

<b>Zeitschrift:</b>	Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	111 (2013)
<b>Heft:</b>	3
<b>Artikel:</b>	Hebammengebürten : ein attraktives Modell für schwangere Frauen und Hebammen im Spital
<b>Autor:</b>	Büchi, Simone / Wettstein, Wolfgang
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-949131">https://doi.org/10.5169/seals-949131</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 12.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Hebammengeburten – ein attraktives Geburtsmodell für schwangere Frauen und Hebammen im Spital

Interview von Wolfgang Wettstein mit Simone Büchi, Inselspital Bern

*Auf Grund welcher Überlegungen und welcher berufs-spezifischen und politischen Vorstellungen von Hebammenarbeit wurde dieses Modell bei Ihnen eingeführt und seit wann steht es Frauen zur Verfügung?*

**Simone Büchi** Das Modell «Hebammengeburt» wurde im Jahr 2000 in das Angebot der Geburtsbegleitung der Frauenklinik des Inselspitals aufgenommen, zuerst als Pilotprojekt und seit dessen Evaluation im Jahr 2003 als permanentes Angebot. Ausschlaggebend für das Modell «Hebammengeburt» war die gestiegene Nachfrage von Frauen nach einer ausschliesslich von Hebammen geleiteten Geburt. Im Ausland, beispielsweise in Dänemark, entstanden hebammengeleitete Betreuungsmodelle in den Spitälern als Alternative zu den gängigen Spitalgeburten, die von zunehmender Medikalisierung der physiologisch verlaufenden Geburten, von einer hohen Rate geburshilflicher Interventionen, sowie von ungenügendem Einbezug emotionaler und sozialer Bedürfnisse der Frauen gekennzeichnet waren. Diese Entwicklung im Ausland bestärkte und motivierte uns dieses Modell auch an unserer Klinik anzubieten. Weiter waren die Statements der WHO, die Hebammen als fachkompetente Berufsgruppe für die Betreuung der physiologischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bezeichnen, sowie die kantonale Gesundheitsverordnung, gemäss welcher die Hebammen normal verlaufende Geburten selbstständig leiten können, ausschlaggebend für die Entwicklung des Modells «Hebammengeburt» an der Frauenklinik in Bern.

*Welches sind die wichtigsten Unterschiede zwischen einer Hebammengeburt und einer Geburt «Hebamme-Ärztin/Arzt»?*

Eine Hebammengeburt können nur Frauen wünschen, deren Schwangerschaft und Geburt risikoarm verläuft. Die Ausschlusskriterien dazu sind in dem klinikinternen Konzept zur Hebammengeburt festgehalten. Während

der Geburt wird der ärztliche Dienst bei auftretenden Risiken oder Komplikationen beigezogen. Verläuft die Geburt physiologisch, das heisst, es sind keine medizinischen Interventionen notwendig, ist die einzige involvierte Fachperson die Hebamme. Um eine reibungslose Zusammenarbeit sicherzustellen, wird der ärztliche Dienst über den Eintritt einer Frau zur Hebammengeburt und deren Geburtsverlauf orientiert. Auch im Sinne eines kollegialen Austausches, beispielsweise für die Beurteilung eines CTGs oder einer Dammverletzung, kann der Arzt oder die Ärztin beigezogen werden. Sofern die Hebamme die fachliche Kompetenz für die Versorgung von Dammverletzungen erworben hat, näht sie einen Dammriss ersten oder zweiten Grades oder einen Dammschnitt



**Simone Büchi** MScN, RM, RN, seit Juli 2011 Leitende Hebamme der Geburtsstation der Universitäts-Frauenklinik Inselspital in Bern. Sie unterstützte in ihren verschiedenen Funktionen die Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Spital, von 1999–2005 als diplomierte Hebamme der Geburtsstation, Frauenklinik Inselspital; von 2002–2006 als Hebammenexpertin der Geburtshilfe, Frauenklinik Inselspital; von 2008–2011 als Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) Frauengesundheit, Abteilung Klinische Pflegewissenschaft und Bereich Spezialkliniken/Frauenklinik, Universitätsspital Basel.  
simone.buechi@insel.ch

selber. Das Wohl und die Sicherheit der Frau und des Kindes stehen immer und zu jeder Zeit im Mittelpunkt. Ein weiterer Unterschied ist, dass immer nur Hebammen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Betreuung der Frauen für eine Hebammengeburt involviert sind. Dieses Kriterium entspricht den Vorgaben der Eidgenössischen Verordnung über die Krankenversicherung. Die Verantwortung für die Hebammengeburt trägt somit eine erfahrene Hebamme, auch wenn sie die Begleitung während der Geburt an eine weniger erfahrene Kollegin delegiert. Dies ist von grosser Bedeutung für die Qualifikation eines Hebammenteams: es müssen genügend erfahrene Hebammen angestellt sein, damit auf jeder Schicht mindestens eine erfahrene Hebamme eingeplant werden kann.

Ein Vorteil des Modells an unserer Klinik ist, dass die Frau beim Auftreten von Komplikationen während der Geburt keinen Wechsel der betreuenden Hebamme oder der Räumlichkeiten erlebt, denn die Fachpersonen und die Infrastruktur bleiben bei einer Hebammengeburt oder einer Hebammen-Arzt-Geburt dieselben. Ein möglicherweise bedeutender Zeitverlust wegen Verlegung und Übergabe zwischen Fachpersonen wird somit vermieden.

*Mit welchen Schwierigkeiten hatte das Projekt am Anfang zu kämpfen? Bestehen nach wie vor Widerstände und wenn es solche gibt, welcher Art sind sie?*

Das für ein Schweizer Spital eher unbekannte Modell der Hebammengeburt setzt voraus, dass das Angebot von allen ärztlichen Fachbereichen – Geburtshelfern, Neonatologen, Anästhesisten – unterstützt und getragen wird, zumal beim Auftreten von unvorhergesehenen Komplikationen eine reibungslose Zusammenarbeit gewährleistet sein muss. Dies ist nach wie vor eine bleibende Herausforderung. Erstens haben wir in der Frauenklinik bei den Ärzten und Hebammen, bedingt durch den Ausbildungsauftrag, einen häufigen Personalwechsel, so dass eine umfassende Information über die Hebammengeburt bei der Einführung neuer Ärzte und Hebammen(-studentinnen) zentral ist. Zweitens sind wir herausgefordert, diesem Ausbildungsauftrag sowohl im ärztlichen Bereich als auch im Hebammbereich nachzukommen. Dies ist bei den verschiedenen zu erreichenden Zielen der auszubildenden Ärzte und Hebammen nicht immer einfach. Es muss aber auch deutlich gesagt werden, dass bei einer Hebammengeburtsrate von 2,5% die Assistenten und Assistentinnen viele andere Möglichkeiten haben, die physiologische Geburtshilfe in unserer Klinik zu erlernen. Drittens galt es vor einigen Jahren Professor Surbek als neuen Chefarzt für das Modell «Hebammengeburt» zu gewinnen und seine Unterstützung zu sichern. Ihm obliegt auch die Gesamtverantwortung für das Modell «Hebammengeburt». Fachliche Diskussionen, das Aufzei-

Claire de Labrusse

Professorin HES-SO

Lausanne



## Liebe Hebamme, liebe Leserin, lieber Leser

Die Oktoberausgabe 2011 der *Hebamme.ch* widmete sich dem Thema «Hebammengeleitete Betreuung». Wir berichteten darin ausführlich über die qualitativen und quantitativen Kriterien und Ziele von Geburtsabteilungen, die in Spitälern von Hebammen geführt werden. Schauen wir heute darauf, was sich seither verändert hat.

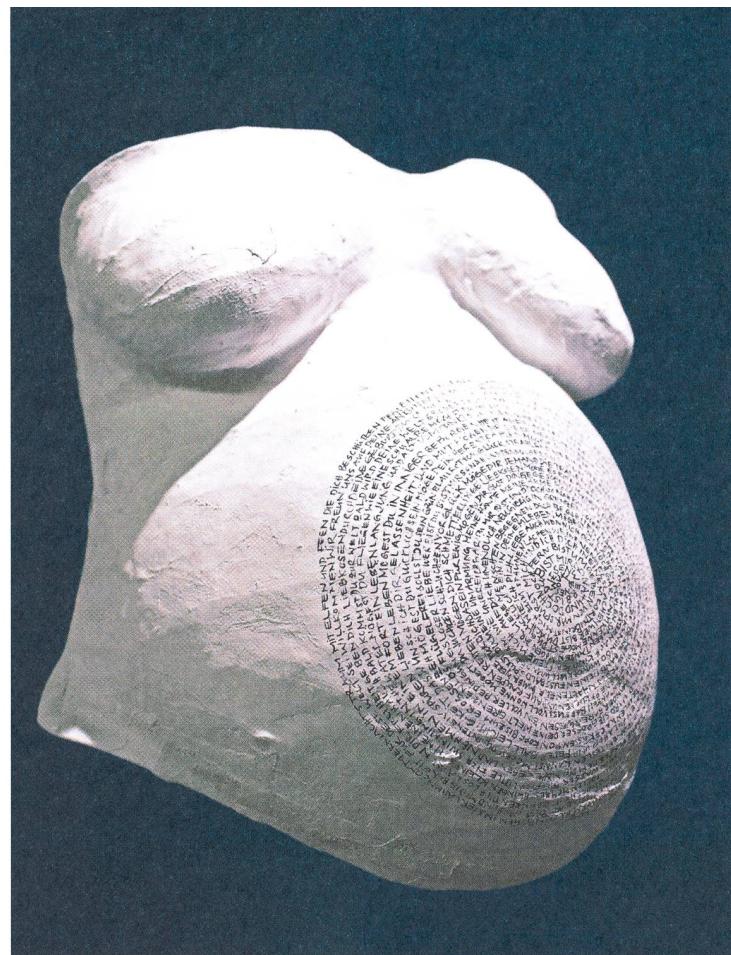
In der aktuellen Ausgabe gehen wir unter anderem auf die Geburtenabteilung der Frauenklinik des Inselspitals in Bern ein. In einem Interview äussert sich Simone Büchi, leitende Hebamme, zum aktuellen Stand der Arbeiten und der Zukunft der Abteilung. Wir dürfen in der deutschen, vor allem aber auch in der französischen Schweiz erfreut feststellen, wie sich das Engagement der Hebammen in den letzten Jahren verstärkt hat. Lassen wir uns durch diese Erfahrungen in unserem Land wie auch durch diejenigen aus den umliegenden Ländern ermutigen und zur Schaffung neuer hebammengeleiteten Abteilungen motivieren!

In dieser Ausgabe berichten Hebammen über ihre Erfahrungen in verschiedenen Positionen innerhalb hebammengeleiteten Abteilungen. Einige beschreiben ihre Arbeit in diesem Umfeld, andere ihren Einsatz für die Intergration dieser Abteilungen in die Spitalstrukturen oder das Engagement bei der Planung und Umsetzung dieser Abteilungen. Ihrem Tatendrang gepaart mit der Unterstützung der Institutionen sowie den von Frauen geäusserten Forderungen ist es zu verdanken, dass Frauen heute zunehmend die Betreuung erhalten, die sie im Moment vor, während und nach der Geburt brauchen.

Die Beiträge erlauben uns eine gute Vorbereitung auf den Hebammenkongress der am 16. Mai unter dem Motto «Geburtshilfliche Versorgung neu gestalten: Das Potenzial von Hebammen nutzen!» in Thun stattfindet.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Herzlich,  
Claire de Labrusse



gen von Fakten deskriptiver statistische Erfassungsdaten zur Qualitätssicherung (z.B. Anzahl Frauen mit Hebammengeburten, Gründe für Einbezug des ärztlichen Dienstes, Dammverletzungen, pH-Wert des Nabelschnurblutes) und die Realität der professionellen, hebammengeleiteten Geburtsbegleitung sicherten das Modell «Hebammengeburten», so dass es auch nach 12 Jahren weiterhin besteht.

#### *Wie gross ist das Interesse an einer hebammengeleiteten Geburt von Seiten der Frauen?*

Frauen mit risikoarmer Schwangerschaft können an der Frauenklinik für die Geburtsbegleitung zwischen drei Angeboten wählen: die klassische Hebammme-Arzt-Geburt, das Modell «Beleghebammengeburten» und das Modell «Hebammengeburten». Die Evaluation der Hebammengeburten im Jahr 2003 wie auch die aktuellen Reaktionen und

Rückmeldungen der Frauen und Paare zeigen, dass die Wahlmöglichkeit zwischen diesen drei Betreuungsmodellen sehr geschätzt wird. Diese Vielfalt ist für eine Universitätsklinik einzigartig und dürfte die Attraktivität für Kundinnen und Belegschaft deutlich steigern.

#### *Wird das Angebot rege genutzt und wenn ja welche Frauen nehmen es in Anspruch?*

Durchschnittlich sind 2,5% aller Geburten Hebammengeburten. Dieses Geburtsmodell wird von Frauen gewählt, die sich die Anwesenheit einer möglichst geringen Anzahl von Personen während der Geburt wünschen und gleichzeitig auf die Sicherheit des Spitals nicht verzichten wollen. Doch schwangere Frauen wählten dieses Geburtsmodell auch noch aus anderen Gründen, etwa weil der Wochenbettaufenthalt in einem Geburtshaus von der Krankenkasse früher nicht immer gedeckt war oder weil der Weg in ein Geburtshaus zu lange war.

Die Zahl der Hebammengeburten ist allerdings gering. Erklären lässt sie sich dies einerseits durch den Auftrag und die Fachkompetenz einer Universitäts-Frauenklinik. Wir behandeln viele Frauen mit Risiken und Komplikationen, die für eine Hebammengeburten ohnehin nicht in Frage kommen. Des Weiteren gibt es Frauen, die eine Geburtsbegleitung durch Hebammme und Ärztin wünschen. Die Evaluation von 2003 sowie die jährlichen statistischen Erhebungen zeigen auch, dass vorwiegend Schweizerinnen, die im Konkubinat leben, das Modell der Hebammengeburten wählen. Wir betreuen aber auch viele Frauen mit Migrationshintergrund oder die in einem schwierigen sozialen Umfeld leben. Hier beeinflussen auch sprachliche oder kulturelle Barrieren die Entscheidung für eine Hebammengeburten. Das Fehlen von Frauen aus diesen Bevölkerungsgruppen bei Hebammengeburten wird in einer

### **Un modèle hospitalier attrayant pour les femmes enceintes et les sages-femmes**

Initié à l'Hôpital de l'Île de Berne comme projet-pilote en 2000, puis comme offre permanente en 2003, le modèle «Hebammengeburten» ne concerne que 2,5% des accouchements et exige des sages-femmes expérimentées. Il se limite aux femmes qui le désirent, qui ne présentent que des bas risques.

Hebammen-Bachelorarbeit aus dem Jahr 2011 hauptsächlich auf Verständigungsprobleme, migrationsspezifische und kulturelle Faktoren, sowie mangelhafte Aufklärung zu möglichen Betreuungsmodellen zurückgeführt. So ist das Informationsmaterial zur Hebammengeburten nur in deutscher Sprache verfügbar und auch die öffentlichen Veranstaltungen zur Geburtsorientierung werden nur in deutscher Sprache durchgeführt. Falls wir die Anzahl der hebammengeleitete Geburten ausbauen wollen, haben wir bezüglich Information also noch einige Hausaufgaben anzugehen. Es gibt noch weitere Faktoren, die die tiefe Zahl der Hebammengeburten erklären wie z.B. der intensive Wettbewerb von Privatkliniken in der Stadt um die gebärenden Frauen.

#### *Wie sind in diesem Modell die Betreuung und der Verlauf der Betreuung der schwangeren Frau organisiert?*

Die schwangere Frau wird während der gesamten Schwangerschaft von der Fachperson ihrer Wahl betreut und behandelt, da gibt es keinen Unterschied bei den verschiedenen Geburtsmodellen. Interessiert sich eine schwangere Frau für das Modell der Hebammengeburten, so wird sie zu einem Gespräch mit einer Hebamme aus der Schwangerenvorsorge oder aus der Geburtsstation eingeladen. In diesem Gespräch werden die Motivation, die Erwartungen und die Eignung für eine Hebammengeburten abgeklärt. Es ist wichtig, die Frau über die Geburtsbegleitung zu informieren. Dies umfasst vor allem Themen zur Gewährleistung der «Betreuungskontinuität durch die Hebamme» wie den Schichtwechsel der Hebammen oder die Zuständigkeit der Hebammen für mehrere Frauen. Daneben werden aber auch der Einbezug studierender Hebammen, die Kompetenzen der Hebammen, die Kriterien für den Einbezug von Geburtshelfern, Neonatologen oder Anästhesisten während und nach der Geburt, oder die Versorgung von Dammverletzungen durch die Hebamme thematisiert. Nach diesem Vorgespräch zieht die Hebamme die dienstabende oder betreuende Ärztin für den medizinischen Status, die Anamnese und bei Bedarf für einen Ultraschall bei. Weiter ist die Unterzeichnung eines Informationsblattes zur Hebammengeburten Voraussetzung, mit der sich die Frau mit den Bedingungen der Hebammengeburten einverstanden erklärt. Die ärztliche Leitung gibt anschliessend durch Einsicht in die Dokumentation die Zustimmung zur Hebammengeburten.

#### *Gibt es Zahlen und Fakten zum Erfolg der Arbeit der Hebammen, die Hebammengeburten leiten?*

Studien zur Evaluation des Modells «Hebammengeburten» aus verschiedenen Ländern zeigen, dass trotz Unterschieden in Kultur, Politik und Gesundheitswesen, wie auch Hebammen- und Medizinerausbildung, ähnliche Ergebnisse vorliegen: Überall wurde festgestellt, dass Frauen bei hebammengeleiteten Modellen in Geburtskliniken geringere Interventionen (weniger Episiotomien, geringere Häufigkeit in der Verabreichung von Oxytocin zur Wehenanregung oder pharmakologischen Schmerzmitteln) erleben als Frauen im konventionellen Geburtsmodell. Die maternalen und kindlichen Outcome-Parameter der beiden Gruppen zeigten keine Unterschiede. Zu Outcomes betreffend Mortalität der Frau oder des Kindes

konnten wegen zu kleinem Sample keine Aussagen gemacht werden. Bei den hebammengeleiteten Modellen war die Zufriedenheit leicht, aber nicht signifikant, höher. Frauen schätzten die Kommunikation und den Informationsfluss, fühlten sich stärker in die Entscheidungsfindung miteinbezogen und dadurch mehr in Besitz der Kontrolle über ihre Situation. Die Beziehung zur Hebamme, das Umsorgt werden führten zu einem Gefühl, besser für die Herausforderungen einer Geburt gerüstet zu sein. Auch die Kosten wurden in einigen Studien untersucht. Die Gesamtkosten der prä-, intra- und postpartalen Betreuung in den hebammengeleiteten Modellen im Vergleich zu den konventionellen Modellen wiesen keine signifikanten Unterschiede auf. Insgesamt kam die Evaluation des Modells der Hebammengeburten am Inselspital im Jahr 2003 zu ähnlichen Ergebnissen. Allerdings konnten wir damals im Unterschied zu den übrigen Studien ein wesentlich höheres Potenzial für Kostenreduktionen feststellen (signifikant reduzierter Materialverbrauch, reduzierter Bezug des ärztlichen Dienstes, verkürzter Wochenbetaufenthalt). Die heutige Evaluation der Hebammengeburten im Rahmen der Qualitätssicherung findet in Form einer jährlichen deskriptiven Erhebung der Verlaufs- und Outcomeparameter der Hebammengeburten statt. Im Rahmen laufender und zukünftiger Projekte möchten wir unsere mittlerweile beträchtlichen Zahlen von allen hebammengeleiteten Geburten in Form einer retrospektiven Kohorten-Vergleichsstudie wissenschaftlich analysieren. Im Vordergrund steht aber die Qualitätssicherung im Modell «Hebammengeburten» mittels Fallbesprechungen unter der Leitung der Hebammenexpertin, statistischen Erfassungen, Fortbildungen und der Bildung einer Fachgruppe «Hebammengeburten» bestehend aus einer Gruppe von Hebammen der Geburtsstation. Ich möchte auf weitere Ergebnisse hinweisen, die als Erfolgsaspekte bewertet werden können. *Erstens* konnten wir der gestiegenen Nachfrage von Frauen nach einer ausschliesslich von Hebammen geleiteten Geburt im Spital nachkommen. *Zweitens* können mit diesem Modell die Hebammen ihre gesetzlichen Kompetenzen auch im Inselspital erwerben, erhalten und vertiefen, die Versorgung von Dammverletzungen erlernen und sich als Berufsgruppe im Fachbereich Geburtshilfe positiv positionieren. *Drittens* ist eine weitere Erfolgsgeschichte die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit des Geburtsteams. Das Geburtsteam ist grundsätzlich ein gut eingespieltes Team, trotz der regelmässig wechselnden Ärztinnen. Denn Hebammen und Ärztinnen sind auf eine enge und reibungslose Kommunikation und auf ein Hand-in-Hand-Arbeiten angewiesen, gerade wenn bei einer Hebammengeburten eine Ärztin beigezogen werden muss. *Viertens* positioniert sich die Klinik als bedürfnisgerechte Universitäts-Frauenklinik wie auch als vielseitige Arbeitgeberin für Hebammen und als attraktiver Praktikumsort für Hebammen in Ausbildung mit der ganzen Breite des Angebots von eigenverantwortlicher Betreuung von Frauen mit physiologischem Geburtsverlauf bis hin zum Meistern der Herausforderung von komplexen, pathologischen Situationen im interdisziplinärem Team.

*Wie sind die Zukunftschancen dieses Modells aus interner und aus externer Sicht?*

Wenn ich sehe, dass die Hebammen regelmässig Vorgespräche mit interessierten Frauen führen und ich die positiven Rückmeldungen von Frauen lese, die eine Hebammengeburt erleben durften, ist es für mich offensichtlich, dass sich schwangere Frauen auch künftig für unsere hebammegeleiteten Modelle – ob Beleghebamme oder Hebammengeburt – entscheiden werden. Auch äussersten sich einige Frauen positiv über die vorhandenen Wahlmöglichkeiten, obwohl für sie keine hebammegeleitete Geburt in Frage kam. Ich höre auch positive Rückmeldungen von zuweisenden Ärztinnen über die geleistete Hebammenarbeit, was ein weiteres Zeichen für eine positive Haltung gegenüber hebammegeleiteten Modellen sein dürfte. Und die Aussagen von Hebammen an Mitarbeitergesprächen oder bei Bewerbungsgesprächen sowie der Austausch mit studierenden Hebammen zeigen mir, dass dank der Hebammengeburt die Frauenklinik als attraktive Arbeitgeberin gesehen und erlebt wird. Die Hebammen schätzen die Möglichkeiten enorm, Frauen in physiologischen Geburtsprozessen eigenverantwortlich begleiten zu können wie auch durch hochkomplexe geburtshilfliche Situationen gefordert zu sein. Motivierte Mitarbeiterinnen führen auch zur erhöhten Zufriedenheit von Kundinnen, was letztendlich das Ziel ist.

*Wie schätzen Sie die Zukunft dieses Modells in der Schweiz ein?*

Wenn andere Länder wie Grossbritannien, die skandinavischen Länder, die Niederlande oder Deutschland schon vor Jahren hebammegeleitete Modelle in den Spitälern erfolgreich einführten, warum sollte dies dann in der Schweiz nicht funktionieren? Seit Jahren wird in Hebammenkreisen über hebammegeleitete Geburtshilfe diskutiert und publiziert, auch in dieser Zeitschrift. Wie ich gehört habe, setzen sich mittlerweile auch weitere Spitäler in der Schweiz mit Hebammengeburtmodellen auseinander, was der internationalen Entwicklung entspricht. Es geht vorwärts, wenn auch nur langsam.

Die Einführung der Fallpauschale ab Januar 2012 könnte eine betriebswirtschaftliche Rechtfertigung und damit eine Chance für hebammegeleitete Modelle sein, denn die Diskussionen drehen sich seither verstärkt um finanzielle Fragen. Mit hebammegeleiteten Modellen können interessierte Frauen für die Wahl des Inselspitals gewonnen werden und mit steigenden Fallzahlen sinken typischerweise die durchschnittlichen Fallkosten. Zum anderen ist für die Begleitung von Frauen in physiologischen Schwangerschafts- und Geburtsprozessen eine Hebamme fachlich kompetent, so dass der Einbezug einer Ärztin einzig auf Indikation und gemäss den gesetzlichen Vorgaben notwendig ist. Es braucht nicht zwei Fachpersonen, die direkt im Geburtszimmer involviert sind, sie müssen sich aber gut abstimmen und jederzeit partnerschaftlich zusammenarbeiten.

Dann sehen wir uns zukünftig gemäss Aussagen von Experten verschiedenen Herausforderungen gegenüber, die sich auf hebammegeleitete Modelle auswirken können: Hebammenmangel, politisch motivierte Änderungen in der Spitallandschaft und Auswirkungen auf den Auftrag eines Spitals.

Ein Hindernis für die Stärkung des Modells einer hebammegeleiteten Geburt ist meiner Meinung nach die schwache Präsenz der Hebamme als Fachperson in der Schwangerenvorsorge. Das Interesse der Frauen für eine hebammegeleitete Geburt ist zwar vorhanden, aber nach meiner Einschätzung sind die Modelle und deren Vorteile den Frauen nach wie vor zu wenig bekannt. In der Schweiz suchen die schwangeren Frauen vorwiegend eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen für die Schwangerschaftsvorsorge, auch die physiologische, auf. Häufig wählen sie dann auch den Geburtsort auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärztin, die dann auch ihre Geburt oft selbst, gemeinsam mit einer Spitalhebamme, begleitet. Dies ist ein wichtiger Unterschied z.B. gegenüber dem in den Niederlanden verbreiteten Modell, bei dem ein normaler Schwangerschaftsverlauf von der Hebamme begleitet wird und die Frauen erst bei Risiken oder Komplikationen zu einem Gynäkologen gehen.

Ich bin besorgt darüber, dass die definierten Risiken bei schwangeren Frauen zunehmen, so etwa die Sectiorate oder der Anteil von Frauen mit künstlich erzeugter Schwangerschaft, und dadurch die Schwangerenvorsorge durch eine Ärztin begründet wird. Somit wird auch die Zahl der Frauen kleiner, die als risikoarm eingeschätzt und von einer Hebamme eigenverantwortlich in der Schwangerschaft oder unter der Geburt begleitet werden können. Die Lobbyarbeit für hebammegeleitete Modelle bei Krankenkassen, in den politischen Kommissionen usw. ist stark ausbaubedarftig. Hier müssen wir Hebammen selber unsere Hausaufgaben machen, indem wir uns untereinander koordinieren, interdisziplinär arbeiten, fortbilden, forschen und somit aufzeigen, dass wir für die Frauen in der Begleitung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verlässliche und kompetente Fachpersonen im Gesundheitswesen sind.

### **Das Modell «Hebammengeburt»**

Seit dem Jahr 2000 bietet die Frauenklinik des Inselspitals zusätzlich zur Hebammen-Ärztinnen-Geburt und zur Beleghebammengeburt das Modell «Hebammengeburt» an. Dieses Modell ermöglicht Frauen mit risikoarmer Schwangerschaft und physiologisch verlaufender Geburt ausschliesslich mit einer erfahrenen Hebamme der Geburtsstation zu gebären. Dabei liegt die Verantwortung für die peri- und postpartale Betreuung von Mutter und Kind vollumfänglich bei der betreuenden Hebamme.

Zusammen mit dem Hebammenteam der Geburtsstation, der heutigen Hebammenexpertin und dem Chefarzt, ist Simone Büchi als Leitende Hebamme für das Modell der Hebammengeburt verantwortlich.

## Literatur

Bauer, N.H. (2011): Der Hebammenkreißsaal – Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. Göttingen: V&R unipress  
Cignacco E, Büchi S, Oggier W (2004): Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital: Evaluation eines neuen Betreuungsmodells für die Geburt. Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift, 17: 253–261  
Cignacco E, Büchi S, (2003): Hebammengeburt: ein Evaluationsbericht. Schweizer Hebamme, 5: 4–8  
Gerber M, Grassi G (2011): Chancengleichheit im Modell der Hebammen-

geburt. Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus. Bachelorthesis, Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit. Konzept «Hebammengeburt» Frauenklinik Inselspital Bern, 4. Auflage, Mai 2007  
Kurth E, Büchi S, Cignacco E (2011): Grundversorgung durch Hebammen: von Anfang an. Hebammenforum, 11: 934–937  
Kurth E, Büchi S, Cignacco E (2011): Hebammengeleitete Betreuung: Ein Beitrag zur integrierten perinatalen Versorgung? Hebamme.ch, 10: 4–8

## Eine interessante Website

Verbund Hebammenforschung an der Hochschule Osnabrück: [www.hebammenforschung.de](http://www.hebammenforschung.de)

# Hebammengeleitete Geburtshilfe in Österreich – Selbstbestimmung, Verantwortung und Wahlfreiheit

Die von Hebammen geleitete, physiologisch verlaufende Geburt birgt bei achtsamer Betreuung und Beratung nachweislich viele Vorteile für die Frauen und erhöht die Motivation und Zufriedenheit der Hebammen. In diesem Sinne ist die Hebammengeburt ein Modell, den ureigenen Tätigkeits- und Verantwortungsbereich der Hebammene auch im Krankenhausalltag eigenständig umzusetzen. Dass die Hebammengeburt innerhalb unterschiedlichster intramuraler Strukturen implementiert werden kann, zeigen Barbara Schildberger und Martina König am Beispiel der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz in Oberösterreich, einer grossen Klinik mit geburtshilflichen Schwerpunkt und des Bezirkskrankenhauses Schwaz in Tirol, einer Einrichtung zur Standardversorgung der Region.

Martina König, Schwaz, und Barbara Schildberger, Linz (A)

## Hintergrund

Angelehnt an das Projekt der Wiener Universitätsfrauenklinik unter Univ. Prof. Dr. Husslein im Jahre 1996 wurde die hebammengeleitete Geburt österreichweit implementiert.<sup>1</sup> Schon im Jahre 2004 bestätigten die Ergebnisse der Studie von Bodner-Adler et al. in «Hebammengeburt versus ärztliche geleitete Geburt» die Vorteile dieses Modelles. So konnten sie nachweisen, dass «sich im Kollektiv der Hebammengeburten eine statistisch signifikante Reduktion von Oxytocin und eine signifikant höhere Rate an alternativen Geburtspositionen (z.B. Hocken, Stehen etc.) im Vergleich zu ärztlich betreuten Geburten»<sup>2</sup> zeigte. Darüber hinaus gab es in der Hebammengruppe nachweislich weniger und geringere Geburtsverletzungen. Ein weiterer Vorteil der Hebammengeburt birgt die kontinuierliche Betreuung der Gebärenden als Voraussetzung für positiv gestaltete, auf Vertrauen und Gleichstellung setzende Beziehungen. Sandall et al. (2008) konnten aufzeigen, dass eine kontinuierliche Begleitung und Betreuung die Entwicklung

einer gegenseitigen und professionellen Partnerschaft gewährleistet.<sup>3</sup> Dies wiederum stellt die Basis für die Selbstbestimmung der Frau über ihren Körper und das Geschehen im Geburtsprozess dar.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> [www.kh-schwaz.at](http://www.kh-schwaz.at)  
(Leistungsspektrum Bezirkskrankenhaus Schwaz)

<sup>2</sup> Bodner-Adler et al.: Hebammengeburt versus ärztlich geleitete Geburt: Einfluss auf mütterliche und kindliche Faktoren. In: Spekulum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Österreich), 36

<sup>3</sup> Sandall J, Page L, Homer C, Leap N.: Midwifery continuity of care; what is the evidence? In: Homer C, Brodie P, Leap L (Hrsg.): Midwifery Continuity of Care (26–46). Chatswood, NSW: Elsevier. Australia (2008)

<sup>4</sup> Waldenström U, Borg I, Olsson B, Sköld M, Wall S: The ChildBirth Experience: A Study of 295 New Mothers. Birth. 23(3): 144–153 (1996a)