

Geburtshäuser: Angebot und Qualität im internationalen Vergleich

Ein Literaturreview

Bachelor-Thesis

Schuler Sandra

Tscherrig Hanna

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis	3
2	Abstract	5
3	Einleitung	6
	3.1 Ziele und Fragestellung.....	9
	3.2 Eingrenzung.....	9
4	Theoretische Grundlagen	10
	4.1 Internationale Bezeichnungen von Geburtshäusern	10
	4.2 Mögliche Geburtsorte in der Schweiz	10
	4.3 Prinzipien der Betreuung	12
	4.4 Bedürfnisse gebärender Frauen.....	14
	4.5 Paradigmen in der Geburtshilfe	15
	4.6 Rechte der Frau	16
	4.7 Ethik.....	18
5	Methoden	19
	5.1 Angebot	19
	5.2 Qualität	20
6	Ergebnisse	24
	6.1 Gesundheitssysteme und Angebote an Geburtshäusern weltweit	24
	6.2 Chancengleichheit für Migrantinnen in der Schweiz	36
	6.3 Synthese der Gesundheitssysteme und des Angebots.....	38
	6.4 Ergebnisse der Literatursauswahl und Analyse des Literaturreviews	42
	6.5 Internationale Qualität der Geburtshäuser	59
	6.6 Synthese der Qualität von Geburtshäusern.....	64
7	Diskussion	67
	7.1 Angebot	68
	7.2 Qualität	70
8	Schlussfolgerung	73
9	Literaturverzeichnis	74
10	Abbildungsverzeichnis	86
11	Tabellenverzeichnis	86

1 Abkürzungsverzeichnis

UNFPA	United nations populations fund
IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
NICE	National Institute of Health and Care Excellence
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FMU	freestanding maternity unit
AMU	alongside- oder adjacent maternity unit
SSW	Schwangerschaftswochen
PDA	Periduralanästhesie
AABC	American Association of Birth Centers
UNO	United Nations Organization
RCT	randomisiert-kontrollierte Studien
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
ÄZQ	ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
DELBI	deutsches Leitlinienbewertungssystem
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
WHO	Weltgesundheitsorganisation
EMLC	European Midwives Liaison Committee
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
NHS	nationales Gesundheitssystem
RCM	Royal College of Midwives
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
AUS	Australien
NZL	Neuseeland

CAN	Kanada
UK	United Kingdom
NPL	Nepal
HGK	Hong Kong
DNK	Dänemark
SWE	Schweden
IRL	Irland
DEU	Deutschland
AUT	Österreich
NED	Niederlande
FRA	Frankreich
SUI	Schweiz
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SGGG	Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

2 Abstract

Hintergrund und Ziele: Die hebammengeleitete Geburtshilfe in Geburtshäusern wird in vielen Ländern zu wenig gefördert. In den meisten Ländern liegt die Rate an Geburten in Geburtshäusern bei unter zwei Prozent, obwohl dieser Geburtsort viele Vorteile für Mutter und Kind mit sich bringt. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, das weltweite Angebot an Geburtshäusern und ihre Einbettung im jeweiligen Gesundheitssystem zu erörtern. Weiter soll deren Qualität mit dem nationalen klinischen Standard in Spitälern verglichen werden. Schlussendlich soll das Vorhandensein von nationalen und internationalen Leitlinien für Geburtshäuser überprüft werden.

Methoden: Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde in einem ersten Teil eine breite Literatursuche in verschiedenen Medien durchgeführt. Es wurde nach offiziellen weltweiten Organisationen von Geburtshäusern und Hebammenverbänden sowie Gesundheitsorganisationen gesucht. In einem zweiten Teil wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Dafür wurden relevante Datenbanken durchsucht. Die gefundene Literatur wurde kriterienorientiert analysiert. Durch die Mediensuche und den Literaturreview konnten Gemeinsamkeiten und Diskrepanzen des Angebots und der Qualität der Geburtshäuser aufgezeigt und schlussendlich Hinweise für die Schweiz formuliert werden.

Ergebnisse: In der Schweiz übernimmt die obligatorische Grundversicherung die Kosten der Hebammenbetreuung. Das Angebot an Geburtshäusern ist weltweit unterschiedlich. Von neun Geburtshäusern in Frankreich, über 24 in der Schweiz bis zu 97 in United Kingdom. Im Literaturreview wurden fünf quantitative Studien, drei Reviews und sechs Leitlinien untersucht, welche Daten von elf Ländern erhoben. Daraus geht hervor, dass es in den Geburtshäusern eine bedeutend höhere Rate an Spontangeburt und weniger Interventionen als bei einer Spitalgeburt gibt. Für Frauen mit niedrigem Risiko wird eine Geburt in einer hebammengeleiteten Entbindungseinrichtung empfohlen. Leitlinien sind weltweit hauptsächlich für die klinische Geburtshilfe vorhanden. In den Geburtshäusern fehlen sie häufig.

Diskussion und Schlussfolgerung: Das Angebot an Geburtshäusern ist weltweit unzureichend. Weil Geburten in Geburtshäusern die Sectorate senken, sollten Geburtshäuser weiter etabliert werden. Die Diskrepanz in der Vergütung der geburtshilflichen Leistungen zwischen Hebammen und Ärzten ist ein wichtiges Thema in der Gesundheitspolitik.

Schlüsselwörter: Geburtshaus, Hebammen, Geburtsort, hebammengeleitete Geburtshilfe, Angebote und Qualität

3 Einleitung

Alfred Rockenschaub (2005), ein engagierter Geburtshelfer, beschreibt, dass sich die Geburtshilfe bereits Mitte des 18. Jahrhunderts zunehmend zu einem chirurgischen Geschäft entwickelte. Gemäss dem Autor wurde die alte dynamische Auffassung von Leib und Seele durch die Ansicht, der Körper wäre nur eine Maschine ersetzt. Die Geburtshilfe wurde zunehmend zu einer medizinischen Disziplin. Durch diesen Wandel entstand laut Rockenschaub (2005) eine Diskrepanz zwischen der alten Entbindungskunst und der modernen Geburtsmedizin. Aubry und Cignacco (2015) bemerken, dass die allgemeine technologische Entwicklung in der Medizin zu einer Medikalisierung und Pathologisierung des Mutterwerdens führt. Dadurch steigt die Rate der medizinischen Eingriffe während der Geburt stark an. Rockenschaub (2005) erklärt diesen Anstieg anhand folgender Gegensätze: Der pathogenetische Betreuungsansatz der Geburtshilfe setzt auf Kontrolle und Verordnung, der salutogenetische Betreuungsansatz hingegen auf vollumfängliche Betreuung mit Anleitung und Hilfe.

Wie Wernham (2016) beschreibt, variiert die Organisation des geburtshilflichen Betreuungsangebotes international stark. Der Autor zeigt weiter auf, dass die meisten Systeme eine Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Hebammen vorsehen. Viele Länder bieten zwar die Betreuung durch eine Hebamme an, dennoch obliegt die Leitung meist den Medizinern. Zudem beschreibt der United Nations Population Fund UNFPA (2014), dass international ein erheblicher Unterschied in der Ausbildung der Hebammen besteht. Gut ausgebildete Hebammen haben die Kompetenz, rund 87% der geburtshilflichen Betreuung von Mutter und Kind selbstständig zu übernehmen. Laut UNFPA (2014) übernehmen sie jedoch nur ungefähr 36% der Betreuung. Wernham (2016) erwähnt dazu, dass zwei Länder einen Wandel in der Geburtshilfe anstreben - Neuseeland und die Niederlande. In diesen Ländern scheint es normal zu sein, dass die Hebammen das Mutterwerden begleiten. Sie übernehmen die Planung, die Organisation und die pflegerische Betreuung während des gesamten Prozesses. Des Weiteren beschreibt Wernham (2016), dass andere Länder wie beispielsweise England ebenfalls versuchen, den Wandel zurück zur Entbindungskunst zu meistern. Sandall, Soltani, Gates, Shennan und Devane (2016) erläutern, dass die geburtshilfliche Betreuung durch die Hebamme in Irland, Österreich und England an Stellenwert gewinnt. In Nordamerika wiederum gelten die Gynäkologinnen und Gynäkologen als leitende Fachpersonen der Geburtshilfe. Die Mehrheit der gebärfähigen Frauen befindet sich unter Obhut eines Arztes oder einer Ärztin. Hebammengeleitete Geburten sind dort höchst selten. In manchen Gebieten sind sie gar nicht anzutreffen. Dies erstaunt, da bereits im Jahr 1971 in den USA durch Ina May Gaskin eine Bewegung entstand, wel-

che die natürliche Geburt fördern wollte (Gaskin, 2017). Gaskin gründete die erste ausserklinische Entbindungseinrichtung in Tennessee. Zudem veröffentlichte sie mehrere Bücher mit Bezug zur natürlichen Geburtshilfe. Des Weiteren erarbeitete sie Richtlinien für die Geburtshilfe und hielt internationale Vorträge. Ausserdem war sie Präsidentin des Nordamerikanischen Hebammenverbandes (Gaskin, 2017).

Rutledge, Stapleton, Osborne und Illuzzi (2013) bemerken, dass in den Vereinigten Staaten der Hauptgrund einer Hospitalisierung die Geburt ist. Sie beschreiben weiter, dass 2008 die Sectio, der umgangssprachliche Kaiserschnitt, die häufigste chirurgische Intervention in den nationalen Spitälern gewesen ist. Der United Nations Population Fund UNFPA (2014) erwähnt, dass aus einer Untersuchung von 73 der 75 Entwicklungsländer hervorgeht, dass diese Länder mehr als 92% der globalen maternalen und neonatalen Mortalitätsrate ausmachen. Er beschreibt weiter, dass innerhalb dieser Länder die Arbeitskräftedefizite der Hebammen gross sind. Laut UNFPA (2014) haben lediglich vier der 73 erwähnten Länder eine Hebammenbelegschaft, welche der Betreuungsnachfrage Rechnung tragen können.

Aktuell gibt es in der Schweiz 24 Geburtshäuser gemäss der Interessensgemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz IGGH-CH (2017). Zwischen den Kantonen zeigen sich beträchtliche Unterschiede. Laut dem Schweizerischen Hebammenverband SHV (2015) zeigt sich in den zentralen und nördlichen Gebieten der höchste Anteil an hebammengeleiteten Geburten. In Nidwalden erreicht der Anteil dieser Geburten über 60 Prozent. In Zug, St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, Wallis und Tessin liegt der Anteil nach Angaben des SHV (2015) unter zwei Prozent. Es zeigt sich, dass das regionale Angebot sehr unterschiedlich ist. Laut Aubry und Cignacco (2015) ist das Angebot der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz ungenügend. Gemäss SHV ergab 2015 eine Schätzung für die gesamte Schweiz, dass nur 4.8% der Geburten zu Beginn oder vollständig durch eine frei praktizierende Hebamme geleitet wurde. Daraus ergibt sich, dass der Anteil an Geburtshausgeburten und Geburten mit einer Beleghebamme 1,6% beträgt (SHV, 2015). Ein möglicher Grund für diese Diskrepanz könnte das regional unterschiedliche Angebot sein. In manchen Kantonen ist kein Angebot an Beleghebammen oder Geburtshäuser vorhanden (IGGH-CH, 2017). Zudem werden gemäss Aubry und Cignacco (2015) in der Schweiz immer mehr Geburtenstationen in Regionalspitälern und Geburtshäusern geschlossen. Anhand der Situation im Kanton Bern werden einige Beispiele aufgezeigt. Die Geburtsabteilung in Zweisimmen wurde am 31. März 2015 aufgrund finanzieller Defizite geschlossen (Kanton Bern, 2016). Darauf wurde eine Genossenschaft, die Maternité Alpine, gegründet. Diese eröffnete ein Geburtshaus in Zweisimmen (Kanton

Bern, 2016). Weiter erwähnt der Kanton Bern (2016), dass laut Experten an einem Standort mindestens 1000 Geburten jährlich durchgeführt werden müssten. Nur so könne eine Geburtsabteilung kostendeckend geführt werden. Somit sind die Spitäler in Interlaken, Frutigen und St-Imier, mit jährlich 300 bis 400 Geburten, von der Gefahr einer Schliessung betroffen. Dies droht auch den Spitälern in Münsingen, Burgdorf, Langentahal und der Bieler Privatklinik Linden. Das National Institute of Health and Care Excellence NICE (2014) macht darauf aufmerksam, dass die Wahl zwischen den verschiedenen Geburtsorten gewährleistet sein sollte. Gemäss SHV (2015) ist in der Schweiz diese Wahl durch das beschränkte Angebot nicht möglich. Die Klientinnen sind nicht mehr frei in ihrer Entscheidung bezüglich des Geburtsortes. Zudem zeigen Aubry und Cignacco (2015), dass lediglich eine Minderheit der Frauen das Angebot der hebammengeleiteten Geburtshilfe nutzt. Sie erklären dies durch die Marginalisierung, das an den Rand drängen der natürlichen Geburt, und die fehlende politische Unterstützung der hebammengeleiteten Betreuung. Gemäss einem Artikel der Neuen Zürcher Zeitung NZZ (2017) zeigt sich jedoch, dass der Bundesrat diese Art der Betreuung unterstützt. Mitte Dezember 2016 hat der Bundesrat eine wichtige Verordnung in der Geburtsvorbereitung geändert (NZZ, 2016). Aus der Verordnung geht hervor, dass seit dem 1. Januar 2017 Schwangere alle wichtigen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen von einer Hebamme anstelle einer Ärztin oder eines Arztes durchführen lassen können. Diese Gesetzesänderung erlangte bis jetzt, ohne offensichtlichen Grund, kein grosses öffentliches Aufsehen.

Wie der Schweizerische Hebammenverband SHV (2014) beschreibt, ist in der Schweiz das Spital der häufigste Entbindungsort. Ihren Angaben zu Folge gebären 2014 98% der schwangeren Frauen im Spital. Gemäss Angaben des Bundesamtes für Statistik (2013) zeigt sich, dass in der Schweiz immer mehr Geburten durch eine Sectio beendet werden. Gemäss Zahlen des Bundesamtes wurde bereits im Jahr 2010 bei jeder dritten Geburt eine Sectio durchgeführt. Zudem verliefen lediglich 34.8% der Geburten ohne geburtsmedizinischen Eingriff, das heisst eine natürliche Geburt ohne Einleitung, Zangen- oder Vakuumgeburt oder Dammschnitt. Laut Aubry und Cignacco (2015) können Schweizer Spitäler die 1:1-Betreuung im Moment nicht ausreichend gewährleisten, was mit ein Grund für vermehrte Interventionen sein könnte.

3.1 Ziele und Fragestellung

Aus der oben genannten Problemschilderung ergeben sich folgende Ziele für diese Bachelorarbeit:

Durch eine breite Mediensuche soll ein internationales Bild von den Angeboten an Geburtshäusern und deren Ausprägung aufgezeigt werden. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit besteht darin, die strukturellen Bedingungen der Geburtshäuser in den verschiedenen Ländern zu untersuchen. Weiter sollen durch einen systematischen Literaturreview die Auswirkungen der Geburtshäuser auf die Gesundheit der Mütter und die Neugeborenen weltweit beschrieben werden.

Zur Erreichung dieser Ziele ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie ist das Angebot von Geburtshäusern weltweit?
2. Wie ist die Einbettung der Geburtshäuser in ihren jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen?
3. Wie sind die strukturellen Bedingungen der Geburtshäuser?
4. Wie unterscheiden sich kindliche und mütterliche Outcomes bei Geburten in Geburtshäusern verglichen mit Spitalgeburten in den verschiedenen Ländern?
5. Welche Leitlinien zur Betreuung in Geburtshäusern existieren international?

3.2 Eingrenzung

In dieser Arbeit werden das Angebot und die Qualität der Geburtshäuser weltweit untersucht. Beim Literaturreview werden lediglich Länder miteinbezogen, welche publizierte Forschungsergebnisse bezüglich unserer Fragestellungen vorweisen können. Hausgeburten werden von der ausserklinischen Geburtshilfe ausgeschlossen. Es werden nur Frauen mit niedrigem geburtshilflichem Risiko eingeschlossen. Die qualitativen maternalen Outcomevariablen werden auf folgende beschränkt: Geburtsdauer, Geburtsmodus, Geburtsverletzungen bzw. Episiotomien und der Gebrauch von Schmerz- und Wehenmittel unter der Geburt. Bezüglich der kindlichen Outcomes werden die Frühgeburtlichkeit, die Verlegung auf eine Neonatologie und der fünf Minuten APGAR-Wert verglichen. Letzterer ist ein Beurteilungsinstrument zur primären Adaptation des Neugeborenen.

4 Theoretische Grundlagen

Der Fokus dieser Arbeit ist auf die Geburtshäuser gerichtet. Im folgenden Kapitel wird diese ausserklinische Entbindungseinrichtung erläutert. Zudem wird aufgezeigt, wie sie sich von anderen möglichen Geburtsorten unterscheidet. Ausserdem werden die Prinzipien der Betreuung und die unterschiedlichen Paradigmen in der Geburtshilfe erläutert. Im Anschluss folgt ein Input zu den Rechten der Frau und ein weiterer zur Ethik.

4.1 Internationale Bezeichnungen von Geburtshäusern

International werden Geburtshäuser meist „birth center“, „maternity-“ oder „midwifery-unit“ genannt. Kirkham (2003) definiert zwei verschiedene Arten von Geburtshäusern: Einerseits gibt es die sogenannte „freestanding maternity unit“, kurz FMU. Dies bedeutet übersetzt so viel wie freistehendes Geburtshaus. Gemäss der Autorin kommt der Name von der klaren geographischen Abgrenzung zu einem Spital. Dies entspricht den Schweizer Geburtshäusern. Frauen mit niedrigem Risiko werden von Hebammen und begrenzt von Allgemeinmedizinerinnen oder Gynäkologinnen in einer behaglichen Atmosphäre betreut, erklärt Kirkham (2003) weiter. Braucht die Mutter oder das Kind medizinische Unterstützung, so erfolgt ein Transport in ein naheliegendes Spital.

Andererseits gibt es laut Kirkham (2003) die „alongside- oder adjacent maternity unit“, kurz AMU, was so viel wie angrenzendes Geburtshaus bedeutet. Dieses befindet sich angrenzend an ein Spital, ist jedoch klar von der spitalinternen Gebärabteilung abgetrennt. Wie die Autorin weiter erläutert, werden Frauen dort von Hebammen und bei Bedarf von Allgemeinmedizinerinnen betreut und Gynäkologinnen werden nur auf Wunsch der Frau oder des geburtshilflichen Teams zu Rate gezogen. Kirkham (2003) beschreibt weiter, dass die Frau bei einer medizinischen Notlage direkt vor Ort behandelt werden kann. Sie muss nicht erst die Institution wechseln, wie das bei der FMU der Fall ist.

4.2 Mögliche Geburtsorte in der Schweiz

Die Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz IGGH-CH (2017) definiert Geburtshäuser als selbstständige Einrichtungen für frauengerechte Hebammengeburts-hilfe. Die Leitung liegt dabei ihrer Beschreibung nach ausschliesslich bei den Hebammen. Ebenfalls betont die IGGH-CH (2017), dass Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Frau in Geburtshäusern einen hohen Stellenwert haben. Geburtshäuser sind unabhängig von klinischen Institutionen in die Primärversorgung des öffentlichen Gesundheitssystems integriert, erläutert die IGGH-CH (2017) weiter. Gemäss Bundesamt für Gesundheit BAG (2017) sind die meisten Geburtshäuser seit

2012 auf die Spitalliste ihres Kantons aufgenommen worden. Somit übernimmt die Grundversicherung alle Kosten ohne Belastung der Franchise und Selbstbehalt, erklärt das BAG (2017) weiter. Frauen, welche sich für eine Geburt im Geburtshaus entscheiden, müssen verschiedene Anforderungen erfüllen, um in diesem Setting gebären zu dürfen (Staat Freiburg, 2015). Der Staat Freiburg (2015) nennt die Prognose einer komplikationslosen Spontangeburt und das Bestehen einer Einlingsschwangerschaft als Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus. Weiter setzt er eine Termingeburt voraus. Das heisst, die Frau muss in einem Geburtszeitraum von 37-42 Schwangerschaftswochen (SSW) gebären. Zudem muss eine Einlingsschwangerschaft in Kopflage diagnostiziert sein. Es dürfen keine bekannten medizinischen Probleme beim Kind oder der Mutter vorliegen. Solche Schwangerschaften werden in Studien, wie auch in dieser Arbeit, als „low-risk“, also Frauen mit niedrigem Risiko für Komplikationen bezeichnet. Ausserdem verlangt der Staat Freiburg (2015) von den Geburtshäusern, dass die Frauen mindestens zwei Schwangerschaftskontrollen vor der 37. SSW gehabt haben. Eine bei der Hebamme im Geburtshaus mit Erhebung der Anamnese und eine weitere Kontrolle beim Gynäkologen oder der Gynäkologin mit Ultraschall, um Risikofaktoren ausschliessen zu können.

Ein weiteres ausserklinisches Setting ist die Hausgeburt, wie der Schweizerische Hebammenverband SHV (2014) erläutert. Der Verband führt dazu aus, dass die Geburt, wie der Name schon sagt, zu Hause in der gewohnten intimen Umgebung stattfindet. Struthmann (2014) weist darauf hin, dass die Hausgeburt idealerweise von drei kompetenten und erfahrenen Fachpersonen geleitet wird. Für diesen Entbindungsort gibt es gemäss der Autorin gewisse Voraussetzungen. Das Kind muss beispielsweise in Schädellage liegen und zwischen der 38. und 42. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen. Akute Erkrankungen der Mutter oder Zustand nach geburtshilflichen Notfälle bei vorangehenden Geburten sind laut Struthmann (2014) klare Ausschlusskriterien für eine Hausgeburt.

Im Gegensatz zur ausserklinischen Geburtshilfe steht die innerklinische Geburtshilfe im Spital. Die Frauen werden dort primär von den Hebammen im Schichtbetrieb betreut, wie der SHV (2014) erläutert. Laut dem SHV (2014) bedeutet dies, dass es ungefähr alle acht Stunden zu einem Wechsel der Hebamme kommt. Spätestens zur Geburt wird ein Arzt hinzugerufen. Im Gegensatz zur ausserklinischen Geburtshilfe zu Hause oder im Geburtshaus ist im Spital eine Vielzahl an medizinischen Behandlungen möglich, führt der SHV weiter aus. Beispielsweise eine Periduralanästhesie (PDA) zur Schmerzlinderung der Geburtswehen, oder ein Kaiserschnitt. Nebst diesem schulmedizinischen Angebot gibt es laut dem SHV (2014) in vielen Spitälern auch alternative

Heilmethoden wie Akupunktur, Homöopathie oder Aromatherapie. In einigen Spitälern ist es gemäss SHV (2014) möglich, eine Geburt mit einer Beleghebamme zu bestreiten, so der Hebammenverband weiter. Dies bedeutet, dass die Frauen durch die gesamte Schwangerschaft und Geburt kontinuierlich von derselben Hebamme betreut werden. Dieses Angebot ist jedoch nicht in allen Kantonen gegeben.

4.3 Prinzipien der Betreuung

Die American Association of Birth Centers AABC (2016) erklärt, dass Hebammen in Geburtshäusern eine Geburt als natürliches Lebensereignis ansehen. Sie fördern die Autonomie und respektieren die Menschenrechte. Die werdende Mutter steht laut der AABC (2016) im Mittelpunkt und die Betreuung richtet sich voll und ganz nach ihren Bedürfnissen. Gemäss dem amerikanischen Hebammenverband wird analog zur Schweiz ein Risikomanagement durchgeführt, um die Zulassung einer Geburtshausgeburt zu überprüfen. Sie setzen ebenfalls die selben Bedingungen voraus.

In der Schweiz gilt die Hebamme gemäss Ausführungen der Zürcher Gesundheitsdirektion (2016) als anerkannte Gesundheitsfachperson. Sie ist für ihr professionelles Handeln verantwortlich und haftbar, so die Zürcher Gesundheitsdirektion (2016) weiter. Die Beziehung zu den Frauen gestaltet sich auf partnerschaftlicher Ebene. Die Zürcher Gesundheitsdirektion (2016) erläutert, dass die Hebamme den Frauen die volle Unterstützung, Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit gewährt. Sie ist kompetent, Geburten selbstständig zu leiten. Weiter erkennt sie Komplikationen bei Mutter und Kind und kann die notwendige medizinische Versorgung zum Teil selbst im Rahmen von Notfallmassnahmen durchführen oder diese veranlassen. Es bestehen laut der Zürcher Gesundheitsdirektion (2016) zwischen jedem Geburtshaus und Spitälern mit Gebärsaal und Neonatologie Verträge für die Notwendigkeit einer Verlegung von Mutter und/ oder Kind.

In der internationalen hebammengeleiteten Geburtsbetreuung gibt es verschiedene Gemeinsamkeiten. Ein Beispiel dafür ist die Kontinuität. Die ununterbrochene Betreuung durch eine einzelne Hebamme oder ein kleines Betreuungsteam während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bietet viele Vorteile, wie Schmid (2011, S. 114-120) erläutert. Der Kernpunkt liegt dabei in der Beziehung zwischen der Frau und der Hebamme erklärt die Autorin weiter. Sie sagt, dass die Kontinuität eine empathische, auf Vertrauen basierende Beziehung zwischen den beiden ermöglicht. Dies biete die optimale Grundlage, um gegenseitiges Wissen auszutauschen. Die Frau kann der Hebamme erläutern, was sie von sich, ihrem Körper und ihrem Kind wahrnimmt. Die Hebamme kann ihr anschliessend dabei helfen, diese Wahrnehmungen zu verstehen

und zu deuten. So kommunizieren beide auf derselben Ebene. Die Verantwortung wird laut Schmid (2011) gemeinsam getragen. Die Hebamme verlagere in ihrer Betreuung ihren Schwerpunkt vom Tun zum Sein. Das bedeute, dass sie anstelle einer aktiven, anleitenden Haltung eine passive, empfangende Haltung einnimmt und die Hauptrolle der Frau überlässt. Die Hebamme wird zur Zuschauerin. Das National Institute of Health and Care Excellence NICE (2012) empfiehlt dieses Konzept in ihren Leitlinien für alle Betreuungsphasen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass die Versorgung der Frauen im Geburtshaus während 365 Tagen rund um die Uhr garantiert wird. Wie die Zürcher Gesundheitsdirektion ausführt (2016), besteht das Personal aus mindestens vier Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung. Ab der 37. SSW einer Frau bis zum Ende des Wochenbetts ist die Hebamme jederzeit erreichbar, so die Zürcher Gesundheitsdirektion (2016). Während den Geburtsphasen werden die Frauen kontinuierlich von einer Hebamme begleitet. Gegen Ende der letzten Phase der Geburt sind gemäss Zürcher Gesundheitsdirektion (2016) in der Regel zwei Fachpersonen, sprich zwei Hebammen oder eine Hebamme und eine Pflegefachfrau anwesend.

Es finden sich aber auch diverse Unterschiede in der internationalen Betreuung. NICE (2014) empfiehlt in ihrer Leitlinie, dass alle Frauen mit niedrigem Risiko die Wahl zwischen den verschiedenen Geburtsorten haben sollen. Für Frauen, welche schon einmal geboren haben, sogenannte Multipara, empfehlen sie eine Geburt zu Hause oder in einem Geburtshaus. Hier erhalten sie weniger Interventionen als im Spital. Für Frauen, welche ihr erstes Kind bekommen, sogenannte Nullipara, wird gemäss NICE (2014) eine Geburt im Geburtshaus empfohlen. Eine Hausgeburt ist ebenfalls möglich. Es bestehe jedoch ein leicht erhöhtes Risiko eines ungünstigeren kindlichen Outcome im Vergleich zur Spitalgeburt. Die Spontangeburt rate ist laut NICE (2014) zu Hause oder im Geburtshaus ungeachtet der Parität signifikant höher als im Spital. Die Interventionsrate im Spital ist gemäss NICE (2014) in jedem Fall signifikant höher. Dennoch stellt sich für viele Frauen die Frage nach einem anderen Geburtsort als dem Spital gar nicht. Ein ausführlicher Informationsaustausch bezüglich des Geburtsortes, eine sogenannte informierte Wahl, findet in der Schweiz oftmals nicht ausführlich genug statt. Bedeutende Informationen bezüglich der Qualität des Geburtsortes werden den Frauen vorenthalten.

4.4 Bedürfnisse gebärender Frauen

Bernitz, Øian, Sandvik und Blix (2016) haben die Zufriedenheit der Gebärenden je nach Geburtsort in einer Studie untersucht. Dabei haben sie unterschiedliche Erkenntnisse gewonnen. Die Tatsache, dass Frauen, welche in einer behaglichen Umgebung gebären zufriedener sind, spricht für die Bedeutung der Geburtsumgebung. Oft fühlen sich Gebärende in einem intimen Umfeld wohler. Frauen, welche in einem alternativen Setting gebären, äussern sich laut Bernitz et al. (2016) zufriedener als Gebärende im Spital. Die Art der Beziehung zwischen den Klientinnen und den Fachpersonen habe eine grosse Auswirkung auf das Zufriedenheitsniveau. Die aktive Beteiligung am Entscheidungsprozess fördert das Gefühl der Selbstwirksamkeit und respektiert die Autonomie der Frauen, führen die Autoren weiter aus. Diese Betreuungsart fördert ein positives Geburtserlebnis. Zudem konnten die Autoren in ihrer Untersuchung aufzeigen, dass die Zufriedenheit der Klientinnen nach einer operativen Geburtsbeendigung oder einer Analgesie tiefer war. Eine Spontangeburt scheint gemäss Bernitz et al. (2016) die Zufriedenheit der Gebärenden deutlich zu steigern.

Für die meisten Frauen scheint eine kontinuierliche Betreuung, während dem Prozess des Mutterwerdens ein Bedürfnis zu sein, halten Maillefer, de Labrusse, Cardia-Vonèche, Hohlfeld und Stoll (2015) fest. Falls die Betreuung durch mehrere Fachpersonen erfolgt, stellt dies nach Ansicht der Autoren eine Schwierigkeit dar. Die Autoren bedauern, dass eine bedürfnisorientierte und frauenzentrierte Geburtsbetreuung somit nur schwer ausgeübt werden kann. Eine 1:1-Betreuung ermöglicht den Klientinnen eine Beziehung zu der Fachperson aufzubauen. Dies kann einen positiven Einfluss auf das persönliche Geburtserlebnis haben, so Maillefer et al. (2015) weiter. Eine einladende Umgebung und eine professionelle und respektvolle Begleitung seien wichtig für die Frauen. Gemäss Maillefer et al. (2015) brauchen sie entgegengebrachte Empathie und Sanftmut in dieser vulnerablen Zeit. Eine kompetente Begleitung im Wochenbett ist von grosser Bedeutung, so die Autoren. Durch ihre Untersuchung wurde aufgezeigt, dass es einen weiteren Bedarf an umfangreichen Informationen zu Themen wie Baby-pflege und Stillen gibt. Diese Informationen sollten für die Klientinnen unbedingt verständlich sein. Die Rolle des Partners während der Geburt sei für die meisten Frauen ebenfalls wichtig, erwähnen Maillefer et al. (2015). Der Einbezug des Partners während der gesamten Betreuungszeit stellt eine Ressource dar.

4.5 Paradigmen in der Geburtshilfe

Hebammen und Ärzte gehen in der geburtshilflichen Betreuung von zwei unterschiedlichen Ansätzen aus. Die Hebammenarbeit basiert auf dem Modell der Salutogenese und die ärztliche Arbeit auf dem Modell der Pathogenese.

Salutogenese

Beim Modell der Salutogenese richtet sich der Blickwinkel nach der Gesundheit einer Person, nach ihren Ressourcen, Reaktions- und Anpassungsfähigkeiten, erörtert Schmid (2011, S. 234-258). Die Salutogenese bezieht den Lebensstil und das soziale Umfeld mit ein. Gemäss Davis-Floyd (2001) müssen bei einer Frau mit körperlichen Symptomen immer auch psychische Komponenten, welche diesen Zustand hervorgerufen haben könnten, berücksichtigt und mittherapiert werden. Die Gefühle einer Frau unter der Geburt, haben beispielsweise einen Einfluss auf den Geburtsverlauf. Bei einem Geburtsstillstand braucht die Frau eventuell bloss emotionale Unterstützung und keine medizinische Interventionen, um die Geburt voranzutreiben, vermutet Davis-Floyd (2001).

Der Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky gilt als Begründer der Salutogenese, erklärt Schmid (2011, S. 234-258). Er hat in den 70er Jahren festgestellt, dass das Erleben von schlimmen Bedingungen bei einigen Menschen eine Krankheit auslöst, während andere gesund beleiben. Antonovsky entdeckte, dass nicht nur der pathogene Aspekt eine Krankheit auslösen kann. Sondern dass das Zusammenspiel zwischen Stressoren und Widerstandsressourcen über den Ausgang massgeblich mitentscheidet, führt Schmid (2011, S. 234-258) weiter aus. Bei der Gesundheit handelt es sich somit um einen dynamischen, aktiven Prozess, wobei sich der Mensch kontinuierlich mit seinen gesunden und kranken Anteilen auseinandersetzt. Schmid (2011) erklärt, dass es nicht darum geht, Stress zu vermeiden, sondern sich den Herausforderungen zu stellen und sich dadurch zu stärken.

Antonovsky hat das Kohärenzgefühl mit den drei Faktoren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zur Erhaltung der Gesundheit definiert, erläutert Schmid (2011, S. 234-258). Der erste Faktor bezieht sich auf das Verständnis für die eigene Umgebung und die Möglichkeit, dieses Verständnis in ein eigenes mentales Schema zu integrieren und so die Dinge ordnen zu können. Die Handhabbarkeit bezeichnet das Ausmass, indem Anforderungen bewältigt werden können. Dies geschieht durch das Bewusstwerden der eigenen vorhanden Ressourcen zur Bewältigung einer Situation. Der letzte Faktor bezieht sich auf den Sinn einer Anforderung. Dies geschieht weniger auf der mentalen, sondern eher auf der emotionalen Ebene. Die Person spürt intuitiv,

dass etwas Sinn macht, kann es jedoch nicht genau benennen. Ein Beispiel dafür ist der Geburtsschmerz. In der heutigen Zeit scheint es nicht mehr sinnvoll oder nötig zu sein, solche Schmerzen zu verspüren. Doch im Unterbewussten der Frau spielt er noch eine grosse Rolle. Die Frau braucht ihn, um ihr Kind auf die Welt bringen zu können.

Pathogenese

Dem gegenüber gestellt ist das Modell der Pathogenese. Schmid (2011, S. 43-49) beschreibt, dass diese sich nach dem Krankhaften richtet. Ausgangspunkt der Schulmedizin ist die mechanische Auffassung vom menschlichen Körper und vom Geburtsverlauf. Davis-Floyd (2001) erklärt, dass Körper und Geist dabei getrennt gesehen werden, sodass das medizinische Problem isoliert ist. Eine Frau ist für die Mediziner beispielsweise „die Sectio im Gebärsaal zwei“. Für die Hebamme wäre sie „Frau K. mit Zwillingen, wobei einer davon intrauterin verstorben ist.“ Aufgrund dieser Trennung von Körper und Geist fällt es Ärzten oft schwerer, die Gefühle der Frauen wahrzunehmen und mit ihnen professionell umzugehen, führt die Autorin weiter aus. Es ist selten zu sehen, dass Ärztinnen oder Ärzte einer Frau in den Wehen die Hand halten oder sie schützend umarmen. Schmid (2011, S. 43-49) weist darauf hin, dass eine Schwangerschaft wie auch eine Geburt als potenziell riskant gelten. Die Frau und ihr Kind müssen beweisen, dass sie keine Pathologie entwickeln. Dafür werden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Je nach Gesundheitsgeschichte der Klientin fällt sie in ein gewisses Schema und wird auf Risikofaktoren reduziert, so Schmid (2011) weiter. Durch die ansteigende Medikalisierung der Geburt nehmen die Situationen, die als pathologisch bewertet werden zu und dadurch steigt auch die Interventionsrate. Diese führt wiederum zu einem höheren Risiko. Trotz all dem steht die Medizin für Garantie und nicht für Verursacher von krankhaften Verläufen (Schmid, 2011).

4.6 Rechte der Frau

Bis 1945 waren Menschenrechte und deren Schutz von jedem Staat einzeln geregelt (humanrights.ch, 2012). Die Menschenrechte galten nur, wenn sie in der Verfassung des jeweiligen Landes als sogenannte Grundrechte festgelegt waren, so die Autoren weiter. Jeder Staat konnte dadurch selber über die Durchsetzung oder Missachtung der Grundrechte entscheiden. Mit der Gründung der Menschenrechtskommission der United Nations Organization (UNO) 1945 wurde die einheitliche Achtung und Verwirklichung der Menschenrechte weltweit gefördert. Drei Jahre später verabschiedete die UNO die allgemeine Erklärung der Menschenrechte (humanrights.ch, 2012). Diese enthält 30 verschiedene Rechte, welche die Würde der Menschen schützen sollen. Es

werden die klassischen Freiheitsrechte wie Meinungs- oder Religionsfreiheit, aber auch wirtschaftliche und soziale Rechte wie das Recht auf Arbeit, Bildung oder Nahrung festgelegt. Ausserdem enthält die Erklärung Garantien zum Schutz der menschlichen Person, also das Recht auf Leben und das Verbot der Sklaverei und Folter. Diese Rechte gelten für alle Menschen – ungeachtet ihrer Rasse, ihres Geschlechts oder ihrer Nationalität (humanrights.ch, 2012).

1946 wurde die Frauenkommission der UNO gebildet (United Nations, 2017). Obwohl das Gebot der Nichtdiskriminierung und der Gleichbehandlung der Geschlechter in der allgemeinen Menschenrechtserklärung von 1948 enthalten ist, stösst die Verwirklichung für die Frauen auf Schwierigkeiten (humanrights.ch, 2012). Es dauert 19 Jahre, bis 1967 durch die Erklärung über die Beseitigung der Diskriminierung der Frau dieses Frauenrecht stärker akzeptiert wird (United Nations, 2017). 1993 folgt die Erklärung zur Beseitigung von Gewalt an Frauen.

Die White Ribbon Alliance (2011) zeigt auf, dass es bisher keine universelle Erklärung gibt, wie die Menschenrechte in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt angewandt werden sollen. Frauen sind in der Zeit rund um die Geburt sehr verletzlich und besonders schutzbedürftig, führt der Autor weiter aus. Sie brauchen eine respektvolle Betreuung, die den Schutz ihrer Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts einschliesst. 1999 wurde dafür die White Ribbon Alliance gegründet, welche sich für das Recht der Frauen auf Sicherheit und Gesundheit vor, während und nach der Geburt weltweit einsetzt. Ihr Ziel ist es, dass sich alle Frauen ihrer Rechte bewusst sind und diese weltweit akzeptiert werden. 2011 hat die White Ribbon Alliance dafür sieben universelle Rechte für Frauen in der Geburtshilfe definiert: Jede Frau hat beispielsweise das Recht auf Information, informierte Zustimmung aber auch Ablehnung sowie Achtung ihrer Entscheidungen und Präferenzen. Jede Frau soll mit Würde und Respekt behandelt werden und ihr Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit muss respektiert werden, so die unabhängige Organisation weiter. Ausserdem fordert sie für jede Frau das Recht auf Gesundheitsversorgung, um den höchstmöglichen Gesundheitsstatus erlangen zu können. Frauen in der Geburtshilfe haben zudem das Recht auf Freiheit, Autonomie und Selbstbestimmung sowie Gleichbehandlung und Freiheit von Diskriminierung, hält White Ribbon Alliance (2011) fest.

Das Selbstbestimmungsrecht der Frau beinhaltet auch die freie Wahl des Geburtsortes. Es sollte allen Schwangeren möglich sein, zwischen den verschiedenen Geburtsorten wählen zu können. Zudem sollte eine informierte Wahl bezüglich des Geburtsortes generiert werden. Die Frauen sollen vollumfänglich über mögliche Vor- und Nachteile der jeweiligen Geburtsorte informiert werden. Zudem bezieht sich das Recht der

Gleichbehandlung und Freiheit von Diskriminierung ebenfalls auf die Wahl des Geburtsortes.

4.7 Ethik

Die feministische Ethik beschäftigt sich mit der Gleichheit und Differenz von Frauen im Hinblick auf ihre Rechte und Möglichkeiten, ein eigenständiges Leben zu führen, erklärt Haker (2003). Die Ethik sucht nach Wegen, um die wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Ursachen der Unterordnung von Frauen zu verhindern. Haker (2003) beschreibt das Bestehen von drei Grundprinzipien in der feministischen Ethik: Freiheit, Fürsorge und Gerechtigkeit. Das Prinzip der Freiheit betont die Selbstermächtigung. Es existiere beispielsweise die Entscheidungsfreiheit, wobei ein Mensch frei zwischen verschiedenen sozialen Gütern wählen kann. Genauso ist auch das Arzt-Patienten-Verhältnis aufgebaut, wobei der Arzt die Rechte und die Wahl des Patienten anerkennt und toleriert, führt die Autorin aus. Fürsorge ist vor allem auf die Pflege, Begleitung und Betreuung von Menschen im medizinischen Praxisfeld bezogen. Es geht dabei um die Verantwortungsübernahme in der Weise des Strebens nach dem Guten für den Anderen, so Haker (2003) weiter. Es steht also nicht das Selbst, sondern das Wohl eines Anderen im Vordergrund. Der Begriff Fürsorge ist in unserer Gesellschaft geschlechtsspezifisch überschrieben, da die meisten Fürsorgeberufe und Fürsorgeleistungen von Frauen ausgeübt werden. Für die Ethik der Sorge besteht laut Haker (2003) die Herausforderung darin, dieser Rollenzuschreibung nicht zu erliegen und gleichwohl den Wert der Fürsorge zu unterstreichen. Gerechtigkeit bedeutet aus feministisch-ethischer Sicht Zugang und Teilnahme an allen öffentlichen und privaten Gütern, Transformation von Herrschaft in Gerechtigkeit, sowie Chancengleichheit auf allen Ebenen.

Diese drei Prinzipien der feministischen Ethik decken sich auch mit dem internationalen Hebammenkodex, wie ihn der Schweizerische Hebammenverband SHV (1993) beschreibt. Dieser hat zum Ziel, den Standard der Betreuung von Frauen, Säuglingen und Familien in der ganzen Welt zu verbessern. Er anerkennt die Frau als Person, strebt nach Gerechtigkeit und setzt sich für eine Gesundheitsversorgung ein, welche für alle zugänglich ist. Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde der Menschen.

5 Methoden

Um die Fragestellungen zum Angebot und der Qualität von Geburtshäusern national und weltweit beantworten zu können, wurde einerseits eine breite Mediensuche und andererseits ein systematischer Literaturreview durchgeführt. In diesem Kapitel werden die Schritte von der Suche über die Auswahl und Analyse bis zur Synthese nachvollziehbar erläutert.

5.1 Angebot

Suche und Auswahl

Um die Fragestellung zum weltweiten Angebot von Geburtshäusern und deren Gesundheitssystemen beantworten zu können, wurde eine differenzierte Handsuche im Internet und anderen Medien durchgeführt. Dafür wurde hauptsächlich die Suchmaschine Google und Google scholar verwendet und weiterführende Quellen verfolgt. Mit unterschiedlichen Kombinationen folgender Suchbegriffe wurde nach geeigneten Quellen gesucht: „Angebot“, „Vorkommen“, „Anzahl“, „Geburtshaus“, „weltweit“, „international“, „Schweiz“, „ausserklinisch“, „Geburtshilfe“, „hebammengeleitet“, „Hebammen“, „Ausprägung“, „UK“, „USA“, „Kanada“, „Schweden“, „Dänemark“, „Hong Kong“, „Niederlande“, „Deutschland“, „Österreich“, „Frankreich“, „Neuseeland“, „Australien“, „Hebammenverband“, „Organisation“, „Institution“, „Gesundheitssystem“, „Gesundheitsversorgung“, „Versicherung“, „Finanzierung“. Der Recherchezeitraum beschränkte sich auf 23.05.-10.07.2017.

In die Auswahl der Literatur wurden offizielle Websites der jeweiligen Gesundheitssysteme, Hebammenverbände sowie Informationsplattformen bezüglich der jeweiligen Gesundheitssysteme und Geburtshäuser eingeschlossen.

Analyse und Synthese

Die Internetseiten wurden anhand der Bewertungskriterien der Universität Heidelberg (2017) analysiert. Diese lauten wie folgt: Aktualität, Anbieter, Anspruch, Quellen und Autor. Die Aktualität der Internetseite ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Es wurde analysiert, wann die Seite erstellt wurde, wann das letzte Update war, ob aktuelle Links vorhanden sind und ob diese kommentiert oder bewertet wurden. Beim Bewertungskriterium Anbieter wurde untersucht, wer den Server betreibt. Handelt es sich hierbei um eine Privatperson, die Regierung oder eine Universität? Beim Anspruch wurde geklärt, an welches Publikum sich die Seite richtet und was ihr Ziel und Zweck ist. Zudem wurde geklärt, ob die Ausrichtung der Seite wissenschaftlich oder kommerziell ist und ob Werbung erscheint. In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob die Quellen voll-

ständig angegeben werden. Die Frage nach den Autoren stellt fest, ob es sich um eine Seite einer Privatperson oder einer Institution handelt. Der Autor sollte benannt sein. Zudem sollten Referenzen, welche den Autoren als Experten ausweisen sowie die Kontaktadresse ersichtlich sein.

Neben den Internetseiten wurde auch die Qualität der Artikel analysiert und pragmatisch zusammengefasst. An die Texte wurden klare Fragen gestellt, um die Nützlichkeit für die Beantwortung der Fragestellungen zu überprüfen. Beispiele dafür sind: Wie funktionieren die verschiedenen Gesundheitssysteme? Wie ist die Versicherung der Frauen und der Geburtshäuser? Wie sind Geburtshäuser strukturiert und wie werden sie finanziert? Welche Anforderungen müssen sie erfüllen? Wieviele Geburtshäuser gibt es in einem gewissen Land, wie ist die Ausprägung und Geburtenrate pro Jahr?

In der Synthese wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede des weltweiten Angebots an Geburtshäusern und deren Einbettung in die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme beschrieben. Ein Bezug zur geburtshilflichen Situation in der Schweiz soll entstehen. Die Ergebnisse der Recherche wurden tabellarisch erfasst. Dies ermöglicht einen übersichtlichen Vergleich. Im Vergleich der Geburtshäuser anderer Länder zu den Schweizer Geburtshäusern wurde insbesondere darauf geachtet, welche Hinweise sich aus dem Ausland für die Schweiz finden lassen und in wieweit dadurch das nationale Angebot weiterentwickelt werden kann.

5.2 Qualität

Suche und Auswahl

Um einerseits die Qualität der Geburtshäuser anderer Länder mit jenen der Schweiz vergleichen zu können, wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Die Qualität wurde dabei anhand verschiedener mütterlicher und kindlicher Outcomes bei der Geburt im Geburtshaus untersucht und mit jenen in Spitälern verglichen. Andererseits wurde durch dieses Forschungsdesign auch das Vorhandensein von internationalen Leitlinien für die Betreuung in Geburtshäusern überprüft.

In den elektronischen Datenbanken PubMed, Livivo, CINAHL und Cochrane Library wurde entsprechende Literatur gesucht. Die Suche auf PubMed gestaltete sich am effizientesten. Parallel dazu wurde weitere Literatur mittels Handsuche generiert. Leitlinien wurden auf verschiedenen offiziellen Websites von nationalen und internationalen Organisationen gesucht. Es wurde in einem beschränkten Recherchezeitraum vom 04.05. bis zum 22.05.2017 gesucht.

Gesucht wurde mit verschiedenen Kombinationen der Schlagwörter „Geburt“, „Kinds- geburt“, „Geburtsort“, „Geburtshaus“, „Hebamme“, „Hebammenbetreuung“, „Geburtshil- fe“, „Bedürfnisse“, „Ergebnis“, „Entscheidungsfindung“, „informierte Wahl“, „Struktur“, „Organisation“, „Erfahrung“, „Zufriedenheit“, „healthsystem“, „freie Wahl“, „Standards“ und „Leitlinie“, „Konzepte“. Es wurden in den Sprachen Englisch und Deutsch recher- chiert.

Bei der Auswahl der Literatur wurden als erstes die Titel auf ihre Übereinstimmung mit der Thematik geprüft. Bei einem weiteren Schritt der Literatursuche wurden die, auf- grund der passenden Titel ausgewählten Abstracts in Bezug ihres Nutzens zur Beant- wortung der Fragestellung gelesen und aussortiert. Der Abstract entschied darüber, ob die Daten im Volltext gelesen und bewertet wurden. Falls der Volltext als treffend für die Fragestellung eingeschätzt wurde, wurde er kritisch analysiert.

Es wurden Literaturreviews, quantitative Studien sowie Leitlinien und Berichte in die Auswahl einbezogen. Dabei wurden möglichst randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) eingeschlossen. Diese gelten als klassische Form des Experiments mit Test- und Kon- trollgruppe und liefern gemäss Mayer (2007) die höchste Beweiskraft klinischer Stu- dien. Damit möglichst viele Länder im Vergleich vertreten sind, wurden Studien mit einem Publikationsjahr bis vor 15 Jahren eingeschlossen. Es wurden alle Arten von Geburtshäuser einbezogen. Untersuchte Studienteilnehmende waren Frauen, welche entweder in einem Geburtshaus oder einem Spital gebären. Studien, welche bereits in einem Review enthalten waren, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Ebenso wurde auf qualitative Studien verzichtet.

Analyse und Synthese

Die Qualität der ausgewählten Literatur wurde anhand bestimmter Kriterien einge- schätzt, welche in diesem Kapitel beschrieben werden.

Die quantitativen Studien wurden nach Polit, Beck und Hungler (2012) analysiert. Die- se Autoren nennen Objektivität, Reliabilität und Validität als Massstäbe der empiri- schen Forschung zur Einschätzung der Qualität und der Glaubwürdigkeit quantitativer Studien. Die Unabhängigkeit des Forscherteams bezüglich der Ergebnisse wird mittels der Objektivität ermittelt. Die standardisierten Erhebungsinstrumente müssen mit ei- nem hohen Mass an Objektivität einhergehen. Die Reliabilität definiert die Zuverlässig- keit eines Messinstruments. Bei wiederholten Messungen im gleichen Setting sollten dieselben Werte erhoben werden. Die Validität untersucht, ob ein Instrument tatsäch- lich das misst, was es messen sollte.

Systematische Literaturreviews wurden nach Behrens und Langer (2016) analysiert. Die Fragestellung wurde auf ihre klare Formulierung und die thematische Eingrenzung beurteilt. Die Einschlusskriterien, der beigezogenen Studien, müssen klar beschrieben und passend zur Forschungsfrage gewählt worden sein. Es wurde besonders auf die Patientengruppe, die Intervention und das Ergebnismass geachtet. Weiter wurde darauf geachtet, ob alle relevanten Studien im Review eingeschlossen wurden. Die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien sollte mit geeigneten Kriterien eingeschätzt worden sein. Mögliche Kriterien sind die Erstellung des Randomisierungscode, Zuteilung oder Verblindung. Die Beurteilung der Studien sollte für den Leser transparent und nachvollziehbar dargestellt sein. Um zufällige, wie auch systematische Fehler zu entdecken, sollten die Studien von mindestens zwei Forschern bewertet worden sein. Danach stellt sich die Frage, ob die unabhängigen Bewertungen der einzelnen Forscher miteinander übereinstimmen, was für eine hohe Reliabilität sprechen würde. Zudem sollte in einem Review eine möglichst kleine Heterogenität vorhanden sein. Das bedeutet, dass die eingeschlossenen Studien möglichst ähnlich sein sollten. Dafür ist der Chisquare-Test ein geeignetes Messinstrument. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sollte auf die Relevanz, Präzision und die Übertragbarkeit in die Praxis geachtet werden. Abschliessend sollte der Nutzen der Intervention mit den möglichen Risiken und Kosten in Beziehung gesetzt worden sein.

Die Evidenzstärke von quantitativen Studien wurde in Grad I bis VI und diejenige von Reviews in Grad I bis V nach dem Bewertungssystem der Canadian Hypertension Society (zitiert durch Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft AWMF & ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ, 2001) eingeschätzt. Dabei weist eine Evidenzstärke mit Grad I die höchste Qualität auf.

Leitlinien wurden nach dem deutschen Leitlinienbewertungssystem DELBI (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2008) bewertet. Dabei wurden die Kriterien in acht Domänen unterteilt und Punkte vergeben. Je höher die Punktzahl, desto höher ist die Qualität der Leitlinie. Bei der ersten Domäne - Geltungsbereich und Zweck - wird die differenzierte Beschreibung des Problems und des Gesamtziels der Leitlinie beurteilt. Die Patientengruppe, für die die Leitlinie angewendet werden soll, ist eindeutig beschrieben. Die Beteiligung von Interessengruppen als zweite Domäne untersucht, ob die Autoren der Leitlinie Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen einschliessen. Ausserdem soll eine Anwenderzielgruppe definiert und eine Pilotstudie mit Mitgliedern dieser Gruppe durchgeführt worden sein. Die nächste Domäne ist die methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung. Dabei wird bewertet, ob bei der Suche der Evidenz systematische Methoden angewandt wurden. Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sollen

nachvollziehbar sein. Bei der Formulierung von Empfehlungen sollen gesundheitlicher Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken berücksichtigt werden. Die Leitlinie soll vor der Veröffentlichung von einem externen Experten begutachtet werden. Zudem soll ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie angegeben sein. Die vierte Domäne nennt sich Klarheit und Gestaltung und zielt auf die Verständlichkeit der Leitlinie ab. Die Schlüsselempfehlungen sollen klar identifizierbar sein. Die Anwendung der Leitlinie soll durch hilfreiche Instrumente, beziehungsweise Materialien erleichtert werden. Die nächste Domäne ist die generelle Anwendbarkeit. Potentielle Auswirkungen bei der Anwendung der Leitlinie und organisatorische Barrieren sollen in der Leitlinie diskutiert werden. Des Weiteren soll die Leitlinie Überprüfungskriterien nennen. Die redaktionelle Unabhängigkeit ist ein weiteres Qualitätsmerkmal. Interessenskonflikte von Mitgliedern der Autorengruppe müssen dokumentiert sein. Bei der siebten Domäne - der Anwendbarkeit im Gesundheitssystem - wird das Vorhandensein von Empfehlungen zu präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen überprüft. Ein Konzept bezüglich der Implementierung der Leitlinie sollte vorliegen. Die abschliessende Domäne ist die methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien. Es wird geprüft, ob systematische Methoden zur Suche existierender Leitlinien angewandt wurden und ob deren Qualität eingeschätzt wurde.

Das Evidenzniveau der Leitlinien wurde gemäss Agency for Health Care Policy and Research AHCPH (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) eingeschätzt. Die Empfehlungsklassen werden von A bis E bewertet, wobei die Empfehlungsklasse A die höchste Evidenz aufweist.

Nach der Analyse der Literatur wurden die Ergebnisse zusammengetragen und sinnvoll nach den Fragestellungen kategorisiert. Die Ergebnisse wurden aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und kritisch hinterfragt, was im Kapitel Diskussionen beschrieben ist.

Ethik

Die Prinzipien der biomedizinischen sowie der feministischen Ethik wurden beachtet. Die biomedizinische Ethik ist essentiell in der Forschung. Sie umfasst Autonomie, Benefizieren (Gutes tun), Non-Malefizien (nicht schaden) und Gerechtigkeit. Den drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes soll nach Ansicht von Mayer (2007) ebenfalls Rechnung getragen werden. Nämlich der freiwilligen, informierten Zustimmung, der Anonymität und dem Schutz des Einzelnen. Bei der Auswahl der Literatur wurde darauf geachtet, dass die Durchführung der Studien wenn nötig von einem Ethikkomitee genehmigt worden ist.

Feten können keine informierte Zustimmung abgeben (Polit, Beck & Hungler, 2012). Daher werden sie, wie auch Schwangere in der Forschung durch klare Bestimmungen geschützt, erläutern die Autoren weiter. Diese Bestimmungen besagen ausdrücklich, dass Schwangere nur an einer Studie teilnehmen dürfen, wenn dadurch ihre Gesundheitsbedürfnisse befriedigt werden. Zudem muss durch die Forschungsarbeit die Gefahren für sie und den Fetus auf ein Minimum reduziert sein (Polit et al., 2012).

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird zu Beginn die Beantwortung der Fragestellungen zum weltweiten Angebot der Geburtshäuser und ihrer Einbettung im Gesundheitssystem aufgeführt. Anschliessend werden der Prozess und die Resultate des systematischen Literaturreviews bezüglich den Fragestellungen der Qualität von Geburtshäusern erläutert. Abschliessend werden die Ergebnisse der Existenz von spezifischen Leitlinien aufgezeigt.

6.1 Gesundheitssysteme und Angebote an Geburtshäusern weltweit

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO (2013) beinhaltet ein Gesundheitssystem alle Tätigkeiten, deren Hauptzweck es ist, die Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen und oder zu erhalten. Darüber hinaus liefert ein gutes Gesundheitssystem qualitativ hochwertige Dienstleistungen für alle Menschen.

Gemäss European Midwives Liaison Committee EMLC (2001) existieren europaweit zwei Versicherungsformen, die Privatversicherung und die Sozialversicherung. Die Unterschiede liegen im Einfluss der Regierung auf das System, die Finanzierung sowie die sozialen Dienstleistungen. Laut EMLC (2001) werden die Kosten der Sozialversicherung von der Bevölkerung getragen, die Kosten einer Privatversicherung hingegen vom Versicherten.

Australien und Neuseeland

Wie das Australian Institute of Health and Welfare AIHW (2014) erläutert, ist das Gesundheitssystem Australiens komplex. Es kann am besten als Netz von Diensten, Anbietern, Empfängern und Organisationsstrukturen beschrieben werden. Die AIHW (2014) schreibt weiter, dass es ein facettenreiches Netz von öffentlichen und privaten Anbietern ist. Diese Anbieter liefern eine Vielzahl von Dienstleistungen auf verschiedenen Ebenen. Beispielsweise in der öffentlichen Gesundheit, präventive Dienstleistungen in der Gemeinde, Dienstleistungen in der primären Gesundheitsversorgung und Notfall-Gesundheitsdienste. Gemäss AIHW (2014) ist das australische Gesundheitssystem in drei Ebenen unterteilt: die medizinische Grundversorgung, Sekundärpflege

und die Spitäler. Weiter wird beschrieben, dass fast 70% der gesamten Gesundheitsausgaben in den Jahren 2011-12 von Regierungen finanziert wurden, wobei die australische Regierung 42,4% und die Staats- und Territorialregierungen 27,3% übernommen haben. Die restlichen 30,3% wurden von den Patienten bezahlt. Die Finanzierungsbeiträge der australischen Regierung umfassen laut AIHW (2014) eine universelle staatliche Krankenversicherung, Medicare. Medicare finanziert die Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern und die Zahlung von Leistungen für professionelle Gesundheitsdienstleistungen. Zudem subventionieren sie die Kosten für eine breite Palette von verschreibungspflichtigen Medikamenten. Weiter äussert AIHW (2014) weiter, dass zusätzlich eine Privatversicherung abgeschlossen werden kann.

Das Australian Government, Department of Health and Ageing (2009) erwähnt, dass die geburtshilflichen Dienstleistungen durch den Staat und die Versicherung von Privatpersonen finanziert werden. Ihrer Beschreibung nach werden die Hebammenleistungen unter Einhaltung vorgeschriebener Kriterien seit November 2006 von Medicare gedeckt. Ob die geburtshilflichen Leistungen eines privaten Geburtshauses gedeckt werden, muss abgeklärt werden, so die Autoren weiter.

Gemäss dem Queensland Government (2016) in Australien gibt es fünf Geburtshäuser in Queensland. 2013 betrug die allgemeine Geburtenrate in Australiens Geburtshäusern zwei Prozent, wie das Australian Institute of Health and Welfare AIHW (2015) dokumentiert. Die Finanzierung der Geburtshäuser kann nicht klar belegt werden. Zum restlichen Australien lassen sich keine Informationen bezüglich Geburtshäusern finden.

Die Neuseeländer profitieren von einem frei zugänglichen, mit niedrigen Kosten verbundenen Gesundheitssystem, erläutert New Zealand immigration (2017). Weiter beschreiben sie, dass Neuseelands öffentliches Gesundheitssystem von der Regierung subventioniert wird. Es können jedoch Teilgebühren für ausserklinische Dienstleistungen anfallen. Laut dem Ministry of Health (2016) ist eine soziale wie auch private Versicherung möglich. Alle allgemeinen geburtshilflichen Kosten in Neuseeland werden vergütet, schreibt das Ministry of Health (2016) weiter. Zudem werden die Hebammenleistungen normalerweise durch die Versicherung gedeckt.

Gemäss Dixon, Prileszky, Guilliland, Miller und Anderson (2014) haben in Neuseeland schwangere Frauen das Recht, den Ort, wo sie gebären möchten selbst zu wählen. Die Autoren führen aus, dass sich die Frauen dabei zwischen einer Hausgeburt, einer Geburt im Geburtshaus oder einer Spitalgeburt entscheiden können. Die Wahl kann jedoch eingeschränkt sein, da in gewissen Regionen keine ausserklinische Geburt angeboten werden kann, so Dixon et al. (2014) weiter.

USA und Kanada

Das Department for professional employees (2016) beschreibt, dass das US-amerikanische Gesundheitssystem unter den fortgeschrittenen Industrieländern einzigartig ist. Die Vereinigten Staaten von Amerika (USA) haben kein einheitliches Gesundheitssystem und keine universelle Abdeckung der Gesundheitsversorgung, so das Department weiter. Es kann am besten als Hybrid-System beschrieben werden. Im Jahr 2014 wurden gemäss dem Department for professional employees (2016) 48% der Gesundheitsausgaben durch private Mittel gedeckt. Die Bundesregierung deckte 28% der Kosten. Weitere 17% wurden durch die lokalen Regierungen finanziert. Damals hatten knapp 89,6% der US-Bevölkerung eine Krankenkassenversicherung. Knapp 32,9 Millionen hatten keine, führt das Department weiter aus. Die Reform „Patient Protection and Affordable Care Act“, umgangssprachlich auch „Obamacare“ genannt, trat 2010 in Kraft (Obamacare facts, 2017). Dadurch wurde jeder US-Bürger verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschliessen, so der Autor weiter. Wer sich weigert eine Versicherung abzuschliessen, muss eine Strafgebühr zahlen. So soll jedem US-Bürger Zugang zu guter, bezahlbarer medizinischer Versorgung gewährleistet werden (Obamacare facts, 2017). Obamacare verpflichtet die Versicherungen, geburtshilfliche Leistungen zu übernehmen.

Ina May Gaskin ist die Gründerin der ausserklinischen Entbindungseinrichtung, «the Farm Midwifery center» in Tennessee, welche 1971 eröffnet wurde. Gaskin (2017) stützt sich in ihrem Betreuungsmodell auf den Fakt, dass das Mutterwerden ein natürlicher Prozess ist. Die Physiologie soll geschützt und gefördert werden. Das geburtshilfliche Outcome von Mutter und Kind in der Entbindungseinrichtung ist qualitativ hochwertig wie Gaskin (2017) weiter beschreibt. Gemäss American Association of Birth Centers AABC (2017) gibt es seit 2017 in 37 Staaten der USA gesamthaft 345 Geburtshäuser. 2015 fanden 1.5% der Geburten in einem ausserklinischen Setting statt, dokumentiert das National center for health statistics (2017). Der Anteil an Geburten in Geburtshäusern liegt dabei bei knapp 31%. CNN (2015) berichtet, dass amerikanische Geburtshäuser seit 2010 das Recht auf eine Anlagegebühr haben. Zusätzlich werden die Hebammenlöhne vergütet. Fast die Hälfte der geburtshilflichen Kosten in den Vereinigten Staaten werden bezahlt. Weiter schreibt CNN (2015), dass durch diese Extrafinanzierung Geburtshäuser wirtschaftlich interessanter wurden und eine Zunahme des Angebotes beobachtet werden konnte. Gemäss ihren Ausführungen decken die meisten Versicherungen die anfallenden Kosten einer Geburt im Geburtshaus ab. Die Leitung in einem Geburtshaus übernimmt eine Hebamme. Ausserdem besteht das geburtshilfliche Team hauptsächlich aus Hebammen, so CNN (2015) weiter.

Das Government of Canada (2016) dokumentiert, dass Kanadas Gesundheitssystem ein öffentlich finanziertes System ist. Insgesamt gibt es 13 verschiedene Krankenversicherungspläne, welche auf die einzelnen Regionen abgestimmt sind. Unter diesem System soll allen kanadischen Bewohner ein vernünftiger Zugang zu medizinischen Dienstleistungen gewährleistet werden. Weiter führen sie aus, dass die Kosten der medizinischen Grundversorgung, durch die Öffentlichkeit finanziert werden. Die Finanzierung der geburtshilflichen Dienstleistungen ist Bestandteil der medizinischen Grundversorgung, so das Government weiter. Die Regional- und Bundesregierung teilen sich die Verantwortlichkeit des Gesundheitssystems (Government of Canada, 2016).

Das geburtshilfliche System Kanadas scheint eines der fortschrittlichsten weltweit zu sein, erwähnt Canadian midwifery (2017). Die Autoren äussern, dass alle registrierten Hebammen die Kompetenz haben, die Mutterschaft selbstständig und vollumfänglich zu betreuen. Des Weiteren erwähnen sie, dass kanadische Hebammen als autonom und professionell beschrieben werden. Zudem bieten Hebammen den Familien eine qualitativ hochwertige, frauen- und familienzentrierte Betreuung an. Gemäss Angaben der Canadian association of midwives (2017) wurden in Kanada 2015 und 2016 ungefähr zehn Prozent der Schwangeren von einer Hebamme betreut. Weiter wird beschrieben, dass die Rate der hebammengeleiteten Geburten in den verschiedenen Regionen unterschiedlich ist. In British Columbia liegt die Rate am höchsten. Hier erreicht sie 21%. In New Brunswick, Prince Edward Island, Newfoundland und Labrador gibt es jedoch kein solches Angebot. Es konnten keine weiteren Angaben zu Kanadas Geburtshäusern ausfindig gemacht werden.

United Kingdom und Irland

Das nationale Gesundheitssystem NHS (2014) von England ist in verschiedene Dienste gegliedert. Die primäre Gesundheitsversorgung wird durch verschiedene Berufsgruppen wie Hausärzte, Zahnärzte, Optiker und Apotheker gewährleistet. Die sekundäre Gesundheitsversorgung bezieht sich mehr auf spezialisierte Medizin. Die meisten Spezialisten arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis. Für Nordirland, Schottland und Wales sind eigene Gesundheitsorganisationen zuständig.

Gemäss NHS choices (2015) verfolgt das NHS in seiner Arbeit sieben Prinzipien: Das System soll für alle verständlich und zugänglich sein. Der Service soll mit kleinen Ausnahmen kostenlos sein. Die Betreuung soll von hoher Qualität, sicher sowie effizient sein und auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt. Im Interesse der Patienten arbeitet das NHS mit anderen Organisationen zusammen. Nach Angaben des NHS England (2017) übernimmt das Gesundheitssystem die geburtshilflichen Kosten. Die

Frauen haben die Wahlmöglichkeit zwischen einem hebammengeleiteten oder einem ärztlich geleiteten Betreuungsmodell.

Im vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (UK) gibt es gemäss dem Royal College of Midwives RCM (2011) insgesamt 97 Geburtshäuser. Davon befinden sich 60 in England, 22 in Schottland, 13 in Wales und 2 in Nordirland. 2011 wurde dieses Angebot gemäss RCM in England von 2%, in Schottland von 2.6% und in Wales von 4% genutzt. In Nordirland fanden im Jahr 2014 12% der Geburten in einem Geburtshaus statt, führt Midwifery unit network (2017) aus. Die hebammengeleitete Geburtshilfe steht hier für hohe Qualität. Laut Midwifery unit network (2017) zeigt sich jedoch eine Diskrepanz des Angebotes an hebammengeleiteter Geburtshilfe. Für sie ist aber ein Kulturwandel hin zur hebammengeleiteten Geburtshilfe erkennbar. Weiter beschreiben die Autoren, dass das Gesundheits- und Sozialsystem Nordirlands zum Ziel hat, allen Frauen die Betreuung in einem solchen System zu ermöglichen.

Das Gesundheitssystem Irlands ist ein zentral kontrolliertes und finanziertes System, dass für die gesamte Bevölkerung zugänglich ist, erläutert das European Midwives Liaison Committee EMLC (2001). Die öffentlichen Gesundheitsdienste werden zu 78% durch allgemeine Besteuerung finanziert. Weiter wird ausgeführt, dass 9% der Gesundheitsversorgung durch Prämien über die freiwillige, sogenannte Health Board und 13% durch Private finanziert wird. Die Private Versicherung ist freiwillig. Das öffentliche Gesundheitssystem hängt von der Existenz privater Krankenkassen ab, beschreibt das EMLC (2001) weiter. Frauen haben den Anspruch auf geburtshilfliche Betreuung durch eine Hebamme. Das Committee führt weiter aus, dass je nach Versicherungs-kategorie der Anspruch anders ist. Frauen, welche in der ersten Kategorie versichert sind, haben gemäss EMLC (2001) Anspruch auf alle Vergütungen. In der zweiten Kategorie haben sie zusätzlich das Recht auf eine Betreuung durch einen Hausarzt.

In Irland wurde die Geburtshilfe mehr und mehr medikalisiert (EMLC, 2001). Die Gesellschaft scheint die Geburt als ein mögliches Risiko für Mutter und Kind zu erachten. Daher finden gemäss EMLC (2001) 99.6% aller Geburten im Spital statt. In den Spitälern ist es üblich, dass die Hebamme die Leitung einer physiologischen Geburt übernimmt. Zusätzlich existieren Midwives clinics, das heisst Geburtshäuser welche sich im Spital befinden, erläutert das Committee weiter. Die genaue Anzahl der Geburtshäuser und weitere Informationen zu deren Finanzierung oder Organisation konnte nicht ausfindig gemacht werden.

Nepal

Mahato, van Teijlingen, Simkhada und Angell (2016) beschreiben, dass die primäre Gesundheitsversorgung in Nepal 1991 eingeführt wurde. Anschliessend wurde 1997 ein Programm zur Verbesserung der Geburtshilfe gestartet, führen die Autoren weiter aus. Es soll bei jeder Geburt eine kompetente Fachperson anwesend sein um die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind zu senken. Diese Betreuung soll in jeder Region und in jedem Setting frei zugänglich sein, so Mahato et al. (2016). Es fehle jedoch an kompetenten Fachpersonen, um diese Betreuung zu gewährleisten. Mahato et al. (2016) erwähnen, dass zudem eine Richtlinie existiert, welche eine nationalweite kostenlose Geburtshilfe garantieren soll, denn die Finanzierung stellt für die Bevölkerung eine Schwierigkeit dar.

Die geburtshilfliche Versorgung in Nepal ist gemäss der Autorenschaft auf drei Ebenen aufgebaut. Erstens „einfache“ Gesundheitszentren, welche eine erste Kontaktmöglichkeit und kleinere Untersuchungen anbietet. Zweitens Geburtshäuser, welche in das System verankert sind. So kann eine umfassendere geburtshilfliche Betreuung gewährleistet werden. Drittens existieren in der primären Versorgung geburtshilfliche Zentren, welche weitere Interventionen wie Kaiserschnitte oder Bluttransfusionen anbieten können, führen die Autoren aus. 2014 existierten, auf allen Versorgungsebenen zusammengefasst, 1134 Geburtszentren (Mahato et al., 2016). Diese Expansion hatte gemäss den Autoren Auswirkungen auf die Rate der Geburten in einer Fachinstitution, anstelle einer Hausgeburt. So stieg sie von 18% im Jahr 2006 auf 35% im Jahr 2011 an. Weitere Informationen zu Geburtshäusern in Nepal konnten nicht ausfindig gemacht werden.

Hong Kong

Wie GovHK (2016) erläutert, wird in Hong Kong das Gesundheitssystem durch das Gesundheitsministerium geregelt. Es regelt die Gesundheitspolitik sowie die gesetzlichen Vorgaben. Die gesellschaftliche Gesundheit soll gemäss GovHK (2016) durch präventive, kurative und rehabilitative Dienstleistungen gestärkt werden. Das Gesundheitssystem ist in zwei Dienstleistungsgebiete gegliedert und zwar in öffentliche und private Dienstleistungen, wie InterNations (2017) beschreibt. Eine Privatversicherung ist nicht nötig, da die Regierung alle Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr anbietet, so InterNations (2017) weiter. Jeder Bürger Hong Kongs, sowie alle Personen mit gültigem Visum, sind gemäss InterNations (2017) für die öffentliche Gesundheitsversorgung berechtigt. Die gesundheitlichen und geburtshilflichen Kosten werden durch die Regierung getragen. Dienst-

leistungen im Privatsektor, beispielsweise Geburten in einer Privatklinik, werden nicht immer übernommen (InterNations, 2017).

Es konnten keine Informationen bezüglich Geburtshäusern in Hong Kong ausfindig gemacht werden. Aus der Literatur können lediglich Informationen zur Geburt in einem öffentlichen oder privaten Spital entnommen werden.

Dänemark und Schweden

Das Gesundheitssystem von Dänemark wird in zwei Sektoren aufgeteilt – die primäre Gesundheitsversorgung und der Spitalsektor, schreibt das Ministry of health and prevention (2008). Laut dem Ministerium wird die primäre Gesundheitsversorgung durch die Hausärzte gewährleistet. Sie kümmern sich vorwiegend um allgemeine Gesundheitsprobleme und leicht therapierbare Krankheiten. Ihr Angebot ist für alle verfügbar. Das Ministry of health and prevention (2008) erläutert weiter, dass bei einer Krankheit oder einem Unfall der Weg zur Heilung grundsätzlich beim Hausarzt beginnt. Dieser schätzt die Gesundheitssituation des Patienten ein und entscheidet über eine weitere Behandlung bei einem Spezialisten oder im Spital. Dadurch wird laut dem Ministerium sichergestellt, dass ein Patient nicht eine unangemessene teure Behandlung bei einem Spezialisten oder im Spital erhält. Der Spitalsektor kümmert sich um komplexere medizinische Probleme, welche eine spezielle Behandlung, Ausstattung oder Intensivbetreuung brauchen, führt das Ministry of health and prevention (2008) weiter aus.

Die Prinzipien des dänischen Gesundheitssystems basieren auf kostenlosen Leistungen und Chancengleichheit, also Zugang zum System für alle, dokumentiert das Ministry of health and prevention (2008). Laut dem Ministerium sind die meisten Gesundheitsdienste kostenlos für die Nutzer. Die geburtshilflichen Kosten werden durch die Gesundheitssysteme gedeckt. 2005 machten die öffentlichen Ausgaben gemäss Ministry of health and prevention (2008) 84% der gesamten Gesundheitskosten aus und 16% private Ausgaben. Die private Gesundheitsversorgung deckt alle Unkosten bis auf Medikamente und Zahnarztbesuche. Um die grössten regionalen und lokalen Gesundheitskosten decken zu können, hat der Staat einen Taxwert von 8% festgelegt, so das Ministerium weiter. Das gesamte Gesundheitssystem ist gemäss Autoren für die Prävention von Behandlungen sowie die Ausbildung von Gesundheitspersonal und medizinische Forschung verantwortlich.

Es scheint üblich zu sein, dass low-risk Frauen in Dänemark von einem Hebammengeleiteten Betreuungsmodell begleitet werden, wie das European Midwives Liaison Committee EMLC (2001) schreibt. GynäkologInnen und Ärzte haben die Aufgaben, Frauen mit geringem Risiko an eine Hebamme weiterzuleiten, erörtert das Committee.

Somit gebären ungefähr 70 bis 75% aller Frauen ihr Kind unter Obhut einer Hebamme. In Dänemark gibt es gemäss EMLC (2001) sogenannte „Maternity clinics“. Dies sind hebammengeleitete Geburtshäuser, welche sich im Spital befinden. Ungefähr 10% der Geburten finden gemäss Autoren in solch einem Geburtshaus statt. Zur Finanzierung dieser Geburtshäuser konnten keine Informationen gefunden werden. Gemäss Overgaard (2016) scheinen lediglich drei freistehende Geburtshäuser in Dänemark zu existieren. Hier obliegt die Leitung den Hebammen, sie bilden auch das geburtshilfliche Team.

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales kümmert sich um die Gesundheitsversorgung und Versicherung, erklärt EMLC (2001). Schweden hat ein national organisiertes System der Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung, welches auf Gemeindeebene organisiert ist, so das Committee weiter. Die Einnahmequellen für die Gesundheitsversorgung sind: Besteuerung, das nationale Versicherungssystem, private Versicherungen und Privatinvestoren (EMLC, 2001). Die geburtshilfliche Versorgung wird laut dem Committee vollumfänglich vergütet. Zudem erklärt es, dass die Mutter Anrecht auf bis zu einem Jahr Mutterschaftsurlaub mit einer Vergütung von 80% ihres Gehaltes hat.

Traditionsgemäss haben Hebammen in Schweden eine starke und autonome Rolle an der Schnittstelle der reproduktiven und der öffentlichen Gesundheit (EMLC, 2011). Gemäss dem Committee arbeiten Schwedische Hebammen im gesamten Betreuungsbogen der Mutterschaft. Dadurch scheint eine Kontinuität der Betreuung gegeben zu sein. Dennoch finden die meisten Geburten in einem Spital statt, erläutert das European Midwives Liaison Committee (2001) weiter. In Stockholm gibt es laut dem Schwedischen Geburtshaus Födelsehuset (2017) mehrere Geburtshäuser, zwischen denen sich die Frauen entscheiden können. Zusätzlich gibt es gemäss Födelsehuset (2017) noch ein Geburtshaus in der Region Västra Götaland. Das Angebot ist somit eher gering. Die genaue Anzahl an Geburtshäusern konnte nicht ausfindig gemacht werden. Zusätzlich konnten keine weiteren Informationen zu Geburtshäusern in Schweden gefunden werden.

Deutschland und Österreich

Das deutsche Gesundheitssystem wird von verschiedenen Akteuren wie den Verbänden, Krankenversicherungen, oder dem Gesundheitsministerium getragen (gesundheitsinformation.de, 2015). Es gilt als selbstverwaltendes System. Eine ambulante Versorgung im Spitalsetting, sowie eine ambulante und stationäre Versorgung in einer Rehabilitationseinrichtung werden gemäss dem Autor gewährleistet. In Deutschland ist

eine Krankenkassenversicherung laut European Midwives Liaison Committee EMLC (2001) bereits seit 1883 Pflicht. Zur Zeit existieren verschiedene Grundversicherungen wie auch Privatversicherungen, so das Committee. Folgende geburtshilfliche Leistungen werden gemäss dem Autor durch die Grundversicherung zurückerstattet: vorgeburtliche, geburtshilfliche und postnatale Betreuung durch einen Arzt oder eine Hebamme, Medikamente und die Kosten einer Hausgeburt.

Gemäss Mother Hood e.V. (2016) betragen die Versicherungskosten einer freipraktizierenden Hebamme in Deutschland mittlerweile 6'300 Euro. Die Kosten sollen weiter steigen, 2017 zwischen 9% und 11%. Hinzu kommt die schlechte finanzielle Vergütung der Hebammenleistungen, betont Mother Hood e.V. (2016). Vorsorgeuntersuchungen und Wochenbettbetreuungen können laut Mother Hood e.V. (2016) die anfallenden Kosten kaum oder nicht decken. Es werden vor allem medizinische Eingriffe, wie Wehenmittelgabe, Anästhesie unter der Geburt oder operative Geburtsbeendigungen bezahlt (Mother Hood, 2016 e.V.). So kommt es, dass ein Kaiserschnitt mit weit mehr Geld vergütet wird als eine interventionsfreie Spontangeburt, zeigt Mother Hood e.V. (2016) auf. Die 1:1-Betreuung der Hebamme wird beispielsweise mittels einer Pauschale von 270 Euro, unabhängig von der Betreuungszeit, vergütet.

In Deutschland gibt es gemäss dem Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2017) 84 Geburtshäuser. Diese sind unterschiedlich über das ganze Land verteilt. 68.4% der Frauen erreichen ein Geburtshaus in ungefähr 20 Minuten und weitere 21% in einer Zeit von 21-40 Minuten (Netzwerk der Geburtshäuser e.V., 2017). Trotzdem gebären laut der Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V. (2015) im Jahre 2015 lediglich 1.3% der Frauen in einem solchen Setting.

Seit 2008 werden die Betriebskosten eines Geburtshauses direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet, erklärt das Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2017). Ob die anfallenden Kosten von der Versicherung der Klientin übernommen werden, muss gemäss Autor abgeklärt werden. Die Leitung in einem deutschen Geburtshaus wird durch die Hebammen gewährleistet (Netzwerk der Geburtshäuser e.V., 2017). Das Team besteht aus Hebammen, die in Kollaboration mit einem interdisziplinären Team arbeiten.

Das Sozialversicherungssystem Österreichs ist ein obligatorisches System und beinhaltet die Krankenversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung (European Midwives Liaison Committee EMLC, 2001). Die Finanzierung erfolgt durch eine Mischung aus Sozialversicherung (51%), Privatversicherung (8%), Kofinanzierungen (16%) und Besteuerung (25%), so EMLC weiter. Grundsätzlich werden gemäss dem

Autor die geburtshilflichen Kosten übernommen. Des Weiteren werden die Kosten für Medikamente, Spitalaufenthalt sowie die Nachbetreuung zu Hause gedeckt. Falls die Klientin eine freischaffende Hebamme zur Geburt wünscht, muss sie die Kosten durch die Sozialversicherung zurückerstatten lassen (EMLC, 2001). Sie erhält gemäss EMLC höchstens 80% der Kosten zurückerstattet. Eine Zusatzversicherung ermöglicht es den Frauen, weitere Hebammenleistungen zu decken (EMLC, 2001).

Gemäss der Geburtsallianz Österreich (2017) existieren insgesamt 14 Geburtshäuser, Entbindungsheime oder Hebammenpraxen, welche ausserklinische Geburten in Österreich durchführen. Diese werden laut Autor zusammenfassend als eine von einer Hebamme geleitete, selbständige, außerklinische Geburtseinrichtung definiert. In Österreich ist die Ausprägung dieses Angebotes unterschiedlich, so die Geburtsallianz Österreich (2017) weiter. Es gibt gemäss Autor mehrere hebammengeleitete Geburtseinrichtungen in Niederösterreich und Kärnten während dieses Konzept in Vorarlberg und Tirol sehr spärlich ist. Wie der Autor beschreibt nahmen im Jahre 2013 lediglich 1.47% der schwangeren Frauen das Angebot der ausserklinischen Geburtshilfe in Anspruch. Die Finanzierung von österreichischen Geburtshäusern scheint anspruchsvoll zu sein (derStandard.at, 2012). Das öffentliche Gesundheitssystem übernimmt selten die Gründungs- oder Betriebskosten eines Geburtshauses, so der Autor. Private Investoren ermöglichen gemäss dem Autor das Existieren der Geburtshäuser in Österreich. Die anfallenden Kosten einer Geburt im Geburtshaus werden in Österreich nur spärlich von den Versicherungen übernommen (derStandard.at, 2012). Die Klientinnen müssen einen grossen Teil der Kosten selber tragen, erklärt der Autor. Die Leitung der Geburtshäusern obliegt gemäss derStandard.at (2012) den Hebammen. Sie stellen das interne Fachpersonal dar. Zusätzlich besteht eine Kollaboration mit medizinischen Einrichtungen, um die nötige Behandlung in Notfallsituationen zu gewährleisten.

Niederlande und Frankreich

In den Niederlanden haben Hausärzte die gleiche Funktion wie in Dänemark. Sie triagieren die PatientInnen (European observatories on health systems and policies, 2016). Gemäss dem Autor, trat 2006 eine neue Reform in Kraft, die die Trennung zwischen öffentlicher und privater Versicherung durch eine universelle Krankenversicherung ersetzte. Die Grundversicherung garantiert den Klienten und Klientinnen eine bezahlbare Behandlung, so der Autor weiter. Gemäss European observatories on health systems and policies (2016) beurteilen die Niederländer die Qualität des Gesundheitssystems und ihrer Gesundheit als gut. Wesentliche Gesundheitsdienste sind laut Autor leicht zu erreichen. Das niederländische Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport verfolgt das Ziel, die Bevölkerung so lange wie möglich gesund zu halten und die

Kranken schnellstmöglich zu heilen (European observatories on health systems and policies, 2016). Zudem zeigt das Ministerium Bestrebungen darin, Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Einschränkung zu unterstützen und bestmöglich zu sozialisieren. Ihr Motto lautet: „Niederlande gesund und gut“ (European observatories on health systems and policies, 2016).

72% der Gesundheitsausgaben deckt die Krankenkasse (European observatories on health systems and policies, 2016). Zusätzlich werden 13% durch die allgemeine Besteuerung vergütet, so das Ministerium weiter. Die Grundversicherung deckt gemäss Autor die Kosten der Geburtshilfe, Krankenhausversorgung, Hauspflege, Arzneimittelpflege und der psychische Gesundheit. Geburtshilfliche Kosten müssen nie privat übernommen werden, auch falls die Höhe des Selbstbehalts noch nicht erreicht wurde (European observatories on health systems and policies, 2016).

Die Niederlande gilt als eines der sichersten Länder bezüglich der Geburtshilfe, erklärt Expatica (2015). Die gegebene freie Wahl des Geburtsortes, auch der Hausgeburt, scheint einmalig in der westlichen Welt, so der Autor. Die ausserklinische Geburtshilfe in Form der Hausgeburt hat sich in Holland bewährt (Expatica, 2015). Zudem werden gemäss Expatica (2015) die meisten low-risk Frauen bereits während der Schwangerschaft durch Hebammen betreut. Des Weiteren versuchen die Hebammen die Physiologie des Mutterwerdens bestmöglich zu unterstützen und zu wahren. Die niederländischen Geburtshäuser werden durch verschiedene Ressourcen finanziert (Hermus, Boesveld, Hitzert, Franx, de Graaf, Steegers, Wiegers & van der Pal-de-Bruin, 2017). Laut Hermus et al. (2017) werden 55% durch die Spitäler, 32% durch eine Geburtshilfeorganisation, 23% durch eine Stiftung und weitere 14% durch den Hebammenverband finanziert. Das erste Geburtshaus wurde 1883 eröffnet (Lescure, Schepman, Batenburg, Wiegers & Verbakle, 2017). In den Niederlanden existieren 23 Geburtshäuser (Hermus et al., 2017). Diese unterteilen sich gemäss Autoren in drei freistehende Geburtshäuser und 20 angrenzende Geburtshäuser. Laut Hermus et al. (2017) herrscht in allen Geburtshäusern eine behagliche Atmosphäre. Des Weiteren unterscheiden sich die Geburtshäuser klar von einer Gebärstation im Spital. Zudem obliegt die geburtshilfliche Verantwortung bei den Hebammen. Diese sind jedoch laut Hermus et al. (2017) nicht im Geburtshaus angestellt sondern freischaffend und können die Lokalitäten der Geburtshäuser nutzen. Die Geburtenrate in niederländischen Geburtshäusern konnte nicht ausfindig gemacht werden. 96% der Frauen nehmen während der Schwangerschaft, Geburt oder dem Wochenbett die Betreuung einer Hebamme in Anspruch (Royal dutch association of midwives, 2017).

In Frankreich gibt es eine obligatorische Krankenkassenversicherung (European Midwives Liaison Committee EMLC, 2001). Zudem kann eine Privatversicherung abgeschlossen werden, welche die Kosten für Zusatzleistungen übernimmt, so EMLC (2001) weiter. Die geburtshilflichen Kosten werden gemäss Committee grösstenteils durch die obligatorische Versicherung gedeckt. Laut EMLC (2001) werden alle Beratungen durch eine Hebamme vergütet.

Im Jahre 2013 wurde in Frankreich laut Ministère des solidarités et de la santé (2016) ein Gesetz zugunsten der Geburtshäuser geändert. Daraus geht hervor, dass ein Experiment mit neun Geburtshäusern gestartet werden soll. Die Bewilligung soll für mindestens zwei und höchstens fünf Jahre erteilt werden (Ministère des solidarités et de la santé, 2016). Anschliessend wird die Intervention gemäss Ministerium überprüft und reflektiert. Da es sich um ein Pilotprojekt handelt, sind die Anforderungen vertraglich geregelt (Haute Autorité de santé, 2014). Eine Kollaboration zu einem Spital muss gegeben sein, erläutert Haute Autorité de santé (2014) weiter. Klientinnen dürfen gemäss Autor höchstens 40 Minuten Entfernung zu einem Geburtshaus haben, um zur Geburt zugelassen zu werden. Somit kann nur eine beschränkte Anzahl an Schwangeren dieses Angebot wahrnehmen. Die Finanzierung dieses Projektes wird von der Öffentlichkeit getragen (Haute Autorité de santé 2014). Die geburtshilfliche Verantwortung in den Geburtshäusern obliegt den Hebammen. Zudem existieren spezifische Vorgaben, welche alle nötigen Bereiche regeln.

Schweiz

In der Schweiz ist eine Grundversicherung obligat (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2017). Die obligatorische Grundversicherung wird durch das Krankenversicherungsgesetz geregelt, führt das BAG (2017) weiter aus. Klare Regelungen zur Versicherungspflicht, Organisation, Leistungen und Leistungserbringer sind darin enthalten. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (2017) herrscht das Prinzip der Freizügigkeit, sprich die Krankenkassen müssen jede Person versichern. Der Leistungskatalog muss laut BAG (2017) bei allen Versicherungsgesellschaften identisch sein. Zudem wird geregelt, welche Institutionen und Berufsgruppen ihre Leistungen durch die Krankenkasse vergüten dürfen. Die Grundversicherung übernimmt die Kosten des staatlich festgelegten Leistungskatalogs (BAG, 2017). In der Schwangerschaft sind dies sieben Routineuntersuchungen bei einer Hebamme, sowie zwei Ultraschalluntersuchungen bei einem Arzt oder einer Ärztin. Die Finanzierung wird grösstenteils über Kopfprämien finanziert. Die Prämie kann unterschiedlich sein und hängt von den jeweiligen Pro-Kopf-Kosten ab, erklärt das Bundesamt weiter. Die jährliche Selbstbeteiligung kann gemäss BAG (2017) durch die Versicherten bestimmt werden. Zudem werden die Prämien für be-

dürftige Personen, fast ein Drittel der Schweizer Haushalte, von den Kantonen und dem Bund subventioniert.

In der Schweiz gilt der freie Wettbewerb für Versicherungen. Dies bedeutet, dass die privaten Kosten der Leistungen ausserhalb der Grundversicherung von den Versicherungen beeinflusst werden (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, 2017). Die Kosten der Gesundheitsleistungen werden gemäss SGGP (2017) im Wesentlichen von den Versicherten selber bezahlt. Beispielsweise für Zahnbehandlungen, nicht verschriebene Medikamente oder die Pflege zu Hause.

In der Schweiz existieren zurzeit 24 Geburtshäuser, vier weitere sind im Kanton Waadt geplant (Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz IGGH-CH, 2017). Gemäss Aubry und Cignacco (2015) sind klare regionale Unterschiede erkennbar. In Baselland und Waadt hat es mit aktuell vier Geburtshäusern das grösste Angebot (Schweizerischer Hebammenverband SHV, 2014). Lediglich ein Geburtshaus gibt es laut SHV (2014) in folgenden Kantonen: Aargau, Basel Stadt, Luzern, Nidwalden, Schaffhausen, Freiburg, Jura, Neuenburg und im Wallis. Zudem existieren jeweils zwei Geburtshäuser in Bern, Zürich und Genf. Im Jahre 2015 lag der Anteil an Geburten in einem Geburtshaus bei lediglich 1.6% (SHV, 2014).

Seit 2004 werden die Leistungen der Geburtshäuser von der Grundversicherung vergütet (IGGH-CH, 2017). Die meisten Geburtshäuser sind laut der Gesellschaft seit 2012 auf die Spitalliste aufgenommen worden. Das heisst, die Versicherung bezahlt einen einheitlichen Tarif für die Geburt in einem Geburtshaus. Die Verantwortung in Schweizer Geburtshäusern wird von den Hebammen getragen (IGGH-CH, 2017). Diese bilden gemäss Autor auch das geburtshilfliche Team. Zudem arbeiten sie eng mit weiteren medizinischen und psychosozialen Institutionen, um eine umfangreiche Betreuung zu gewährleisten, so die IGGH-CH (2017).

6.2 Chancengleichheit für Migrantinnen in der Schweiz

Chancengleichheit im Gesundheitssystem bedeutet, dass die gesamte Bevölkerung die gleichen Chancen hat, um ihr individuelles Gesundheitspotenzial ausschöpfen zu können (BAG, 2013). Durch die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz ist der Zugang zum System grundsätzlich gesichert (BAG, 2017). Sozial und finanziell benachteiligte Menschen haben zusätzlichen Anspruch auf Prämienverbilligung und Sozialleistungen (Sottas, Brügger & Jaquier, 2013). Trotzdem nehmen gemäss einer Studie von Sottas et al. (2013) nicht alle Personen die Versorgungsleistungen in Anspruch - insbesondere Migrantinnen und Migranten.

Die Ergebnisse eines Literaturreviews vom Bundesamt für Gesundheit (2013) mit Daten aus der Schweiz, Westeuropa und Amerika zeigen, dass die Migrationsbevölkerung in der Schweiz im Bereich der reproduktiven Gesundheit nicht optimal versorgt wird. Bei Migrantinnen kommt es gemäss BAG (2013) häufiger zu Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie sind in der Schweiz allgemein in einer schlechteren physischen und psychischen Gesundheitsverfassung als die übrigen Schweizer Bürger. Der Zugang zur adäquaten Schwangerschaftsvorsorge in der Schweiz ist nicht für alle Migrantinnen gewährleistet (BAG, 2013). Ausserdem weist die Untersuchung eine höhere Rate an perinataler Sterblichkeit und mütterlicher Mortalität bei Migrantinnen auf. Die Sectiorate sowie die Verlegungen auf die neonatale Intensivstation ist bei Migrantinnen, welche insbesondere aus Afrika und Lateinamerika stammen, ebenfalls erhöht. Die Ursachen sind vielschichtig. Einerseits gibt es gemäss BAG (2013) migrationsbedingte Faktoren wie traumatische Erlebnisse oder mangelnde Kenntnisse einer Landessprache, welche die Gesundheit negativ beeinflussen. Andererseits ist es die benachteiligte sozioökonomische Situation der Migrantinnen und Migranten, so das Bundesamt weiter. Sie haben oftmals ein unterdurchschnittliches Bildungs- und Einkommensniveau und sind häufiger von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen, erklärt das BAG (2013). Hinzu kommt das fehlende Wissen über das nationale Versorgungssystem sowie geringe Gesundheitskompetenz. Die Angebote der Schweizer Gesundheitsversorgung richten sich oft zu wenig an Migrantinnen (BAG, 2013). Die Patienten- und Zielgruppenorientierung sowie die Sprache müssen angepasst werden. Die Kumulierung dieser Ursachen führt bei Migrantinnen gemäss dem Bundesamt zu einer Mehrfachbelastung. Die Fachpersonen für die geburtshilfliche Betreuung sind in Bezug auf Migrantinnen und ihre Besonderheiten oft ungenügend geschult, so das BAG (2013) weiter. Es fehlt an transkultureller Kompetenz. Des Weiteren sind gemäss BAG (2013) gewisse Praktiken aus Afrika wie die weibliche Genitalbeschneidung in der Schweiz zu wenig bekannt. Es fehlt an Richtlinien zu Massnahmen unter der Geburt und dadurch kommt es zu Geburtskomplikationen.

Gerber und Grassi (2011) schreiben, dass das Modell der Hebammengeburt die reproduktive Gesundheit von Frauen allgemein und möglicherweise auch deren der Migrantinnen fördern kann. Dadurch würden Gesundheitskosten eingespart werden können. Würden alle Hebammen ihre ethische Verantwortung wahrnehmen und sich für transkulturelle Betreuung einsetzen, würde auch dem Migrationsaspekt Rechnung getragen werden, betonen Gerber und Grassi (2011) weiter.

Das Bundesamt für Gesundheit hat 2002 das nationale Programm Migration und Gesundheit lanciert (BAG, 2013). Dieses Programm hat gemäss Bundesamt zum Ziel, die

Gesundheit der Schweizer Migrationsbevölkerung zu fördern. Zudem soll es zur Chancengleichheit bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem beitragen. Es richtet sich hauptsächlich an Personen mit einem niedrigen sozialen Status, wenig Gesundheitskompetenz und den daraus folgenden gesundheitlichen Problemen, so das BAG (2013) weiter. Dadurch soll die Integration verbessert werden, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Wirkung des Programms wurde gemäss BAG (2013) bereits zweimal in den Jahren 2007 und 2013 evaluiert und daraus resultierend dessen Durchführung bis Ende 2017 verlängert.

6.3 Synthese der Gesundheitssysteme und des Angebots

Zusammenfassend werden die Ergebnisse zum weltweiten Angebot von Geburtshäusern und deren Einbettung im Gesundheitssystem der untersuchten Länder verglichen. Die unten aufgeführte Tabelle 1 ermöglicht einen Überblick der Ergebnisse.

Tab. 1: Internationaler Vergleich der Gesundheitssysteme und der Geburtshäuser

	AUS	NZL	USA	CAN	UK	NPL	HGK	DNK	SWE	IRL	DEU	AUT	NED	FRA	SUI
Allgemeine geburtshilfliche Kennzahlen															
Allgemeine Geburtenzahlen 2015	305'377 (1)	61'038 (2)	3'978'497 (3)	392'902 (4)	776'746 (3)	577'000 (5)	599'000 (6)	58'205 (3)	114'870 (3)	65'537 (3)	737'575 (3)	84'381 (3)	170'510 (3)	799'671 (3)	86'559 (7)
Sectorate 2013 der Gesamtge- burtenzahl	33% (8)	25.8% (9)	32.5% (9)	26.3% (9)	23% (9)			22.2% (9)	16.4% (9)	28.5% (9)	30.9% (9)	32,1% (9)	15,6% (9)	20,8% (9)	32,5% (9)
Mütterliche Mortalitätsrate 2015 (100'000 Gebur- ten)	6 (10)	11 (10)	14 (10)	7 (10)	9 (10)	258 (10)	1.6 (11)	6 (10)	4 (10)	8 (10)	6 (10)	4 (10)	7 (10)	8 (10)	5 (10)
Neonatale Mor- talitätsrate 2015 (1'000 Geburten)	2 (12)	3 (12)	4 (12)	3 (12)	2 (12)	22 (12)	1.5 (13)	3 (12)	2 (12)	2 (12)	2 (12)	2 (12)	2 (12)	2 (12)	3 (12)
Primäre Gesundheitsversorgung															
Obligatorische Grundversiche- rung			Obama Care (19)								√ (30)	√ (30)	√ (37)	√ (30)	√ (7)
Anzahl Geburts- häuser			345 (20)		97 (25)			3 (29)			84 (32)	14 (36)	23 (38)	9 (39)	24 (41)
Geburtenrate in den Geburts- häusern	2007: 2,2% (14)			Regional unter- schied- lich: von 0 - 21% (23)	2011: 2 - 4% (25)			Ca. 10% (30)			2015: 1,3% (33)	2013: ausser- klinisch 1.47% (36)			2015: 1.6% (42)
Finanzierung															
Finanzierung des Geburts- hauses: Privat & Öffentlich			√ (21)								√ (32)	Nur privat (35)	Nur öffentlich (38)	√ (40)	√ (41)
Vergütung der allgemeinen Hebammenlei- stungen	√ (15)	√ (18)	Obama Care (19)	√ (22)	√ (24)	√ (27)	√ (28)	√ (31)	√ (30)	√ (30)	√ (30)	Zusatz- versi- cherung (30)	√ (37)	√ (30)	√ (41)
Versicherung der Frau: Sozial und oder Privat	√ (16)	√ (18)	Obama Care (19)	√ (22)	√ (24)		√ (28)	√ (31)	√ (30)	√ (30)	√ (30)	√ (30)	Univer- selle Versiche- rung (37)	√ (30)	√ (7)

	AUS	NZL	USA	CAN	UK	NPL	HGK	DNK	SWE	IRL	DEU	AUT	NED	FRA	SUI
Organisation der Geburtshäuser (GH)															
Geburtshilfliche Verantwortung: Hebamme			√ (21)					√(30)			√ (32)	√ (35)	√ (38)	√ (40)	√ (41)
Geburtshilfliches Team: Hebammen			√ (21)					√(30)			√ (32)	√ (35)	√ (38)	√ (40)	√ (41)
Kollaboration: Spital			√ (21)					√(30)			Interdisziplinäres Team (32)	√ (35)	√ (38)	√ (40)	√ (41)
Vorgaben für Geburtshäuser															
Allgemeine geburtshilfliche Leitlinien	√ (17)	√(17)	√ (20)	√ (20)	√ (26)										√ (43)
Existierende Leitlinien für Geburtshäuser			√ (20)	√ (20)	√ (26)	√ (27)								√ (40)	√ (43)
Existierende Vorgaben für Geburtshäuser im Netz											Qualitätsvereinbarung (34)				√ (43)

■ : Es konnten keine Informationen gefunden werden

1: Australian bureau of statistics, 2016

2: Stats NZ, 2016

3: Statista, 2017

4: Statistics Canada, 2016

5: Every preemie scale, n.d.

6: Census and statistics department, 2017

7: Bundesamt für Gesundheit, 2017

8: Australian institute of health and welfare, 2015

9: Supermed, 2015

10: WHO, 2015

11: HealthyHK, Department of Health, Maternal mortality ratio, 2015

12: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015

13: HealthyHK, Department of Health, Infant mortality rate, 2015

14: Australian Government, Department of Health, 2011

15: Australian Government, Department of Health and Ageing, 2009

16: AIHW, 2014

17: royal Australian and New Zealand college of obstetricians and gynaecologists, 2016

18: Ministry of Health, 2016

19: Obamacare facts, 2017

20: AABC, 2017

21: CNN, 2015

√: positives Ergebnis der jeweiligen Untersuchungsvariable

22: Government of Canada, 2016

23: Canadian association of midwives, 2017

24: NHS England, 2017

25: RCM, 2011

26: NICE

27: Mahato et al., 2016

28: Inter Nations, 2017

29: Overgaard, 2016

30: EMLC, 2001

31: Ministry of health and prevention, 2008

32: Netzwerk der Geburtshäuser e.V., 2017

33: Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V., 2015

34: Berufsverbänden der Hebammen & GVK-Spitzenverband, 2012

35: der Standard.at, 2012

36: Geburtsallianz Österreich, 2017

37: European observatories on health systems and policies, 2016

38: Hermus et al., 2017

39: Ministère des solidarités et de la santé, 2016

40: Haute Autorité de santé, 2014

41: IGGH-CH, 2017

42: SHV, 2014

43: Staat Freiburg, 2015

Allgemeine Geburtshilfliche Kennzahlen

Die allgemeine Geburtenrate ist international sehr unterschiedlich. In der Schweiz lag die Geburtenrate 2015 bei 86'5597 Geburten verglichen mit der Geburtenrate in den USA mit 3'978'497 Geburten (Bundesamt für Gesundheit, 2015; Statista, 2017). Die Sectorate ist international eher hoch. In den meisten der untersuchten Länder liegt sie bei über 25% (Supermed, 2015). Lediglich in fünf Länder liegt sie darunter. 2013 lag die Sectorate gemäss Supermed (2015) in der Schweiz bei 32,5%. Dies ist fast doppelt so hoch verglichen mit 15,6% in den Niederlanden oder 16,4% in Schweden (Supermed, 2015). Die mütterliche und kindliche Mortalitätsrate ist international tief. Die kindliche Mortalitätsrate lag 2015 durchschnittlich bei 2 pro 1000 Geburten, die mütterliche Mortalitätsrate im selben Jahr bei 7,5 pro 100'000 Geburten (UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015; WHO, 2015). Es lässt sich sagen, dass die Mortalitätsrate in industrialisierten Ländern allgemein tiefer ist. In Nepal lag die mütterliche Mortalitätsrate 2015 beispielsweise bei 258 pro 100'000 Geburten und die kindliche bei 22 pro 1000 Geburten (WHO, 2015; UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015). In der Schweiz lag gemäss Autoren die mütterliche Mortalitätsrate im Jahr 2015 bei 5 pro 100'000 Geburten und die kindliche bei 3 pro 1000 Geburten.

Primäre Gesundheitsversorgung

In einigen europäischen Ländern wie Deutschland, Österreich, Niederland, Frankreich und der Schweiz ist eine Grundversicherung obligat (European Midwives Liaison Committee EMLC, 2001). Diese soll gemäss EMLC (2001) die anfallenden gesundheitlichen Kosten decken und eine kostengünstige medizinische Grundversorgung gewährleisten. In den USA wurde versucht, durch Obamacare das System der obligatorischen Krankenkassenversicherung einzuführen (Obamacare facts, 2017). Für die weiteren untersuchten Länder konnten keine Angaben über eine obligatorische Versicherung ausfindig gemacht werden.

Das weltweite Angebot an Geburtshäusern ist sehr unterschiedlich, aber überall eher gering. In Frankreich wird diese Entbindungsart beispielsweise erst getestet während in den UK-Ländern bereits 97 Geburtshäuser existieren und weitere Bestrebungen zur Förderung von Geburtshäusern erkennbar sind (Ministère des solidarités et de la santé, 2016; Royal College of Midwives RCM, 2011). Die allgemeine Geburtenrate in den Geburtshäusern ist weltweit sehr niedrig. In den meisten Ländern liegt sie unter zwei Prozent. In der Schweiz lag die Rate 2015 gemäss Schweizerischem Hebammenverband SHV (2015) bei 1,6%.

Finanzierung

Zur Finanzierung der Geburtshäuser lässt sich nur wenig finden. In sieben der 15 untersuchten Länder liessen sich keine Angaben diesbezüglich ausfindig machen. In den übrigen acht Ländern werden die geburtshilflichen Kosten der Geburtshäuser durch das Gesundheitssystem, sprich durch soziale Versicherungen getragen. In der Schweiz werden beispielsweise alle Leistungen von Geburtshäusern, welche auf der Spitalliste aufgenommen sind, übernommen (Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz IGGH-CH, 2017). Die Kosten der Gründung eines Geburtshauses werden meistens durch private Investoren getragen. Die allgemeinen Kosten der Hebammenleistungen werden in allen untersuchten Ländern durch die Versicherung gedeckt. Die internationalen Versicherungssysteme sind in zwei Bereiche geteilt, die Sozial- und Privatversicherung, wobei die Privatversicherung zusätzliche Leistungen vergütet. In den Niederlanden wurde eine Universalversicherung eingeführt. Hier gibt es nur ein Versicherungssystem (European observatories on health systems and policies, 2016).

Organisation der Geburtshäuser

Die geburtshilfliche Verantwortung in den Geburtshäusern obliegt den Hebammen. Sie übernehmen die Leitung des Geburtshauses. Zudem besteht das geburtshilfliche Team aus kompetenten Hebammen. Alle Geburtshäuser stehen in Kollaborationen zu Spitälern. Dadurch wird die Behandlung in Notfallsituationen sichergestellt. Der Zugang zu weiteren medizinischen und sozialen Institutionen wird von den Geburtshäusern gewährleistet. Zu den Ländern Kanada, Nepal, Hong Kong, Schweden und Irland konnten keine Informationen zur Organisation eines Geburtshauses gefunden werden.

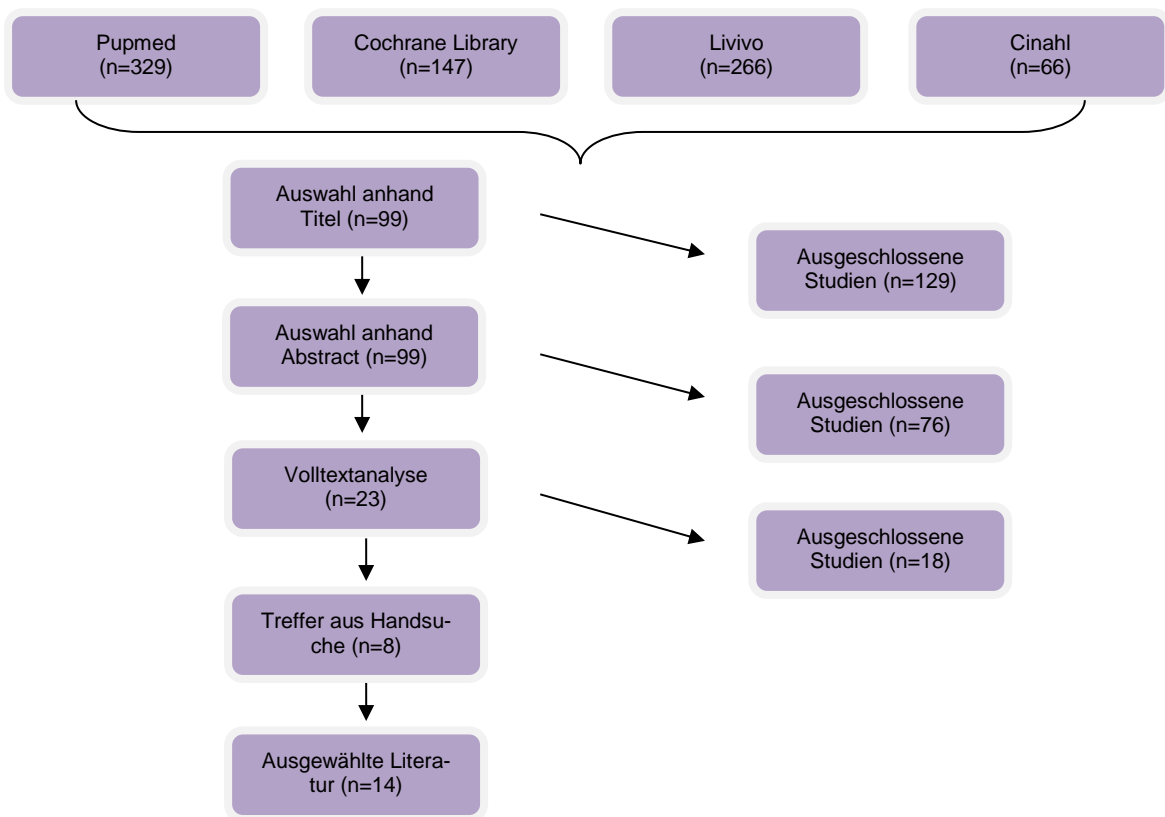
Vorgaben in Geburtshäusern

Die Ergebnisse der Suche zu den Vorgaben der Geburtshäuser war anspruchsvoll. Lediglich in sieben der 15 untersuchten Ländern konnten spezifische Vorgaben für Geburtshäuser ausfindig gemacht werden. In der Schweiz existiert eine Leitlinie zu den Vorgaben der Geburtshäuser. Diese ist jedoch nicht sehr ausführlich. In Deutschland existiert eine Qualitätsvereinbarung an die sich die Geburtshäuser halten müssen.

6.4 Ergebnisse der Literatursuche und Analyse des Literaturreviews

Wie in den Methoden beschrieben, wurde eine systematische Suche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Die nachfolgende Abbildung 1 gibt Aufschluss über die durchsuchten Datenbanken und die gefundene Literatur.

Abb. 1: Erläuterung der Literaturrecherche



Einige Literatur wurde bereits anhand des Abstracts der Studie oder des Reviews ausgeschlossen. Dies hatte Gründe wie das Fehlen von Informationen zur Beantwortung der Fragestellung, Vergleich zwischen Hausgeburt und Spitalgeburt und Untersuchungen zur Implementation der Geburtshäuser, sprich vor und nach der Eröffnung. In der nachfolgenden Tabelle 2 sind weitere Ergebnisse der Literaturrecherche aufgelistet, welche jedoch aus unterschiedlichen Gründen ausgeschlossen wurden. Drei Studien untersuchten nicht jene Outcomes, welche für den internationalen Vergleich vorgegeben waren. In einer weiteren Studie wurde kein freistehendes Geburtshäuser miteinbezogen. Bei der vierten ausgeschlossenen Studie handelt es sich lediglich um die Beschreibung zur Durchführung einer zukünftigen Studie. Eine weitere Studie wurde aufgrund des Einschluss fünf Unterstudien, wobei nur eine unsere Fragestellung hätte beantworten können ausgeschlossen. Ausserdem konnte eine aktuellere passendere Studie zu diesem Land eingeschlossen werden.

Tab. 2: Ausgeschlossene Studien

AutorInnen Jahr	Fragestellung	Design	Methode / Intervention	Ausschlussgründe
Hermus, Wiegers, Hitzert, Boesveld, van den Akker, van Marle, Akkermans, Bruijnzeels, Franx, de Graaf, Rijnders, Steegers & van der Pal-de Bruin (2015)	Wie wirkt sich eine Neueröffnung einer AMU auf die Qualität der Region aus? Kosten-Nutzen-Vergleich?	Quantitative und qualitative Studien (5 einzelne Unterstudien)	- Beobachtungen und Datenanalyse - Umfragen mit Patienten, Betreuungs- und Kaderpersonen von Geburtshäusern, - Interviews einzeln und in Gruppen	Es handelt sich um eine Beschreibung zur Durchführung einer zukünftigen Studie. Die Ergebnisse werden in diesem Artikel noch nicht beschrieben und können somit nicht verglichen werden.
Schröder, Petrou, Patel, Hollowell, Puddicombe, Redshaw, Brocklehurst (2012)	Wie unterscheidet sich der Kosten-Nutzen-Vergleich in den Settings?	Ökonomische Analyse aus einer quantitativen Studie aus England	Daten wurden aus jedem Setting, welches zum NHS gehört, analysiert.	Die Studie behandelt keine von den Autorinnen definierten maternalen oder neonatalen Outcomes. Stattdessen werden die geburtshilflichen Kosten in den vier Settings (zu Hause, AMU, FMU und Spitalgeburt) verglichen, was keine der Fragestellungen dieser Bachelor-Thesis beantwortet.
Hollowell, Rowe, Touned, Knight, Li, Linsell, Redshaw, Brocklehurst, Macfarlane, Malow, McCourt, Newburn, Sandal I& Silvertan (2015)	Wie sind die Entwicklung der Geburtshilfe und die Entscheidungsfindung? Wie sind die Interventions- und Transferraten?	Zweitanalyse einer quantitativen Studie aus England	Es wurde eine Datenanalyse durchgeführt. Diese sollte weitere Ergebnisse liefern.	Die Studie enthält fünf Unterstudien. Lediglich eine dieser Studien behandelt das Thema Outcomes und könnte zur Beantwortung der Fragestellung genutzt werden. Aus der gesamten Studie konnten zu wenige Informationen entnommen werden. Zudem konnte bereits eine aktuellere Studie von England eingeschlossen werden, welche die Fragestellung ausreichend beantwortet und von hoher Qualität ist.

Hofmeyr, Manco-tywa, Silwana-Kwadjo, Mgodlwa, Lawrie & Glüme-zoglu (2014)	Wie beeinflusst eine Neueröffnung eines an ein Spital angrenzendes Geburtshaus das Spital?	Retrospektive Datenanalyse	Datenvergleich vor und nach der Eröffnung. Die Datenerhebung dauerte jeweils ein Jahr. Die Daten wurden von den Fachpersonen erhoben.	Es werden die Geburtenzahl, der Geburtsmodus und die maternale und neonatale Mortalität untersucht. Diese Variablen decken sich nicht mit jenen der Bachelor-Thesis. Somit kann mit dieser Studie die Fragestellung nicht ausreichend beantwortet werden. Zudem handelt es sich um die Implementierung eines an ein Spital angrenzendes Geburtshaus, was sich wesentlich von freistehenden Geburtshäusern unterscheidet. Weiter können die Daten verzerrt sein, da der neue Betrieb Zeit benötigt, um anzulaufen, optimal strukturiert zu werden und bestmögliche vergleichbare Resultate erzielen zu können. Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass in der Studie keine Statistik angewandt wurde. Somit gibt es ein hohes Risiko für Bias.
DeJong, Akik, EL Kak, Osman, El.Jardali (2010)	Wie unterscheidet sich die maternale und neonatale Gesundheit zwischen privaten und öffentlichen Spitälern?	Qualitative Datenerhebung	Es wurde eine Umfrage, mittels Fragebogen, durchgeführt.	Es wurde ein Vergleich der geburtshilflichen Outcomes von allen Spitälern durchgeführt. Die erhobenen Zahlen der Spitälern wurden in einem statistischen Bericht zusammengefasst. Es werden keine Geburtshäuser untersucht oder verglichen. Das qualitative Design entspricht auch nicht den Einschlusskriterien der Autorinnen.
Wernham et al. (2016) PLOS Medicine	Wie unterscheiden sich fetale und neonatale Outcomes, wenn man von einem Arzt bzw. von einer Hebamme betreut wurde?	retrospektive Kohortenstudie	Geburtshilfliche Daten werden in Neuseeland routinemässig von der Betreuungsperson erhoben. Von diesen Daten wurde die Mortalität und Morbidität untersucht.	Die untersuchten Outcomevariablen geburtsbedingte Mortalität, Totgeburt, neonatale Mortalität, 5' APGAR <7, intrauterine Hypoxie, geburtsbedingte Asphyxie und neonatale Enzephalopathie decken sich nicht mit den Outcomevariablen, welche aus den anderen Studien und Reviews untersucht und miteinander verglichen werden können (mit Ausnahme des APGAR-Scores). Diese Studie enthält zu wenige Informationen zum Vergleichen. Es wurde eine passendere Studie aus Neuseeland eingeschlossen.

Aus der Literaturrecherche ergaben sich fünf quantitative Studien, drei Reviews und sechs Leitlinien. Die Qualität aller eingeschlossenen Studien haben ein Evidenzniveau von mindestens drei. Die Studien stammen aus den Ländern, England (Hollowell, Li, Bunch & Brocklehurst, 2017), Neuseeland (Dixon, Prileszky, Guilliland, Miller & Anderson, 2014), Australien (Monk, Tracy, Foureur, Grigg & Tracy, 2014), Dänemark (Fischer Christensen & Overgaard, 2017) und Nepal (Rana, Rajopadhyaya, Bajracharya, Karmacharya & Osrin, 2003). In den Reviews sind insgesamt 74 weitere Studien enthalten. Das Review von Alliman und Phillippi (2016) schliesst zusätzlich die Länder USA, Kanada, Schweden, Deutschland und Schottland mit ein. Sandall, Soltani, Gates, Shennan und Devane (2016) untersuchten Australien, Kanada, Irland und United Kingdom. Das Review von Devane et al. (2010) ergänzt den internationalen Vergleich mit Hong Kong.

Eine differenzierte Auflistung der eingeschlossenen Literatur lässt sich aus folgenden Tabellen 3 bis 5 entnehmen.

Tab. 3: Eingeschlossene quantitative Studien

AutorInnen, Jahr, Publikationsort	Fragestellung	Design	Population Sample	Methode / Intervention	relevante Ergebnisse
Monk et.al (2014) <i>BMJ Open Journal</i>	Wie unterscheiden sich maternale und neonatale Outcomes und Morbidität bei einer Geburt im Geburtshaus (FMU) verglichen mit einer Spitalgeburt (Drittclassen-Spital)?	Prospektive Kohortenstudie	<u>Population:</u> 494 Frauen in FMU, 3157 Frauen im Spital <u>Setting:</u> 2 FMUs, (ein ländliches und ein städtisches) und 2 Spitäler als Kontrollgruppe in New South Wales, Australien <u>Zeitraum:</u> 2010 bis 2011	Hebammen erfassten primäre und sekundäre Outcomes nach der Geburt nach der Intention-to-treat-Methode.	<u>Primäre und sekundäre maternale outcomes:</u> - in den FMU mehr Spontangeburt (SG), spontaner Wehenbeginn, physiologisches Management der Austreibungsperiode (AP), Blutverlust (BV) <500ml und <1000ml - in den FMU weniger Sectiones, Einleitungen, Unterstützung der Wehentätigkeit mit Medikamenten und Analgesie mit Narkotika - keine Unterschiede bzgl. vaginal-operativen Geburten, Sectiones nach Geburtsbeginn, BV >1000ml, Analgesie mit PDA, Geburten ohne Analgesie und Geburtsverletzungen - Eine Sectio mit Hysterektomie wurde in einem näheren Spital bei der FMU durchgeführt, da die Mutter aufgrund einer FW-Embolie instabil war. 5 Frauen vom Spital hatten eine Hysterektomie nach Atonie >1000ml. Eine davon wurde in ein anderes Spital verlegt. <u>Primäre und sekundäre neonatale outcomes:</u> - in den FMU höhere Stillrate, - in den FMU weniger Verlegungen auf Neonatologie (Neo), Reanimationen, Frühgeburt <37.SSW und Geburtsgewicht <2500g - keine Unterschiede beim 5' APGAR <7, SS-Alter zwischen 37.- 41. SSW. - Neonatale Morbidität bei 3 Babys von den FMU und 46 vom Spital. Eines dieser 46 Babys starb, zwei wurden in ein anderes Spital verlegt - 31 perinatale Todesfälle: 16 (0.44%) Totgeburten. 4 davon aus dem Geburtshaus und 12 aus der Spitalgruppe. Die restlichen 15 Todesfälle waren in der Spitalgruppe.
Rana et al. (2003) <i>Health Policy and Planning</i>	Wie ist die Qualität eines hebammengeleiteten Geburtshaus (BC) ver-	Quantitative Studie	<u>Population:</u> 550 Frauen im BC, 438 Frauen in CMU <u>Setting:</u>	Datensammlung und Interviews postpartal 8 Kranken-	<u>Geburtsmodus:</u> - Im BC gab es 95.8% SG und 2% Sectio verglichen mit 87.2% SG und 5.5% Sectio in der CMU. Die Sectorate im BC war signifikant tiefer <u>Interventionen:</u>

	<p>glichen mit einem ärztlich geleiteten Geburtshaus (CMU) in Nepal?</p>		<p>Ein Geburtshaus mit einer Hebammengeleiteter und einer ärztlich geleiteter Abteilung in Nepal</p> <p><u>Zeitraum:</u> 03.11.97 – 13.02.98</p>	<p>Schwestern erhoben alle Daten. Die Frauen erhielten nach der Geburt innerhalb eines Tages ein standardisiertes Interview und nach 8 Wochen noch einmal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im BC gab es weniger Episiotomien, aber mehr Geburtsverletzungen. Eine Frau jeder Gruppe erlitt einen Damriss (DR) III. Grades - 53.2% erhielten im BC einen künstlichen Blasensprung (KBS), in der CMU 42.3%. - 12.2% erhielten Wehenmittel im BC und 46.9% in der CMU - Im BC gab es weniger mekoniumhaltiges Fruchtwasser (mek-FW) (8% vs.12.8%) - Im BC wurden keine Einleitungen vorgenommen. Frauen in der CMU wurden ermutigt, zur Einleitung mit Prostaglandinen oder KBS und Wehenmittel zuzustimmen. 65 erhielten Prostaglandine, 43 von ihnen aufgrund Übertragung (9.8%). Die Einleitung hatte keine Auswirkungen auf den Geburtsmodus, mek-FW, APGAR oder Verlegung. Sie war jedoch assoziiert mit mehr Wehenmittelgabe <p><u>Outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Geburtsdauer unterschied sich in den beiden Settings nicht signifikant. - Kein Unterschied bei der Geburtsdauer und 1' APGAR - NG vom BC wurden weniger häufig auf die Neo verlegt - Es gab 3 neonatale Todesfälle im BC und 2 Totgeburten - Es gab 2 neonatale Todesfälle in der CMU - Alle 3 Todesfälle vom BC und 3 Todesfälle in der CMU waren aufgrund Asphyxie. Die übrigen Todesfälle aufgrund kongenitalen Anomalien. - 12.9% vom BC und 14.8% der CMU entwickelten Komplikationen. Die häufigsten Ursachen waren Geburtsstillstand, prolongierter Blasensprung und fetaler Stress. Weniger als 1% aller Gründe waren eine Plazentaretention mit oder ohne postpartaler Hämorrhagie und hypertensive Komplikationen. <p><u>Positive Korrelation Wehenmittel und fetaler Stress:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt eine mögliche Assoziation zwischen fetalem Stress und Wehenmittelgabe. - 6.7% erhielten kein Wehenmittel, hatten aber mek-FW. - 18.8% erhielten Wehenmittel und hatten mek-FW. - Von den Frauen auf der Privatabteilung erhielten 34.7% Wehenmittel verglichen mit 26.8% auf der allgemeinen Abteilung.
--	--------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					- Bei mek-FW soll ein Pädiater zur Geburt gerufen werden. Von 100 Fällen war dies bei 74% der Fall. 41% der NG wurden bei mek-FW abgesaugt und intubiert.
Fischer & Overgaard (2017) <i>BMJ Open Journal</i>	Wie unterscheiden sich perinatale und maternale Morbidität, der Gebrauch von Interventionen unter der Geburt, der Gebrauch von Schmerzmitteln und Geburtspositionen bei einer Geburt im Geburtshaus (FMU) verglichen mit einer Geburt (OU) im Spital für low-risk Frauen und Erstgebärende?	Beobachtungsstudie und Zweitanalyse einer matched-Kohortenstudie	<u>Population:</u> 839 low-risk Frauen in FMU, 839 low-risk Frauen in OU (Kontrollgruppe) In beiden Gruppen nehmen jeweils 215 Primis und 624 Multiparas teil. <u>Setting:</u> 2 FMUs (170 und 130 Geburten pro Jahr) und 2 OUs (3500 und 1400 Geburten pro Jahr) in Dänemark. <u>Zeitraum:</u> 03/2004 – 10/2008	Eine oder zwei Hebammen jedes Settings gilt als Projektmitglied, welche nach schriftlichen Anweisungen die Daten erhoben. Die Intention-to-treat-Methode wurde angewandt.	<u>Primäre Outcomes:</u> in den FMUs mehr unkomplizierte SG mit gutem Zustand von Mutter und Kind für Primi- und Multipara (mehr als doppelt so viele), weniger Sectiones für alle Paritäten (60% tiefer bei Primis). <u>Sekundäre perinatale Outcomes:</u> keine Unterschiede bei 5' APGAR <9, Verlegung auf Neo in den ersten 24h und kindlicher Wiedereintritt <u>Sekundäre maternale Outcomes:</u> - Multipara in den FMU mehr intakte Perineum (Primipara auch aber nicht signifikant), - keine Unterschiede bei DR III und IV in den FMU weniger maternale Wiedereintritte in den ersten 28 Tagen (keine Unterschiede der Parität) - weniger vaginal operative Geburten und Wehenunterstützung für jede Parität <u>Weitere Outcomes:</u> - Weniger PDA in den FMU - mehr Wassergeburt und aufrechte Geburtspositionen in den FMU (Multipara signifikant). - 124 (14.8%) wurden von den FMU verlegt. 36.7% waren Primipara, 7.2% Multipara. Bei beiden waren die häufigsten Gründe Geburtsstillstand. Für Primipara 53.2% und Multipara 28.9%. Der zweithäufigste Grund war PPH >500ml (17.8%)
Hollowell et al. (2017) <i>BMJ Open Journal</i>	Wie unterscheiden sich die Outcomes in freistehenden (FMU) und an Spitälern angrenzenden Geburtshäusern (AMU) je nach Parität?	Zweitanalyse aus einer quantitativen Studie aus England	<u>Population:</u> 11'265 Frauen in FMUs und 16'673 Frauen in AMUs <u>Setting:</u> 53 FMUs, 43 AMUs und 36 OUs <u>Zeitraum:</u>	Hebammen erfassten die geburtshilflichen Daten postpartum	<u>Primäre perinatale Outcomes:</u> keine Unterschiede in AMU und FMU und Parität bezüglich ungünstigen perinatalen Outcomes, <u>Outcomes Nullipara:</u> - in FMU weniger vaginal-operative Geburten. (10.8% vs. 16.33%), PDA/SA (18.9% vs. 24.4%), Wehenmittelgabe (13.9% vs. 18%), Episiotomien (16% vs. 22.1%) und aktives Management der AP (79.8% vs. 87.2%) - Nicht signifikante Reduktion von Transfers (0.2% vs. 1%) - In FMU mehr unkomplizierte SG (78.8% vs. 71.5%)

			04/2008-04/2010		<ul style="list-style-type: none"> - Keine Unterschiede bei intrapartaler Sectio, DR III und IV, Bluttransfusion, Stillbeginn und ein Bad zur Schmerzlinderung <u>Outcomes Multipara:</u> - in FMU weniger vaginal-operative Geburten (1.1% vs. 2.5%), DR III und IV (0.9% vs. 1.6%), PDA/SA (3.5% vs. 5.9%), Wehenmittelgabe (1.4% vs. 2.4%), Episiotomie (2.3% vs. 3.7%) und aktives Management der AP (76.2% vs. 84.6%) - Mehr unkomplizierte SG (97% vs. 94.6%) und Bad zur Schmerzlinderung (40.6% vs. 23.2%) - Nicht signifikante Reduktion von Transfers (0.1% vs. 0.4%) - Keine Unterschiede bei intrapartaler Sectio, Bluttransfusion und Stillbeginn.
Dixon et al. (2014) <i>New Zealand college of midwives- Journal 50</i>	Wie sind die demografischen Unterschiede, neonatalen Outcomes und Transferraten in den verschiedenen Geburten-Settings? Vergleiche mit den Resultaten aus einer quantitativen Studie aus England	Retrospektive Beobachtungsstudie	<u>Population:</u> 61'072 Frauen <u>Setting:</u> zu Hause, Geburtshaus, sekundäre und tertiäre Geburtenabteilung im Spital <u>Zeitraum:</u> 2006-2010	Daten aus der New Zealand college of midwives clinical outcomes research database wurden für die Jahre 2006-2010 analysiert und mit einer quantitativen Studie aus England verglichen.	<ul style="list-style-type: none"> - 47.5% gebären in einem Level-II-Spital, 27.8% in einem III.Klassen Spital, 8% zu Hause und 16.6% im Geburtshaus - Frauen die eine Hausgeburt hatten waren häufiger Multiparas (73.9% vs. 26.1%) - Dies gilt auch für die Geburten im Geburtshaus (62.8% Multiparas vs. 37.2% Primis) - Nulliparas im Geburtshaus mussten häufiger ins Spital verlegt werden als Multiparas (25.4% vs. 5%). - 5' APGAR <7 und Verlegung auf Neo signifikant häufiger bei Zweitklassenspital (2.3% und 3.1%) und Drittklassenspital (2.8% und 3.8%) verglichen mit den Geburtshäusern (1.7% und 2.2%) - Perinatale Mortalität keine signifikanten Unterschiede in allen Settings - Frauen, welche an ihrem geplanten Geburtsort gebären konnten, wiesen jedoch eine tiefere perinatale Mortalitätsrat auf (0.07% vs. 0.8% zu Hause, 0.1% vs. 0.6% im Geburtshaus)

Tab. 4: Eingeschlossene systematische Literaturreviews

AutorInnen Jahr	Fragestellung	Anzahl einge- schlossener Stu- dien	Methode	relevante Ergebnisse
Devane et al. (2010)	Wie ist die Qualität von hebammengeleiteter Geburtshilfe verglichen mit anderen Betreuungsmodellen?	17 Studien mit 20'371 Frauen aus Australien, England, Schottland, Kanada, USA, Schweden, Irland und Hong Kong. Dabei handelt es sich um randomised controlled trials (RCT), controlled clinical trials (CCT) und controlled before and after studies (CBA).	Systematischer Literaturreview und Metaanalyse aus zwölf Datenbanken	<u>Hebammengeleitete Modelle signifikant mehr:</u> - Keine Analgesie während der Geburt (average risk ratio [RR] 1.17; 95%, Confidence interval [CI] 1.07 bis 1.28, 8 Studien, 11'693 Teilnehmerinnen) - längere Geburtsdauer (mean difference [MD] 0.49; 95% CI 0.26 bis 0.72, 4 Studien, 5089 Teilnehmerinnen) - Spontangeburt (RR 1.04; 95% CI 1.02 bis 1.06, 14 Studien, 17'117 Teilnehmerinnen) - Gefühl der Eigenkontrolle (RR 1.74; 95% CI 1.32 bis 2.30, 1 Studie, 471 Teilnehmerinnen) <u>Hebammengeleitete Modelle signifikant weniger :</u> - Amniotomie (RR 0.80; 95% CI 0.75 bis 0.85, 6 Studien, 6068 Teilnehmerinnen) - Wehenmittelgabe (RR 0.85; 95% CI 0.81 bis 0.89), 14 Studien, 19'035 Teilnehmerinnen) - regionale Analgesie (RR 0.82; 95% CI 0.78 bis 0.87, 16 Studien, 19'418 Teilnehmerinnen) - opiate Analgesie (RR 0.92; 95% CI 0.88 bis 0.95, 14 Studien, 17'723 Teilnehmerinnen) - vaginal-operative Geburten (RR 0.86; 95% CI 0.80 bis 0.93, 16 Studien, 19'737 Teilnehmerinnen) - Episiotomien (RR 0.86; 95% CI 0.8 2 bis 0.90, 17 Studien, 19'866 Teilnehmerinnen)
Sandall et al. (2016)	Wie unterscheidet sich das maternale und neonatale Outcome mit einem hebammengeleiteten Modell verglichen mit anderen Betreuungsmodellen?	15 Studien mit 17'674 Frauen aus Australien, Irland, Kanada und UK.	Systematisches Literaturreview aus der Cochrane Database. Zudem wurde eine Handsuche durchgeführt. Es wurden randomisierte Studien eingeschlossen. Es gab	<u>Hebammengeleitete Modelle signifikant mehr:</u> - Spontangeburt (RR 1.05, 95% CI 1.03 bis 1.07; 12 Studien, 16'687 Teilnehmerinnen) - Keine Analgesie/Anästhesie unter der Geburt (RR 1.21, 95% CI 1.06 bis 1.37; 7 Studien, 10'499 Teilnehmerinnen) - Längere Geburtsdauer (MD 0.50, 95% CI 0.27 bis 0.74; 3 Studien, 3328 Teilnehmerinnen) - 1:1 Betreuung (RR 7.04, 95% CI 4.48 bis 11.08; 7 Studien,

			<p>zwei Randomisierungsarten: individuell- und Clusterrandomisierung</p> <p>Die Intention-to-treat-Methode wurde angewandt</p>	<p>6917 Teilnehmerinnen)</p> <p><u>Hebammengeleitete Modelle signifikant weniger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regional Anästhesie (RR 0.85, 95% CI 0.78 bis 0.92; 14 Studien, 17'674 Teilnehmerinnen) - vaginal-operative Geburten (RR 0.90, 95% CI 0.83 bis 0.97; 13 Studien, 17'501 Teilnehmerinnen) - Frühgeburten (RR 0.76, 95% CI 0.64 bis 0.91; 8 Studien, 13'238 Teilnehmerinnen) - Amniotomie (RR 0.80, 95% CI 0.66 bis 0.98; 4 Studien, 3253 Teilnehmerinnen) - Episiotomie (RR 0.84, 95% CI 0.77 bis 0.92; 14 Studien, 17'674 Teilnehmerinnen) - Kindsverlust vor/nach der 24. SSW (RR 0.84, 95% CI 0.71 bis 0.99; 13 Studien, 17'561 Teilnehmerinnen)
Alliman & Phillippi (2016)	Vergleich zwischen hebammengeleiteten Settings und anderen geburtshilflichen Settings	<p>23 quantitative und 9 qualitative Studien mit 84'300 Frauen.</p> <p>Davon sind 18 aus den Vereinigten Staaten, 3 aus England, 3 aus Schweden, 3 aus Dänemark, 2 Australien, jeweils 1 aus Deutschland, Kanada und Schottland.</p>	<p>Systematischer Literaturreview aus drei Datenbanken.</p> <p>Zur Erarbeitung des Reviews wurde die Whittemore und Knafel Methode angewandt.</p>	<p><u>Hebammengeleitete Modelle signifikant mehr:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Spontangeburt (5 Studien) - intaktes Perineum - längere Geburtsdauer - Zufriedenheit und Stolz <p><u>Hebammengeleitete Modelle signifikant weniger:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vaginal-operative Geburten (6 Studien) - Sectiones - Analgesie (2 Studien) - Episiotomie (3 Studien) - Wehenmittel (6 Studien) - Bluttransfusion (1 Studie) - Transferraten für Frauen (1 Studie)

Tab. 5: Eingeschlossene Leitlinien

AutorInnen Jahr	Zweck	Beteiligte Interes- sengruppen	Methode	relevante Ergebnisse
National institute of health and care excel- lence NICE (2008)	Vorgeburtliche Betreuung von gesunden Frau- en mit unkompli- zierten Einlings- Schwangerschaf- ten	Die Entwicklergrup- pe schliesst alle relevanten Berufs- gruppen mit ein. Die Anwenderzielgruppe ist definiert.	<u>Design:</u> Systematischer Literaturreview aus sechs Datenbanken. Es wurden primär systematische Re- views, RCTs und Metaanalysen ein- geschlossen. <u>Zeitraum:</u> bis 06/2007	Die Betreuung soll frauenzentriert und familienorientiert sein. Die informierte Ent- scheidungsfindung soll gegeben sein. Für Frauen mit unkomplizierter Schwanger- schaft soll die Möglichkeit einer Hebammenbetreuung angeboten werden. Ausser- dem sollte die Betreuung kontinuierlich von einem möglichst kleinen Betreu- ungsteam gewährt werden.
NICE (2014)	Wahl des Ge- burtsortes und Betreuung in der Latenzphase, Eröffnungs- und Austreibungs- phase	Die Entwicklergrup- pe schliesst alle relevanten Berufs- gruppen mit ein. Die Anwenderzielgruppe ist definiert.	<u>Design:</u> Systematischer Literaturreview aus sechs Datenbanken <u>Zeitraum:</u> bis 06/2007	Frauen mit niedrigem Risiko sollen über alle möglichen Geburtsorte aufgeklärt und in ihrer Entscheidung unterstützt werden. Für Multipara wird eine Geburt zu Hause oder im Geburtshaus empfohlen, da dadurch die Interventionsrate gesenkt werden kann. Für Primipara wird eine Geburt im Geburtshaus aus selbigem Grund empfoh- len. Bei beiden Gruppen gibt es keine signifikant schlechteren Outcomes. Nur bei den Primiparas, welche zu Hause gebären gibt es einen leichten Anstieg von schlechteren Outcomes. Low-risk Multi- und Nullipara haben eine signifikant höhere Spontangeburtst- rate zu Hause oder in einer FMU, statt in einer AMU. Jedoch haben alle drei Settings eine höhere Spontangeburtst- rate als eine Geburt im Spital. Frauen im Gebärsaal sollten in allen Settings eine 1:1 Betreuung erhalten.
American association of birth centers AABC (2016)	Leitlinie für Ge- burtshäuser und deren strukturel- len Anforderun- gen zu Ausstat- tung, Personal, Organisation etc.	Es ist nicht klar, welche Berufe in der Entwicklergruppe vertreten sind. Eine Auflistung der An- wendergruppe ist vorhanden.	Die Methode wird nicht beschrieben. Es ist nicht klar, ob systematisch vorge- gangen wurde. Es werden keine Quel- len angegeben.	In der Leitlinie sind die Philosophie und Überzeugungen von Geburtshäusern be- schrieben. Empfehlungen zu Organisation, Administration, Planung und Ausstattung sowie zum Personal sind angegeben. Weiter gibt es Vorschläge zur Forschung und Qualitätsmanagement.

Mississippi State Department of Health. (2016)	Entwicklung, Etablierung und Durchführung einer Leitlinie zur Erhaltung und Funktionieren der Geburtshäuser	Die Entwicklergruppe ist nicht bekannt. Die Berufsgruppen, welche diese Leitlinien anwenden sollen sind ausführlich beschrieben.	Das methodische Vorgehen der Leitlinienentwicklung ist nicht dokumentiert. Es werden keine Quellen genannt, woher die Evidenzen stammen.	Diese Leitlinie enthält alle relevanten Informationen für Geburtshäuser. Von der Eröffnung eines Geburtshauses mit Lizenzierung über die Anforderungen des Personals bis zur Ausstattung, Wartungsplänen und Kosten.
Guidelines and audit implementation network (2016)	Erstellen einer standardisierten Leitlinie und einem Betreuungs-Pathway auf Basis der neusten Literatur	Die Anwender- und Entwicklergruppe ist klar beschrieben. Die Entwicklergruppe schliesst alle relevanten Berufsgruppen mit ein.	Systematischer Literaturreview aus vier Datenbanken. Die Entwicklung der Evidenzen und das weitere methodische Vorgehen ist ungenügend dokumentiert	Diese Leitlinie enthält spezifische Kriterien für eine Geburt in einem hebammengeleiteten Setting, unterschieden in AMU und FMU. Weiter sind mehrere Pathways zur Eröffnungs- und Austreibungsperiode .zu finden. Es gibt Checklisten für ein vollständiges vorgeburtliches Aufklärungsgespräch für eine Geburt im Geburtshaus oder für ein Assessment bei Eintritt einer Frau.
The royal Australian and new Zealand college of obstetricians and gynaecologists (2016).	Zweck und Ziel sind nicht eindeutig beschrieben. Es handelt sich um eine Leitlinie für alle Phasen einer Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Die Entwickler- und Anwendergruppe sind nicht beschrieben.	Das methodische Vorgehen ist nicht beschrieben. Es sind kaum Quellen angegeben. Sie verweisen bloss auf Statements ihrer eigenen Organisation.	Jede Frau sollte eine informierte Wahl des Geburtsortes treffen können. Dabei soll über die Vorteile und Risiken aller möglichen Situationen informiert werden. Ein Geburtshaus muss mit allen relevanten Institutionen Verträge zur Zusammenarbeit abgeschlossen haben. Weiter lassen sich viele Empfehlungen zur Betreuung vor und während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett finden.

Die eingeschlossene Literatur wurde auf ihre Stärken und Schwächen überprüft und ein Evidenzniveau bestimmt. Häufige Stärken der Studien waren die differenzierte Beschreibung des methodischen Vorgehens und die klare Erläuterung der Ein- und Ausschlusskriterien. Alle Studien weisen ein Evidenzniveau III auf, da den teilnehmenden Frauen in allen Studien die freie Wahl bezüglich ihres gewünschten Geburtsortes gelassen wurde. Aus diesem Grund konnten die Studien nicht randomisiert durchgeführt werden, was als ethisch korrekt eingeschätzt wurde. In den Reviews wurden jeweils alle relevanten Studien eingeschlossen. Das methodische Vorgehen war immer nachvollziehbar. Zwei von den drei Reviews weisen das höchste Evidenzniveau auf. Die Leitlinien vom National Institute of Health and Care Excellence NICE erläutern als einzige Organisation ihr methodisches Vorgehen ausführlich und nachvollziehbar. Die Anwendergruppe, für welche die Leitlinie entwickelt wurde, wurde von allen Autoren beschrieben. Die Leitlinien sind grundsätzlich übersichtlich gestaltet und in verständlicher Sprache formuliert.

Häufige Schwächen der Studien waren die ungleichgrossen Gruppengrößen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Dies erhöht das Risiko für Verzerrungen der Ergebnisse. Bei zwei von drei Reviews fehlte bei der Durchführung die Verblindung. Meist wurde ein Ziel oder Zweck der Forschung beschrieben. Bei den Leitlinien fehlt es an Informationen zu Interessenskonflikten, organisatorischen Auswirkungen und finanziellen Barrieren. Auch das Durchführen einer Pilotstudie wurde nie dokumentiert. Eine ausführliche Bewertung kann in Tabelle 6 entnommen werden.

Tab. 6: Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur

AutorInnen Jahr	Einschätzung: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenzstärke
Monk et.al (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsdesign und methodologisches Vorgehen - klare Ein- und Ausschlusskriterien - Definition „low-risk“ nach Australien College of Midwives - Objektivität der Datenauswertung & Validität - Ethische Prinzipien gewahrt - Datenerfassung 	<ul style="list-style-type: none"> - Diskrepanz Teilnehmergruppe - keine Randomisierung - Reliabilität - nur zwei untersuchte Geburtshäuser 	Level III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Rana et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - klare Kriterien zur Definition von „low-risk“ Klientinnen - Ethische Prinzipien berücksichtigt - gleiche Teilnehmerzahl in beiden Settings 	<ul style="list-style-type: none"> - Design nicht beschrieben - nur zwei Institutionen in Studie eingeschlossen - Selectionbias - Datenerhebung vor zwanzig Jahren 	Level III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Fischer Christensen, et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsdesign und methodologisches Vorgehen - klare Ein- und Ausschlusskriterien - intention-to-treat - matched Kontrollgruppen - Definition „low-risk“ nach regionalen Guidelines - keine „follow-up“ Daten wurden verloren - Objektivität, Reliabilität & Validität gegeben - Anonymität der Teilnehmer wird gewahrt 	<ul style="list-style-type: none"> - keine Randomisierung - 25.6% Primi-, 74.4% Multipara - FMU ein Jahr vor Studienbeginn eröffnet - Zeitraum der Datenerhebung: 03/2004 – 10/2008 	Level III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Hollowell et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> - klare Ein- und Ausschlusskriterien - Definition „low-risk“ nach NICE - grosse Teilnehmerinnenanzahl - 53 FMUs und 43 AMUs - hohe Antwortrate - ethische Prinzipien wurden eingehalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Randomisierung - keine klaren Evidenzen für Heterogenität - Selectionbias - unklare Reliabilität 	Level III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Dixon et al. (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - klare Ein- und Ausschlusskriterien - Prüfung durch Ethikkomitee 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche Gruppengrößen 	Level III (AWMF & ÄZQ, 2001)

Devane et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - angemessene Ein- Ausschlusskriterien - relevante Studien eingeschlossen - Forschungsdesigne und methodologisches Vorgehen - Biasrisiko klar ersichtlich – jede Studie einzeln eingeschätzt - Übereinstimmung der Forscher - Heterogenität - Datenanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> - nur eine Studie verblindet - Ungleichgewicht der Merkmale der Teilnehmer 	<p>Level I</p> <p>(AWMF & ÄZQ, 2001)</p>
Sandall et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - relevante Studien eingeschlossen - Forschungsdesigne und methodologisches Vorgehen - intention to treat - themenspezifische Suche - Unabhängigkeit der Autoren - Biasrisiko klar ersichtlich - Beurteilung der Studien - Heterogenität - nachvollziehbarkeit der Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - keine klaren Ein- und Ausschlusskriterien - performance bias - Verblindung der Studien - unkomplette Outcomedaten 	<p>Level I</p> <p>(AWMF & ÄZQ, 2001)</p>
Alliman & Philippi (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - relevante Studien eingeschlossen - Ergebnisse nachvollziehbar - Unabhängigkeit der Autoren - Übereinstimmung der Forscher 	<ul style="list-style-type: none"> - keine angemessene Ein- Ausschlusskriterien - nur drei Datenbanken berücksichtigt - Glaubwürdigkeit der Studien nicht eingeschätzt - Beurteilung der Studien nicht nachvollziehbar - Heterogenität nicht ersichtlich 	<p>Level III</p> <p>(AWMF & ÄZQ, 2001)</p>
NICE (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsdesign - methodisches Vorgehen - Einschliessung aller relevanten Berufsgruppen - Schlüsselempfehlungen klar ersichtlich - Kosten-Nutzen-Vergleich 	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfungs-kriterien fehlen - organisatorische Auswirkungen und finanzielle Barrieren - Pilotstudie fehlt 	<p>Grad A</p>
NICE (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsdesign - methodisches Vorgehen - Einschluss aller relevanten Berufsgruppen - Schlüsselempfehlungen klar ersichtlich 	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfungs-kriterien nicht ersichtlich - organisatorische Auswirkungen und finanzielle Barrieren - Pilotstudie fehlt 	<p>Grad A</p>
American Association of Birth Centers AABC (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Anwendergruppe klar definiert - übersichtliche Gestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziel und medizinisches Problem ungenügend beschrieben - methodisches Vorgehen fehlt - Schlüsselempfehlungen nicht klar ersichtlich - Einschluss aller relevanten Berufsgruppen unklar 	<p>Nicht beurteilbar</p>

Mississippi State Department of Health (2016)	- Anwendergruppe ausführlich beschrieben	- methodisches Vorgehen unklar - sehr viel Text, Schlüsselthemen sind nicht klar ersichtlich	Nicht beurteilbar
Guidelines and audit implementation network (2016)	- Anwender- und Entwicklergruppe klar beschrieben - methodisches Vorgehen teilweise - Experte hinzugezogen - Checklisten zur einfacheren Anwendung verfügbar	- organisatorische Auswirkungen und finanzielle Barrieren unklar - finanzierende Organisation (-en) fehlen	Grad A
The royal Australian and new Zealand college of obstetricians and gynaecologists (2016).	- übersichtliche Gestaltung	- Ziel und medizinisches Problem nicht beschrieben - methodisches Vorgehen unklar - Einschluss aller relevanten Berufsgruppen unklar	Nicht beurteilbar

6.5 Internationale Qualität der Geburtshäuser

Neuseeland und Australien

Die Qualität der Geburtshäuser in Neuseeland wurde in einer Studie von Dixon, Prilezky, Guilliland, Miller und Anderson (2014) anhand kindlicher Outcomes gemessen. Der fünf Minuten APGAR-Wert lag signifikant häufiger unter sieben bei den Spitalgeburten im Vergleich zu den Geburtshäusern. Zudem gab es im Spital häufiger Verlegungen von Neugeborenen auf die Neonatologie.

Monk, Tracy, Foureux, Grigg und Tracy (2014), Devane et al. (2010) und Sandall, Soltani, Gates, Shennan und Devane (2016) haben die Qualität von Geburtshäusern in Australien untersucht. Dabei wurde erkannt, dass es in den Geburtshäusern bedeutend mehr Spontangeburt, weniger Sectionen und weniger vaginal-operative Geburten gibt. Die Frauen gebären signifikant häufiger ohne Geburtsverletzung oder Episiotomie. Sie brauchen bedeutend weniger häufig eine Analgesie zur Schmerzlinderung und Medikamente zur Wehenunterstützung. Die Autoren haben jedoch beobachtet, dass die Geburtsdauer in Geburtshäusern signifikant verlängert ist. Das Management der Austreibungsperiode ist häufiger physiologisch gestaltet (Monk et al., 2014). Zum kindlichen Outcome haben alle Autoren herausgefunden, dass es in den Geburtshäusern weniger zu Frühgeburten und Verlegungen von Neugeborenen auf die Neonatologie postpartum kommt. Ausserdem ist der fünf Minuten APGAR-Wert signifikant höher (Monk et al., 2014; Devane et al., 2010; Sandall et al., 2016).

Für Australien konnten keine Leitlinien zur Betreuung im Geburtshaus gefunden werden. Es existieren jedoch mehrere Leitlinien für Spitäler. Beispielsweise die ausführliche Leitlinie über die antenatale Betreuung vom Australian Government, Department of Health and aging (2012) oder die Leitlinie vom Australian and New Zealand college of obstetricians and gynecologists (2016) für die gesamte Betreuungsspanne. Die Regierung von Australien möchte ausserdem einen nationalen Betreuungsplan erstellen (Australian government, department of health and aging, 2009). Dafür wurde bisher ein Review durchgeführt, aus welchem die Kernpunkte in einem Gesundheitsreport zusammengefasst wurden. Es geht um die Sicherheit und Qualität, den Zugang zu den verschiedenen Betreuungsmodellen, geburtshilfliche Arbeitskräfte und Finanzen, führt das Department weiter aus. Das Ministry of Health von New South Wales hat im Jahre 2010 ergänzend eine Strategie zur Senkung der Sectiorate und Erhöhung der Spontangeburt rate entwickelt.

United Kingdom und Irland

Die Ergebnisse aus Australien wurden identisch in England beobachtet (Alliman & Philippi, 2016; Devane et al., 2010; Sandall, Soltani, Gates & Shennan, 2016).

Hollowell, Li, Bunch und Brocklehurst (2017) zeigen zudem die Outcomes von United Kingdom (UK), differenziert zwischen freistehenden Geburtshäusern (FMU) und an ein Spital angegliederte Geburtshäuser (AMU), auf. In den FMU gab es gemäss den Autoren bedeutend mehr unkomplizierte Geburten, weniger Sectiones und ein geringerer Einsatz von Wehenmittel und Dammschnitten, sogenannten Episiotomien. Diese Ergebnisse beziehen sich auf Nulli- und Multipara. Bei den Multipara konnten laut Hollowell et al. (2017) zusätzlich bedeutend weniger Geburtsverletzungen beobachtet werden.

In United Kingdom existieren viele Leitlinien zur prä-, intra- und postpartalen Betreuung vom National Institute of Health and Care Excellence NICE. Es existieren auch klare Empfehlungen, welche Frauen wo gebären können. Aus den Dokumenten von NICE geht die Empfehlung hervor, dass low-risk Frauen in einer hebammengeleiteten Entbindungstation gebären sollen. Die Informationen sind für die Berufsgruppen wie auch für die betroffenen Patienten bestimmt und sind leicht zugänglich. Das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG hat ebenfalls mehrere Leitlinien publiziert.

Eine bedeutend höhere Rate an Spontangeburt sowie eine signifikant tiefere Rate an vaginal operativen Geburten und Sectiones wurde in irländischen Geburtshäusern im Vergleich zu Spitalgeburten beobachtet (Devane et al., 2010; Sandall, Soltani, Gates & Shennan, 2016). Des Weiteren wurde von den Autoren eine bedeutend längere Geburtsdauer festgestellt. Die Chance auf ein intaktes Perineum ist gemäss der Autorenschaft im Geburtshaus signifikant grösser. Zudem zeigt sich eine bedeutend tiefere Episiotomierate, so die Autoren weiter. Der Gebrauch von Analgesien und Wehenmittel ist signifikant tiefer. Die Rate der Frühgeburten und neonatalen Verlegungen ist bedeutend niedriger. Zusätzlich zeigen sich signifikant bessere Werte beim fünf Minuten APGAR-Wert (Devane et al., 2010; Sandall et al., 2016).

Es konnten keine spezifischen Leitlinien zur Geburt in einem Geburtshaus gefunden werden. Die allgemeinen Richtlinien von NICE und RCOG scheinen in Irland als geburtshilfliche Leitlinien zu gelten.

Dänemark und Schweden

Alliman und Phillippi (2016) sowie Fischer Christensen und Overgaard (2017) haben in ihrem systematischen Literaturreview beziehungsweise ihrer quantitativen Studie die Outcomes in Dänemark untersucht. Gemäss den Autoren endete die Geburt in den Geburtshäusern bedeutend häufiger in einer unkomplizierten Spontangeburt. Fischer Christensen und Overgaard (2017) begründen dies durch das spontane Einsetzen der Wehentätigkeit zwischen der 37.-42. SSW sowie einer Spontangeburt ohne Interventionen und Komplikationen. Die Autorinnen haben auch einen Trend für mehr Wassergeburt und aufrechte Geburtspositionen beobachtet wobei letztes Outcome einen signifikant höheren Wert bei den Multipara ergab. Knapp 15% der Frauen mussten in ein Spital verlegt werden. Der häufigste Grund dafür war ein Geburtsstillstand wobei dessen Definition zum Teil unklar ist. Der Anteil an Verlegungen bei Nulliparas ist fünf mal höher war als jener der Multipara. Leitlinien bezüglich der Betreuung in einem Geburtshaus konnten nicht ausfindig gemacht werden.

In Schweden konnte eine bedeutend höhere Rate an physiologischen Spontangeburten im Geburtshaus festgestellt werden (Alliman & Phillippi, 2016). Zudem konnte in diesem Setting eine signifikant tiefere Rate an Sectiones und vaginal operativen Geburten aufgedeckt werden. Es wurden bedeutend weniger Interventionen, sprich Analgesien und Wehenmittelgaben während der Geburt verabreicht. Gemäss den Autoren wurden zudem signifikant weniger Episiotomien durchgeführt. Des Weiteren zeigte sich eine bedeutend längere Geburtsdauer bei Frauen, welche in einem Geburtshaus gebären (Alliman & Phillippi, 2016).

Es konnten keine Standards zur hebammengeleiteten Geburtshilfe oder zu den Anforderungen eines Geburtshauses in Schweden gefunden werden.

Nepal

Rana, Rajopadhyaya, Bajracharya, Karmacharya und Osrin (2003) haben ein hebammengeleitetes Geburtshaus mit einem ärztlich geleiteten Geburtshaus verglichen. In beiden Settings gab es bemerkenswert hohe Spontangeburtsraten: mit knapp 96% bei Hebammen betreut und 87% bei ärztlich betreuten Geburten. Die Sectiorate war gemäss Rana et al. (2003) in beiden Settings bemerkenswert tief, wobei jene im hebammengeleiteten Geburtshaus mit 2% signifikant tiefer lag als jene im Spital mit 5.5%. Die Durchführung einer Episiotomie und der Gebrauch von Wehenmittel war gemäss Rana et al. (2003) im Geburtshaus bedeutend weniger oft nötig. Es gab jedoch eine höhere Rate an Geburtsverletzungen, so die Autoren weiter. Die Geburtsdauer unterschied sich nicht. Zum kindlichen Outcome wurde die Rate an Verlegungen auf die Neonato-

logie untersucht, welche im hebammengeleiteten Geburtshaus signifikant tiefer lag. Rana et al. (2003) schreiben in ihrer Studie, dass es in diesem Geburtshaus klare Leitlinien gebe. Darin sind zum Beispiel die Zeiten der vaginalen Untersuchungen standardisiert geregelt oder das Auskultieren der kindlichen Herztöne unter der Geburt. Diese Leitlinie ist jedoch nicht öffentlich verfügbar. Andere Leitlinien wurden nicht gefunden.

USA und Kanada

In den beiden Reviews von Alliman und Phillippi aus dem Jahre 2016 und Devane et al. aus dem Jahre 2010 wurde die Qualität von Geburtshäusern in den USA untersucht. Im Vergleich zu den Spitälern gab es in den Geburtshäusern bedeutend mehr Spontangeburt, weniger Sectiones und vaginal-operative Geburten (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010). Die Frauen gebären signifikant häufiger mit einem intakten Perineum und ohne Episiotomie. Ausserdem brauchten sie gemäss den Autoren weniger Analgesien und Wehenmittel unter der Geburt. Die Geburtsdauer war hingegen signifikant länger als bei den Spitalgeburten. Zum kindlichen Outcome haben Devane et al. (2010) den fünf Minuten APGAR-Wert und die Anzahl Verlegungen eines Neugeborenen auf eine Neonatologie untersucht. Der fünf Minuten APGAR-Wert lag im Geburtshaus bedeutend höher und die Verlegungsrate signifikant tiefer als im Spital.

Die American Association of Birth Centers AABC hat 2016 eine Leitlinie spezifisch für Geburtshäuser publiziert. In dieser sind ihre Philosophie, ihr Angebot und die Rechte der Frauen beschrieben. Weiter folgen die personellen und infrastrukturellen Anforderungen. Strukturen zur Planung, Dokumentation, Administration und Qualitätsüberprüfung runden die Leitlinie ab. Vom Mississippi state department of health (2016) gibt es ebenfalls eine ausführliche Leitlinie für Geburtshäuser.

Der Geburtsmodus in einem Geburtshaus in Kanada ist physiologischer im Vergleich zum klinischen Setting (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Sandall, Soltani, Gates & Shennan, 2016). Eine bedeutend höhere Rate an Spontangeburt sowie eine tiefere Rate an vaginal operativen Geburten und Sectiones konnte durch die Autoren belegt werden. Zusätzlich ist die Rate eines intakten Perineums signifikant höher und die Episiotomierate bedeutend tiefer. Weiter wird durch die Autoren aufgedeckt, dass die Rate an Analgesie- und Wehenmittelgabe unter der Geburt im Geburtshaus signifikant tiefer ist. Die fetale primäre Adaptation fällt Kindern im Geburtshaus leichter (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Sandall et al., 2016). Dies zeigt sich aufgrund der bedeutend besseren fünf Minuten APGAR-Werten sowie der signifikant tieferen Rate an Verlegungen auf die Neonatologie.

Die Leitlinie aus Amerika gilt auch für Kanada (AABC, 2016). Geburtshäuser müssen sich an die vorgegebenen Anforderungen halten. Dies soll zur Qualitätssicherung beitragen.

Deutschland und Österreich

Alliman und Phillippi (2016) haben in einem Literaturreview die Qualität in deutschen Geburtshäusern untersucht. Daraus resultiert, dass es in diesem Setting signifikant mehr Spontangeburt und weniger Sectiones und vaginal-operative Geburten gibt. Die Frauen erleiden bedeutend weniger Geburtsverletzungen und erhalten signifikant weniger Episiotomien (Alliman & Phillippi, 2016).

Zur Betreuung der Frauen existieren keine Leitlinien in Deutschland. Es existiert jedoch eine Qualitätsvereinbarung aus dem Jahre 2012 zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und dem Verband der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Diese regelt die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Darin sind Themen wie personelle Voraussetzungen, Anforderungen an den Betrieb, Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen und Ausschlusskriterien einer hebammengeleiteten Geburt geregelt. Für Österreich konnten keine spezifischen Leitlinien für ein Geburtshaus ausfindig gemacht werden.

Hong Kong

In Hong Kong ist die Rate an physiologischen Spontangeburt im Geburtshaus bedeutend höher (Devane et al., 2010). Zusätzlich konnte gemäss den Autoren eine signifikant tiefere Rate an Episiotomien, vaginal-operativen Geburten und Sectiones belegt werden. Auch die Gabe an Analgesien und Wehenmittel war bedeutend niedriger. Des Weiteren wurden signifikant höhere fünf Minuten APGAR-Werte erhoben. Es mussten bedeutend weniger Kinder auf eine Neonatologie-Abteilung verlegt werden (Devane et al., 2010).

Es konnten keine Leitlinien bezüglich der Betreuung in einem Geburtshaus in Hong Kong ausfindig gemacht werden.

Schweiz

Die Schweizer Geburtshäuser wurden in keiner Studie oder Review untersucht. Es existiert keine differenzierte Leitlinie zur Geburtshilfe in einem Schweizer Geburtshaus. Dennoch werden die Anforderungen an ein Geburtshaus geregelt (Staat Freiburg, 2015). Aus diesem Dokument kann man folgendes entnehmen: Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus, Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus und

die Ausschlusskriterien. Die Bedingungen und Ansprüche der Betreuung sind nicht geregelt.

6.6 Synthese der Qualität von Geburtshäusern

Zusammenfassend werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Ländern miteinander verglichen. Die unten aufgeführte Tabelle 7 veranschaulicht die Outcomes im internationalen Vergleich. Die grün gekennzeichneten Felder signalisieren dabei eine höhere Signifikanz der Geburtshäuser verglichen mit den Spitälern und die rot gekennzeichneten Felder eine tiefere Signifikanz. Das Konfidenzintervall wurde bei allen Untersuchungen auf 95% festgelegt (Autoren der Studie von Neuseeland machen keine Angaben dazu).

Tab. 7: Outcomes im weltweiten Vergleich zwischen Geburtshäusern und Spitälern

	AUS	NZL	USA	CAN	UK	NPL	HGK	DNK	SWE	IRL	DEU
Geburtsdauer											
Längere Geburtsdauer	MD 0.49 ¹ MD 0.50 ²		MD 0.49 ¹		MD 0.49 ¹ MD 0.50 ²				MD 0.49 ¹	MD 0.50 ²	
Geburtsmodus											
Spontangeburt	RR 1.04 ¹ RR 1.05 ² aOR 1.57 ⁶		RR 1.04 ¹	RR 1.04 ¹ RR 1.05 ²	RR 1.04 ¹ RR 1.05 ²	RR 1.10 ³	RR 1.04 ¹	OR 2.6 ⁴		RR 1.04 ¹ RR 1.05 ²	
Sectio	aOR 0.50 ⁶					RR 0.37 ³		OR 0.5 ⁴			
Vaginal operativ Geburten	RR 0.86 ¹ RR 0.90 ²		RR 0.86 ¹	RR 0.86 ¹ RR 0.90 ²	RR 0.86 ¹ RR 0.90 ²		RR 0.86 ¹		RR 0.86 ¹	RR 0.86 ¹ RR 0.90 ²	
Intaktes Perineum											
Intaktes Perineum						(RR 1.70 für Dammrisse ³)		OR 1.3 ⁴			
Interventionen											
Wehenmittelgabe	RR 0.85 ¹				RR 0.85 ¹	RR 0.26 ³	RR 0.85 ¹	OR 0.4 ⁴	RR 0.85 ¹	RR 0.85 ¹	
Analgesiegabe	RR 0.92 ¹ RR 0.85 ² aOR 0.26 ⁶		RR 0.92 ¹	RR 0.85 ²	RR 0.82 ¹ RR 0.85 ²		RR 0.82 ¹	OR 0.3 ⁴	RR 0.92 ¹	RR 0.92 ¹ RR 0.85 ²	
Episiotomie	RR 0.86 ¹ RR 0.84 ²		RR 0.86 ¹	RR 0.84 ²	RR 0.86 ¹ RR 0.84 ²	RR 0.64 ³	RR 0.86 ¹		RR 0.86 ¹	RR 0.86 ¹ RR 0.84 ²	
Kindliche Morbidität											
Frühgeburtlichkeit	RR 0.76 ²				RR 0.76 ²					RR 0.76 ²	
5 Min APGAR <7	OR, 0.43 ⁶	1.7% vs. 2.56% ⁵									
Verlegung Neonatologie	OR 0.45 ⁶	2.2% vs. 3.45% ⁵				RR 0.51 ³					

■ signifikant höher / mehr im Geburtshaus verglichen mit dem Spital

□ keine signifikanten Unterschied

■ signifikant tiefer / weniger im Geburtshaus verglichen mit dem Spital

■ Variable wurde nicht untersucht

1: Devane et al. (2010)

2: Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane (2016)

3: Rana, Rajopadhyaya, Bajraharya, Karmacharya & Osrin (2003)

4: Fischer, Christensen & Overgaard (2017)

5: Dixon, Prileszky, Guillilnad, Miller & Anderson (2014)

6: Monk, Tracy, Foureur, Grigg & Tracy (2014)

MD: mean difference

RR: relatives Risiko, <1 tieferes Risiko, >1 höheres Risiko,

OR: odds ratio, < 1 kleinere Chance, >1 grössere Chance

aOR: adjusted odds ratio für mütterliches Alter, Raucherinnen, Parität, Risikofaktoren bei Geburtsbeginn, SSW, Zustand nach Sectio

Geburtsdauer

In Australien, USA, Grossbritannien, Schweden und Irland ist die Geburtsdauer bei einer Geburt im Geburtshaus signifikant länger verglichen mit dem Spital (Alliman & Phillippi 2016; Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Fischer Christensen und Overgaard (2017) bestärken diese Signifikanz mit ihrer Studie. Sie unterscheiden dabei zusätzlich zwischen Nulli- und Multipara wobei eine längere Geburtsdauer bedeutend häufiger bei einer Nullipara vorkommt.

Geburtsmodus

Aus allen Studien und allen Reviews geht hervor, dass es in den Geburtshäusern der untersuchten Ländern eine bedeutend höhere Rate an physiologischen Spontangeburten verglichen mit einer Geburt im Spital gibt (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard, 2017; Hollowell, Li, Bunch & Brocklehurst, 2017; Monk, Tracy, Foureur, Grigg & Tracy, 2014; Rana, Rajopadhyaya, Bajracharya, Karmacharya & Osrin, 2013; Sandell, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Die Studie aus Neuseeland hat dies nicht untersucht. Diese Ergebnisse gelten sowohl für Erstgebärende wie auch für erfahrene Gebärende (Hollowell et al., 2017). Zudem konnte eine signifikant tiefere Sectiorate in allen Ländern exklusiv Neuseeland beobachtet werden (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard, 2017; Hollowel et al., 2017; Monk et al., 2014, Rana et al., 2013; Sandall et al., 2016). Die vaginal-operative Geburt wurde in den untersuchten Ländern bedeutend weniger häufig im Geburtshaus praktiziert (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard, 2017; Hollowel et al., 2017; Monk et al., 2014; Sandall et al., 2016). In der Studie aus Nepal und Neuseeland fehlt diese Angabe.

Mütterliche Morbidität

In allen Ländern, wo die Variable intaktes Perineum untersucht wurde, wurde eine bedeutend höhere Rate im Geburtshaus beobachtet (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard, 2017; Hollowell et al., 2017; Monk et al., 2014; Sandall et al., 2016) – ausser in Nepal. Dort gab es in Geburtshäusern signifikant häufiger Geburtsverletzungen (Rana et at.,2013).

Interventionen

In allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland und Neuseeland wurde die Gabe von Wehenmittel unter der Geburt untersucht. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass in den Geburtshäusern signifikant weniger häufig Wehenmittel eingesetzt werden (Alliman & Phillippi 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard 2017; Hollowell et al. 2017; Monk et al. 2014; Rana et al. 2013; Sandall et al., 2016). Die Er-

gebnisse bezüglich der Outcomevariable Analgesiegabe sind vergleichbar (Alliman & Phillippi 2016; Devane et al., 2010; Fischer Christensen & Overgaard 2017, Hollowell et al. 2017, Monk et al. 2014; Sandall et al. 2016). In den Geburtshäusern wurde bedeutend weniger Analgesiegaben unter der Geburt benötigt. In Nepal wurde diese Variable nicht untersucht. Zudem war die Episiotomierate in Nepal und neun weiteren Ländern bedeutend tiefer (Alliman & Phillippi, 2016; Devane et al., 2010; Hollowell et al., 2017; Monk et al., 2014; Rana et al., 2013; Sandall et al., 2016). Diese Outcomevariable wurde von Dänemark nicht untersucht.

Kindliche Morbidität

In Australien, Neuseeland, Grossbritannien, USA, Kanada, Irland und Hong Kong konnte im Geburtshaus ein bedeutend höherer APGAR-Wert nach fünf Minuten beobachtet werden (Devane et al., 2010; Dixon, Prileszky, Guilliland, Miller & Anderson, 2014; Sandall et al., 2016). Die Notwendigkeit einer Verlegung auf die Neonatologie postpartum wurde in zwei Reviews und zwei Studien untersucht (Devane et al., 2010; Dixon et al., 2014; Rana et al., 2013; 2010; Sandall et al., 2016). Daraus resultiert eine signifikant tiefere Rate an Verlegungen für Neugeborene aus dem Geburtshaus. Zudem ist die Rate der Frühgeburtlichkeit in den Geburtshäusern Australiens, Englands und Irlands bedeutend tiefer verglichen mit einem Spital (Devane et al., 2010; Sandall et al. 2016).

7 Diskussion

Die Fragestellungen zum internationalen Angebot und zur Qualität von Geburtshäusern sowie zur Einbettung der Geburtshäuser in den jeweiligen Gesundheitssystemen konnte für elf Länder beantwortet werden. Zu den strukturellen Bedingungen in Geburtshäusern wurden trotz ausgiebiger Suche in diversen Medien wenig, oder keine Informationen gefunden. Einige Informationen waren nicht öffentlich zugänglich. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse diskutiert.

Limitationen

Die breite Mediensuche zum Angebot der Geburtshäuser gestaltete sich schwierig. Zu einigen Geburtshäuser lässt sich zwar eine Homepage finden. Jedoch fehlt es meistens an Fachinformationen und Auskünften über das Geburtshaus, sowie geburtshilflichen Statistiken. Zur Finanzierung eines Geburtshauses, sowie dessen Strukturen lassen sich kaum wissenschaftliche Quellen finden. Eine weitere Limitation bei der Suche nach Geburtshäusern war, dass die Informationen nur in der jeweiligen Landessprache publiziert sind, was eine Sprachbarriere darstellte. Beim Erarbeiten des Literaturre-

views zeigten sich folgende Einschränkungen. Die eingeschlossene Literatur untersuchte teilweise unterschiedliche Outcomes, was den internationalen Vergleich einschränkte. Bei der Suche nach weltweiten Forschungsartikeln von Geburtshäusern konnten nur elf Länder gefunden werden. Folglich besteht zur Thematik der Geburtshäuser weiterer Forschungsbedarf. Für die Geburtshäuser konnten nur wenige Leitlinien aufgefunden werden, diese existieren vor allem an Spitäler gerichtet. Es wurde bestmöglich versucht, alle aktuelle und relevante Literatur passend zu den Fragestellungen einzuschliessen. Jedoch besteht ein gewisses Risiko, dass relevante Literatur nicht gefunden oder übersehen wurde.

7.1 Angebot

Primäre Gesundheitsversorgung

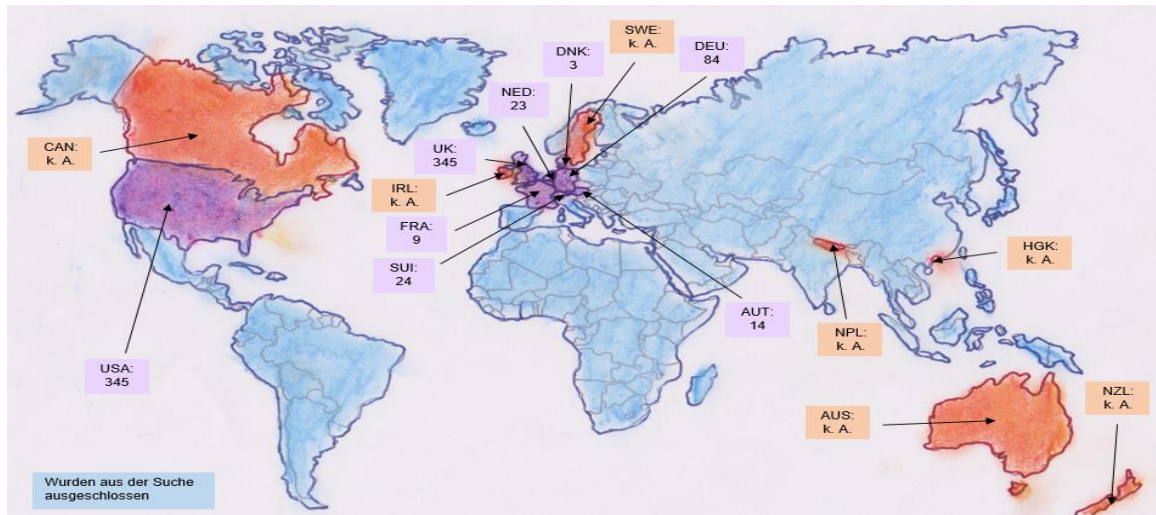
Die verschiedenen Gesundheitssysteme weisen mehrheitlich eine gute Qualität auf. Jedoch zeigen sich einige Defizite im geburtshilflichen Angebot. Weltweit gesehen existieren nur wenige Geburtshäuser im Vergleich zu medizinischen Entbindungsstationen. Auch in der Schweiz ist dieses Angebot eher gering, in manchen Kantonen sogar überhaupt nicht vorhanden. Die Nachfrage an hebammengeleiteten Betreuungsmodellen kann somit nicht gedeckt werden (Mother Hood e.V., 2016). Obwohl eine Geburt in einem Geburtshaus eine sichere Alternative zur Spitalgeburt für Frauen mit einem niedrigen Risiko für Komplikationen ist. Zudem weist das National Institute of Health and Care Excellence NICE (2014) auf die Notwendigkeit einer kontinuierlichen 1:1-Betreuung hin. Die positiven Einflüsse einer solchen Betreuung sind auf den natürlichen Geburtsprozess klar beobachtbar. Die fehlende politische Unterstützung in einigen Ländern könnte ein möglicher Erklärungsansatz des geringen Angebots sein.

Das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes wird für viele Frauen nicht respektiert (Mother Hood e.V., 2016). Schwangere Frauen haben das Recht, über ihren eigenen Körper zu entscheiden und sich eine möglichst natürliche Geburt zu wünschen (birthrights, 2017). Die European court of human rights (2017) bekräftigen dieses Recht deutlich. Beispielsweise sehen es die UK-Länder als ihre Pflicht, den Frauen eine nationalweite freie Wahl des Geburtsortes zu garantieren. In manchen Ländern scheinen dieses Recht dennoch zu wenig berücksichtigt zu werden. Das Ansehen der Frau in den jeweiligen Ländern könnte einen Einfluss auf diese Problematik haben. Zudem scheint die informierte Wahl oft nicht gegeben zu sein. Somit werden die Schwangeren unbeabsichtigt in ihrer Wahl zum Geburtsort beeinflusst. Es zeigt sich, dass manche Frauen nicht ausreichend informiert sind bezüglich einer geburtshilflichen Betreuung durch eine Hebamme. Dies liefert eine weitere mögliche Erklärung, warum das Ange-

bot der hebammengeleiteten Geburtshilfe zu wenig beansprucht wird. Es sollte im Interesse der Gesundheitsorganisationen wie auch der Gesundheitspolitik sein, weitere Forschung zur Thematik der Geburtshäuser zu betreiben.

Die nachfolgende Abbildung 2 gibt einen Überblick über die weltweite Verbreitung von Geburtshäusern. Ausserdem wird durch die Abbildung klar ersichtlich, wo Informations- und Forschungsbedarf besteht.

Abb. 2: Weltkarte zum weltweiten Angebot an Geburtshäuser



Finanzierung

Leider lassen sich zur definitiven Finanzierung der Geburtshäuser nicht genügend Informationen finden. Die geburtshilflichen Kosten werden meist gedeckt. Die Kosten eines hebammengeleiteten Betreuungsmodells sind tiefer, verglichen mit einem ärztlichen Modell (Schweizerischer Hebammenverband SHV, 2007). Tiefere Gesundheitskosten stehen nicht nur im Interesse der Klientinnen sondern auch im Interesse der öffentlichen Gesundheit. Dennoch scheint die Finanzierung der Eröffnung eines Geburtshauses und der Betriebskosten nicht gedeckt zu sein. Oft werden Geburtshäuser aufgrund finanzieller Defizite geschlossen. Es scheint, dass die Geburtshäuser mehr finanzielle Unterstützung durch das Gesundheitssystem benötigen. Weitere finanzielle Unterstützung wäre auch in der Schweiz wünschenswert. Es konnten keine klaren Erklärungen bezüglich der Diskrepanz in der Finanzierung des geburtshilflichen Angebotes gefunden werden.

Organisation der Geburtshäuser

Die Leitung eines Geburtshauses obliegt den Hebammen. Ihre Arbeit orientiert sich nach dem Prinzip der Salutogenese. Der natürliche Prozess des Mutterwerdens soll geschützt werden. Es zeigt sich, dass die Arbeitsphilosophie eines Geburtshauses besser den Werten einer Hebamme entspricht (Mother Hood e. V., 2016). Ein Grund dafür scheint, dass sich die Hebammen im Geburtshaus freier in der Entfaltung ihrer Kompetenzen fühlen. Zudem sind sie befugt, autonom zu handeln und die Eigenverantwortung ist grösser. Dies scheint einen positiven Einfluss auf die Betreuungsqualität zu haben.

Vorgaben für Geburtshäuser

In den meisten untersuchten Ländern konnten keine spezifischen Vorgaben für Geburtshäuser ausfindig gemacht werden. Aus der Praxis geht hervor, dass klare Leitlinien die Betreuungsqualität überprüfbar machen. In der Schweiz gibt es keine Leitlinien oder Standards für Geburtshäuser. Es wäre sinnvoll, entsprechende Dokumente anzufertigen.

7.2 Qualität

Durch den Vergleich der Spontangeburt- und Sectiorate, sowie der Anzahl vaginaoperativer Entbindungen zeigt sich, dass die hebammengeleitete Geburtshilfe im Geburtshaus die Gesundheit der Frauen und Kinder fördert. In den Geburtshäusern kommt es signifikant häufiger zu physiologischen Spontangeburten und bedeutend weniger zu Sectiones als im Spital. Obwohl alle fünf Studien ein Evidenzniveau von lediglich drei aufweisen, wird die Glaubwürdigkeit bezüglich dieser Ergebnisse erhöht, da auch die Forscher der Reviews dies beobachtet haben. Folglich würde eine stärkere Auslastung der Geburtshäuser zu einer Reduzierung der Sectiorate führen. Zudem zeigen Studien, dass die Zufriedenheit der Frauen, welche in einem Geburtshaus gebären, signifikant grösser ist als jene von Frauen, welche in einem Spital gebären. Die Zufriedenheit der Frauen kann einen positiven Einfluss auf den Geburtsprozess haben.

Geburtsdauer

Die Geburtsdauer im Geburtshaus ist bedeutend länger als in einem Spital. In verschiedenen Ländern wurde dieses Ergebnis mit einer Signifikanz bestätigt. Mehrere Fachgesellschaften betonen, dass die Vorgaben der Geburtsdauer unbedingt neu definiert werden müssen (Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG, 2015). Gemäss dem National Institute of Health and Care Excellence NICE (2014) beginnt die Eröffnungsphase bei einer Muttermundseröffnung von mindestens

4cm. Diese Phase kann bei Nullipara zwischen 8-18h und bei Multipara zwischen 5-12h dauern (NICE, 2014). Die anschließende Austreibungsphase definiert NICE (2014) ab der vollständigen Eröffnung des Muttermundes auf 10cm und zunehmendem Pressdrang der Frau. Diese Phase kann laut NICE (2014) bei Nullipara bis zu drei, bei Multipara bis zu zwei Stunden andauern. Jede Geburtsphase kann physiologisch länger dauern als in der Praxis toleriert wird. Gerade bei Nulliparas müssen diese Richtlinien dringend überarbeitet werden. Denn eine „zu“ lange Geburtsdauer ist der häufigste Grund eines Transfers in ein nahegelegenes Spital (Christensen & Overgaard, 2017). Somit kommt es zu häufigen unnötigen Verlegungen, was nicht dem Interesse der öffentlichen Gesundheit und dem Gesundheitssystem entspricht. Verfrühte Verlegungen führen zu entsprechenden Konsequenzen für Mutter und Kind.

Mütterliche Geburtsverletzungen

In Nepal zeigt sich im internationalen Vergleich eine Diskrepanz bezüglich der Rate eines intakten Perineums und der Episiotomierate. Die Rate an Geburtsverletzungen ist gemäss der Studie von Rana, Rajopadhyaya, Bajracharya, Karmacharya und Osrin (2003) im Geburtshaus höher als im Spital. Im klinischen Setting werden dafür mehr Episiotomien durchgeführt. Gründe für dieses aussergewöhnliche Ergebnis könnte der Forschungszeitraum sein, welcher über zehn Jahre zurückliegt. Aufgrund des damaligen Wissenstandes und der geburtshilflichen Bedingungen kann das Ergebnis nicht mit den Resultaten der anderen aktuelleren Forschungsartikeln verglichen werden. Aus der Praxis geht hervor, dass Dammrisse schneller heilen als Dammschnitte. Rana et al. (2003) kommen zum Schluss, dass die Durchführung einer Episiotomie keine Vorteile gegenüber Dammrissen für Mutter und Kind bringt. In den restlichen untersuchten Ländern liegt die Episiotomierate im Spital ebenfalls bedeutend höher als in hebammengeleiteten Entbindungseinrichtungen. Gründe dafür könnten einerseits der Personal- und Zeitmangel und andererseits die Medikalisierung der Geburtshilfe sein. In einem Geburtshaus liegt die Verantwortung bei der Hebamme. Aus der Praxis geht hervor, dass Hebammen seltener eine Episiotomie durchführen. In den Spitälern sind es oft die Ärzte, welche zur Schere greifen. Dammschnitte sollten lediglich bei klaren Indikationen durchgeführt werden.

Kindliche Morbidität

Eine Frühgeburt bezeichnet die Entbindung vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (NICE, 2014). Die Rate der Frühgeburtlichkeit in Geburtshäuser ist in Australien, United Kingdom und Irland tiefer als im Spital. Die nachfolgenden Aspekte der Betreuung beeinflussen dieses Resultat. Erfahrungen zeigen, dass die Frauen

durch eine kontinuierliche Betreuung im Geburtshaus besser informiert und entspannter hinsichtlich der Geburt sind. Zudem scheinen sie selbstsicherer zu sein im Vergleich zu Frauen aus dem klinischen Setting. Sie haben einen grösseren Wunsch nach einer physiologischen Geburt und trauen sich diese zu. Hebammen ermuntern die Frauen zu einem besseren Gesundheitsverhalten. Durch die 1:1-Betreuung entsteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Hebamme und Frau. Dies senkt die Hemmschwelle, sich bei Unsicherheiten zu melden. Defizite werden schneller erkannt. Der Informationsfluss bei einem ärztlich geleitetem Betreuungsmodell scheint deutlich schlechter zu sein, Präventionsarbeit wird nur bedingt geleistet.

Kinder, welche im Spital entbunden werden, haben meist eine ungünstigere primäre Adaptation gemessen am fünf Minuten APGAR-Wert und den Verlegungen auf die Neonatologie. Ein Grund dafür ist der höhere Gebrauch von Wehenmittel und Anästhesien, oft in Form einer Periduralanästhesie (PDA). Die Medikamente, welche der Mutter bei einer PDA verabreicht werden, können im kindlichen Blut höhere Werte erzielen als in ihrem eigenen (Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen Bundesverband e.V., 2005). Es kann zu einer Veränderung der fetalen Herzfrequenz kommen, welche im schlimmsten Fall zu einer Notfallsectio führt. Rana, Rajopadhyaya, Bajracharya, Karmacharya und Osrin (2003) haben den Einfluss von Wehenmittel und fetalem Stress in Form von mekoniumhaltigem Fruchtwasser untersucht. Sie deckten eine negative Korrelation auf, das heisst, die Wehenmittelgabe hat in gewissen Fällen negative Folgen für die kindliche Adaptation. Bretscher und Eicher (2011) betonen zusätzlich die negative Auswirkung auf den Nabelschnur-pH-Wert, welcher nach einer Wehenmittelgabe signifikant tiefer ist. Da im Geburtshaus grossen Wert auf die Physiologie gelegt wird und eine kontinuierliche 1:1-Betreuung unter der Geburt gewährt werden kann, braucht es weniger Schmerz- und Wehenmittel.

Leitlinien

In der Schweiz gibt es verglichen mit anderen Ländern keine national einheitlichen Leitlinien zur Betreuung und Organisation eines Geburtshauses. Die Spitäler stützen sich auf intern entworfene Leitlinien. Dies gilt als Schwäche der Gesundheitsorganisation. Das Existieren von Leitlinien würde die Qualität der Schweizer Geburtshilfe erhöhen. Sie würden zur rechtlichen Absicherung der Hebammen dienen. Das Fehlen von Leitlinien kann mit der fehlenden Forschung in der Schweiz erklärt werden. Zudem betreiben häufiger Gynäkologen und Gynäkologinnen Forschung und entwickeln Richtlinien. Diese sind jedoch kaum an Geburtshäuser gerichtet. Durch das seit 2008 existierende Bachelorstudium zur Hebamme bekommt diese Berufsgruppe nun zunehmend die Möglichkeit, sich an der Forschung der Geburtshilfe zu beteiligen.

8 Schlussfolgerung

International ist das Angebot an Geburtshäusern unzureichend ausgeprägt und wird weltweit oft von weniger als zwei Prozent aller Frauen genutzt. In der Schweiz ist diese Tatsache ebenfalls Realität. Das Gesundheitssystem der Schweiz ist im Vergleich zu anderen Ländern eines der fortschrittlichsten und ausgereiftesten der Welt. Die in der Schweiz lebenden Frauen haben das Recht auf sieben Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme sowie zwei ärztliche Ultraschalluntersuchungen. In den meisten Ländern der Welt wird die Schwangerschaftsvorsorge durch die Hebammen übernommen. In der Schweiz zeigt sich hingegen ein deutlich anderes Bild. Schwangere werden vorwiegend durch GynäkologInnen betreut. Während dieser Betreuung erhalten die Frauen oft mehr als zwei Ultraschalluntersuchungen ohne medizinische Indikation. Durch diese Betreuung fallen viele Zusatzkosten an, wobei ein gesundheitlicher Vorteil ausbleibt. Durch die Hebammenbetreuung können diese Kosten gesenkt werden. Die Geburtshäuser sind auf die Finanzierung durch das Gesundheitssystem angewiesen. Deshalb sollte diese Bewegung weiter gefördert werden.

Die wichtigsten Schlussfolgerungen zur internationalen Qualität der Geburtshäuser sind folgende: Der Literaturreview hat gezeigt, dass die mütterlichen und kindlichen Outcomes in den Geburtshäusern besser sind als im Spital. Ausserdem senken diese Einrichtungen die Sectio- und Interventionsrate. Aus diesem Grund sollen sie auch in der Schweiz weiter gefördert werden. Es sind bereits Bestrebungen zu mehr hebammengeleiteten Geburten erkennbar. Dadurch nimmt die Qualität der Schweizer Geburtshilfe zu. Zugunsten der Gesundheit von Mutter und Kind sollten die internationalen und nationalen Fachgesellschaften für Geburtshilfe die Definition für die Geburtsdauer anpassen. Ausserdem braucht es für Geburtshäuser einheitliche Leitlinien zur Betreuung der Frauen, worauf sich die Hebammen stützen können.

Weltweit wird in der Geburtshilfe mehr geforscht als in der Schweiz. Von der Schweiz gibt es keine aktuellen Untersuchungen zur Qualität in Geburtshäusern. Es besteht dringender Forschungsbedarf. Geburtshilfliche Daten müssen in allen Settings häufiger erhoben werden. Durch das Vorliegen klarer aussagekräftiger Ergebnisse könnte sich die ausserklinische Geburtshilfe nach dem Vorbild von United Kingdom und den Niederlanden weiter etablieren. Das Bachelorstudium für Hebammen befähigt diese Berufsgruppe, an der geburtshilflichen Forschung teilzunehmen und somit zur Verbesserung der ausserklinischen Geburtshilfe beizutragen.

9 Literaturverzeichnis

- Alliman, J. & Phillippi, J.C. (2016). Maternal outcomes in birth centers: An integrative review of the literature. *Journal of midwifery & women's health*, 61(1), 21-51. doi:10.1111/jmwh.12356/pdf
- American Association of Birth Centers. (2016). *Standards for birth centers*. Verfügbar unter: <http://www.birthcenters.org/page/Standards>
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften & ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2001). Systematische Evidenz-Recherche. Verfügbar unter:<http://www.aerzteverein.de/mediapool/26/267250/data/evidenzgrade.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften & ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2008). *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI)*. Verfügbar unter <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf>
- Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen Bundesverband e.V. (2005). *Die versteckten Risiken der Periduralanästhesie*. Verfügbar unter: <http://www.afs-stillen.de/rund-ums-stillen/lexikon/131-p-s/198-die-versteckten-risiken-der-periduralanaesthesia.html>
- Aubry, E. & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern*. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf
- Australian and New Zealand college of obstetricians and gynaecologists. (2016). *Standards of maternity care in Australia and New Zealand*. Verfügbar unter: [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Standards%20in%20Maternity%20Care%20\(C-Obs%2041\)%20Review%20March%202016.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Standards%20in%20Maternity%20Care%20(C-Obs%2041)%20Review%20March%202016.pdf)
- Australian bureau of statistics. (2016). *Births registered, Summary statistics for Australia*. Verfügbar unter: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3301.0>
- Australian government department of Health. (2011). *Provision of maternity care*. Verfügbar unter: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/pacd-maternityservicesplan-toc~pacd-maternityservicesplan-chapter3>

- Australian Government department of health and aging. (2009). *Improving maternity services in Australia: The report of the maternity services review*. Verfügbar unter:
[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/\\$File/Improving%20Maternity%20Services%20in%20Australia%20-%20The%20Report%20of%20the%20Maternity%20Services%20Review.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/624EF4BED503DB5BCA257BF0001DC83C/$File/Improving%20Maternity%20Services%20in%20Australia%20-%20The%20Report%20of%20the%20Maternity%20Services%20Review.pdf)
- Australien government department of health and aging. (2012). *Clinical practice guidelines: Antenatal care*. Verfügbar unter:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-antenatal-care-index/\\$File/ANC_Guidelines_Mod1_v32.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-antenatal-care-index/$File/ANC_Guidelines_Mod1_v32.pdf)
- Australian Institute of Health and Welfare. (2014). *Australia's health system*. Verfügbar unter: <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2015). *Australia's mothers and babies 2013*. Verfügbar unter:
<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129554140>
- Behrens, J. & Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. (4. Aufl.) Bern, CH: Hogrefe Verlag
- Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L. & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and childbirth*, 2016. doi: 10.1186/s12884-016-0932-x
- Berufsverbände der Hebammen & GVK-Spitzenverband. (2012). *Ergänzungsvertrag*. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/Komplettversion_Ergaenzungsvertrag_nach__134a_SGB_V__Betriebskostenpauschalen_in_Geburtshaeusern__gueltig_ab_01012013.pdf
- Birthrights. (2017). *Choice of place of birth*. Verfügbar unter:
<http://www.birthrights.org.uk/library/factsheets/Choice-of-Place-of-Birth.pdf>
- Bretscher, C. & Eicher, M. (2011). *Auswirkungen von synthetischem Oxytozin auf die Geburtsdauer, den Geburtsmodus und das kindliche Outcome*. Verfügbar un-

ter:

https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/647/1/Bretscher_Cornelia_Eicher_Melanie_HB08b_BA.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2017). *Krankenversicherung: Das Wichtigste in Kürze*.

Verfügbar unter:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2017). *Tarifsystem SwissDRG*. Verfügbar unter:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsystem-SwissDRG.html>

Bundesamt für Statistik. (2013). *Europäischer Bericht zur Perinatalgesundheit 2010*.

Verfügbar unter:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheit-neugeborenen.assetdetail.37325.html>

Canadian Association of midwives. (2017). *Midwifery-led births per province and territory*. Verfügbar unter: <https://canadianmidwives.org/2017/01/09/midwifery-assisted-births/>

Canadian midwifery. (2017). *Midwifery in Canada*. Verfügbar unter: <http://cmrcccosf.ca/midwifery-canada>

Census and statistics department. (2017). *Population*. Verfügbar unter:

<https://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/so20.jsp>

CNN. (2015). *Not a hospital, not a home birth: The rise of the birth center*. Verfügbar unter: <http://edition.cnn.com/2015/10/12/health/us-birth-centers-increase/index.html>

Davis-Floyd, R. (2001). *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 75, 5-23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0

Department for professional employees. (2016). *The U.S. healthcare system: An international perspective*. Verfügbar unter: <http://dpeaficio.org/programs-publications/issue-fact-sheets/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/>

- derStandard.at. (2012). *Geburtshaus: Ein Zuhause für Gebärende*. Verfügbar unter:
<http://derstandard.at/1336697210219/Weltgeburtswochen-Geburtshaus-Ein-Zuhause-fuer-Gebaerende>
- Devane, D., Brennan, M., Begley, C., Clarke, M., Walsh, D., Sandall, J., Ryan, P., Revill, P. & Normand, C. (2010). *A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care*. Royal College of Midwives: London. Verfügbar unter:
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Socioeconomic%20A4%20Report%2005%20FINAL%20040511.pdf>
- Dixon, L., Prileszky, G., Guilliland, K., Miller, S. & Anderson, J. (2014). *Place of birth and outcomes for a cohort of low risk women in New Zealand: A comparison with Birthplace England*. Verfügbar unter:
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41827016/Place_of_birth_and_outcomes_for_a_cohort20160131-12145-b9g9ij.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1497801743&Signature=t6Eu0vVHaGNBKuDSTsLuPfpw9jQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPlace_of_birth_and_outcomes_for_a_cohort.pdf
- European court of human rights. (2017). *European convention of human rights*. Verfügbar unter: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
- European Midwives Liaison Committee. (2001). *Midwifery in Europe: An inventory in fifteen EU-member states*. Verfügbar unter:
http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
- European observatories on health systems and policies. (2016). *Netherlands health system review*. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
- Every preemie scale. (2017). *Nepal: profile of preterm and low birth weight prevention and care*. Verfügbar unter: <http://www.everypreemie.org/wp-content/uploads/2016/02/Nepal.pdf>
- Expatica. (2015). *Having a baby in the Netherlands*. Verfügbar unter:
http://www.expatica.com/nl/healthcare/Having-a-baby-in-the-Netherlands_107665.html

- Fischer Christensen, L. & Overgaard, Ch. (2017). Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. doi:10.1186/s12884-016-1208-1
- Födelsehuset. (2017). *Welcome to födelsehuset*. Verfügbar unter: http://fodelsehuset.se/wordpress/?page_id=412
- Gaskin, I.M. (2017). *Biography*. Verfügbar unter: <http://inamay.com/biography/>
- Geburtsallianz Österreich. (2017). *Geburtshäuser*. Verfügbar unter: <http://www.geburtsallianz.at/fakten/geburtshaeuser/>
- Gerber, M. & Grassi, G. (2010). *Chancengleichheit im Modell der Hebammengeburt: Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus*. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Gerber_Grassi_2011_Chancengleichheit_Hebammengeburt.pdf
- Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V. (2015). *Qualitätsbericht 2015: Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Verfügbar unter: http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2015.pdf
- Gesundheitsinformation.de. (2015). *Das deutsche Gesundheitssystem*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co>
- Government of Canada. (2016). *Canada's health care system*. Verfügbar unter: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- GovHK. (2016). *Overview of the health care system in Hong Kong*. Verfügbar unter: <https://www.gov.hk/en/residents/health/hosp/overview.htm>
- Haker, H. (2003) Feministische Bioethik. In M. Düwell & K. Steigleder. (Hrsg.), *Bioethik-Eine Einführung* (1. Aufl., S.168-183). Frankfurt am Main, DE: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Haute Autorité de santé. (2014). *Maisons de naissance*. Verfügbar unter: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
- HealthyHK Department of Health. (2015). *Infant mortality rate*. Verfügbar unter: http://www.healthyhk.gov.hk/phishweb/en/healthy_facts/health_indicators/infant_mortality_rate/

- HealthyHK Department of Health. (2015). *Maternal mortality ratio*. Verfügbar unter:
http://www.healthyhk.gov.hk/phishweb/en/healthy_facts/health_indicators/maternal_mortality_ratio/
- Hermus, M.A.A., Boesveld, I.C., Hitzert, M., Franz, A., de Graaf, J.P., Steegers, E.A.P., Wiegers, T.A. & van der Pal-de-bruin, K.M. (2017). Defining and describing birth centres in the Netherlands: A component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017. doi:10.1186/s12884-017-1375-8
- Hollowell, J., Li, Y., Bunch, K. & Brocklehurst, P. (2017). A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: Secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi: 10.1186/s12884-017-1271-2
- humanrights.ch (2012). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948*. Verfügbar unter: <https://www.humanrights.ch/de/service/einsteigerinnen/aemr/>
- Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz. (2017). *Standortübersicht und Adressen der Geburtshäuser*. Verfügbar unter:
<http://www.geburtshaus.ch/main/adresses.php>
- InterNations. (2017). *Hong Kong health insurance*. Verfügbar unter:
<https://www.internations.org/hong-kong-expats/guide/15881-health-insurance/hong-kong-health-insurance-15892>
- Kanton Bern (2016) *Weg offen für Betriebsbewilligung und Aufnahme auf Spitalliste*. Verfügbar unter:
https://www.be.ch/portal/de/index/mediencenter/medienmitteilungen.meldung_Neu.html/portal/de/meldungen/mm/2016/09/20160908_0747_weg_offen_fuer_betriebsbewilligungundaufnahmeaufspitalliste
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. (2016). *Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen*. Verfügbar unter:
http://www.gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/archivzuercherspitallisteakutsomatikneu/a_weitergehende_leistungsspez_anforderungen_2016.pdf.spooler.download.1484809285652.pdf/a_weitergehende_leistungsspez_anforderungen_2016.pdf

- Kirkham, M. (2003). *Birth centers: A social model of maternity care.*(Eds.) London, UK: Books for midwives
- Mahato, P.K., van Teijlingen, E., Simkhada, P. & Angell, C. (2016). Birthing centres in Nepal: Recent developments, obstacles and opportunities. *Journal of Asian midwives*,3(1). Verfügbar unter:
<http://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1033&context=jam>
- Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Vonèche, 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*, 2015. doi:10.1186/s12884-015-0477-4
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung.* (Aufl.). Wien, AU: Facultas
- Midwifery unit network. (2017). *Midwifery units in Northern Ireland.* Verfügbar unter:
<http://www.midwiferyunitnetwork.com/blog/mlu-northern-ireland>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2016). *Les maisons de naissance.* Verfügbar unter: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
- Ministry of Health. (2016). *Maternity care.* Verfügbar unter:
<http://www.health.govt.nz/your-health/pregnancy-and-kids/services-and-support-during-pregnancy/maternity-care>
- Ministry of health and prevention. (2008). *Healthcare in Denmark.* Verfügbar unter:
<https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2047/health%20in%20Denmark.pdf>
- Ministry of health, NSW. (2010). *Maternity: Towards normal birth, NSW.* Verfügbar unter:
http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010_045.pdf
- Mississippi state department of health. (2016). *Minimum standards of operating for birthing centers.* Verfügbar unter:
http://msdh.ms.gov/msdhsite/_static/resources/110.pdf
- 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(10). doi:10.1136/bmjopen-2014-006252

- Mother Hood e.V. (2016). *Aktuelle Situation in der Geburtshilfe*. Verfügbar unter:
<http://www.mother-hood.de/sichere-geburt/allgemeine-informationen/aktuelle-situation-der-geburtshilfe.html>
- Moule, P. (2015). *Making sense of research in nursing, health and social care*. (Aufl.)
 London, UK: Sage Publications.
- Murray, M.L. & Huelsmann, G.M. (2008). *Labour and delivery nursing: Guide to evidence-based practice*. (1. Aufl.). New York, USA: Springer Publishing Company
- National center for health statistics. (2017). *Births: Final data for 2015*, 6(1). Verfügbar unter: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_01.pdf
- National health service. (2014). *Understanding the new NHS*. Verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
- National Institute of Health and Care Excellence. (2012). *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services*. Verfügbar unter:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/resources/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-nhs-services-pdf-35109517087429>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2015). *Women in established labour should receive one-to-one care*. Verfügbar unter:
<https://www.nice.org.uk/news/article/women-in-established-labour-should-receive-one-to-one-care>
- Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2017) *Liste der Geburtshäuser in Deutschland*. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/liste-der-geburtshaeuser-deutschland/>
- Neue Zürcher Zeitung. (2017). *Vertrauen in die Hebamme wächst*. Verfügbar unter:
http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld//170314_NZZ_Hebamme.pdf
- New Zealand Immigration. (2017). *Healthcare*. Verfügbar unter:
<https://www.newzealandnow.govt.nz/living-in-nz/healthcare>

- NHS choices. (2015). *Principles and values that guide the NHS*. Verfügbar unter:
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>
- NHS England. (2017). *Personal maternity care budgets*. Verfügbar unter:
<https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/mat-pioneers/questions-and-answers-about-maternity-pioneers/personal-maternity-care-budgets-pmcbs/>
- Obamacare facts. (2017). *What is Obamacare? What is the Affordable Care Act?*
Verfügbar unter: <https://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>
- Overgaard, Ch. (2016). *Intrapartum care for women at low obstetric risk*. Verfügbar unter:
http://vbn.aau.dk/files/229193995/Presentation_BOLZANO_24_feb_2016.pdf
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2012). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. (2. Aufl.) Bern, CH: Hans Huber Verlag
- Queensland Government. (2016). *Birth centers and midwives*. Verfügbar unter:
<https://www.qld.gov.au/health/children/pregnancy/birth-centres/#Birth>
- Rana, G., Rajopadhyaya, R., Bajracharya, B., Karmacharya, M. & Osrin, D. (2003). Comparison of midwifery-led and consultant-led maternity care for low risk deliveries in Nepal. *Health policy and planning*, 18(3), 330-337. doi: 10.1093/heapol/czg039
- Rockenschaub, A. (2005). *Gebären ohne Aberglauben- Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst*. (3. Aufl.). Wien, AU:Facultas
- Royal Australian and New Zealand college of obstetricians and gynaecologists. (2016). *Standards of maternity care in Australia and New Zealand*. Verfügbar unter:
[https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Standards%20in%20Maternity%20Care%20\(C-Obs%2041\)%20Review%20March%202016.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/DOCMAN-ARCHIVE/Standards%20in%20Maternity%20Care%20(C-Obs%2041)%20Review%20March%202016.pdf)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2007). *Minimum standards for the organisation and delivery of care in labour*. Verfügbar unter:
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/wprsaferchildbirthreport2007.pdf>
- Royal College of Midwives. (2011). *Freestanding midwifery units: local, high quality maternity care*. Verfügbar unter:
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/FMU%20Mythbuster%20-%20Web%20Final.pdf>

- Royal dutch association of midwives. (2017). *Midwifery in the Netherlands*. Verfügbar unter:
http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/526/file/Midwifery_in_The_Netherlands_versie_2017.pdf
- Rutledge Stapleton, S., Osborne, C. & Illuzzi, J. (2013). Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model. *Journal of midwifery & women's health*. Verfügbar unter:
https://www.ftc.gov/system/files/documents/public_comments/2014/03/00037-88902.pdf
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane database of systematic reviews*, 4. doi:
10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. (1. Aufl.). Hannover, DE: Elwin Staude Verlag
- Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik. (2017). *Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz: Aufgabenverteilung, Stärken und Schwächen, Resultate im internationalen Vergleich*. Verfügbar unter:
<http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwj-8fKRv9bUAhWltRoKHWCBBIQFgguMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.sggp.ch%2Fdownload.php%3Fid%3D31&usg=AFQjCNF9VmDiMxdPr4mh0Fp3LckQDEWLIQ>
- Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2015). *Guideline Sectio caesarea*. Verfügbar unter:
http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband (1993). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen*. Verfügbar unter:
http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband. (2007). *Hebammen erbringen hochqualifizierte und kostensparende Leistungen*. Verfügbar unter:
http://www.hebamme.ch/x_dnld/htag/2009/Statement_Berufspolitik_d.pdf

- Schweizerischer Hebammenverband (2014). *Wo soll die Geburt stattfinden? Im Spital, Geburtshaus oder doch zu Hause?* Verfügbar unter:
<http://www.hebammen.ch/de/wahl-geburtsort-beratung>
- Schweizerischer Hebammenverband. (2015). *Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2015.* Verfügbar unter:
http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2015_d.pdf
- Sottas, B., Brügger, S. & Jaquier, A. (2013). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen.* Verfügbar unter:
https://www.google.ch/search?q=sottas+et+al.+2013+anspruch+auf+pr%C3%A4mienerbilligung&oq=sottas+et+al.+2013+anspruch+auf+pr%C3%A4mienerbilligung&gs_l=psy-ab..2.25.2660...33i160k1j33i21k1.L_yANU3L42E
- Staat Freiburg Direktion für Gesundheit und Soziales (2015). *Anforderungen GEBH Geburtshäuser (ab 37. SSW).* Verfügbar unter:
https://www.fr.ch/ssp/files/pdf65/exigences_maison_naissance.pdf
- Statista (2017). *Europäische Union: Anzahl der Lebendgeburten in den Mitgliedsstaaten im Jahr 2015.* Verfügbar unter:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/162133/umfrage/anzahl-der-geburten-in-europa/>
- Statistics Canada. (2016). *Births, estimates, by province and territory.* Verfügbar unter:
<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo04a-eng.htm>
- Stats NZ. (2016). *Births and deaths: Year ended in December 2015.* Verfügbar unter:
http://m.stats.govt.nz/browse_for_stats/population/births/BirthsAndDeaths_HOTPYeDec15.aspx
- Struthmann, S. (2014). Hausgeburtshilfe. In Ch. Mändle & S. Opitz-Kreuter. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch* (6. Aufl., S.493-517). Stuttgart, DE: Schattauer
- Supermed. (2015). *Kaiserschnitt Entbindungsraten im Ländervergleich.* Verfügbar unter: <http://www.supermed.at/gesundheit/kaiserschnitt-entbindungsraten-im-laendervergleich/>

UN Inter-agency group for child mortality estimation. (2017). *Mortality rate, neonatal*.

Verfügbar unter: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

United Nations. (2017). *Universal declaration of human rights*. Verfügbar unter:

<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>

United nations populations fund. (2014). *A universal pathway. A women's right to*

health. Verfügbar unter: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf)

[pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf)

Universität Heidelberg. (2017). *Internetquellen beurteilen*. Verfügbar unter:

<http://www.ub.uni->

[heidelberg.de/schulung/fits/FITALT/internetquellen_beurteilen.html](http://www.ub.uni-heidelberg.de/schulung/fits/FITALT/internetquellen_beurteilen.html)

Wernham, E., Gurney, J., Stanley, J., Ellison-Loschmann, L. & Sarfati, D. (2016). A

comparison of midwife-led and medical-led models of care and their relationship to adverse fetal and neonatal outcomes: A retrospective cohort study in New Zealand. *PLOS Medicine*, 13(9).

doi:10.1371/journal.pmed.1002134

White Ribbon Alliance. (2011). *Respektvolle Geburtshilfe: die universellen Rechte für*

schwangere und gebärende Frauen. Verfügbar unter:

<http://whiteribbonalliance.org/wp->

[content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf)

Weltgesundheitsorganisation. (2013). *Health systems strengthening glossary*.

Verfügbar unter:

http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Maternal mortality ratio*. Verfügbar unter:

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Erläuterung der Literaturrecherche.....	43
Abb. 2: Weltkarte zum weltweiten Angebot an Geburtshäuser	69

11 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Internationaler Vergleich der Gesundheitssysteme und der Geburtshäuser	39
Tab. 2: Ausgeschlossene Studien	44
Tab. 3: Eingeschlossene quantitative Studien	47
Tab. 4: Eingeschlossene systematische Literaturreviews	51
Tab. 5: Eingeschlossene Leitlinien	53
Tab. 6: Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur	56
Tab. 7: Outcomes im weltweiten Vergleich zwischen Geburtshäusern und Spitälern ..	65