



Themen für die Anerkennung von Einrichtungen in der Schweiz mit hebammengeleiteter Geburtshilfe

Inhalt

Präambel

Themen

- Thema 1:** Die Aufnahme- und Verlegungskriterien sind festgelegt
- Thema 2:** Die Verantwortung für die Leitung der Geburt liegt bei den Hebammen
- Thema 3:** Die kontinuierliche Begleitung und Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ist gewährleistet
- Thema 4:** Diagnostik, Behandlung und Betreuung sind optimiert
- Thema 5:** Medizinische und technische Interventionen werden minimiert
- Bewertung:** Reifegrad der Organisationen
- Anhang:** Impressum und Autorinnen und Autoren

Präambel

Vision

Unser gemeinsam zu erreichendes Ziel ist die nachhaltige Gesundheit aller Frauen und Kinder in der gesamten perinatalen Versorgung in der Schweiz. Bis im Jahr 2030 sollen deshalb mindestens 30 % aller regelrechten Geburten in Einrichtungen mit hebammengeleiteten Modellen oder zu Hause stattfinden. Das Anerkennungsverfahren soll Frauen resp. werdenden Eltern als Orientierungs- und Entscheidungshilfe in der Auswahl ihres Geburtsortes dienen. Mit der Wahl einer vom Schweizerischer Hebammenverband (SHV) anerkannten hebammengeleiteten Einrichtung haben sie die Gewähr, dass die Einrichtung die zentralen organisatorischen Kriterien der hebammengeleiteten Geburtshilfe erfüllt.

Ausgangslage

Mit etwa 3,4 % aller Geburten (SHV, 2019) nutzen nur sehr wenige Familien die Möglichkeit einer ausserklinischen Geburt in der Verantwortung einer Hebamme. Über 96 % aller Geburten finden im Spital in ärztlich geleiteten Strukturen statt. Im Sinne der Chancengleichheit möchte der SHV allen Frauen in der Schweiz den Zugang zu hebammengeleiteter Geburtshilfe ermöglichen.

Als geeignetste Berufsgruppe zur Leitung und Betreuung der regelrecht verlaufenden Schwangerschaft und Geburt und für das Erkennen von Risiken und Komplikationen nennt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Berufsgruppe der Hebammen (Di Mario, 2005). Hebammengeleitete Geburtshilfe ist sicher, interventionsarm, effektiv und hat langfristig einen guten Effekt auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Sandall et al., 2013; Sandall et al., 2015). In anderen europäischen Ländern wird die effektive Hebammenbetreuung von Frauen während dem ganzen Kontinuum der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes schon länger erfolgreich umgesetzt.

Medikalisierung und Pathologisierung

In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hat mit der stetigen Entwicklung der Medizin auch in der Geburtshilfe eine starke Medikalisierung und Pathologisierung stattgefunden (Hodnett et al., 2012). Mit dem medizinischen Fortschritt konnte die mütterliche und kindliche Säuglingssterblichkeit in der Schweiz zwar kontinuierlich gesenkt werden, doch nahmen parallel dazu die Anzahl an Interventionen in der Schwangerschaft und die medizinischen Eingriffe bei der Geburt zu. Der geburtshilfliche Outcome von Müttern und Kindern ist positiv, wird jedoch von einzelnen Ländern mit differierenden, hebammengeleiteten Versorgungsstrukturen übertroffen (Peristat, 2019).

Gemäss WHO verlaufen weltweit zwei Drittel aller Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett ohne Komplikationen und sind gesunde und physiologische Vorgänge im Leben einer Frau (WHO, 2002a). Bei pathologischen Verläufen profitieren Frauen und Kinder ganz klar von medizinischen Interventionen. Diese Interventionen werden jedoch bei einem risikoarmen Kollektiv zunehmend in Frage gestellt, da sie häufig sogar negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben (Cignacco, 2015; Davis-Floyd, 2009). Die prominenteste Intervention ist der Kaiserschnitt. Aktuell wird in der Schweiz jedes dritte Kind per Kaiserschnitt geboren (Bundesamt für Statistik, 2019). Damit ist die Kaiserschnittquote verglichen mit anderen Ländern hoch und liegt weit über der von der WHO vorgegebenen sinnvollen Rate von 15 bis 20 % (WHO, 2015). Hinsichtlich seiner Wirksamkeit hat das beinahe flächendeckende System einer ressourcen- und somit kostenintensiven hochspezialisierten Medizin in der geburtshilflichen Versorgung für Frauen mit niedrigen Risiken keine Vorteile gegenüber hebammengeleiteten Modellen in Bezug auf Mortalität wie auch Morbidität von Mutter und Kind.

Grundversorgung

Hebammen sollen gesunde Schwangere und Gebärende mit physiologischem Verlauf selbstständig im ganzen Prozess des Mutterwerdens betreuen. Dadurch nehmen sie in der Grundversorgung eine wesentliche Schlüsselrolle ein. Dies folgt der Strategie «Gesundheit 2020» des Bundesrates, die Kompetenzen von nicht medizinischem Gesundheitspersonal zu fördern (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

Anerkennungsverfahren für Einrichtungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe

Neben den hebammengeleiteten Geburtshäusern bieten Spitäler eigenständige Geburtshilfeabteilungen oder Betreuungspfade, in denen die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung in der Verantwortung von Hebammen liegen. Ein hebammengeleitetes Betreuungsangebot im Spital sollte idealerweise derart gestaltet sein, dass Frauen von einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung von Beginn der Schwangerschaft über die Geburt bis und mit Spätwochenbett profitieren können.

Institutionen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe sind eingeladen, am Anerkennungsverfahren teilzunehmen. Um Organisationen auf dem Weg zu einer hebammengeleiteten Geburtshilfe zu unterstützen und den Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung zu fördern, ist die Teilnahme am „Netzwerk Hebammengeleitete Geburtshilfe SHV“ Voraussetzung für das Anerkennungsverfahren.

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – Gesundheit2020. Bern: BAG.
- Di Mario, S. (2005). What is the effectiveness of antenatal care? Health evidence network report. Copenhagen: World Health Organization.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; CD004667.
- Hensen, P. (2016). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen für Studium und Praxis. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hodnett, E. D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 8, CD000012.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 8, CD004667.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4, CD004667.
- World Health Organization (2002a). Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Links

WHO 2015 (abgerufen am 19.4.2017)

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

Bundesamt für Statistik (abgerufen am 15.03.2021)

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive.html>

Themen

Thema 1: Die Aufnahme- und Verlegungskriterien sind festgelegt

Nr.	Themenelement	Bewertungskriterium <i>(obligatorisch zu erfüllende Kriterien sind fett ausgezeichnet)</i>
1	Es ist schriftlich festgelegt, aufgrund welcher Kriterien entschieden wird, ob eine Frau in die Einrichtung mit Hebammengeleiteter Geburtshilfe aufgenommen werden kann.	<p>1.1 Eine Beschreibung der Aufnahmekriterien liegt vor.</p> <p>1.2 Die Beschreibung ist von der Leitung der Einrichtung genehmigt.</p> <p>1.3 Die Beschreibung ist nicht älter als drei Jahre.</p>
2	Medizinische Ausschlusskriterien sind definiert.	<p>2.1 Medizinische Ausschlusskriterien liegen schriftlich vor.</p> <p>2.2 Die medizinischen Ausschlusskriterien sind durch einen klaren Prozess definiert worden, der von den Verantwortlichen beschrieben werden kann.</p> <p>2.3 Die Definition medizinischer Ausschlusskriterien ist nicht älter als drei Jahre.</p>
3	Der Prozess der Anwendung medizinischer Aufnahme- und Ausschlusskriterien ist beschrieben.	<p>3.1 Die Verantwortung für die Anwendung medizinischer Aufnahme- und Ausschlusskriterien ist festgelegt.</p> <p>3.2 Eine Checkliste für das Aufnahmegespräch steht zur Verfügung.</p> <p>3.3 Bei Auffälligkeiten oder Unklarheiten ist das weitere Vorgehen klar festgelegt.</p>

4	<p>Die Frau und ihr Partner bzw. ihre Partnerin sind über die Grenzen der hebammengeleiteten Geburtshilfe und die Möglichkeit einer Verlegung¹ im Falle des Auftretens von Komplikationen während der Geburt informiert. Sie wissen, wie bei allfälligen Komplikationen der Entscheidungsprozess definiert ist.</p>	<p>4.1 Schwangere, Mütter und deren Partner bzw. Partnerin bestätigen, dass sie über die Möglichkeit einer Verlegung informiert wurden.</p>
---	--	---

¹ Unter Verlegung wird hier die Übergabe der Verantwortung der Geburtsleitung von der Hebamme an die Fachärztin / den Facharzt verstanden. Dies kann mit einer physischen Verlegung (Transfer von einem Ort zum anderen, vom Geburtshaus in das Spital, vom Gebärraum in den Operationssaal) verbunden sein, muss aber nicht.

Thema 2: Die Verantwortung für die Leitung der Geburt liegt bei den Hebammen

Nr.	Themenelement	Bewertungskriterium <i>(obligatorisch zu erfüllende Kriterien sind fett ausgezeichnet)</i>
5	Der Entscheid zur Aufnahme bzw. zur Ablehnung einer Frau gemäss den medizinischen Ausschlusskriterien liegt ausschliesslich in der Kompetenz der Hebammen.	5.1 Eine entsprechende Kompetenzregelung liegt schriftlich vor.
6	Die Geburt wird fachlich durch Hebammen geleitet.	6.1 Die Funktion und die Kompetenzen der Hebammen sind schriftlich geregelt.

Thema 3: Die kontinuierliche Begleitung und Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ist gewährleistet

Nr.	Themenelement	Bewertungskriterium <i>(obligatorisch zu erfüllende Kriterien sind fett ausgezeichnet)</i>
7	Die Einrichtung versteht Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als ganzheitlichen Betreuungsbogen.	7.1 Eine Geburtsphilosophie/Leitbild/Vision liegt vor
		7.2 Die Einrichtung bietet Begleitung und Betreuung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit an.
8	Die Einrichtung gewährleistet eine nach dem Bedarf der Frau orientierte Betreuung durch eine Hebamme.	8.1 Die Einrichtung definiert den Begriff der Eins-zu-eins-Betreuung.

Thema 4: Diagnostik, Behandlung und Betreuung sind definiert

Nr.	Themenelement	Bewertungskriterium <i>(obligatorisch zu erfüllende Kriterien sind fett ausgezeichnet)</i>
9	Die Hebammen erstellen Richtlinien zu ausgewählten Prozessen und sorgen für deren Anwendung.	9.1 Richtlinien sind vorhanden und allen in der Einrichtung tätigen Hebammen jederzeit zugänglich.
		9.2 Die Richtlinien sind nicht älter als drei Jahre.
		9.3 Die Richtlinien sind von der Einrichtung genehmigt und in Kraft gesetzt.

Thema 5: Medizinische und technische Interventionen werden minimiert

Nr.	Themenelement	Bewertungskriterium <i>(obligatorisch zu erfüllende Kriterien sind fett ausgezeichnet)</i>
10	Es sind Prozesse zur Überprüfung häufig vorkommender Indikationen für Interventionen vorhanden.	10.1 Eine systematische Erhebung von ausgewählten Indikationen für Interventionen wird vorgenommen.
		10.2 Ausgewählte Indikationen werden im Team besprochen.
		10.3 Verbesserungsmassnahmen werden erarbeitet und umgesetzt.

Impressum und Autorinnen und Autoren

Herausgeberin:

Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
Steuerungskomitee Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe
Olten
© SHV

Autorinnen und Autoren 2021

Steuerungskomitee Anerkennungsverfahren Hebammengeleitete Geburtshilfe
Tamara Bonc-Brujevic und Dina Krähenbühl, Co-Präsidium
Francesca Dotti Coppa
Christina Marinello
Tiffany Buffier
Monya Todesco
Anne Steiner, Verantwortliche für Qualität und Innovation SHV

Autorinnen und Autoren Version 2017

Ella Benninger, Fraubrunnen BE; Francesca Coppa Dotti, Mairengo/Faido TI, Marianne Haueter, Oberwil im Simmental BE; Patricia Mirer, Reinach AG; Martin Rothenbühler, Bern; Marie-Frédérique Séchaud, Lausanne; Anne Steiner, Aarau; Barbara Stocker Kalberer, Strengebach AG