

Informationen zur Petition für die Einführung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Schweizer Spitälern

Was wollen wir mit der Petition?

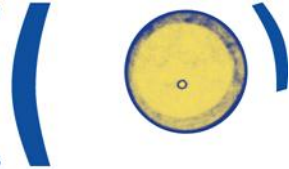
Die UnterzeichnerInnen fordern die Gesundheitsdirektionen und Spitalleitungen aller Kantone auf, das heutige Angebot der Gesundheitsversorgung von schwangeren und gebärenden Frauen zu verbessern, um die normale physiologische Geburt zu fördern. Hierzu fordern wir die Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfeangeboten in Spitälern. Das heisst, es sind eigenständige Geburtshilfeabteilungen in Spitälern zu schaffen, in denen die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung der Abteilung in der Verantwortung von Hebammen liegen. Dieses hebammengeleitete Betreuungsangebot für Frauen muss so gestaltet sein, dass die Betreuung von Beginn der Schwangerschaft, über die Geburt bis und mit Spätwochenbett ermöglicht werden kann. Die Umstrukturierung betrifft also den stationären und ambulanten Bereich. Das neue Betreuungsangebot richtet sich an gesunde Frauen mit einem geringen Risiko für Komplikationen. Dabei müssen bei Bedarf Dienstleistungen aus anderen Berufsdisziplinen in Anspruch genommen oder Frauen in Geburtshilfestationen mit medizinischem Angebot für Risikosituationen verlegt werden können. Ein Vertragswerk muss die gegenseitigen Leistungserbringungen und -abrechnungen zwischen Hebammen-einheit und dem Spital regeln (medizinische konsiliarische, administrative, hauswirtschaftliche und infrastrukturelle Dienstleistungen).

Warum hebammengeleitete Geburtshilfemodelle?

Die derzeitige Geburtshilfe zeichnet sich aus durch hohe Raten von Interventionen (vgl. Bundesamt für Gesundheit (2012), Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler). Ein normales Lebensereignis ist zu einem medizinisch zu behandelnden Zustand geworden. Das Potential von Hebammen ist in den heutigen Versorgungsstrukturen in der Schweiz ungenutzt. Mit der Einführung von hebammengeleiteter Geburtshilfe wird diese dem aktuellen wissenschaftlichen Wissensstand angepasst und es können Gesundheitskosten durch unnötige Interventionen reduziert werden. Verschiedene Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen, wie zum Beispiel aus Deutschland, England, Neuseeland, Australien usw. **(1)**, hebammengeleitete Geburtshilfemodelle weisen tiefere Interventionsraten (Kaiserschnitte, Medikamente, Dammschnitte usw.) und zufriedenerere Frauen auf, dies bei gleich guten Resultaten (Outcome) wie herkömmlich ärztlich geleitete Modelle. Die meisten Frauen wünschen sich eine normale physiologische Geburt mit einer guten und kontinuierlichen Betreuung während der ganzen Zeitspanne innerhalb der heutigen Versorgungsstrukturen.

Was charakterisiert die heutige Geburtshilfe?

- ☞ **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind ein Kontinuum, aber die Betreuung ist fragmentiert:** Im vorherrschenden Betreuungsmodell wird eine schwangere Frau von mehr als 20 verschiedenen Fachpersonen von Beginn der Schwangerschaft bis hin zum Spitalaustritt nach der Geburt betreut. Die Wahl des Geburtsortes ist nicht nur von der Zugänglichkeit abhängig, sondern wird, wie Untersuchungen zeigen **(2)**, von rationalen und nicht rationalen Überlegungen beeinflusst, wie persönliche Präferenzen, Kultur und Tradition, Sicherheitserwägungen, Ängste, frühere Erfahrungen, familiäre Erwartungen oder Medien.
- ☞ **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind ein Kontinuum aber ungleich und einseitig betreut:** Schwangerschaft und Geburt sind normale und natürliche Lebensphasen, die durch hoch-



spezialisierte Fachärzte betreut werden. Der Fokus der Schwangerenvorsorge liegt in Pränataldiagnostik, Risikoerhebung und Substitution, hingegen fehlen Unterstützung und Gesundheitsförderung. Die heute vorgesehene Wochenbettbetreuung ist kurz in der Dauer und unflexibel gestaltet. Hebammen beobachten, wie immer mehr Frauen in der Wochenbettzeit unterversorgt sind und nicht die nötige Unterstützung nach Spitalaustritt erhalten.

- ☞ **Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen unter ökonomischem Druck und sind über-medikalisiert:** Es fehlt die Zeit für eine individuelle bedürfnis- und frauenzentrierte Begleitung. Anstelle einer Eins-zu-eins-Betreuung zur Unterstützung der normalen physiologischen Geburt erhalten viele Frauen, Medikamente, Periduralanästhesie oder Kaiserschnitte. Da die Zeit und entsprechende Hebammenstellen für die Betreuung und Unterstützung eines natürlichen Prozess fehlen, wird interveniert um die Geburt zu beschleunigen. Viele Spitäler haben Schwierigkeiten, Hebammenstellen zu besetzen. Dies deutet auch darauf hin, dass mehr Hebammen ausgebildet werden müssen und mehr in attraktive Arbeitsbedingungen von Hebammen investiert wird, wo **eine ganzheitliche Betreuung** der Frauen ermöglicht wird.

Mittlerweile kommt in der Schweiz jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt. Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche Rate in der Schweiz 33,3 %. Schwankungen in den einzelnen Spitälern liegen zwischen 14.1 bis 57.4% **(3)**. Diese Schwankungen sind medizinisch nicht erklärbar. Zu viele Kaiserschnitte sind strukturell, organisatorisch oder ökonomisch statt medizinisch begründet. Die Häufigkeit, mit der derzeit Kaiserschnitte durchgeführt werden, ist aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderer Fachleute medizinisch und ethisch nicht gerechtfertigt **(4)**. Gemäss einer Analyse der WHO gibt es für kein Land eine Rechtfertigung mehr als 10 – 15 % Kaiserschnittgeburten durchzuführen **(5)**. Entgegen landläufig verbreiteten Meinungen und Medienberichten wünscht sich die Mehrheit der Frauen eine normale natürliche Geburt und keinen Kaiserschnitt. Dies zeigen Befragungen von Frauen nach Kaiserschnitt aus andern Ländern **(6)** wie Deutschland, deren Entwicklungsstand mit dem der Schweiz vergleichbar ist.

Nicht medizinisch indizierte Kaiserschnitte kommen einer Körperverletzung gleich. In den vergangenen Jahren haben zahlreiche epidemiologische Untersuchungen die kurz- und langfristigen Folgen eines Kaiserschnitts ermittelt **(7)**, diese beziehen sich:

- 1) auf den Körper der Frau: Narkose- und Thromboserisiken, Blutverlust, Schmerzen, eingeschränkte Stillfähigkeit, Infektionen, Wundheilungsstörungen und Verwachsungen,
- 2) auf die Psyche der Mutter: Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen,
- 3) auf Folgeschwangerschaften: regelwidriger Plazentasitz mit stark erhöhtem Risiko für Müttersterblichkeit,
- 4) auf das Kind: Anpassungsstörungen, häufigere nachgeburtliche Einweisung in die Intensivstation, Asthma, Diabetes, Adipositas im Kindergartenalter, möglicherweise auch Autoimmunerkrankungen,
- 5) auf die Mutter-Kind-Beziehung: Bindungsprobleme.

Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu begründen, ist meistens zu kurz gegriffen. Hinter einer sogenannten „Wunschsectio“ verbirgt sich oft genug eine unheilsame Koalition zwischen ärztlicher Präferenz und unzureichendem Wissensstand der Frauen. In einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung gaben 86% der Frauen nach einem Kaiserschnitt an, die Folgen des Eingriffs unterschätzt zu haben **(8)**. Was in Notfallsituationen wertvoll ist, darf jedoch nicht zur Routine werden, sonst verkehren sich Vorteile in Nachteile und ein rettender Eingriff führt zu unnötigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Die Hebammenbetreuung nimmt in der Veränderung der Rahmenbedingungen eine Schlüsselposition ein

Expertinnen und Experten sehen Hebammen, die eine kontinuierliche Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen anbieten, in einer Schlüsselposition für Veränderung in der geburtshilflichen Versorgung, damit unnötige Interventionen verhindert werden können **(9)**. Hebammen könnten sich sowohl auf die körperlichen, psychischen und psychosozialen Bedürfnisse der schwangeren Frau und Familien fokussieren und dadurch die beste Unterstützung in dieser Lebensphase gewährleisten **(10)**. Eine Untersuchung aus Dänemark und Australien zeigt, dass bei hohen Kaiserschnitttraten die Anzahl der Schnittentbindungen durch hebammengeleitete Geburtshilfe reduziert werden kann **(11)**. Ebenfalls zeigen Kostenanalysen von hebammengeleiteten Modellen in anderen Ländern positive Resultate **(12)**. Für England wurden in einer Übersichtsarbeit 1.16 Millionen englische Pfund Kosteneinsparungen pro Jahr gerechnet, wenn 50% der Frauen in hebammengeleiteten Einrichtungen betreut würden. Für die USA rechnete eine Untersuchung 5 Billionen US Dollar an jährlichen Kosteneinsparungen wenn die Kaiserschnitttrate von 33% auf 15% reduziert würde. In der Schweiz verfügen wir in diesem Bereich über keine oder wenige Daten und viele Ergebnisdaten von geburtshilflichen Verfahrensweisen sind nicht öffentlich zugänglich. Wir erachten die wissenschaftliche Evaluierung von geburtshilflichen Verfahrensweisen als wichtig und die Offenlegung von Ergebnisdaten von allen Anbietern der Geburtshilfe.

Die Unterzeichnenden fordern auf dieser Basis folgende strukturelle Veränderungen:

- ☞ Hebammengeleitete Geburtshilfeangebote in Spitälern einzuführen, welche sich an gesunde Frauen mit einem geringen Risiko für Komplikationen richtet, in der die fachliche Betreuung der Frauen und Familien sowie die organisatorische Leitung unter der Verantwortung von Hebammen liegen.
- ☞ Hebammengeleitete Geburtshilfeangebote in Spitälern einzuführen, mit der eine kontinuierliche und ganzheitliche Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit im stationären und im ambulanten Bereich ermöglicht wird.

Wir wissen, dass **es wichtig ist wie wir geboren werden!** Der Geburtsvorgang ist von elementarer Bedeutung für neugeborene Kinder, Mütter, Väter, Familien und für die Gesellschaft. Die normale physiologische Geburt ist die Basis für einen guten Start in Leben, sie bringt eine Reihe von positiven Einflüssen auf die Gesundheit von Mutter & Kind, wie zum Beispiel auf das Immunsystem des Kindes. Frauen verdienen in der einzigartigen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz.

Mit der Einführung und Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe wird eine grundlegende, nachhaltige Veränderung der momentanen Verhältnisse in die Wege geleitet. Damit werden Voraussetzungen für die Förderung der normalen physiologischen Geburt geschaffen und damit einen Rückgang unnötiger Interventionen mit allen seinen Folgen für die Gesundheit für Mutter und Kind. Letztlich sind damit auch Kosteneinsparungen verbunden.

Schließen Sie sich durch Ihre Unterschrift unserer Forderung an und leiten Sie unsere Petition an andere Organisationen und Einzelpersonen weiter. Darüber hinaus laden wir Sie ein, Fachwissen, Ihre Erfahrungen und Ihre Ideen einzubringen und sich an weiteren Aktivitäten zu beteiligen.

Besten Dank!

Vorstand der Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes und Organisationskomitee der Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenkongress 2013 in Thun.

Die Petition und Unterschriftenbogen sind online verfügbar unter www.bernerhebamme.ch ab 15. Mai 2013

Literaturverzeichnis

Nr. 1: Vergleiche: Hebammengeleitete Bereuungsmodelle mit herkömmlicher Standardbetreuung

- Bauer, N.H. H. (2011) *Der Hebammenkreißaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Osnabrück: Universitätsverlag bei V&R unipress.
- Bauer, N.H., Schücking, B.A., Pohlbeln, H., zu Sayn-Wittgenstein, F. (2011) Der Hebammenkreißaal - Ein klinisches Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol* DOI: 10.1055/s-0031-1293234 -
- Bauer, N.N., & Schücking, (2009) „Habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.“- Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe-Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißaal, *Z Geburtshilfe Neonatol*, DOI: 10.1055/s-0029-1222734
- Begley, C., Devane, D., Clarje, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., et al. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(85).
- Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343d7400. doi:10.1136/bmj.d7400.
- Campbell, R., MacFarlane, A., Hemsall, V., Hatchard, K. (1999). Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery* 15, 183-193.
- Cignacco, E., Büchi, S. (2004). „Hebammengeburt“ – ein neues Betreuungsmodell in der Schweiz. *Die Hebamme*, 17,; 84-90.
- Cignacco, E., Büchi, S., Oggier, W. (2004). Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital. *Pflege*, 17, 253-261.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P., Mayerhofer, K. (2004). Influence of the birth attendant on maternal and neonatal outcomes during normal vaginal delivery: a comparison between midwife and physician management. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 30; 116. 379-384.
- Cheung, N., Mander, R., Wang, X., Fu, W., Zhou, H., & Zhang, L. (2011). Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. *Midwifery*, 27, 582-587.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., et al. (2011). Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates among Low-Risk Women? *Birth*, 38, 111-119.
- Dixon, L., Prileszky, G., Guilliland, K., Hendry, C., Miller, S., Anderson, J. (2012). What evidence supports the use of free-standing midwifery led units. *New Zealand College of Midwives Journal*. 46, p13.
- Eide, B., Nilsen, A., & Rasmussen, S. (2009). Births in two different delivery units in the same clinic - A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(25).
- Gülmezoglu, AM., Souza, JP., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., Attygalle, DE., Shrestha, N., Mori, R., Nguyen, DH., Hoang, TB., Rathavy, T., Chuyun, K., Cheang, K., Festin, M., Udomprasertgul, V., Germar, MJ., Yanqiu, G., Roy, M., Carroli, G., Ba-Thike, K., Filatova, E., Villar, J. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08, *The Lancet*, 375,(9713), 490-99.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI:
- Hodnett, E.D., Downe, S., Walsh, D., Weston, J., (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9. doi:10.1002/14651858.CD000012.pub3, art. no. CD000012.

- Hundley, V., Cruikshank, F. M., Lang, G. D., Glazener, C. M. A., Milne, J. M., Turner, M., Blyth, D., Mollison, J., Donaldson, C. (1994). Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ*, 309: 1400-1404.
- Hundley, V., Milne, J., Glazener, C., Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *Br J Obstet Gynaecol*, 104: 1273-1280.
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L., Klein, M., Liston, R., Lee, S. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, *CMAJ*, 181(6-7): 377-383. doi: 10.1503/cmaj.081869
- Laws, P., Tracy, S., & Sullivan, E. (2010). Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia. *Birth*, 37(1), 28-36.
- MacVicar, J., Dobbie, G., Owen-Johnstone, L., Jagger, C., Hopkins, M. (1993). Simulated home delivery in hospital: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 100, 316-323.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2011). Birthplace qualitative organizational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf
- Oakley, D., Murray, M., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H., Mayes, F., Rooks, J. (1996). Comparisons of Outcomes of Maternity Care by Obstetricians and Certified Nurse-Midwives. *Obstetrics & Gynaecology*, 88, 823-829.
- Overgaard, C., A Moller, Fenger-Gron, M., Knudsen, L., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 2(e000262). doi:10.1136/bmjopen-2011-000262, available from <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000262.full>
- Rath, M.E. (2012). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen, *Die Hebamme*, 25(4), 236-240
- Rogers, C., Harman, J., & Selo-Ojeme, D. (2011). Perceptions of birth in a stand-alone centre compared to other options. *British Journal of Midwifery*, 19(4).
- Rutledge Stapleton, S., Osborne, C., Illuzzi, J. (2013). Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model Original Review *Journal of Midwifery & Women's Health* doi:10.1111/jmwh.12003 available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12003/full>
- Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., Belizán, J. (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154, 136-140.
- Sinni, S.V., Wallace, E.M., Cross, W.M., (2011). Patient safety: a literature review to inform an evaluation of a maternity service. *Midwifery*, 27 (6), e274-e278.
- Skinner, J., & Lennox, S. (2006). Promoting normal birth: a case for birth centres. *New Zealand College of Midwives Journal*, 34, 15-18.
- Soltani H, Sandall J. (2012). Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view. *Midwifery*, 28(2):146-9. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.009.
- Stewart, M., McCandish, R., Henderson, J., & Brocklehurst, P. (2004). Report of a structured review of birth centre outcomes. United Kingdom: Maternity Research Group of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Available from <https://www.npeu.ox.ac.uk/files/downloads/reports/Birth-Centre-Review.pdf>
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E., Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nurs*, 68(11). 2376-86. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x.

Symon, A., Winter, C., Inkster, M., & Donnan, P. (2009). Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study. *BMJ*, 338, b2060
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2060>.

Tracy, S., Caplice, S., Laws, P., Wang, Y., Tracy, M., & Sullivan, E. (2007). Birth centers in Australia: A national population-based study of perinatal mortality associated with giving birth in a birth center. *Birth*, 34, 194-201.

Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W., McGinley, M. (1996). Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *The Lancet*, 348, 213-218.

Waldenstrom, U., Nilsson, C.A., (1997). A randomized controlled study of birth centre care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24, 17-26.

Waldenström, U., Nilsson, CA; Winbladh, B. (1997). The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 104: 410, 418.

Waldenström, U., Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaec* 105, 1160-1170.

Walsh, D., & Downe, S. (2004). Outcomes of Free-Standing, Midwife-Led Birth Centers: A Structured Review. *Birth*, 31(3), 222-229.

Walsh, D., Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res. J*, 22(7), 897-910. doi: 10.1177/1049732312440330.

Nr. 2: Einflüsse zur Wahl des Geburtsorts

Houghton, G., Bedwell, C., Forsey, M., Baker, L., & Lavender, T. (2008). Factors influencing choice in birth place - an exploration of the views of women and their partners and professionals. *Evidence Based Midwifery*, 6(2), 59-64.

McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2011). Birthplace qualitative organizational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings .Birthplace in England research programme. Final report part 6: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf

Nr. 3: Sektoren Schweiz

BAG Bundesamt für Gesundheit, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (2012). verfügbar unter: http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNoL2t1di9zcGl0YWxzZGF0aXN0aWsvG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de

BFS Bundesamt für Statistik Gesundheit, Medienmitteilungen 26.11.2012 , Statistiken der stationären Gesundheitsversorgung 2011: Provisorische Zahlen, verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/press.html?pressID=8416>

Nr. 4: Gründe von Kaiserschnitten

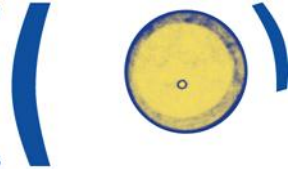
Betrán, AP., Merialdi, M., Lauer, JA., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., Wagner, M: (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(2). 98-113.

Niino, Y: (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*; 5(4): 139-150.

Stjernholm, Y., Petersson, K., Eneroth, E. (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89(1). 49-53.

Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet*, 356(9242).1677-80.

Nr. 5: Welche Raten von Kaiserschnittgeburten sind vertretbar



WHO Policy brief (2010). Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf

WHO World Health Report. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage , Background Paper, 30 verfügbar unter: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

Nr. 6: Frauen wünschen sich eine physiologische Geburt und kein Kaiserschnitt

Lutz, U., Kolip, P., (2006) Die GEK-Kaiserschnitt-Studie , Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH. verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf

Nr. 7: Kurz- und Langzeitfolgen von Kaiserschnittgeburten

Huh, S Y., Rifas-Shiman, S L., Zera, C. A., Rich Edwards, J W., Oken, E., Weiss, S T., Gillman, M. W. (2012). Delivery by ceasarean section and risk of obesity in pre-school age: a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 97, (7)

Lutz, U., Kolip, P., (2006) *Die GEK-Kaiserschnitt-Studie.*, Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH. verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf

Niino, Y. (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*; 5(4): 139-150

Souza, JP., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., Ruyan, P. (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicien*, 8 (1):71. Available from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-71.pdf>

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Velazko, A., Bataglia, V., Langer, A., Narváez, A., Valladares, E., Shah, A., Campodónico, L., Romero, M., Reynoso, S., Simônia de Padua, K., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A. (2007). Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multi-centre prospective study. *BMJ*, 335:1025

WHO World Health Report. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage , Background Paper, 30 Available from <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

Nr. 8: Frauen unterschätzen Kaiserschnitt, Was wissen Frauen

Lutz, U., Kolip, P., (2006) *Die GEK-Kaiserschnitt-Studie.*, Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH. verfügbar unter: http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/abteilung2/projekte/GEK_Kaiserschnittstudie.pdf

Meiman, M. C. Heather, H. (2012), Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section, *Women and Birth*. 25(3):e19-26. doi: 10.1016/j.wombi.2011.08.001.

Nr. 9: ExpertInnen sehen Hebammen in einer Schlüsselposition

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Weston, J.. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003766

WHO (2002). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services. Verfügbar unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf>

Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 25-37

Nr. 10: Hebammen sind die beste Unterstützung von Frauen

Niino, Y. (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*; 5(4): 139-150

WHO World Health Report. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage , Background Paper,

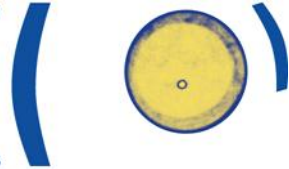
30 verfügbar unter: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

Nr. 11: Tiefere Kaiserschnittraten bei hebammengeleiteten Geburtshilfemodelle

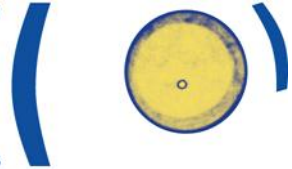
- Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobson, M., Sjoborg, K., & Oian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependant on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(11), 1357-1364.
- Catling-Paull, C., Johnston, R., Ryan, C., Foureur, M., Homer, C. (2011): Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *Journal of advanced Nursing*, 67(8), 1662–1676.
- Chaillet, N., Dumont, A. (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*. 34(1), 53
- Continuous Labor Support Reduces Risk of Cesarean Section and Other Adverse Outcomes in Women and Newborns
- Cheung, N., Mander, R., Wang, X., Fu, W., Zhou, H., & Zhang, L. (2011). Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. *Midwifery*, 27, 582-587.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., et al. (2011). Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women? *Birth*, 38, 111-119.
- Maassen, M., Hendrix, M., Vugt, H. V., Veersema, S., Smits, F., & Nijhuis, J. (2008). Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: Primary verses secondary care. *Birth*, 35(4), 277-282
- McLachlan, HL., Forster, DA., Davey, MA., Farrell, T., Gold, L., e Biro, MA., Albers, L., Flood, M., Oats, J., Waldenstroem, U. (2012) Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(12), 1483-92. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- Niino, Y. (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends*; 5(4): 139-150.
- Overgaard, C., A Moller, Fenger-Gron, M., Knudsen, L., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 2(e000262). doi:10.1136/bmjopen-2011-000262
- Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., Belizán, J. (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154, 136–140
- Van Dillen, J., Lim, F., Van Rijssel, E. (2008). Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 139. 2008; 151–156.

Nr.12: Kostenanalysen hebammengeleitete Geburtshilfemodelle im Vergleich zu Standardcare

- Childbirth Connection, Catalyst for Payment Reform, Center for Healthcare Quality and Payment Reform (2013) The Cost of having a Baby in the United States, The Truven Health Analytics Marketscan Study, Available online from <http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/01/Cost-of-Having-a-Baby-Executive-Summary.pdf>
- Henderson, J., & Petrou, S. (2008). Economic Implications of Home Births and Birth Centers: A Structured Review. *Birth*, 35(2), 136-146



- Homer, C.S., Matha, D.V., Jordan, L.G., Wills, J., Davis, G.K., (2001). Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 24(1). 85-93.
- Hundley, V.A., Donaldson, C., Lang, G.D., et al., (1995). Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward. *Midwifery*, 11, 103–109.
- Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. (2012). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*. In Press, Corrected Proof, Available online from <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005>
- Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., et al.,(2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal* 344,e2292.
- Stone, P.W., Zwanziger, J., Hinton Walker, P., Bunting, J., (2000). Economic analysis of two models of low-risk maternity care: a freestanding birth centre compared to traditional care. *Research in Nursing & Health*, 23, 279–289.
- Toohill, J., E. Turkstra, et al. (2012). "A non-randomised trial investigating the cost-effectiveness of Midwifery Group Practice compared with standard maternity care arrangements in one Australian hospital." *Midwifery* 28(6), e874-e879.
- Tracy, S.K., Tracy, M.B., (2003). Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*, 110, 717–724.
- Weiterführende Literatur:**
- Biró, M., Waldenström, U., Brown, S., Pannifex, J. (2003). Satisfaction with Team Midwifery Care for Low and High risk Women: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 30, 1-10.
- Büchi, S. (2013). Hebammegeburten - ein attraktives Geburtsmodell für schwangere Frauen und für Hebammen im Spital, *hebamme.ch*, 3, 26-30.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). Kaiserschnittgeburten in der Schweiz, Synthese wissenschaftlicher Analysen, Grundlagenbericht zur Beantwortung des Postulates Maury Pasquier http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6i0NTU042i2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdX18fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A—
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013,) Kaiserschnittgeburten in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier, http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6i0NTU042i2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdX18e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A—
- Hartz, D. L., M. Foureur, et al. (2012). Australian caseload midwifery: The exception or the rule. *Women and Birth* 25(1): 39-46.
- König, M. & Schildberger, B. (2013) Hebammengeleitete Geburtshilfe in Österreich – Selbstbestimmung, Verantwortung und Wahlfreiheit, *hebamme.ch*, 3, 31-33.
- Künzi K., Detzel P. (2007) Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nicht-ärztlicher Berufsleute. Neuchâtel, verfügbar unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html?publicationID=2951>.
- Maury Pasquier, L. (2010). Hebammen Ein Berufsstand: Umfassende Betreuung/Begleitung, *hebamme.ch*, 11, 4-5.
- Nielsen, R. (2013). Das Modell Hebammekreissaal wird sich auf die Dauer etablieren, *hebamme.ch*, 33-35.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber.



Schweizerischer Hebammenverband SHV Informations- und Positionspapier zur hohen Kaiserschnitttrate in der Schweiz, 2. Dezember 2008, verfügbar unter http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnlld//kaiserschnittrated.pdf

Soltani, H. and J. Sandall (2012). "Organization of maternity care and choices of mode of birth: A worldwide view." *Midwifery* 28(2): 146-149.

Verbund Hebammenforschung Fachhochschule Osnabrück (2007). Handbuch Hebammenkreissaal, von der Idee zur Umsetzung, , verfügbar unter http://www.hebammenforschung.de/fileadmin/groups/95/Handbuch_Hebammenkreissaal.pdf

Zecha, G.(2013). Hebammenkreissaal – ein Gewinn für alle Beteiligten, *hebamme.ch*, 33-37.