

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 115 (2017)
Heft: 1-2

Artikel: Wenn Hebammen im Spital eine Geburt leiten : eine Bilanz nach zwei Jahren
Autor: Bühlmann-Zraggen, Miriam
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949700>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

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

Wenn Hebammen im Spital eine Geburt leiten – eine Bilanz nach zwei Jahren

Im Spital Affoltern wurde nach viel Vorarbeit und dem Erstellen eines Konzeptes Anfang 2015 offiziell die Hebammengeleitete Geburtshilfe eingeführt. Die Bilanz nach zwei Jahren: Nur wenige Paare haben sich bewusst für dieses Angebot entschieden. Obwohl die Ärztinnen und Ärzte in manchen Punkten mit den Hebammen zusammenspannten, fällt es ihnen bis heute schwer, die Frauen von diesen betreuen zu lassen. Die Herausforderung besteht laut den Erfahrungen der Leitenden Hebamme Miriam Bühlmann nach wie vor darin, die Schwangeren möglichst früh in die Hebammensprechstunde zu holen.

.....
Miriam Bühlmann-Zraggen

Hebammen sind die Fachfrauen für die physiologische Schwangerschaft, Geburt und das physiologische Wochenbett. Die fachlich kompetente Betreuung der werdenden Mutter und ihrer Familie während dieser sensiblen Wochen und Monate gehört zu den Kernkompetenzen dieses Berufes. In der Schweiz können die Frauen aus verschiedenen Betreuungsmodellen wählen. Es steht ihnen eine Vielzahl von kleineren und grösseren Spitälern, Geburtshäusern aber auch eine leider immer kleiner werdende Anzahl von Hausgeburtshebammen für eine sichere Geburt zur Verfügung.

Die Ausgangslage

Ich bin davon überzeugt, dass alle meine Berufskolleginnen werdende Mütter bestmöglich betreuen. Nicht immer ist es leicht, Privatleben und Beruf unter einen Hut zu bringen. Deshalb entscheiden sich viele Hebammen bewusst dazu, innerhalb eines Spitalsettings zu arbeiten.

.....
Autorin



Miriam Bühlmann-Zraggen, Leitende Hebamme FH im Spital Affoltern. Sie ist Ayurveda-Therapeutin und selbstständige Unternehmerin, verheiratet und Mutter zweier Kinder.

miriam.buehlmann@spitalaffoltern.ch
www.feminasana.ch

Dies bedeutet jedoch nicht per se, dass sie sich weniger für die Belange, Bedürfnisse und Salutogenese einsetzen als ihre Kolleginnen z. B. in den Geburtshäusern. Das Bedürfnis nach hebammengeleiteten Modellen in Spitälern reift in vielen Köpfen heran, wird heiss diskutiert und oftmals – vor allem in kleinen Landspitälern – schon auf die eine oder andere Weise seit Jahrzehnten wie selbstverständlich angewendet.

Wie wird im Spital Affoltern das hebammengeleitete Modell umgesetzt? Zum Zeitpunkt der Implementierung der Hebammengeleiteten Geburtshilfe (HGG) war die Frauenklinik im Spital Affoltern folgendermassen organisiert:

- Anzahl Geburten: 350 bis 400 pro Jahr
- Hebammenteam:
 - drei Schichten
 - eine Diensthebamme pro Schicht
 - 670 % Stellensoll
 - kein Pikett
- Ärzteteam bestehend aus:
 - Einem Chefarzt Gynäkologie (kommt zur Geburt bei halbprivat/privat Versicherten)
 - Vier Belegärzte Gynäkologie (kommen bei ihren Frauen in jedem Fall zur Geburt)
 - Alle gynäkologischen Fachärzte teilen sich die Hintergrunddienste für eine 24/7-Erreichbarkeit bei geburtshilflichen Notfällen
 - Bis vor einigen Monaten kamen die chirurgischen Assistenzärzte an Stelle der Fachärzte zur regelrichtigen Geburt bei allgemein versicherten Frauen von externen Zuweisern ohne Belegarzt.

Eine Idee geht schwanger

Die Hebammen und gynäkologischen Fachärzte der Gebärdabteilung am Spital Affoltern haben sich schon länger Gedanken über eine sinnvolle Abrundung der Geburtsbetreuung gemacht. Dies beinhaltet auch die Versorgung einer Dammverletzung. Wenn man bedenkt, dass diese ursprünglich Aufgabe der Hebamme war, wurden in den

letzten Jahren Stimmen laut, diese Tätigkeit wieder den Hebammen zu überlassen. Wie allgemein bekannt, wird in den Kliniken die Damмнаht postpartum in der Regel durch gynäkologische Assistenz- oder Fachärzte versorgt. In der Gebärdabteilung im Spital Affoltern wurden die Frauen ebenfalls durch ihre/n Belegärztin/-arzt oder die chirurgischen Assistenzärztinnen/ärzte versorgt. Musste bei einer Frau, die allgemein versichert und von einem externen Zuweiser (ohne Belegarzt im Spital) stammte, eine Geburtsverletzung genäht werden, erfolgte dies durch die/den chirurgische/n Assistenzärztin/-arzt.

So wurde am Spital Affoltern gemeinsam mit dem Hebammenteam, der Stationsleitung, der ehemaligen Chefärztin sowie den vier Belegärztinnen und -ärzten beschlossen, im Frühjahr 2012 das Projekt «Damмнаht durch die Hebamme» zu starten. Das gesamte Team wurde in einer ganztägigen Nahtfortbildung durch den Schweizerischen Hebammenverband (SHV) im Versorgen der Geburtsverletzungen geschult. Anschliessend übernahmen die Belegärzte das Coaching der Hebammen bei den ersten zaghaften, realen, geburtshilflichen Situationen. Nach einigen Monaten wurde eine Zwischenbilanz gezogen.

Positiv:

- Möglichkeit des beobachtenden Lernens (wenn Facharzt näht)
- Vollumfänglicher Abschluss der Geburtsbegleitung und Hebammenarbeit im Gebärdsaal
- Passt zur ganzheitlichen Philosophie der Geburtenabteilung
- Positives Feedback / Offenheit der Klientel
- Genauigkeit und Sorgfalt der Damminspektion wird geschärft
- Bewussteres Auseinandersetzen mit dem Schmerzmanagement der Frau
- Alte Hebammenfertigkeit wieder neu aneignen.

Negativ:

- Sterilität (Handling mit den sterilen Instrumenten/ Hilfsmitteln, wo und wie wird was gehalten)
- Andere Konsistenz des Dammes gegenüber Übungsmaterial
- Übungsmöglichkeiten (alle Hebammen kommen regelmässig zum Nähen) fehlen
- Anderer Fachärztin/-arzt, andere Technik (unterschiedliches Vorgehen)
- Zeitfaktor (Dokumentation, postpartale Betreuung, Betreuung einer weiteren Gebärdenden kann während Nähen nicht erledigt werden) – die Arbeit muss gut organisiert und klar kommuniziert werden, möglicherweise muss eine Kollegin vom Wochenbett hinzugezogen werden.

Trotz der Herausforderung wollten die Hebammen diese wieder erworbene Kompetenz beibehalten, und das Pilotprojekt blieb Bestandteil des geburtshilflichen Angebotes.



Monika Wicki
Kantonsrätin Zürich

Liebe Leserin, lieber Leser

In der Versorgung rund um die normal verlaufende Geburt gibt es mehrere Betreuungsmodelle. Studien zeigen, dass hebammengeleitete Modelle gute Resultate liefern: weniger unnötige Interventionen und zufriedene Frauen. In vielen Ländern werden diese Modelle darum auch durch die Gesundheitsbehörden gefördert. Die Weltgesundheitsorganisation weist ebenfalls auf die wichtige Rolle der Hebammen hin und betont die Wichtigkeit der «Entmedikalisierung» von Schwangerschaft und Geburt.

Obwohl in der Schweiz noch nie so viele Kinder in hebammengeleiteten Modellen zur Welt gekommen sind wie heute, sind es noch immer viel zu wenige. Nur ein Bruchteil aller Geburten erfolgt in diesen Modellen. Dies hat damit zu tun, dass es noch viel zu viele Möglichkeiten gibt. Während die Hausgeburt und die Geburt in einem Geburtshaus seit jeher durch Hebammen geleitet werden, müssen in den Spitälern hebammengeleitete Modelle vielerorts erst noch entwickelt werden. Dies zeigt die vorliegende Ausgabe. In den vielfältigen Beiträgen werden Kriterien der Anerkennung solcher Modelle, die notwendigen Rahmenbedingungen als auch innovative Entwicklungen diskutiert. Dabei wird die Wichtigkeit der Teamarbeit betont, um Kontinuität und Qualität zu gewährleisten.

Das Engagement der Beteiligten in diesen Projekten ist beachtlich, ebenso das, was bereits erreicht wurde. Was in der Schweiz noch fehlt, ist die Unterstützung durch die Gesundheitsbehörden. Dies soll sich aber ändern. Im Januar 2016 konnten wir auch im Kanton Zürich dem Regierungsrat ein Postulat zur Förderung der hebammengeleiteten Geburt überweisen. In der Folge erarbeiten wir nun gemeinsam die Grundlagen, um in den kommenden Jahren mit vereinter Stärke auch politisch die Rahmenbedingungen zur Förderung der gesunden Schwangerschaft und Geburt zu schaffen.

Herzlich, Monika Wicki

Die darauffolgenden Schritte

Ganz leise, aber dennoch hörbar erklang in den letzten drei Jahren der Ruf nach HGG-Modellen in der Schweizer Spitallandschaft. In den Anfangsjahren der Frauenklinik Affoltern waren Hebammengeburt normal. Der diensthabende Facharzt kam nur bei pathologischen Verläufen in den Gebärsaal. Seit einigen Jahren ist jedoch der Trend ersichtlich, dass die Belegärzte bei allen Geburten – egal ob halbprivat oder privat versichert – dazukamen. Nur bei den Geburten bei Frauen, die ohne Belegarzt kamen, war die Lösung noch immer unbefriedigend. Es kam vermehrt zu Konflikten zwischen den Hebammen und den chirurgischen Assistenzärztinnen/-ärzten. Organisatorische Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Letzteren innerhalb des Geburtensettings führten im Laufe der darauffolgenden Monate dazu, dass die Hebammen immer öfters in die Situation kamen, ungeplant eine Hebammengeburt zu leiten.

Glücklicherweise hatte der damalige Spitaldirektor offene Ohren, und es wurde ein Projekt zur HGG erarbeitet. Folgende Punkte waren wichtig: Die Frauen sollten sich informiert entscheiden können, in welchem Setting sie bei physiologischem Verlauf gebären möchten. Die Frauen sollten vermehrt in der Frühschwangerschaft zur Vorsorge zu den Hebammen kommen. Das Modell sollte aktiv beworben werden, die Rückendeckung der Spitalleitung erhalten, und andererseits sollten die Hebammen juristisch geschützt sein, wenn sie so viel Verantwortung tragen.

Praktisches Vorgehen

Bisher war sich das Hebammenteam des Spitals Affoltern gewohnt, Geburten ohne Arzt zu leiten. Es war also nicht nötig, Ängste zu nehmen und Überzeugungsarbeit zu leisten. Es war in erster Linie wichtig, dass die Spitalleitung im Hinblick auf Haftpflichtansprüche ihr Ja zur HGG gab. Es war auch nicht klar, inwiefern die Direktion Kenntnis hatte von der geburtshilflichen Praxis und dem Leiten von Geburten ohne ärztliches Beisein. Da ich zu diesem Zeitpunkt die Fortbildung Traditionelle Hebammenkunst bei Barbara Kosfeld besuchte, konnte ich von den zahlreichen Inputs profitieren, was unter anderem sehr hilfreich war, um einen fundierten Flussplan für die Vorsorgeuntersuchungen auszuarbeiten.

Eigentlich brauchte es nun noch eine klare Triage, das Einverständnis der Spitalleitung, die Unterstützung der Chefärztin, diverse Abklärungen bezüglich Tarmed-Abrechnung, Werbung, diverse Checklisten für die Hebammen und einige Mikroteachings (an Teamsitzungen oder internen Klausuren) zu verschiedenen Fachthemen. In der Arbeitsorganisation waren nur kleine Änderungen nötig, denn auch bis zu diesem Zeitpunkt war möglichst eine 1:1-Betreuung der Gebärenden wichtig.

Welche Ein- und Ausschlusskriterien gelten?

Nachfolgend sind die Kriterien seitens Frau, aber auch seitens Kind ersichtlich (Auszug aus dem internen Konzept, Stand 2014). Das Angebot der HGG im Spital Affoltern beinhaltet Schwangerenvorsorge ab positivem Schwangerschaftstest, Geburtsleitung, Versorgen von Geburtsverletzungen, Frühwochenbett, Erstunter-

suchung. Es soll eine Geburtshilfe zum Wohle von Mutter und Kind angeboten werden – auch nach der Geburt im Hinblick auf das Wochenbett, die Stillzeit und das gesamte Frausein. Das neu erarbeitete Konzept wurde jedoch nur für den Gebärsaal adaptiert, die Betreuung auf der Wochenbettabteilung fällt aus dem HGG-Konzept.

Kriterien seitens Frau:

- Keine vorbestehenden Erkrankungen, Organstörungen oder Missbildungen
- Kein Status nach Sectio
- regelrechter Schwangerschaftsverlauf
- Einlingsschwangerschaft
- Geburtsbeginn zwischen der 37 0/7 und der 42 0/7 Schwangerschaftswoche
- Regelrechter Geburtsbeginn
- Medikamentengabe und Komplementärtherapie gemäss Standard Frauenklinik
- Rahmenbedingungen sind erfüllt

Kriterien seitens Kind:

- Keine Erkrankungen, Organstörungen oder Missbildungen
- Regelrechter Schwangerschaftsverlauf
- Einlingsschwangerschaft
- Geburtsbeginn zwischen der 37 0/7 und der 42 0/7 Schwangerschaftswoche
- Regelrechter Geburtsbeginn
- Rahmenbedingungen sind erfüllt

Rahmenbedingungen:

- Unauffällige Anamnese
- Zustimmung der Frau
- Die/der betreuende Gynäkologin/Gynäkologe muss informiert und einverstanden sein, dass die Frau eine hebammengeleitete Geburt wünscht
- Wunsch der Frau
- Einverständnis des Kindsvaters oder Erziehungsberechtigten
- Alle Hebammen im Team mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung zu 80 % dürfen hebammengeleitete Geburten betreuen
- Die Hebamme muss selbstständig Geburtsverletzungen versorgen können
- Die Hebamme holt sich zur Geburt eine Zweitperson hinzu (Pflegefachfrau Wochenbett oder Hebammenkollegin)
- Bei Regelwidrigkeiten zieht die Hebamme den diensthabenden Facharzt hinzu.

Der Kriterienkatalog wurde absichtlich kurz gehalten. Die Begriffe regelrecht, regelabweichend und regelwidrig sind klar mit Inhalten gefüllt für alle Phasen der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Adaption des Neugeborenen.

Das Ziel der Schwangerenvorsorge durch die Hebammen ist:

- Frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen, ohne die Fokussierung auf eine Angst vor Fehlbildungen, Komplikationen oder die Suche nach Problemen zu legen
- Einleitung geeigneter Massnahmen bei beginnenden Problemen
- Mutter und Kind vor physischen und emotionalen Verletzungen durch eine angstbesetzte oder hochtechnisierte Geburtsmedizin schützen, damit eine Geburt aus eigener Kraft möglich werden kann

- psychische Unterstützung der Schwangeren, ihre Einbeziehung in Entscheidungen
- Vertrauen stärken in den natürlichen Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Mutter-/Elternwerdung
- Prävention von Präeklampsie/Eklampsie, Frühgeburten, Makrosomie
- Nutzung der bestmöglichen finanziellen und sozialen Unterstützung für die Schwangere
- Die Pränataldiagnostik ist nicht Bestandteil der normalen Schwangerschaftsvorsorge.

Herausforderungen und Schwierigkeiten

Die ehemalige Chefärztin stellte im Rahmen einer Spitalleitungssitzung das Konzept vor und erhielt das Einverständnis des Gremiums. Die Werbung konnte nun gestartet werden, und in der Lokalzeitung wurde per sofort monatlich inseriert und auf das erweiterte geburtshilfliche Angebot aufmerksam gemacht. Am Elterninfoabend, auf der Website und in der «Infomappe für werdende Eltern» wurde das Angebot ebenfalls beworben. Die Belegärzte wurden informiert und erhielten eine schriftliche Vorlage, um das Einverständnis des Paares festzuhalten, wenn sie den informierten Entscheid zur HGG fällten.

Nach einem Jahr wurde eine erste Bilanz gezogen, und das Hebammenteam stellte enttäuscht fest, dass nur gerade eine Handvoll Paare sich bewusst für das Angebot entschieden hatten. In die Hebammenvorsorge kamen die Frauen weiterhin erst ab dem errechneten Termin, d.h. zur Übertragungskontrolle. Die Begleitung durch die Schwangerschaft fand ausschliesslich durch ihre Gynäkologen statt. Nicht einmal im Wechsel zu den ärztlichen Terminen suchten die Frauen die Hebammen auf. Ein Nachfragen bei den Belegärzten blieb fruchtlos. Mit der Formulierung der Einverständniserklärung tat sich vor allem eine der Belegärztinnen schwer. Eine inhaltliche Anpassung wollte die damalige Chefärztin jedoch nicht vornehmen.

Zudem stellte sich heraus, dass auch die Chefärztin ihre Patientinnen nicht ermunterte, zu den Hebammen in die Vorsorge zu kommen oder die HGG in Anspruch zu nehmen. Offenbar fällt es den Ärzten sehr schwer, «ihre» Frauen loszulassen und den Hebammen anzuvertrauen. Evtl. wird das Angebot als direkte Konkurrenz statt als Ergänzung wahrgenommen. Die Fachärzte mit ins Boot zu holen, erwies sich jedenfalls als sehr schwierig. Eine neue Chance bietet sich nun mit dem Anerkennungsverfahren des SHV. Mit dem klaren Kriterienkatalog können die Hebammen den Fachärzten gegenüber besser argumentieren und hoffentlich die Zusammenarbeit stärken. Weiter besteht die grosse Chance, dass die Hebammen mit einem neuen Chefarzt eine neue Gelegenheit zur Unterstützung seitens ärztlicher Leitung erhalten und dass dieser das Angebot proaktiv stützt, denn auch im Folgejahr konnten die Schwierigkeiten in der Umsetzung noch nicht befriedigend gelöst werden.

Nicht informiert oder gleichgültig

Das Hebammenteam stellt fest, dass die HGG im Spitalsetting ohne ärztliches Wohlwollen ein Wunsch bleibt. Frauen, die sich im Vorfeld informieren und ohne Ärztin/Arzt gebären möchten, suchen das Angebot via Geburtshaus oder Hausgeburt und führen auch die Schwangerschaftsvorsorge bei ihrer Hebamme durch. Die restliche Klientel ist entweder nicht informiert darüber, dass sie wählen kann, wünscht klar eine Arztgeburt oder es ist ihr ziemlich egal, ob ein/e Ärztin/Arzt dabei ist oder nicht – Hauptsache, es geht alles gut! Genau diese Frauen sollten angesprochen werden, um ihnen die möglichst frühzeitige, informierte Wahl zu lassen. Deshalb fragen die Hebammen seit Sommer 2016 jene Frauen mit physiologischem Schwangerschaftsverlauf im Rahmen des Hebammengesprächs, das vier bis sechs Wochen vor dem errechneten Termin angeboten wird, aktiv danach, ob sie eine Hebammengeburt möchten oder nicht. Aufgrund dieses Managements finden seit einigen Monaten vermehrt Hebammengeburten statt, wenn auch grösstenteils ohne die Vorsorge bei der Hebamme.

Weitere Schwierigkeiten in der Praxis sind folgende:

- Eine kontinuierliche Betreuung der Schwangeren durch das Hebammenteam findet leider nicht statt. Der salutogenetische Prozess kann nur minimal unterstützt werden.
- Es ist nicht für alle im Team klar, welche Medikamente verabreicht werden können und wann die Kriterien für eine HGG nicht mehr gegeben sind (z.B. Periduralanästhesie, Syntocinon-Infusion, nur Syntocinon in der Austreibungsphase usw.).
- Fehlende Sicherheit und Routine im Versorgen der Geburtsverletzungen führen dazu, dass der Betreuungsbogen unterbrochen wird, da doch die/der Fachärztin/-arzt hinzugezogen werden muss.
- Oftmals kann keine zweite Fachperson (Hebamme oder Pflegefachfrau) zur Geburt kommen und die Diensthebamme gebiert mit der Frau alleine.

Wie geht es weiter?

Das Hebammenteam befasste sich mit den Bestrebungen des SHV für das Anerkennungsverfahren HGG, worauf interessante Diskussionen stattfanden. Es ist sehr gut spürbar, wie sich die geburtshilfliche Philosophie einmal mehr festigen und behaupten kann. Auf Wunsch der Hebammen fand Anfang November 2016 eine Hebammenklausur ausschliesslich zu diesem Thema statt. In Zweiergruppen wurden jeweils zwei Themen des Kriterienkatalogs Anerkennungsverfahren HGG (siehe Seite 15) erarbeitet und vorgestellt. Fazit ist, dass noch einige Bereiche übrig sind, die durch das alte Konzept nicht abgedeckt wurden und implementiert sowie schriftlich festgehalten werden müssen. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden detaillierter erfasst und an das Spitalsetting angepasst, vor allem der Gebrauch von Medikamenten unter der Geburt. Die grosse Herausforderung bleibt aber nach wie vor, die Schwangeren frühstmöglich in die Hebammensprechstunde zu holen.