



Positionspapier zum Thema «Hebammengeleitete geburtshilfliche Modelle (HgM)»

Bern, 5. September 2013

Einleitung

Anlässlich des nationalen Hebammenkongresses vom 15. und 16. Mai 2013 in Thun hat die organisierende Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV) eine Petition lanciert, welche die Einführung von hebammengeleiteten geburtshilflichen Modellen (HgM) in Schweizer Spitälern verlangt. Ziel der Petition ist es, möglichst viele Unterschriften zu sammeln und diese Ende November 2013 den Gesundheitsdirektionen aller Kantone und den Spitälern mit Geburtshilfeangeboten zu überreichen.

Der Zentralvorstand des SHV (ZV) hat vor der Lancierung der Petition aus formalen und organisatorischen Gründen entschieden, die Petition nicht zu unterstützen. Der ZV stuft das Thema HgM dennoch als sehr wichtig ein und nimmt dazu in diesem Positionspapier Stellung.

Die aktuelle Situation der Geburtshilfe in der Schweiz

In der Schweiz finden jährlich rund 80'000 Geburten statt, bei denen eine Hebamme anwesend ist. Der grösste Teil der Geburten erfolgt unter ärztlicher Leitung im Spital. Ca. 2 Prozent der Frauen gebären unter der Leitung einer Hebamme in einem Geburtshaus oder zuhause: 2012 fanden 1121 Geburten in den 18 Geburtshäusern statt (82 mehr als 2011) und 719 Frauen haben ihr Kind zuhause geboren. Rund 15 Prozent aller Frauen werden auch während der Schwangerschaft von einer Hebamme betreut und 52'788 Frauen nach der Geburt zuhause nachbetreut¹.

Hebammen sind als direkte Leistungserbringerinnen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen. Sie betreuen die Frauen während der Schwangerschaft und während der Geburt in eigener Verantwortung. Nach der Geburt sind sie während zehn Tagen für Mutter und Kind verantwortlich. Bei regelwidrigen geburtshilflichen Situationen arbeiten Hebammen mit einer Ärztin oder einem Arzt zusammen.

Die grosse Mehrheit der rund 3400 berufstätigen Hebammen arbeitet im Spital in einer geburtshilflichen Abteilung. Sie betreuen dort schwangere Frauen (in der Regel am Ende der Schwangerschaft), Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene unter ärztlicher Verantwortung. Einige wenige Hebammen bieten das Beleghebammensystem an, bei dem den Frauen eine kontinuierliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Spitalgeburt und Wochenbett angeboten wird. Etwa 1000 Hebammen sind freiberuflich tätig, einige davon in den 12 Hebammenpraxen¹.

Die Schweiz hat eine im internationalen Vergleich hohe Kaiserschnitttrate. Diese war 2011 mit 33.3% so hoch wie noch nie. Die häufig ins Feld geführten Indikatoren wie zum Beispiel das Alter der Frauen, vermehrte Zwillingsschwangerschaften und vermehrte Erkrankungen in der Schwangerschaft vermögen nicht zu erklären, weshalb die Kaiserschnitttrate in der Schweiz von 22.7% im Jahr 1998 auf 33.3% im Jahr 2011 angestiegen ist².

Hebammengeleitete Modelle (HgM)

Definition

Der Begriff der *hebammengeleiteten Geburtshilfe (Midwife-led care)* wurde von verschiedenen englischsprachigen Autorinnen und Autoren definiert. Charakteristisch für alle Definitionen sind folgende Punkte: Schwangerschaft und Geburt sind im Leben einer Frau natürliche, physiologische Ereignisse. Die hebammengeleitete Geburtshilfe unterstützt diesen Prozess und orientiert sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Frau. Zentral ist die kontinuierliche Begleitung durch eine erfahrene Hebamme im Kontinuum Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wobei dem physischen, psychischen und sozialen Wohlbefinden der Frau als auch der Familie besonders grosse Beachtung geschenkt wird. Medizinische oder technische Interventionen werden minimiert. Die Verantwortung liegt bei der Hebamme. Zielgruppen sind gesunde Gebärende resp. Frauen mit einer niedrigen Risikoeinstufung. Es gibt Modelle, in dem ganze Hebammenteams zusammenarbeiten oder in einem interdisziplinären Netz verankert sind. Zudem werden in der Klinik integrierte Modelle beschrieben, aber auch vom Spital unabhängige Institutionen³.

Die aus Sicht des SHV zentralen Erfolgsmerkmale von HgM sind die Eigenverantwortlichkeit der Hebammen und die kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Der SHV steht deshalb für die folgende Definition ein: HgM sind Abteilungen oder Einheiten in einem Spital oder einem Geburtshaus, in denen die fachliche Verantwortung und organisatorische Leitung in der Verantwortung der Hebammen liegen und in denen der Kontinuität der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hohe Beachtung geschenkt wird. Die Zielgruppe sind gesunde Schwangere ohne oder mit einem niedrigen Risiko. In den HgM sollen die physiologischen Prozesse während der ganzen Mutterschaft gefördert und die Frauen in ihren eigenen Ressourcen bestärkt werden.

HgM in der Schweiz

In der Schweiz gibt es verschiedene Spitäler, die über HgM-ähnliche Angebote verfügen. Diese stehen grösstenteils unter ärztlicher Leitung, die Hebammen tragen die fachliche Verantwortung nicht. Auch die kontinuierliche Betreuung während der ganzen Zeit der Mutterschaft fehlt mehrheitlich. Eigentliche HgM werden bisher in der Schweiz von den Geburtshäusern verwirklicht.

Am Universitätsspital in Genf (HUG) wurde 2011 das Projekt der kontinuierlichen und hebammengeleiteten Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gestartet, wobei das Projekt der ärztlichen Leitung unterstellt ist. Die Erfahrungen nach den ersten zwei Jahren zeigen eine deutlich grössere Zufriedenheit der betreuten Frauen und der darin arbeitenden Hebammen. Die in diesem Projekt involvierten Hebammen verfügen gegenüber ihren Kolleginnen in herkömmlichen Modellen zudem über deutlich mehr Kompetenzen. Von den 150 in der Maternité des HUG angestellten Hebammen haben sich acht für die Mitarbeit in diesem Modell entschieden.

HgM im Ausland

Im Vergleich zur Schweiz werden in Schweden, Norwegen, Finnland und den Niederlanden die Schwangerschaften ganz oder mehrheitlich durch Hebammen betreut und bei den Geburten wird nur bei Komplikationen ärztliche Unterstützung angefordert. Diese Länder haben vergleichsweise tiefe Kaiserschnitttraten. So zeigt eine Untersuchung aus Dänemark und Australien, dass die Anzahl Schnittentbindungen durch HgM reduziert werden kann⁴. In zahlreichen internationalen Studien wurden Kosten-Nutzen-Vergleiche hinsichtlich der Wirksamkeit von HgM angestellt und die Effekte von HgM wurden untersucht⁵. Die Resultate sind durchaus positiv. In einer Studie aus England wurde die Rentabilität von HgM überprüft. Die Resultate zeigen deutlich, dass in HgM die Kosten markant gesenkt werden können.

Verschiedene internationale Untersuchungen zeigen, dass hebammengeleitete Modelle mit tieferen Interventionsraten, wie zum Beispiel weniger Medikamenteneinsatz, weniger Dammschnitte, weniger Kaiserschnitte etc. und mit zufriedeneren Frauen verbunden sind - dies bei gleichwertigem Outcome für Mutter und Kind wie in der ärztlich geleiteten Geburtshilfe⁶. Die meisten Frauen wünschen sich zudem eine „normale“ Geburt mit einer ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung durch die Hebamme während der ganzen Versorgungszeitspanne⁷.

Chancen und Risiken aus verschiedenen Perspektiven

Frauen und Familien

Zur Sicht der Frauen und Familien bezüglich der HgM gibt es in der Schweiz keine repräsentativen Zahlen resp. Daten. Diesbezügliche Bedürfnisse der Frauen wurden bisher in der Schweiz nicht untersucht.

Eine nicht-repräsentative Studie der Berner Fachhochschule deckt in drei untersuchten Schweizer Kantonen Versorgungslücken in der Mutterschaftsbetreuung auf⁸. Laut dieser Studie sind Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen an der Versorgung während der Mutterschaft beteiligt. Obwohl diese Situation den Klientinnen eine grosse Wahlfreiheit bietet, gibt es viele Überschneidungen und Doppelspurigkeiten in der Betreuung und die Frauen erhalten dadurch widersprüchliche Informationen.

Andere Untersuchungen zeigen, dass im vorherrschenden Betreuungsmodell eine schwangere Frau von Beginn der Schwangerschaft bis hin zum Spitalaustritt nach der Geburt von mehr als 20 verschiedenen Fachpersonen betreut wird. Die Wahl des Geburtsortes ist nicht nur von der Zugänglichkeit abhängig, sondern wird von rationalen und nicht rationalen Überlegungen beeinflusst, wie persönliche Präferenzen, Kultur und Tradition, Sicherheitserwägungen, Ängste, frühere Erfahrungen, familiäre Erwartungen oder Medien⁹.

Neu eingeführte HgM sollten unbedingt mit einer Begleitforschung versehen werden, damit die Bedürfnisse der Frauen und deren Familie in der Schweiz sichtbar werden. Klar ist aus Sicht des SHV, dass Frauen eine echte Wahl hätten, wenn hebammengeleitete neben herkömmlichen Modellen angeboten würden.

Hebammen in den Spitälern

Hebammen haben eine ganzheitliche Sicht auf den Prozess der Mutterschaft. Sie wissen um die komplexen Zusammenhänge zwischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und kennen sowohl die physiologischen und psychologischen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der Schwangeren und ihren Partnern. Dadurch können sie eine gesundheitsfördernde Betreuung gewährleisten¹⁰.

Der SHV verfügt zur Zeit über keine genauen Informationen, wie viele der in den Spitälern angestellten Hebammen tatsächlich in HgM arbeiten würden. Aus den informellen Diskussionen kann jedoch abgeleitet werden, dass ein Teil der Hebammen in den Spitälern an HgM interessiert ist.

Geburtshäuser

Die Geburtshäuser stehen sowohl fachlich als auch organisatorisch unter der Leitung von Hebammen, wodurch sie den HgM zugeordnet werden können. Sie haben teilweise Mühe, ihre Stellen zu besetzen. In letzter Zeit haben zwei Geburtshäuser mit einer guten Auslastung wegen Rekrutierungsproblemen schliessen müssen. Dieser Umstand stimmt nachdenklich.

Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund, dass sich Frauen generell eine „normale“ Geburt und eine kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wünschen, setzt sich der SHV weiterhin für die Sicherung von bestehenden HgM in den Geburtshäusern ein und er wird die Thematik der HgM in den Spitälern vertieft verfolgen. Weiterführende Studien, Analysen, Diskussionen mit Stakeholdern und insbesondere Pilotprojekte sollen bei der Klärung helfen, in welcher Form HgM in Schweizer Spitälern etabliert werden können. Der SHV tut dies in Rücksprache mit seinen Mitgliedern und im Dialog mit Institutionen und Leistungserbringern anderer Disziplinen.

Zentralvorstand, 5. September 2013, bst, dgu

Literaturverzeichnis

1 Statistische Zahlen des SHV

abrufbar unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/stats.cfm>

2 Antwort des Bundesrates auf das Postulat 08.3935 „Zunahme von Kaiserschnittgeburten“ von Liliane Maury Pasquier

abrufbar unter:

http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20083935#

3 Definitionen von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen

Hodnett, E.D., Downe, S., Walsh, D., Weston, J., (2010). *Alternative versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 9.

doi:10.1002/14651858.CD000012.pub3, art. no. CD000012

Walsh, D., Devane, D. (2012). *A metasyntesis of midwife-led care*. Qual Health Res. J, 22(7), 897–910. doi: 10.1177/1049732312440330

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S.(2008) *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev. Vol 8;(4):CD004667

4 Tiefere Kaiserschnittraten bei hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen

Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobson, M., Sjoborg, K., & Oian, P. (2011). *Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial*. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118(11), 1357–1364

Catling-Paull, C., Johnston, R., Ryan, C., Foureur, M., Homer, C., (2011): *Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after cesarean section: a systematic review*. Journal of advanced Nursing, 67(8), 1662–1676

Chaillet, N., Dumont, A. (2007). *Evidence-based strategies for reducing cesarean section Rates: A Meta-Analysis*. Birth. 34(1), 53

Maassen, M., Hendrix, M., Vugt, H. V., Veersema, S., Smits, F., & Nijhuis, J. (2008).

Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: Primary versus secondary care. Birth, 35(4), 277–282

McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A., Farrell, T., Gold, L., de Biro, M.A., Albers, L., Flood, M., Oats, J., Waldenstroem, U. (2012) *Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial* BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 119(12), 1483–92. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x

Niino, Y. (2011). *The increasing cesarean rate globally and what we can do about it*. BioScience Trends; 5(4): 139–150

Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., Belizán, J. (2011). *Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 154, 136–140

Van Dillen, J., Lim, F., Van Rijssel, E. (2008). *Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 139. 2008; 151–156.

WHO World Health Report. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*, Background Paper, 30, abrufbar unter:

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

5 Kostenanalysen von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen im Vergleich zu herkömmlichen Modellen

Childbirth Connection, Catalyst for Payment Reform, Center for Healthcare Quality and Payment Reform (2013) *The Cost of having a Baby in the United States*, The Truven Health Analytics Marketscan Study abrufbar unter:

<http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/02/Maternity-Care-and-Liability.pdf>

Henderson, J., & Petrou, S. (2008). Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth*, 35(2), 136–146 9

Homer, C.S., Matha, D.V., Jordan, L.G., Wills, J., Davis, G.K., (2001). *Continuity of maternal care in a community setting : a randomised controlled trial using the zelen design*. Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association, 24(1). 85–93

Hundley, V.A., Donaldson, C., Lang, G.D., et al., (1995). *Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward*. *Midwifery*, 11, 103–109

Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., et al. (2012). *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birth-place in England national prospective cohort study*. *British Medical Journal* 344,e2292

Stone, P.W., Zwanziger, J., Hinton Walker, P., Buenting, J., (2000). *Economic analysis of two models of low-risk maternity care: A freestanding birth centre compared to traditional care*. *Research in Nursing & Health*, 23, 279–289

Toohill, J., E. Turkstra, et al. (2012). "A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital." *Midwifery* 28(6), e874-e879

Tracy, S.K., Tracy, M.B., (2003). *Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data*. *BJOG*, 110, 717–724

6 Outcome bei hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen

Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., et al. (2011). *Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women?* *Birth*, 38, 111–119

Overgaard, C., A Moller, Fenger-Gron, M., Knudsen, L., & Sandall, J. (2011). *Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women*. *BMJ Open*, 2(e000262). doi:10.1136/bmjopen-2011-000262

Birthplace in England Collaborative Group. (2011). *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. *BMJ*, 343d7400. doi:10.1136/bmj.d7400.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, J., Shennan, A., Devane, D., (2013) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women updated*. *Cochrane Database Syst Rev*. Issue 8, doi:10.1002/14651858

7 Was Frauen wünschen

Lutz, U., Kolip, P., (2006) *Die GEK-Kaiserschnitt-Studie*, Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH,, abrufbar unter:

http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf

8 Wirksamkeit der Betreuung aus Sicht der Frauen

Luyben, A., Burkhardt, K., Conca, A., Gurtner-Zürcher, C., Hähnlein, K., Brailey, S., Forster Fink R. (2013) *MatHER-ch.ch: Maternal Health Experiences Research during Childbirth in Switzerland, Wirksamkeit der Betreuung auf die Gesundheit rund um die Geburt aus Sicht der*

Frauen in drei Schweizer Kantonen, Angewandte Forschung & Entwicklung, Dienstleistung Geburtshilfe, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern

9 Einflüsse bei der Wahl des Geburtsorts

McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2011). *Birthplace qualitative organizational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings. Birthplace in England research programme*. Final report part 6: NIHR Service Delivery and Organisation programme, abrufbar unter:

http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf

10 Salutogenetischer Betreuungsansatz

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Weston, J.. (2011). *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003766

WHO (2011). Strengthening Midwifery toolkit, abrufbar unter:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/index.html

Wagner, M. (2001). *Fish can't see water: the need to humanize birth in Australia*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75, 25–37