

Erfahrungen mit der hebammengeleiteten Geburtshilfe

Anne Steiner, Hebamme MSc, EMBA, Kantonsspital Aarau

Eine wachsende Anzahl Spitäler, besonders in der Deutschschweiz, haben in den letzten Jahren Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe (HGGH) eingeführt. Die Nachfrage nach diesen Angeboten steigt sowohl bei den Schwangeren wie auch bei Hebammen. Immer mehr Frauen wünschen sich eine intime, interventionsarme Geburt, ohne auf die direkte Anbindung an die ärztlich-medizinische Versorgung verzichten zu wollen. In Zeiten der Personalknappheit ist es für die Spitäler zudem wichtig, einem Mangel an ausgebildeten Hebammen vorzubeugen. Können Hebammen ihren Kompetenzen entsprechend in eigener Verantwortung arbeiten, gewinnen die Spitäler in ihnen loyale und zufriedene Mitarbeiter*innen. (Grylka, 2020)

Aufgrund politischer Vorstösse hat die Gesundheitsdirektion Zürich 2021 als erster Kanton der Schweiz das Angebot der hebammengeleiteten Geburtshilfe mit auf die aktuelle Spitalliste genommen. Infolgedessen haben neun Kliniken im Kanton Zürich den Leistungsauftrag für die hebammengeleitete Geburtshilfe für die Spitalliste 2023 beantragt (GDZ, 2021).

Ausgangslage:

Die Schweiz verfügt weltweit über eines der besten Gesundheitssysteme. Der geburtshilfliche Outcome von Müttern und Kindern in der Schweiz ist positiv, wird jedoch von einzelnen Ländern mit differierenden, hebammengeleiteten Versorgungsstrukturen übertroffen (EURO-PERISTAT, 2019). Bei vorbestehenden Risiken und 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 (Miller, 2016), (Cignacco, 2015), (Cochrane, 2024).

Mit einer Kaiserschnitttrate von über 30% liegt die Schweiz im europäischen Vergleich mit an der Spitze (EURO-PERISTAT, 2019), (Obsan, 2024). Stellt diese hohe Zahl an operativen Eingriffen ein Problem für die betroffenen Familien dar? Im Bericht "Zwang unter der Geburt in der Schweiz" (Oelhafen, 2021) beschreiben über ein Viertel der Frauen (27%), dass sie unter der Geburt informellen Zwang erlebt haben. Das heisst, sie fühlten sich einseitig informiert, unter Druck gesetzt, eingeschüchtert oder waren mit einer Behandlungsentscheidung nicht einverstanden. 90% der in der Studie befragten Frauen wünschten sich zudem zu Beginn der Schwangerschaft eine vaginale Geburt.

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 objektiv erkennbaren Vorteile gegenüber hebammengeleiteten Modellen in Bezug auf Mortalität wie auch Morbidität von Mutter und Kind (Bauer, 2011) (Morr, Surbek, 2021) (Popelka, 2023). Da die Mehrzahl aller Geburten die Prognose zu einem komplikationslosen Verlauf haben und eine erhöhte Interventionsrate das geburtshilfliche Outcome nicht verbessern, stellt sich die Frage nach der **Zweckmässigkeit** der aktuellen Versorgungsstruktur.

Moderne Notfallstationen in Schweizer Spitälern können hier wegweisend sein. Eintreffende Patienten werden anhand des eingeschätzten Risikos triagiert und verschiedenen Behandlungsprozessen zugeordnet. Es gehört in vielen Spitälern bereits zum Standard, eine dem Notfall vorgelagerte Hausarztpraxis zu betreiben. Hierbei wird die hochspezialisierte Medizin mit ihrer teuren, ressourcenaufwendigen Infrastruktur von den „einfachen“ Fällen entlastet, die in der Grundversorgung eines eigenen „Low-Risk-Prozesses“ oder der Hausarztpraxis betreut werden. Dieses System ist

erfolgreich, durch schnellere Diagnose und Behandlung steigt sowohl die Leistungsfähigkeit der hochspezialisierten Abteilung wie auch die Zufriedenheit der Patienten durch verkürzte Wartezeiten. Analog ist die Situation in der Geburtshilfe. Da die Mehrzahl der Geburten zumindest theoretisch komplikationsfrei verläuft, generieren routinemäßige Interventionen sowie die Betreuung in einem Bereich der höchsten Versorgungsstufe bei diesen Frauen Kosten, ohne Outcome oder Sicherheit zu erhöhen. Bestimmte Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe haben daher das Potential, zusätzlich zur Zufriedenheit der Gebärenden auch die **Wirtschaftlichkeit** der geburtshilflichen Einheiten zu steigern. Dabei lässt sich der Ertrag an der an sich relativ gering vergüteten DRG für die vaginale Geburt ohne Komplikationen durch eine risikoadaptierte Betreuung, wie etwa die hebammengeleitete Geburtshilfe, verbessern (Weber, 2024).

Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe in den Schweizer Spitälern

"Bei der hebammengeleiteten Geburtshilfe liegt der Entscheid zur Aufnahme bzw. zur Ablehnung in das jeweilige Modell sowie die Verantwortung für die Geburtsbegleitung bei der Hebamme. Die schwangere Person und ihre Bezugspersonen sind über die Grenzen der hebammengeleiteten Geburtshilfe und die Möglichkeit einer Verlegung im Falle des Auftretens von Komplikationen während der Geburt informiert (SHV, 2024).

Gemeinsame Einheit HGGH & ärztlich geleitete Geburtshilfe

Die Geburten finden in der Geburtenabteilung innerhalb des Spitals statt. Ressourcen und Infrastruktur werden durch das Spital gestellt. Interprofessionelle Prozesse wie Überführungen in die ärztlich geleitete Geburtshilfe werden hausintern erarbeitet. Die Hebammen betreuen die Geburt in eigener fachlicher Verantwortung. Die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg, bzw. Bezugssystem.

Getrennte Einheit HGGH Spital

Die Geburten finden in eigenen Abteilungen/ Räumlichkeiten innerhalb des Spitals statt. Ressourcen und Infrastruktur werden durch das Spital gestellt. Interprofessionelle Prozesse wie Überführungen in die ärztlich geleitete Geburtshilfe werden hausintern erarbeitet. Die Hebammen betreuen die Geburt in eigener fachlicher Verantwortung. Die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg, bzw. Bezugssystem.

Geburtshaus Spitalgelände

Geburtshäuser auf dem Spitalgelände sind im Besitz eines Spitals. Ressourcen und Infrastruktur werden durch das Spital gestellt. Interprofessionelle Prozesse wie Verlegungen in die ärztlich geleitete Geburtshilfe werden hausintern erarbeitet. Hebammen sind durch Belegverträge oder durch eine Anstellung für die geburtshilfliche Betreuung in eigener fachlicher Verantwortung zuständig. Diese Hebammen betreuen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in eigener fachlicher Verantwortung. Die Geburt und das frühe Wochenbett finden in den Räumen des Geburtshauses statt. Die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg, bzw. Bezugssystem.

Im Vortrag werden, soweit es mit Daten zu belegen ist, die verschiedenen Modelle der hebammengeleiteten Geburtshilfe in und am Spital in der Schweiz in Bezug auf das geburtshilfliche Outcome, die Wirtschaftlichkeit und der modellspezifischen Vor- und Nachteile für die einzelnen Organisationen einander gegenübergestellt.

Literaturverzeichnis

- Bauer NH, S. B.-W. (2011). Der Hebammenkreißsaal – Ein klinisches Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 215 - FV05_01.
- Cignacco E, A. E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern*. Bern: BFH.
- Cochrane. (2024). *Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women*.
- EURO-PERISTAT. (2019). *The European Perinatal Health Report, 2015-2019*. Von <https://www.europeristat.com/> abgerufen
- GDZ. (2021). *www.zh.ch*. Von https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023/2022/neuerungen-m%C3%A4rz/strukturbericht/20220301_prov._spitalliste_2023_akutsomatik_V1.0.pdf abgerufen
- Grylka S, B. B.-M. (2020). *Berufssituation der Hebammen in Einrichtungen mit und ohne hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Kanton*. Von ZHAW digitalcollection: <https://digitalcollection.zhaw.ch/items/92895fd9-6d2c-49c5-ba49-6d162884e7b1> abgerufen
- Miller, S. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, Oct 29;388(10056):2176-2192.
- Morr AK, M. N. (2021). Obstetrician involvement in planned midwife-led births: a cohort study in an obstetric department of a University Hospital in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 728 (2021).
- Obsan. (2024). *Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung*. Von https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_173 abgerufen
- Oelhafen, S. a. (2021). *"Zwang unter der Geburt."*. Bern.
- Popelka J, B. B. (2023). Outcomedaten Geburtshaus Nordstern KSA. *Präsentation am Perinatalkongress Berlin, 2023*. Kantonsspital Aarau.
- SHV. (2024). *www.hebamme.ch*. Von <https://www.hebamme.ch/qualitaet/hebammengeleitete-geburtshilfe/> abgerufen
- Weber, A. (2024). *Risikoadaptierte Geburtshilfe – eine betriebsökonomische Analyse am Beispiel der Maternité - Geburtshilfe und Perinatalmedizin KSA*. Winterthur: ZHAW School of Management and Law, vertraulich.