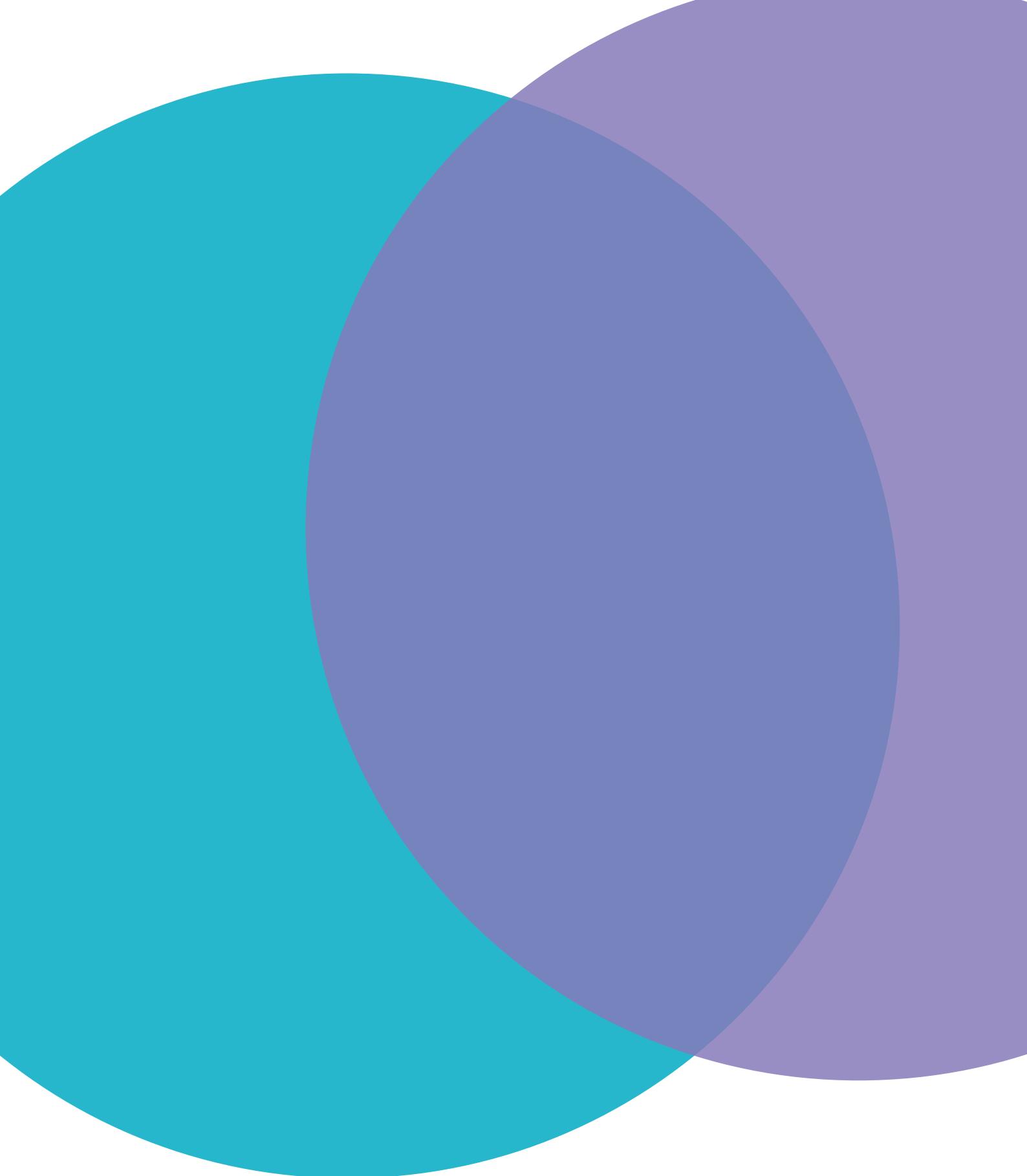




© Geburt 3000, mit freundlicher Genehmigung der Eltern 2025

## Europäische Standards in der hebammengeleiteten Geburtshilfe (HGGH)





**Originaldokument von:**

Midwifery Unit Network und City,  
University of London

**Originalversion finanziert durch:**

City University of London, National  
Institute for Health Research und  
Royal College of Midwives

**Deutsche Übersetzung  
finanziert durch:**

Stiftung Amaari, Basel CH;  
Interessengemeinschaft  
Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®);  
Schweizerischen Hebammenverband  
(SHV); Deutschen Hebammenverband  
(DHV); Österreichisches  
Hebammengremium (ÖHG)

**Autorinnen der Originalversion:**

Lucia Rocca-Ihenacho  
Laura Batinelli  
Ellen Thaelis  
Juliet Rayment  
Mary Newburn  
Christine McCourt

**Unterstützt von:**

European Midwives Association und  
National Institute for Health and Care  
Excellence (NICE)

**Übersetzung ins Deutsche:**

Deutschland: Andrea Köbke,  
Friederike zu Sayn-Wittgenstein  
Österreich: Stefanie Winkler  
Schweiz: Yvonne Balmer, Eva  
Cignacco, Fanny Mewes-Toumi,  
Martina Schneider, Anne Steiner

**Koordinatorin:** Eva Cignacco

**Mit der Beteiligung von:**

Österreich: Österreichisches  
Hebammengremium (ÖHG)  
Schweiz: Interessengemeinschaft  
Geburtshäuser Schweiz (IGGH-  
CH®), Geburt 3000, Schweizerischer  
Hebammenverband (SHV)

© englische Originalausgabe: City  
University of London, Juli 2018

Alle Rechte vorbehalten

# Originalwork

**We welcome the development of these Standards on the philosophy and organisation of care in midwifery units throughout Europe.**

There is now a convincing and expanding body of evidence indicating that continuity of midwife-led care is particularly suitable for healthy women with uncomplicated pregnancies in settings with well-trained midwives and good health systems. This has been translated into policy at the national and global level. In similar contexts, with well-functioning referral systems, midwife led care in out of hospital settings is associated with maternal reports of more positive pregnancy and birth experiences when compared to women using hospital- based maternity care. Better outcomes are also reported for healthy women of any parity, along with similar perinatal outcomes, especially for second and subsequent babies. These findings are also reflected in national policy documents.

However, there are still too few well supported and resourced midwife-led units available around the world, and this limits the opportunity for provision of optimal, consistent, high-quality, safe, cost-effective care for women and their babies.

If midwives, other healthcare professionals and policymakers can show leadership in Europe in developing the kind of services these Standards represent, this could provide a powerful model for best practice both in and out of hospital settings.

As health systems strengthen in low and middle income countries, the Standards could also be a catalyst for change in settings where both in and out of hospital maternity care provision is sub-optimal.

We congratulate the Midwifery Unit Network in taking this initiative and developing Standards using an inclusive, co-production methodology.

We would encourage professional organisations and individual leaders to use this tool as part of local quality improvement and to take the initiative to move maternity care forward into the future.

***Soo Downe***

***Professor in Midwifery Studies***

University of Central Lancashire

***Franka Cadée***

***ICM President***

International Confederation  
of Midwives

***Jacky Nizard***

***Professor of Obstetrics and***

***Gynaecology***

Sorbonne University, Paris, France

***President***

European Board and College of  
Obstetrics and Gynaecology

# VORWORT SCHWEIZERISCHER HEBAMMENVERBAND SHV

Der Schweizerische Hebammenverband verfolgt das Ziel, die Betreuung von Frauen und ihren Familien während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Hebammen in alleiniger fachlicher Verantwortung zu fördern. Neben der Hausgeburthilfe und den Geburtshäusern bieten immer mehr Schweizer Spitäler eigene Einheiten oder Betreuungspfade der hebammegeleiteten Geburtshilfe (HGGH) an. In folgenden Modellen wird die hebammegeleitete Geburtshilfe in der Schweiz bereits heute erfolgreich umgesetzt:

## Hausgeburt

Dies ist das Herzstück der hebammegeleiteten Geburtshilfe und beinhaltet die kontinuierliche Betreuung durch eine oder mehrere Hebammen in eigener fachlicher Verantwortung. Die Hebammen arbeiten selbstständig oder im Angestelltenverhältnis und begleiten die Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und während der Stillzeit. Die Hebammen sind durch die kantonalen Behörden für die Abrechnung ambulanter Leistungen zugelassen und arbeiten in der Regel in Rufbereitschaft.

## Geburtshaus auf der kantonalen Spitalliste

Diese Geburtshäuser auf der kantonalen Spitalliste sind selbständige Institutionen und durch die kantonalen Behörden für die Abrechnung ambulanter und stationärer Leistungen zugelassen. Die Hebammen betreuen Frauen und Familien während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in eigener fachlicher Verantwortung. Die Geburt und das frühe Wochenbett finden in den Räumen des Geburtshauses statt, die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg- beziehungsweise Bezugssystem.

## Geburtshaus ohne kantonale Spitalliste / «Nicht-Listen-Geburtshäuser»

Diese unabhängigen Institutionen bieten ausschliesslich ambulante Leistungen an und sind durch die kantonalen Behörden nur für die Abrechnung ambulanter Leistungen zugelassen. Hebammen betreuen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in eigener fachlicher Verantwortung. Die Geburt findet in den Räumen des Geburtshauses statt, die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg- beziehungsweise Bezugssystem.

## Geburtshaus auf dem Spitalgelände

Diese Geburtshäuser sind Teil eines Spitals, das finanzielle Ressourcen und die Infrastruktur bereitstellt. Hebammen sind durch Belegverträge oder durch eine Anstellung am Spital für die geburtshilfliche Betreuung zuständig.

Die Hebammen betreuen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit in eigener fachlicher Verantwortung. Sie sind für die Abrechnung ambulanter Leistungen durch die kantonalen Behörden zugelassen. Die Geburt und das frühe Wochenbett finden stationär in den Räumen des Geburtshauses statt, die Hebammen arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg- beziehungsweise Bezugssystem.

## Getrennte Einheit: HGGH im Spital

Die Geburten finden in eigenen Abteilungen/Räumlichkeiten innerhalb des Spitals statt, dieses stellt die personellen und finanziellen Ressourcen sowie die Infrastruktur zur Verfügung. Die Hebammen betreuen die Geburt in eigener fachlicher Verantwortung. Sie arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg- beziehungsweise Bezugssystem.

## Gemeinsame Einheit: HGGH und ärztlich geleitete Geburtshilfe

Die Geburten erfolgen in der Geburtenabteilung innerhalb des Spitals. Die Hebammen betreuen die Geburt in eigener fachlicher Verantwortung. Sie arbeiten entweder in einem Schichtsystem oder in einem Beleg- beziehungsweise Bezugssystem.

Diese erstmals auf Deutsch vorliegenden MUNet-Standards sollen in der Schweiz als übergeordnetes Instrument verstanden werden, um die Versorgungsqualität im Bereich der hebammegeleiteten Geburtshilfe weiterzuentwickeln. Zusätzlich sind alle geburtshilflichen Organisationen, insbesondere Spitäler mit hebammegeleiteter Geburtshilfe, eingeladen, als Qualitätsentwicklungsmassnahme sowohl am «Netzwerk Hebammegeleitete Geburtshilfe SHV» als auch am «Anerkennungsverfahren Hebammegeleitete Geburtshilfe SHV» teilzunehmen. So nähern wir uns dem Ziel, dass möglichst alle Frauen und ihre Familien von HGGH-Modellen in der ganzen Schweiz profitieren dürfen.

**Petra Graf**

**Präsidentin**

Schweizerischer Hebammenverband

Schweizerischer Hebammenverband  
Fédération suisse des sages-femmes  
Federazione svizzera delle levatrici  
Federaziun svizra da las spandreras



# VORWORT ÖSTERREICHISCHES HEBAMMENPREMIUM ÖHG

**Das Österreichische Hebammengremium ist in seiner berufspolitischen Arbeit als Behörde ständig bemüht, die Arbeit der Hebammen in der Betreuung von Frauen und Familien zu stärken, Strategien für die Gesundheit von Frauen und ihren Kindern zu entwickeln und auszubauen und für mehr Anerkennung der vorhandenen fachlichen Kompetenz der Hebammen zu sorgen.**

Die geringe Verbreitung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in Österreich ist nicht nur auf strukturelle und organisatorische Herausforderungen zurückzuführen, sondern auch auf politische und versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen. Dennoch zeigt die internationale Evidenz eindeutig, dass hebammengeleitete Geburten mit positiven Geburtsergebnissen, höherer Zufriedenheit der Gebärenden und einer geringeren Rate an medizinischen Interventionen verbunden sind.

Die hebammengeleitete Geburtshilfe stellt eine zentrale Säule einer sicheren, interventionsarmen und selbstbestimmten Geburt bei physiologischen Schwangerschaften dar. In einem gesundheitspolitischen Umfeld, in dem die hebammengeleitete Geburtshilfe derzeit nur einen geringen Anteil an der geburtshilflichen Versorgung ausmacht, sind die vorliegenden klinischen Standards ein bedeutender Schritt hin zu einer nachhaltigen Qualitätssicherung und Anerkennung dieser Versorgungsform.

Die MUNet-Standards dienen als Leitfaden für eine evidenzbasierte und sichere Versorgung im Rahmen der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Sie sind das Ergebnis einer sorgfältigen Analyse wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter klinischer Praxis und bieten Hebammen eine fundierte Grundlage, um die physiologischen Prozesse der Geburt zu unterstützen, die Autonomie der Gebärenden zu wahren und eine respektvolle, interventionsarme Geburt zu ermöglichen. Diese Standards sind zugleich ein wichtiges Instrument, um die politische und gesellschaftliche Anerkennung der hebammengeleiteten Geburtshilfe zu stärken.

Die Erarbeitung dieser Standards wäre ohne das Engagement und die fachliche Expertise der beteiligten Hebammen und Fachkräfte nicht möglich gewesen. Wir als ÖHG danken allen Mitwirkenden für ihren wertvollen Beitrag und sind überzeugt, dass diese Standards einen wichtigen Schritt zur Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe und zur Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung insgesamt darstellen.

**Gerlinde Feichtlbauer, MSc  
Präsidentin**  
Österreichisches Hebammengremium



# VORWORT INTERESSENGEMEINSCHAFT DER GEBURTSHÄUSER SCHWEIZ IGGH

**Mit grosser Freude und viel Engagement hat sich die Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®) an der deutschen Übersetzung der MUNet-Standards beteiligt.**

In der Schweiz bestehen seit mittlerweile fast 40 Jahren Geburtshäuser, die eigenverantwortlich von Hebammen geführt werden. Heute begleiten Hebammen in 21 Geburtshäusern, welche Mitglied unseres Verbandes sind, Frauen und Familien individuell und ganzheitlich während Schwangerschaft, bei der Geburt im Geburtshaus und zuhause sowie im stationären und im ambulanten Wochenbett.

Die MUNet-Standards bieten eine evidenzbasierte und international abgestimmte Grundlage, die das Potenzial hat, die Qualität der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz nachhaltig zu stärken und weiterzuentwickeln. Viele Inhalte decken sich mit den Grundhaltungen und Praktiken, die Hebammen in den Schweizer Geburtshäusern seit Jahrzehnten mit grosser Sorgfalt und Professionalität praktizieren. Darin sehen wir eine wichtige Bestätigung unseres bisherigen Weges. Zugleich eröffnen uns die Standards wertvolle neue Perspektiven, um bestehende Strukturen zu reflektieren und gezielt weiterzuentwickeln. Dies ermöglicht es uns, unser Angebot noch stärker an den Bedürfnissen von Frauen und Familien auszurichten. Unser Ziel ist es, möglichst vielen Frauen den Zugang zu individueller und kontinuierlicher Betreuung zu ermöglichen.

Mit der deutschen Übersetzung wird dieses wegweisende Dokument einem breiteren Publikum im deutschsprachigen Raum zugänglich gemacht. Sie schafft damit die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis, eine einheitliche Sprache und die Anerkennung hebammengeleiteter Versorgungsmodelle, sowohl im fachlichen als auch im gesellschaftlichen Diskurs.

Für die IGGH-CH®, den Verband der Schweizer Geburtshäuser, ist die Übersetzung der MUNet-Standards ein wertvoller Impuls, die Weiterentwicklung unserer Arbeit in der Schweiz aktiv voranzutreiben. Wir setzen uns mit Nachdruck dafür ein, dass die Grundprinzipien dieser Standards auch in Zukunft gelebt, gefördert und gestärkt werden.

**Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz**



# VORWORT PROJEKT GEBURT 3000

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich eine sehr niedrige Müttersterblichkeit auf (2,5/100 000, OECD, 2024) und eine ebenso niedrige Säuglingssterblichkeit (3,3 pro 1000 Lebendgeburten; Bundesamt für Statistik, 2023) – ein Hinweis auf eine insgesamt gute perinatale Versorgung. Dennoch geben einige Entwicklungen Anlass zur Sorge: Die Sectiorate liegt konstant bei rund 33 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2023), fast jede vierte Frau berichtet von erlebter Gewalt unter der Geburt (Oelhafen et al., 2021), und nur etwa vier Prozent gebären ausserklinisch in hebammengeleiteten Settings. Diese Zahlen werfen grundlegende Fragen zur Qualität, Wahlfreiheit und Ausrichtung der geburtshilflichen Versorgung auf.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Frauen mit niedrigem Risiko von einer hebammengeleiteten Geburt besonders profitieren – sowohl hinsichtlich der Zufriedenheit als auch der mütterlichen Outcomes (Scarf et al., 2018; Sandall et al., 2024). Dennoch bleibt die ausserklinische Geburtshilfe in der Schweiz ein Nischenangebot. Zwar integrieren einige Kliniken Modelle hebammengeleiteter Geburten in ihr Portfolio, doch fehlt es meist an einer konsequenten, strukturell verankerten und politisch unterstützten Strategie. Häufig handelt es sich um punktuelle, marketinggetriebene Initiativen.

Warum entscheiden sich dennoch rund 96 Prozent der Frauen für das Spital als Geburtsort? Ein zentraler Grund liegt im unzureichenden Angebot: Geburtshäuser sind vielerorts nur mit langer Anreisezeit erreichbar (Rauch et al., 2022), das schränkt die Wahlfreiheit stark ein. Es ist anzunehmen, dass sich viele Frauen für eine klinische Geburt entscheiden, obwohl sie ein ausserklinisches Setting bevorzugen würden – nicht zuletzt aufgrund fehlender, umfassend aufbereiteter Informationen zur hebammengeleiteten Versorgung.

Genau hier setzt Geburt 3000 an. Getragen von einer privaten philanthropischen Stiftung, verfolgt diese Initiative das Ziel, vorwiegend die ambulante geburtshilfliche Versorgung in der Schweiz zu stärken und zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. In einer Zeit, in der zunehmend stationäre klinische Geburtsabteilungen geschlossen werden und neue Versorgungsmodelle gefragt sind, will Geburt 3000 neue Wege gehen – durch die gezielte Förderung der Zusammenarbeit zwischen inner- und ausserklinischer Geburtshilfe.

Geburt 3000 erstellt ambulante Geburtspavillons, die eine umfassende Betreuung während Schwangerschaft und Geburt bieten. Bei Bedarf bietet Geburt 3000 auch Unterstützung bei stationären Wochenbettangeboten an. Im Fokus stehen hebammengeleitete Einrichtungen, die auf dem Gelände eines Partnerspitals angesiedelt und von eigenständigen Hebammenteams betrieben werden. Dieses Modell vereint das Beste aus zwei Welten: die Sicherheit der Nähe zu medizinischer Infrastruktur mit der Selbstbestimmung und dem physiologischen Geburtserleben bei hebammengeleiteter Betreuung. Geburt 3000 evaluiert diese Pavillons systematisch und übernimmt zudem Verantwortung für die Weiterbildung in diesem innovativen Versorgungsbereich.

Geburt 3000 steht für Kooperation statt Konkurrenz – für ein partnerschaftliches Miteinander von Hebammen, Ärzt\*innen. Die salutogenetische Sichtweise bildet dabei das zentrale Leitprinzip: Schwangerschaft und Geburt werden nicht als Risikozustände, sondern als gesunde, natürliche Prozesse verstanden, in deren Zentrum die Förderung von Gesundheit und Ressourcen steht. Mit Geburt 3000 soll ein Angebot geschaffen werden, das Versorgungslücken schliesst, Wahlfreiheit stärkt und eine zeitgemäss, frauenzentrierte Geburtshilfe in der Schweiz ermöglicht.

Die deutschsprachige Übersetzung der MUNet-Standards, die von Geburt 3000 vorangetrieben wurde, nachdem die IGGH die Initiative ergriffen hatte, stellt einen wichtigen Meilenstein dar: Sie bietet einen Handlungsrahmen für zukünftige Geburtspavillons und dient Hebammen als praxisnahe Orientierungshilfe.

Geburt 3000 ist mehr als ein Projekt – es ist ein Impuls für eine neue geburtshilfliche Kultur in der Schweiz.

**Prof. Dr. Eva Cignacco**

Hebammenprofessorin, Stiftungsratspräsident Geburt 3000

**Renate Ruckstuhl**

Hebamme MBA, Geschäftsführerin Geburt 3000



# VORWORT VON ANGEBOTSNUTZENDEN

**Die erste Fassung der «Midwifery Unit Standards» wurde im Jahr 2018 veröffentlicht und liegt nun nach sieben Jahren in einer ersten deutschsprachigen Übersetzung vor.**

Die vorliegenden MUNet-Standards sind damit ein entscheidender Meilenstein, der sowohl Geburtsstationen als auch Geburtshäuser dazu aufruft, sich an der flächendeckenden Umsetzung hebammengeleiteter Angebote zu beteiligen. Denn eins ist klar, nur interdisziplinär kann eine hohe Versorgungsqualität für hebammengeleitete Angebote gesichert werden. Weder der Wohnort, der Versicherungsstatus noch der sprachliche Zugang soll ein Hindernis sein, wenn es um hebammengeleitete Angebote geht.

Die Standards sprechen sich klar für das Recht der Frauen und eines jeden Paares auf eine selbstbestimmte Wahl des Geburtsortes aus. Sie sind damit ein zentrales Prinzip der Demokratie, die das Recht auf Mitsprache und Entscheid über den eigenen Körper und die eigene Gesundheit untermauern. Ob Hausgeburt, Geburtshaus, hebammengeleitete Einheiten im Spital, ein Prinzip sticht immer hervor: Es braucht eine durchdachte und kontinuierliche Betreuung von fachlich ausgebildeten Hebammen.

Auf ihnen lastet eine enorme Verantwortung, wenn es darum geht, die umfassenden medizinischen und sozialen Bedürfnisse der Familie und des Kindes zu sichern und gleichzeitig den Anforderungen an Ärzt\*innen und Institutionen gerecht zu werden.

Ein gemeinsamer Qualitätsrahmen, der den Spagat zwischen dieser Selbstbestimmung und den Leitplanken für Sicherheit und Transparenz schafft, liegt nun erstmals in deutscher Sprache vor. Er ist ein vielversprechender Meilenstein, der sichtbar macht, dass Geburtshilfe nicht nur ein medizinischer, sondern vor allem ein zutiefst menschlicher Prozess ist. Dieser menschenzentrierte Prozess beinhaltet, dass Vertrauen, Nähe und professionelle Kompetenz die Grundlage einer qualitativ hochwertigen geburtshilflichen Versorgung sind. Dass erstmals auch die Stimme der Elternvertretung hierzu beigezogen wurde, ist ein weiteres Indiz für die Wichtigkeit der Interdisziplinarität. Sie macht sichtbar, dass eine menschenzentrierte Geburt auch immer das ganze Familienleben miteinbezieht – und dank der Standards nun von Anfang an. Wir hoffen, das Dokument trägt dazu bei, für jede Familie das für sie passende Modell zu finden und eine wertschätzende Begleitung in dieser wichtigen Lebensphase zu sichern.

**Yvonne Balmer**

*Elternvertreterin im Schweizerischen Hebammenverband  
EUPATI Schweiz Patientenexpertin*

# GRUSSWORTE SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE SGN UND SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE SGGG

Die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SSN) hat die Abschnitte über die Betreuung von in Geburthäusern geborenen Kindern gelesen und genehmigt. Die Standards konzentrieren sich weitgehend auf die Versorgung der Mütter, während die Betreuung der Neugeborenen nur kurz, aber angemessen erwähnt wird. Aus diesem Grund unterstützt der Vorstand der SSN, vertreten durch Frau Prof. Dr. Romaine Arlettaz Mieth und Frau Dr. Monica Ragazzi, die Beschreibung der neonatologischen Betreuung in diesen Empfehlungen.

**Prof. Dr. Arlettaz Mieth**

**Dr. Monica Ragazzi**

Mitglieder des Vorstands der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) anerkennt die Standards als eine sehr interessante und notwendige Arbeit. Tatsächlich ist es unerlässlich, die Praktiken in der Schweiz zu harmonisieren, um Geburten in Geburthäusern zu fördern und zu unterstützen. Dabei soll ein strenger Rahmen geschaffen werden, der ein Höchstmaß an Sicherheit gewährleistet. Ich bin überzeugt, dass diese Praxis in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen wird, wenn die Sicherheitsvorgaben und die Zusammenarbeit mit den Spitätern eingehalten werden. Die SGGG ist offen für eine Zusammenarbeit und eine gemeinsame Diskussion bezüglich der Umsetzung dieser Empfehlungen.

**Prof. Dr. med. Michael Mueller**

Co-Direktor, Chefarzt Gynäkologie und

Gynäkologische Onkologie

Inselspital Bern

© Johanna Rohrbasser – johannaphotographie.com 2024

# INHALTSVERZEICHNIS

HINTERGRUND	14
WAS IST HEBAMMENGELEITETE GEBURTSHILFE?	15
WELCHE PHILOSOPHIE STECKT HINTER DER HEBAMMENGELEITETEN GEBURTSHILFE?	16
WESHALB WURDEN DIE STANDARDS ENTWICKELT?	16
AN WEN RICHTEN SICH DIE STANDARDS?	16
WIE KÖNNEN DIE STANDARDS IN VERSCHIEDENEN EUROPÄISCHEN LÄNDERN VERWENDET WERDEN?	17
WAS IST, WENN DIE DERZEITIGE VERSORGUNGSLANDSCHAFT KEIN KONZEPT FÜR HGGH HAT?	17
WANN WERDEN DIE STANDARDS ÜBERARBEITET?	17
THEMA 1 – BIOPSYCHOZOIALES VERSORGUNGSMODELL	18
THEMA 2 – GLEICHSTELLUNG, DIVERSITÄT UND INKLUSION	19
THEMA 3 – ARBEIT ÜBER BERUFLICHE UND RÄUMLICHE GRENZEN HINWEG	20
THEMA 4 – BEHANDLUNGSPFADE DER FRAUEN	21
THEMA 5 – PERSONNELLES UND ARBEITSLAST	22
THEMA 6 – WISSEN, KOMPETENZEN UND AUSBILDUNG	23
THEMA 7 – UMGEBUNG UND INFRASTRUKTUR	25
THEMA 8 – AUTONOMIE UND VERANTWORTLICHKEIT	27
THEMA 9 – LEADERSHIP	28
THEMA 10 – KLINISCHE GOVERNANCE	30
LITERATURVERZEICHNIS	32
APPENDIX 1 – METHODISCHES VORGEHEN BEI DER ERARBEITUNG DIESER STANDARDS	35
APPENDIX 2 – DANKSAGUNGEN	38

# ZUSAMMENFASSUNG

Ein wichtiger Aspekt bei der Umsetzung einer evidenzbasierten perinatalen Versorgung ist die Ausweitung und die Verbesserung des Zugangs von Frauen zu hebammengeleiteter Geburtshilfe (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016a&b, WHO, 2024).

Das Midwifery Unit Network (MUNet) und der Europäische Hebammenverband (EMA) arbeiten gemeinsam daran, Einfluss auf die Umsetzung von geburtshilflichen Versorgungsmassnahmen zu nehmen, die sich auf die Sicherheit, die Gesundheit von Frauen und ihren Neugeborenen und den Zugang zu einer evidenzbasierten perinatalen Versorgung beziehen.

Eines der Ziele des MUNet ist die Förderung und Unterstützung der Entwicklung, Einrichtung und des Wachstums von Institutionen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe (HGGH), die eine ganzheitliche Betreuung von Frauen und ihren Familien in ganz Europa bieten. Um die Einführung von Geburtshäusern und anderen Modelle der HGGH in ganz Europa sicher zu gestalten, sind Qualitätsstandards erforderlich.

Die Schaffung der Standards für HGGH ist das erste Ergebnis der Zusammenarbeit zwischen MUNet und EMA. Diese Standards wurden entwickelt, um Hebammen sowie die Betriebs- und Leitungsebenen in ganz Europa bei der Entwicklung und Einrichtung von HGGH zu unterstützen. In den Standards werden die Philosophie und die Organisation der geburtshilflichen Angebote adressiert.

Ziel dieser Standards ist es, die Qualität der Geburtshilfe zu verbessern, die Variabilität der Praktiken zu verringern und ein biopsychosoziales Versorgungsmodell zu fördern.

Die Entwicklung der Standards ist einem umfassenden, gemeinsam erarbeiteten, evidenzbasierten Prozess gefolgt. Ausführliche Angaben zu den Methoden und der Methodik finden sich in Anhang 1. Zusammengefasst hat der Prozess die folgenden Schritte umfasst:

- 1) Zwischen Januar und Oktober 2017 führte das Projektteam eine systematische Überprüfung und Synthese der qualitativen Daten im Hinblick auf die Qualität der perinatalen Versorgung in der hebammengeleiteten Geburtshilfe durch.
- 2) Es wurde eine Delphi-Studie unter Verwendung von Kompetenzkriterien durchgeführt, die zwei Online-Umfragen mit 122 eingeladenen Expert\*innen mit einer Rücklaufquote von 48 Prozent umfasste. Die erste Umfrage der Delphi-Studie lancierte man im Mai 2017, die zweite im Februar 2018.
- 3) Mit den Leitungen von Institutionen mit erfolgreicher HGGH führte man halbstrukturierte Interviews, um bislang unterrepräsentierte Themen zu identifizieren.
- 4) Die Ergebnisse der Evidenzprüfung wurden in die Fragen der Delphi-Befragung integriert.
- 5) Eine Reihe von Stakeholder-Treffen wurde organisiert, um die Ausgangspunkte und dann den Entwurf der Standards in allen wichtigen Phasen der Entwicklung zu bewerten. Das erste Stakeholder-Treffen fand im Juni 2017 in London statt, das zweite in Toronto während des Kongresses des Internationalen Hebammenverbands, ebenfalls im Juni 2017, ein drittes dann im Dezember 2017 in London.
- 6) Schliesslich führten zwölf interdisziplinäre europäische Interessenvertreterinnen und -vertreter ein Peer-Review durch.



© Johanna Rohrbasser johannaphotographie.com 2024

<b>Thema 1</b>	<b>Biopsychosoziales Versorgungsmodell</b>
	<b>Standard 1</b> Institutionen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe verfügen über eine schriftliche und öffentlich zugängliche Philosophie der Betreuung, in der die gemeinsamen Werte und Überzeugungen dargelegt sind.
<b>Thema 2</b>	<b>Gleichstellung, Diversität und Inklusion</b>
	<b>Standard 2</b> HGGH hat eine Leitlinie zu Respekt, Diversität und Inklusion.
<b>Thema 3</b>	<b>Arbeit über berufliche und räumliche Grenzen hinweg</b>
	<b>Standard 3</b> Es gibt ein gemeinsames schriftliches Bekenntnis zu gegenseitigem Respekt und institutionsübergreifender Zusammenarbeit in der Perinatalversorgung.
	<b>Standard 4</b> Die Institution mit HGGH verfügt über eine leitende Hebamme, eine*n Gynäkolog*in und eine*n Neonatologen im Hintergrund.
	<b>Standard 5</b> Es gibt klare Leitlinien und Prozesse für Verlegungen.
<b>Thema 4</b>	<b>Behandlungspfade der Frauen</b>
	<b>Standard 6</b> HGGH verfolgt die Philosophie der ergebnisoffenen Betreuung und Beratung und der frühzeitigen Informationsbereitstellung.
	<b>Standard 7</b> Die Institution mit HGGH ist eine in der lokalen Gemeinschaft integrierte Anlaufstelle.
	<b>Standard 8</b> Die Institution mit HGGH steht allen Frauen für eine persönliche und individuelle Betreuung offen.
	<b>Standard 9</b> Institutionen mit HGGH verfügen über spezifische Verlegungsabläufe.
<b>Thema 5</b>	<b>Personelles und Arbeitslast</b>
	<b>Standard 10</b> Zum Personal gehören ein Kernteam von Mitarbeitenden und eine leitende Hebamme vor Ort, um hohe Standards, Verantwortungsbewusstsein und eine angemessene Betreuungsphilosophie zu fördern.
	<b>Standard 11</b> Die Einschätzung der Arbeitsbelastung sollte alle Tätigkeiten in der Institution mit HGGH umfassen, nicht nur die intrapartale Betreuung und die Anzahl der Geburten
<b>Thema 6</b>	<b>Wissen, Kompetenzen und Ausbildung</b>
	<b>Standard 12</b> Es gibt ein anerkanntes Dokument mit einer Auflistung von Wissen und Kompetenzen, die Hebammen für die Arbeit in einer Institution mit HGGH benötigen.
	<b>Standard 13</b> HGGH sieht berufliche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten vor.
	<b>Standard 14</b> Institutionen mit HGGH haben ein Rahmenkonzept für die Berufsbildung und die berufliche Orientierung.
<b>Thema 7</b>	<b>Umgebung und Infrastruktur</b>
	<b>Standard 15</b> HGGH bietet ein Umfeld, das ein biopsychosoziales Betreuungsmodell und den Beziehungsaufbau fördert.
	<b>Standard 16</b> Institutionen mit HGGH bieten eine Umgebung, die Bewegung unter der Geburt unterstützt.
	<b>Standard 17</b> HGGH bietet eine Umgebung, die Entspannung, Privatsphäre und Würde schützt und fördert.
	<b>Standard 18</b> Die räumliche Anordnung und Gestaltung der Institution mit HGGH vermittelt die biopsychosozialen Werte des Betreuungsmodells.
	<b>Standard 19</b> HGGH ist in der Öffentlichkeit sichtbar und zugänglich.
<b>Thema 8</b>	<b>Autonomie und Verantwortlichkeit</b>
	<b>Standard 20</b> Die Institution mit HGGH erkennt die Autonomie und die Verantwortlichkeit der Hebammen an.
	<b>Standard 21</b> Die Institution mit HGGH erkennt die Autonomie der Frauen an.
<b>Thema 9</b>	<b>Leadership</b>
	<b>Standard 22</b> Es gibt eine sichtbare und kohärente Leitung in der Institution mit HGGH.
	<b>Standard 23</b> Die Institution mit HGGH verfügt über ein qualitativ hochwertiges, transformatives Leadership.
	<b>Standard 24</b> Es gibt einen multidisziplinären Beirat mit Angebotsnutzenden, der eine Vision für die HGGH entwickelt.
<b>Thema 10</b>	<b>Klinische Governance</b>
	<b>Standard 25</b> HGGH verfügt über evidenzbasierte Leitlinien, interne Standards und Prozesse, die regelmäßig überprüft werden.
	<b>Standard 26</b> Institutionen mit HGGH verfügen über interne Standards zu den Aufnahmekriterien und zur Wahl des Geburtsorts.
	<b>Standard 27</b> Institutionen mit HGGH engagieren sich für eine kontinuierliche Verbesserung.
	<b>Standard 28</b> Die HGGH verfügt über ein robustes Informationssystem.
	<b>Standard 29</b> Die Institution mit HGGH umfasst Kommunikations- und Marketingkonzepte.

# HINTERGRUND

In Europa bringen jedes Jahr rund vier Millionen Frauen ihr Kind zur Welt (Eurostat 2024). Trotz erheblicher Fortschritte in der perinatalen Versorgung bestehen für Frauen weiterhin Ungleichheiten im Zugang zur medizinischen Versorgung. Insbesondere zeigen sich deutliche Unterschiede in der Verfügbarkeit perinataler Leistungen (EBCOG, 2014; WHO 2024), in der praktischen Umsetzung sowie bei den klinischen Ergebnissen (Macfarlane et al., 2016).

Durch die Förderung evidenzbasierter, standardisierter Versorgung lässt sich die öffentliche Gesundheit nachhaltig verbessern. Gleichzeitig ist es unerlässlich, die Menschenrechte von Frauen zu achten und wissenschaftliche Erkenntnisse zu deren Zufriedenheit stärker zu berücksichtigen. Die Weiterentwicklung der perinatalen Versorgung muss jedoch auch unter Berücksichtigung begrenzter wirtschaftlicher und personeller Ressourcen im Gesundheitswesen erfolgen (Macfarlane et al., 2016). Ein zentraler Aspekt bei der Umsetzung evidenzbasierter Versorgung ist die Stärkung hebammengeleiteter Einrichtungen sowie die Verbesserung des Zugangs von Frauen zu diesen Angeboten (International Confederation of Midwives, 2011; Renfrew et al., 2014; WHO und UNFPA, 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2021).

Die «Strategischen Leitlinien zur Stärkung der Pflege und des Hebammenwesens» für den Zeitraum 2021–2025 (WHO, 2021) betonen, dass Hebammen – sofern sie über eine angemessene Ausbildung, Regulierung und systemische Unterstützung verfügen – in der Lage wären, rund 90 Prozent des weltweiten Bedarfs an grundlegenden Gesundheitsdiensten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie der Versorgung von Müttern, Neugeborenen und Jugendlichen zu decken. Zudem gelten Hebammen als die kosteneffizientesten Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen für Frauen im reproduktiven Alter. Angesichts des in Europa vorhandenen hohen Anteils gut ausgebildeter Hebammen bestehen günstige Voraussetzungen, um das hebammengeleitete Versorgungsangebot kurz- und mittelfristig weiter auszubauen.

Die im Jahr 2015 eingeführte globale Strategie für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen (Kuruvilla et al., 2016) verfolgt ehrgeizige Ziele, um die Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung zu verbessern (SDGs). Diese Ziele sind in drei thematische Bereiche gegliedert: 1) Survive (Vermeidung von Todesfällen), 2) Thrive (Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden) und 3) Transform (Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen). Hebammen stellen eine zentrale Ressource dar, um diese Ziele zu erreichen.

Im Oktober 2024 veröffentlichte die WHO das Positionspapier «Transitioning to Midwifery Models of Care», es betont die Bedeutung einer umfassenden, frauenzentrierten, perinatalen Versorgung (WHO, 2024). Darin wird hervorgehoben, dass diese Versorgung nicht nur klinisch wirksam sein muss, sondern auch das subjektive Sicherheitsempfinden und Wohlbefinden der Frauen während der Geburt in den Fokus rücken sollte (WHO, 2024). Kritisch bewertet wird die zunehmende Medikalisierung der Geburt – verstanden als regelmässige Anwendung medizinischer Interventionen zur Einleitung, Beschleunigung, Steuerung und Überwachung des Geburtsverlaufs. Dies untergräbt das Vertrauen der Frauen in ihre Gebärfähigkeit und kann die Geburtserfahrung als potenziell lebensveränderndes Ereignis negativ beeinflussen. Das Positionspapier plädiert daher für eine respektvolle Betreuung, emotionale Unterstützung, die Förderung kontinuierlicher Betreuungsbeziehungen mit Hebammen oder Pflegefachpersonen, Bewegungsfreiheit während der Geburt und weitere Massnahmen, mit denen die Medikalisierung in der Geburtshilfe eingedämmt werden können (WHO, 2024).

Auch die White Ribbon Alliance hebt in ihrer Erklärung zur respektvollen perinatalen Versorgung die universellen Rechte von Frauen im reproduktiven Alter hervor und betont die Bedeutung respektvoller Betreuung und weiblicher Autonomie (White Ribbon Alliance, 2012). Viele dieser Prinzipien sind integraler Bestandteil des Wertegerüsts der Hebammenbetreuung. Der Internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives, ICM) hat zahlreiche bedeutende globale Standards entwickelt, etwa zu Ausbildung, Kompetenzprofilen und Kapazitätsbewertung (ICM, 2013). Bis heute wurden jedoch keine spezifischen Standards für die HGGH veröffentlicht.

# WAS IST HEBAMMENGELEITETE GEBURTSHILFE?

In einigen europäischen Ländern, darunter England, Wales und Schottland, haben Geburtshäuser, lokale Gesundheitszentren oder hebammegeleitete Geburträume innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur eine lange Geschichte. Bevor Krankenhausgeburten üblich wurden, stellten die örtlichen Geburtshäuser neben der Hausgeburt das zentrale Leistungsangebot von Hebammen dar.

Seit den 1970er Jahren wird Frauen in den meisten europäischen Ländern jedoch trotz fehlender Evidenz geraten, im Krankenhaus zu gebären, und viele Geburtshäuser wurden geschlossen. Nach der ersten Analyse der perinatalen Versorgung durch das National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2007) wurde in England eine grosse nationale Kohortenstudie in Auftrag gegeben, sie befasste sich mit Fragen der Sicherheit und der wirtschaftlichen Kosten (Brocklehurst et al., 2011).

Die Studie ergab, dass bei gesunden Frauen nach einer unkomplizierten Schwangerschaft während der Geburt weniger geburtshilfliche Interventionen nötig waren und es eine geringere mütterliche Morbidität gab, wenn sie in HGGH-Modellen (sowohl ausserhalb als auch innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur) betreut wurden, die sie bei Bedarf in eine ärztlich geführte geburtshilfliche Abteilung weiterleiten. Die Ergebnisse für Neugeborene unterschieden sich nicht von denen von Frauen mit ähnlichen Profilen, die ihre gesamte perinatale Betreuung in einem Krankenhaus in Anspruch nahmen (Brocklehurst et al., 2011).

Das NICE überarbeitete die Leitlinien zur perinatalen Versorgung nach der Veröffentlichung fundierter Erkenntnisse über Geburtsorte im Vereinigten Königreich (NICE, 2014). In der überarbeiteten Leitlinie betont es, dass die Geburt im Allgemeinen sowohl für gesunde Mehrgebärende als auch für Erstgebärende, die eine unkomplizierte Schwangerschaft erleben, und für ihr Neugeborenes sehr sicher ist. Das NICE empfiehlt, diese Frauen darauf hinzuweisen, dass eine hebammegeleitete Geburt für sie besonders geeignet ist, die Rate der Interventionen sei geringer und die Ergebnisse unterschieden sich für das Neugeborene nicht von denen in einer geburtshilflichen Abteilung (NICE, 2014).

Auch die Erfahrungen der Frauen bezüglich der Versorgung waren positiver, wenn sie ausschliesslich von Hebammen betreut wurden (Overgaard, Fenger-Grøn und Sandall, 2012; Macfarlane et al. 2014a, 2014b). Darüber hinaus kam eine wirtschaftliche Bewertung vergleichbarer Versorgungspfade für Frauen ohne Schwangerschaftskomplikationen zum Schluss, dass HGGH (sowohl ausserhalb als auch innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur) kostengünstiger und kosteneffizienter ist als die Versorgung in einer Gebärabteilung eines Krankenhauses (Schroeder et al., 2011).

Scarf et al. (2018) stellten fest, dass das Angebot an HGGH ausgebaut und Systeme zur Unterstützung des Wandels eingeführt werden sollten. Dies schliesst Personalschulung und Anleitung mit ein (Scarf et al., 2018).

## DEFINITION

Hebammegeleitete Geburtshilfe (HGGH) umfasst die kontinuierliche, letztverantwortliche Betreuung schwangerer Frauen durch Hebammen bei physiologischen Verläufen – vor, während und nach der Geburt. In Deutschland, Österreich und der Schweiz existieren unterschiedliche Versorgungsformen: Hausgeburten, Geburtshäuser (mit oder ohne Anbindung an Krankenhäuser) sowie hebammegeleitete Einheiten innerhalb von organisatorischen Klinikstrukturen. In der Schweiz entwickeln sich zudem derzeit hybride Modelle wie Geburtpavillons auf Klinikgeländen. Allen gemein ist die Orientierung an evidenzbasierten Standards, das Ziel einer interventionsarmen Geburt sowie die Stärkung von Selbstbestimmung der Frauen und Familien und die Erhöhung der Sicherheit und der Versorgungsqualität.

# WELCHE PHILOSOPHIE STECKT HINTER DER HEBAMMENGELEITETEN GEBURTSHILFE?

Forscher konnten aufzeigen, wie HGGH ein biopsychosoziales Versorgungsmodell übernimmt und fördert, das auf körperliche, psychologische und soziale Bedürfnisse eingeht und auch als soziales Versorgungsmodell bezeichnet wird (Walsh und Newburn, 2002). Das Modell fördert die Ebenbürtigkeit zwischen Frauen und ihren Betreuungspersonen, die körperliche

Autonomie und die informierte Entscheidungsfindung (McCourt et al., 2012; Overgaard, Fenger-Grøn und Sandall, 2012; Macfarlane et al., 2014a, 2014b; McCourt et al., 2014). Die Dienste orientieren sich an den sozialen Bedürfnissen der Frauen und Familien und zielen daher darauf ab, eine angenehme, häusliche Atmosphäre zu schaffen und nicht eine klinische Umgebung, die unpersönlich, kalt und beängstigend wirken kann.

## WESHALB WURDEN DIE STANDARDS ENTWICKELT?

Die zunehmenden Evidenzen für die positiven Ergebnisse von HGGH, insbesondere die Erkenntnisse aus dem Programm Birthplace in England von 2011, haben das Interesse an der Entwicklung von HGGH in ganz Europa geweckt. Im Vereinigten Königreich hat das NICE seine Leitlinien aktualisiert. Es empfiehlt, dass medizinisches Fachpersonal unvoreingenommene Informationen bereitstellt und gesunde Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften darüber informiert, dass die hebammengeleitete Versorgung für sie besonders geeignet ist. Zudem sollten die Fachpersonen die Frauen bei jeder Entscheidung bezüglich des Geburtsorts unterstützen (NICE 2014).

Ähnliche Empfehlungen und Änderungen der Politik sind auch auf dem europäischen Festland zu erwarten. Angesichts der wachsenden Zahl von Nutzer\*innen von HGGH in Krankenhäusern oder Geburtshäusern wurde auf dem ersten europäischen Treffen des Midwifery Unit Network im Jahr 2016 der Bedarf an einer praktischen Anleitung geäussert. Sie soll Auskunft darüber geben, was HGGH ist, welche Leistungen sie erbringen kann und was die Merkmale gut funktionierender HGGH sind.

Die nun auch auf Deutsch vorliegenden Standards folgen der umfangreichen Arbeit von der American Association of Birth Centres, die 1985 die ersten Standards for Birth Centres genehmigte (AABC, 2017). Im Vereinigten Königreich veröffentlichte das Royal College of Midwives 2009 die Standards for Birth Centres in England, die bis heute das einzige Standarddokument für HGGH in Europa sind (Ackerman et al., 2009).

Angebote, die nach dieser Betreuungsphilosophie arbeiten, versuchen, Frauen und ihre Begleitpersonen während der Schwangerschaft und der Geburt zu respektieren und zu stärken sowie einen positiven Übergang zur Elternschaft zu erleichtern. Um diese Art von Dienstleistung zu erbringen, ist es wichtig, ein förderliches Arbeitsumfeld für Hebammen und andere Gesundheitsfachpersonen zu bieten. So wird sichergestellt, dass das Team eine positive Arbeitskultur pflegt, die das Lernen und die kontinuierliche Entwicklung fördert (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017).

## AN WEN RICHTEN SICH DIE STANDARDS?

- Alle, die eine HGGH aufbauen, leiten oder dort arbeiten;
- Akteur\*innen, die für die Organisation nationaler, regionaler und lokaler Gesundheitsdienste und die Vergabe von Ressourcen verantwortlich sind;
- Fachpersonen, die eine HGGH unterstützen, zum Beispiel Ambulanzdienste, Fachärzt\*innen der Gynäkologie/Geburtshilfe und Dienstleiter\*innen;
- Gesundheitsfachpersonen in der HGGH, damit sie ihre Leistungen anhand zentraler Qualitätskriterien und zur Planung von Leistungsverbesserungen selbst bewerten können.

# WIE KÖNNEN DIE STANDARDS IN VERSCHIEDENEN EUROPÄISCHEN LÄNDERN VERWENDET WERDEN?

Die Standards konzentrieren sich auf die Philosophie der Betreuung und die Organisation von Angeboten und sind als Ergänzung zu klinischen Leitlinien gedacht.

In einigen Ländern ist die hebammengeleitete Versorgung für eine gesunde Schwangerschaft und Geburt stärker etabliert als in anderen. Mancherorts gibt es noch keine HGGH im Sinne der für dieses Dokument verwendeten Definition, in anderen ist die Einführung noch im Gange. Wir sind uns bewusst, dass es trotz der Regulierung des Hebammenwesens auf europäischer Ebene grosse Unterschiede in den Versorgungsmodellen und klinischen Praktiken zwischen und innerhalb der Länder gibt (Macfarlane et al., 2016). Die Standards werden es den verschiedenen Diensten einfach machen, ihre Philosophie der Betreuung, ihre Dienstleistungsorganisation und die damit zusammenhängenden Praktiken selbst zu bewerten. Dies ermöglicht ihnen ein Benchmarking ihres Angebots sowie die Festlegung von Zielen und die Entwicklung von Umsetzungsplänen.

# WAS IST, WENN DIE DERZEITIGE VERSORGUNGSLANDSCHAFT KEIN KONZEPT FÜR HGGH HAT?

Der Wandel bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen vollzieht sich oft langsam. Eine Reihe unterschiedlicher Faktoren kann der Auslöser für Veränderungen sein.

Es ist wichtig, die örtlichen Gegebenheiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es gibt kein «Einheitsrezept» für alle. Institutionen mit HGGH sind beispielsweise unterschiedlich gross und verfügen über verschiedene Personalmodelle.

Was die Anzahl der in HGGH-Modellen betreuten Frauen und Familien angeht, so variiert die jährliche Zahl der Geburten in England von <100 bis zu rund 2000 (Walsh et al., 2018). Einige Institutionen mit HGGH beschränken sich nach wie vor auf die perinatale Versorgung, andere bieten eine breite Palette von Dienstleistungen an, die aus unterschiedlichen Quellen finanziert werden, zum Beispiel zur Kindergesundheit, Raucherentwöhnung oder psychische Gesundheitsdienste. Einige Einrichtungen werden von lokalen Hebammen eigens nur dann geöffnet, wenn eine Frau eine Wehentätigkeit entwickelt.

Wir hoffen, dass diese Standards zum Nachdenken und zur Diskussion über die Verbesserung des Angebots für Frauen und Familien und die Entwicklung von Möglichkeiten der Hebammenbetreuung anregen. Die Angebote können von diesen Standards in einer Weise abweichen, die in ihrem eigenen Kontext sinnvoll ist. Nicht alle Standards werden derzeit in allen Ländern erreichbar sein, aber wir hoffen, dass unabhängig von der derzeitigen Versorgung positive Veränderungen in Bezug auf die Schlüsselthemen vorgenommen werden können.

# WANN WERDEN DIE STANDARDS ÜBERARBEITET?

In dem Masse, in dem die verfügbare Evidenz zunimmt, die praktischen Erfahrungen, die politischen Rahmenbedingungen und nationalen Leitlinien sich weiterentwickeln, ist die Notwendigkeit gegeben, die Standards zu überarbeiten, zu aktualisieren und ihren Anwendungsbereich neu zu überdenken. Als Leser\*in dieser Standards sind Sie eingeladen, Feedback zu geben und uns Ihre Erfahrungen bei der Anwendung der Standards mitzuteilen.

**Für das englische Original:** Centre for Maternal and Child Health Research School of Health Sciences City, University of London 1 Myddelton Street London, EC1R 1UB, UK

**Für die deutsche Übersetzung:** Der Schweizerische Hebammenverband, stellvertretend für das Österreichische Hebamengremium, Geburt 3000 und die IGH-CH: quality@hebamme.ch

# THEMA 1 - Biopsychosoziales Versorgungsmodell

**Hebammengeleitete Geburtshilfe basiert auf dem biopsychosozialen Betreuungssmodell (Jordan und Davis-Floyd, 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers und Van Teijlingen, 2010; Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016a&b).** Dieses Modell erkennt die Geburt als einen physiologischen Prozess an, dem soziokulturelle und psychologische Dimensionen innewohnen (Walsh und Newburn, 2002). Es spiegelt die Erkenntnis wider, dass diese Dimensionen nicht ohne Weiteres voneinander getrennt werden können und dass eine qualitativ hochwertige perinatale Versorgung alle diese Dimensionen berücksichtigen sollte.

Ziel der HGGH ist es, die Autonomie der Frauen zu fördern, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden aktiv zu unterstützen und sie vor Schaden zu bewahren. Diese Ziele werden von den beiden Schlüsselkonzepten der Salutogenese und der Sicherheit umrahmt (Downe, 2010; Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018).

## STANDARD 1

**Institutionen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe (HGGH) verfügen über eine schriftliche und öffentlich zugängliche Betreuungsphilosophie, in der die gemeinsamen Werte und Überzeugungen dargelegt sind.**

Auf die schriftlich festgehaltene und veröffentlichte Betreuungsphilosophie müssen sich alle Beteiligten einigen, und sie muss mit dem gesamten perinatalen Betreuungsbogen – von Familienplanung über Schwangerschaft bis zu Geburt, Wochenbett und Stillzeit – vereinbar sein (Sayn-Wittgenstein [Hrsg.], 2007) Ausserdem schliesst sie folgende Bekenntnisse ein:

### 1.1 Förderung einer physiologischen Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenversorgung

- a) Förderung von Fähigkeiten und Handlungsweisen des Teams, die eine physiologische Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenversorgung sowie das Bonding und den Übergang zur Elternschaft erleichtern.
- b) Evidenzbasierte Abwägung und Begründung von Interventionen bei überwiegendem Nutzen gegenüber potenziellen Schäden.

### 1.2 Individuelle und unterstützende Versorgung, die das körperliche und psychische Wohlbefinden fördert

- a) Anerkennung der Geburt als wichtiges Lebensereignis und als Übergang für Mütter, Neugeborene, Familien und Begleitpersonen.

- b) Förderung des emotionalen beziehungsweise psychischen Wohlbefindens während der Schwangerschaft und der Geburt sowie im Frühwochenbett.
- c) Achtung der menschlichen und reproduktiven Rechte der Frau auf Würde, Privatsphäre und Autonomie.
- d) Einbeziehen der von der Frau gewählten Begleitpersonen.
- e) Förderung eines positiven Lebensstarts für das Neugeborene entsprechend nationaler und internationaler Standards und Empfehlungen (z. B. in Bezug auf die Stillförderung).
- f) Verpflichtung zu einem raschen und effektiven Abbruch der hebammengeleiteten Geburt, falls indiziert, wobei der Schwerpunkt weiterhin auf positiv erlebter Geburtshilfe und individueller, unterstützender Betreuung liegt.
- g) Klarheit darüber, dass das Wohlbefinden des Personals dazu beiträgt, fürsorgliches Verhalten zu fördern.

### 1.3 Förderung eines sozialen Betreuungsmodells

- a) Erbringung einer ganzheitlichen, frauen- und familienorientierten Betreuung, die auf die Lebenswirklichkeit der Menschen eingeht und den gleichberechtigten Zugang, die Gleichstellung und die kulturelle Vielfalt fördert.
- b) Eine schriftliche Betreuungsphilosophie mit Aussagen zu Autonomie, Diversität und Gleichberechtigung und wie dies erreicht werden soll, einschliesslich der Reproduktionsrechte der Frauen und ihrer Wahlmöglichkeiten bei der perinatalen Versorgung.
- c) Angebot eines breiten Spektrums integrierter Gesundheitsleistungen und Aktivitäten einschliesslich, aber nicht beschränkt auf Geburtsvorbereitungskurse, Babymassagegruppen, Stillgruppen und Gruppen zur Unterstützung werdender Eltern. Bei der Entscheidung über ein solches Angebot wird berücksichtigt, wie die Hebammen das Wohlbefinden und die Eigenverantwortung der Frauen bei der Vorbereitung auf die Geburt fördern können.
- d) Bereitstellung von Informationen und Unterstützung in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie die Möglichkeit von Besichtigungen der Einrichtung, um das Angebot bei potenziellen Nutzenden bekanntzumachen.
- e) Stärkung des Verständnisses, sodass alle Leistungserbringenden der perinatalen Versorgung von einer Sensibilisierung für ein soziales Betreuungsmodell und von einer entsprechenden Schulung profitieren. Dies ermöglicht ihnen, ihren Einfluss auf die Erfahrung von Frauen und Familien sowie die Gesamtqualität der Versorgung zu reflektieren beziehungsweise zu erkennen.

# THEMA 2 - Gleichstellung, Diversität und Inklusion

**Gleichstellung, Diversität und Inklusion sind Schlüsselindikatoren für eine qualitativ hochwertige perinatale Betreuung.**

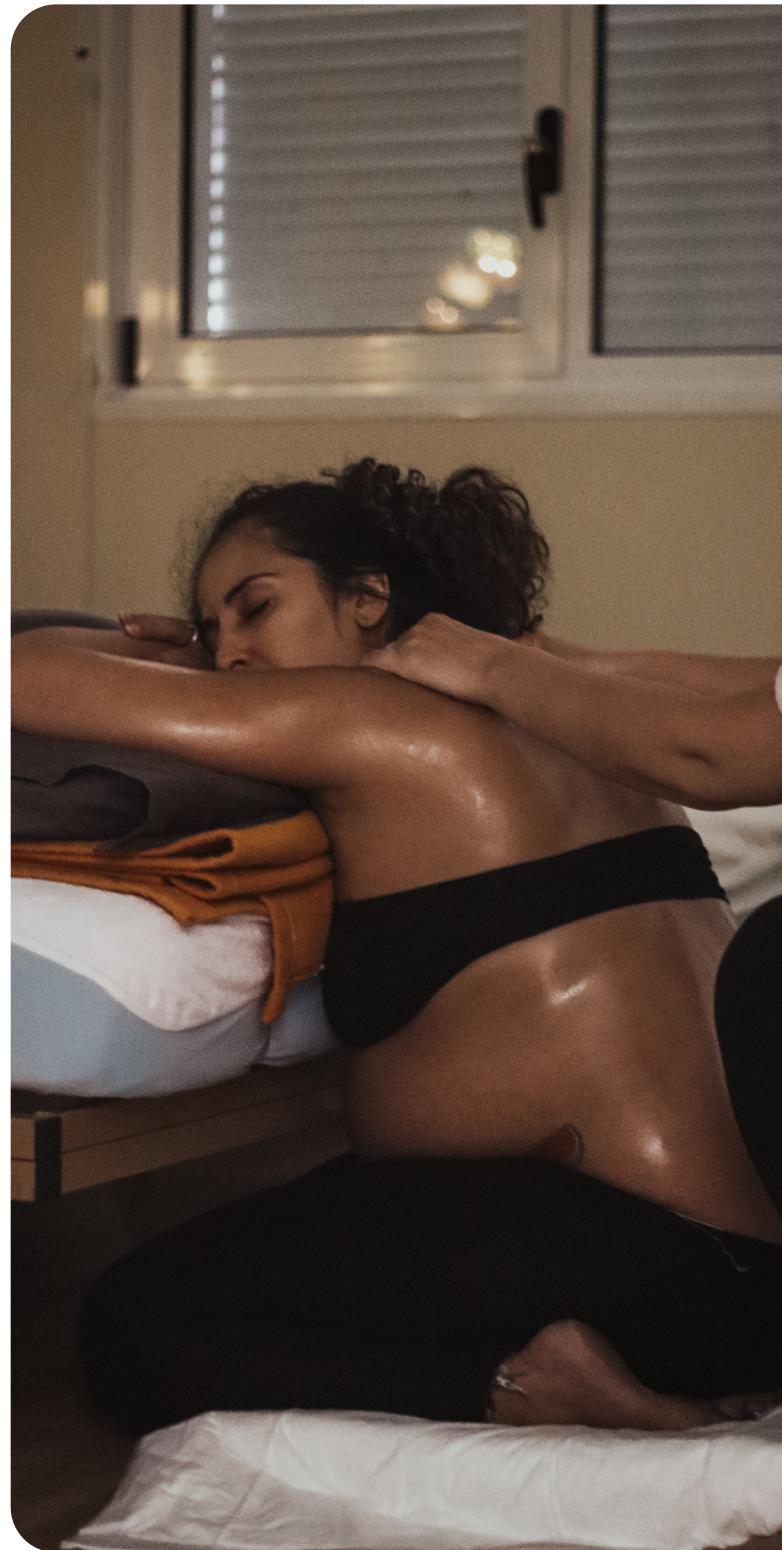
Wenn Gesundheitsdienstleistende vorausschauend planen, wie sie alle Frauen erreichen und einbeziehen können, stellen sie sicher, dass jede Person Zugang zu einem Versorgungsmodell hat, das ihrer individuellen Situation gerecht wird, gleichzeitig lassen sich bestehende Ungleichheiten abbauen.

HGGH kann ein salutogenes, gesundheitsförderndes Umfeld schaffen, in dem auch ausgegrenzte, diskriminierte oder in prekären Lebenslagen befindliche Frauen und ihre Kinder gedeihen können (Overgaard, Fenger-Grøn and Sandall, 2012).

## STANDARD 2

### HGGH hat eine Leitlinie zu Respekt, Diversität und Inklusion.

- a) Jede Institution mit HGGH verfügt über eine Nutzungsanalyse nach sozioökonomischem Status und ethnischer Zugehörigkeit der Nutzenden. Sie bewertet diese und überprüft, inwieweit sie der Diversität in der lokalen Bevölkerung gerecht wird.
- b) Jede Institution mit HGGH überprüft regelmäßig das Bedarfsprofil der lokalen Bevölkerung, um ihre Angebote auf deren Bedürfnisse abzustimmen.
- c) Vor und regelmäßig nach der Etablierung von HGGH in einer Institution engagieren sich das Management und die Mitarbeitenden im jeweiligen Einzugsgebiet, sie beziehen die lokale Bevölkerung ein, um ihre Erfahrungen und Bedürfnisse zu verstehen.
- d) HGGH zielt darauf ab, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu maximieren, dabei liegt der Schwerpunkt auf der Zugänglichkeit für Frauen in prekären Situationen und auf der Verbesserung des rechtzeitigen und angemessenen Zugangs zur Gesundheitsversorgung.
- e) Institutionen mit HGGH verfügen über Sprach- und Kommunikationsunterstützung für Menschen mit Sprach- und/oder Kommunikationsbarrieren. So stellen sie sicher, dass diese Informationen verstehen und vom Personal verstanden werden sowie fundierte Entscheidungen über ihre Betreuung treffen können; dies kann auch kulturelle Vermittlung beinhalten.
- f) Die Organisationsstruktur von HGGH respektiert die Rechte von Minderheiten und arbeitet partnerschaftlich mit lokalen Netzwerken zusammen, die sozial benachteiligte Familien und Kinder unterstützen.



© Schweizerischer Hebammenverband 2025

# THEMA 3 - Arbeit über berufliche und räumliche Grenzen hinweg

Es ist erwiesen, dass positive interprofessionelle Beziehungen, die auf gegenseitigem Respekt und Vertrauen beruhen, entscheidend sind für gute gesundheitsbezogene Outcomes, positive Erfahrungen der Nutzenden und ein zufriedenstellendes Berufsleben (EBCOG, 2014). Die Forschung zu Institutionen mit HGGH zeigt, dass die Beziehungen zwischen den Mitarbeitenden von HGGH-Angeboten und solchen, die in der ärztlich geleiteten Geburtshilfe arbeiten, oft positiver sind; manchmal gibt es jedoch Anzeichen für eine «Sie und wir»-Konfliktkultur zwischen den beiden Bereichen (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017).

Untersuchungen haben gezeigt, dass schlecht funktionierende Institutionen mit HGGH häufig gemeinsame Merkmale aufweisen (Kirkham, 2010; McCourt et al., 2011; Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017). Diese sind beispielsweise:

- mangelhaftes Leadership;
- eine Kultur, in der die ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung als die Norm und die HGGH als teure Alternative angesehen wird;
- ein Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie Herausforderungen in Bezug auf die Grenzen zwischen der geburtshilflichen Abteilung und der HGGH.

Auch räumliche Grenzen können die Zusammenarbeit unter Gesundheitsfachpersonen beeinflussen und Hindernisse für nahtlose Betreuungspfade schaffen. Wenn die Beteiligten jedoch zusammenarbeiten, um kulturelle oder räumliche Barrieren zu erkennen und der interprofessionellen Zusammenarbeit Priorität einzuräumen, um also reibungslose, gut integrierte Betreuungspfade zu ermöglichen, profitieren davon Frauen und Familien. Dazu gehört für Frauen im HGGH-Modell auch die Ermöglichung von Konsultationen bei anderen Fachpersonen und die Übergabe der Betreuung an die geburtshilfliche Abteilung, wenn dies erforderlich ist.

Institutionen mit HGGH können Strukturen und Leitlinien einführen, die die Bedeutung einer positiven Organisationskultur für die interprofessionelle und institutionsübergreifende Zusammenarbeit mit allen Anspruchsgruppen anerkennen (NICE, 2014).

## STANDARD 3

Es gibt ein gemeinsames schriftliches Bekenntnis zu gegenseitigem Respekt und institutionsübergreifender Zusammenarbeit in der Perinatalversorgung.

Das Dokument enthält Aussagen über:

- a) Förderung der Eigenverantwortung des Personals.
- b) Förderung einer offenen und positiven interprofessionellen Kommunikation innerhalb der Institution mit HGGH und zwischen allen Beteiligten des Versorgungssystems.
- c) Durchführung von Prozessüberprüfungen, Planungssequenzen und Würdigung von Erfolgen.

## STANDARD 4

Die Institution mit HGGH verfügt über eine leitende Hebamme, eine\*n Gynäkolog\*in und eine\*n Neonatologen im Hintergrund.

- a) Bei wichtigen organisatorischen und klinischen Entscheidungen wird die\*der jeweilige Verantwortliche der einzelnen Fachbereiche konsultiert.
- b) Die Fachpersonen im Hintergrund unterstützen die Institution mit HGGH.

## STANDARD 5

Es gibt klare Leitlinien und Prozesse für Verlegungen.

Mit Verlegungen sind in der gesamten Leitlinie jeweils Verlegungen auch Überweisungen, Weiterleitungen und Überführungen gemeint. Die Leitlinie beinhaltet:

- a) Vereinbarungen mit dem zuständigen Rettungsdienst (falls räumlich ausserhalb der Klinik).
- b) Verlegungsprozesse, die eine personenunabhängige Kontinuität der Betreuung ermöglichen.
- c) Gemeinsame Vision und strategische Planung in der Versorgungslandschaft.

# THEMA 4 - Behandlungspfade der Frauen

Die Behandlungspfade der Frauen müssen so nahtlos wie möglich gestaltet werden und sollen positive Erfahrungen vermitteln. Dies gilt unabhängig davon, wo jemand gebiert: zu Hause, in einer Institution mit HGGH oder im Kreissaal mit ärztlich geleiteter Geburtshilfe. Es ist erwiesen, dass Frauen schon früh in der Schwangerschaft verlässliche, evidenzbasierte Informationen über den Geburtsort und seine Relevanz für ihre individuelle Situation erhalten möchten. Ebenso wollen sie die regelmässige Gelegenheit zu respektvollen, frauenzentrierten Gesprächen (Coxon, Sandall und Fulop, 2013). Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass die Erfahrungen von Frauen und ihren Begleitpersonen positiver sind, wenn die Betreuung gut koordiniert ist und das Personal eine gemeinsame Philosophie und gemeinsame Werte hat (Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017).

Der Behandlungspfad kann eine Konsultation mit einer erfahreneren Hebamme beinhalten, um die spezifische Situation der Frau zu besprechen und ihre Optionen zu prüfen. Der anschliessende Behandlungspfad wird in Zusammenarbeit mit der Frau und unter Berücksichtigung der evidenzbasierten Ratschläge des Fachpersonals entwickelt. Er wird im Laufe der Betreuung der Frau während der Schwangerschaft ständig überprüft und neu besprochen.

## STANDARD 6

HGGH verfolgt die Philosophie der ergebnisoffenen Betreuung und Beratung und der frühzeitigen Informationsbereitstellung.

- a) Zu Beginn der Schwangerenvorsorge und danach stehen evidenzbasierte Informationen über Betreuungspfade und Geburtsorte zur Verfügung.
- b) Frauen und ihre Begleitpersonen haben unabhängig von soziokulturellen und klinischen Faktoren gleichen Zugang zu Informationen über HGGH und Behandlungspfade.
- c) Alle Mitglieder des multidisziplinären Teams sollten konsistente, unvoreingenommene, evidenzbasierte Informationen über den Geburtsort und die Behandlungspfade bereitstellen, die die Autonomie der Frau respektieren und anerkennen.

## STANDARD 7

Die Institution mit HGGH ist eine in der lokalen Gemeinschaft integrierte Anlaufstelle.

- a) Alle Frauen können den Grossteil der Perinatalversorgung über die lokalen hebmengeleiteten Dienstleistungen in Anspruch nehmen, unabhängig davon, wo sie gebären möchten.

- b) Bei Institutionen mit HGGH ausserhalb der organisatorischen Klinikstruktur könnte ein Hebammenteam sowohl die Dienste in der Institution als auch die Hausgeburten in einer Region mithilfe von Beleghebammen abdecken.
- c) Bei einer Institution mit HGGH innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur können Hebammen im Rufbereitschaftssystem arbeiten und so auch ausserhalb der Klinikstruktur tätig und erreichbar sein.
- d) Alle Frauen und Neugeborenen haben Zugang zu unterstützenden pränatalen und postnatalen Diensten. Dies schliesst die proaktive Unterstützung bei körperlichen und emotionalen Veränderungen, Neugeborenenernährung sowie Hörtest, Neugeborenenuntersuchung, ärztliche Nachkontrollen usw. ein.

## STANDARD 8

Die Institution mit HGGH steht allen Frauen für eine persönliche und individuelle Betreuung offen.

- a) Jede Institution mit HGGH verfügt über einen an lokale Gegebenheiten angepassten, evidenzbasierten internen Standard, anhand von diesem wird die Eignung von Frauen für HGGH geprüft (z.B. NICE, 2014; RQIA / GAIN, 2016; Healy und Gillen, 2017).
- b) Jede Institution mit HGGH hat die Möglichkeit, Frauen einen Termin für das Besprechen eines individuellen Behandlungspfads anzubieten. Ebenso können ihre Wünsche (beispielsweise betreffend den Geburtsort) besprochen werden, unabhängig von der Komplexität der Schwangerschaft.
- c) Bei einem solchen Termin kann die Frau ihre Optionen mit einer erfahrenen Hebamme besprechen;
- d) Es gibt einen personalisierten Behandlungspfad für jede Frau und jedes Neugeborene. Es kann eine spezifische Hebamme pro Frau und deren Neugeborenes zugewiesen werden.

## STANDARD 9

Institutionen mit HGGH verfügen über spezifische Verlegungsabläufe.

- a) Für die Indikationen und den Ablauf der Verlegung in eine Geburtshilfe- oder Neugeborenenstation (mit wertgeschätzter Autonomie der Frau).
- b) Für die lokalen Versorgungsstrukturen im Bereich Gesundheit und Soziales.
- c) Für multidisziplinäre und interinstitutionelle Überweisungen.
- d) Für Überweisungen in die ärztlich geleitete Geburtshilfe oder an Hausärzt\*innen.

# THEMA 5 – Personelles und Arbeitslast

HGGH wird 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche benötigt. Dies können ständig besetzte Institutionen mit HGGH oder Hebammen in Rufbereitschaft sicherstellen. Es ist Institutionen mit HGGH bewusst, dass Spontangeburten eher in der Nacht stattfinden und die Zahl der Geburten zwischen 1 und 7 Uhr morgens am höchsten ist (Macfarlane et al., 2016). Während der Schwangerschaft und im Wochenbett haben Frauen oft einen anhaltenden und/oder dringenden Bedarf an Hebammenbetreuung. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass Modelle mit einem Betreuungskontinuum die besten Ergebnisse erzielen (Sandall et al., 2016). Institutionen mit HGGH sollten die Betreuungskontinuität in der Geburtshilfe so weit wie möglich umsetzen, auch im Falle einer Verlegung in die ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung sowie in die Wochenbettbetreuung.

Dies kann bedeuten, dass gewisse Hebammen in Institutionen mit HGGH sowohl ausserhalb als auch innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur sowie in der Hausgeburt tätig sind und eine vorgeburtliche, intrapartale und postnatale Betreuung entsprechend den Präferenzen der Frau anbieten.

Es ist vielleicht nicht möglich oder notwendig, eine Lokalität zu haben, die rund um die Uhr (24/7) besetzt ist, aber das Prinzip ist, Betreuung anzubieten, wann immer sie benötigt wird, wobei das Personal die Frauen und nicht die Institutionen betreut. HGGH bietet eine einzigartige Möglichkeit, die Kontinuität der Betreuung und die Flexibilität der Hebammenleistungen an den Bedürfnissen und Präferenzen der Frauen auszurichten.

## STANDARD 10

**Zum Personal gehören ein Kernteam von Mitarbeitenden und eine leitende Hebamme vor Ort, um hohe Standards, Verantwortungsbewusstsein und eine angemessene Betreuungsphilosophie zu fördern.**

Es gibt ausreichend Personal, um Folgendes sicherzustellen:

- a) Ein 24/7-Dienst ist verfügbar. In einigen Fällen kann dies bedeuten, dass Institutionen mit HGGH nicht rund um die Uhr besetzt und Hebammen auf Abruf sind (z. B. Beleghebammen).
- b) Eins-zu-eins-Betreuung und kontinuierliche Präsenz während der Geburt.

- c) Sichere Versorgung von Mutter und Kind, einschliesslich eines klaren, lokal zugeschnittenen Regelwerks samt Kriterien, die bei Bedarf die Verlegung in eine ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung klären.
- d) Hebammen, die in HGGH-Modellen arbeiten, können die Frau auf deren Wunsch oder bei Bedarf verlegen.
- e) Die Unterstützung durch eine erfahrenere Hebamme ist immer verfügbar (persönlich, telefonisch oder auf Abruf).
- f) Hebammen, welche die Kompetenzen für die Neugeborenenuntersuchung haben und ein gesundes Neugeborenes nach Hause entlassen können.
- g) Eine Zweithebamme ist für die Austrittsphase und die Geburt anwesend.
- h) Eine angemessene Zahl an Assistenzpersonal und weiterem Personal zur Unterstützung der Hebammenarbeit.

## STANDARD 11

**Die Einschätzung der Arbeitsbelastung sollte alle Tätigkeiten in der Institution mit HGGH umfassen, nicht nur die intrapartale Betreuung und die Anzahl der Geburten.**

Die Betreuung in Institutionen mit HGGH kann Folgendes umfassen:

- a) Abklärung durch eine Hebamme (idealerweise durch die zugewiesene Hebamme oder ihr Team) per Telefon, zu Hause oder in der Institution mit HGGH, wenn die Frau dies in der Schwangerschaft oder in der Latenzphase wünscht.
- b) Entlassungsmanagement aus der Institution mit HGGH.
- c) Stillberatung, Neugeborenenuntersuchung, Hörtest, usw.
- d) Schwangerschafts- und Wochenbettberatungen.
- e) Rundgänge in der Institution mit HGGH.
- f) Kursangebote für Schwangere und Wöchnerinnen.
- g) Andere Gruppen/Sitzungen/gemeinschaftsnahe Aktivitäten, die von Hebammen geleitet werden und/oder an denen sie teilnehmen.
- h) Administrative Aufgaben und Qualitäts- und Prozessmanagement.

# THEMA 6 – Wissen, Kompetenzen und Ausbildung

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Hebammen, die in Institutionen mit HGGH arbeiten, eine sichere, kompetente, evidenzbasierte Versorgung anbieten, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen zugeschnitten ist (ICM, 2013; NICE, 2014).

Da die meisten Hebammen nach wie vor in ärztlich geleiteten Geburtsstationen ausgebildet werden, ist es wichtig, dass alle Hebammen bei der Entwicklung der Philosophie, des Wissens und der Fähigkeiten unterstützt werden, die für die Betreuung von Frauen in der HGGH erforderlich sind (Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017; Walker et al., 2018).

Es gibt Evidenz dafür, dass die Organisations- und Teamkultur einen grossen Einfluss auf ein positives Lernumfeld haben (Alderwick et al., 2017). Frühere Untersuchungen zu HGGH legen nahe, dass sie gut funktionieren, wenn es eine Kultur des gemeinsamen Lernens und des Austauschs von Beispielen von «Good Practice» sowie vertrauensvolle Beziehungen im Team gibt (McCourt et al., 2011, 2014; Rayment et al., 2015; Rocca-Ihenacho, Newburn und Byrom, 2017).

## STANDARD 12

**Es gibt ein anerkanntes Dokument mit einer Auflistung von Wissen und Kompetenzen, die Hebammen für die Arbeit in einer Institution mit HGGH benötigen.**

Die Institution mit HGGH verfügt über ein Dokument, in dem das von Hebammen geforderte Wissen und die Kompetenzen im Einzelnen aufgeführt sind, einschliesslich, aber nicht beschränkt auf:

- a) Umfassendes Verständnis von Anatomie und Physiologie in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
- b) Kompetenz zur respektvollen Betreuung.
- c) Fähigkeit, mit schwierigen zwischenmenschlichen Situationen umzugehen.
- d) Kommunikation und Techniken zur Unterstützung der physiologischen Wehentätigkeit und Geburt.
- e) Kenntnis und Anwendung der evidenzbasierten Praxis.
- f) Verständnis dafür, evidenzbasierte Erkenntnisse und Leitlinien als Orientierungshilfen und nicht als verbindliche Vorschriften für individuelle Frauen und Fälle zu nutzen.
- g) Reflektierte Praxis und Fähigkeiten zur Selbstreflexion.



Image © Rory Flint

- h) Beurteilung des Zustands des ungeborenen Kindes, einschliesslich intermittierender Auskultation der fetalen Herzfrequenz (FHF).
- i) Nutzung von Bädern und Wassergeburten.
- j) Geburtshilfliche Notfälle in der HGGH (einschliesslich Erstversorgung, Notfallkaskade und Verlegung).
- k) Reanimation von Erwachsenen und Neugeborenen.
- l) Verschreiben (wo möglich) und verabreichen von Medikamenten.
- m) Legen von peripheren Venenkathetern.
- n) Versorgung von Geburtsverletzungen.
- o) Entscheidungskompetenz in Bezug auf die Erstabklärung, die weitere Betreuung und die Empfehlung zur Verlegung in eine ärztlich geleitete Geburtsstation.

## **STANDARD 13**

### **HGGH sieht berufliche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten vor.**

- a) Mitarbeitende haben Zeit für Schulungen, Teambildung und Teamsitzungen.
- b) Interdisziplinäre Fortbildungstage mit Hebammen, Assistenzpersonal, Neonatolog\*innen, Rettungsdiensten, Gynäkolog\*innen und Allgemeinmediziner\*innen (wobei einige der Fortbildungstage in der Institution mit HGGH stattfinden sollen).
- c) Schulungen für das gesamte interdisziplinäre Team, einschliesslich der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen in Bezug auf die individuelle Betreuung, die Autonomie der Frauen und die physiologische Geburt.
- d) Alle Teammitglieder sind auf dem neuesten Stand der Evidenzen und verfügen über die nötigen Kommunikationsfähigkeiten, um diese Informationen an die Frauen weiterzugeben.
- e) Es finden (mindestens einmal im Monat) Teamsitzungen statt, um voneinander zu lernen und eine gemeinsame Philosophie und Vision der HGGH zu verfolgen.
- f) Die Institution unterstützt die Erreichung von nationalen und internationalen Akkreditierungsprogrammen.
- g) Mindestens jährliche Schulungen umfassen unter anderem:
  - wie eine physiologische Geburt unterstützt werden kann;
  - Kommunikationsskills;
  - Prinzipien der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung und Wahrung der Autonomie der Familien;
  - Beurteilung des fetalen Zustands und intermittierende Auskultation;
  - geburtshilfliche Notfälle in hebammengeleiteten Einrichtungen und Verlegungsstrainings;
  - Reanimation von Erwachsenen und Neugeborenen

## **STANDARD 14**

### **Institutionen mit HGGH haben ein Rahmenkonzept für die Berufsbildung und die berufliche Orientierung**

- a) Maximierung der Möglichkeiten für verschiedene Fachpersonen der Geburtshilfe und Student\*innen, um sich mit der Physiologie und der HGGH vertraut zu machen. So soll sich die Betreuungsphilosophie von HGGH im gesamten geburtshilflichen Versorgungssystem verbreiten – unter Wahrung der Einzigartigkeit des Moments und der Privatsphäre der Frauen.
- b) Jede geburtshilflich ausgebildete Fachperson erhält eine Einführung in die HGGH, um sich mit der Umgebung, der Ausstattung und dem Personal vertraut zu machen.
- c) In der Einarbeitung oder der Praktikumsbroschüre sind die Werte und Kompetenzen von HGGH enthalten.
- d) Student\*innen aller Fachbereiche der Geburtshilfe haben die Möglichkeit, während ihrer Ausbildung ein Praktikum in einem HGGH-Umfeld zu absolvieren.



© Huber/Hogrefe AG (2006) Cignacco: Hebammenarbeit

# THEMA 7 – Umgebung und Infrastruktur

Die Infrastruktur spielt eine Schlüsselrolle für die Erfahrungen der Nutzer\*innen (McCourt et al., 2016). Die Umgebung der Institution mit HGGH beeinflusst und fördert potenziell die Gesundheit und das Wohlbefinden der Frauen, ihrer Familien und des Personals in den Einrichtungen (Jenkinson, Josey und Kruske, 2013; Hammond, Homer und Foureur, 2017). Es ist wichtig, den Standort der Institution mit HGGH in Bezug auf die ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung zu berücksichtigen und ein salutogenes Umfeld (McCourt et al., 2016) zu gewährleisten: ein Umfeld, das die Gesundheit, den Aufbau fürsorglicher Beziehungen, die Bedürfnisse der Gebärenden selbst – wie Privatsphäre, Bewegungsfreiheit und eine ruhige Atmosphäre – sowie die Bedürfnisse ihrer Begleitpersonen und Familienmitglieder fördert.

Die länderspezifischen Sicherheitsvorschriften und -bestimmungen für die Sicherheit öffentlicher Infrastrukturen werden in Institutionen mit HGGH befolgt.

## STANDARD 15

HGGH bietet ein Umfeld, das ein biopsychosoziales Betreuungsmodell und den Beziehungsaufbau fördert.

- a) Die Philosophie der HGGH sollte in der gesamten physischen Umgebung und in allen visuellen und schriftlichen Darstellungen vermittelt werden, einschließlich Bildern von Wassergeburten, gestillten Neugeborenen, entspannenden Landschaften, der Verwendung von Farben, Stoffen und Texturen usw.
- b) Die Institution mit HGGH umfasst Gemeinschaftsräume, zum Beispiel einen Bereich, in dem Frauen Zeit miteinander verbringen können, in dem Nutzer\*innen und Personal eine Gemeinschaftsküche brauchen können usw.

## STANDARD 16

Institutionen mit HGGH bieten eine Umgebung, die Bewegung unter der Geburt unterstützt.

- a) Die Gebärzimmer verfügen über Platz, damit sich die Gebärende während der Wehen frei bewegen kann. Das Bett nimmt keine dominante Position im Raum ein.
- b) Der Raum ist so gestaltet, dass die Verschiebung von Möbeln und Geräten möglich ist.
- c) Es werden Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, die eine aktive Geburt unterstützen: Matten, Sitzsäcke, Gymnastikbälle usw.

- d) In jedem Gebärzimmer steht eine Gebärwanne, eine grosse Badewanne oder eine Dusche zur Verfügung.
- e) Wenn möglich, gibt es einen Zugang zu einer Grünfläche im Freien, um die Gebärenden zu ermutigen, sich im Geburtsprozess im Freien zu bewegen.

## STANDARD 17

HGGH bietet eine Umgebung, die Entspannung, Privatsphäre und Würde schützt und fördert.

- a) Das Gebärzimmer bietet die Möglichkeit, das Licht flexibel zu dimmen, Tageslicht zu filtern, Farben zu regulieren und an die persönlichen Vorlieben der Gebärenden anzupassen.
- b) Es gibt einen Bereich zwischen den gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten, der die Privatsphäre schützt und eine ruhige Atmosphäre gewährleistet. Dies kann durch die Architektur oder allenfalls die Positionierung von Möbeln erreicht werden.
- c) Die Fenster in den Geburts- und Sprechstundenzimmern müssen die Privatsphäre schützen und bei Bedarf abgedunkelt werden können.

© Renate Ruckstuhl 2022





© Schweizerischer Hebammenverband 2025

## STANDARD 18

### Die räumliche Anordnung und Gestaltung der Institution mit HGGH vermittelt die biopsychosozialen Werte des Betreuungsmodells.

- a) Die räumliche Lage im Verhältnis zu anderen Diensten ist zu berücksichtigen. Institutionen mit HGGH sollten Räumlichkeiten mit einem separaten Eingang, einem Empfangsbereich, Beratungsräumen und Infrastruktur wie Küche und Gemeinschaftsraum enthalten.
- b) Die Anzahl der erforderlichen Gebärzimmer kann auf der Grundlage der geschätzten jährlichen Zahl der Geburten berechnet werden (36 Prozent der erreichbaren Geburten nach Walsh et al., 2018). Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die volle Jahreskapazität eines Raums (maximal) zwischen 100 und 150 Geburten liegt.
- c) Eine Institution mit HGGH verfügt über:
  - Beratungsräume/Sprechstundenzimmer für die vor- und nachgeburtliche Betreuung;
  - Stauraum, zum Beispiel um zu vermeiden, dass klinische und andere Materialien und Ausrüstungen herumstehen oder in Gemeinschaftsbereichen abgestellt werden;
  - eine räumliche Lösung für die Entsorgung von Hausmüll und Schmutzwäsche;
  - Lieferungen von Material und Dienstleistungen;
  - Material für geburtshilfliche Notfälle und die Neugeborenenreanimation, es wird regelmässig gewartet und ist idealerweise nicht sichtbar;
  - leicht zu reinigende Möbel, die den Hygienerichtlinien der Institution entsprechen.;
- d) Der Geburtsraum beinhaltet:
  - je nach Art der Angebote einen Raum für vor- und nachgeburtliche Kurse (z. B. Stillkurse, Workshops zur aktiven Geburt, Geburtsvorbereitungskurse), Babymassage, Schulungen usw.
- e) Frauen sollten in allen Geburtsphasen und während des Aufenthalts nach der Geburt im selben Raum untergebracht werden können, wenn sie dies wünschen.
- f) Die Institution mit HGGH befolgt die für sie spezifischen Hygienerichtlinien.

## STANDARD 19

### HGGH ist in der Öffentlichkeit sichtbar und zugänglich.

- a) Die Institution mit HGGH ist für die Öffentlichkeit leicht sichtbar und zugänglich, und zwar durch eine eindeutige Beschriftung und Beschilderung, eindeutige Hinweisschilder zum Eingang, durch Parkmöglichkeiten für das Personal und die Nutzer\*innen sowie eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.
- b) Die Institution mit HGGH ist leicht zugänglich und eignet sich für eine rasche Verlegung bei einem Notfall in eine ärztlich geleitete geburtshilfliche Abteilung oder die Neonatologie.

# THEMA 8 - Autonomie und Verantwortlichkeit

Obwohl die Evidenz eindeutig ist, dass HGGH für gesunde Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft und ihre Neugeborenen mit besseren Outcomes verbunden ist, gibt es dafür immer noch zu wenig Angebote und eine zu geringe Inanspruchnahme. Auf nationaler politischer Ebene und in den Gesundheitsdiensten kämpfen Hebammen in vielen europäischen Ländern immer noch darum, in den Systemen vertreten zu sein und über die Strukturen und Einrichtungen zu verfügen, die es ihnen ermöglichen, mit professioneller Autonomie zu arbeiten (ICM, 2011).

Geburtshilfe in Europa ist nicht immer so aufgebaut und organisiert, dass sie die Bedürfnisse und das Recht der Frauen auf eine informierte Entscheidung berücksichtigt (White Ribbon Alliance, 2012). HGGH bietet ein Umfeld, in dem die Autonomie der Frau ebenso wie die Autonomie der Hebammen bei der Unterstützung der Frauen in ihren Entscheidungen gewahrt werden kann.

## STANDARD 20

### Die Institution mit HGGH erkennt die Autonomie und die Verantwortlichkeit der Hebammen an.

Die internen Standards dazu beinhalten:

- a) Ein klares Bekenntnis zum beruflichen Handlungsspielraum und zur Autonomie der Hebammen bei der Betreuung von gesunden Müttern und Neugeborenen.
- b) Eine klare Haltung zu den Pflichten und Kompetenzen der Hebammen, damit sie individuelle Betreuung leisten können.
- c) Eine Unterstützungsstruktur für Hebammen (und das interdisziplinäre Team), die Frauen in HGGH beraten und betreuen, unabhängig von der klinischen Komplexität:
  - ausreichend Zeit für Hebammen und erfahrene Hebammen, um mit den Frauen über Betreuungspräferenzen und -optionen zu sprechen;
  - eine erfahrene Hebamme in Rufbereitschaft für klinische und kollegiale Beratung;
  - ein Dokumentationssystem für Gespräche, Beratungen und Unterlagen der Frau (beispielsweise einen Geburtsplan).

## STANDARD 21

### Die Institution mit HGGH erkennt die Autonomie der Frauen an.

Die internen Standards dazu beinhalten:

- a) Vermeidung einer starren Dichotomie von Frauen mit niedrigem oder hohem Risiko und Förderung einer personalisierten Betrachtung und ganzheitlichen Betreuung.
- b) Systeme, die sicherstellen, dass Frauen, die sich für die HGGH entscheiden, unabhängig von der Komplexität der Schwangerschaft unterstützt werden.
- c) Ein Bekenntnis zur Entscheidungsfreiheit der Frauen, unabhängig der Komplexität der Schwangerschaft, HGGH in Anspruch nehmen zu können<sup>1</sup>. Die Frauen erhalten ausreichende Informationen, damit sie eine fundierte Entscheidung treffen können.
- d) Feedbacksysteme für Frauen und ihre Begleitpersonen, sodass sie positive und negative Erfahrungen, gegebenenfalls Beschwerden, Verlegungsberichte und Verbesserungsvorschläge, rückmelden können.

<sup>1</sup> In der Schweiz, in Deutschland und in Österreich gibt es keine rechtliche Grundlage, die es Frauen ermöglicht, auch bei regelwidrigen oder pathologischen Schwangerschafts- oder Geburtsverläufen allein auf Basis ihres Selbstbestimmungsrechts eine hebbamengeleitete Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen.

# THEMA 9 – Leadership

Es gibt überzeugende Hinweise darauf, dass Qualität, Sicherheit und Nachhaltigkeit in der Geburtshilfe eng mit gutem Leadership verbunden sind (Alderwick et al., 2018). Forschungsergebnisse zu HGGH zeigen, dass gut funktionierende Institutionen mit HGGH häufig durch eine starke, transformative Leitung geprägt sind (McCourt et al., 2011, 2014). Im Vereinigten Königreich wird diese Form der Leitung oftmals von sogenannten «Consultant Midwives» wahrgenommen. Eine kürzlich durchgeführte Studie zur Nutzung von HGGH im Vereinigten Königreich ergab zudem, dass Institutionen mit einer solchen «Consultant Midwife» in leitender Funktion tendenziell eine höhere Inanspruchnahme verzeichnen (Walsh et al., 2018).

Ungeachtet kleiner Unterschiede, die leistungsstarke Institutionen mit HGGH auszeichnen, werden in Fallstudien qualitativer Forschung häufig folgende zentralen Merkmale beschrieben:

- eine Leitung, die auf eine gute Führungskultur und eine klare Betreuungsphilosophie ausgerichtet ist;
- Eigenverantwortung und Engagement des Personals;
- Respekt gegenüber der Autonomie von Frauen und Hebammen;
- aktive Förderung inklusiver, wertschätzender Beziehungen innerhalb des geburtshilflichen Teams.

In England zielt die Rolle der «Consultant Midwife» darauf ab, genau diese Merkmale zu integrieren, um eine wirksame, transformative Führung in Institutionen mit HGGH zu gewährleisten.

## Die Rolle der «Consultant Midwife» im Vereinigten Königreich

Die Rolle der «Consultant Midwife» wurde im Jahr 2000 im Rahmen des britischen National Health Service (NHS) eingeführt, nachdem ein entsprechendes Rundschreiben des Gesundheitsdienstes veröffentlicht worden war (1999). Ziel dieser Funktion war es, bessere Ergebnisse für Frauen und Neugeborene zu erzielen. Dazu verbesserte man die Versorgungsqualität und -strukturen, man stärkte das Leadership und ermöglichte erfahrenen sowie hochqualifizierten Hebammen durch eine neue berufliche Perspektive den Verbleib in der Praxis. Die Rolle sollte vier zentrale Elemente umfassen:

- eine fachliche Expert\*innen-Funktion;
- eine Führungsfunktion;
- eine Funktion in Bildung und Weiterentwicklung;
- eine Funktion in Forschung und Evaluation.

Die Rolle ist für erfahrene Hebammen mit höheren postgradualen Qualifikationen, ausgewiesener klinischer Expertise und fachlicher Anerkennung vorgesehen, die eine professionelle, klinische Führungsrolle gegenüber Hebammen und anderen Kolleginnen und Kollegen im geburtshilflichen Team übernehmen. Eine anspruchsvolle Aufgabe dieser Rolle besteht darin, zur politischen Gestaltung und strategischen Planung von Versorgungsleistungen beizutragen. Viele haben neue Angebote aufgebaut, etwa Geburtshäuser, betreuungsintensive Modelle für Frauen in komplexen sozialen Lebenslagen oder individuell abgestimmte Betreuung für Risikoschwangere. «Consultant Midwives» üben ein hohes Mass an persönlicher und beruflicher Autonomie aus, sie treffen kritische Entscheidungen und Urteile auch in Situationen, für die es keine etablierten Handlungsvorgaben gibt. Viele konzentrieren sich darauf, die klinisch wirksame Versorgung zu stärken und umzusetzen, während sie gleichzeitig die informierte Entscheidungsfindung von Frauen unterstützen. Für die Tätigkeit als «Consultant Midwife» ist vorgeschrieben, dass mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit im direkten Kontakt mit Klientinnen erfolgen muss, um die fachliche Kompetenz und Expertise aufrechtzuerhalten.

**Pauline Cooke**, Consultant Midwife Imperial College Healthcare NHS Trust

## **STANDARD 22**

### **Es gibt eine sichtbare und kohärente Leitung in der Institution mit HGGH.**

- a) Ein erfahrener Hintergrunddienst, der zur Unterstützung von weniger erfahrenem Personal zuständig ist, ist immer verfügbar.
- b) Es gibt eine leitende Hebamme auf operativer Ebene. Diese Person ist für die Umsetzung der Philosophie, das Personal, die Qualität und Sicherheit, die Bereitstellung von Material, die Hygienestandards sowie den reibungslosen Betrieb insgesamt verantwortlich.
- c) Es gibt eine Person mit strategischer Funktion, die dafür verantwortlich ist, Entscheidungen über Ressourcen und Strategien zu treffen, und sie tritt als Fürsprecher\*in für die Institution mit HGGH auf. Diese Person ist:
  - sichtbar im Betrieb, eingebunden ins Tagesgeschäft;
  - in der Lage, das Team im Tagesgeschäft zu unterstützen;
  - in der Lage, ihr Fachwissen weiterzugeben (auch in Bezug auf Leitlinienabweichungen, Bereitschaftsdiensten usw.).

## **STANDARD 23**

### **Die Institution mit HGGH verfügt über ein qualitativ hochwertiges, transformatives Leadership.**

Führungskräfte auf allen Ebenen sollten die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Einschlägige Erfahrung in der HGGH.
- b) Fähigkeit, die Vision der HGGH mitzustalten.
- c) Sichtbares Engagement für die Rolle und eine nachhaltige HGGH.
- d) Wissen zu und Kompetenzen in der evidenzbasierten Praxis.
- e) Positiver und integrativer Führungsstil und Nahbarkeit.
- f) Fähigkeit, für die HGGH und das Team einzutreten.
- g) Unterstützung der Entscheidungsfreiheit von Frauen.
- h) Professionelle Haltung und Vorbildfunktion für das Personal.

- i) Fähigkeit, kollegiale Beziehungen zwischen den Leitungspersonen und den Mitarbeitenden zu pflegen.
- j) Fähigkeit, Shared-Decision-Making im Team zu fördern.
- k) Fähigkeit, auf kritische Vorfälle zeitnah und fachlich angemessen zu reagieren.

## **STANDARD 24**

### **Es gibt einen multidisziplinären Beirat mit Angebotsnutzenden, der eine Vision für die HGGH entwickelt.**

- a) Der Beirat setzt sich aus Angebotsnutzer\*innen als Vertretung der lokalen Bevölkerung, aus Mitarbeitenden der Institution mit HGGH, anderen Fachpersonen, Mitarbeitenden von Rettungsdiensten sowie Vertretungspersonen allfälliger Kostenträger zusammen. Ziel dieses Beirats ist es, die Einbindung und Mitwirkung der lokalen Öffentlichkeit zu fördern, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Leistungserbringenden zu ermöglichen und eine Kultur der öffentlichen Rechenschaftspflicht zu unterstützen.
- b) Der Beirat soll in der Planungsphase der Neueröffnung einer Institution mit HGGH etabliert werden.
- c) Der Beirat trifft sich mindestens vierteljährlich, er wird dabei über Themen wie Geburtsortwahl und Verlegungstrends, die Informationsweitergabe an werdende Eltern, Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern und Fachbereichen, Personal- und Teamentwicklung sowie über Rückmeldungen von Angebotsnutzer\*innen der Versorgung informiert und gibt hierzu Empfehlungen ab.

Weitere Aktivitäten und Beiträge können umfassen: einen Jahresbericht, interdisziplinäre klinische Überprüfungen mit Beispielen von Best Practice, eine Auswertung der Verlegungen sowie einen jährlichen Tag der offenen Tür für die lokale Bevölkerung.

# THEMA 10 – Klinische Governance

Es ist wichtig, dass eine starke klinische Führungsstruktur die HGGH unterstützt. Ebenso ist es notwendig, eine Organisationskultur zu etablieren, die dem Personal ein ausgeprägtes Gefühl von Eigenverantwortung vermittelt und die Nutzer\*innen aktiv in die kontinuierliche Weiterentwicklung der HGGH einbindet (Ross und Naylor, 2017).

Eine Kultur der Offenheit – sowohl innerhalb der Institution mit HGGH als auch im gesamten Bereich der Geburtshilfe –, in der Fälle systematisch überprüft und die Ursachen für Komplikationen oder negative Erfahrungen identifiziert und reflektiert werden, fördert das Lernen und erleichtert die fortlaufende Verbesserung der angebotenen Dienstleistungen (Jabbal, 2017).

## STANDARD 25

HGGH nützt evidenzbasierte Leitlinien, interne Standards und Prozesse, die regelmässig überprüft werden.

- a) Interne Standards und Prozesse werden gemeinsam von einem multidisziplinären Team, einschliesslich der ärztlichen Geburtshilfe und der Neonatologie sowie der Notfalldienste, erarbeitet und vereinbart.
- b) Interne Standards für Verlegungen fördern die Integration von Dienstleistungen und Versorgungswegen für Frauen und ihre Neugeborenen, die zwischen hebbamen- und ärztlich geleiteten geburtshilflichen Institutionen wechseln.
- c) Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Betriebskonzepts und der internen Standards.
- d) Es besteht ein Notfallplan für Personalbesetzung und klinische Versorgung, die die Autonomie der Institution mit HGGH bei der Personalplanung anerkennt. Die ärztlich geleiteten Gebärabteilungen verfügen über ein eigenes Bereitschaftssystem für die Personalbesetzung, um zu vermeiden, dass Hebammen aus der HGGH innerhalb der organisatorischen Klinikstruktur abgezogen werden.
- e) Es gibt interne Standards zum Risikomanagement sowie ein System zur Überprüfung der Compliance.
- f) Interne Standards und Dokumente für die Versorgung von Müttern und Neugeborenen stützen sich auf evidenzbasierte Leitlinien (unter Einbezug internationaler Leitlinien, wo dies angemessen ist).

## STANDARD 26

Institutionen mit HGGH verfügen über interne Standards zu den Aufnahmekriterien und zur Wahl des Geburtsorts.

- a) Vereinbarte Ein- und Ausschlusskriterien, die eine Entscheidungsfindung zwischen der Frau, dem Team der HGGH und dem ärztlich-geburtshilflichen Fachpersonal befördern, um den optimalen Betreuungsplan und den gewünschten Geburtsort festzulegen.
- b) Wo es HGGH innerhalb und ausserhalb der Klinikstruktur gibt, legt der Standard fest, ob es Unterschiede in den Ein- und Ausschlusskriterien für die Betreuung in den verschiedenen Institutionen gibt.

## STANDARD 27

Institutionen mit HGGH engagieren sich für eine kontinuierliche Verbesserung.

Sie fördern die stetige Weiterentwicklung der Leistungen durch:

- a) Ein systematisch überwachtes Beschwerdeverfahren für Mitarbeitende als auch Nutzer\*innen
- b) Die regelmässige Erfassung und Auswertung von Rückmeldungen des Personals und der Nutzer\*innen;
- c) Kontinuierliche Verbesserungsprozesse, die sich auf klinische Ergebnisse sowie auf die Erfahrungen der Nutzer\*innen und des Personals stützen.
- d) Die rasche Weitergabe von Erkenntnissen aus der Überprüfung von Vorfällen.
- e) Eingeplante Arbeitszeit für Datenmanagement.
- f) Eine fortlaufende Datenerhebung der Anzahl der angemeldeten Frauen, der Geburten, der Outcomes und der Verlegungen.
- g) Eine halbjährliche Präsentation der Daten vor dem gesamten geburtshilflichen Team.

Die Institutionen mit HGGH erheben und analysieren Daten entsprechend den Empfehlungen nationaler Programme, insbesondere mit Blick auf die Förderung der öffentlichen Gesundheit und die Verringerung von Diskriminierung im Gesundheitswesen in Bezug auf:

- a) Die Steigerung physiologischer Geburten.
- b) Die Reduktion unnötiger Interventionen (z. B. Kaiserschnitte).
- c) Die Senkung der maternalen und neonatalen Morbidität (einschliesslich körperlicher und psychischer Gesundheitsoutcomes).
- d) Die Gewährleistung eines rechtzeitigen Versorgungszugangs.
- e) Die Stillförderung.
- f) Die Raucherinnenentwöhnung, maternale Ernährung, Substanz- und Alkoholmissbrauch.
- g) Die Unterstützung von Frauen in vulnerablen Situationen.

## STANDARD 28

### Die HGGH verfügt über ein robustes Informationssystem.

Die Institution mit HGGH verfügt über ein Informationssystem, das den europäischen und nationalen Datenschutz- und Aufbewahrungsrichtlinien entspricht und Folgendes sicherstellt:

- a) Eine sorgfältige, zeitgerechte und regelmässig geprüfte Erfassung und Speicherung von Daten.
- b) Robuste Informations- und Datenerhebungssysteme, die die Berichterstattung und Überprüfung von Tätigkeiten und Outcomes erleichtern.
- c) Primär- und Sekundärversorger nutzen möglichst dasselbe oder ein kompatibles Informationssystem.
- d) Elektronische Erfassung von Informationen zu Tätigkeiten und Outcomes der Versorgung.
- e) Ein System zur Meldung von Vorfällen, das eine transparente Untersuchung und Lösung aller Vorfälle sicherstellt.
- f) Elektronische Aufzeichnungen sind ortsunabhängig zugänglich, es werden regelmässig Statistiken publiziert und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

## STANDARD 29

### Die Institution mit HGGH umfasst Kommunikations- und Marketingkonzepte.

- a) Förderung und Vernetzung mit der Gemeinschaft durch:
  - regelmässige interne Newsletter für das Personal mit Berichten über Aktivitäten, Ergebnisse, Vorfälle, mit positiven Geschichten und zur Würdigung von Erfolgen;
  - regelmässige öffentliche Newsletter mit Informationen über die in der Institution mit HGGH verfügbaren Angebote sowie mit aktuellen Berichten und Erfahrungen.
- b) Informationen für und Aufklärung von Frauen durch:
  - regelmässig angebotene Besichtigungen und Informationsveranstaltungen;
  - Nutzung sozialer Medien, um die HGGH bekanntzumachen;
  - Geburtsvorbereitungskurse sowie Informationsangebote in der Schwangerschaft und im Wochenbett.
- c) Bewerbung der HGGH durch:
  - Systeme, die Mundpropaganda innerhalb der Bevölkerung fördern;
  - Möglichkeiten für Familien, die Institution mit HGGH während der Schwangerschaft kennenzulernen (z. B. durch die Nutzung der Einrichtung als Veranstaltungsort für Gruppen, Kurse und Vorsorgetermine).
- d) Die Institution mit HGGH sollte über eine Marketingstrategie verfügen, die die vier Phasen der Entscheidungsfindung berücksichtigt und Entscheidungsfindungstheorien einbezieht. Dadurch werden die Wahlmöglichkeiten der Frauen unterstützt.
- e) Fundraising-Aktivitäten bieten Gelegenheiten, das Bewusstsein für HGGH in der Gemeinschaft zu erhöhen, die Gemeinschaft in die Aktivitäten einzubinden, die Identifikation der Nutzer\*innen und des Personals mit der Institution zu stärken und Einnahmen zu generieren, die für verschiedene Zwecke wie Veranstaltungen, Schulungen, Konferenzen oder die Anschaffung von Ausrüstung genutzt werden können.

# LITERATURVERZEICHNIS

- AABC American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. [online] Available at: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> [Accessed 1 June 2018].
- Ackerman, B., Cooke, P. and Hutcherson, A. (2009) *Standards for birth centres in England: a Standards document*. RCM, London.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. and Warburton, W. (2018) *Making the case for quality improvement*. The King's Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement> (Accessed: 1 June 2018).
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards* – Baby Friendly Initiative. Available at: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/> (Accessed: 9 June 2018).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L. and Stewart, M. (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*, 343(nov23 4), pp.d7400-d7400.
- Bryers, H. M. and Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), pp.488-496.
- Coxon, K., Sandall, J. and Fulop, N. (2013) To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), pp.51-67.
- Davis Harte, J., Leap, N., Fenwick, J., Homer, C. and Foureur, M. (2014) Methodological insights from a study using video-ethnography to conduct interdisciplinary research in the study of birth unit design. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 8(1), pp.36-48.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, pp.S5-S23.
- Downe, S. (2010) *Towards salutogenic birth in the 21st century*. Essential midwifery practice: intrapartum care. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., pp.289-95.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014) *Standards of Care for Women's Health in Europe*. EBCOG. Available at: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (Accessed: 1 June 2018).
- Hammond, A., Homer, C. and Foureur, M. (2017) Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, pp.133-138.
- Healy M, Gillen P. (2016) *Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline*. Evidence Based Midwifery 14(3): 82-86
- GAIN (RQIA, 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast
- International Confederation of Midwives (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: an autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- International Confederation of Midwives (2013) *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (Accessed: 4 June 2018).
- Jenkinson, B., Josey, N. and Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. and Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Vedam, S. and Renfrew, M.J. (2018) Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;1-10.
- Kirkham, M. (2010) *Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers*. In *Sustainability, Midwifery and Birth*, pp. 105-118. Routledge.
- Kuruvilla, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. and Rasanathan, K. (2016) *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience*. Bulletin of the World Health Organization, 94(5), p.398.

- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. and Roth, C. (2014a) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), pp.998-1008.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. and Turner, L. R. (2014b) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), pp.1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S. and Zeitlin, J. (2016) Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp.559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2012) Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery* 28(5), pp.636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2014) *An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme*. Health Services and Delivery Research, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2016) Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), pp.17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J., Vogel, J. and Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline [CG190]* Published date: December 2014 Last updated: February 2017. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Accessed: 9 June 2018).
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012a) Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health*, 12(1), p.478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012b) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), pp.973-981.
- Rawal, P. (2013) AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps. *International journal of multidisciplinary research in social & management sciences*, 1(1), pp.37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. and Sandall, J. (2015) What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. and Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. and Byrom, S. (2017) *The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services*. *The Practicing Midwife* 20(6):24-27.
- Ross S. and Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health](http://www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health) (accessed: 1 June 2018).
- Rowe, R. and Birthplace in England Collaborative Group (2011) *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available at: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (Accessed: 6 June 2018).

# LITERATURVERZEICHNIS

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. and Homer, C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, pp.240-255.
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M., et al. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme*. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM and WHO (2018) *State of the World's Midwifery 2014*. Available at: <https://www.unfpa.org/sowmy> (Accessed: 21 June 2018).
- Walsh, D. and Newburn, M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, pp. 540–544.
- Walsh, D. (2006a) Birth centres, community and social capital. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(1), pp.7-15.
- Walsh, D. (2006b) 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), pp.228-239.
- Walsh, D. (2006c) Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), pp.1330-1340.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L. and Thornton, J. (2018) Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, pp.9-16
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Available from: [http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf) (accessed: 1st June 2018).
- World Health Organization (2016a) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2016b) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

# APPENDIX 1 – Methodisches Vorgehen bei der Erarbeitung dieser Standards

Die Entwicklung dieser Standards stützt sich auf Wissen aus zwei zentralen Quellen:

## A. Veröffentlichte Forschungsliteratur

Wir führten ein **systematisches Literaturreview** qualitativer Studien zu HGGH durch (Institutionen mit HGGH innerhalb und ausserhalb der organisatorischen Klinikstruktur). Eingeschlossen haben wir Publikationen, wenn es sich um Peer-reviewte Forschung oder unveröffentlichte Dissertationen handelte und sie qualitative Literatur zur Organisation, zum Management und zu den Erfahrungen mit HGGH in einkommensstarken Ländern enthielten.

Im Rahmen dieses Reviews wurden 24 relevante Artikel, ein Bericht und drei Dissertationen identifiziert.

Eine **Metasynthese** der Literatur wurde durchgeführt, bei der man die in den Ergebnisteilern der Studien auftretenden Themen mithilfe der Software NVivo identifizierte und codierte. Dies führte zu einer Liste von 43 Themen, die jeweils mindestens einmal im Datensatz vorkamen (eine ausführliche Darstellung der Methoden und Ergebnisse des Reviews wurde separat veröffentlicht).

## B. Expert\*innenwissen

### 1. Delphi-Befragungen

Eine Reihe von Expert\*innen für Institutionen mit HGGH luden wir zur Teilnahme an zwei Umfragen ein. Ein Aufruf zur Interessenbekundung wurde in verschiedenen relevanten Foren veröffentlicht, und gezielte Einladungen versendeten wir an bekannte Fachleute sowie an von einschlägigen Berufsverbänden empfohlene Personen.

Als Expert\*innen galten Personen mit Erfahrung in der Entwicklung (z. B. Hebammenexpertinnen, APM), im Management (z. B. leitende Hebammen, Teamleitungen), in der Evaluation (z. B. Forschende, Lehrende) oder in der klinischen Arbeit (mindestens zwei Jahre Erfahrung) in Institutionen mit HGGH. Auch Hebammen, Gynäkolog\*innen, Neonatolog\*innen sowie weiteres Personal mit Bezug zur HGGH bezogen wir ein. Einige internationale Expert\*innen wurden eingeladen, um globale Perspektiven zu berücksichtigen. Insgesamt luden wir 120 Expert\*innen zur ersten und 122 zur zweiten Umfrage ein.

Die Delphi-Befragung umfasste zwei Runden, die online über die Software Qualtrics durchgeführt wurden.

Die erste Umfrage basierte auf den RCM-Standards (Ackermann et al., 2009), wodurch das ursprüngliche Fachwissen berücksichtigt wurde, das diesen Standards zugrunde lag. 98 Expert\*innen begannen die erste Delphi-Umfrage, 64 schlossen sie ab.

In der zweiten Delphi-Umfrage nahmen 64 Personen teil, 52 schlossen diese ab. Die Gesamtantwortquote betrug 48 Prozent.

In beiden Runden baten wir die Teilnehmenden, jede Standardaussage auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 zu bewerten (von «äusserst wichtig» bis «überhaupt nicht wichtig») und offene Kommentare sowie Vorschläge für neue Standards zu ergänzen. Standards wurden gestrichen, wenn 75 Prozent oder mehr der Teilnehmenden sie mit den Werten 3 bis 5 (weniger wichtig) bewerteten.

Nach der Analyse und Synthese mit weiteren Datenquellen (siehe unten) bildete ein überarbeitetes Entwurfsdokument die Grundlage für die zweite Delphi-Runde. 64 Expert\*innen nahmen an dieser zweiten Runde teil, wobei dieselbe Skala verwendet wurde. Standards mit niedriger Bewertung wurden erneut anhand des genannten Schwellenwerts entfernt.

### 2. Stakeholder-Treffen und Fokusgruppen

Ergänzend zur Delphi-Umfrage führten wir drei Stakeholder-Treffen durch.

Das erste fand am 8. Juni 2017 in London mit 28 Teilnehmenden statt.

Das zweite wurde am 21. Juni 2017 in Toronto während der ICM-Triennalkonferenz abgehalten. Rund 50 Konferenzteilnehmende bildeten Arbeitsgruppen, um die bestehenden RCM-Standards zu diskutieren.

Im Dezember 2017 wurden die überarbeiteten Standards bei einem dritten Stakeholder-Treffen in London vorgestellt und diskutiert. Diese Gruppe (18 Teilnehmende) befasste sich mit Schlüsselthemen aus der ersten Delphi-Runde, die in den ursprünglichen RCM-Standards unterrepräsentiert waren. Die Diskussionsergebnisse flossen in die Analyse und die Überarbeitung des Entwurfs ein.

### **3. Fallstudieninterviews mit Leitungspersonen der «Birth Centre Beacon Sites»**

Nach dem Literaturreview, dem ersten Stakeholder-Treffen und der Delphi-Runde 1 blieben drei Themenbereiche unterrepräsentiert: die Zusammenarbeit mit der lokalen Gemeinschaft, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Autonomie der Frauen.

Drei Interviews wurden mit Mitarbeitenden aus den sogenannten «Birth Centre Beacon Sites» des Midwifery Unit Network durchgeführt – Einrichtungen mit besonderer Expertise in diesen Bereichen. Ziel war es, inhaltliche Ergänzungen zu erhalten. Diese neuen Inhalte wurden in der zweiten Delphi-Runde auf Konsens geprüft und bewertet (siehe Analyse unten).

#### **Analyse**

Das Projektteam trug folgende Daten zusammen:

- die verbliebenen Standards aus dem RCM-Dokument von 2009 (nach Runde 1 der Delphi-Befragung);
- zusätzliche Standards und Themen aus offenen Kommentaren der Delphi-Befragung;
- Schlüsselaspekte aus den Stakeholder-Fokusgruppen
- die 43 Themen aus der Metasynthese;
- zusätzliche Inhalte aus den Fallstudieninterviews.

Diese Datenquellen führte das Projektteam nach einem systematischen Verfahren zusammen:

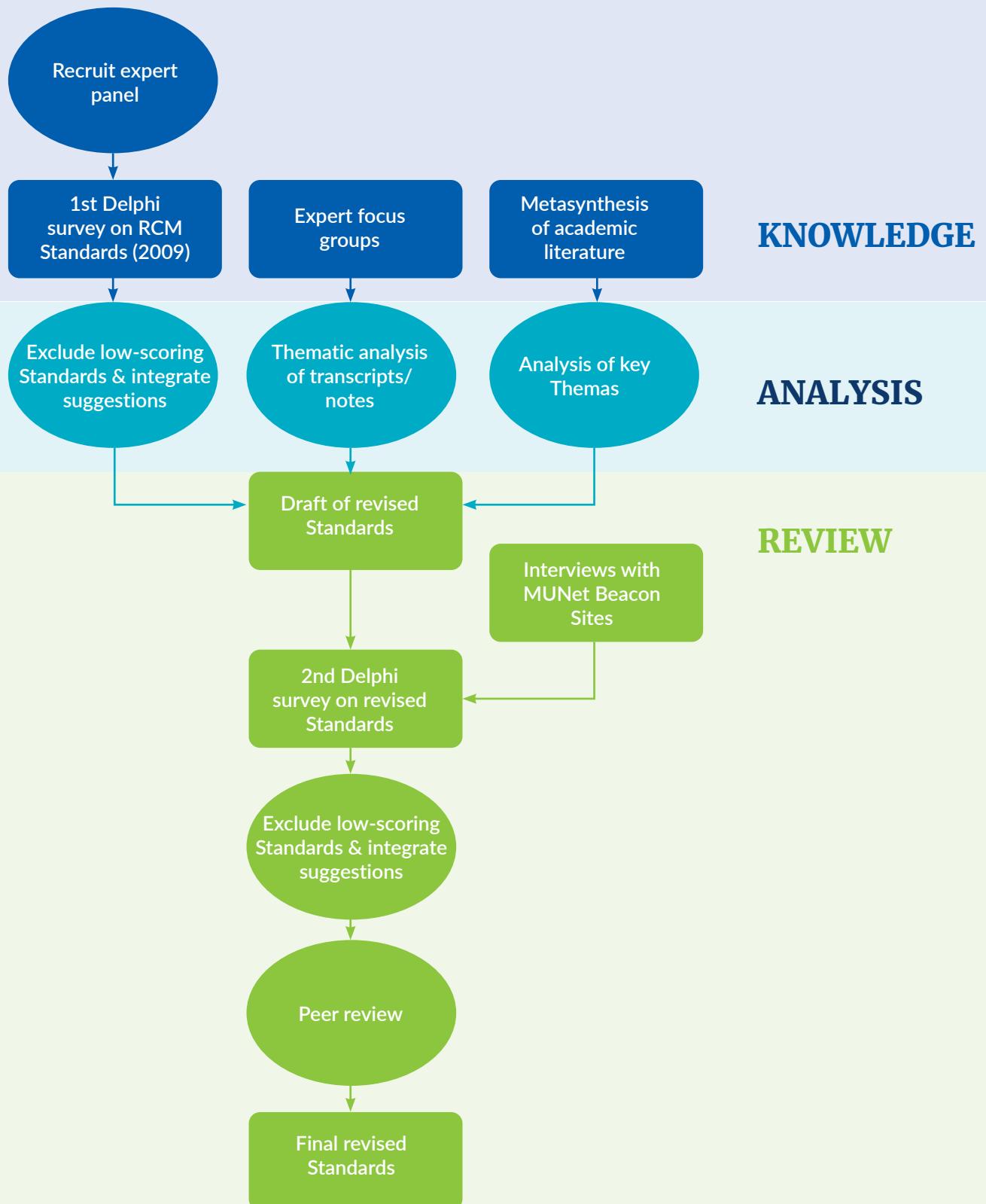
Jedes Element (Standard oder Thema) wurde auf einem separaten Blatt notiert. Doppelnennungen wurden entfernt und die Codes unter übergeordneten, emergenten Kategorien gruppiert. Ziel war es, eine möglichst geringe Zahl an Kategorien zu bilden, die alle Inhalte sinnvoll abdecken.

Diese Kategorien verfeinerte man in einem anschliessenden Treffen; die finalen zehn Kategorien bildeten die neuen Themenschwerpunkte für die überarbeiteten Standards. Diese wurden dann in der zweiten Delphi-Runde mithilfe des bereits beschriebenen Bewertungsverfahrens erneut getestet.

#### **Peer-Review**

Den finalen Entwurf der Originalstandards begutachteten zwölf interdisziplinäre europäische Expert\*innen (siehe Appendix 2).

**Figure 1- der Entstehungsprozess des Originalstandards**



# APPENDIX 2 – Danksagungen

## Forschungsgruppe

Lucia Rocca-Ihenacho	Mary Newburn
Juliet Rayment	Nathalie Leister
Laura Batinelli	Claire Biros
Ellen Thaelis	Deirdre Munro
Shujana Keraudren	Christine McCourt

## Peer-Reviewer\*innen

- 1) **Birte Harlev-Lam**, Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, England
- 2) **Catherine Williams**, Maternity Service User Representative, Reading Maternity Voices (MVP) and National Maternity Voices, England
- 3) **Claire de Labrusse**, Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Switzerland
- 4) **Jessica Read**, Regional Maternity Lead for London, NHS England, England
- 5) **Johanne Dagustun**, Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, England
- 6) **Laura Iannuzzi**, Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- 7) **Maria Booker**, Programmes Director, Birthrights, England
- 8) **Mervi Jokinen**, President, European Midwives Association
- 9) **Pauline Cooke**, Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England
- 10) **Ramon Escriet**, Divisió d’Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d’Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, Spain
- 11) **Sandra Morano**, Professor of Obstetrics, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italy
- 12) **Susan Bewley**, Professor of Women’s Health, King’s College London (academic obstetrician)

## Übersetzung ins Deutsche und Kontextualisierung

**Deutschland:** Andrea Köbke, Friederike zu Sayn-Wittgenstein

**Österreich:** Stefanie Winkler

**Schweiz:** Yvonne Balmer, Eva Cignacco, Fanny Mewes-Toumi, Martina Schneider, Anne Steiner

**Koordinatorin:** Eva Cignacco

## Peer-Reviewer\*innen der Deutschen Fassung

**Österreich:** Gerlinde Feichtlbauer, MSc und Marianne Mayer, MLS.

**Schweiz:** Geschäftsführung Geburt3000, Arbeitsgruppe Qualität IGGH und Zentralvorstand SHV

## Mitwirkende

Abigail Holmes	Helen ED Shallow	Mechthild M. Gross
Alison Searle	Irene Gonzalez Perez	Michele Warnimont
Allison Mascagni	Ivana Arena	Miranda Scanlon
Amanda Mansfield	Jackie Moulla	Natalie Sedlicka
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert	Nicoletta Setola
Caroline Homer	Jacky Nizard	Pauline Cooke
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom	Pearl Kowlessar-Manoo
Caterina Raniolo	Jane Sandall	Petra Ann Kovařčíková
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens	Phyllis Winters
Catherine Williams	Jessica Read	Rachel Rowe
Cecilia Grigg	Jo Goss	Rachel Scanlan
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls	Ramón Escuriet
Christine McCourt	Juan Soria	Rémi Béranger
Christine Saunders	Juliet Rayment	Richard Hallett
Claire Biros	Kate Brintworth	Rineke Schram
Claire de Labrusse	Kay Cassidy	Rosalie Wright
Cristina Alonso	Keith Brainin	Rosie Goode
Dawn Lewis	Kerstin Lelubr	Sandra Morano
Deb Jackson	Kirstie Coxon	Seána Talbot
Debbie Edwards	Laura Batinelli	Sharon Dickinson
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi	Sheena Byrom
Denis Walsh	Louise Silverton	Shona Solly
Eilish Crowson	Louise Taylor	Soo Downe
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho	Stan Shaffer
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono	Susan Bewley
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes	Susan Crowther
Ellen Thaeli	Maggie Davies	Susan Davies
Emma Spillane	Maria Healy	Susan Stapleton
Fiona Cullinan	Marie Lewis	Tracey Cooper
Francesca Sulli	Marieke Hermus	Vicki Grayson
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava	Wendy Cutchie
Gill Walton	Mary Newburn	
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile	

## Birth Centre Beacon Sites

**Lewisham and Greenwich NHS Trust:** Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

**Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust:** Kathryn Gutteridge

**Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust:** Joanne Goss and Emma Ashton

## Stakeholder-Organisationen

RCM Royal College of Midwives (UK)

ICM International Confederation of Midwives

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (Italy)

FAME Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana (Spain)

APODAC Asociace pro Porodní Domy a Centra, (Czech Republic)

## Mitwirkende am ICM-Event

Wir möchten uns bei allen Teilnehmenden bedanken, die am 21. Juni 2017 beim 31. ICM-Kongress in Toronto am Stakeholder-Treffen zu den Standards teilgenommen haben.

## Expertinnenbeitrag

Nicoletta Setola ist Mitverfasserin von Thema 7 «Umgebung und Infrastruktur». Nicoletta ist doktorierte Architektin und Assistenzprofessorin im Fachbereich Architektur – TESIS-Zentrum an der Universität Florenz, Italien.

Dieses Dokument enthält unabhängige Forschungsergebnisse, die vom National Institute for Health Research (NIHR) finanziert wurden.

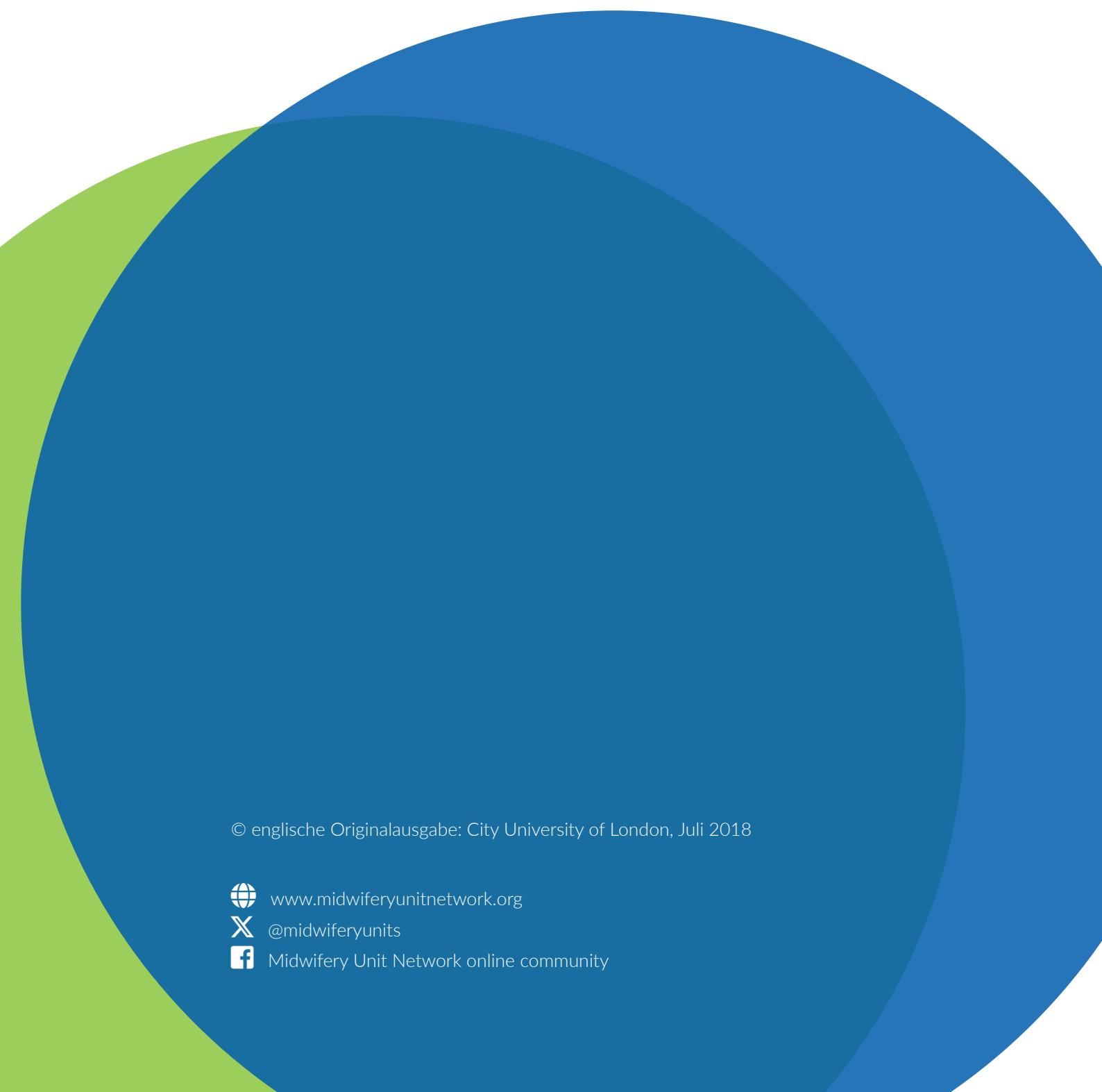
Die darin geäusserten Ansichten sind die der Autor\*innen und nicht unbedingt die des NHS, des NIHR oder des Gesundheitsministeriums.











© englische Originalausgabe: City University of London, Juli 2018

 [www.midwiferyunitnetwork.org](http://www.midwiferyunitnetwork.org)

 @midwiferyunits

 Midwifery Unit Network online community