Interprofessionalität ist die Steigerung der Versorgungsqualität, kosteneffektive Nutzung von Ressourcen und selbstverständlich eine Verbesserung der Versorgung.

Die interprofessionelle Ausgestaltung auf den Wochenbettstationen bietet die Möglichkeit, das Wochenbett weder zu trivialisieren noch zu pathologisieren, sondern als eigenständige Phase zwischen Medizin, Pflege und hebammenkundlicher Expertise angemessen zu verorten. Die Zusammenarbeit ermöglicht die Integration hebammenkundlicher und frauenzentrierter Prozesskompetenz in die klinische Struktur, die Sicherstellung pflegerischer Kontinuität und Stationsorganisation, die Absicherung medizinischer Risiken durch ärztliche Expertise und die Berücksichtigung

psychosozialer Transformationsprozesse.

Das Wochenbett erscheint in diesem Modell nicht mehr als Pflegefall, sondern als komplexe Übergangssituation mit biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Die Wöchnerin profitiert von einem adäquaten Schnittstellenmanagement, wenn die Bereiche der einzelnen Berufsgruppen klar definiert sind. Gleichzeitig können alle Berufsgruppen von einem guten Austausch profitieren und ihre Kompetenzen erweitern.

Keine Nostalgie

Das Wochenbett ist eine vulnerable Phase. Viele Frauen erleben diese Zeit als prägend für den Beginn des Familienlebens – zu Hause ebenso wie in der Klinik. In einer solch sensiblen Situation ist es wichtig, dass Betreuung nicht nur aus Überwachung und Anleitung besteht, sondern Raum für Fragen, Entscheidungen und individuelle Bedürfnisse lässt.

Die Präsenz von Hebammen trägt dazu bei, den salutogenetischen Blick auf das Wochenbett zu stärken

Die Hebammenarbeit ist per se eng mit dem Prinzip der informierten Selbstbestimmung verbunden – und damit mit der Förderung von Elternkompetenzen in der neuen Situa-

tion. Somit kann die Präsenz von Hebammen auf Wochenbettstationen dazu beitragen, dass Frauen nicht ausschließlich als Patientinnen in einem klinischen Ablauf wahrgenommen werden, sondern als handelnde Personen, die den Übergang in die Elternschaft aktiv mitgestalten – ebenso wie in der häuslichen Wochenbettbetreuung.

Ein Plädoyer für Hebammen auf Wochenbettstationen ist also keine Nostalgie, sondern eine professions- und versorgungstheoretisch begründete Notwendigkeit. Die Präsenz von Hebammen trägt dazu bei, den salutogenetischen Blick auf das Wochenbett zu stärken. Gleichzeitig hilft sie, klare und sinnvolle Zuständigkeiten der beteiligten Berufsgruppen umzusetzen und eine kontinuierliche Betreuung von der Schwangerschaft über die Geburt bis in das Wochenbett hinein zu ermöglichen.

Kurz: Wochenbettstationen mit Hebammen ermöglichen ein integriertes Verständnis des Wochenbetts als biologischen, psychischen und sozialen Umstellungsprozess. Diese Chance sollten wir uns und den Frauen mit ihren Familien nicht entgehen lassen.

Quellen

- Gamper G/Seidel HC (1998): Eine neue »Kultur des Gebärens«. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft 11. Stuttgart: Steiner.
- International Confederation of Midwives (2021): ICM Professional Framework for Midwifery 2021, [online] <https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/professional-framework-2022-1.pdf>.
- Metz-Becker M/Labouvie E (2001): Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, Bd. 24, Nr. 4. Köln usw.: Böhlau.

Sandall J et al. (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: Cochrane Database Syst Rev, 4(4): CD004667.

Schlumbohm J (2008): The history of childbirth: Women and doctors in the lying-in hospital of Göttingen University, eighteenth – nineteenth century. In: Theatrum historiae, 3: 149–159.

Slomian J et al. (2021): Identifying maternal needs following childbirth: comparison between pregnant women and recent mothers. In: BMC Pregnancy Childbirth, 21(1): 405.

Statistisches Bundesamt (2023): Fast ein Drittel aller Geburten im Jahr 2021 durch Kaiserschnitt. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_Noo9_231.html.



Daniela Erdmann, Hebamme (B. Sc.), Köln, kontakt@daniela-erdmann.com

Erdmann D (2026): Diese Chance sollten wir uns nicht entgehen lassen. Hebammenforum 27(5): 18–24.



AUDIO

Wir lesen Ihnen vor!
Diesen Artikel können Sie in unserer APP hören!