

# Warum braucht es aus ärztlicher Sicht hebammengeleitete Geburten?

Die Veränderung der Ausbildung der Hebammen und ein damit verbundenes Selbstvertrauen der Berufsgruppe rufen einen Wandel hervor. Welche Möglichkeiten der Entwicklung gibt es für Hebammen in ihrem angestammten Berufsfeld, und wie können diese umgesetzt werden? Das konkrete Umsetzungsmodell in der Frauenklinik des Stadtsitals Triemli in Zürich liefert Antworten.

.....  
 Gabriella Stocker und Natalia Conde

Die Hebammenausbildung hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt: Aus einer Lehre wurde ein Studium. Die neue Ausbildung setzt andere Akzente. Hebammen können Studien interpretieren und Weisungen verfassen. Die heutigen Berufseinsteigerinnen sind gut darauf vorbereitet, physiologische Geburten alleine zu betreuen und zu managen. Innerhalb eines Berufslebens braucht es jedoch Entwicklungsmöglichkeiten. In der Klinik haben sich diese auf Leitungsfunktionen beschränkt, die aber nur wenigen Hebammen offen stehen. Viele begeben sich in die Selbstständigkeit, um Schwangerschaftskontrollen, Geburten und Wochenbettbegleitungen zu betreuen.

Die Erfahrung im Bereich der Selbstkompetenz und der Eigenverantwortung ist in einem klassischen Klinikbetrieb nur begrenzt möglich. Diese Kompetenzerfahrungen sind aber wichtige Voraussetzungen, um die eigene Arbeit auch längerfristig als wirksam und befriedigend anzusehen.

## Hebammengeleitete Geburtshilfe 2015 eingeführt

Seit Januar 2012 gibt es in der Frauenklinik Hebammengeburten (HGGH). Initial wurden diese HGGH ausschliesslich durch Beleghebammen durchgeführt. Diese kommen mit Frauen, die sie bereits in der Schwangerschaft betreut haben, in die Klinik. Die Beleghebammen arbeiten selbstständig und sind von der Frauenklinik lediglich für die eigentliche Geburt bezahlt. Zusätzlich haben sie mit den Schwangeren einen Vertrag unterzeichnet. Unter der Geburt werden die Ärztinnen nur bei Pathologien beigezogen. Die Richtlinien sind denen des später beschriebenen Modelles gleich.

Seit Januar 2015 existiert parallel zu den Beleghebammen ein Team von Spitalhebammen, die selbstständig physiologische Geburten betreuen. Diese Hebammen sind sowohl bei HGGH als auch bei den ärztlich mitbetreuten Geburten involviert. Sie arbeiten seriell in beiden Systemen.

Ob eine schwangere Frau für eine hebammengeleitete Geburt in Frage kommt, hängt nicht alleine vom ihrem Wunsch ab. Frauen, die sich für die HGGH interessieren,

werden vom Hebammenteam einmal in der Schwangerschaft gesehen. Dort werden die Anamnese erhoben und die Vorstellungen bezüglich der Geburt besprochen. Ist die Frau motiviert, eine natürliche Geburt zu erleben, und sprechen keine medizinischen Fakten dagegen, wird die Frau in die HGGH aufgenommen.

## Möglichkeiten und Grenzen

In Zusammenarbeit mit Hebammen und Ärztinnen wurde eine verbindliche Weisung erstellt, welche die häufigsten Situationen regelt. Bei Unklarheiten werden zusammen mit der Dienstoberärztin Ein- oder Ausschlusskriterien besprochen. Die Geburt wird dann eigenverantwortlich durch die Spitalhebamme geführt. Deren Verlauf sollte physiologisch sein. Die Hebammen können gemäss Gesamtspitalweisung «Über den ordnungsfreien Einsatz von Medikamenten durch die Pflegenden» Medikamente verabreichen (z. B. Tramal oder Buscopan). Der erforderliche Einsatz von Oxytocin oder die Analgesie mit einer Periduralanästhesie (PDA) sind Gründe für einen Wechsel ins ärztliche System.

Bei einem normalen Verlauf gehören die Interpretation der Kardiotokografie, die Beurteilung und Versorgung der Geburtsverletzung sowie die Einschätzung der Adaptation und Untersuchung des Neugeborenen zur Aufgabe der Hebamme, welche die Geburt leitet. Zur Geburt wird eine zweite Hebamme hinzugezogen. Das ärztliche Team involviert sich nur auf Anforderung der Hebammen. Die Haftung bleibt bis zum Hinzuziehen des ärztlichen Dienstes einzig bei der Hebamme.

## Welche Kompetenzen brauchen die Hebammen?

Die Voraussetzungen für die selbstständige Geburtsleitung an der Klinik sind zwei Jahre Berufserfahrung und der Besuch der später beschriebenen internen Weiterbildungen. Zu den wichtigsten persönlichen Merkmalen gehören eine hohe Motivation, sich für die physiologische Geburt einzusetzen, und eine grosse Eigenverantwortlichkeit. Die folgenden Ausbildungsschritte wurden in einem Team von Hebammen und Ärztinnen erarbeitet:

- Nahtkurs, durch Oberärztinnen und -ärzte geleitet
- Kurs in der Durchführung eines kleinen internistischen Status, geleitet durch ein Team von Assistenzärztinnen

- Komplette Führung der hauseigenen elektronischen Krankengeschichte; selbständiges Erstellen des elektronischen Geburtsberichtes inkl. Unterschrift desselben
- Leistungserfassung der Geburt
- Seit einem Jahr ist die Einführung in die Wochenbettaustrittsuntersuchung und -beratung hinzugekommen, um den Betreuungsbogen zu schliessen.

### Reflexion und Qualität sind zentral

Zur Qualitätssicherung gibt es immer wieder interne HGGH-Sitzungen. Probleme werden oft erst durch die gemeinsame Arbeit offensichtlich. Es ist wichtig, diese laufend in Bezug auf die eigene Haltung und die bestehenden Abläufe zu reflektieren, um allfällige Anpassungen zeitnah vorzunehmen.

Die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst wird mit Einzelfallbesprechungen und im Rahmen der Qualitätszirkel der Geburtshilfe evaluiert. Im Verlauf gab es Veränderungen am Konzept, die initial nicht denkbar gewesen

wären. Die Indikationsstellung für die HGGH wurde breiter: Z. B. darf nun auch eine Schwangere mit diätetisch gut eingestelltem Gestationsdiabetes ohne Zusatzrisiken im neuen Modell gebären, wohingegen eine PDA oder eine Oxytocinanwendung zum Ausschluss führt.

Durch diese Prozesse hat das Team sehr viel mehr über Geburtshilfe diskutiert. Das Besondere war, dass die Beteiligten eingehend über die physiologische Geburt geredet haben, wo sie es üblicherweise gewohnt waren, nur über Pathologien zu sprechen. Sie haben viel über ihre persönlichen Haltungen und Prägungen erfahren und gelernt.

Einmal pro Jahr finden Teamgespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und Hebammen statt. Dort wird auch die Metaebene der Zusammenarbeit reflektiert.

### Wo liegen die Schwierigkeiten?

Als das Projekt vorgestellt wurde, bereitete sich v. a. im ärztlichen Team ein grosser Unmut aus. Die seit Jahren zementierte Rollenverteilung wurde durch diese Neueinführung erschüttert. Die gelernten Werte und Normen mussten reflektiert werden. Für die Ärztinnen und Ärzte stellte das neue System fast eine Gefahr dar, vordergründig wurde kein Nutzen ausgemacht. Auf der einen Seite mussten Kompetenzen abgegeben und auf die Hebammen übertragen werden. Auf der anderen Seite fühlten sich einige Hebammen mit dieser Eigenverantwortung überfordert. Eine grosse Rolle spielte, wie Hebammen und Ärztinnen/Ärzte in ihren Berufsgruppen sozialisiert wurden.

Der Nutzen besteht darin, dass Ärztinnen und Ärzte von den erfahrenen Hebammen strukturiert Instruktionen zur vaginalen Untersuchung unter der Geburt, zum Dammschutz und zur Kindsentwicklung erhalten. Andererseits werden die Hebammen von den Ärztinnen/Ärzten in Bezug auf die Nahtversorgung unterstützt (siehe auch vorher). Es sollte auf beiden Seiten eine Kompetenzerweiterung stattfinden, die als Bereicherung betrachtet werden kann.

Bei der Fachausbildung hat sich der Operationskatalog stark verkleinert. Dafür gibt es mehr Raum, um die geburtshilflichen Kompetenzen zu stärken und sich bereits in der Weiterbildung eingehender mit der Pathologie der Geburt auseinanderzusetzen. Wichtig für die Einführung von interprofessionellen Projekten ist ein gutes Arbeitsklima. Nur so kann man sich fachlich und auf Augenhöhe begegnen. Das erfordert ein Gegenüber, das in die Pflicht genommen wird und auch Verantwortung tragen kann.

### Konkrete Erfahrungen der Hebammen und Ausblick

Interessanterweise hat die Wertschätzung der Arbeit der anderen Profession bei den Hebammen zugenommen. Tendenziell sind die Hebammen vorsichtiger geworden und verstehen, wie schwer die Last der alleinigen Verantwortung oder letzten Entscheidung wiegen kann. Manchmal sind sie froh, die Verantwortung mit den Ärztinnen und Ärzten zu teilen oder ganz abgeben zu können. Letztere erleben mehr Verständnis für die sonst nicht immer erwünschten Interventionen.

Für die Hebammen sind neu auch wichtige Erfahrungen im Bereich der Patientenführung zu machen. Sie sind mit einem Kollektiv von ausgewählten Schwangeren und

.....

### Autorinnen



**Gabriella Stocker, Dr. med., stv. Chefärztin für Geburtshilfe am Stadtspital Triemli. Ihre Zusatzausbildung in Psychosomatik, ihre Führungsausbildung sowie ihre Tutorialsbildung für Notfalltraining in der Geburtshilfe waren wichtig für die Realisierung des Projektes Hebammengeleitete Geburtshilfe.**

[gabriella.stocker@triemli.zuerich.ch](mailto:gabriella.stocker@triemli.zuerich.ch)



**Natalia Conde, Dr. med., Leitende Ärztin für Geburtshilfe am Stadtspital Triemli. Ihr besonderes Interesse gilt der klinischen Geburtshilfe und der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.**

[natalia.conde@triemli.zuerich.ch](mailto:natalia.conde@triemli.zuerich.ch)

Gebärenden konfrontiert. Diese Frauen haben oft klare Vorstellungen von ihrer Geburt, tendenziell sind es eher informierte, ältere und differenzierte Frauen. Manche bringen auch schwierige Lebenserfahrungen (z. B. Missbrauch) oder negative Erlebnisse mit dem Gesundheitswesen mit. Wichtig erscheint in diesen Fällen, die professionelle Distanz zu den Frauen zu wahren und eine Überidentifikation mit kompensatorisch ausgeprägtem Engagement zu vermeiden.

Das Erleben des eigenverantwortlichen Arbeitens macht den meisten Hebammen Freude und zeigt neue Wege in der persönlichen und professionellen Entwicklung. Dabei ist das Kennen und Abstecken der persönlichen und fachlichen Grenzen wichtig. Der eingeschlagene Weg hat das interprofessionelle Team gestärkt.

Die Zahlen im Modell der HGGH steigen nur langsam im Gegensatz zu denjenigen der Beleghebammegeburten. Das erstgenannte Modell ist noch wenig bekannt und muss in Zukunft mehr beworben werden.

#### Weiterführende Literatur

NICE (2014) Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline.

ACOG (2016) Planned Home Birth. Number 669, August.

Bauer, N. et al. (2007) Der erste Hebammenkreissaal in Deutschland – Ergebnisse einer Interventionsstudie zum Versorgungskonzept Hebammenkreissaal. «Z Geburtshilfe Neonatol».

Sektion Berner Hebammen (2014) Petition hebammengeleitete Geburtshilfeangebote in Schweizer Spitälern.

Verbund Hebammenforschung (Hrsg) (2007) Handbuch Hebammenkreissaal: Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Eigenverlag.

Krahl, A. (2010) Was ist eine normale Geburt? In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg), Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der normalen Geburt; S. 2–6.

Rüesch, P. et al. (2014) Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025. ZHAW-Reihe Gesundheit, Nr. 3, April.

Zusammengestellt von Luisa Eggenschwiler, dipl. Hebamme BSc, Kantonsspital Luzern, und Prof. Dr. habil. Eva Cignacco, Leiterin Forschung und Entwicklung Disziplin Geburtshilfe, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule

Aubry, E. und Cignacco, E. (2015)

#### Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern

[www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch) > Forschung > Geburtshilfe >

Projekte > Abgeschlossene Projekte

Der Expertinnen- und Expertenbericht basiert auf einer narrativen Literaturanalyse, auf acht Interviews mit der Ärzteschaft und Hebammen im Kanton Bern sowie mit Standesvertretern. Mit dem Ziel, die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität zu senken, erfuhr die Geburtshilfe als Disziplin seit den 1980er-Jahren eine starke Medikalisierung und Pathologisierung der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und physiologische Prozesse der Schwangerschaft und Geburt zu fördern, entstanden im europäischen Ausland Bestrebungen nach einer hebammengeleiteten und interventionsarmen Geburtshilfe. Im Bericht werden die Modelle aus Grossbritannien, aus den Niederlanden und aus Deutschland vorgestellt und mit denjenigen der Schweiz verglichen. Für deren Umsetzung in der Schweiz werden wichtige förderliche und hinderliche Faktoren beschrieben. Die Expertinnen- und Expertenbefragung zeigt, dass die klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle grundsätzlich begrüsst werden, auch wenn die Vorstellungen darüber sehr vage und uneinheitlich sind. Der Fachkräftemangel bei Ärztinnen/Ärzten wird als wichtiger förderlicher Faktor für die Implementierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz erkannt. Der Bericht schliesst mit der Empfehlung für den Kanton, Anpassungen der politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen hinsichtlich einer effektiven und qualitativ hochstehenden hebammengeleiteten Geburtshilfe zu unterstützen und zu fördern.

#### Impressum

Herausgeberin | Editeur Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des SHV wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion | Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Les articles signés ne reflètent pas forcément l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise à autorisation de la rédaction. Redaktion | Rédaction Redaktorin Deutschschweiz: Miryam Azer, m.azer@hebamme.ch | Rédactrice romande: Cynthia Khattar, c.khattar@sage-femme.ch Geschäftsstelle SHV | Secrétariat de la FSSF Rosenweg, 25 C, Postfach, CH-3000 Bern 23, T +41 (0)31 331 35 20 Adressänderungen | Changement d'adresse [address@hebamme.ch](mailto:address@hebamme.ch) Redaktioneller Beirat | Conseil rédactionnel Bénédicte Michoud Bertinotti, Marie Blanchard, Sandrine Hernicot, Christina Diebold, Silvia Meyer, Regula Hauser Fotos | Photos Titelseite | Couverture Mathieu Brouillard, steinerbrouillard.ch Layout | Graphisme [www.atelierrichner.ch](http://www.atelierrichner.ch) Jahresabonnement | Abonnement annuel Nichtmitglieder CHF 109.–, inkl. 2,5% MWST, Ausland CHF 140.–, Einzelnummer CHF 13.20, inkl. 2,5% MWST + Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird. | Non-membres CHF 109.–, 2,5% TVA incluse, étranger CHF 140.–, prix du numéro CHF 13.20, 2,5% TVA incluse + porto. L'abonnement est automatiquement renouvelé pour un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF au 31 octobre de l'année en cours. Inseratemarketing | Régie d'annonces kömedia AG, Geltenwilenstr. 8a, CH-9001 St. Gallen, T +41 (0)71 226 92 92, [info@koemedia.ch](mailto:info@koemedia.ch), [www.koemedia.ch](http://www.koemedia.ch) Druck | Impression Vogt-Schild Druck AG, Gutenbergstr.1, CH-4552 Derendingen, [www.vsdruck.ch](http://www.vsdruck.ch) Papier PlanoArt 100 gm<sup>2</sup>, holzfrei, hochweiss matt, säurefrei, FSC-zertifiziert | PlanoArt 100 gm<sup>2</sup>, sans bois, extra-blanc mat, sans acide, certifié FSC | WEMF-beglaubigt | ISSN 1662-5862