



# Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern

*Antwort auf das Postulat der Grossrätin Frau Natalie Imboden (126.2013)*

## Ein Expertinnen- und Expertenbericht

**Evelyne Aubry & Eva Cignacco**

Version 1, 08. Oktober 2015

Version 2, 21. Oktober 2015

Foto aus: Cignacco Eva (2005). *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen*. Bern: Verlag Hans Huber.

**Berner Fachhochschule**  
Fachbereich Gesundheit  
Abteilung Geburtshilfe

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2 Methodisches Vorgehen</b>	<b>11</b>
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>15</b>
<b>4 Diskussion</b>	<b>49</b>
<b>5 Schlussfolgerung und Empfehlungen</b>	<b>56</b>
<b>6 Literaturverzeichnis</b>	<b>60</b>
<b>7 Anhang</b>	<b>69</b>

## Detailliertes Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Hintergrund	7
1.3 Auftrag	9
1.4 Zielsetzung und Eingrenzung	9
<b>2 Methodisches Vorgehen</b>	<b>11</b>
2.1 Literaturrecherchen	11
2.1.1 Suchstrategien	11
2.1.2 Untersuchte Länder	12
2.2 Expertinnen- und Expertenbefragungen	13
2.3 Validierung des Berichts durch Fachexpertinnen	14
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>15</b>
3.1 Hebammengeleitete Geburtshilfe: Definition	15
3.2 Qualität der hebammengeleiteten Geburtshilfe	16
3.2.1 Effektivität und Sicherheit	16

3.2.2	Frauzentrierte Betreuung	17
3.2.3	Kontinuierliche Betreuung und autonome Geburtsleitung	18
3.2.4	Gesundheitsförderung und Prävention	19
3.3	Geburtshilfe in der Schweiz und im europäischen Kontext	19
3.3.1	Aktuelle Situation der Geburtshilfe in der <b>Schweiz</b>	19
3.3.2	Geburtshilfe in europäischen Ländern	21
3.4	Hebammengeleitete Geburtshilfemodelle	24
3.5	Analyse des Umgebungsfeldes des Modells der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz	28
3.5.1	Politische Einflussfaktoren	28
3.5.2	Ökonomische Einflussfaktoren	32
3.5.3	Gesellschaftliche Einflussfaktoren	35
3.5.4	Arbeitsorganisatorische Einflussfaktoren	38
3.6	Ergebnisse der Expertinnen- und Expertenbefragungen	40
3.6.1	Allgemeine Einschätzungen zur hebammengeleiteten Geburtshilfe als Modell	40
3.6.2	Kategorien der Expertinnen- und Expertenbefragungen	42
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>49</b>
4.1	Zusammenfassung der zentralen Befunde	49
4.1.1	Hebammengeleitete Geburtshilfe als wichtige Ergänzung zur Geburtsversorgung	49
4.1.2	Förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe	53
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerung und Handlungsbedarf</b>	<b>56</b>
5.1	Schlussfolgerung	56
5.2	Handlungsbedarf	57
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>Anhang</b>	<b>69</b>
7.1	Interviewleitfaden	69

# Zusammenfassung

## Ausgangslage

Im Kanton Bern sollen mit dem Postulat Imboden (14.8.2013) Rahmenbedingungen überprüft werden, die bei der Einführung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe in den Spitälern mit einer geburtshilflichen Abteilung förderlich oder hinderlich wirken könnten.

## Hintergrund

Die Geburtshilfe hat in den letzten Dekaden im Zusammenhang mit den allgemeinen technologischen Entwicklungen in der Medizin eine starke Medikalisierung und Pathologisierung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfahren. Das Ziel dieser Entwicklungen war es, die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität zu senken, was auch zu einer sehr tiefen Säuglingssterblichkeitsrate in der **Schweiz** führte. Mit der medizinischen Betreuung von Schwangerschaft und Geburt nahm aber auch die Anzahl medizinischer Eingriffe bei Geburten, die ohne Komplikationen und pathologische Ereignisse verlaufen zu. So wurde im Jahr 2010 in der **Schweiz** jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt geboren, womit sich die **Schweiz** im Vergleich zu anderen OECD-Staaten im oberen Mittelfeld bewegt. Als negative Folge dieser Modernisierung wurden auch die physiologischen Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vernachlässigt und die Betreuung der Frauen wurde stark fragmentiert.

Um diesem Trend entgegenzuwirken und die physiologischen Prozesse der Schwangerschaft und Geburt zu fördern, entstanden im europäischen Ausland, insbesondere in **Grossbritannien** und in **Deutschland**, Bestrebungen nach einer hebammengeleiteten, die Gesundheit der Frau in den Vordergrund stellenden und von Kontinuität geprägten perinatalen Versorgung. Die hebammengeleitete Geburtshilfe stellt hinsichtlich Effektivität, Sicherheit und frauenzentrierter Betreuung ein vielversprechendes Modell dar. Dieses Betreuungsmodell wird als Ergänzung zum herkömmlichen Arzt-/Hebammenmodell verstanden und im Ausland in Kooperation mit dem herkömmlichen Arzt-/Hebammenmodell ausgeübt. Verglichen mit der ärztlichen Versorgung normaler Geburten sind hebammengeleitete Geburten ebenso sicher und führten zudem zu weniger invasiven Interventionen während der Geburt sowie zu einer hohen Zufriedenheit der Frauen und der Familien, die dieses Betreuungsmodell gewählt haben.

## Methodisches Vorgehen

Eine narrative Literaturanalyse sowie acht Interviews mit Expertinnen und Experten (Ärztenschaft, Hebammen und Standesvertreter) bilden die Grundlage dieses Berichts.

## Ergebnisse

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe wird international als integraler und innovativer Teil eines Versorgungskonzepts verstanden, das die physiologischen Prozesse in der perina-

talen Phase, die Betreuungskontinuität sowie die Bedürfnisse der Nutzerinnen in den Mittelpunkt stellt. Dabei obliegt die peri- und postnatale Betreuung und Verantwortung für Mutter und Kind vollumfänglich der betreuenden und autonom handelnden Hebamme. Die Betreuung wird bei einer Abweichung vom physiologischen Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf der Ärztin bzw. dem Arzt übergeben.

Die Betreuung der Frau durch die autonom handelnde Hebamme über den ganzen Bogen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett reduziert medizinische Eingriffe, Medikamenteneinnahmen sowie die Kaiserschnittraten und fördert die Spontangeburt und die Zufriedenheit der Frauen. Erhöhtes Wohlbefinden, weniger chronische und psychische Krankheiten, eine reduzierte Mortalität und weniger Übertragungen ansteckender Krankheiten sind im Sinne der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention die positiven Langzeitfolgen.

In den **Niederlanden**, in **Grossbritannien** und in **Deutschland** haben diese Erkenntnisse zu einer starken Restrukturierung und zu Innovationen im Bereich der geburtshilflichen Versorgung geführt. Der vermehrte Einsatz von Hebammen zur Leitung physiologischer Geburten wurde in **Grossbritannien** im Konzept der frauenzentrierten Geburtshilfe festgehalten und umgesetzt. Politische und traditionelle Unterstützung geniessen auch die Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe in den **Niederlanden**, vor allem im ausserklinischen Bereich. Anders in **Deutschland**, wo sich vermehrt die klinische hebammengeleitete Geburtshilfe in Form von Hebammenkreissälen entwickelt. Analysen zur Kosteneffizienz der klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe versus das ärztlich geleitete Modell deuten darauf hin, dass die Effizienz der hebammengeleiteten Geburtshilfe signifikant gesteigert und die Kosten gesenkt wurden. Je mehr Frauen das Angebot in Anspruch nahmen, umso stärker trifft dies zu. Einsparungen in der Geburtshilfe können deshalb vor allem für hebammengeleitete Modelle in grösseren Strukturen mit grösserer Auslastung erzielt werden.

In der **Schweiz** wird die hebammengeleitete Geburtshilfe und damit die kontinuierliche Betreuung im Übergang zur Mutterschaft nur wenig angeboten und von einer Minderheit der Frauen genutzt, was mit der fehlenden politischen Förderung dieses Modells und mit der Marginalisierung alternativer perinataler Versorgungsmodelle einhergeht.

Die Umsetzung und Aufrechterhaltung hebammengeleiteter Modelle, vor allem im Spital, stellen in der **Schweiz** eine politische, ökonomische, gesellschaftliche und organisatorische Herausforderung dar.

Obwohl die Autonomie der Hebamme gesetzlich unterstützt wird, fehlt ein klares Kompetenz- und Zuständigkeitsprofil der Hebammenarbeit in Bezug auf die hebammengeleitete Geburtshilfe, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erschwert. Zudem fehlen ökonomische Anreize, damit die Vorteile der belegten Kosteneffizienz der hebammengeleiteten Modelle genutzt werden könnten. Im Hinblick auf die vom Bundesrat formulierten Prioritäten in der Gesundheitspolitik wird somit das Potenzial einer effektiven frauenzentrierten Geburtshilfe unter Einbezug von nichtärztlichem Berufspersonal in klinischen hebammengeleiteten Modellen

nicht ausgeschöpft, obgleich diese vielversprechende Ansätze zur Gesundheitsförderung auch für Frauen mit sozialen Benachteiligungen aufweisen.

Die Expertinnen- und Expertenbefragung zeigte, dass die klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle grundsätzlich begrüsst werden. Auch wenn die Vorstellungen darüber, was unter einem klinischen hebammengeleiteten Versorgungsmodell zu verstehen ist, sehr vage und uneinheitlich sind.

### **Schlussfolgerung**

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe ist sowohl gesundheits- und berufspolitisch als auch ökonomisch und gesellschaftlich ein zeitgemässes, effektives und sicheres Konzept. Die Implementierung eines qualitativ guten, klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodells bedingt eine Anpassung der politischen und vor allem der organisatorischen Rahmenbedingungen im Hinblick auf eine qualifizierte und qualitativ hochstehende Hebammenarbeit. Dabei müssen Überlegungen im Sinne von *Advanced Midwifery Practice* diskutiert und entsprechende Bildungsangebote etabliert werden. Hebammengeleitete Modelle müssen auf die Zielbevölkerung ausgerichtet werden und können von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Unterstützung und Förderung erfahren.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Die Berner Grossrätin Natalie Imboden reichte am 14.05.2013 die Motion „Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern“ (126.2013) ein<sup>1</sup>. Die Motion wurde am 14.08.2013 vom Grossen Rat als Postulat übernommen. Die Anliegen und Fragestellungen des Postulats sollten mittels eines Expertinnen- und Expertenberichts beantwortet werden. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern beauftragte am 30. April 2015 die Berner Fachhochschule, Abteilung Geburtshilfe, mit der Erstellung dieses Berichts. Der Bericht wurde in der Zeit vom 1. Mai 2015 bis 30. September 2015 verfasst.

## 1.2 Hintergrund

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind gesunde und physiologisch normale Vorgänge und verlaufen weltweit bei zwei Drittel der Frauen ohne Komplikationen (World Health Organisation, 2002a). In der **Schweiz** verfügen diplomierte Hebammen über die notwendigen Kompetenzen, um diese Prozesse bei einem nicht pathologischen Verlauf selbständig zu betreuen und die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind sicherzustellen.

Die Entwicklung und Intensivierung der Geburtsmedizin seit den 1980er-Jahren führte jedoch dazu, dass heute in vielen Industrieländern die Mehrzahl der Geburten in Spitälern unter ärztlicher Leitung stattfindet (EURO-PERISTAT Project with SCP and EUROCAT, 2013). Damit verbunden waren verbesserte Ergebnisse in pathologischen Geburtssituationen und die Senkung der mütterlichen und kindlichen Mortalitätsraten um die Hälfte (UN World Population Prospects, 2012). Auch in der **Schweiz** entbinden 97,5 % der Frauen in Spitälern und nur 2,5 % entscheiden sich für eine Hausgeburt oder eine Geburt im Geburtshaus, die von einer autonom arbeitenden Hebamme betreut wird (Erdin, im Druck).

Mit der medizinischen Betreuung von Schwangerschaft und Geburt nahm aber auch die Anzahl medizinischer Eingriffe bei physiologisch verlaufenden Geburten zu (Hodnett et al., 2012). Während Frauen und Kinder bei pathologischen Verläufen von medizinischen Interventionen profitieren, werden medizinische Interventionen bei Frauen ohne Risiken und mit normalen Geburtsverläufen zunehmend in Frage gestellt, da sie oft keine positiven Effekte sondern sogar negative Wirkungen zur Folge haben (Davis-Floyd, 2009). Weil die Mehrzahl der Geburten a priori komplikationsfrei verläuft, generieren Interventionen bei diesen Frauen auch hohe unnötige Kosten (Knappe et al., 2011). Diese Erkenntnis veranlasste die Gesundheitsbehörden anderer Länder, wie zum Beispiel jene in **Grossbritannien**, in den **Niederlanden** oder in **Deutschland**, das Wissen und Können der Hebammen zu nutzen, um alternative Betreuungsmodelle für normal verlaufende Schwangerschaft-

<sup>1</sup> Vorstoss 126-2013:

<http://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/c26ff26d744c485dac8fff9e11d2974e-332/5/PDF/2013.RRGR.11062-Vorstossantwort-D-67737.pdf> (Heruntergeladen am 23. September 2015)

ten und Geburten zu entwickeln und umzusetzen (De Vries, 2005; Sayn-Wittgenstein, 2007; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010; Bauer, 2011a).

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe bietet werdenden Müttern die Möglichkeit, die Hebamme als primäre Bezugsperson für die Planung, Organisation und Betreuung der normal ablaufenden Schwangerschaft und Geburt bis hin zur Zeit nach der Geburt zu wählen (Hatem et al., 2008). Dabei stellt die Kontinuität in der Betreuung von der Schwangerschaft bis zur Versorgung im Wochenbett und in der Stillzeit einen wichtigen Aspekt dar.

Hebammen arbeiten in diesem Betreuungsmodell autonom, eigenverantwortlich und oft auch unter eigener Leitung. Sie koordinieren gegebenenfalls weitere Fachpersonen, die in die Betreuung einer Frau involviert sind (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). Bei Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf kann die Verantwortung jederzeit einer Ärztin oder einem Arzt übergeben werden, während die Hebamme weiterhin die Gebärende betreut und zusammen mit der ärztlichen Fachperson arbeitet (Cignacco et al., 2004).

Während die traditionelle hebammengeleitete Geburtshilfe heute vor allem noch im ausserklinischen Bereich existiert, gibt es nur wenige Modelle, die im Spital angeboten werden. Klinische hebammengeleitete Modelle bieten eine frauen- und familienzentrierte Geburtsbetreuung durch Hebammen an, ohne dass die Frauen auf die Vorteile der Infrastruktur eines Spitals verzichten müssen.

Hebammen können in solchen Modellen eine eigenständige, an den Bedürfnissen der Frau orientierte Geburtshilfe praktizieren.

Evaluationen von Versorgungsmodellen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe ergaben ausgesprochen positive Resultate (ebd.; Sandall et al., 2013; Sandall et al., 2015). Verglichen mit der ärztlichen Versorgung normaler Geburten sind hebammengeleitete Geburten ebenso sicher und führten zudem zu weniger invasiven Interventionen während der Geburt (Waldenstrom & Turnbull, 1998; Turnbull et al., 2009; Tracy et al., 2013; Renfrew et al., 2014). Eine höhere Zufriedenheit der Frauen und eine längere Stilldauer waren weitere Erfolge der autonomen Hebammenarbeit (Biro et al., 2000; Cignacco et al., 2004; Sayn-Wittgenstein, 2007; Bauer, 2011b; O'Brien et al., 2011).

Die World Health Organisation (WHO) betonte die Wichtigkeit einer familienzentrierten perinatalen Versorgung unter einem verminderten medizinischen Einsatz (World Health Organisation, 2002b). Folglich nehmen Hebammen heute in skandinavischen Ländern sowie in den **Niederlanden** oder in **Grossbritannien** eine zentrale Rollen in der stationären und ambulanten Geburtshilfe ein (De Vries, 2005; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). Die demografische und medizinisch-technische Entwicklung sowie der hohe Kostendruck im Gesundheitswesen führen zu der Frage nach dem richtigen Kompetenz- und Zuständigkeitsprofil des Gesundheitspersonals. Die Kooperation zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt und der Hebamme in der stationären Versorgung ist Gegenstand von Diskussionen. In der **Schweiz** wird die Übertragung von medizinischen Kompetenzen auf das Gesundheitspersonal vorgeschlagen (Künzi et al., 2013). Der Einsatz von hebammengeleiteter Geburtshilfe wird im Rahmen einer längerfristigen kontinuier-



lichen Betreuung von Frauen als sinnvoll erachtet (Bauer et al., 2011b; Berger & Kurth, 2014) Die hebammengeleitete Geburtshilfe entspricht auch der Strategie des Bundesrats, die Kompetenzen von nichtmedizinischem Gesundheitspersonal zu stärken (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe könnte als Ergänzung zum medizinisch-klinischen und ausserklinischen geburtshilflichen Versorgungsangebot und in enger Kooperation mit vorhandenen Angeboten in der **Schweiz** umgesetzt werden.

### **1.3 Auftrag**

Dieser von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern in Auftrag gegebene Bericht soll begünstigende und hinderliche Faktoren zur Umsetzung eines hebammengeleiteten perinatalen Versorgungsmodells analysieren und Möglichkeiten und Grenzen einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton aufzeigen bzw. eruieren, ob und wie diese im Kanton Bern unterstützt werden kann. Dabei bezieht sich der Bericht vor allem auf den Aspekt der Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle im Spital, unter Einbezug der ausserklinischen Geburtsversorgung.

Der Bericht soll einen Überblick über die Literatur zur hebammengeleiteten Geburtshilfe in jenen Industrieländern geben, die mit der **Schweiz** vergleichbaren sind, und die dortigen Situationen mit jener in der **Schweiz** vergleichen. Weiter werden Einschätzungen und Erfahrungen von ausgewählten Berufsvertreterinnen und Berufsvertretern (Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Vertreterinnen und Vertreter von Berufsverbänden) im Einzelgespräch eingeholt.

### **1.4 Zielsetzung und Eingrenzung**

Ziel dieses Berichts ist es, die aktuelle Situation hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle in der perinatalen Versorgung im internationalen Kontext zu eruieren und Faktoren aufzeigen, die deren Umsetzung hauptsächlich in den Spitälern des Kantons Bern beeinflussen könnten. Es wird eine globale Sicht zur Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe aufgezeigt, die eine Übersicht auf der Makroebene zulässt.

Auf folgende Fragen sollen Antworten gefunden werden:

1. Wie werden der Nutzen, die Wirksamkeit und die Qualität hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle in der aktuellen internationalen Literatur beurteilt?
2. Wie wird Geburtshilfe in der **Schweiz** heute angeboten und welches sind die Unterschiede im Vergleich zu anderen europäischen Ländern?
3. Welche hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle sind in der **Schweiz** bereits etabliert und welche Erfahrungen machen andere Länder mit diesen Modellen?
4. Welche politischen, ökonomischen, gesellschaftlichen und arbeitsorganisatorischen Faktoren beeinflussen die erfolgreiche Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe im klinischen Setting im Kanton Bern?
5. Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Befunden zu 1 bis 4 hinsichtlich einer Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern ziehen?

In diesem Bericht werden internationale Erfahrungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe zusammenfassend beschrieben. Dabei werden nur Studien und Berichte eingeschlossen, die sich ausschliesslich auf Frauen beziehen, deren Geburt mit geringen Risiken verbunden ist. Bei diesem Kollektiv ist zu erwarten, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologisch, d. h. ohne Komplikationen und pathologische Ereignisse verlaufen. Die Betreuung dieser Frauen gehört zum Kernkompetenzbereich von Hebammen mit Abschluss auf der Stufe Höhere Fachschule oder mit einem Bachelor of Science (BSc). Berichte und Studien, die sich auf Frauen mit Risiken beziehen, wurden auch dann nicht berücksichtigt, wenn sie sich mit hebammengeleiteten Modellen auseinandersetzen. In diesem Bericht werden keine detaillierten Vorschläge für eine Umsetzung ausländischer Modelle in der **Schweiz** erarbeitet. Die Entwicklung optimaler Modelle für die **Schweiz** ist nicht Teil des Auftrages und bleibt weiteren Studien vorbehalten.

Modelle für die hebammengeleitete Geburtshilfe gibt es in vielen Ländern. Der Bericht berücksichtigt für einen allgemeinen Überblick über das Potential hebammengeleiteter Betreuungsmodelle die gesamte internationale Literatur. **Grossbritannien**, die **Niederlande** und **Deutschland** werden detailliert beschrieben, weil diese Länder langjährige Erfahrungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe haben oder ein ähnliches Gesundheitssystem wie die **Schweiz** aufweisen. Durch Interviews mit Vertretern der relevanten Gesundheitsberufe, d. h. mit Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Pflegekräften und mit Vertreterinnen und Vertretern von Berufsverbänden, soll der Bezug zur Praxis hergestellt werden.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Literaturrecherchen

#### 2.1.1 Suchstrategien

Die folgende Literaturübersicht ist als narrative Literaturreview zu bezeichnen. Ziel war es, in narrativer Form die Informationen zu oben erwähnten Fragestellungen zusammenzutragen und wiederzugeben.

Der Fokus dieses Expertinnen- und Expertenberichts liegt auf dem Einbezug internationaler sowie nationaler Literatur. Berücksichtigt wurden Artikel aus wissenschaftlichen Zeitschriften mit *Peer Review*, Artikel in deutschsprachigen Fachzeitschriften, Fachbücher und andere Berichte, die zwischen 1980 und September 2015 veröffentlicht wurden und zur themenbezogenen Abhandlung der verschiedenen Kapitel in diesem Bericht verwendet werden konnten.

Zur Literatursuche wurde zuerst die Suchmaschine Google Scholar verwendet, die einen allgemeinen Überblick über wissenschaftliche Dokumente vermittelte, was zur Identifizierung der Schlagwörter diente.

Mit den folgenden identifizierten Schlagwörtern wurde anschliessend eine Literatursuche mit der umfassendsten medizinischen Datenbank Medline bzw. Pubmed (Datenbank der National Library of Medicine der USA) durchgeführt.

Als Suchstrategie wurden die englischen Begriffe verwendet für:

- hebammengeleitete Geburtshilfe (*Midwifery care* und *Midwifery led care*)
- hebammengeleitete Geburtsabteilung (*Midwife-led unit*)

Diese wurden weiter mit folgenden englischen Begriffen verknüpft:

Kontinuität (*continuity*); Sicherheit (*safety*); Qualität (*quality*); öffentliche Gesundheitspflege (*Public Health*); Wirksamkeit (*effectiveness*); Modell (*model*); Evaluation (*evaluation*)

Zusätzlich wurde in wichtigen schweizerischen und deutschen Fachzeitschriften nach spezifischen Artikeln zur hebammengeleiteten Geburtshilfe gesucht. Diese werden im deutschsprachigen Raum häufig in deutschsprachigen Zeitschriften ohne Peer Review veröffentlicht:

- Hebamme.ch (Fachzeitschrift für Hebammen des Schweizerischen Hebammenverbandes)
- Schweizerische Ärztezeitung (Offizielles Organ der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
- Zeitschrift für Hebammenwissenschaften (Fachzeitschrift für Hebammen der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften)
- Deutsche Hebammenzeitschrift (Elwin Staude Verlag GmbH)

Folgende Bücher und Arbeiten wurden ebenfalls berücksichtigt, weil sie eine gute Zusammenfassung der aktuellen deutschsprachigen Literatur darstellen:

- Der Hebammenkreissaal, Nicola Bauer (2011a)
- Geburtshilfe neu denken, Frederike zu Sayn-Wittgenstein (2007)
- Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Obsan-Bericht, Kilian Künzi & Patrick Detzel (2007)
- Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. Obsan-Bericht, Kilian Künzi et al. (2013)
- Hebammengeleitete Schwangerschaftsbetreuung: Die Schweiz im Vergleich mit vier anderen Industrieländern, Kathrin Gurtner & Cyrille Meyenhofer (2013)

Querverweise zu weiterführender Literatur in diesen Arbeiten und Zeitschriften wurden miteinbezogen und für diesen Bericht genutzt. Weiter wurde zusätzlich Literatur berücksichtigt, die von Expertinnen und Experten im Bereich der hebammengeleiteten Geburtshilfe vorgeschlagen wurde.

Durch die Suche in Google Scholar und Pubmed, letztere unter Einschluss von MESH-terms<sup>2</sup>, kann davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der wissenschaftlich relevanten Literatur erfasst wurde, auch wenn es wünschenswert gewesen wäre, weitere Schlagworte und Datenbanken wie EMBASE einzubeziehen. Die umfangreiche einbezogene deutschsprachige Literatur ohne *Peer Review* reflektiert den aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand mit implementierten Modellen im deutschsprachigen Raum.

### 2.1.2 Untersuchte Länder

Dieser Bericht befasst sich eingehender mit den geburtshilflichen Modellen der Länder **Grossbritannien**, **Niederlande** und **Deutschland**. Diese weisen zwar unterschiedliche Populationsgrössen und Gesundheitssysteme auf, spielen aber bezüglich der Angebote von hebammengeleiteter Geburtshilfe eine Vorreiterrolle. **Grossbritannien** wurde für eine genauere Analyse ausgewählt, weil dort die Inhalte der frauenzentrierten Geburtshilfe in hebammengeleiteten Modellen genau definiert wurden, weil die Modelle umgesetzt werden und viele Evaluationsstudien vorliegen (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010; National Institute of Health and Care Excellence, 2014). In den **Niederlanden** wurde die traditionelle ausserklinische und hebammengeleitete Geburtshilfe stark politisch unterstützt und gelangten jahrelang zur Anwendung, so dass in diesem Land mit diesem Modell umfangreiche Erfahrung vorliegt (De Vries, 2005). Ähnlich wie in der **Schweiz** wird in **Deutschland** hauptsächlich medizinische Geburtshilfe angeboten. Die Bemühungen zur Umsetzung von klinischen hebammengeleiteten Mo-

<sup>2</sup> Die *Medical Subject Headings (MESH)* sind Schlüsselwörter, die werden verwendet, um die Themen des jeweiligen Artikels im Detail zu definieren und um damit die Zitate innerhalb der Datenbank zu suchen. Die MeSH-Begriffe sind hierarchisch strukturiert, so dass auch Artikel gefunden werden, die diese Schlüsselwörter nicht aufweisen, jedoch dem gleichen Themenkreis angehören.

dellen in sogenannten „Hebammenkreissälen“ werden aber immer deutlicher und erfolgreicher und es liegen erste Evaluationen vor (Bauer et al., 2011b; Knappe et al., 2011)

Hebammengeleitete Modelle dieser Länder werden erörtert, um Faktoren zu identifizieren, die für die Umsetzung solcher Modelle im Kanton Bern förderlich oder hinderlich sein könnten.

## 2.2 Expertinnen- und Expertenbefragungen

Zur Ergänzung der Literatur und zur Einschätzung der Übertragbarkeit der theoretischen Erläuterungen auf die heutigen Verhältnisse der Geburtsversorgung in der **Schweiz** konnten im Rahmen dieser Studie acht Interviews mit ausgewählten Fachleuten der verschiedenen Berufsfelder durchgeführt werden:

Ärztliche Geburtshelferinnen/Geburtshelfer	Dr. S. Michaelis, Chefärztin Geburtshilfe, Spitalzentrum Biel
	Dr. T. U. Dietz, Belegarzt Engeried Bern, Zentrumsarzt Schönbühl
Hebammen/Pflegende	Frau Y. Mattmann, Stv. Leitende Hebamme, Spitalzentrum Biel
	Frau S. Büchi, Leiterin Pflege, Hebamme, Frauenklinik Inselspital Bern
	Frau D. Hafner, Leiterin Pflege, Pflegefachfrau, Geburtsklinik, Spitalzentrum Biel
Vertreterinnen/Vertreter von Berufsverbänden	Frau B. Stocker, Präsidentin des Schweizerischen Hebammenverbandes
	Frau M. Haueter, Präsident des Schweizerischen Hebammenverbandes Sektion Bern
	Dr. D. Ehm, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Für die halbstandardisierten Interviews wurde ein offener Frageleitfaden entwickelt, der sich auf die in diesem Bericht beschriebene Literatur bezieht. Die offene Struktur ermöglichte es den Interviewpartnern, gemäss ihrer Expertise auf bestimmte Fragen genauer einzugehen.

Die Fragen wurden gemäss den Zielen dieses Berichts formuliert (siehe Kapitel 1.4 und Anhang 1).

Die Befragungen dauerten rund eine Stunde, wurden mit Mikrofon aufgezeichnet und anschliessend transkribiert.

Eine thematische Analyse der Aussagen wurde in Anlehnung an Braun & Clarke (2006) durchgeführt. Dazu wurden die Transkriptionen der Befragungen mehrmals gelesen, allgemeine Eindrücke zusammengetragen und Hauptaussagen bestimmt. Daraus konnten Themenkategorien erstellt werden, denen die Aussagen zugeordnet wurden.

Fünf Kategorien wurden identifiziert, die sich aufgrund der vorgängigen Literatuarbeit herauskristallisierten und sich für den Bereich der hebammengeleiteten Geburtshilfe als besonders relevant erwiesen. Sie wurden durch die thematische Analyse bestimmt (Abbildung 1).

Die Kategorie Kontinuität stellt die Aspekte der Relevanz von Kontinuität in hebammengeleiteten Modellen und die Umsetzbarkeit eines kontinuierlichen Modells dar.

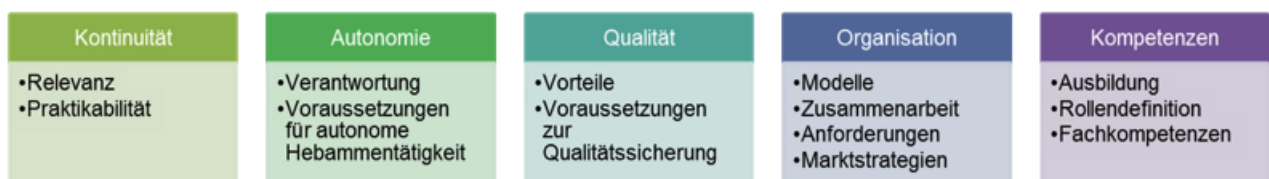
Die Kategorie Autonomie beinhaltet die Frage nach der Endverantwortung eines klinischen hebammengeleiteten Modells, um die Voraussetzungen für eine autonome Hebammentätigkeit erörtern zu können.

Die Kategorie Qualität beschreibt die Vorteile der Modelle in Bezug auf Qualität und erläutert, was zur erfolgreichen Qualitätssicherung beitragen würde.

Die Kategorie Organisation erkundet Vorstellungen zu verschiedenen hebammengeleiteten Modellen und sagt, welche interdisziplinären und marktstrategischen Anforderungen in der Umsetzung erkannt werden.

Die Kategorie Kompetenzen widmet sich der Rolle der Hebamme in der hebammengeleiteten Geburtshilfe und den Anforderungen, die in Bezug auf Ausbildung und Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle an die Hebamme gestellt werden.

**Abbildung 1. Kategorisierung der Expertinnen- und Expertenbefragung**



### 2.3 Validierung des Berichts durch Fachexpertinnen

Eine präfinale Version des gesamten Berichts wurde drei Fachexpertinnen zur Validierung und Kommentierung vorgelegt. Es sind dies:

- Frau Prof. Friederike zu Sayn-Wittegstein, Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaften an der Hochschule Osnabrück und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenforschung.
- Frau Dr. Brida von Castelberg, ehemalige Chefärztin Frauenklinik Triemlispital Zürich.
- Frau Sue Brailey, Dozentin an der Universität Middlesex London, Department of Health and Social Science, Midwifery.

## 3 Ergebnisse

In den Ergebnissen wird die Literaturarbeit zum Expertinnen- und Expertenbericht dargelegt und die Befunde der Befragungen werden zusammengefasst. Die Resultate sind gegliedert in einen allgemeinen Teil, der die hebammengeleitete Geburtshilfe beschreibt, die heutige Geburtshilfe in der **Schweiz** und in drei ausgewählten Ländern erörtert und Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe aufzeigt. Weiter werden die politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren dargelegt, die eine Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle im Kanton Bern beeinflussen könnten. Abschliessend sind die jeweiligen Resultate aus den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten aufgeführt.

### 3.1 Hebammengeleitete Geburtshilfe: Definition

Die Prävention der perinatalen Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind ist weltweit auch heute noch eine der grössten gesundheitspolitischen Herausforderungen (Lawn et al., 2005). Das Ziel der Betreuung von Frauen in der Perinatalphase besteht darin, die Erkrankungshäufigkeit und Sterberate der Mutter und des Kindes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu reduzieren (ebd.; Save the Children, 2015). Ist das Überleben von Mutter und Kind gesichert, rücken die Forderungen nach einer glücklichen Bewältigung der Geburt und einem gelungenen Start in das familiäre Leben in den Vordergrund (Gurtner & Meyenhofer, 2013). Damit weitet sich die Betreuung und die Gesundheitsversorgung der werdenden Mutter und ihrer Familie von rein physischen auf emotionale, psychische und soziale Aspekte aus (Radix, 2014; Sandall, 2004).

Die WHO empfiehlt eine effektive und angepasste Unterstützung während der Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Di Mario, 2005). Wichtige Bestandteile der Schwangerschaftsbetreuung sind das gesundheitsorientierte Überwachen der Frau, das Erkennen und Behandeln von Krankheiten, die Beratung, die Unterstützung und die Gesundheitsförderung (Department of making pregnancy safer, 2007). Als geeignetste Berufsgruppe zur Leitung und Betreuung der normal verlaufenden Schwangerschaft und Geburt und für das Erkennen von Risiken und Komplikationen nennt die WHO die Berufsgruppe der Hebammen (Di Mario, 2005).

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe sieht sich als integraler Teil eines Versorgungskonzepts, das die physiologische Geburt, die Betreuungskontinuität und die Bedürfnisse der Nutzerinnen in den Mittelpunkt stellt. Dabei obliegt die peri- und postnatale Betreuung und Verantwortung für Mutter und Kind vollumfänglich bei der betreuenden Hebamme oder dem Hebammenteam (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Hebammen arbeiten eigenverantwortlich und selbstständig. Bei Abweichungen von einem normalen Geburtsverlauf oder wenn die Notwendigkeit von medizinischen Eingriffen besteht, wird der ärztliche Dienst beigezogen und eine ärztliche Betreuung risikoadaptiert durchgeführt (Bauer, 2011a). Das hebammengeleitete geburtshilfliche Betreuungsmodell kann im klinischen Setting, im Geburtshaus oder bei Hausgeburten stattfinden, solange die Geburt physiologisch verläuft.

## 3.2 Qualität der hebammengeleiteten Geburtshilfe

In der **Schweiz** und in anderen Ländern wie **Grossbritannien**, den **Niederlanden**, **Deutschland**, Skandinavien, den USA, Kanada und Australien wurden hebammengeleitete Betreuungsmodelle entwickelt (Gurtner & Meyenhofer, 2013). Ähnlich wie in diesen Ländern stellte sich auch in der **Schweiz** die Frage nach der Qualität dieser Modelle (Konkordat der schweizerischen Krankenkassensicherer, 1999). Als wichtige Messgrössen gelten dabei die Effektivität und die Sicherheit, ein verbesserter Betreuungsansatz sowie das gesundheitsfördernde Potenzial einer hebammengeleiteten Geburtshilfe.

### 3.2.1 Effektivität und Sicherheit

Die Effektivität und die Sicherheit werden in der Geburtshilfe mittels mütterlicher und kindlicher Morbiditäts- und Mortalitätsrate eruiert. Eine Vielzahl von internationalen Studien bestätigen die Effektivität und die Sicherheit des hebammengeleiteten Modells bezüglich perinataler Morbidität und Mortalität und dem Einsatz von medizinischen Interventionen (MacVicar et al., 1993; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Waldenstrom & Nilsson, 1997; Hatem et al., 2008; Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Sandall et al., 2013; De Jonge et al., 2015). In randomisierten kontrollierten Studien wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich fetaler und mütterlicher Sterblichkeit zwischen dem üblichen medizinischen Betreuungsmodell und dem hebammengeleiteten Modell festgestellt (Birthplace in Macvicar, 1993; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Waldenstrom & Nilsson, 1997; Hatem et al., 2008; England Collaborative Group, 2011; Sandall et al., 2013; De Jonge et al., 2015; Sandall et al., 2015).

Zudem zeigte sich, dass die kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme mit weniger medizinischen Eingriffen verbunden ist als die Standardbetreuung (Hatem et al., 2008; Hodnett et al., 2012; Sandall et al., 2013). In mehreren Studien wurde dargelegt, dass bei ärztegeleiteten Geburten deutlich mehr Wehen- und in der Folge Schmerzmittel abgegeben wurden als bei Geburten mit Hebammenbetreuung (MacVicar et al., 1993; Hundley et al., 1995; Turnbull et al., 1996; Campbell et al., 1999; Hodnett et al., 2012).

Gemäss einer Untersuchung eines hebammengeleiteten Geburtshilfemodells in der **Schweiz** wurden weniger invasive Massnahmen in Form von Blutentnahmen und Infusionen durchgeführt, jedoch konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Abgabe von schmerzlindernden Medikamenten oder Wehen unterstützenden Mitteln gezeigt werden (Cignacco et al., 2004). Zudem waren Komplikationen wie Episiotomien mit 36 % bei „Hebammengeburten“ signifikant reduziert im Vergleich zu 56 % bei Geburten mit einer Ärztin oder einem Arzt, ohne dass mehr spontane Rissverletzungen im Genitalbereich auftraten (ebd.). Eine verringerte Dammschnitthäufigkeit im hebammengeleiteten Modell konnte auch in internationalen Studien bestätigt werden (Campbell et al., 1999; Hundley et al., 1995; Turnbull et al., 1996; Sandall et al., 2010).



In der neusten Literaturübersicht von Sandall et al. (2015) konnte das hebammengeleitete Modell die Kaiserschnittraten nicht signifikant senken. Trotzdem sieht die OECD einen Zusammenhang zwischen dem Grad der medizinorientierten Geburtshilfe und den überdurchschnittlichen Kaiserschnittraten (OECD, 2011). In einer australischen Studie war die Kaiserschnitthäufigkeit bei einer hebammengeleiteten Geburt durch eine Beleghebamme deutlich niedriger als bei einer Geburt im konventionell geleiteten Geburtssaal (McLachlan et al., 2012). Auch die Ergebnisse von Harvey et al. (1996) und Janssen et al. (2007) ergaben eine verringerte Kaiserschnitttrate bei kontinuierlicher Hebammenbetreuung.

### 3.2.2 Frauenzentrierte Betreuung

Die Arbeitsgrundlagen für die Durchführung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe wurden erstmals in **Grossbritannien** mit dem Prinzip einer „frauenzentrierten Betreuung“ geschaffen (Department of Health, 1993). Dieses Prinzip besagt, dass sich die Betreuung auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen auszurichten hat. Drei zentral drei Aspekte der frauenzentrierten Geburtshilfe werden beschrieben: 1) *choice*, 2) *control*, 3) *continuity*. Der Begriff *choice* umschreibt die Wahlmöglichkeit und die informierten Entscheidungen der Frauen, während der Begriff *control* die Mit- und Selbstbestimmung, die Information und Kommunikation umfasst. Der Begriff *continuity* meint den Wunsch nach einer partnerschaftlichen statt einer paternalistischen Betreuung und die Gewährleistung von Betreuungskontinuität.

Metaanalysen zeigen, dass Eltern eine fachlich kompetente und respektvolle Betreuung wünschen (Renfrew et al., 2014). Dabei wird das Übermitteln adäquater Informationen, die es erlauben, Entscheidungen zu treffen und Möglichkeiten der Mitbestimmung zu ergreifen, hoch eingeschätzt (Renfrew, 2014). In mehreren Studien nahmen Frauen in der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Vergleich zu Frauen im ärztlich geleiteten Modell eine erhöhte Freundlichkeit und einen verbesserten Kommunikations- und Informationsfluss wahr. Dies führte zu einer grösseren Zufriedenheit bei Frauen, und zwar sowohl antenatal, bei der Geburt als auch im Wochenbett (McVicar et al., 1993; Walker et al., 1995; Hundley et al., 1997; Morgan et al., 1998; Waldenstrom & Turnbull, 1998; Lavender et al., 1999; Hodnett, 2012; Johnson et al., 2003).

Weiterführende Betreuungsangebote der hebammengeleiteten Geburtshilfe wie Massagen, Bäder, Musik und Positionswechsel zum Verarbeiten der Wehen während der Geburt verbesserten die Zufriedenheit und stärkten das Erleben von Sicherheit und Vertrauen der Frauen (Cignacco et al., 2004).

Ein besseres Verständnis und ein positiveres Erleben des Prozesses von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch die Inanspruchnahme hebammengeleiteter Geburtshilfe wirkte sich in anderen Studien bis zu einem Jahr nach der Geburt auch auf die Initiierung des Stillens, den Aufenthalt im Spital und den psychischen und physischen Gesundheitszustand der Frauen aus (Johnson et al., 2003; MacArthur, 2003)

### 3.2.3 Kontinuierliche Betreuung und autonome Geburtsleitung

Ein wichtiges Ziel der hebammengeleiteten Versorgung ist nebst der guten Gesundheit von Mutter und Kind auch die psychosoziale und emotionale Komponente, die zu einer positiven Geburtserfahrung führt. Im Unterschied zum medizinischen betont das hebammengeleitete Modell die Normalität der Geburt und unterstützt damit den physiologischen Geburtsverlauf (Bauer, 2011a).

Zentral dabei ist eine Geburtsvorsorge, die auf dem Konzept der Kontinuität der Hebammenarbeit basiert. Dieses Konzept beinhaltet die stetige Betreuung der Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unter der kontinuierlichen Leitung der Hebamme (Freeman et al., 2007). Der Sinn der kontinuierlichen Betreuung besteht darin, dass die Frau ihre Hebamme über eine längere Zeit kennenlernt und so Vertrauen fassen kann. Damit soll die Grundlage geschaffen werden, um Entscheidungen im Betreuungsprozess gemeinsam fällen zu können (Bauer, 2011a). Dabei ist eine Eins-zu-eins-Betreuung durch dieselbe Hebamme zwar wünschenswert, aber nicht zwingend, um eine stetige Betreuung aufrechtzuerhalten. Vielmehr bestehe die Kontinuität in der einheitlichen Vorgehensweise eines Hebammenteam mit einem gemeinsamen Konzept einer frauenzentrierten Betreuung (Waldenstrom & Turnbull, 1998; Proctor, 1998, McCourt & Pearce, 2000; Green et al., 2000).

Die Wichtigkeit der kontinuierlichen Betreuung der Frau, in Bezug auf reduzierte medizinische Eingriffe und Medikamenteneinnahmen, wurde in Vergleichsstudien aufgezeigt und in Hodnett et al. (2012) und Sandall et al. (2015) zusammengefasst. Zudem bestätigen neusten Metaanalysen die kontinuierliche Betreuung der Gebärenden als effektivste Strategie zur Verbesserung der perinatalen Ergebnisse (Reduktion von Hämorrhagien post partum und Eingriffen zur Entfernung der Plazenta) (De Jonge et al., 2013; Hodnett et al., 2013; Caughey et al., 2014; Offerhaus et al., 2015). Die Zufriedenheit der Frauen mit dem Geburtserleben erhöhte sich deutlich, während die Rate der Kaiserschnitte reduziert wurde (Caughey et al., 2014; Surbek, 2015)

Die Betreuungskontinuität der Geburtshilfe schafft auch die Voraussetzung für die professionelle Autonomie der Hebammen. Diese gewinnen an beruflicher Unabhängigkeit und können eine qualitativ bessere und frauenzentrierte Betreuung anbieten (Pollard, 2003). In mehreren Studien wurde dargestellt, dass sich eine autonome Tätigkeit positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Hebammen auswirkt (Hundley et al., 1995; Sandall, 1995; Pollard, 2003).

In der **Schweiz** wird jedoch eine Frau in der Mehrheit der Fälle nicht während der ganzen Betreuungszeit im Übergang zur Mutterschaft von derselben Hebamme betreut. Im Spital arbeiten Hebammen meist unter ärztlicher Leitung bzw. im Anstellungsverhältnis in der Geburtenabteilung (Gurtner & Meyenhofer, 2013). Im ausserklinischen Bereich bieten nur rund 30 % der freipraktizierenden Hebammen eine Schwangerschaftsbetreuung an. Fast keine Hebamme betreut Frauen vollumfänglich in der Schwangerschaft, obschon die Betreuung der Prozesse im Übergang zur Mutterschaft zu den Kompetenzen der Hebamme gehört (Berger & Kurth, 2014; Erdin, 2015).

### 3.2.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Unter Gesundheitsförderung in der Geburtshilfe werden die Erhaltung der Gesundheit durch die Förderung der normalen Prozesse und die Prävention von mütterlichen und kindlichen Erkrankungen verstanden. Die Gesundheitsförderung von Mutter und Kind vor und kurz nach der Geburt werden heute als immer wichtiger empfunden (Whitehead, 2009). Internationale Bestrebungen zielen darauf ab, dass dem Kind durch eine qualitativ hochstehende perinatale Geburtsversorgung auch längerfristig eine gute physische und psychische Gesundheit ermöglicht wird (Weaver et al., 2007).

Auch in der **Schweiz** wurde vom Bundesrat die Intensivierung von Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung als gesundheitspolitisches Ziel formuliert (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

Die Geburtserfahrungen einer Frau prägen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind. Deshalb sind sie für die Familie von erhöhter Wichtigkeit. Eine intensive kontinuierliche Betreuung der Frau durch die Hebamme wirkt sich dabei kurzfristig gesehen auf die Gesundheit des Kindes aus, reduziert die Zahl der Frühgeburten und führt zu einem gesünderen Geburtsgewicht. Längerfristig wurden eine verlängerte Stillphase, eine verbesserte Mutter-Kind-Bindung bis zum Erwachsenwerden des Kindes sowie eine reduzierte Depressionsanfälligkeit der Mutter beschrieben (Dennis & Creedy, 2004; Chung et al., 2008; Rijnders et al., 2008; McNeill et al., 2012). Eine längerfristige populationsbezogene Gesundheitsverbesserung von Mutter, Familie und Gesellschaft infolge adäquater und kontinuierlicher Betreuung durch die Hebamme werden im englischen Konzept „Midwifery 2020“ definiert (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). Die positiven Langzeitfolgen eines Präventionsansatzes der hebammengeleiteten perinatalen Betreuung waren ein erhöhtes Wohlbefinden, weniger chronische Krankheiten, eine reduzierte Mortalität und eine tiefere Rate von Übertragungen ansteckender Krankheiten (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010).

In der internationalen Literatur wird der Fokus vermehrt auf eine erfolgreiche Krankheitsprävention in der antenatalen Periode gerichtet. Gemäss einer englischen Studie von McGiveron et al. (2015) konnte durch eine intensive hebammengeleitete Beratung übergewichtiger Frauen während der Schwangerschaft eine Reduktion von Bluthochdruckerkrankungen um 95 % erreicht werden. Eine Literaturübersicht von Lumley et al. (2009) fasste die Erfolge einer von der Hebamme durchgeführten antenatalen Raucherprävention und die damit verbesserte Gesundheit des Neugeborenen zusammen.

## 3.3 Geburtshilfe in der Schweiz und im europäischen Kontext

### 3.3.1 Aktuelle Situation der Geburtshilfe in der Schweiz

In der **Schweiz** gab es 2014 rund 85 000 Geburten (Bundesamt für Statistik, 2015). Auch wenn Hebammen als Leistungserbringerinnen nach KVG 1994 zur Betreuung von normal verlaufenden Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett zugelassen sind, meldet sich in der **Schweiz** nur

eine Minderheit der schwangeren Frauen für die Betreuung bei einer Hebamme an (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994).

Laut Statistik des schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) liessen im Jahr 2013 nur rund 10 % der schwangeren Frauen mindestens eine der sieben gesetzlich geregelten Schwangerschaftsuntersuchung bei einer freipraktizierenden Hebamme durchführen (Erdin, 2015).

Die Betreuung der schwangeren Frauen geschieht in der **Schweiz** in Arztpraxen durch die Hausärztinnen und Hausärzte oder in spitalinternen Schwangerschaftsambulatorien durch ärztliche Geburtshelferinnen und -helfer oder Hebammen, die im Anstellungsverhältnis unter ärztlicher Leitung tätig sind. In einzelnen Spitälern des Kantons Bern wird eine Hebammensprechstunde angeboten, als Möglichkeit oder Ergänzung zur ärztlichen Sprechstunde (vergleiche Spitalzentrum Biel und Inselspital Bern). Die Verantwortlichkeit der Hebamme in der Hebammensprechstunde ist jedoch auf einzelne Themenbereiche beschränkt, wie z. B. das Besprechen persönlicher Anliegen oder Ängste in Bezug auf die Geburt (Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007).

97,5 % der Geburten in der **Schweiz** finden im Spital statt und werden in den meisten Fällen durch die Ärztin oder den Arzt geleitet (Erdin, im Druck). Gesamtschweizerisch sind rund 3000 Hebammen in den Spitälern für die Geburts- und Wochenbettbetreuung angestellt (Brand, 2007). Der erste Kontakt mit der Frau beginnt meist dann, wenn sich diese für die Geburt im Spital einfindet.

Die Hebammen arbeiten in einem Schichtbetrieb (acht bis zwölf Stunden) in Teams, und zwar in der Schwangerenvorsorge, in der Geburts- und/oder in der Wochenbettabteilung. Zudem leisten sie oftmals Pikettdienst.

Die Infrastruktur der Geburtshilfe ist so ausgerichtet, dass Komplikationen während der Geburt aufgefangen werden können. Zwar arbeiten die Hebammen weitgehend autonom, jedoch eng mit den ärztlichen Geburtshelferinnen und -helfern zusammen, die bei der Geburt mehrheitlich anwesend sind und die Hauptverantwortung für den Geburtsverlauf tragen (ebd.).

Die Wochenbettbetreuung hat sich in der **Schweiz** in den letzten neun Jahren verändert. Während 2005 nur rund 30 % der Frauen im Wochenbett mindestens eine Konsultation bei einer freipraktizierenden Hebamme in Anspruch genommen haben, sind es heute mehr als doppelt so viele und damit die Mehrheit der Schweizer Frauen (Erdin, 2015). Diese Veränderung steht damit im Zusammenhang, dass sich die Verweildauer im Spital nach der Geburt verkürzt hat, seit 2012 das Abrechnungssystem nach SwissDGR (Swiss Diagnosis Related Group: diagnosebezogene Fallgruppen) für den stationären Bereich eingeführt wurden (Schweizerischer Hebammenverband, 2010; SwissDRG, 2015). Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) schreibt die Betreuung von Mutter und Kind zu Hause durch die Hebamme bis zu zehn Tage nach der Geburt als Pflichtleistung vor (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994).

Anders als im europäischen Ausland (**Deutschland, Niederlande, Grossbritannien**, Skandinavien) wurde in der **Schweiz** über lange Zeit die traditionelle hebammengeleitete Geburtshilfe nur im ausserklinischen Bereich praktiziert. Heute gibt es hier 23 Geburtshäuser, in denen Hebammen

autonom die Leitung und Verantwortung für die Geburtshilfe innehaben. Diese Geburtshäuser sind auf der Spitalliste aufgeführt und die Leistungen der dort tätigen Hebammen werden über die Krankenversicherung abgerechnet (IGGH-CH, 2015). Im Kanton Bern setzt das Geburtshaus Luna in Biel ein ausserklinisches hebammengeleitetes Modell um (Geburtshaus Luna, 2015).

Pro Jahr werden in der **Schweiz** knapp 1 % Hausgeburten betreut. Diese Zahl blieb in den letzten zehn Jahren konstant (Erdin, 2015). Ein ausserklinisches Angebot mit einer hebammengeleiteten klinischen Geburt bietet in der **Schweiz** das Beleghebammensystems (Brand, 2007).

Pro Jahr werden rund 1,5 % der Geburten in der **Schweiz** von Beleghebammen betreut (Erdin, im Druck). Beleghebammen sind freipraktizierende Hebammen, die aber die Frau für die Geburt ins Spital begleiten. Sie übernehmen die Verantwortung für die Geburt im Spital (Brand, 2007). Im Kanton Bern bieten 24 von 260 freipraktizierenden Hebammen in sechs von zwölf kantonalen Spitalunternehmungen die Beleghebammentätigkeit an<sup>3</sup> (Schweizerischer Hebammenverband, 2015).

### 3.3.2 Geburtshilfe in europäischen Ländern

Die Rolle der Hebamme, ihre Kompetenz und Verantwortung sowie die Betreuungsaufgaben während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett unterscheiden sich in den westlichen Ländern recht stark. Unterschiedliche Ansichten, politische und ökonomische Einflüsse und Gesetzesregelungen der Länder führten zu verschiedenen Arbeitsmodellen der Hebammentätigkeiten.

In **Grossbritannien** ist das Thema der adäquaten Geburtsversorgung schon seit vielen Jahren stark politisiert (Tyler, 2002). Die medizinische Geburtsbetreuung mit einer steigenden Interventionsrate und die Unzufriedenheit der Nutzerinnen führte zu *Grassroot initiatives*, die sich aktiv für Reformen der englischen Geburtsversorgung einsetzten. Dies im Gegensatz zu Basisbewegungen in den **Niederlanden** oder in **Deutschland**, die in erster Linie Sachpolitik zur Förderung der physiologischen Geburt leisteten. Ihre Bemühungen konzentrierten sich auf die Unterstützung von gebärenden Müttern, dabei wurde kein politischer Druck ausgeübt (ebd.). So kam es in **Grossbritannien** 1994 mit der *Continuity-of-care*-Reform zur Verschiebung der Geburtsversorgung, nämlich weg von der ärztlichen Geburtshilfe hin zu einer frauenzentrierten hebammengeleiteten Betreuung (Department of Health, 1993). Zur selben Zeit erfuhren die **Niederlande**, deren traditionelle Geburtshilfe – eben die Hebammengeburt – bis heute aufrechterhalten wird, eine Annäherung an eine medizinisch kontrollierte Geburtsversorgung, die sich in sinkenden Hausgeburtsraten widerspiegelte (Wiegers et al., 1998). In **Deutschland** hingegen wurde die Frage nach frauenzentrierter Geburtshilfe erst in den letzten Jahren diskutiert und dieses Modell vereinzelt umgesetzt (Tyler, 2002).

<sup>3</sup> Es sind dies die Spitäler: Universitätsspital (Inselspital Bern), Spitalnetz Bern AG am Standort Münsingen, Spitäler FMI AG am Standort Frutigen, Spital STS AG am Standort Thun, Regionalspital Emmental AG am Standort Burgdorf und das Spitalzentrum Biel

In **Grossbritannien** wird heute die Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung ausschliesslich von Hebammen übernommen, die zwar autonom und unabhängig arbeiten, jedoch nicht freipraktizierend sind (Cooper, 2011).

Das britische Gesundheitssystem basiert auf einer staatlichen Grundversorgung, die vom National Health Service (NHS) organisiert wird. Der NHS, dessen Inanspruchnahme grösstenteils kostenlos ist, wird durch Steuergelder finanziert. Die ambulante Grundversorgung innerhalb des NHS übernehmen Allgemeinärztinnen und -ärzte (*General practitioner* [GP]) sowie Hebammen in Gemeinschaftspraxen, wo die Mehrheit aller Erstkontakte mit dem Gesundheitswesen stattfindet. Stationäre und ambulante Spezialversorgung und fachärztliche Behandlungen erfolgen im Spital (Sandall et al., 2013).

Die Hebamme (bzw.) das Hebammenteam der NHS-Gemeinschaftspraxen übernimmt ausschliesslich die Betreuung der physiologisch ablaufenden Schwangerschaften, der Hausgeburten und des Wochenbetts ausserhalb des Spitals, ist aber nicht in die Geburt im Spital involviert (McCourt, 2014). Ultraschalluntersuchungen und Blutanalysen werden im Spital durch qualifiziertes Pflegepersonal durchgeführt (ebd.). Ärztinnen und Ärzte werden nur bei Abweichungen vom normalen Schwangerschaftsverlauf beigezogen.

Die normal verlaufende Geburt im Spital findet in der Hebammengeburtsabteilung (*Midwifery Unit*) oder in der Geburtsklinik (*Obstetric Unit*) statt, die sich im selben Gebäude befinden. In den meisten Fällen übernimmt die Spitalhebamme die Verantwortung für die Geburt. NHS-geleitete Geburtshäuser (*Freestanding midwifery units*) werden vor allem in wenig besiedelten Regionen angeboten. Die Hebammen übernehmen die Verantwortung für die Geburt, teilweise zusammen mit der Allgemeinärztin bzw. dem Allgemeinarzt (Rowe, 2011; Overgaard et al., 2012). Die Anzahl Geburtshäuser nimmt vor allem in ländlichen Regionen **Grossbritanniens** stetig zu (Monk et al., 2014). Obwohl englische Studien für Geburten in Geburtshäusern kein erhöhtes Geburtsrisiko aufzeigen, zweifelt das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists an der Sicherheit dieser Modelle in Bezug auf Notfalltransporte (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010; Tempelton, 2014). Studien zur Bestimmung der zumutbaren Verlegungszeit, die man für den Wechsel von den Geburtshäusern in die Spitäler benötigt, fehlen weitgehend (Quinn et al., 2013).

Das Wochenbett findet in **Grossbritannien** ambulant zu Hause statt und wird ausschliesslich von den lokalen Hebammen betreut. 2012–2013 zählte **Grossbritannien** 61 % Spontangeburt. 56 % der englischen Frauen gebären unter der Verantwortung der Hebamme, 40 % unter der Leitung der ärztlichen Geburtshelferin bzw. des ärztlichen Geburtshelfers und 4 % unter jener der Allgemeinärztin bzw. des Allgemeinarztes (Office for national statistics, 2014).

In den **Niederlanden** wird die Grundversorgung von freiberuflichen Hausärztinnen bzw. -ärzten und Hebammen erbracht, während in den Spitälern spitaleigene Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen die Versorgung übernehmen (Van Teijlingen et al., 2004). Die Gesundheitsversorgung wird durch staatliche und zum Teil private Krankenversicherungen finanziert und ihre Inanspruchnahme ist zumeist kostenlos (Grunenberg, 2015).

Im Gegensatz zur britischen Zentralisierung werden in den **Niederlanden** die Gesundheitskosten der staatlichen und der unabhängigen, privaten Leistungserbringer von der Krankenversicherung übernommen (Van Teijlingen et al., 2004). Dies hat zur Folge, dass im Jahr 2012 60 % aller niederländischen Hebammen freipraktizierend waren, in selbstständigen Praxen (De Geus & Cadée, 2015).

Die Hebamme betreut alle normal verlaufenden Schwangerschaften. Die Krankenversicherung vergütet Schwangerschaftsbetreuung durch eine ärztlichen Geburtshelferin bzw. einen ärztlichen Geburtshelfer nur, wenn die Schwangerschaft als pathologisch eingestuft wird (Van Teijlingen et al., 2004). Die Unterscheidung von normaler und pathologischer Schwangerschaft basiert auf einer umfassenden Liste von Beschwerden und Besonderheiten in bestimmten Schwangerschaftssituationen (De Vries, 2005).

Traditionen und politische Richtlinien unterstützen die Hausgeburt, obwohl deren Anteil in den letzten Jahren von 30 % auf 16 % gesunken ist (Wiegers et al., 1998; De Geus & Cadée, 2015). Diese Abnahme der ausserklinischen Geburten wird unter anderem auf die Zentralisierung von Spitälern zurückgeführt, die einen Notfalltransport ins Spital in angemessener Zeit erschwert (De Vries, 2005). Die Hebammenarbeit basiert stark auf dem Prinzip der Kontinuität. Entscheidet sich eine Frau gegen die Hausgeburt, kann sie von ihrer Hebamme für die Geburt ins Spital begleitet werden. Die Hebamme fungiert in einem Beleghebammensystem und übernimmt die Verantwortung für den Geburtsverlauf während des Spitalaufenthaltes (Wiegers et al., 1998). Ansonsten tragen die Spitalhebammen die Verantwortung für normal ablaufende Geburten. In wenig besiedelten Gebieten kann mangels Hebammen die Geburt von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt betreut werden.

Wie in Grossbritannien sind niederländische Frauen im ambulanten Wochenbett zu Hause und werden regelmässig von Hebammen betreut und unterstützt (Van Teijlingen et al., 2004).

Im Jahr 2002 wurden rund 40 % der niederländischen Geburten von Hebammen (davon 30 % Hausgeburten) und rund 60 % von Geburtshelferinnen bzw. -helfern betreut (De Vries, 2005).

In **Deutschland** ist der grösste Teil der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Die Krankenversicherung wird durch staatliche Mittel finanziert. Im ambulanten Bereich besteht die freie Arztwahl, während im stationären Bereich eine Überweisung durch die Hausärztin bzw. den Facharzt notwendig ist (ESS-Europe.de, 2015).

Gemäss dem fünften deutschen Sozialgesetzbuch (SGB V) und den Mutterschaftsrichtlinien dürfen Hebammen die Schwangerenvorsorgeuntersuchung unter eigener Verantwortung durchführen, ausgenommen Ultraschall und Blutanalysen, die bei der ärztlichen Geburtshelferin bzw. dem ärztlichen Geburtshelfer gemacht werden müssen (Sozialgesetzbuch, 2015). Eine Studie stellt fest, dass nur 5 % der Frauen in Nordrhein-Westfalen eine Schwangerschaftsbetreuung oder Voruntersuchungen bei einer Hebamme erhielten (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Das Hebammengesetz verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, wenn möglich bei jeder Geburt eine Hebamme beizuziehen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2015). Bei der

Begleitung einer physiologischen Geburt sollten Hebammen und Ärztinnen und Ärzte gleichberechtigt nebeneinander stehen (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Heute sind jedoch die meisten Hebammen klinisch gebunden und üben ihren Beruf im Spital unter ärztlicher Leitung aus. Mehr als die Hälfte der Hebammen, die in einem Angestelltenverhältnis stehen, arbeiten als Teilzeitbeschäftigte, während sie daneben ihrer freiberuflichen Nebentätigkeit nachgehen (Albrecht et al., 2012). Die Haupttätigkeit der deutschen, klinisch tätigen Hebammen liegt bei der Geburtshilfe sowie bei der vorgeburtlichen Überwachung innerhalb der Geburtsabteilung. Wie stark eine Hebamme eine physiologische Geburt selbstständig leiten kann, ist von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich.

Rund 20 % der im Spital tätigen deutschen Hebammen arbeiten freiberuflich im Beleghebammen-system. Auch wenn die Beleghebamme nur mit der Klinikverwaltung und der Frau (über die Krankenkasse) eine Vertragsbeziehung eingeht, ist sie in vielen Fällen entgegen ihrem freiberuflichen Status bei der Geburtshilfe im Spital der ärztlichen Leitung unterstellt (Albrecht et al., 2012).

Der Anteil von ausserklinischen Geburten liegt in **Deutschland** in 2010 bei 1.68 %, wobei die meisten Geburten in den 100 Geburtshäusern und 20 Entbindungsheimen stattfinden (von Rahden, 2011; Albrecht et al., 2012).

In Anlehnung an die englische *Midwifery led Unit* wurde 2003 in der Klinik Bremerhaven der erste Hebammenkreissaal eröffnet, und zwar als hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting (Bauer et al., 2007). Die Hebammen arbeiten selbstständig unter Eigenverantwortung innerhalb der Geburtsabteilung und betreuen Frauen bei einer physiologischen Geburt. Im Jahr 2010 verfügte **Deutschland** über zehn, in 2015 bereits über achtzehn Hebammenkreissäle, die das Angebot des üblichen Kreissaalmodells erweitern (Deutscher Hebammenverband, 2007).

### 3.4 Hebammengeleitete Geburtshilfemodelle

#### 3.4.1.1 Modelle im klinischen Bereich

Das erste Modell einer klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe in der **Schweiz** entstand als Folge erfolgreicher Hebammensprechstunden im Jahr 2000 in Form eines Pilotprojekts zur „Hebammengeburt“ in der Geburtsklinik des Inselspitals Bern (Suter, 2010; Cignacco et al., 2004). Nach dessen Evaluation 2006 wurde die „Hebammengeburt“ zu einem festen Bestandteil des Angebots. Die unzureichende Ausrichtung des Modells auf die Zielbevölkerung und die eingeschränkte Bekanntmachung des Angebots führten im Inselspital zu einer niedrigen Hebammengeburtssrate von nur rund 2,5 % im Jahr 2013 (Büchi, 2013).

Im Jahr 2011 entschied sich das Universitätsspital Genf (HUG), eine kontinuierliche und hebammengeleitete Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anzubieten. Bei beiden Modellen – dem herkömmlichen und dem neuen – lag die Verantwortung der Geburt bei der betreuenden Hebamme, während die Gesamtverantwortung für das Betreuungsmodell den Chef-



ärztinnen und -ärzten der Geburtshilfe des jeweiligen Spitals oblag (Suter, 2010). Bis Ende 2010 wurden in der **Schweiz** 329 innerklinische hebammengeleitete Geburten durchgeführt (ebd.).

Ausserdem gibt es in der **Schweiz** verschiedene Spitäler, die inoffiziell hebammengeleitete Geburtshilfemodelle anbieten. Diese werden jedoch nicht systematisch evaluiert und stehen unter ärztlicher Leitung.

Mit dem klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodell werden Frauen angesprochen, die eine Geburt mit der Hebamme wünschen und trotzdem nicht auf die Infrastruktur eines Spitals verzichten wollen (Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007). In der Frauenklinik im Inselspital klärt die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt zwischen der 34. und 37. Schwangerschaftswoche ab, ob die Frau anhand einer Kriterienliste für eine „Hebammengeburt“ zugelassen ist. Ist dies der Fall, arbeitet die zuständige Hebamme ab Eintritt zur Geburt autonom und trägt die Verantwortung für den weiteren Geburtsverlauf. Bei auftretenden Risiken oder Komplikationen zieht die Hebamme umgehend den ärztlichen Dienst bei (ebd.). Die allgemeine Leitung des angebotenen Modells der hebammengeleiteten Geburtshilfe ist der Ärzteschaft unterstellt.

Im Gegensatz dazu kann in der **deutschen** hebammengeleiteten Geburtsabteilung die Hebamme eigenständig anhand der Ausschlusskriterien entscheiden, ob eine Frau zur hebammengeleiteten Geburtshilfe zugelassen wird. Auch in **britischen** *Midwife led units* entscheiden die Hebammen über die Aufnahme der Gebärenden zur Hebammengeburt (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). In beiden Ländern wird die Abteilung gemeinsam von der leitenden Hebamme und der Ärztin bzw. dem Arzt geführt (Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Besucht die Frau die Hebammensprechstunden in der Geburtsklinik des Inselspitals Bern, kann sie ihre Schwangerschaftsvoruntersuchungen (ausgenommen Ultraschall) hebammengeleitet vornehmen lassen. Schwangerschaft und Geburt werden aus arbeitsorganisatorischen Gründen von verschiedenen Hebammenteams betreut (Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007).

Nach der Geburt werden die kleinen Geburtsverletzungen versorgt, die Erstversorgung des Neugeborenen und Postpartumkontrollen werden von der Hebamme in eigener Kompetenz vorgenommen (ebd.). Nach mindestens 24 Stunden Spitalaufenthalt kann die Mutter im klinischen Wochenbett oder ambulant durch eine freipraktizierende Hebamme betreut werden.

In **Grossbritannien** ist die hebammengeleitete Geburtshilfe von der üblichen Geburtshilfe im Spital räumlich getrennt, sie ist jedoch meist im selben Gebäude untergebracht (Rowe, 2011). Diese Abteilungen sind meist grosszügig eingerichtet, damit sich die gebärende Frau bewegen und aufrechte Gebärpositionen einnehmen kann (Homer et al., 2000; Morano et al., 2007). Die Hebammen arbeiten je nach Klinik in der hebammengeleiteten Geburtsabteilung als separates Team oder im Rotationsprinzip in beiden Versorgungsmodellen (Chapman et al., 1986; Flint et al., 1989). Hebammengeleitete Geburten können bei Platzmangel auch in der konventionellen Geburtsabteilung stattfinden (Turnbull et al., 1995).

In der **Schweiz** und in **Deutschland** werden die Räumlichkeiten der Geburtshilfeabteilung für Geburten in beiden Modellen gemeinsam genutzt (Schuster, 2001; Cignacco et al., 2004). Die Hebammen arbeiten je nach Arbeitsaufwand in beiden Modellen mit (ebd.; von Rahden, 2005).

#### 3.4.1.2 Modelle im ausserklinischen Bereich

Auch wenn die ausserklinische hebammengeleitete Geburt in der **Schweiz** 2014 nur von 4,8 % der Frauen genutzt wurde, ist diese Art der Versorgung durch freiberufliche Hebammen ein fester Bestandteil des Geburtshilfeangebots (Erdin, im Druck). Was die Selbstbestimmung, die Vermeidung von Interventionen und die Berücksichtigung der Autonomie der Hebamme angeht, orientiert sich die klinische Geburtshilfe stark am Modell der ausserklinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe (von Rahden, 2005).

Die freiberufliche Hebamme arbeitet unabhängig und organisiert sich selbstständig. Ihre Leistungen können nach dem Erhalt der Arbeitsbewilligung vom Kanton über die Krankenkasse abgerechnet werden. Freipraktizierende Hebammen sind dadurch selbsterwerbend.

Gemäss der eidgenössischen Krankenpflegeverordnung sind freiberufliche Hebammen berechtigt, bei normalen Schwangerschaften sechs der sieben Kontrolluntersuchungen, Hausgeburten und die Betreuung im Wochenbett autonom durchzuführen (Das Eidgenössische Departement des Innern, 1995).

Obwohl die kontinuierliche Versorgung während des ganzen Betreuungsbogens durch die freipraktizierende Hebamme sinnvoll und möglich wäre, wird in der **Schweiz** nur eine geringe Anzahl Frauen so betreut. Eine solche Leistung ist für die freipraktizierende Hebamme mit einem grossen organisatorischen Aufwand verbunden und steht in keinem Verhältnis zu den von der Versicherung abgegoltenen Entschädigungen (Lüscher, 2015).

In den **Niederlanden** ist eine Mehrheit der Hebammen freiberuflich tätig (De Geus & Cadée, 2015). Neben kulturellen Überzeugungen führte die starke politische Unterstützung in den Bereichen Geburtsversorgung, Gesetzgebung und Ausbau des Notfalltransportsystems zu einem dominanten hebammengeleiteten Geburtshilfemodell und zu einer kontinuierlichen unabhängigen Hebammenbetreuung (van Teijlingen et al., 2004). Während niederländische Hebammen vor dreissig Jahren selbstständig im 24-Stunden-Betrieb arbeiteten, sind diese heute in Gruppenpraxen zusammengeschlossen (De Vries, 2005). Das Arbeiten im Team scheint in Anbetracht der Belastung bei einer Eins-zu-eins-Betreuung für die freipraktizierende Hebamme eine vernünftige Entwicklung ihrer Tätigkeit zu sein.

Schon im vierjährigen Fachhochschulstudium der niederländischen Hebammen wird der Schwerpunkt auf die Vorbereitung auf die selbstständige Tätigkeit gelegt (De Geus & Cadée, 2015). Nebst den therapeutischen und sozialen Fähigkeiten wird auch das Erlernen der Leitung der Schwangerschaftsbetreuung hoch gewichtet (De Vries, 2005).

Die Hebammen sind frei, was die Art und Weise betrifft, wie sie die Schwangerschaftsbetreuung anbieten wollen. Dabei sind die Anzahl der Schwangerschaftsuntersuchungen von der Hebamme abhängig, die Betreuung aber wird mittels einer Pauschale von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet (De Geus & Cadée, 2015).

In der **Schweiz** wiederum bietet das Geburtshaus ein weiteres Tätigkeitsgebiet für die freipraktizierende Hebamme. Geburtshäuser unterscheiden sich punkto Organisation, Entlohnung und Finanzierung von klinischen Institutionen und sind selbstständige unabhängige Betriebe. Die Verantwortung und Leitung der Geburtshilfe in Geburtshäusern obliegt ausschliesslich den Hebammen. Deren Leistungen sind im Krankenversicherungsgesetz (KVG) aufgeführt und die Kosten der Entbindungen werden von den Krankenkassen übernommen (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994; IGGH-CH, 2015). Im Kanton Bern werden Geburtshäuser auf der kantonalen Spitalliste geführt. Die Anforderungen an den Leistungsauftrag für Geburtshäuser entsprechen dabei den Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion Zürich (GDZH), die von Fachpersonen erarbeitet wurden und regelmässig weiterentwickelt werden (Gesundheitsdirektion Zürich, 2014).

Die Anwendung der SPLG wurde vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfohlen. Die grosse Mehrheit der Schweizer Kantone folgt heute dieser Empfehlung.

Die Hebamme im Geburtshaus arbeitet autonom nach hauseigenen Richtlinien und bietet für Frauen mit physiologischen Geburten eine kontinuierliche Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an. Wird ein ambulantes Wochenbett gewünscht, kann die Geburtshebamme die Betreuung von Mutter und Kind zu Hause weiterführen.

Frauen, die im Geburtshaus in eine Notfallsituation gelangen, werden während oder nach der Geburt umgehend in ein Spital verlegt. Gemäss Statistik wurden in den Jahren 2008 bis 2012 in der **Schweiz** zwischen 9 % und 14 % der Fälle verlegt (Erdin, im Druck). Als häufigster Indikator wurde ein verzögerter Geburtsverlauf angegeben (ebd.). Gezeigt wurde, dass bei Frauen mit einem geringen Geburtsrisiko von einer Wahrscheinlichkeit eines Geburtsverlaufs mit lebensbedrohenden Komplikationen von 4,3 % ausgegangen werden kann (Hollowell et al., 2011). In einer Vergleichsstudie von Overgaard et al. (2015) wurden 3 von 839 gebärenden Frauen infolge lebensbedrohender Komplikationen vom Geburtshaus ins Spital verlegt, und zwar mit einer durchschnittlichen Verlegungszeit von 42 Minuten. Das englische Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) und die Richtlinien der Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) empfehlen eine maximale Dauer zwischen dem Entscheid zur Durchführung eines Kaiserschnitts und der Geburt von 60–75 Minuten bei Geburtssituationen, die zu mütterlichen oder fetalen Beeinträchtigungen führen können. In lebensbedrohlichen Situationen für Mutter und/oder Kind, wie dem Nabelschnurvorfal muss der Kaiserschnitt hingegen sofort erfolgen (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010; Surbek, 2015). In der **Schweiz** beträgt die durch-

schnittliche Fahrzeit zwischen den Geburtshäusern und dem nächsten Spital 6 bis 10 Minuten (mündliche Mitteilung vom 21. September 2015 von B. Stocker Kalberer, SHV).

Eine Spezialform der freiberuflichen Hebammentätigkeit sind die Beleghebammen. Sie verfügt über einen Vertrag mit dem Spital, der das Organisatorische und das Finanzielle regelt, und ihnen erlaubt die klinische Gebärdabteilung zu nutzen. Als Subunternehmerin von Kliniken organisiert die Beleghebamme ihre Tätigkeit selbstständig, trägt die Verantwortung für die Geburt und übernimmt ihre eigene soziale Absicherung (Sayn-Wittgenstein, 2007). Je nach vertraglichen Bedingungen mit dem Spital sind die Beleghebammen eigenständig verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche zu versichern, die im Rahmen ihrer Tätigkeit erwachsen können (Stocker Kalberer, 2015). Im Gegensatz zu beispielsweise **Deutschland** ist die Haftpflichtprämie für freiberufliche Hebammen in der **Schweiz** deutlich geringer. Der Grund dafür könnte sein, dass ein Teil möglicher Geburtsfolgeschäden durch andere Sozialversicherungsträger mitfinanziert wird und in der **Schweiz** eine geringere Anzahl an Schadensfällen aufgetreten sind im Vergleich zu **Deutschland** (mündliche Mitteilung vom 24. September 2015 von B. Stocker Kalberer, SHV; Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, 2015). In Folge dessen kann davon ausgegangen werden, dass ein Belegsystem sowohl für Hebammen wie für Spitäler grundsätzlich interessant ist. Insbesondere kleinere Spitäler mit wenigen Geburten können auch wirtschaftlich von einem Belegsystem profitieren.

### **3.5 Analyse des Umgebungsfeldes des Modells der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz**

#### **3.5.1 Politische Einflussfaktoren**

##### **3.5.1.1 Politisches Umfeld**

Die Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe existieren in vielen Ländern. Sie unterscheiden sich in Bezug auf das Setting, die Organisationsformen und den Grad der Kontinuität, die Betreuung und die Autonomie der Hebammen. Die Umsetzung und Aufrechterhaltung solcher hebammengeleiteter Geburtsvorsorgemodelle ist anspruchsvoll, wobei sich organisatorische, politische, gesellschaftliche und ökonomische Herausforderungen stellen. Verschiedene Faktoren beeinflussen dabei die Wahl der geeigneten Modelle und ihre erfolgreiche Implementierung.

Im Rahmen von „Gesundheit2020“ hat der Bundesrat Prioritäten für die Gesundheitspolitik formuliert (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Unter anderem besteht das Ziel darin, neue Versorgungsmodelle zu fördern und damit die Versorgungsqualität zu sichern und zu erhöhen. Die Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe, zu denen auch die Hebammentätigkeit gehört, ist dabei besonders relevant. In diesem Zusammenhang wird auch die hebammengeleitete Geburtshilfe als ergänzendes Modell der Geburtsversorgung diskutiert und mögliche Herausforderungen werden eruiert.

Die Weichenstellung zugunsten eines vermehrten Einbezugs von nichtärztlichem Pflegepersonal in die Grundversorgung – unter anderem auch der Hebammen – wird in der **Schweiz** vor allem vom Staat erwartet, nämlich in Form von Anpassungen des Gesetzes und der Tarifierungen (Künzi & Denzel, 2007). Diese Forderungen basieren darauf, dass die Nachfrage nach „häuslicher“ medizinischer Betreuung durch die Bevölkerungszunahme und die Migration ansteigen wird, und dass es folglich mehr Hebammen brauchen wird (Rüsch, 2014). Zudem befürchten Fachleute künftig einen Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern und damit verbunden eine Überbelastung des Notfalldispositivs in der **Schweiz** (Künzi & Denzel, 2007).

In vielen europäischen Ländern war ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten respektive deren Überbelastung ausschlaggebend dafür, Hebammen als autonome und eigenverantwortliche Leistungserbringerinnen in die Geburtsversorgung einzubeziehen. Jedoch war nicht einzig der Bedarf ein Faktor, der Politik und Gesetzgebung beeinflusste, sondern auch die steigende Nachfrage der Nutzerinnen.

Um 1990 übten in **Grossbritannien** Gruppierungen von Nutzerinnen (House of Commons Select Committee, Changing-Childbirth-Initiative) starken politischem Druck aus, der dazu führte, dass eine frauenzentrierte Geburtshilfe in die britische Gesundheitsversorgung aufgenommen wurde (Tyler, 2002). Da die britische Gesundheitsversorgung NHS im Bereich der Geburtshilfeanbieter private Alternativen verunmöglichte, waren Kampagnen von Nutzerinnen ein erfolgreicher Ansatz zur Beeinflussung der Richtlinien und Gesetzgebung in Richtung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe (ebd.).

Anders verhielten sich Gruppierungen von Nutzerinnen in **Deutschland** und in den **Niederlanden**. In beiden Ländern existierten rechtliche Grundlagen, welche die Nutzerinnen dazu befähigen, ihre Versorgung zu beeinflussen (ebd.). Auch bestand ein Angebot an privaten Leistungserbringern in der Geburtshilfe, das eine Wahl des Geburtsmodells ermöglichte. Das Wechseln zu einer alternativen Versorgung war möglich. Folglich sahen Gruppierungen von Nutzerinnen ihre Aufgabe in der Bereitstellung von Alternativen und in der Öffentlichkeitsarbeit, um Frauen über diese Angebote zu informieren. Ein Zusammenschluss von Nutzerinnen in **Deutschland** und in den **Niederlanden** nahm jedoch nur beschränkt Einfluss auf politische Entscheide betreffend Geburtshilfeversorgung.

In der **Schweiz** kann unter der Voraussetzung einer physiologischen Schwangerschaft und Geburt das geburtshilfliche Modell frei gewählt werden. Innerklinisch ist jedoch das Angebot von hebammengeleiteter Geburtshilfe sehr beschränkt. Auch wird die Forderung nach einer Wahl der klinischen Geburtshilfe unter der Leitung der Hebamme in der **Schweiz** von den Nutzerinnen nicht offiziell kundgetan.

### 3.5.1.2 Gesetzliche Grundlagen und Richtlinien

Gesetzliche Regelungen, welche eine Veränderung der Rolle der Hebamme als Erbringerin von autonomer und kontinuierlicher Betreuung von der Schwangerschaft bis zur Stillzeit unterstützen, werden von der WHO als entscheidende Komponente betrachtet (World Health Organisation, 2011). Gemäss ihren Zielen sollten diese die Berufsentwicklung der Hebammentätigkeit fördern, die Autonomie und Verantwortlichkeit der Hebamme gewährleisten und dadurch die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochstehender Hebammenbetreuung sicherstellen (World Health Organisation, 2011).

Die Ausführung der Tätigkeit der Hebamme wurden 2005 auch in der Europäischen Union durch den Rat der Europäischen Gemeinschaft in den Richtlinien 2005/36/EG in Artikel 42 legitimiert (Amtsblatt der Europäischen Union, 2005).

Das schweizerische KVG sieht sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Hebammen als Leistungserbringer während der Mutterschaft vor (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994). Die Hebamme kann sich jedoch laut Krankenpflege-Leistungsverordnung in der normal ablaufenden Schwangerschaft von der obligatorischen Krankenversicherung nicht die gleiche Anzahl Untersuchungen vergüten lassen wie die Ärztinnen und Ärzte. Zudem muss sie die Schwangere darauf hinweisen, dass vor der 16. Schwangerschaftswoche eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist. Seit 2014 ist es der Hebamme erlaubt, unter bestimmten Bedingungen Medikamente zu verordnen (Das Eidgenössische Departement des Innern, 1995).

Zudem sieht das Gesetz vor, dass die Hebamme in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten auch bei Risikoschwangerschaften ohne manifeste Pathologie ihre Leistungen erbringen können und nur in Situationen mit manifester Pathologie auf ärztliche Anordnung arbeiten (ebd.).

Der Schweizerische Hebammenverband hat im Rahmen von Best Practice minimale Empfehlungen zur Betreuung der physiologischen Geburt herausgegeben (Gurtner & Meyenhofer, 2013). Diese stützen sich auf die **britischen** NICE-Richtlinien (National Institute for Health and Care Excellence, 2015) und auf die geregelten Leistungen in der Mutterschaft (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994; Krankenversicherungsgesetz, KVG Artikel 25<sup>fbis</sup>, Artikel 29).

Zu den Zielen und Inhalten der Betreuung, zu Konsultationen oder zur Überweisung von Frauen mit Komplikationen gibt es jedoch keine einheitlichen Standards. Spitäler, Geburtshäuser und freipraktizierende Hebammen haben deshalb ihre eigenen diagnostischen und therapeutischen Betreuungsleitfäden betreffend Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Zimmermann, 2012).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Autonomie der Hebamme gesetzlich verankert ist. Gefordert wird jedoch die transdisziplinäre Zusammenarbeit und die Aufteilung der Verantwortung zwischen den Hebammen und der Ärzteschaft. Hausinterne Richtlinien entscheiden über die Kompetenzen der Hebammen und die Organisation ihrer Arbeit im Spital.

Ganz anders sind die gesetzlichen Gegebenheiten in den **Niederlanden**. Die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Schwangerschaft basiert auf einem umfassenden national ange-

wandten Listenkatalog (List of Obstetric Indications [LOI]), der vorbestehende, schwangerschaftsbedingte und perinatale Beschwerden und Besonderheiten aufführt (Amelink-Verburg & Buitendijk, 2010). Anhand dieser Liste wird über den Gesundheitszustand der Frau und über den daraus folgenden Betreuungsmodus entschieden. Die Rücksprache mit einem Ärzteteam ist nicht nötig.

Das **deutsche** Hebammengesetz sieht vor, dass zu jeder Geburt eine Hebamme beizuziehen ist, nicht aber eine Ärztin bzw. ein Arzt. Im Falle von Komplikationen muss die Hebamme jedoch die Leitung der Ärztin bzw. dem Arzt übergeben (Hebammengesetz Deutschland).

Auch **Deutschland** besitzt einen Risikokatalog zur Bestimmung der Ein- und Ausschlusskriterien für die hebammengeleitete Betreuung. Dieser orientiert sich an der WHO-Definition der normalen Geburt und basiert auf den 52 Kriterien des Mutterpasses und dem Befundkatalog der ausserklinischen Qualitätssicherung (Bauer, 2011a).

### 3.5.1.3 Leadership und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der hebammengeleiteten Geburtshilfe liegt als wichtiges Prinzip die intra-, aber auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit zugrunde. Gerade in der Klinik, wo die intensive Betreuung von Schwangeren sowie Gebärenden mit Komplikationen mit der Versorgung von Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften und Geburten einhergehen, ist die Gefahr einer Überversorgung gross. Konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit ist deshalb wichtig, um eine optimale Betreuung der Frau zu gewährleisten (World Health Organisation, 2011).

Eine klare Rollenverteilung, Autonomie und das Wissen der beteiligten Berufsgruppen über die gegenseitigen Kompetenzen ist ein wichtiger Aspekt der Zusammenarbeit.

Die Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe setzen voraus, dass die Hebamme ihre Autonomie auf einem Feld ausübt, das seit einiger Zeit der Ärzteschaft vorbehalten ist. Diese neue Positionierung der Hebamme birgt Konfliktpotenzial im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten.

Spezialärztinnen bzw. -ärzten und Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern fehlen die Erfahrungen im Umgang mit einer engen Kooperation mit der Hebamme, vor allem in den Bereichen Verantwortung und Arbeitsstrukturen (Wilson et al., 2002). Die Ärztinnen bzw. Ärzte befürchten einen Positionsverlust.

Die erschwerte Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen bzw. Ärzten wird auch als wichtigster Grund für die Arbeitsunzufriedenheit der Hebamme angegeben (Eilert et al., 1992). Häufig existieren keine gemeinsam erarbeiteten Leitlinien, die den jeweiligen Zuständigkeitsbereich und das gemeinsame Vorgehen für eine optimale Betreuung der Frau regeln. Der Hauptgrund für Spannungen liege meistens in der divergierenden Unterscheidung von Niederrisiko- und Hochrisikoschwangerschaften (Bund Deutscher Hebammen, 2001).

Wilson et al. (2002) bezeichnen den Dialog und die Kommunikation zwischen dem ärztlichen Berufspersonal und den Hebammen deshalb als besonders wichtig. Gemeinsame Aus- und Weiterbildungen, Arbeitsgruppen und Netzwerke könnten weiter förderlich sein, um gegenseitiges Verständnis, Vertrauen und Respekt aufzubauen (ebd.).

Weiter fordern Wilson et al. (ebd.) die Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung dazu auf, organisatorische und finanzielle Hürden zur Umsetzung autonomer Hebammentätigkeit zu reduzieren und der ärztlichen Tätigkeit in Bezug auf die physiologische Geburtshilfebetreuung gleichzusetzten.

### 3.5.2 Ökonomische Einflussfaktoren

#### 3.5.2.1 Wirtschaftlichkeit der hebammengeleiteten Geburtshilfe

Veränderungen des Gesundheitssystems der **Schweiz** führen zu immer stärkeren ökonomischen Zwängen und höheren Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Auch die Geburtshilfe wird von diesen Faktoren beeinflusst und gesteuert. Deshalb ist die Wirtschaftlichkeit, neben der Qualität der verschiedenen hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen, ein wichtiger Aspekt einer erfolgreichen Umsetzung. Diese hat direkte Auswirkungen auf die Arbeit der Hebammen.

In der **Schweiz** wird die hebammengeleitete Betreuung im ausserklinischen Bereich nur von einem geringen Teil der Bevölkerung genutzt. Die ausschliesslich durch die Hebamme vorgenommene Geburten- und Wochenbettbetreuung hat jedoch zwischen 2006 und 2013 zugenommen (+ 1 % Geburten, + 20 % Wochenbett) (Erdin, im Druck; Bundesamt für Statistik, 2015). Die heutige Auslastung der Geburtshäuser liegt bei durchschnittlich 40 bis 80 Geburten pro Jahr (IGGH-CH, 2015). Gemäss einem Betriebskonzept, das in der Planungsphase eines Geburtshauses im Simmental-Saanenland erstellt wurde, wird davon ausgegangen, dass mindestens 120 Geburten pro Jahr notwendig wären, um eine ausgeglichene Erfolgsrechnung erzielen und marktgerechte Löhne ausbezahlen zu können (Projektgruppe Maternité Alpine, im Druck).

Auch im klinischen Bereich fanden 2004 an der Universitätsklinik Insel in Bern nur 25 von 1592 Geburten im Modell der „Hebammengeburt“ statt (1,6 %) (mündliche Mitteilung vom 6. Juli 2015 von S. Büchi, Leitende Hebamme, Geburtsabteilung, Inselspital Bern).

In einer Sensitivitätsanalyse zur Kosteneffizienz der klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe versus die Kosteneffizienz des ärztlich geleiteten Modells konnte gezeigt werden, dass die Effizienz der hebammengeleiteten Geburtshilfe signifikant gesteigert wurde und Kosten gesenkt wurden, und zwar je mehr Frauen das Angebot in Anspruch nahmen (Ryan et al., 2013). Einsparungen bei der Geburtshilfe können deshalb vor allem für hebammengeleitete Modelle in grösseren Strukturen mit grösserer Auslastung erzielt werden (ebd.).

Von Seite des Spitalmanagements wird deshalb die Festlegung von minimalen Fallzahlen pro Hebamme als notwendig erachtet, um eine optimale Wirtschaftlichkeit auch in Bezug auf Einsparungen im Pflegepersonalbereich zu garantieren (Sayn-Wittgenstein, 2007). Dazu kommt Folgen-



des: Je mehr Geburten eine Hebamme betreut, desto grösser ist ihre Berufserfahrung und desto besser kann sie den normalen Mutterschaftsverlauf beurteilen und Entscheidungen treffen. Da ein Transfer ins ärztlich geleitete Modell mit erheblichem Kostenaufwand verbunden ist, ist eine sorgfältige Triage der für die hebammengeleitete Geburtshilfe qualifizierten Geburten für die Wirtschaftlichkeit der Modelle von grosser Wichtigkeit (Ryan, 2013).

Im hebammengeleiteten Geburtsmodell führten der verringerte Materialverbrauch, weniger Interventionen und Medikamentenvergabe, die reduzierte Kaiserschnittraten und die Benutzung der Operationsräume zu erheblichen Kosteneinsparungen (Oakley et al., 1996; Byrne et al., 2000; Cignacco et al., 2004; Knape et al., 2011; Shahid et al., 2014).

Es wurde jedoch auch gezeigt, dass zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden kontinuierlichen Betreuung im klinischen hebammengeleiteten Modell ein erhöhter Personalbedarf festgestellt wird, der insgesamt höhere Gesamtkosten entstehen lässt (Hundley et al., 1995). Gemäss einer Studie von Young et al. (1997) verursachte auch der organisatorische Mehraufwand der hebammengeleiteten postpartalen Betreuung höhere Kosten.

Kosteneinsparend hingegen präsentiert sich die vermehrte Auslagerung des Wochenbetts in die ausserklinische Geburtshilfe und dabei vor allem das Potential der ausserklinischen hebammengeleiteten Schwangerschaftsbetreuung. Zwei Studien in **Grossbritannien** und Irland wiesen für die Gruppe jener Schwangeren, die vom Arzt betreut wurden, über 20 % höhere Kosten aus als für Frauen in der hebammengeleiteten Schwangerschaftsbetreuung (Flint et al., 1989; Begley et al., 2011).

Zur Einschätzung einer potentiellen längerfristigen Reduktion von direkten Kosten für Behandlungen von Folgekrankheiten sind keine Erhebungen bekannt.

Zusammenfassend wurde in der internationalen Literatur entweder ein positiver oder kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die direkte Kostenreduktion des hebammengeleiteten und herkömmlichen Geburtshilfemodells aufgezeigt (Hundley et al., 1995; Oakley et al., 1996; Cignacco et al., 2004; Ryan et al., 2013).

Die Wirtschaftlichkeit klinischer hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle ist nicht unbedingt auf Einsparungen und die Kostenreduktion beschränkt. Solche Modelle sind auch marktstrategisch interessant. Viele Spitäler und Geburtskliniken in der **Schweiz** haben Auslastungsprobleme. Ein Konzentrationsprozess im Bereich der Spitallandschaft und die Schliessung kleiner Spitäler ist schon seit Jahren im Gang (Gerny & Aschwanden, 2015). Vor allem kleinere geburtshilfliche Abteilungen sehen sich aus ökonomischen Gründen in ihrer Existenz gefährdet. Um dem Verdrängungswettbewerb standhalten zu können, müssen innovative Versorgungskonzepte umgesetzt werden.

Das Angebot der hebammengeleiteten klinischen Geburtshilfemodelle könnte eine Möglichkeit darstellen, um eine Zertifizierung als „Mütterfreundliches Spital“ zu erhalten (Coalition for improving maternity service, 2015). Das Erfüllen und Evaluieren von inhaltlichen Kriterien, die sich an nachvollziehbaren Qualitäts- und Quantitätskriterien der Förderung der physiologischen Geburt und der frau-

enzentrierten Geburtsbetreuung orientierten, kann den Anfang bilden, um die Versorgungsqualität nicht nur mit medizinischen Indikatoren auszuweisen, sondern um die psychosoziale und physische Betreuung als Qualitätsindikatoren zu nennen (Büscher & Sayn-Wittgenstein, 2013).

### 3.5.2.2 Tarife und Abrechnungen

Im Jahr 2012 wurde in der **Schweiz** das leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem von Spitalleistungen auf Basis der Fallpauschale eingeführt (SwissDGR, 2015). Dadurch sollen unter anderem Spitalkosten gesenkt werden (Gerny & Aschwanden, 2015).

Zu den wichtigsten Massnahmen der Kostendämpfung gehören Einsparungen bei den Personalressourcen, unter anderem beim Pflegepersonal und den Hebammen (ebd.). Ein reduzierter Stellenetat bei den Hebammenstellen hat Mehrarbeit und eine stärkere Belastung der verbleibenden Hebammen zur Folge. Mit einem reduzierten Personalschlüssel wird die Umsetzung einer frauenzentrierten und auf Kontinuität bedachten hebammengeleiteter Geburtshilfe massiv erschwert.

Zudem entstehen durch das DRG-Abgeltungssystem im stationären Setting beschränkte finanzielle Anreize zur Förderung der physiologischen Geburt. Eine volle Kostendeckung zeichnet sich für die Spitäler vor allem bei vorhersehbaren Geburtsverläufen ab, so zum Beispiel bei einem geplanten Kaiserschnitt. Ein geplanter Kaiserschnitt ist ein klar strukturierter und zeitlich begrenzter Eingriff, der kostendeckend durch das DRG-System abgegolten werden kann. Die spontane vaginale Geburt hingegen, birgt das Risiko einer unvorhersehbaren zeitlichen Beanspruchung des Personals sowie eines potenziellen pathologischen Verlaufs. Eine volle Kostendeckung wird unter diesen Umständen erschwert. Dies kann mitunter ein Grund dafür sein, dass Kaiserschnittgeburten für ein Spital attraktiver sind als normal verlaufende Spontangeburt. Hiermit wird ein finanzieller falscher Anreiz gesetzt (Schweizerischer Hebammenverband, 2010).

Geburtshäuser berechnen ihre Leistungen ebenfalls durch Fallpauschalen, wobei ihnen als Leistungserbringer in der Akutmedizin bis 2013 ein 20 % tieferes Kostengewicht gegenüber den Spitälern zugesprochen wurde (Geburtshaus Zürcher Oberland, 2013; SwissDRG-Version\_2.0\_Fallpauschalenkatalog 2013). Dies führte dazu, dass im Jahr 2012 in Geburtshäusern über eine Million Franken gespart werden konnte (ebd.). Erst im Jahr 2014 wurden schliesslich die Kostengewichte der Geburtshaus-DRGs auch den Kostengewichten der Akutspitäler angeglichen, was zu einer Harmonisierung des Kostengewichts zwischen Spital und Geburtshaus führte (SwissDRG-Version\_3.0\_Fallpauschalenkatalog 2014).

Die tief angesetzte Tarifierung der Hebammenleistung im ausserklinischen Bereich hat auch eine verminderte Wettbewerbsfähigkeit der Geburtshäuser gegenüber der klinischen Geburtshilfe zur Folge und führt dazu, dass die Hebammenlöhne unter dem Marktniveau liegen.

Die Tarifberechnungen basierend auf dem Tarifvertrag mit den schweizerischen Krankenversicherern aus dem Jahr 1995 bilden die Grundlagen zur Leistungsabrechnung freipraktizierender Hebammen (Schweizerischer Hebammenverband, 1995). Die seit 1991 unangepassten Lohntarife sind vor allem für die ausserklinische Schwangerschaftsbetreuung unattraktiv, zumal eine Pau-

schale gilt und zusätzliche Aufwände wie Fahrzeiten und eine längere Beratung nicht abgerechnet werden können. Neue Tarifvereinbarungen für die ausserklinische Geburtshilfe sind zurzeit in Verhandlung und werden überarbeitet (mündliche Mitteilung vom 21. September 2015 von B. Stocker Kalberer, SHV).

Die Beleghebammen werden meistens mit einem Pauschalbetrag vom Spital entschädigt. Diese Pauschalen werden je nach Spital unterschiedlich hoch angesetzt. Die effektiven Kosten einer Beleghebammegeburt fallen normalerweise tiefer aus, als von den Spitälern via DGR in Rechnung gestellt wird, da Frauen mit einer Beleghebammegeburt eine kürzere Verweildauer haben als Frauen im normalen System (Stocker Kalberer, 2015). Deshalb ist ein Beleghebammensystem für die Spitäler wirtschaftlich attraktiv. Zusätzlich können Fallzahlen erhöht werden, ohne den Stellenpool der Spitalhebammen aufzustocken (Stocker Kalberer, 2015).

Werden aus ökonomischen Überlegungen die kostengünstigeren Fälle in den ambulanten Bereich ausgelagert, werden integrierte Versorgungskonzepte immer dringlicher. Auch als Folge des Bevölkerungswachstums und der Migration dürfte die Nachfrage nach medizinischer Betreuung zu Hause steigen. In diesem Zusammenhang könnte auch für die hebammengeleitete Geburtshilfe ein Managed-Care-Ansatz vielversprechend sein, bei dem ein Team aus nichtärztlichen und ärztlichen Fachleuten tätig ist. Die Ersttriage und die einfachere Behandlung erfolgt durch die Hebamme. Die Abgeltung der Leistungen wird mit Pauschalen pro Nutzerin abgerechnet (Künzi & Denzel, 2007).

### 3.5.3 Gesellschaftliche Einflussfaktoren

#### 3.5.3.1 Nutzerinnenansprüche an die geburtshilfliche Versorgung

Das gesellschaftliche Umfeld hat einen bedeutenden Einfluss auf die Einstellung der Eltern zu Schwangerschaft und Geburt (Fenwick et al., 2005). Somit hängt die Wahl einer adäquaten Schwangerschaftsbetreuung und des Geburtsortes stark von den gesellschaftlichen Normen, der geografischen Zugänglichkeit und dem Vorhandensein alternativer Gesundheitsversorgungsmodelle ab (Pitchforth et al., 2009). Bei einer Befragung von Frauen in der **Schweiz** zeigte sich, dass die Möglichkeit, in einem kleinen Rahmen im Spital gebären zu können, der Hauptgrund für die Wahl einer hebammengeleiteten Geburt war (Cignacco et al., 2004). Dieselben Frauen vertrauten ihrer Hebamme in Bezug auf die Leitung der physiologischen Geburt (ebd.). Zudem entschieden sich die Frauen der „Hebammengeburt“ häufiger für nicht invasive Massnahmen als Frauen der Kontrollgruppe (ebd.).

Anders als vor einigen Jahrzehnten haben Frauen heute eine wesentlich positivere Einstellung gegenüber dem Einsatz von Technik bei der Geburt (Waldenstrom, 2007). Gleichwohl besteht das Bedürfnis nach einer interventionsarmen und natürlichen Geburt, ohne dass daraus ein Widerspruch entstehen würde (von Rahden, 2011).

Studien zeigen, dass den Ärztinnen und Ärzten aus Sicht der Frauen ein rein medizinischer Aufgabebereich zugesprochen wurde, dass von ihnen jedoch kaum soziale Kompetenzen erwartet

wurden (ebd.). Im Gegensatz dazu wurde das Verhalten der Hebammen als „unmenschlich“ bezeichnet, wenn diese ihre Betreuung auf Routineuntersuchungen beschränkte (Bondas, 2002). Gerade Erstgebärende hatten jedoch keine genauen Vorstellungen, wie sie von der Hebamme unterstützt werden könnten (ebd.).

In einer repräsentativen Umfrage in **Deutschland** identifizierte nur gerade ein Drittel der Frauen die Schwangerschaftsversorgung als Tätigkeitsbereich der Hebammen (Sayn-Wittgenstein, 2007). Auch in der Studie von Maillefer et al. (2015), die im Waadtländer Universitätsspital CHUV durchgeführt wurde, nahmen die Frauen die Expertise der Hebamme bei der Geburt und im postnatalen Bereich wahr, nicht jedoch ihr Handeln in der Schwangerschaftsbetreuung. Einige der zukünftigen Mütter empfanden die Hebamme verantwortlich für emotionalen Support. Die befragten Frauen erachteten die Hebammen jedoch nicht als befähigt zur medizinischen Leitung von Schwangerschaft und Geburt (ebd.). Diese Fakten deuten auf eine defizitäre und inadäquate gesellschaftliche Wahrnehmung der Hebammentätigkeit und insbesondere der -kompetenz hin.

Obwohl die Frau in der Geburtshilfe im Zentrum steht und ihre Bedürfnisse als wichtig erachtet werden, wird ihr Wille stark vom aktuellen und gängigen Geburtshilfemodell beeinflusst. So werden in der **Schweiz** Untersuchungsmöglichkeiten bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt von den Nutzerinnen mit Sicherheit assoziiert (Lüscher, 2015).

Zudem werden Frauen in der Gesundheitsversorgung heutzutage zunehmend nicht als Schwangere, Gebärende oder Wöchnerinnen wahrgenommen, sondern als Kundinnen. Die Kundenorientierung verheisst den Frauen, dass sie selbstbestimmt und autonom entscheiden können, welche Dienstleistungen sie in Anspruch nehmen wollen (von Rahden, 2011). Diese angebliche Kundenorientierung ist jedoch häufig stark von marktwirtschaftlichen Ausrichtungen der Geburtshilfeinstitutionen sowie von der asymmetrischen Wissensverteilung geprägt (ebd.). Festgestellt wurde, dass das Bildungsniveau und die unterschiedliche Nutzung von Informationsquellen die Wahl des Geburtshilfemodells beeinflusst (Ahner et al., 1996). Cignacco et al. (2004) und Fraser (2000) beschreiben, dass Frauen, die im hebammengeleiteten Geburtsmodell gebären, ein deutlich höheres Bildungsniveau aufwiesen als Frauen im ärztlich geleiteten Modell.

Gute Kommunikation und genügend Informationen sind für die Frauen während des ganzen Betreuungsbogens im Übergang zur Mutterschaft von grosser Bedeutung und bilden die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betreuungspersonen (Maillefer et al., 2015). Auch wenn die Frauen mit der Beratung durch die Fachärztinnen bzw. -ärzte zufrieden waren, berichtete mehr als die Hälfte von ihnen, dass sie in den medizinischen Mutterschaftsuntersuchungen nicht über ihre allgemeine Lebenssituation gesprochen und keine Gesundheitsberatung erhalten habe (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Ein weiteres wesentliches Bedürfnis der Frauen ist der Wunsch nach Kontinuität in der Betreuung. Die Mehrheit der Frauen in der Studie von Maillefer (ebd.) empfand die kontinuierliche Betreuung sowohl in der klinischen als auch in der ausserklinischen Geburtshilfe als wichtig. Einige Frauen zeigten Schwierigkeiten auf, die im Bereich des Übergangs von der privaten Schwangerschaftsbe-

betreuung zur Geburt in der Klinik anzusiedeln sind. Ein Grund dafür war der mangelnde kontinuierliche Kommunikationsfluss (ebd.).

Auch wenn Kontinuität der Betreuung ein grundlegender Aspekt der hebammengeleiteten Geburtshilfe darstellt, ist dieser Aspekt in den heutigen klinischen Modellen in der **Schweiz** schwer umsetzbar, was auch mit den mangelnden Schwangerschaftsbetreuungsangeboten in den ausserklinischen Modellen zusammenhängt (Cignacco et al., 2004; Gurtner & Meyenhofer, 2013).

### 3.5.3.2 Demografische und geografische Herausforderungen

In der **Schweiz** nimmt der Anteil der Paare mit Kindern ab, parallel dazu steigt die Anzahl der Einzelpersonen-Haushalte deutlich an (De Flaugergues, 2009). Es wird immer weniger selbstverständlich, mit Kindern zu leben. Damit verringern sich auch die Erfahrungen, die im Lebensalltag mit dem Erleben der Prozesse der Mutterschaft gemacht werden. Weiter sind in immer weniger Familien mehrere Generationen vertreten, und die Erfahrungen älterer Generationen werden dadurch seltener weitergegeben (ebd.).

Demnach nimmt auch in der Geburtshilfe der Bedarf an aufklärender, informativer und verhältnisbezogener Betreuung zu.

Dazu kommt, dass die Anzahl der Geburten in Familien mit Migrationshintergrund stetig ansteigt (Bundesamt für Statistik, 2014). Migrantinnen sind eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen kulturellen, sozialen und gesellschaftlichen Hintergründen. Aufgrund der spezifischen belastenden Faktoren, die bei Migrantinnen auftreten, weisen diese häufig ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf. Sie leiden unter der mangelhaften gesellschaftlichen Integration und haben Schwierigkeiten, an der Gesundheitsversorgung teilzuhaben (Origlia Ikhilor, im Druck). Eine sensibilisierte Beratung mit persönlicher Betreuung und individueller Begleitung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist gerade in Bezug auf Präventionsmassnahmen bei dieser Gruppe von Frauen erfolgsversprechend. Informationsdefizite und unzureichende migrationsspezifische Sensibilisierung erschweren jedoch den Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten im Gesundheitsbereich, mitunter der hebammengeleiteten Geburtshilfe (Domenig, 2001; Cignacco et al., 2004; Origlia Ikhilor, im Druck).

Parallel dazu kommt es infolge einer Alterung der Bevölkerung und aufgrund der sinkenden Geburtenzahlen in ländlichen Regionen derzeit zu einer Zentralisierung der geburtshilflichen Versorgung, wovon insbesondere Spitäler mit kleinen geburtshilflichen Fallzahlen betroffen sind (Berner Zeitung, 2014). Dabei stellen sich Fragen der Versorgungskontinuität für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen aus diesen ländlichen Gegenden, insbesondere was die Zumutbarkeit von Transportwegen in Notfallsituationen betrifft (Projektgruppe Maternité Alpine, im Druck).

Bedingt durch den demografischen Wandel der Gesellschaft und wegen der steigenden Prävalenz der chronischen Krankheiten auch in der Geburtshilfe wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen

steigen. Bis 2025 rechnen Expertinnen und Experten mit einer substantiellen Zunahme des Bedarfs an Fachpersonen (Rüsch et al., 2014). Besonders die Erschliessung neuer Tätigkeitsfelder – wie die hebammengeleitete Geburtshilfe – wird als treibender Faktor für einen Mangel an qualifizierten Hebammen gewertet. Dieses Defizit müsste mit im Ausland diplomierten Fachkräften gedeckt werden, oder Studienplätze müssten in substantiellem Ausmass ausgebaut werden (ebd.). Die bundesrätliche Gesundheitspolitik, die in „Gesundheit2020“ vorgelegt wurde, zeigt jedoch deutlich, dass deren Ziele nicht ohne die Erweiterung der Tätigkeitsfelder der Hebammen zu erreichen sind (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

### 3.5.4 Arbeitsorganisatorische Einflussfaktoren

#### 3.5.4.1 Kompetenzen der Hebamme in der hebammengeleiteten Geburtshilfe

In den letzten Jahren sind das Tätigkeitsspektrum der Hebammen und die Anforderungen an den Hebammenberuf immer komplexer geworden. Stetige Veränderungen in den Versorgungsstrukturen sowie der demografische Wandel fordern von den Hebammen erweiterte Kompetenzen, gerade in Bezug auf Massnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention, dies auch mit Blick auf die Zunahme von Dienstleistungen in der Geburtshilfe (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Neben der Tatsache, dass die Hebammen gesunde Frauen vor, während und nach der Geburt kompetent betreuen, stellt die Hebammentätigkeit im hebammengeleiteten Geburtshilfemodell noch weitere Anforderungen an die Hebamme.

Die selbstständige Arbeit in Eigenverantwortung verlangt methodische Kompetenzen, die der Hebamme erlauben, die Qualität ihrer Leistungen zu erfassen, zu dokumentieren, zu evaluieren und zu modifizieren. Dies ist auch eine wichtige Voraussetzung, um eine erfolgreiche, eng vernetzte Zusammenarbeit mit fachnahen Berufsgruppen zu gewährleisten. Erweiterte ökonomische und organisatorische Kompetenzen sind vor allem für freipraktizierende Hebammen in ambulanten Versorgungsstrukturen erforderlich (ebd.).

Zur Gewährleistung der Kontinuität in der hebammengeleiteten Geburtshilfe muss sich die Hebamme für ein breites Tätigkeitsfeld ausbilden lassen. In vielen Ländern, so auch in der **Schweiz**, ist es heute jedoch schwierig, Berufserfahrungen in der Betreuung der Frau während des ganzen Betreuungsbogens im Übergang zur Mutterschaft zu sammeln (ebd.). In diesem Zusammenhang kommt es oft zu einem Theorie-Praxis-Gefälle, weil für theoretisch erlernte Methoden zur kontinuierlichen hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Praxis keine Erfahrungen gesammelt werden können. Die derzeit vorherrschende Fragmentierung der Angebote für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und die mangelhafte Vernetzung der Angebote zwingt auch die Hebamme zur Aufteilung ihrer Versorgungsleistungen.

Zusätzlich zum anerkannten Hebammendiplom und zur zweijährigen Berufserfahrung kennt die **Schweiz** keine zu absolvierende Kompetenzprüfung für die Erteilung der eigenständigen Berufsausübungsbewilligung. In diesem Zusammenhang fehlen auch einheitliche Definitionen der fachspezifischen Kompetenzen der Hebammen zur Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe.

In **Grossbritannien** bestehen Kompetenzanforderungen, die für die Registrierung als autonom arbeitende Hebamme von den Regulierungsbehörden mittels Kompetenzprüfung überprüft werden. Zusätzlich werden die Kompetenzen der englischen Hebammen regelmässig im Verlaufe des Berufslebens durch „Supervision“ geprüft und gefördert (NMC, 2006).

#### 3.5.4.2 Qualifikatorische Anforderungen

2005 wurde der Entscheid gefällt, dass zur Berufsausübung als Hebamme gesamtschweizerisch ein Fachhochschulabschluss verlangt wird (Luyben, 2005). Diese Akademisierung der Hebammenausbildung erfolgte aufgrund der Anpassung an die Bologna-Reform (zhaw, 2015).

Im Zusammenhang mit den gesetzten Prioritäten in der schweizerischen Gesundheitspolitik und der Frage nach neuen integrierten Versorgungsmodellen unter Einbezug von nichtärztlichem Berufspersonal wird vor allem im Pflegeberuf auch der Weg für den Einsatz von *Advanced Nursing Practitioners* diskutiert (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

*Advanced Nursing Practice (ANP)* beschreibt eine Praxis, die es erlaubt, auf hohem Niveau professionelle Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu entwickeln (Künzi, 2013). Zu den zentralen Kompetenzen von Pflegepersonal in *ANP* gehört, dass dieses Personal seine Tätigkeit mit einer erweiterten Fachexpertise (beispielsweise Diabetesberatung oder Beratungen bei Herzinsuffizienzpatienten) in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team ausführt und darüber Rechenschaft ablegen kann (SwissANP, 2015). Weiter werden Forschungsfähigkeiten, die Fähigkeit zur ethischen Entscheidungsfindung mit einer nachvollziehbaren Güterabwägung sowie die professionelle Leadership für die Tätigkeit in *ANP* vorausgesetzt (SwissANP, 2015).

Auch für den Hebammenbereich finden ähnliche Diskussionen statt. Künzi (2013) fasste die Ergebnisse von Studien zusammen, die eine hohe Effizienz und Sicherheit der Arbeit durch die *Advanced Practice (AP)* Hebammen aufzeigen. Die *Advanced-Practice*-Berufsprofile der Hebammen sind in der **Schweiz** noch nicht definiert und reguliert. Im Gegensatz zu anderem Pflegepersonal ist die Hebamme bereits durch ihre Grundausbildung (BSc, HF) zur selbstständigen Berufsausübung bei regelrechten Verläufen der Mutterschaft qualifiziert, was sich grundlegend von der *Advanced Practice (AP)* in anderen Berufen unterscheidet. *AP* im Hebammenberuf beinhaltet deshalb Aufgaben, die über diese Tätigkeit hinausgehen.

Ein Konzept zur Definition der Anforderungen an *AP*-Hebammen zur sicheren und ökonomischen Mutterschaftsversorgung im hebammengeleiteten Modell wurde in **Grossbritannien** im *Policy Paper „Midwifery 2020“* erarbeitet (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). *AP*-Hebammen sollten nebst ihren selbstständigen Betreuungs- und Beratungsaufgaben zusätzlich in der Lage sein, ihre Expertise zu reflektieren, Innovationen in Gesundheitsprozessen zu entwickeln und zu implementieren und Methoden zu evaluieren. Dabei müssen sie Berufspraxis und Forschung national und international vertreten und darüber publizieren können, aber auch die Qualitätssicherung und das Konfliktmanagement kompetent durchführen (Ledergerber et al., 2009; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland

and Wales, 2010). Diese erweiterten Kompetenzen verlangen ein wissenschaftliches Verständnis und die Fähigkeit, evidenzbasiert zu arbeiten.

In vielen Ländern wird eine Master-Ausbildung für die AP-Hebamme verlangt (ebd.). Die Berufskonferenz der Hebammen und der Schweizerische Hebammenverband sprechen sich für eine Master-Ausbildung für die *Advanced Midwifery Practice* (AMP) in der **Schweiz** aus (Berger, 2014). Schweizer Hebammen haben aktuell die Möglichkeit, den European Master of Science in Midwifery zu absolvieren, der in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) und sechs internationalen Universitäten angeboten wird (HES-SO, 2015). In der **Schweiz** wurde bis anhin noch kein national geführter konsekutiver Masterstudiengang für Hebammen an den Hochschulen etabliert. Geplant ist die Initiierung eines ersten Hebammen-Masterstudiengangs im Herbstsemester 2017 in der deutschsprachigen **Schweiz**. Dieser entsteht in Kooperation der beiden Fachhochschulen im Kanton Bern und Zürich. Weiterbildende CAS- und MAS-Programme befinden sich im Aufbau (ebd.).

Hebammen mit einer Masterausbildung sind heute etwa zu gleichen Teilen in der Forschung/Lehre und in der Praxis tätig. In einer Befragung von 106 Hebammen mit Masterabschluss in der **Schweiz** gaben nur gerade 18 % an, in einer AMP-Funktion zu arbeiten (Barmettler, 2014).

### 3.6 Ergebnisse der Expertinnen- und Expertenbefragungen

Acht Expertinnen und Experten der Geburtshilfe im Kanton Bern wurden befragt. Diese Befragung soll Aspekte der aktuellen Situation in der **Schweiz** darstellen, die in der Theorie nicht oder von einem anderen Standpunkt aus betrachtet wurden. Die Schwerpunkte wurden dabei auf die hinderlichen und förderlichen Einflussfaktoren gelegt, die zur Umsetzung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern in Bezug auf Qualität und Organisation solcher Modelle nötig sind, ferner auf die Anforderungen an die Hebammen und auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen.

#### 3.6.1 Allgemeine Einschätzungen zur hebammengeleiteten Geburtshilfe als Modell

Im Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe sehen alle Berufsgruppen eine interessante Möglichkeit zur Ergänzung des Geburtsvorsorgeangebots. Auch die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft zeigen sich aufgeschlossen gegenüber einer vermehrten Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle in den Spitälern. Als Hauptgrund für diese unterstützende Haltung wird von den ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfern ein deutlicher Bedarf auf Seiten der Frauen angegeben. Im Vordergrund steht aber vor allem die Dringlichkeit der Umsetzung komplementärer Geburtshilfemodelle im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel.

*„80 % aller Fachärztinnen im Geburtsbereich sind heute Frauen, die keine Geburtshilfe mehr machen. Und wir müssen uns ernsthaft Gedanken machen, wo wir die ärztlichen Geburtshelfer in Zukunft hernehmen wollen“. (D1)*



Auch sind sich die ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer einig, dass Assistenzärztinnen bzw. -ärzte die Physiologie der Geburtshilfe nur in solchen hebammengeleiteten Modellen erlernen können.

*„(...) zeig mir in der Schweiz ein Spital, in dem der Assistent die physiologische Geburt lernen muss (...) [das] gibt es gar nicht (...) als schlauer Assistent hast du die ersten zwei Jahre den Mund gehalten und zugeschaut, wie die Hebamme das gemacht hat, und dann konntest du physiologische Geburten machen“. (D2)*

Es bedinge aber eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zur Umsetzung eines klinischen hebammengeleiteten Geburtsmodells. In diesem Zusammenhang verschleiern ärztliche Geburtshelferinnen bzw. -helfer nicht, dass viele ärztliche Arbeitskollegen Vorbehalte gegenüber dem hebammengeleiteten Geburtshilfemodell haben. Auch wird bei den Vertreterinnen und Vertretern dieser Berufsgruppe ein gewisser Mangel an fundiertem Grundwissen und an Erfahrung bezüglich der hebammengeleiteten Geburtshilfe festgestellt.

Hebammen äusserten sich zu der Frage nach der Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Klinik sehr differenziert und viel kritischer als die ärztliche Berufsgruppe. Sie betonen die Wichtigkeit des Vorhandenseins verschiedener Modelle für verschiedene Settings und Spitäler.

*„Ich bin nicht sicher, ob die Hebammengeburt im Unispital mit dem Auftrag, den wir haben, der richtige Ort ist (...) natürlich haben wir den Auftrag der geburtshilflichen Grundversorgung für die Stadt, (...) aber wir betreuen vorwiegend pathologisch verlaufende Geburten, (...) auf der anderen Seite ist die Hebammengeburt ein Gewinn für die Hebammenausbildung.“ (B8)*

Die Berufsgruppe der Hebammen erwähnt auch, dass der Stellenschlüssel von Hebammen im hebammengeleiteten Modell gut überlegt sein müsse, damit es nicht zu einer Überbelastung der Hebamme komme, welche die Umsetzung gefährden könne.

Die Hebammen sehen in der hebammengeleiteten Geburtshilfe eine Chance, eine frauenzentrierte Betreuung anzubieten. Dies vor allem auch für Frauen mit sozialen Benachteiligungen (z. B. Migrantinnen), die ein erhöhtes Risiko für schlechte geburtshilfliche Ergebnisse aufweisen.

Beide Berufsgruppen erachten es als unabdingbar, dass das Modell bei der Umsetzung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe von einer gemeinsamen Arbeitsphilosophie getragen wird, die auch vom Spitalmanagement unterstützt werden muss. Diese Philosophie gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen wird als herausfordernd beschrieben.

*„Ich glaube, wichtig ist die Philosophie, die ein Haus vertritt, was ist sinnvoll und was weniger für die Sicherheit und die beste Betreuung von Mutter und Kind“. (H4)*

## 3.6.2 Kategorien der Expertinnen- und Expertenbefragungen

### 3.6.2.1 Kontinuität

Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) bezeichnet Kontinuität als das A und O aller hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle. Es sei die Kontinuität, die sich Frauen wünschen, nicht nur während der Geburt, sondern bereits in der Schwangerschaft und dann auch im Wochenbett. Auf Kontinuität werde in der heutigen Geburtshilfe zu wenig geachtet, was zu einer Fragmentierung der Prozesse führe. Deshalb sei es umso wichtiger, Betreuungs- und Begleitungsaufgaben im hebammengeleiteten Modell kontinuierlich anzubieten.

Die Hebammen beschreiben die Kontinuität als wichtigen Aspekt jeder Betreuung durch die Hebamme. Sie waren sich darin einig, dass Kontinuität schlecht ohne eine Ausweitung des Stellenplans angeboten werden könne, und dass sie durch ein Team gewährleistet werden müsse. Kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung sei in der Klinik nicht umsetzbar. Eine Betreuungskontinuität sei im Rahmen einer Schwangerensprechstunde eher zu realisieren als während einer Geburt. Das Beleghebammensystem wird als ein umsetzbares, kontinuierliches hebammengeleitetes Modell mit Eins-zu-eins-Betreuung betrachtet.

*„Bei der Hebammengeburt würde das heissen, eine Hebamme betreut die Frau, aber wir sind immer zwei Hebammen auf dem Dienst und die Zweithebamme müsste den ganzen Rest machen, was sehr belastend für die zweite Hebamme wäre. Wenn der Gebärsaal bei uns voll ist, dann können wir nicht nur eine Frau betreuen“. (Ma2)*

Die Möglichkeit einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung im Rahmen des hebammengeleiteten Modells wird auch von den ärztlichen Geburtshelferinnen und -helfern eher im Beleghebammenmodell angesiedelt. Belegärztinnen und -ärzte empfinden die Kontinuität der Betreuung während des ganzen Betreuungsbogens im Übergang zur Mutterschaft als wichtig, finden jedoch, eine solche müsse nicht unbedingt durch eine Hebamme gewährleistet werden. Kontinuierliche Betreuung könnten auch Ärztinnen bzw. Ärzte oder Pflegefachfrauen anbieten.

Eine ärztliche Geburtshelferin findet Kontinuität zwar wichtig, erachtet diese jedoch nicht als zwingendes Faktum für eine qualitativ gute Betreuung der Frau:

*„Das Wichtigste ist, der Frau zu erklären, dass wir keine Kontinuität durch eine Einzelperson anbieten, aber wir bieten ihr eine Betreuung im Team an und wir kommunizieren miteinander, das ist durchaus akzeptabel“. (M2)*

### 3.6.2.2 Autonomie

Die Frage, wie autonom die Hebamme arbeiten kann und soll, stellt sich vor allem bei der Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe im klinischen Setting. Bei den freipraktizierenden Hebammen ist diese Frage geregelt. Diese sind für ihr berufliches Handeln verantwortlich und haften dafür. Obwohl es der Hebamme gesetzlich erlaubt ist, physiologische Geburten in Eigenverantwortung durchzuführen, ist das Ausmass, in dem eine Hebamme eine solche Geburt in

klinischen Settings leiten kann, von Klinik zu Klinik unterschiedlich (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1994). Die Handlungen der Hebamme erfolgen durch ein von der Chefärztin bzw. dem Chefarzt festgelegtes Schema, welches bestimmten messbaren medizinischen und juristischen Anforderungen entsprechen muss.

Deutlich wird bei allen Berufsgruppen, dass die Frage nach der Endverantwortung im klinischen hebammengeleiteten Modell grösstenteils noch ungeklärt ist.

Rechtlich gesehen wird von den befragten Hebammen vorausgesetzt, dass die Chefärztin bzw. der Chefarzt die Verantwortung für die ganze Abteilung hat. Demzufolge hätte diese/dieser auch die Endverantwortung für ein hebammengeleitetes Modell innerhalb der Abteilung wahrzunehmen. Will man diese hierarchische Gliederung vermeiden, müsste das Modell vom Spital losgelöst und in einer eigenständigen Organisationsform betrieben werden (z. B. örtlich an das Spital angegliedert).

Die ärztlichen Vertreterinnen bzw. Vertreter können sich durchaus vorstellen, dass auch im klinischen Setting die ganze Verantwortung bei der Hebamme liegt. Eine wichtige Voraussetzung dafür sei, dass klare Richtlinien vorlägen und die Kompetenzen geregelt seien. Weiter müsse in jedem Fall die Kommunikation mit der Ärzteschaft aufrechterhalten werden, und es müsste der zuständigen Ärztin bzw. dem zuständigen Arzt im Spital bekannt sein, welche Frau gerade unter der hebammengeleiteten Geburt sei. Die Zusammenarbeit sei in diesem Kontext sehr wichtig.

Ein ärztlicher Geburtshelfer betont auch, dass Hebammen lernen müssten, Verantwortung in der hebammengeleiteten Geburtshilfe zu übernehmen.

*„Es muss intensiv daran gearbeitet werden, eben weg von der Befehlsempfängerin, hin zu einer autonom denkenden Hebamme. Und davon hat es im Moment leider noch nicht so viele, muss man auch fairerweise sagen“. (D3)*

Der SHV unterstreicht ebenso, dass die fachliche Verantwortung im hebammengeleiteten Modell zwingend bei den Hebammen liegen sollte und nicht bei einem ärztlichen Dienst. Nur so könne gewährleistet werden, dass die Hebamme eine frauenzentriertere Betreuung als im konventionellen Modell anbieten könne. Allerdings stellt sich der SHV ein autonomes Handeln der Hebamme unter Eigenverantwortung innerhalb eines klinischen Settings als schwierig vor, da sich die Chefärztin bzw. der Chefarzt dort immer verantwortlich fühle. Klarer sei die Verantwortungsfrage bei einer geografischen Trennung von hebammengeleitetem und herkömmlichem Geburtshilfemodell (z. B. Geburtshäuser)

### 3.6.2.3 Qualität

Für die ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer und die Hebammen ist es eindeutig, dass Letztere über andere Ressourcen verfügen als die Ärzteschaft. Sie hätten eine andere Ausbildung und könnten sich mehr Zeit nehmen, um in ihrer Betreuung auf die ganzen familienorientierten Themen einzugehen. Eine ärztliche Geburtshelferin findet, dass die Hebamme im heutigen klassi-

schen Geburtssystem als Beraterin fehle und dass hebammengeleitete Modelle die Qualität der Geburtshilfe in Bezug auf die Bedürfnisse der Frauen steigern könnten. Gerade für die Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund würden die Hebammen im hebammengeleiteten Modell eine besser auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmte Geburtshilfe ermöglichen.

Der SHV hält eine qualitativ hochstehende klinische hebammengeleitete Geburtshilfe als Teil des Versorgungssystems für besonders wichtiger, wolle doch die Frau sowohl eine frauenzentrierte Eins-zu-eins-Betreuung als auch die Infrastruktur eines Spitalsettings.

Zur Umsetzung eines hochwertigen Angebots von klinischer hebammengeleiteter Geburtshilfe – so die Meinung aller befragten Berufsgruppen –, brauche es Hebammen mit genügend Berufserfahrung. Diese müsse mindestens zwei Jahre betragen.

Alle Expertinnen und Experten, mit Ausnahme der Vertreterin des SHV des Kantons Bern, erachten die Entwicklung von Richtlinien, Kompetenzregelungen und Kriterienkatalogen als zentralen Aspekt für die Qualitätssicherung im Rahmen des hebammengeleiteten Geburtsmodells. Richtlinien mit Selektionskriterien würden den Hebammen die notwendige Entscheidungshilfe in Bezug auf die Zulassung zu einer hebammengeleiteten Geburt gewähren. Die Hebammen meinen, es müsse ein Kriterienkatalog vorhanden sein, der an die unterschiedlichen Levels der Spitäler angepasst werden solle. Dieser solle aber auf Evidenzen basieren und nicht einfach auf Risikoorientierung.

*„Richtlinien müssen interdisziplinär erarbeitet sein, gemäss Evidenzbasierung, und was man nicht mit Evidenz erarbeiten kann, müsste zwischen dem Ärzteverband und der SHV-Gruppe zusammen erarbeitet sein, damit es auch getragen wird.“ (B5)*

Bei der Frage nach der Verantwortung unterstreichen die ärztlichen Vertreterinnen bzw. Vertreter die Wichtigkeit von gemeinsam zwischen den beiden Berufsverbänden und auf nationaler Ebene ausgearbeiteten Richtlinien. Auch sei für sie die regelmässige Fort- und Weiterbildung und die Supervision der Hebammen im hebammengeleiteten Modell Voraussetzung.

Für den SHV ist es weniger klar, wie solche Richtlinien adäquat formuliert werden könnten, da es den individuellen Fall ebenfalls anzuschauen gelte.

Die SGGG geht sogar noch einen Schritt weiter, indem sie unbedingt auf beiden Seiten eine Qualitätssicherung fordert. Die hebammengeleitete Geburt müsse genau gleich statistisch erfasst werden wie jene im traditionellen Arzt- und Hebammenmodell.

Auch die Hebammen finden, die hebammengeleitete Geburt müsse besser dokumentiert werden, so dass diese Dokumentationen wirklich den Qualitätsnormen und den juristischen Normen entspreche und zur Evaluation genutzt werden könne. Fachgruppen und Plattformen mit Vertretern der Berufsgruppen der ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer und der Hebammen würde dazu beitragen, dass Qualität gesichert werden könne. Klinische hebammengeleitete Geburtshilfe könne auch ein Projekt der interdisziplinären Qualitätsentwicklung sein.

Die Expertinnen und Experten waren einhellig der Meinung, dass die hebammengeleitete Geburtshilfe im Spital kosteneffizient sein müsse und sich in diesem Zusammenhang Fragen stellten.

*„Wie werden Hebammengeburt abgerechnet? Gleich wie eine ärztlich geleitete, da die Hebamme die gleiche Verantwortung trägt? Ist die Hebamme bereit, mehr Verantwortung für den gleichen Lohn zu übernehmen?“ (Ma 4)*

#### 3.6.2.4 Organisation

Hebammengeleitete Geburtshilfe wird von allen Berufsgruppen als komplementäres Modell zum traditionellen Arzt-Hebammen-Geburtsmodell gesehen. Auch im klinischen Setting stellt ein solches Modell aus Sicht der ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer eine Ergänzung zum traditionellen Angebot dar. Die Hebamme versteht es besser, auf die Bedürfnisse der Frau einzugehen, und könne so der ärztlichen Geburtshelferin bzw. dem ärztlichen Geburtshelfer gewisse Arbeiten abnehmen und deren/dessen Arbeit erleichtern.

Diese Wahlfreiheit der Frau wird von allen Expertinnen und Experten hoch priorisiert. Dies nicht nur im Hinblick auf schmerzreduzierende Methoden der Geburt, Untersuchungen und die Mobilität, sondern auch bezüglich der Befähigung, über ihren Betreuungsmodus selber entscheiden zu können. Dies setzt voraus, dass die Frau Wahlmöglichkeiten hat, die Angebote kennt und genügend darüber informiert ist, damit sie Vor- und Nachteile abwägen und zu einer informierten Entscheidung gelangen kann (Bauer, 2011b).

*„Es ist wichtig, dass man von den Bedürfnissen der Frau ausgeht, und schaut, was brauchen die Frauen (...) wir haben sehr viele unterschiedliche Realitäten. Es gibt die sozial gut gestellte Frau, die sehr kritisch und differenziert ist. Wir haben aber auch Asylbewerberinnen, die die Sprache nicht reden und sozial verloren sind. Man müsste sich überlegen, was sind die Erwartungen von diesen Frauen und was kann man bieten.“ (Ha 3)*

Gerade bei Migrantinnen ist bekannt, dass diese viel häufiger den „konventionellen“ Weg der geburtshilflichen Versorgung wählen und die alternativen Angebote viel seltener in Anspruch nehmen. Dies geschieht häufig aus dem einfachen Grund, dass diese Frauen vom Fachpersonal nicht über die verschiedenen geburtshilflichen Modelle mit einem besonders gesundheitsfördernden Potential informiert werden (Origlia Ikhilor, im Druck).

Es stellte sich heraus, dass die Frage nach dem geeigneten Geburtshilfemodell in der Klinik schwierig zu beantworten ist. International existieren im klinischen Setting verschiedene Modelle. Die meisten trennen das hebammengeleitete vom üblichen Versorgungskonzept räumlich oder sogar geografisch ab (MacVicar et al., 1993; Homer et al., 2000; Ryan et al., 2005; Morano et al., 2007; Bauer et al., 2011b). Dies bedingt aber, dass Frauen den Gebärsaal wechseln müssen, wenn ein Arzt hinzugezogen werden sollte. Andere Modelle nutzen die Räumlichkeiten der Abteilung gemeinsam mit der klassischen Geburtshilfe (Cignacco et al., 2004; von Rahden, 2005;

Bauer et al., 2011b). Die Hebammenteams arbeiten entweder im Rotationsprinzip oder werden separat geführt (Hundley et al., 1995; Harvey et al., 1996; Bauer et al., 2011b).

Der SHV rät davon ab, ein einheitliches, flächendeckendes hebammengeleitetes Geburtsmodell anzubieten. Dieses müsse an die Region und die verschiedenen Strukturen der Spitäler angepasst werden. Wichtig sei jedoch, diese Modelle wohnorts- und spitalnah zu betreiben. Geburtshäuser auf dem Spitalgelände oder im Spital könne man sich gut vorstellen, eine räumliche Trennung sei jedoch die Voraussetzung für die eigenständige hebammengeleitete Geburtsversorgung.

Eine räumliche, nicht aber eine geografische Trennung der hebammengeleiteten von der konventionellen Geburtsversorgung können sich auch die ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer vorstellen. Jedoch wäre für diese Trennung momentan in den Spitälern die nötige Infrastruktur nicht vorhanden. In diesem Zusammenhang sei es einfacher, die Frauen aufzuteilen in je eine Gruppe mit geringem bzw. mit erhöhtem Geburtsrisiko.

Die befragten Hebammen erachten es als sinnvoll, ein spitalinternes hebammengeleitetes Geburtsmodell anzubieten. Die Möglichkeit, ein organisatorisch unabhängig funktionierendes Geburtshaus in das Spitalgelände zu integrieren, schätzen sie in der Umsetzung als herausfordernd ein. Zwischen den beiden Organisationsformen müssten Abläufe geklärt werden und die dringend benötigte reibungslose Interdisziplinarität wäre erschwert.

Herausforderungen bei der Umsetzung eines spitalinternen hebammengeleiteten Modells sehen die Hebammen in Bezug auf die personelle Planung. Es brauche einen höheren Personalschlüssel, damit die Kontinuität in der Betreuung angeboten werden könne. Die Stellen müssten zwingend mit erfahrenen Hebammen besetzt werden. Eine erhöhte Flexibilität und Belastbarkeit der Hebammen seien zur Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe im Spital notwendig. Unabdingbar sei ferner, dass die medizinische und pflegerische Leitung des Spitals die physiologische Geburt als solche unterstütze und dass das innerklinische Modell von einer gemeinsamen Philosophie getragen werde.

Ganz wichtig sei auch eine Erneuerung des Tarifwesens für Hebammen. Es brauche eine finanzielle Anpassung, damit die Hebammenleistungen gemäss den heute an die Hebammen gestellten Anforderungen abgerechnet werden könnten. Verbesserte Abrechnungsstrukturen seien nicht nur für die klinische, sondern auch für die ausserklinische hebammengeleitete Geburtshilfe existenziell, um konkurrenzfähig zu bleiben. Diese Ansicht vertreten auch die SGGG und der SHV.

Hauptvoraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung eines klinischen hebammengeleiteten Geburtsmodells ist aber aus Sicht aller Expertinnen und Experten eine gute und kommunikative interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfern, den Hebammen und dem Pflegepersonal.

*„Es ist wichtig, dass wir keine Kommunikationsprobleme haben. Dass man den anderen nicht als Antagonist sieht, die Hebammen hier und wir sind Feinde, sondern dass wir das als komplementäre Art und Weise der Betreuung der Gebärenden sehen.“ (M 4)*

Ausschlaggebend für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, so betonen die Hebammen, sei eine funktionierende Kommunikation zwischen gleichwertigen Partnerinnen und Partnern. Dazu müssten die Hebammen auf dem neusten Stand sein, evidenzbasiert argumentieren können und damit ihre Haltung zur Geburt als natürliches Ereignis vertreten und mit der Ärzteschaft kompetent darüber diskutieren können. Eine Teamarbeit zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Hebammen würde es möglich machen, dass die Assistenzärztinnen bzw. -ärzte die physiologische Geburtshilfe von den Hebammen erlernen könnten, während die Erstgenannten bei einer hebammengeleiteten Geburt den Hebammen assistieren würden. Diese Ansicht wird von allen Expertinnen und Experten geteilt.

Die Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Spital stelle auch einige marktstrategische Anforderungen. Es müssten politische Anreize geschaffen werden, die den Spitälern mit hebammengeleiteter Geburtshilfe einen Vorteil verschafften, fordert der SHV. Es könnten Qualitätslabel verliehen werden, die solche Leistungen in der Geburtshilfe auszeichnen und publik machen würden. Weiter müssten auch Finanzmittel für den erhöhten Personalschlüssel zur Verfügung gestellt werden, welche mögliche innovative Projekte im Zusammenhang mit der hebammengeleiteten Geburtshilfe förderten.

Die klinischen hebammengeleiteten Versorgungsmodelle dürften aber nicht mit den Geburtshäusern konkurrieren und die Einzugsgebiete der beiden Modelle sollten sich nicht überlappen.

Die befragten Hebammen sehen im klinischen hebammengeleiteten Modell keine Konkurrenz zu den Geburtshäusern. Das Ziel eines klinischen Modells bestehe darin, eine breitere und damit eine andere Nutzerinnengruppe anzusprechen. Zu dieser gehörten Frauen, denen eine Geburt im Spitalsetting Sicherheit vermittele, oder auch sozial benachteiligte Frauen, die sich nicht für eine Geburtshilfe im Geburtshaus entscheiden würden oder könnten.

Um diese Frauen zu gewinnen, müsse auch PR-Arbeit geleistet werden. Notwendig seien sowohl ein Umdenken der Nutzerinnen, weg von der medizinischen Denkweise, als auch eine Anpassung des traditionellen Denken der Hebammen an die heutige moderne Welt.

Alle Berufsvertreterinnen bzw. -vertreter erachten die hebammengeleitete Geburtshilfe für kleinere Spitäler als Marktstrategie durchaus als denkbar. Jedoch könne nicht unbedingt erwartet werden, dass Nutzerinnen über das Einzugsgebiet des Spitals hinaus angeworben werden könnten.

Das Beleghebammensystem wird von allen Berufsvertreterinnen bzw. -vertretern als die organisatorisch einfachste Form eines hebammengeleiteten Geburtshilfemodells in der Klinik gesehen.

### 3.6.2.5 Kompetenzen

Durch das veränderte Berufsbild, das sich im Zusammenhang mit der hebammengeleiteten Geburtshilfe abzeichnet, und im Hinblick auf dessen internationale Entwicklung steigen auch die Anforderungen an die Kompetenzen der Hebamme. Das Tätigkeitsspektrum der Hebamme sowie die Form ihrer Berufsausübung sind komplexer geworden und fordern begründetes reflektiertes

Handeln in einem breiten Tätigkeitsfeld. Um während des ganzen Betreuungsbogens im Übergang zur Mutterschaft eine effiziente und effektive Betreuung eigenständig leiten zu können, bedarf es einer zusätzlichen, wissenschaftsfundierten, interdisziplinären und vernetzten Denkweise, die nach einer Akademisierung des Hebammenberufs verlangt (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Die Grundkompetenzen, die nötig sind, um in einem klinischen hebammengeleiteten Modell mitarbeiten zu können, besitzen laut Meinung aller Berufsgruppenvertreter alle Hebammen. Natürlich brauche es für die Leitung eines solchen Modells erweiterte Kompetenzen, vor allem im Bereich Leadership, Management, Betriebsführung und Controlling. Dafür brauche die Hebamme nicht nur eine akademische Ausbildung, sondern auch genügend Erfahrung.

Die Vertreterin des SHV erachtet es als ein grosses Problem, dass die Hebammen in den Kliniken aufgrund des eingeschränkten Praxisfelds nicht genügend Erfahrungen sammeln könnten und das Berufsbild der Hebammen dadurch stark reduziert und fragmentiert werde. Somit werde es schwieriger, die kontinuierliche und autonome Betreuung einer physiologischen Geburt zu erlernen. Umso wichtiger sei es deshalb, Kompetenzen schon in der Ausbildung zu stärken und Nachwuchs zu fördern, indem erfahrene Hebammen unerfahrene Kolleginnen coachen würden.

Während die Vertreterinnen des Hebammenberufes und des SHV eine zweijährige Berufserfahrung als ausreichend bezeichnen, würden die ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfer eine fünf- bis sechsjährige Berufserfahrung mit einem Nachweis der Anzahl geleiteter Geburten als wünschenswert erachten. Danach seien Qualifikationen und kontinuierliche Weiterbildungen – auch interdisziplinäre – angebracht. Die Hebammenfortbildung mit dem Ziel, eine hebammengeleitete Geburtshilfe leiten zu können, wäre vergleichbar mit einer Weiterbildung zum Facharzt (FMH). In diesem Zusammenhang betrachten die Vertreterinnen und Vertreter der ärztlichen Geburtshelfer die Akademisierung des Hebammenberufs als Chance der Hebammen, die dann als gleichberechtigte Partnerinnen der Ärztin bzw. des Arztes angesehen werden könnte.

Zoege (2004) beschreibt das Bachelorstudium auf Fachhochschulniveau mit einer Struktur zur methodisch-didaktischen Vorgehensweise, um eine wissenschaftsfundierten, interdisziplinär vernetzten Lernkompetenz entwickeln zu können. Damit die Hebamme den zukünftigen Anforderungen gerecht werden könne und den Versorgungsauftrag erfülle, bedürfe es einer Vollakademisierung des Hebammenberufs.

Diesbezüglich stellt sich die Frage, ob eine Hebammenausbildung auf Bachelorniveau ausreichen würde, oder ob die Leitung einer hebammengeleiteten Abteilung durch eine Hebamme mit einem Masterabschluss erfolgen müsste.

Die Hebammen empfinden einen Bachelorabschluss als ausreichend, um die Physiologie der hebammengeleiteten Geburtshilfe zu beherrschen, sie erachten jedoch die Weiterbildung zum Master als eine notwendige Anforderung, wenn eine Hebamme die Leitung eines solchen Modells übernehmen will.



*„Es bräuchte meiner Meinung nach keinen Master auf der Ebene, wo Hebammen die Frauen begleiten. Dort ist ein Bachelor sehr gut, das ist ja auch Nachwuchsförderung, wenn junge Leute in einem solchen Modell mitarbeiten können. Aber von der Leitung her, von der Qualitätssicherung, von der Weiterentwicklung, wäre sicher ein Master das Minimum.“ (B4)*

Es wurde aber angefügt, dass die Ausbildung nicht alles sei, es brauche auch praktische Erfahrung. Dieser Meinung sind auch die ärztlichen Vertreterinnen und Vertreter. Sie sehen in der Masterausbildung jedoch eine wichtige Voraussetzung, um einen intra- aber auch einen interdisziplinären Lehrauftrag erfüllen und den Nachwuchs fördern zu können.

Die Vertreterin des SHV äussert sich mit Zurückhaltung über die Anforderung, eine Masterausbildung absolvieren zu müssen, um die Leitung eines klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodells übernehmen zu können. Zum jetzigen Zeitpunkt mangle es in der **Schweiz** noch an Hebammen mit Mastertitel. Es ständen jedoch genügend Hebammen zur Umsetzung solcher Modelle zur Verfügung. Zudem müsse zuerst eine Rollendefinition in Bezug auf die *Advanced-Midwifery-Practice*-Hebamme erarbeitet werden und auch ihr Einsatz im hebammengeleiteten Geburtsmodell müsse definiert werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Berufsvertreter der Meinung sind, dass das Arbeiten im klinischen hebammengeleiteten Modell im Vergleich zur Tätigkeit im konventionellen Modell an die Hebammen zusätzliche Anforderungen stellt.

*„Hebammengeleitete Geburtshilfe beinhaltet das Wort Leitung, dort muss schon klar jemand die Leitung haben, der das System versteht und umsetzt.“ (Ma4)*

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der zentralen Befunde

#### 4.1.1 Hebammengeleitete Geburtshilfe als wichtige Ergänzung zur Geburtsversorgung

Die Physiologie und die Befähigung der Frau, eine Geburt ohne Einsatz von routinemässigen Interventionen zu erleben, bilden die Grundsätze der hebammengeleiteten Geburtshilfe.

Dabei übernimmt die Hebamme die Planung, die Organisation und die Ausführung der gesamten Geburtshilfe vom Erstkontakt bis zum Abschluss der Postnatalen Zeit (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001). Teile der Betreuung können wenn nötig auch von anderem medizinischem Fachpersonal übernommen und interdisziplinär behandelt werden. Zentral dabei bleibt aber die Rolle der Hebammen als autonome Fachpersonen, welche die kontinuierliche Betreuung der Frau ermöglichen.

Die Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle wird in der **Schweiz** von den befragten Expertinnen und Experten als Möglichkeit angesehen, eine individuelle und auf die einzelne Frau zugeschnittene Betreuung anzubieten. Dabei wurde einhellig die Meinung vertreten, dass Hebam-

men den Frauen bei einem physiologischen Geburtsverlauf die ideale Betreuung gewährleisten können. Eine hebammengeleitete Geburtshilfe im klinischen Setting wird dabei als Ergänzung zum herkömmlichen Arzt-Hebammen-Modell grundsätzlich begrüsst. Gleichzeitig besteht aber weiterhin Klärungsbedarf bezüglich der Positionierung klinischer hebammengeleiteter Geburtshilfe und der Abgrenzung von konventionellen Modellen. Unterschiedliche Auffassungen haben die Vertreterinnen und Vertreter der Hebammen, der Ärzteschaft, des SHV und der SGGG vor allem bezüglich der geografischen und räumlichen Trennung des hebammengeleiteten und des konventionellen Modells, aber auch betreffend die Verantwortungsfrage, die Kompetenzregelungen und die Zusammenarbeit, die Akzeptanz unter den Berufsgruppen und die Organisation.

Die hebammengeleitete Geburtshilfe wird jedoch allgemein als ebenso sicheres Geburtsmodell wie das herkömmliche Arzt-Hebammen-Modell beschrieben, dies allerdings bei gleichzeitiger Reduktion von Interventionen. Dieses Faktum, das in der Literatur gut dokumentiert ist, wurde von den Expertinnen und Experten auch nicht in Frage gestellt.

Neben den reduzierten Interventionsraten konnte für das hebammengeleitete Modell auch eine sinkende fetale Mortalität im ersten und zweiten Trimester festgestellt werden (Sandall et al., 2013). Die herkömmliche, gegenwärtige geburtshilfliche Versorgung zeigt einige Probleme auf, die Fragen zur Qualität der Versorgung aufkommen lassen. In der **Schweiz** verzeichnen Migrantinnen eine vier Mal höhere mütterliche Sterberate als inländische Frauen, was unter Umständen auf den mangelnden Zugang zur Geburtshilfeversorgung zurückzuführen ist (ebd.). In der **Schweiz** ist die Geburt in allen Bevölkerungsgruppen der häufigste Grund für eine Hospitalisierung von Frauen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren (von Rahden, 2011). Mit einem individuell ausgerichteten, hebammengeleiteten klinischen Modell könnten schwer zu erreichende Frauen (aber auch Frauen ganz allgemein) gezielter und ihrem Informationsbedürfnis entsprechend in die Gesundheitsförderung eingebunden werden (McGiveron et al., 2015; McNeill et al., 2012). Eine auf Public Health bezogene Perspektive der betreuenden Hebamme sollte deshalb als Betreuungsphilosophie der hebammengeleiteten Geburtshilfe erwartet werden.

Aufgrund des in zahlreichen Ländern prognostizierten Fachkräftemangels ist davon auszugehen, dass Hebammen wie auch andere nichtärztliche Fachpersonen eine immer wichtigere Rolle in der Gesundheitsversorgung einnehmen werden. Auch in der **Schweiz** wird der zunehmende Fachkräftemangel als Hauptgrund für das Interesse an der Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe genannt (Künzi, 2007; Künzi et al., 2013). Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe könnte in vielen Bereichen zu einer kosteneffizienten und sicheren ergänzenden Geburtsversorgung in der **Schweiz** führen (Cignacco, 2005).

Die Expertinnen und Experten der ärztlichen Geburtshelfer, der Hebammen und der Berufsverbände bezeichnen ein von Kontinuität geprägtes hebammengeleitetes Geburtsmodell als ideal, wobei die Kontinuität nicht zwingend auf Basis einer Eins-zu-eins-Betreuung geschehen müsse, sondern von einem Team aufrechterhalten werden könne. Diese Erkenntnis ist zentral, zumal die kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung auch eine Mehrbelastung der Hebammen bedeutet. Hohe

Flexibilität und die Bereitschaft, rund um die Uhr zu arbeiten, werden vorausgesetzt und belasten das persönliche und soziale Leben der Hebamme in besonders hohem Mass (Jackson & Bailes 1995; Sandall et al., 1995).

Obwohl Betreuungskontinuität als grundlegender Faktor der hebammengeleiteten Geburtshilfe bezeichnet wird, ist dieser nicht ausschlaggebend für die Qualität eines solchen Modells. Frauen bevorzugen nicht per se eine kontinuierliche Betreuung, sondern eine Betreuung, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und von einer vertrauten Fachperson durchgeführt wird. Andere Aspekte (Information, Kommunikation, individuell ausgerichtete Betreuung) einer frauenzentrierten Geburtshilfe werden dabei als ebenso wichtig erachtet. Deshalb ist die Kontinuität nicht der einzige Weg, um eine frauenzentrierte Geburtshilfe anzubieten und den Bedürfnissen der Frau gerecht werden zu können (Green et al., 2000). Dies scheint im Zusammenhang mit den erschwerten Umständen bei der Umsetzung von kontinuierlicher hebammengeleiteter Geburtshilfe in klinischen Modellen umso nennenswerter zu sein.

Damit die klinische hebammengeleitete Geburtshilfe umgesetzt und die physiologische Geburt somit entsprechend betreut und gefördert werden kann, wird ein eigenverantwortliches Handeln der Hebammen vorausgesetzt. Damit Hebammen diese Eigenverantwortung übernehmen können, werden Richtlinien und Kompetenzprüfungen, eine ständige Supervision und Weiterbildungen der Hebammen als notwendig erachtet. Dass die Endverantwortung im klinischen Setting nicht übertragbar ist, da die Chefarztin bzw. der Chefarzt die Verantwortung für die Abteilung trägt, stellt jedoch eine Schwierigkeit dar. Unter diesen Voraussetzungen wäre eine Kompetenzregelung und eine Qualitätskontrolle in der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der **Schweiz** ein erster Schritt zur Umsetzung der autonomen Hebammentätigkeit. In **Grossbritannien** und in den **Niederlanden** wird die Verantwortungsfrage interdisziplinär und auf nationaler Ebene durch eine Kompetenzzuteilung geregelt (De Vries, 2005; National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Auf lokaler Ebene ist jedoch auch entscheidend, dass das Spital bei allen Beteiligten als Strategie eine Philosophie zur Förderung der natürlichen Geburt vertritt und dass interdisziplinär gut zusammengearbeitet wird (Pollard, 2003).

Eine besondere Herausforderung besteht besonders für die hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle in der Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung. Spezifische Probleme durch Über-, Unter-, Fehl- und Nichtversorgung können nur durch die systematisch vernetzte, strukturell und inhaltlich definierte Zusammenarbeit stationärer und ambulanter Anbieter gemindert werden (Sayn-Wittgenstein, 2007). Dies bedingt eine integrierte Versorgung, ein Modell, das in der **Schweiz** in der Grundversorgung erst in Ansätzen vorhanden ist und von den Schweizerinnen und Schweizern in einer Volksabstimmung mehrheitlich abgelehnt wurde (Volksabstimmung, 2012).

In den **britischen** hebammengeleiteten Modellen werden die Geburten stationär oder ambulant, Schwangerschaft und Wochenbett aber immer ambulant betreut (von Rahden, 2005; Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007). In den **Niederlanden** wird die physiologi-

sche Schwangerschaftsbetreuung (wie in den meisten Fällen auch die physiologische Geburt) in den ausserklinischen Bereich verlagert (De Vries, 2005).

In allen Ländern – auch in der Schweiz – bleibt die Frage unbeantwortet, welches in lebensbedrohlichen Notfällen die maximal benötigte Verlegungszeit ist, wenn eine Frau von einer ausserklinischen Institution in ein Spital gebracht werden muss. Internationale Studien machen keine Angaben zur angemessenen Nähe eines Geburtshauses zum nächsten Spital mit einer Geburtshilfeabteilung. Dies kann daran liegen, dass zur Erstellung dieses Berichts ausschliesslich Studien einbezogen wurden, bei denen nur Frauen ohne ein Schwangerschaftsrisiko ausgewählt und für die Geburt in ein Geburtshaus in Frage kamen.

Auch wenn die Übertragbarkeit der Modelle anderer Länder auf die **Schweiz** aufgrund der unterschiedlich gesteuerten Gesundheitssysteme und der divergierenden Berufsverhältnisse unklar ist, können durchaus Möglichkeiten bezüglich der Auslagerung der Geburtshilfe in den ausserklinischen Bereich und der Vernetzung von klinischer und ausserklinischer hebammengeleiteter Geburtshilfe aufgezeigt werden.

Die ausserklinische hebammengeleitete Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch freipraktizierende Hebammen, Beleghebammen oder in Geburtshäusern gehört auch in der **Schweiz** zum geburtshilflichen Angebot. Ansprüche an erhöhte medizinische Sicherheit sowie Informationsmangel führen aber hierzulande dazu, dass vor allem ausserklinische Geburten in Geburtshäusern oder Hausgeburten meist nur von einer spezifischen, besser gebildeten Frauengruppe in Anspruch genommen werden (Erdin, im Druck). Diese Tatsache unterstreicht die Wichtigkeit einer klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe, die ihr Angebot auf eine breitere Bevölkerungsgruppe ausrichten könnte. In diesem Zusammenhang präsentiert sich auch das Beleghebammensystem als interessant. Verschiedene Beleghebammenmodelle (Team oder Einzelhebammen) können eine kontinuierliche, regional verankerte Geburtshilfe anbieten, ohne z. B. bei einem Notfall auf die Infrastruktur und die Dienstleistung eines Spitals verzichten zu müssen (Stocker Kalberer, 2015). Spitäler ihrerseits könnten ihre Geburtenzahl steigern, ohne ihren Stellenschlüssel in der Geburtshilfe verändern zu müssen. Dafür müssten aber finanzielle und organisatorische Barrieren überwunden und Anreize für Beleghebammen und Spitäler geschaffen werden.

Unterschiedliche geografische und demografische Gegebenheiten, unterschiedliche Bedürfnisse der Nutzerinnen und verschiedene Spitalsettings legen die Schlussfolgerung nahe, dass in der **Schweiz** kein einheitliches hebammengeleitetes Modell flächendeckend als Ergänzung zu der konventionellen Geburtshilfe angestrebt werden kann. Hebammengeleitete Modelle müssen an die Umstände angepasst und erarbeitet werden.

#### 4.1.2 Förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe

In Tabelle 1 sind die wesentlichen förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren aufgelistet, die bezüglich einer Umsetzung eines hebammengeleiteten Geburtshilfemodells im Kanton Bern erörtert wurden.

**Tabelle 1. Einflussfaktoren zur Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe**

<b>Einflussfaktoren</b>	<b>politisch</b>	<b>ökonomisch</b>	<b>gesellschaftlich</b>	<b>organisatorisch</b>
<b>förderlich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf an nicht-ärztlichem Pflegepersonal</li> <li>- Autonome Geburtshilfe für die Hebamme gesetzlich erlaubt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.T. kostengünstiger</li> <li>- Modelle als Marktstrategie nutzbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- frauenzentrierte Geburtshilfe gefragt</li> <li>- Wahlmöglichkeit</li> <li>- demografischer Wandel</li> <li>- Möglichkeit zur verstärkten Gesundheitsförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zunehmende Akademisierung des Hebammenberufs</li> <li>- Hebamme kann physiologische Geburt leiten</li> </ul>
<b>hinderlich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wenige politische Anreize</li> <li>- Nutzerinnen setzen sich nicht politisch für eine Veränderung ein</li> <li>- interdisziplinäre Herausforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe Nachfrage</li> <li>- mangelndes Angebot</li> <li>- schlechte Entlohnung der Hebammen</li> <li>- fehlende marktstrategische Konzepte</li> <li>- wenig Werbung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht genügend Informationen/Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>- zu wenig auf breite Bevölkerung ausgerichtet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine klaren Richtlinien</li> <li>- Regelung der Endverantwortung und Kompetenzen unklar</li> <li>- erhöhte Kompetenzanforderungen an Hebammen</li> <li>- vorherrschende Fragmentierung der perinatalen Versorgung</li> <li>- zu wenig Praxis der Hebammen in kontinuierlicher Betreuung</li> <li>- keine klare Definition von AP-Hebammen</li> <li>- zu wenig Ausbildungsmöglichkeiten</li> </ul>

Neben der allgemein positiven Einstellung aller Berufsgruppen zur hebammengeleiteten Betreuung der physiologischen Geburt wurde auch eine politische Stossrichtung verzeichnet, die einen stärkeren Einbezug von nichtärztlichem Fachpersonal, mehr Interdisziplinarität und Offenheit gegenüber Neuem verlangt.

Im Zusammenhang mit der Strategie des Bundesrats zur zukünftigen Ausrichtung des Schweizerischen Gesundheitswesens „Gesundheit2020“ zeigt sich nämlich auch in der Geburtshilfe eine standespolitische Aufweichung. Die Fronten zwischen Hebammen und ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfern scheinen sich aufzuweichen. Auch internationale Zielsetzungen zur Senkung von Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind und die diesbezüglich erarbeiteten Richtlinien setzen wichtige Zeichen, die auf eine neu orientierte Geburtshilfe verweisen (National Institute for Health and Care Excellence, 2014, Save the children, 2015).

Andererseits bedarf es bezüglich der Rahmenbedingungen der Hebammentätigkeit gesetzlicher Grundregelungen, die es erlauben, eine angemessene medizinische und psychosoziale Grundversorgung bereitzustellen. Das Fehlen sowohl von verbindlich ausgearbeiteten Kriterien zur frühzeitigen Erkennung einer Risikoschwangerschaft und -geburt als auch von leistungsrechtlichen Regelungen und Kompetenzzuteilungen der Hebammen (bezüglich der Betreuung des physiologischen Geburtsverlaufes) erschweren die Umsetzung hebammengeleiteter Modelle als ergänzendes Geburtshilfeangebot. Die nicht geklärte Zuständigkeit führt dazu, dass viele Erkenntnisse zu förderlichen Faktoren wie Autonomie und Kontinuität in den hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen nicht umgesetzt werden können (Lange, 2015).

Weiter steht fest, dass für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine autonome Berufsausführung der Hebammen die Akademisierung und die Ausbildung als Schlüsselfaktoren betrachtet werden müssen (Pollard, 2003). Um eine gleichberechtigte und leitende Funktion in der Geburtshilfe einnehmen zu können, braucht die Hebamme umfassende Kompetenzen und Fertigkeiten, die in Europa im Konzept der *Advanced Nursing Practice* definiert wurden (Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). Die Fähigkeiten auf AP- Niveau sind dabei durchaus auch für die Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe in der **Schweiz** zentral, zumal es sich um komplexe Versorgungsmodelle handelt, die entwickelt, implementiert, validiert und evaluiert werden müssen. Hebammen in AMP-Rollen mit MSc-Qualifikationen sind in diesem Zusammenhang notwendig, um durch Forschung und Praxis Innovationen in der Mutterchaftsbetreuung anzustossen und interdisziplinär zu vertreten (Kurth et al., 2011).

Neben einem theoretischen Hintergrund braucht eine AMP-Qualifikation Praxiserfahrung. Hinderlich wirkt dabei die heute übliche Trennung und Fragmentierung der geburtshilflichen Angebote, die das Sammeln von Erfahrungen während des ganzen Betreuungsbogens im Übergang zur Mutterschaft erschwert. Alle Berufsvertreterinnen bzw. Berufsvertreter erachten deshalb das hebammengeleitete Modell im Spital als Möglichkeit, um die Betreuung eines physiologischen Geburtsverlaufs zu erlernen. Davon sollten nicht nur unerfahrene Hebammen, sondern auch Assistenzärztinnen und -ärzte in Ausbildung profitieren können, was wiederum die Interdisziplinarität fördern sollte.

Das hebammengeleitete Geburtsmodell soll eine Ergänzung zur konventionellen Geburtshilfe sein und deren Entlastung ermöglichen. Darin liegt zusätzlich ein Potenzial zur Reduktion vermeidbarer, unwirksamer und doppelt in Anspruch genommener Dienstleistungen in der Versorgungsstruktur.

Die Studie von Knappe et al. (2011) zeigt im klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodell ein finanzierbares und sicheres Geburtsmodell, das durch weniger Interventionen und geringeren Aufwand der ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer Kosten spart und zudem einen höheren Nutzenanteil ausweist. Auch andere Forschungsergebnisse zeigen das Einsparpotential in der hebammengeleiteten Geburtshilfe gegenüber den konventionellen Modellen (Byrne et al., 2000; Cignacco et al., 2004; Cignacco, 2005; Sandall et al., 2013; Shahid et al., 2014).

Entscheidend ist jedoch, dass der Fokus nicht nur auf dem Einsparpotential des hebammengeleiteten Modells gelegt wird, sondern dass das Modell auch als strategische Marketingentscheidung betrachtet wird (Knape et al., 2011). Das Modell der klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfe könnte durchaus ein Konzept darstellen, mit dem man den Wünschen der Frau besser gerecht werden und somit die Attraktivität der Geburtsklinik steigern könnte. Dies könnte sich positiv auf die Auslastung der Geburtshilfeabteilung auswirken.

Problematisch ist allerdings, dass nur wenige inhaltliche Konzepte zum Angebot einer marktfähigen hebammengeleiteten klinischen Geburtshilfe vorliegen. Zudem besteht unter dem heutigen ökonomischen Druck die Gefahr, dass arbeitsorganisatorische Strukturen inhaltlich nur beschränkt umgesetzt werden können, wodurch die erhoffte Wirkung ausbleiben würde.

Wegen mangelnder Kommunikation, fehlender Informationen und weil die Frauen die Angebote einer hebammengeleiteten Geburtshilfe nicht kennen, gibt es für viele Frauen zumeist nur wenige Entscheidungsmöglichkeiten. Aus einer fragmentierten Versorgung und einer negativen Haltung gegenüber der hebammengeleiteten Geburtshilfe resultiert das Unwissen über das Erleben einer physiologischen Geburt. Die Frauen können also die medizinischen Massnahmen weniger kontrollieren (Lange, 2015).

In diesem Zusammenhang entscheidend ist deshalb eine Evaluation und eine entsprechende Kommunikation über hebammengeleitete Betreuungskonzepte, die auf die jeweiligen Nutzerinnengruppen ausgerichtet sind (Lange, 2015). Die hebammengeleitete Geburtshilfe als Ergänzung zum konventionellen Modell sollte den Einschluss einer breiten Nutzerinnengruppe gewährleisten, dadurch den Frauen eine Wahlmöglichkeit ermöglichen und auf eine gesundheitsfördernde Betreuung ausgerichtet sein.

## 5 Schlussfolgerung und Handlungsbedarf

### 5.1 Schlussfolgerung

Die hebammengeleitete geburtshilfliche Betreuung geht mit Wirksamkeit, Sicherheit und einer höheren Zufriedenheit der Frauen und der Hebammen einher (Hundley et al., 1995; Turnbull et al., 1996; Campbell et al., 1999; Sandall et al., 2015). Das Potential dieses Betreuungsmodells wurde in mehreren internationalen Untersuchungen dargelegt (Hattem et al., 2008; Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Waldenstrom, 1997; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; MacVicar et al., 1993; Sandall et al., 2013; De Jonge et al., 2015). Entgegen dieser eindeutigen Evidenz wird das Angebot der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der **Schweiz** im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nur von einer Minderheit der Frauen genutzt. Gleichzeitig wird es gesundheitspolitisch zu wenig als innovatives, sicheres und effektives Versorgungsmodell gefördert. Dieser Sachverhalt lässt den Schluss zu, dass in der **Schweiz** zwar ein innovatives Potential der perinatalen Versorgung vorhanden ist, das aber brachliegt. So bleibt die Kompetenz und das Fachwissen der Berufsgruppe der Hebammen – über physiologisch verlaufende geburtshilfliche Prozesse während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und darüber, wie dieses Wissen eigenständig und in sicheren und vor allem kosteneffektiven geburtshilflichen Modellen anzuwenden ist weitgehend ungenutzt. Wenngleich sich das hiesige Gesundheitssystem und andere relevante Aspekte von den Strukturen in den Vergleichsländern **Grossbritannien**, **Niederlande** und **Deutschland** unterscheiden, können in der **Schweiz** Erfahrungen dieser Länder zur Umsetzung von hebammengeleiteten Modellen beigezogen werden. Die internationalen Erkenntnisse verdeutlichen die Wichtigkeit von gesetzlichen Grundlagen, welche die hebammengeleitete Betreuung und deren Finanzierung im Rahmen der Gesundheitsversorgung begünstigen und fördern (De Vries, 2005; Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales, 2010). Dazu gehören die Erarbeitung des Kompetenzprofils der AP-Hebamme und die Festlegung fachspezifischer Kompetenzen und Richtlinien auf nationaler Ebene.

Um im Kanton Bern als Ergänzung zum konventionellen Angebot eine hebammengeleitete Geburtshilfe anbieten zu können, sind Modelle notwendig, die es erlauben, das Potenzial der Hebammen zu fördern und auch im klinischen Setting nach einer Philosophie der frauenzentrierten, sicheren und effektiven Geburtshilfe zu arbeiten. Berufsverbände und Spitäler sind in diesem Zusammenhang aufgefordert, neue Organisationsmodelle für die hebammengeleitete Geburtshilfe zu erarbeiten und diese auf ihre Effizienz, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen.

Das Berufsbild der Hebamme im Tätigkeitsbereich der autonomen und kontinuierlichen hebammengeleiteten Geburtshilfe wird von den Berufsverbänden in der **Schweiz** grundsätzlich befürwortet. Zum einen sind die Hebammen aufgefordert, sich von Berufspersonen mit einer ausführenden Funktion zu leitenden Fachpersonen mit fundierter eigener Meinung zu entwickeln. Zum anderen müssen Versorgungsmodelle so ausgerichtet werden, dass Hebammen die kontinuierliche Betreuung der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Theorie und Praxis erlernen, Er-



fahrungen sammeln und diese anwenden können. Des Weiteren müssen Hebammen sich kontinuierlich im Bereich von Wissenschaft, Leadership, *Advanced Midwifery Practice* (durch Spezialisierung in einem Fachgebiet, z. B. Gestationsdiabetes) und Betriebsökonomie weiterbilden, um ihre Fähigkeiten zu erweitern und der Vielfalt der Aufgaben, die sich ihnen stellen, kompetent gerecht werden zu können.

Für eine erfolgreiche Implementierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe braucht es eine entsprechende Nachfrage. Damit ein ausgeweitetes Angebot an hebammengeleiteter Betreuung bestehen kann, muss ein solches Modell in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden und entsprechende politische Unterstützung erhalten. Potenzielle Nutzerinnen müssen nicht nur über die hebammengeleitete Betreuung als Wahlmöglichkeit informiert sein, sondern auch über die Vorteile eines solchen Modells Bescheid wissen. Dies wiederum setzt voraus, dass hebammengeleitete Modelle auf eine breite Zielbevölkerung (z. B. Migrantinnen) ausgerichtet sind und ihr angepasst werden, statt nur ein hoch selektives Segment von Frauen zu bedienen.

In dieser Hinsicht sollten auch Überlegungen darüber gemacht werden, dass nur Frauen mit geringem Schwangerschafts- und Geburtsrisiko die Wahl haben, sich für eine hebammengeleitete frauenzentrierte Geburtshilfe auszusprechen, was eigentlich ein Paradox ist. Frauen, die nicht in diese Kategorie passen, haben diese Möglichkeit nämlich nicht, obwohl sie oft einen höheren Betreuungs- und Informationsbedarf aufweisen als gesunde Frauen (Knappe et al., 2011).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe genau in die vom Bundesrat erlassene Strategie für eine zukünftige Gesundheitsversorgung der **Schweiz** passt und als Konzept gesundheits- und berufspolitisch, ökonomisch und gesellschaftlich ein zeitgemässes Konzept darstellt.

## 5.2 Handlungsbedarf

Im Wesentlichen wird die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern mit dem Postulat Imboden aufgefordert, die Entwicklung und Umsetzung eines klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfeangebots zu unterstützen. Folgender Handlungsbedarf wird für die Umsetzung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern festgestellt:

### 1. **Stärkung der öffentlichen Information, Aufklärung und Unterstützung schwangerer Frauen betreffend hebammengeleiteter Geburtshilfeangebote**

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern kann die beiden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Schweizerische Hebammenverband) dabei unterstützen, durch eine gezielte und mehrsprachige Öffentlichkeitsarbeit sowie flächendeckender Werbekampagne schwangere Frauen auf die Möglichkeiten inner- und ausserklinischen, hebammengeleiteten Geburtshilfeangebote aufmerksam zu machen und dabei die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Modelle hervorheben.

## **2. Festlegung von auf Evidenz basierten Ein- und Ausschlusskriterien für eine hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgung**

Die beiden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Schweizerische Hebammenverband) sollen gemeinsam, national gültige Ein- und Ausschlusskriterien für die Inanspruchnahme einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Versorgung festlegen. Diese Kriterien sollen evidenzbasiert sein und sich auf Erfahrungen aus dem Ausland abstützen. Des Weiteren können beide Fachgesellschaften gemeinsam Empfehlungen hinsichtlich struktureller Anforderungen (z.B. Stellenbedarf und erforderliche Anpassung von Arbeitsabläufen) für Spitäler formulieren, die hebammengeleitete Geburtshilfemodelle einführen wollen.

## **3. Förderung einer partnerschaftlichen, interdisziplinären Zusammenarbeit der Berufsverbände und -gruppen**

Die beiden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Schweizerische Hebammenverband) sowie weitere Fachgesellschaften (z.B. Gesellschaft für Pädiatrie) sind aufgefordert, eine auf partnerschaftlichen Prinzipien aufbauende Zusammenarbeit zu etablieren, um den Anforderungen an lückenloser Interdisziplinarität im Rahmen einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Versorgung gerecht zu werden.

Spitäler, die ein hebammengeleitetes Geburtshilfemodell umsetzen, sollen interne Richtlinien für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen der Hebammen und des ärztlichen Dienstes festlegen. Dabei sollen die Kompetenzen der Hebammen im Rahmen hebammengeleiteter Versorgungsmodelle eindeutig definiert und geregelt werden.

## **4. Entwicklung und Förderung einer gesicherten und standardisierten Datengrundlage zur Erfassung und Monitorisierung hebammengeleiteter Geburtshilfemodellen**

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern kann von Listenspitälern und Geburtshäusern, die ein hebammengeleitetes Geburtshilfemodell in ihrem Angebot führen, die Erhebung einer standardisierten zusätzlichen Datengrundlage (sog. Minimum Data Set) einfordern, die der Qualitätssicherung und der Monitorisierung der Modelle dient. Dazu kann die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern beide Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Schweizerische Hebammenverband) dazu mandatieren, die Anforderung an ein Minimum Data Set zu definieren. Die Resultate sollten regelmässig veröffentlicht werden.

## **5. Stärkung der frauenzentrierten geburtshilflichen Angebote von Spitälern mit hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen**

Spitäler mit hebammengeleiteter geburtshilflicher Versorgung entwickeln eigenverantwortlich Marktstrategien, um deren Bemühungen um ein evidenzbasiertes, innovatives und frauenzentriertes geburtshilfliches Angebot im Rahmen physiologischer Prozesse während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an die Öffentlichkeit zu tragen. Der Schweizerische Hebammenverband sowie die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern können die Spitäler bei deren Öffentlichkeitsarbeit aktiv unterstützen. So können diese Spitäler etwa als Vorbild für eine innovative hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgung im Kanton portiert werden (bspw. durch die Verleihung eines spezifischen Qualitätslabels oder eines spezifischen Zertifizierungsverfahrens).

## **6. Stärkung der akademischen und praxisorientierten Hebammenausbildung**

Der Schweizerische Hebammenverband setzt sich gemeinsam mit den zuständigen Fachhochschulleitungen in der Schweiz für eine fundierte akademische und gleichzeitig anwendungsorientierte Hebammenaus- und weiterbildung auf Masterstufe ein. Das Master-Curriculum sollte darauf ausgerichtet sein, Hebammen in ihren Fähigkeiten zum interdisziplinären und frauenzentrierten Arbeiten zu bestärken, sie in ihren Kompetenzen zur Übernahme von Leadership und Qualitätssicherung sowie interdisziplinären Kommunikation zu fördern und schliesslich in der Übernahme von „Advanced Midwifery Practice“ Rollen zu unterstützen. Das Mastercurriculum wird einer regelmässigen Zertifizierung durch entsprechende Instanzen unterzogen.

## **7. Prüfung und Unterstützung von Pilotprojekten**

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern kann Pilotprojekte prüfen und unterstützen, die neue und innovative hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgungsmodelle erproben. Das Zusammenspiel zwischen ambulanten und stationären hebammengeleiteten Versorgungsmodellen, das heisst die Optimierung der integrierten geburtshilflichen Versorgung im Kanton, sollte dabei im Zentrum des Erkenntnisinteresses stehen. Ebenso sollte sich die Evaluation des Pilotprojektes auf Prozess-, Struktur- und Ergebniskriterien abstützen und die Perspektive der Nutzerinnen explizit miteinbeziehen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Ahner, R., Stokreiter, C., Bikas, D., Kubista, E., Husslein, P. (1996). Ansprüche an die Geburtshilfe in der Großstadt: Präparate Erhebung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, (56), 50–54.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A., Wolfschütz, A. (2012). *Versorgungs- und Vergütungssituation in der ausserklinischen Hebammenhilfe – Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Amelink-Verburg, M. P., Buitendijk, S. E. (2010). Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: What is normal? The role division between midwives and obstetricians. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 216–225.
- Amtsblatt der Europäischen Union. (2005). *Richtlinien 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*.
- Barmettler, T. (2014). *Masterumfrage Hebammen 2013*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Bauer, N., Kehrbach, A., Krahl, A., von Rahden, O., Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Handbuch Hebammenkreissaal*. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung.
- Bauer, N. (2011a). *Der Hebammenkreissaal*. Göttingen: V&R unipress.
- Bauer, N., Schückling, B., Pohlabein, H., Sayn-Wittgenstein, F. (2011b). Alternativen zur üblichen klinischen Geburtshilfe. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 12, 16–20.
- Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., Doyle, M. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the republic of Ireland: A randomized trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 85–2393–11–85.
- Berger, A., Kurth, E. (2014). Ein Master-Studiengang für Hebammen in der Schweiz: Ein Gewinn für Mütter, Familien und Hebammen. *Hebamme.ch*, (1/2), 4–8.
- Berner Zeitung. (2014). *Neues Spital ohne Geburtsabteilung*. Heruntergeladen von: <http://www.bernerzeitung.ch/region/thun/Neues-Spital-ohne-Geburtenabteilung/story/15256695>. 15. September 2015.
- Biro, M. A., Waldenstrom, U., Pannifex, J. H. (2000). Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: A randomized controlled trial. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(3), 168–173.
- Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d7400.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1), 61–71.
- Brand, C. (2007). *Beleghebamme ein Modell der Zukunft in der Schweiz?* (Bachelor Thesis).
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Büchi, S. (2013). Hebammengeburt – ein attraktives Geburtsmodell für schwangere Frauen und Hebammen im Spital. *Hebamme.ch*, (3), 27–30.
- Bund Deutscher Hebammen (2001). *Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe*. Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen e.V.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats- Gesundheit2020*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (2015). Bevölkerungsbewegung – Indikatoren Geburten und Fruchtbarkeit. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02.html>. 15. September 2015.

- Bundesamt für Statistik (2014). *Familien, Haushalte – Daten, Indikatoren Familie und Migration*.  
Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/01/03.html>.  
11. September 2015.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger. Heruntergeladen von [http://www.gesetze-im-internet.de/hebg\\_1985/BjNR009020985.html](http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/BjNR009020985.html). 15. September 2015.
- Büscher, A., Sayn-Wittgenstein, F. (2013). *Expertinnenstandard- Förderung der physiologischen Geburt*.  
Osnabrück: DNQP, Verbund Hebammenforschung.
- Butler, M. M., Sheehy, L., Kington, M. M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., Barry, T. (2015). Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*, 31(4), 418–425.
- Byrne, J. P., Crowther, C. A., Moss, J. R. (2000). A randomised controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide, Australia. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 40(3), 268–274.
- Campbell, R., Macfarlane, A., Hemsall, V., Hatchard, K. (1999). Evaluation of midwife-led care provided at the royal Bournemouth hospital. *Midwifery*, 15(3), 183–193.
- Chapman, M. G., Jones, M., Spring, J. E., De Swiet, M., & Chamberlain, G. V. (1986). The use of a birth-room: A randomized controlled trial comparing delivery with that in the labour ward. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 93(2), 182–187.
- Caughey, A.B., Cahill, A. G., Guise, J., Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 210(3), 179–193.
- Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales (2010). *Midwifery 2020, delivering expectations*. London: UK Department of Health.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J., Ip, S. (2008). Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 149(8), 565–582.
- Cignacco, E. (2005). *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (pa-tho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Cignacco, E., Büchi, S., Oggier, W. (2004). Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital- Evaluation eines neuen Betreuungsmodells für die Geburt. *Pflege*, (17), 253–261.
- Coalition for improving maternity service (2015). Making mother-friendly care a reality.  
Heruntergeladen von <http://www.motherfriendly.org/>. 21. September 2015.
- Cooper, T. (2011). *Perceptions of the midwife's role: A feminist technoscience perspective* (Doctor Thesis).
- Das Eidgenössische Departement des Innern (1995). Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV).
- Davis-Floyd, R. (2009). *Birth models that work*. Berkeley: University of California Press.
- De Flaugergues, A. (2009). *Demografisches Verhalten der Familien in der Schweiz 1970 bis 2008*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- De Geus, M., Cadée, F. (2015). *Midwifery in the Netherlands 2015*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse.
- De Jonge, A., Mesman, J. A., Mannien, J., Zwart, J. J., van Dillen, J., van Roosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: Nationwide cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, f3263.
- De Vries, R. (2005). *Pleasing birth: Midwives and maternity care in the Netherlands*. USA: Amsterdam University Press.
- Dennis, C. L., Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD001134.

- Department of Health (2007). *Department of Health consultation on the framework for the registration of health and adult social care providers*. London: DOH.
- Department of Health (1993). *Changing childbirth. Part I. Report of the expert maternity group*. London: HMSO.
- Department of Making Pregnancy safer (2007). *Standards for maternal and neonatal care*. Geneva: World Health Organization.
- Deutscher Hebammenverband (2007). Hebammenkreissäle in Deutschland. Heruntergeladen von <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/>. 15. September 2015.
- Di Mario, S. (2005). *What is the effectiveness of antenatal care? Health evidence network report*. Copenhagen: World Health Organisation.
- Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1994). Bundesgesetz über die Krankenversicherung.
- Domening, D. (2001). *Professionelle transkulturelle pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Eilert, S., Kerkmann, M., Schmidt R. (1992) Eine Untersuchung zur Situation angestellter Hebammen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11, 442-449.
- Erdin, R. (im Druck). *Tätigkeitserfassung der frei praktizier Hebammen der Schweiz. Bericht zur Erhebung 2014. im Auftrag des schweizerischen Hebammenverbandes (SHV)*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Erdin, R., Iljuschin, I., van Gogh, S., Schmid, M., Pehlke-Milde, J. (2015). *Statistik der frei praktizier Hebammen der Schweiz. Auswertung der Daten 2013*. Bern: Zürcher Fachhochschule-Schweizerischer Hebammenverband.
- ESS-Europe.de (2015). Vergleich private Krankenversicherung - und Gesundheitsversorgungssysteme in Europa. Heruntergeladen von <http://www.ess-europe.de/>. 15. September 2015.
- EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013). *European perinatal health report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Paris: EURO-PERISTAT.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of western Australian women. *Midwifery*, 21(1), 23-35.
- Flint, C., Poulengeris, P., Grant, A. (1989). The 'know your midwife' scheme - a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5(1), 11-16.
- Fraser, W., Hatem-Asmar, M., Krauss, I., Maillard, F., Breart, G., Blais, R. (2000). Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: Clinical indicators. L'équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 91(1), 5-11.
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, M., Boulton M, Guthrie B, Car, J., Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: What are policy imperatives now? Report for the national coordinator centre for NHS service delivery and organisation*. London: NCCSDO.
- Geburtshaus Luna (2015). Geburtshaus Luna Biel. Heruntergeladen von <http://www.geburtshausluna.ch/>. 12. September 2015
- Geburtshaus Zürich Oberland (2013). *Aktuelle Facts zur Situation der Geburtshäuser in der Schweiz*. Zürich: Geburtshaus Zürich Oberland.
- Gerny, D., Aschwanden, E. (2015). Grosse Überkapazitäten in der Spitallandschaft. Heruntergeladen von <http://www.nzz.ch/schweiz/grosse-ueberkapazitaeten-in-der-spitallandschaft-1.18462174>. 1. September 2015.
- Green, J. M., Renfrew, M. J., Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: What matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196.
- Gesundheitsdirektion Zürich. (2014). *Gesundheitsversorgung 2014. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie*. Zürich: GDZH.

- Grunenberg, G. (2015). Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Niederlande. Heruntergeladen von [http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter\\_archiv/iPG-NL-02-03/Gesundheitssysteme\\_in\\_Europa/index.html](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/service/newsletter/iPG-newsletter_archiv/iPG-NL-02-03/Gesundheitssysteme_in_Europa/index.html). 15. September 2015.
- Gurtner, K., Meyenhofer, C. (2013). *Hebammengeleitete Schwangerschaftsbetreuung: Die Schweiz im Vergleich mit vier anderen Industrieländern* (Master Thesis).
- Harvey, S., Jarrell, J., Brant, R., Stainton, C., Rach, D. (1996). A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 23(3), 128–135.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- HES-SO (2015). Master of Science in midwifery. Heruntergeladen von <http://www.hes-so.ch/en/master-science-midwifery-1980.html>. 15. September 2015.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Weston, J. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.*, 7, CD003766.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD000012.
- Hollowell, J., Puddicombe, D., Rowe, R., Linsell, L., Hardy, P., Stewart, M., Bocklehurst, P. (2011). *The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4*. London: NIHR Service Delivery and Organisation Programme.
- Homer, C., Davis, G., Petocz, P., Barclay, L., Matha, D., Chapman, M. (2000). Birth centre or labour ward? A comparison of the clinical outcomes of low-risk women in a NSW hospital. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 18(1), 8–12.
- Hundley, V. A., Milne, J. M., Glazener, C. M., Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: Continuity, choice and control. women's views from a randomized controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(11), 1273–1280.
- Hundley, V. A., Cruickshank, F. M., Milne, J. M., Glazener, C. M., Lang, G. D., Turner, M., Mollison, J. (1995). Satisfaction and continuity of care: Staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery*, 11(4), 163–173.
- IGGH-CH (2015). Geburtshäuser. Heruntergeladen von <http://www.geburtshaus.ch/main/adresses.php>. 12. August 2015.
- Jackson, M. E., Bailes, A. J. (1995). Home birth with certified nurse-midwife attendants in the United States. An overview. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(6), 493–507.
- 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 (Berkeley, Calif.)*, 34(2), 140–147.
- Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P., Yong, L. (2003). Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 10(1), 30–34.
- Knappe, N., Buck, C., Haubrock, M. (2011). Hebammenkreissaal – finanzierbar und sicher? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 12, 29–33.
- Konkordat der Schweizerischen Krankenkassensicherer (1999). *Jahresbericht 1995–2001*. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassensicherer.
- Künzi, K., Jäggi, J., Dutoit, L. (2013). *Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung*. Bern: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Künzi, K., Denzel, P. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Kurth, E., Büchi, S., Cignacco, E. (2011). Hebammengeleitete Betreuung: Ein Beitrag zur integrierten perinatalen Versorgung? *Hebamme.ch*, (10), 4–8.
- Lange, U. (2015). *Chronische Erkrankungen und Geburt-Erleben und Bewältigungshandeln betroffener Mütter* (Doctor Thesis).
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A., Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40–46.
- Lawn, J. E., Cousens, S., Zupan, J., Lancet Neonatal Survival Steering Team. (2005). 4 million neonatal deaths: When? where? why? *Lancet (London, England)*, 365(9462), 891–900.
- Ledergerber, C., Mondoux, J., Sottas, B. (2009). *Projekt Abschlusskompetenzen FH-gesundheitsberufe. Abschlussbericht*. Rektorenkonferenz der Fachhochschule Schweiz.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). CD001055.
- Lüscher, U. (2015). *Ungenutzte Potenziale im schweizerischen Gesundheitswesen: Schwangerenbetreuung durch frei praktizierende Hebammen* (Master Thesis).
- Luyben, A., Robin, O. (2005). *Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie 2005/36/EG*. Chur, Bern, Lausanne: BGS, BFH, HES-SO.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Lilford, R. J., Lancashire, R. J., Knowles, H., Gee, H. (2003). Redesigning postnatal care: A randomized controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 7(37), 1–98.
- MacVicar, J., Dobbie, G., Owen-Johnstone, L., Jagger, C., Hopkins, M., Kennedy, J. (1993). Simulated home delivery in hospital: A randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(4), 316–323.
- Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Voneche, L., Hohlfeld, P., Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15: 56.
- McCourt, C. (2014). Technologies of birth and models of midwifery care. *Revista Da Escola De Enfermagem, USP*, 48 (Spec No), 168–177.
- McCourt, C., Pearce, A. (2000). Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups? *Midwifery*, 16(2), 145–154.
- McGiveron, A., Foster, S., Pearce, J., Taylor, M. A., McMullen, S., Langley-Evans, S. C. (2015). Limiting antenatal weight gain improves maternal health outcomes in severely obese pregnant women: Findings of a pragmatic evaluation of a midwife-led intervention. *Journal of Human Nutrition and Dietetics : The Official Journal of the British Dietetic Association*, 28 Suppl. 1, 29–37.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M. A., Waldenstrom, U. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: The COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(12), 1483–1492.
- McNeill, J., Lynn, F., Alderdice, F. (2012). Public health interventions in midwifery: A systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*, 12, 955–2458–12–955.
- Monk, A., Tracy, M., Foureur, M., Grigg, C., Tracy, S. (2014) Evaluating Midwifery Units (EMU): A prospective cohort study of freestanding midwifery units in New South Wales, Australia. *BMJ Open*, (4), e006252.
- Morano, S., Cerutti, F., Mistrangelo, E., Pastorino, D., Benussi, M., Costantini, S., Ragni, N. (2007). Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 276(4), 333–337.



- Morgan, M., Fenwick, N., McKenzie, C., Wolfe, C. D. (1998). Quality of midwifery led care: Assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care: QHC*, 7(2), 77-82.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- NMC (2006). *Standards for the preparation and practice of supervisors of midwives*. London: NMC.
- Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H. F., Mayes, F., Rooks, J. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstetrics and Gynecology*, 88(5), 823-829.
- O'Brien, B., Chalmers, B., Fell, D., Heaman, M., Darling, E. K., Herbert, P. (2011). The experience of pregnancy and birth with midwives: Results from the Canadian maternity experiences survey. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(3), 207-215.
- OECD (2011). *Health at a glance 2011: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Offerhaus, P. M., de Jonge, A., van der Pal-de-Bruin, K. M., Hukkelhoven, C. W., Scheepers, P. L., Lagro-Janssen, A. L. (2015). Change in primary midwife-led care in the Netherlands in 2000-2008: A descriptive study of caesarean sections and other interventions among 807,437 low-risk births. *Midwifery*, 31(6), 648-654.
- Office for national statistics. (2014). *Births in England and Wales, 2013*. London: Office for National Statistics.
- Origlia Ikhilor, P. (im Druck). Aktuelles Argumentarium zu Frauen mit Migrationshintergrund. *hebamme.ch*, (10).
- Overgaard, C., Moller, A. M., Feger-Gron, M., Knudsen, L. B., Sandall, J. (2012). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 1.
- Pitchforth, E., van Teijlingen, E., Watson, V., Tucker, J., Kiger, A., Ireland, J., Ryan, M. (2009). "Choice" and place of delivery: A qualitative study of women in remote and rural Scotland. *Quality & Safety in Health Care*, 18(1), 42-48.
- Pollard, K. (2003). Searching for autonomy. *Midwifery*, 19(2), 113-124.
- Proctor, S. (1998). What determines quality in maternity care? comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 25(2), 85-93.
- Projektgruppe Maternité Alpine (im Druck). *Geburtshaus Simmental-Saenenland. Konzept-Betriebskonzept Kurzversion*. Maternité Alpine.
- Quinn, E., Noble, J., Seale, H., Ward, J. E. (2013) Investigating the potential for evidence-based midwifery-led services in very remote Australia: viewpoints from local stakeholders. *Women Birth*, 26(4), 254-259.
- Radix (2014). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Heruntergeladen von [http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Ottawa\\_Charta.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Ottawa_Charta.pdf). 23. August 2015.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet (London, England)*, 384(9948), 1129-1145.
- Rijnders, M., Baston, H., Schonbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J., Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(2), 107-116.
- Rowe, R. (2011). *Transfer from midwifery unit to obstetric unit during labour: Rates, process and women's experience* (Doctor Thesis).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Good Practice No. 11. Classification of urgency of caesarean section-a continuum of Risk*. London: RCOG Press.

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2001). *The national sentinel caesarean section audit report*. London: RCOG Press.
- Rüsch, P., Künzi, K., Schwager, M. (2014). Genügend Hebammen für die Zukunft? *Hebamme.ch*, (6), 12-15.
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D., Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), 368-376.
- Sandall, J. (1995). Choice, continuity and control: Changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery*, 11(4), 201-209.
- Sandall, J. (2004). Normal birth: A public health issue. *The Practising Midwife*, 7(1), 4-5.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: The contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 255-261.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Save the Children (2015). *The urban disadvantage. State of the world's mothers 2015. 16<sup>th</sup> annual State of World's Mothers report*. USA: Save the Children Federation Inc.
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schuster, U. (2001). Zufriedenheit der Frau mit der Betreuung im ausschliesslich von Hebammen geleiteten Kreissaal. *Die Hebamme*, (1), 54-56.
- Schweizerischer Hebammenverband. (2015). *Ihre freipraktizierende Hebamme*. Bern: Selbstverlag.
- Schweizerischer Hebammenverband (2014). Hebammen und Masterausbildung in der Schweiz. *Hebamme.ch*, 1.
- Schweizerischer Hebammenverband (2010). *Diggnosis Related Groups DGR. Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbandes*. Bern: Selbstverlag.
- Schweizerischer Hebammenverband (1995). *Tarifvertrag*. Bern: SHV und KSK.
- Shahid, S., Jan, R., Quershi, R., & Rattani, S. (2014). A review related to midwifery led model of care. *British Journal of General Practice*, 2(5), 180-187.
- Sozialgesetzbuch (2015). Fünftes buchgesetzliche Krankenversicherung. Heruntergeladen von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>. 15. September 2015.
- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (2015). Geburtshilfe heute und in der Zukunft – Zukunft der Hebammen und Entbindungspfleger sichern. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaften*, (3)1, 20-23.
- Stocker Kalberer, B. (2015). *Informationen für Beleghebammen*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Suter, F. (2010). 20 Jahre Hebammensprechstunde im geburtshilflichen Ambulatorium und 10 Jahre Hebammengeburt. *Hebamme.ch*, (10), 11-12.
- Surbek, D. (2015). *Guideline Sectio Caesarea*. Bern: Qualitätsicherung der gynécologie suisse (SGGG).
- SwissANP (2015). Advanced nursing practice. Heruntergeladen von <http://swiss-anp.ch/w/pages/de/advanced-nursing-practice.php>. 1. September 2015.
- SwissDRG (2013) Version\_2.0\_Fallpauschalenkatalog\_d\_def\_ZE\_CHOP\_2013.pdf. Heruntergeladen von [http://www.swissdrg.org/de/12\\_archiv/swissDRG\\_system\\_2.0.asp](http://www.swissdrg.org/de/12_archiv/swissDRG_system_2.0.asp) , 13. Oktober 2015.
- SwissDRG (2014)-Version\_3.0\_Fallpauschalenkatalog20\_d\_.pdf Heruntergeladen von [http://swissdrg.org/assets/pdf/System\\_30/131118\\_SwissDRG-Version\\_3.0\\_Fallpauschalenkatalog2014\\_d\\_geprueft\\_CHOP2014.pdf](http://swissdrg.org/assets/pdf/System_30/131118_SwissDRG-Version_3.0_Fallpauschalenkatalog2014_d_geprueft_CHOP2014.pdf), 13.10.2015.

- SwissDRG (2015). SwissDRG aktuell. Heruntergeladen von <http://www.swissdrg.org/de/index.asp?navid=0>. 15. September 2015.
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomized controlled trial. *Lancet (London, England)*, 382(9906), 1723–1732.
- Templeton S. K. (2014). Doctors' fears over midwife birth centres – "higher transfer distances (times) increase perinatal mortality". Heruntergeladen von <https://nhsreality.wordpress.com/2014/11/30/doctors-fears-over-midwife-birth-centres-higher-transfer-distances-increase-perinatal-mortality/>. 17. September 2015).
- Turnbull, D., Baghurst, P., Collins, C., Cornwell, C., Nixon, A., Donnelan-Fernandez, R., Antoniou, G. (2009). An evaluation of midwifery group practice. Part I: Clinical effectiveness. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 22(1), 3–9.
- Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W. H., Lunan, C. B. (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet (London, England)*, 348(9022), 213–218.
- Turnbull, D., Reid, M., McGinley, M., Sheilds, N. R. (1995). Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit. *Midwifery*, 11(3), 110–119.
- Tyler, S. (2002). Comparing the campaigning profile of maternity user groups in Europe – can we learn anything useful? *Health Expectation: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 5(2), 136–147.
- UN World Population Prospects (2012). Infant mortality rates. Heruntergeladen von <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A77>. 10. September 2015.
- Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern (2007). *Hebammengeburt-Konzept Hebammengeburt Frauenklinik Inselspital Bern*. Bern: Inselspital.
- Van Teijlingen, E., George, W., McCaffery, P. (2004). *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative perspectives*. USA: Nova Science Publishers.
- Volksabstimmung. (2012). *Änderung vom 30.09.2011 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)*. Heruntergeladen von <https://www.admin.ch/ch/d/pore/va/20120617/det562.html>. 10. September 2015.
- von Rahden, O. (2011). *Die Wahl des Geburtsortes – eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals* (Doctor Thesis).
- von Rahden, O. (2005). Eine alternative in der klinischen Geburtshilfe Deutschland. *Hebammenforum*, (5), 333–336.
- Waldenstrom, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 20(4), 175–180.
- Waldenstrom, U., Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(11), 1160–1170.
- Waldenstrom, U., Nilsson, C. A. (1997). A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: Effects on women's health. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24(1), 17–26.
- Walker, J. M., Hall, S., Thomas, M. (1995). The experience of labour: A perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11(3), 120–129.
- Weaver, J. J., Statham, H., Richards, M. (2007). Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(1), 32–41.

- Whitehead, E. (2009). Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: A comparative and analytical study. *Midwifery*, 25(2), 147-154.
- Wieggers, T. A., van der Zee, J., Keirse, M. J. (1998). Maternity care in the Netherlands: The changing home birth rate. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 25(3), 190-197.
- Wilson, B., Thornton, J. G., Hewison, J., Lilford, R. J., Watt, I., Braunholtz, D., Robinson, M. (2002). The Leeds university maternity audit project. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 14(3), 175-181.
- World Health Organization (2011). *Strengthening midwifery toolkit. Module 2*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002a). *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization (2002b). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care training modules*. Geneva: World Health Organization.
- Young, D., Twaddle, S., Lees, A. (1997). The costs to the NHS of maternity care: Midwife-managed vs shared. *British Journal of Midwifery*, 5(8), 465-472.
- zhaw (2015). *Gesundheit*. Heruntergeladen von [www.gesundheit.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-fachstelle/ihb/studium.html](http://www.gesundheit.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-fachstelle/ihb/studium.html). 10. September 2015.
- Zimmermann, R. (2012). *Handbuch Geburtshilfe*. Zürich: Universitätsspital Zürich.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufes. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Hans Huber Verlag.

## 7 Anhang

### 7.1 Interviewleitfaden

#### Einstiegsfrage

Für Frau Hafner, Frau Mattmann, Dr. Michaelis (Spitalzentrum Biel):

Sie haben kürzlich die hebammengeleitete Schwangerensprechstunde als neues Angebot in Ihrem Spital umgesetzt. Was hat sie dazu bewogen, dieses Modell anzubieten? Welche Schwierigkeiten mussten Sie in der Umsetzung dieses Modells angehen? Welche Chancen und Risiken sehen Sie für Ihr Spital bei der Umsetzung dieses Modells?

Sie möchten auch in naher Zukunft eine hebammengeleitete Geburtshilfe anbieten. Was sind Ihre Pläne diesbezüglich? Wie möchten Sie die hebammengeleitete Geburtshilfe in Ihrem Spital umsetzen? Und wieso?

Für Frau Bächli (Inselspital Bern):

Das Inselspital ist eines der ersten Spitäler in der Schweiz, das eine hebammengeleitete Geburtshilfe anbot und anbietet. Wie hat sich das Modell bewährt? Wo sahen Sie Schwierigkeiten mit dem Modell, was sind die Vorteile? Gibt es etwas, das sie retrospektiv anders machen würden, wenn sie das Modell neu umsetzen würden?

Für Herrn Dietz (Belegarzt):

Viele ärztliche Geburtshelferinnen und -helfer begegnen dem Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe eher skeptisch. Fragen der Sicherheit, Effizienz und der Organisation sind vor allem in den Spitälern ein Thema. Wie beurteilen Sie die Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Berner Spitälern? Wo sehen Sie Schwierigkeiten/Gefahren und Opportunitäten? Würden Sie ein solches Modell in der Lindenhofgruppe befürworten?

Für Frau Stocker, Frau Haueter (Schweizerischer Hebammenverband):

Der SHV Sektion Bern hat die Petition zur Einführung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Schweizer Spitälern eingereicht. Wie ist für Sie die Umsetzung des hebammengeleiteten Geburtsmodells als Ergänzung zur ärztlich geleiteten Geburt in den Berner Spitäler realisierbar? Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptschwierigkeiten bei der Umsetzung? Wo sehen sie Opportunitäten? Wie beurteilen sie die bereits angebotene hebammengeleitete Geburtshilfe in der Schweiz?

Für Dr. Ehm (SGGG):

Viele ärztliche Geburtshelferinnen bzw. -helfer begegnen dem Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe eher skeptisch. Fragen der Sicherheit, Effizienz und Organisation sind vor allem in den Spitälern ein Thema. Wie beurteilen Sie als Präsident der SGGG die Umsetzung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Berner Spitälern? Wo sehen Sie Schwierigkeiten/Gefahren und Opportunitäten? Würden Sie ein solches Modell in der generell befürworten?

## Hebammengeleitete Geburtshilfe:

### Was verstehen Sie unter hebammengeleiteter Geburtshilfe?

- In welcher Beziehung stehen Sie zur hebammengeleiteten Geburtshilfe?
- Wo und wann waren Sie in hebammengeleitete Geburtshilfe involviert?

### Wirksamkeit und Nutzen:

### Wie haben sich Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz bewährt? Wo besteht Handlungsbedarf?

- Wie beurteilen Sie die Modelle, die Sie kennen? Welches sind Vorteile, Nachteile?
- Für die Nutzniesserinnen? Die Hebamme? Die Ärzteschaft? Die Spitäler?
- Wie schätzen Sie die Sicherheit der Modelle ein, die Sie kennen?
- Wie wichtig ist die Kontinuität der Hebammenbetreuung in diesen Modellen?
- Wie wichtig ist die Eigenverantwortung der Hebamme in diesen Modellen?
- Sehen Sie Vorteile dieser Modelle für die Gesundheitsförderung und -prävention von Mutter, Kind und Familie?

### Wie sehen Sie die Zukunft dieser Modelle in der Schweiz/im Kanton Bern (evtl. im Vergleich mit anderen Ländern)? Welche Hürden gibt es zu bewältigen?

- Können Sie sich eine hebammengeleitete Geburtshilfe als Ergänzung/Alternative zu der konventionellen, von Ärztinnen bzw. Ärzten und Hebammen geleiteten Versorgung vorstellen?
- Welches sind Ihrer Meinung nach Faktoren, die die hebammengeleitete Geburtshilfe als Ergänzung/Alternative zur konventionellen, von Ärztinnen bzw. Ärzten und Hebammen geleiteten Versorgung positiv oder negativ beeinflussen?
- Warum hat die Schweiz kein hebammengeleitetes Modell entwickelt, wie es Länder wie **Grossbritannien** und die **Niederlande** kennen? Wo sehen sie die Unterschiede zwischen diesen Ländern und der Schweiz?

### Politische Einflussfaktoren

### Welche politischen und standespolitischen Voraussetzungen müssten Ihrer Meinung nach erfüllt sein, um eine hebammengeleitete Geburtshilfe in der Schweiz umzusetzen?

- Reichen die Gesetzesgrundlagen der KLV aus für die Etablierung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern aus, vor allem bezüglich Eigenverantwortung der Hebamme?
- Wie decken sich Empfehlungen und Leitlinien der Schweiz (Spitäler, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie, SHV) für hebammengeleitete Geburtshilfe mit der Gesetzgebung, vor allem bezüglich Eigenverantwortung der Hebamme?

- Welche Gesetzesgrundlagen müssten noch geschaffen werden, um die Etablierung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz zu gewährleisten (Beispiele: in den **Niederlanden** gibt es eine obligatorische hebammengeleitete Betreuung für normale Schwangerschaften; in **Deutschland** entscheidet die Hebamme über den Einschluss der Frau in das hebammengeleitete Geburtshilfemodell).
- Welches sind die standespolitischen Herausforderungen für die Ärzteschaft und die Fachgesellschaften? Welches sind die Ängste der Mediziner? Welche Ängste haben die Hebammen? Wie kann die Qualität der Arbeitsbedingungen für die hebammengeleitete Geburtshilfe unter diesen Umständen gewährleistet werden?
- Wie beurteilen Sie die Richtlinien des Kantons Bern zur Risikoorientierung einer Schwangerschaft und des Geburtsverlaufs (vgl. NICE-Richtlinien, KNOV **Niederlande**, Mutterschaftsrichtlinien **Deutschland**)?
- Für wie wichtig halten Sie solche Richtlinien für die Etablierung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern?

### Ökonomische Einflussfaktoren

Braucht es Ihrer Meinung nach eine hebammengeleitete Geburtshilfe? Wie gross ist die Nachfrage? Würde die Nachfrage nach einer hebammengeleiteten Geburtshilfe ein flächendeckendes Angebot decken?

- Wie hoch schätzen Sie den Nutzungsgrad der hebammengeleiteten Geburtshilfe für die **Schweiz** ein?
- Wie viele Geburten sind heute „Hebammengeburt“ und wie viele sind in der **Schweiz** in Zukunft zu erwarten?
- Wie würden Sie diesen Nutzungsgrad in der Zukunft sehen?
- Wie beurteilen Sie die Wirtschaftlichkeit des Modells bezogen auf den voraussichtlichen Nutzungsgrad?
- Welche Teile der hebammengeleiteten Geburtshilfe – als Ergänzung zum konventionellen Modell – verursachen Ihrer Meinung nach für das Spital mehr Kosten, wo können Kosten gespart werden (Wochenbettaufenthalt, Materialverbrauch, reduzierte Interventionen, Organisation, neue Infrastruktur, höhere Hebammenlöhne, Mehreinstellungen beim Personal)?

Wie realistisch ist die Umsetzung einer hebammengeleiteten Geburtshilfe im Spital mit den heutigen Einsparungen der Spitäler im Personalbereich bzw. mit den Schliessungen der kleinen Spitäler?

- Schätzen Sie das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Spital als kostengünstiger ein als herkömmliche Geburtsmodelle?
- Könnte Ihrer Meinung nach im heutigen Verdrängungswettbewerb und bei der stattfindenden Zentralisierung der Spitäler ein Modell der hebammengeleiteten

Geburtshilfe zu einer unverzichtbaren Kernkompetenz einer Geburtsversorgung werden? Als Marktstrategie?

- Wie stehen Sie zu einer Zertifizierungsmöglichkeit eines hebammengeleiteten Spitalangebots?

Böten ihrer Meinung nach ausserklinische Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe einen Lösungsansatz zur Zentralisierung von Schweizer Spitälern?

Wo bestehen besondere Hindernisse bezüglich der Abrechnung der hebammengeleiteten Geburtshilfe?

- Wie würden sich Forderungen nach höheren Löhnen von Hebammen in der hebammengeleiteten Geburtsvorsorge auf die Wirtschaftlichkeit auswirken?
- Wie interessant könnte ein Managed-Care-Modell für die Abrechnung der Leistungen mit den Krankenkassen sein?

### **Arbeitsorganisatorische Einflussfaktoren**

Welche Kernkompetenzen brauchen Hebammen im Rahmen der hebammengeleiteten Geburtshilfe? Welche qualifikatorischen Anforderungen oder Erwartungen werden an die Hebammen gestellt? (Advanced Studies, mehr Erfahrung)?

- Sind Sie der Meinung, dass für eine Hebamme im hebammengeleiteten System eine Weiterbildung zum *Master of Midwifery* eine notwendige Voraussetzung sein müsste?
- Welche zusätzlichen Kompetenzen sollte eine solche Weiterbildung vermitteln?
- Welche Forderungen betreffend Lohn und Leistungen könnte eine Hebamme mit Zusatzqualifikationen an das Spital stellen?

Gibt es im Kanton Bern genügend qualifizierte Hebammen, um eine hebammengeleitete Geburtshilfe in den Spitälern anzubieten?

- Wie viele Hebammen sind im Kanton Bern/in der Schweiz Ihrer Meinung nach kompetent genug, um eine kontinuierliche Geburtshilfe eigenständig leiten zu können?
- Wie verändert eine hebammengeleitete Geburtshilfe das Anforderungsprofil des Hebammenberufs?

Wie würde sich ein kontinuierliches Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe auf die Arbeitssituationen der zuständigen Hebammen auswirken? Welche Herausforderungen sehen Sie für die transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Hebammen?

- Sehen Hebammen das Arbeiten in der hebammengeleiteten Geburtshilfe als Chance oder als Mehrbelastung?



- Würde für die Hebammen der hebammengeleiteten Geburtshilfe eine signifikante Mehr- oder sogar eine Überbelastung entstehen? Wie würde sich das auf die Qualität ihrer Arbeit auswirken?
- Wie kann eine qualitativ gute Betreuung aufrechterhalten werden?
- Welche Faktoren sind für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärztinnen bzw. Ärzten und dem weiteren Pflegepersonal für die hebammengeleitete Geburtshilfe wichtig? (Einbezug von Pflegepersonal)
- Welche Rolle übernehmen die Hausärztinnen bzw. -ärzte, welche die freischaffenden Hebammen?

Wie liessen sich im Rahmen einer Organisation zwei parallele Betreuungssysteme aufbauen (Modell A: Traditionelles Arzt-/Hebammenmodell und Modell B: Hebammengeleitete Geburtshilfe)

Welchen Profit und welche Nachteile sehen Sie für die beiden Berufsgruppen (Hebammen und ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. -helfer)?

### **Gesellschaftliche Einflussfaktoren**

Wie viele und welche Frauen nutzen heute das Angebot von hebammengeleiteter Geburtshilfe und wer sind die potenziellen Nutzerinnen?

- Wie viele Geburten sind heute „Hebammengeburt“ und wie viele sind in Zukunft in der **Schweiz** zu erwarten?
- Wie hoch ist das heutige Vertrauen der Frauen in die Hebammenarbeit?
- Empfinden die Frauen das Modell einer hebammengeleiteten Geburtshilfe als sicher?
- Wer sind die potenziellen Nutzerinnen der hebammengeleiteten Geburtshilfe?
- Denken Sie, die hebammengeleitete Geburtshilfe im Spital wird als Alternative zu Geburtshäusern oder Hausgeburten oder aber als Alternative zur konventionellen Geburt mit einer Ärztin bzw. einem Arzt und einer Hebamme genutzt?
- Müsste Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, damit das Modell häufiger genutzt wird?
- Könnte durch eine bessere Infrastruktur und durch zielgerichtete Angeboten die Nachfrage nach einer hebammengeleiteten Geburtshilfe erhöht werden (z. B. *Midwifery led unit*)

### **Schlussfrage:**

Ist eine „flächendeckende“ Etablierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe, als komplementäres geburtshilfliches Angebot, im Kanton Bern ein realistisches und wünschenswertes Unterfangen?

- Wo sehen Sie Chancen und Risiken einer flächendeckenden Etablierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern?

- Ist eine Betrachtung und Etablierung der Modelle von hebammengeleiteter Geburtshilfe im Kanton Bern als eigenständiges Projekt überhaupt möglich? Oder bräuchte es ein Umdenken in der **Schweiz**
- In der Gesundheitsversorgung, um die Nachhaltigkeit der hebammengeleiteten Geburtshilfe zu gewährleisten?

Gibt es etwas, was Sie sonst noch sagen möchten?