

**Gesundheits-  
und Fürsorgedirektion  
des Kantons Bern**

**Direction de la santé  
publique et de la  
prévoyance sociale  
du canton de Berne**

 Kanton Zürich  
**Gesundheitsdirektion**  
Versorgungsplanung

Spitalamt

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1

Postfach

3000 Bern 8

Telefon +41 31 633 79 65

Telefax +41 31 633 79 67

[www.gef.be.ch](http://www.gef.be.ch)

[info.spa@gef.be.ch](mailto:info.spa@gef.be.ch)



## **Bikantonale Arbeitsgruppe zur hebammengeleiteten Geburtshilfe: Gesamtbericht zu den Anforderungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser**

Datum 6. Dezember 2018

Version 01



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Ausgangslage.....	1
1.1.1	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Kanton Bern .....	1
1.1.2	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Kanton Zürich.....	2
1.2	Gemeinsames Vorgehen des Kantons Bern und des Kantons Zürich.....	2
1.2.1	Einsetzen einer bikantonalen Arbeitsgruppe .....	2
1.2.2	Fragestellung für die bikantonale Arbeitsgruppe .....	2
1.2.3	Sitzungen, Themen und Grundlagen.....	3
1.3	Vernehmlassung des Arbeitsberichts.....	4
1.4	Gesamtbericht zu den Anforderungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser.....	4
1.5	Weiteres Vorgehen.....	4
<b>2</b>	<b>Einführung in die Spitallisten und ihre Bedeutung .....</b>	<b>5</b>
2.1	Grundlagen der Spitallisten.....	5
2.2	Vergabe von kantonalen Leistungsaufträgen für die Spitallisten .....	5
2.3	Prüfung der kantonalen Leistungsaufträge .....	5
<b>3</b>	<b>Kommentierte Ergebnisse und Hinweise für die Prüfung der Anforderungen durch die Behörden .....</b>	<b>7</b>
3.1	Personelle Ausstattung des Geburtshauses .....	7
3.1.1	Anforderungen .....	7
3.1.2	Kommentare .....	7
3.1.3	Hinweise für die Prüfung der Anforderungen.....	9
3.2	Infrastruktur des Geburtshauses.....	9
3.2.1	Anforderungen .....	9
3.2.2	Kommentare .....	9
3.2.3	Hinweise für die Prüfung der Anforderungen.....	10
3.3	Behandlungsprozesse im Geburtshaus .....	10
3.3.1	Anforderungen .....	10
3.3.2	Kommentare .....	12
3.3.3	Hinweise für die Prüfung der Anforderungen.....	13
3.4	Ein- und Ausschlusskriterien für eine Behandlung im Geburtshaus.....	13
3.4.1	Ein- und Ausschlusskriterien .....	13
3.4.2	Kommentare .....	14
3.4.3	Hinweise für die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien .....	16

<b>4</b>	<b>Stellungnahmen zum Arbeitsbericht .....</b>	<b>17</b>
4.1	Gesamtbeurteilung des Arbeitsberichts: Zusammenfassung der Stellungnahmen.....	17
4.2	Prüfung des Anpassungsbedarfs.....	18
4.3	Anforderungen und Einschluss- und Ausschlusskriterien: Nicht berücksichtigte Vorschläge .....	18
 <b>Anhang 1: Aufstellung der Anforderungen sowie der Ein- und Ausschluss- kriterien für Geburtshäuser.....</b>		<b>21</b>
 <b>Anhang 2: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe .....</b>		<b>25</b>
 <b>Literaturverzeichnis .....</b>		<b>27</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BFH: Berner Fachhochschule

CG: Clinical Guideline (NICE)

DGGG: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

GDK: Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

GEB1.1.1: Kurzbezeichnung des Leistungsauftrags für die spezialisierte Geburtshilfe

GEB1.1: Kurzbezeichnung des Leistungsauftrags Geburtshilfe

GEB1: Kurzbezeichnung des Leistungsauftrags für die geburtshilfliche Grundversorgung

GEBH: Kurzbezeichnung des Leistungsauftrags an Geburtshäuser

GesG: Gesundheitsgesetz (Kanton Zürich)

GG: Geburtsgewicht

IGGH-CH®: Interessengemeinschaft Geburtshäuser Schweiz

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

KVV: Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NIH: National Institutes of Health (Grossbritannien)

QS: Quality Standard (NICE)

RCM: The Royal College of Midwives

SGB: Sozialgesetzbuch (Deutschland)

SGGG: Gynécologie suisse bzw. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

SHV: Schweizerischer Hebammenverband

SpFG: Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (Kanton Zürich)

SPLG: Spitalplanungsleistungsgruppen

SpVG: Spitalversorgungsgesetz (Kanton Bern)

SpVV: Verordnung zum Spitalversorgungsgesetz (Kanton Bern)

SSW: Schwangerschaftswoche

VBAC: Vaginal Birth after Cesarean

WHO: World Health Organization

ZHAW: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe wird international als integraler und innovativer Teil eines Versorgungskonzepts verstanden, das die physiologischen Prozesse in der perinatalen Phase, die Betreuungskontinuität sowie die Bedürfnisse der werdenden Mütter in den Mittelpunkt stellt. Es ist im Einklang mit den vom Bundesrat formulierten Prioritäten in der Gesundheitspolitik (Gesundheit 2020, Förderung zeitgemässer Versorgungsangebote). Die Kantone können den Spitälern die Entwicklung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen jedoch nicht vorschreiben.

Die Kantone planen die stationäre Versorgung, erteilen auf dieser Basis Leistungsaufträge für die kantonalen Spitalisten und sie sind für die externe Qualitätssicherung zuständig. Im Rahmen dieser Aufgaben können sie die Entwicklung von stationären hebammengeleiteten geburtshilflichen Modellen unterstützen. Auf das ambulante geburtshilfliche Angebot haben die Kantone in der Regel kaum Einfluss.

### 1.1.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Kanton Bern

Am 14. Mai 2013 wurde ein Vorstoss zur Hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern<sup>1</sup> von Grossrätin Natalie Imboden (Grüne, Bern) eingereicht und im September 2013 vom Grosse Rat als Postulat angenommen. Dieser begrüsst den Vorstoss, wonach das hebammengeleitete Geburtshilfeangebot als Alternative – nicht als Ersatz – zur ärztlichen Geburtshilfe ausgebaut werden soll. Auf der Grundlage eines Expertenberichts<sup>2</sup> wurden vier Handlungsfelder für die Behörden identifiziert:<sup>3</sup>

- (1) Die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien für eine hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgung.
- (2) Die Definition eines standardisierten Datensatzes zur Erfassung und Monitorisierung hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle.
- (3) Die Unterstützung und Begleitung von Modellversuchen.
- (4) Die Stärkung der öffentlichen Information, Aufklärung und Unterstützung schwangerer Frauen betreffend hebammengeleiteter Geburtshilfeangebote.

Der Regierungsrat nahm die Handlungsfelder im Dezember 2016 zur Kenntnis. In der Märzsession 2017 verlangte der Grosse Rat die oben genannten Handlungsfelder anzugehen.<sup>4</sup> Um eine wohnortnahe Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu ermöglichen und um Versorgungslücken, forderte er zudem die Prüfung neuer Zusammenarbeitsmodelle zwischen hebammengeleiteter und klinischer Geburtshilfe.

---

<sup>1</sup> <https://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.RRDOKUMENTE.acq/851feefb380145d8815c801ba45e5520-332/4/PDF/2014.GEF.12068-Beilage-DF-120077.pdf>

<sup>2</sup> [https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx\\_frppublikationen/Grundlagenbericht\\_Berner\\_Fachhochschule\\_\\_Fachbereich\\_Gesundheit.pdf](https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.RRDOKUMENTE.acq/1d55e53768184a45bff1fcfd19a40bf8-332/7/PDF/2014.GEF.12068-Beilage-DF-120076.pdf>

<sup>4</sup> <http://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/dc39ab28ac1048daac4a0f8ba230729f-332/2/PDF/2017.RRGR.90-GR-Beschlussdokument-DF-145501.pdf>

### **1.1.2 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen im Kanton Zürich**

Das am 16. März 2015 eingereichte Postulat von Monika Wicki (SP, Zürich) betreffend Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Zürich<sup>5</sup> wurde dem Regierungsrat zur Berichterstattung und Antragstellung am 18. Januar 2016 vom Kantonsrat überwiesen. Der Regierungsrat wurde beauftragt die Möglichkeiten zu prüfen, im Kanton Zürich die hebammengeleitete Geburtshilfe als Betreuungsmodell für Schwangerenvorsorge, Geburt und Nachsorge zu fördern. Der Postulat-Bericht wird derzeit in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Kantons Zürich beraten.

Im Postulat-Bericht wird aufgezeigt, dass die Versorgungslage in der Geburtshilfe im Kanton Zürich gut ist. Die Zufriedenheit der Frauen ist gross. Die Schwangeren können heute im Kanton Zürich aus einem qualitativ hochstehenden, breit diversifiziertem Geburtshilfeangebot in 14 Spitälern und zwei Geburtshäusern wählen; sie können sich auch jederzeit für eine Hausgeburt entscheiden. Das Modell der hebammengeleiteten Geburtshilfe wird heute in zwei Listenspitälern und zwei Geburtshäusern angeboten.

Weiter wird auf die laufenden Arbeiten bzw. die zu erarbeitenden Vorschläge, wie das Angebot weiter verbessert werden kann, der bikantonalen Arbeitsgruppe zur hebammengeleiteten Geburtshilfe verwiesen. Die Gesundheitsdirektion wird nach Vorliegen dieser Vorschläge prüfen, ob und gegebenenfalls mit welchen Massnahmen die Spitäler motiviert werden können und sollen, ihr Angebot der Geburtshilfe auf die hebammengeleitete Geburtshilfe auszuweiten. Der Regierungsrat will die Ergebnisse der Arbeitsgruppe abwarten und danach die im Konsens zwischen den Hebammen und der Ärzteschaft definierten Anforderungen an die Geburtshilfe durch Anpassungen in den Leistungsgruppen aktualisieren.

## **1.2 Gemeinsames Vorgehen des Kantons Bern und des Kantons Zürich**

In beiden Kantonen wurden politische Vorstösse angenommen, welche die Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe bezwecken. Aufgrund der bestehenden gesundheitspolitischen Gemeinsamkeiten beschlossen die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ein gemeinsames Vorgehen.

### **1.2.1 Einsetzen einer bikantonalen Arbeitsgruppe**

Für die Erarbeitung von Grundlagen zur Erteilung von kantonalen Leistungsaufträgen an Geburtshäuser setzten sie eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten verschiedener Organisationen ein. Folgende Organisationen haben auf Einladung der Kantone Bern und Zürich Vertretende in die Arbeitsgruppe entsendet:

- Interessengemeinschaft Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®)
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Hebammen
- Berner Fachhochschule (BFH), Fachbereich Gesundheit
- Gynécologie suisse bzw. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).

Weitere Informationen zur Zusammensetzung der Arbeitsgruppe befinden sich im Anhang.

### **1.2.2 Fragestellung für die bikantonale Arbeitsgruppe**

Auftrag der bikantonalen Arbeitsgruppe war es, die bestehenden Anforderungen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien für die Schwangerschaftsberatung, Geburt und das Wochenbett

---

<sup>5</sup> Postulat 91/2015. Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Zürich. Link. <https://www.kantonsrat.zh.ch/Geschaefte/Geschaefte.aspx?GeschaefteID=ec905048-a768-4769-8323-9e5b0006d1d5>

im Geburtshaus umfassend zu überprüfen (Handlungsfeld 1, siehe oben). Die Ergebnisse sollten wissenschaftlich fundiert sein und Erfahrungen im Ausland berücksichtigen. Angestrebt wurde zudem eine schweizweit möglichst hohe Akzeptanz der Ergebnisse.

### 1.2.3 Sitzungen, Themen und Grundlagen

Zwischen September 2017 und März 2018 fanden sieben rund dreistündige Arbeitsgruppensitzungen statt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern hat die Sitzungen mit der Unterstützung der Gesundheitsdirektion Zürich organisiert, inhaltlich vorbereitet und moderiert. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben ihren fachlichen Beitrag zu den Struktur- und Prozessanforderungen sowie zu den Ein- und Ausschlusskriterien im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen erarbeitet.

Die sieben Sitzungen waren folgenden Themen gewidmet (chronologisch gelistet, Stichwörter zum Inhalt):

- (1) Erarbeitung einer gemeinsamen Ausgangslage: Einführung in die Spitalisten und ihre Bedeutung
- (2) Erarbeitung von Anforderungen betreffend Ein- und Ausschlusskriterien sowie Struktur- und Prozessanforderungen an Geburtshäuser
- (3) Fortsetzung der Erarbeitung von Anforderungen
- (4) Abgleich der erarbeiteten Anforderungen mit Grundlagendokumenten (siehe Literaturliste)
- (5) Fortsetzung des Abgleichs
- (6) Konsolidierung der Ergebnisse
- (7) Fortsetzung der Konsolidierung

Die Arbeitsgruppe hat für die Erarbeitung und den Abgleich der Anforderungen im Wesentlichen folgende Grundlagen verwendet:

- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012): Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2012): Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht. 1999 erstellt und 2012 überarbeitet. Die Geltungsdauer der Leitlinien ist abgelaufen.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2013): Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung. 2013 erstellt. Eine für 2016 geplante Überprüfung ist ausstehend.
- Gesundheitsdirektion Zürich (2017): Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik.
- Gynécologie suisse (SGGG), Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR), Schweizerischer Hebammenverband (SHV), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA) (2016): Interdisziplinäre Empfehlungen für die neonatale Erstversorgung. In: SWISS MEDICAL FORUM – SCHWEIZERISCHES MEDIZIN-FORUM 2016;16(44):938–942.
- Kanton Bern (2017): Anforderungen und Erläuterungen zur SPLG Akutsomatik BE.
- Schweizerischer Hebammenverband (2017): Reglement für das Anerkennungsverfahren für Einrichtungen, die in der Schweiz hebammengeleitete Geburtshilfe anbieten.
- Schweizerischer Hebammenverband (2017): Themen für die Anerkennung von Einrichtungen in der Schweiz mit hebammengeleiteter Geburtshilfe.

### **1.3 Vernehmlassung des Arbeitsberichts**

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden Mitte Mai 2018 in Form eines Arbeitsberichtes den beteiligten Organisationen zur Vernehmlassung zugestellt. Vereinzelt gelangte der Arbeitsbericht auch an Geburtshäuser.

Bis Anfang August 2018 sind bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 18 schriftliche Stellungnahmen eingetroffen. Elf Organisationen stützten den Arbeitsbericht:

- Der Zentralvorstand des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV) und acht kantonale Sektionen: SHV-Sektion beider Basel; SHV-Sektion Kanton Bern; SHV-Sektion Kanton Fribourg; SHV-Sektion Ostschweiz; SHV-Sektion Schwyz; SHV-Sektion Valais romand; SHV-Sektion VD-NE-JU; SHV-Zentralschweiz;
- Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW);
- Die Berner Fachhochschule (BFH).

Die SHV-Sektion Geburtshäuser und die SHV-Sektion Zürich übten demgegenüber grundsätzliche Kritik am Vorschlag der Arbeitsgruppe. In gewissen Bereichen wünschten sie eine deutliche Lockerung der Anforderungen (zum Beispiel bei den Vorgaben bezüglich des Gesundheits-Assessments, der Kooperation und den Ein- und Ausschlusskriterien). Die IGGH-CH® wies darauf hin, dass der Bericht bei den Geburtshäusern noch nicht konsensfähig sei. Sie ging in ihrer Kritik ähnlich weit wie die drei Geburtshäuser (Geburtshaus Luna; Geburtshaus Delphys; Geburtshaus Zürich Oberland), welche von sich aus eine Stellungnahme eingereicht hatten. Die drei Geburtshäuser lehnten den Vorschlag der Arbeitsgruppe ab. Im Unterschied zu diesen Organisationen wünschte die SGGG eine Verschärfung von Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie klare Verlegungsregeln.

### **1.4 Gesamtbericht zu den Anforderungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser**

Die Behörden halten grundsätzlich an den Anforderungen und Ein- und Ausschlusskriterien fest, welche von der Arbeitsgruppe im Konsens erarbeitet und im Arbeitsbericht dargestellt wurden. Dank der Stellungnahmen wurde der Vorschlag punktuell überarbeitet oder präzisiert. Die Änderungen wurden der Arbeitsgruppe am 7. November 2018 vorgestellt. Beim vorliegenden Gesamtbericht zu den Anforderungen sowie Einschluss- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser handelt es sich um einen Konsensbericht der Arbeitsgruppe.

Die Vorschläge, welche nicht in die vorliegende Fassung der Anforderungen und Einschluss- und Ausschlusskriterien eingeflossen sind, sind in einem separaten Abschnitt erläutert (siehe Abschnitt 4.3). Damit stehen sie für die Weiterentwicklung der Anforderungen und Einschluss- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser zur Verfügung.

### **1.5 Weiteres Vorgehen**

Der Gesamtbericht zu den Anforderungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser wird dem Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern sowie dem Direktor der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Kenntnis gebracht. Diese entscheiden über das weitere Vorgehen, insbesondere über die Einführung der neuen Version der Anforderungen für den Leistungsauftrag an die Geburtshäuser.

Im Anschluss daran werden die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern sowie die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das weitere Vorgehen zur Stärkung der hebamengeleiteten Geburtshilfe diskutieren. Dabei werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in den beiden Kantonen (vergleiche Abschnitte 1.1.1 und 1.1.2) sowie die Anregungen der an der Erarbeitung der Anforderungen für Geburtshäuser beteiligten Organisationen berücksichtigt. Ob die beiden Kantone erneut gemeinsam vorgehen, werden sie zum gegebenen Zeitpunkt diskutieren.

## **2 Einführung in die Spitallisten und ihre Bedeutung**

### **2.1 Grundlagen der Spitallisten**

Im Hinblick auf die gesetzliche Verpflichtung, die Versorgungsplanung zu koordinieren und in Kategorien gegliederte Spitallisten zu erstellen (KVG Art. 39 sowie KVV Art. 58e) haben die Kantone Zürich und Bern die Systematik der Spitalplanungsleistungsgruppen, kurz SPLG-Systematik, in wesentlichen Teilen entwickelt. Die SPLG-Systematik für die Akutsomatik (einschliesslich der Geburtshäuser) dient heute faktisch als schweizweite Grundlage der kantonalen Leistungsaufträge für die Spitallisten. Für die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation werden weiterhin kantonal unterschiedliche SPLG-Systematiken eingesetzt.

In der SPLG-Systematik wird das gesamte medizinische Leistungsspektrum der stationären Akutsomatik anhand von Diagnosen und Behandlungen in Leistungsgruppen unterteilt. Der Versorgungsbereich Akutsomatik umfasst 25 Leistungsbereiche mit insgesamt rund 140 Leistungsgruppen. Für die Geburtshilfe gibt es vier Leistungsgruppen:

- GEBH: Geburtshäuser (ab der 37. SSW)
- GEB1: Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35 0/7 SSW und GG  $\geq$  2000g)
- GEB1.1: Geburtshilfe (ab 32 0/7 SSW und GG  $\geq$  1250g)
- GEB1.1.1 Spezialisierte Geburtshilfe

Für jede Leistungsgruppe sind Anforderungen definiert. Diese stellen sicher, dass die Spitalleistungen in einer hochstehenden Qualität erbracht werden. Die allgemeinen Anforderungen gelten für alle Leistungsgruppen bzw. auf Ebene eines Spitals. Das Führen eines Qualitätssicherungssystems oder eine multiprofessionelle Austrittsplanung sind Beispiele für allgemeine Anforderungen. Andere Anforderungen sind leistungsgruppenspezifisch und betreffen zum Beispiel die Qualifikationen des ärztlichen Personals oder des Fachpersonals und die Ausstattung der Intensivstation. Auch Mindestfallzahlen sind leistungsgruppenspezifische Vorgaben.

Die Versorgungsplanung ist das zentrale kantonale Planungsinstrument für die spitalgebundene Gesundheitsversorgung. Sie legt Art und Umfang der für die bedarfsgerechte Versorgung der Wohnbevölkerung eines Kantons erforderlichen stationären Leistungen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie fest. Diese Leistungen werden mittels Leistungsaufträgen auf den Spitallisten für die Bevölkerung sichergestellt. Dabei dürfen die Kantone weder eine Über- noch eine Unterversorgung vorsehen (KVV 58a und 58b).

### **2.2 Vergabe von kantonalen Leistungsaufträgen für die Spitallisten**

Die SPLG-Systematiken (Gliederung der Spitallisten) und die Versorgungsplanung (bevölkerungsbezogene Ermittlung des Bedarfs an Spitalleistungen) bilden also die Grundlagen für die Spitallisten. Gestützt auf die Versorgungsplanung erteilen die Kantone standortbezogene spezifische Leistungsaufträge an die Spitäler. Die Leistungsaufträge widerspiegeln die Struktur der SPLG-Systematiken und sind zudem an Anforderungen geknüpft.

Spitäler mit einem oder mehreren kantonalen Leistungsaufträgen kommen auf die sogenannte Spitalliste. Ein Platz auf einer kantonalen Spitalliste bzw. ein kantonaler Leistungsauftrag berechtigt das Spital (bzw. das Geburtshaus), die entsprechenden Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abzurechnen und verpflichtet das Spital (bzw. das Geburtshaus) gleichzeitig, diese Leistungen für die Bevölkerung des Kantons anzubieten.

### **2.3 Prüfung der kantonalen Leistungsaufträge**

Die externe Qualitätssicherung der Spitalleistungen ist genauso wie die Planung und Erteilung der Leistungsaufträge eine hoheitliche Aufgabe der Kantone. Ob die Spitäler die mit den Leistungsaufträgen verknüpften Anforderungen erfüllen, haben die Kantone zu prüfen. Die Kantone sind derzeit dabei, ihre Prüfverfahren zu entwickeln und zu erproben.

Der Kanton Bern und der Kanton Zürich prüfen die Erfüllung der Anforderungen sowohl bei der Vergabe der Leistungsaufträge für die Spitalisten als auch nach der Erteilung der Leistungsaufträge. Zwar haben beide Kantone eigene Prüfverfahren. In ihrem Kern unterscheiden sie sich aber kaum: Beide Kantone prüfen, ob die Spitalbehandlungen im Einklang mit den erteilten Leistungsaufträgen erfolgen („Leistungsauftragscontrolling“) und ob die gestellten Anforderungen („Anforderungscontrolling“) erfüllt werden. Beide Kantone haben darüber hinaus Schritte eingeleitet zur Überwachung der Ergebnis- und Indikationsqualität („Qualitätscontrolling“).

Der Kanton Bern und der Kanton Zürich können bei Verstößen gegen die Leistungsverträge und ihre Anforderungen die Spitäler sanktionieren. Je nach gesetzlicher Grundlage und Schwere des Verstosses können sie einen Leistungsauftrag entziehen (zum Beispiel bei Verletzung von bestimmten Anforderungen), einen Leistungsauftrag aufheben (zum Beispiel bei Nicht-Erreichung von Mindestfallzahlen), eine Leistungsabrechnung zurückweisen (zum Beispiel bei Abrechnung eines Falles ohne entsprechenden Leistungsauftrag) oder eine Auflage aussprechen.

### 3 Kommentierte Ergebnisse und Hinweise für die Prüfung der Anforderungen durch die Behörden

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe dargestellt. Dies beinhaltet eine Beschreibung der Anforderungen, welche mit dem Leistungsauftrag an die Geburtshäuser (Leistungsauftrag Geburtshaus) verknüpft werden sollen. Im dazugehörigen Kommentar werden die Schwerpunkte der Anforderungen einschliesslich der Neuerungen gegenüber der SPLG-Version 2017 (Leistungsauftrag Geburtshaus) erläutert. Zudem finden sich Hinweise zur Anwendung der Anforderungen.

Weil die Kantone verpflichtet sind, Leistungsaufträge und die Einhaltung ihrer Anforderungen zu überprüfen, finden sich hier auch Hinweise zur Prüfung der Anforderungen. Diese Ergänzungen zeigen auf, welche Nachweise die Kantone von den Spitälern einfordern könnten, um die Erfüllung der Anforderungen zu prüfen. Der Kanton Bern und der Kanton Zürich verfügen über eine entsprechende gesetzliche Grundlage zur Einforderung von entsprechenden Daten<sup>6</sup>.

#### 3.1 Personelle Ausstattung des Geburtshauses

##### 3.1.1 Anforderungen

Die **Betriebsleitung** des Geburtshauses erfüllt folgende Voraussetzungen:

- Führungserfahrung
- Betriebswirtschaftliche Kenntnisse

Die **fachliche Leitung** des Geburtshauses bzw. der Hebammen obliegt einer Hebamme mit:

- Master of Science Hebamme (oder ein Äquivalent)
- Berufsausübungsbewilligung (BAB) für Hebammen

Die **personelle Ausstattung** für Schwangerschaftsberatung, Geburt und Wochenbett richtet sich grundsätzlich nach der Anzahl Geburten. Für die Sicherstellung eines GAV-konformen 24-Stundenbetriebs bei einer 7-Tage-Woche ist eine Mindestausstattung von 600 Stellenprozenten vorzuweisen. Darüber hinaus sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- 1 Hebamme mit BAB ist bei Bedarf jederzeit telefonisch erreichbar (Pikett) und innerhalb von 30 Minuten vor Ort.
- Die fachliche Leitung einer Geburt erfolgt durch eine diplomierte Hebamme.
- Gegen Ende der Austreibungsphase ist vor Ort eine doppelte Besetzung sicherzustellen bestehend aus einer diplomierten Hebamme und einer zweiten Fachperson (diplomierte Hebamme oder andere diplomierte Fachperson aus einem Pflegeberuf oder Lernende Hebamme im vierten Jahr des Bachelor-Studiums (Zusatzmodul B)).

##### 3.1.2 Kommentare

Die Unterscheidung der Qualifikation nach Betriebsleitung und fachlicher Leitung verdeutlicht die unterschiedlichen Anforderungen der beiden Aufgaben. Für die fachliche Leitung des Geburtshauses werden ein Master of Science Hebamme (oder ein Äquivalent) und eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) für Hebammen verlangt. Die Arbeitsgruppe ging davon aus,

---

<sup>6</sup> Die Prüfung der Qualität der Spitalleistungen von Listenbetrieben erfolgt auf der Grundlage des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, Art. 39) und dessen Verordnung (KVV, Art. 58b) sowie auf der Grundlage von kantonalen Gesetzen. Als kantonale gesetzliche Grundlage für Aufsichtsaufgaben und Datenlieferungspflichten dient dem Kanton Bern das Spitalversorgungsgesetz (SpVG, Art. 127) und dessen Verordnung (SpVV, Art. 48). Im Kanton Zürich liefert das Gesundheitsgesetz (GesG, Art. 37) und das Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SpFG, Art. 17, Art. 24 und Art. 25) die entsprechende gesetzliche Grundlage.

dass es längerfristig genügend Personen mit einem Master of Science Hebamme geben würde. Für die Betriebsleitung werden betriebswirtschaftliche Kenntnisse und Führungserfahrung vorausgesetzt, welche für den gegebenen Stellen- bzw. Funktionsumfang angemessen sind.

Die Unternehmen haben die Möglichkeit, eine standortübergreifende Betriebsleitung einzusetzen oder Betriebsleitung und fachliche Leitung in eine Führungsposition zusammenzulegen. Sollte die Führung von einer einzigen Person wahrgenommen werden, hat diese das gesamte Anforderungsprofil zu erfüllen (einschliesslich einem Master Hebamme oder Äquivalent und einer BAB).

Bei der Festlegung der personellen Voraussetzungen für die Betreuung der Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ist von einem Geburtshaus mit einem 24-Stundenbetrieb bei einer 7-Tage-Woche ausgegangen worden. Die Anforderungen definieren ein quantitatives und qualitatives Mindestmass für den Betrieb eines Geburtshauses in Abhängigkeit der Anzahl an betreuten Frauen. Geburtshäuser, welche eine grosse Anzahl an Frauen betreuen, müssen personell entsprechend höher ausgestattet werden.

Bei der Sicherstellung des erforderlichen Erfahrungshintergrunds des Hebammenteams kommt der BAB für Hebammen eine herausragende Rolle zu. Die Vergabe der BAB ist zwar kantonal geregelt. Die Vergabepraxis scheint jedoch weitgehend harmonisiert zu sein. Voraussetzungen für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung sind grundsätzlich ein anerkanntes Hebammendiplom sowie der Nachweis einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht nach Erhalt des Diploms. Eine BAB berechtigt Hebammen, ihre Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung in freier Praxis, in Spitälern oder Geburtshäusern auszuüben. Hebammen ohne BAB dürfen ihre Tätigkeit nur unter Aufsicht einer Hebamme mit BAB ausführen.

Eine BAB wird von der Arbeitsgruppe als geeignete Mindestanforderung beurteilt für die fachliche Leitung des Geburtshauses (siehe oben). Zudem sehen die Anforderungen vor, dass generell eine Hebamme mit BAB jederzeit telefonisch erreichbar (Pikett) und innerhalb von 30 Minuten im Geburtshaus verfügbar ist. Gegen Ende der Austreibungsphase wird eine doppelte Besetzung bestehend aus einer diplomierten Hebamme und einer weiteren Fachperson (diplomierte Hebamme oder andere diplomierte Fachperson aus einem Pflegeberuf oder Lernende Hebamme im vierten Jahr des Bachelor-Studiums (Zusatzmodul B)) als ausreichend angesehen.

Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sind im Einklang mit ausländischen Standards und Richtlinien für Geburtshäuser bzw. frei-praktizierende Hebammen. Dies obwohl sich in den Standards länderspezifische und andere besondere Rahmenbedingungen wieder spiegeln und sie sich bezüglich ihres Verwendungszwecks unterscheiden. So kennen die deutsche Qualitätsvereinbarung<sup>7</sup> und die Standards der American Association of Birth Centers<sup>8</sup> ebenfalls eine Trennung von betrieblicher und fachlicher Leitung. Ausbildungsabschlüssen und funktionale Äquivalente für die Berufsausübungsbewilligung (z.B. je nach Land unterschiedlich bezeichnet, zum Beispiel als Akkreditierung oder Zertifizierung) kommt in den konsultierten Standards und Richtlinien<sup>9</sup> ein hoher Stellenwert zu. Ebenso werden in der Re-

---

<sup>7</sup> Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012): Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung.

<sup>8</sup> American Association of Birth Centers (2017): Standards for Birth Centers

<sup>9</sup> Siehe die unter Fussnote 7 und 8 erwähnten Dokumente sowie:  
American College of Nurse-Midwives (2012): Core Competencies for Basic Midwifery Practice.  
Haute Autorité de santé (2014): Cahier de charges de l'expérimentation des maisons de naissance.  
The Royal College of Midwives (2016): The RCM standards for midwifery services in the UK

gel Anforderungen an personelle Mindestausstattung und Erfahrungshintergrund des Personals gestellt. Allerdings fallen diese bezüglich Differenzierungs- und Konkretisierungsgrad sehr unterschiedlich aus.

Neu gegenüber den Anforderungen an Geburtshäuser gemäss der SPLG-Version 2017 sind die spezifischen Anforderungen an die Betriebsleitung und an die fachliche Leitung. Auch die herausragende Rolle der BAB für die fachliche Leitung des Geburtshauses und die Begleitung der Geburten ist neu. Die übrigen personellen Voraussetzungen bewegen sich auf einem ähnlich hohen Anforderungsniveau.

Damit orientieren sich Differenzierungs- und Konkretisierungsgrad der Anforderungen an die personelle Ausstattung von Geburtshäusern nun stärker an den Gegebenheiten in den anderen Spitalplanungsleistungsgruppen. So wird in der Berner SPLG-Systematik für die Psychiatrie und in derjenigen für die Rehabilitation ebenfalls eine nicht-ärztliche Fachleitung verlangt. Anforderungen an das ärztliche Personal sind in allen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik gut etabliert. Sie wurden auf die Verhältnisse im Geburtshaus, in welchen die fachliche Verantwortung bei den Hebammen liegt, übertragen.

### **3.1.3 Hinweise für die Prüfung der Anforderungen**

Für den Nachweis der Führungsfunktion können die Behörden vom Geburtshaus Funktions- oder Stellenbeschriebe der betreffenden Personen einfordern. Bei einer standortübergreifenden Betriebsleitung sowie bei einer geteilten Führungsverantwortung (Betriebsleitung und fachliche Leitung werden von zwei Personen wahrgenommen) können sie weitere Belege und Auskünfte zur Regelung der Verantwortlichkeiten verlangen. Bei der Prüfung der fachlichen Qualifikationen ist die Verfügbarkeit von entsprechenden Fachpersonen angemessen zu berücksichtigen.

Die Prüfung der Sicherstellung eines GAV-konformen 24-Stundenbetriebs bei einer 7-Tage-Woche erfolgt über die Stellen- bzw. Einsatzpläne der Einrichtungen. Dabei ist der Umstand zu berücksichtigen, ob zum gegebenen Zeitpunkt Frauen zur Geburt angemeldet sind. Dies ermöglicht eine flexible Personalausstattung in Perioden ohne Geburtsanmeldungen sowie bei Neugründungen.

Um die Qualifikationen der Stelleninhaberinnen und -inhaber zu prüfen, können die Behörden die Zustellung von Lebensläufen, Kopien von Berufs- oder Studienabschlüsse oder den Nachweis über die Teilnahme an entsprechenden Weiter- und Fortbildungen verlangen und berufsgruppenspezifische Register konsultieren.

## **3.2 Infrastruktur des Geburtshauses**

### **3.2.1 Anforderungen**

Das Geburtshaus muss über eine räumliche Infrastruktur verfügen, welche ungestörte Untersuchungen und Besprechungen sowie Geburt und gegebenenfalls ein Wochenbett ermöglicht. Der Raumbedarf richtet sich nach der Anzahl Geburten pro Jahr.

Es muss eine apparative Ausstattung verfügen, die nicht nur die Durchführung einer komplikationslosen Geburt, sondern auch die Versorgung von Mutter und Kind bei nicht vorhersehbarer Komplikationen während und nach der Geburt bis zum Eintreffen einer Ärztin / eines Arztes oder Verlegung in eine Klinik ermöglicht.

Das Geburtshaus gewährleistet die gegebenenfalls erforderliche Versorgung der Mutter und des Neugeborenen mit Heilmitteln.

### **3.2.2 Kommentare**

Die Anforderungen an die Infrastruktur sind vergleichsweise wenig differenziert und kaum konkretisiert. Die Arbeitsgruppe schlägt eine kurze funktionale Beschreibung der Anforderungen vor. Danach gilt die Infrastruktur als zweckmässig, wenn sie eine sichere geburtshilfliche Nut-

zung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Verlegungen und Notfällen ermöglicht. Auf eine (abschliessende) Auflistung der benötigten Räumlichkeiten, der (wichtigsten) medizinischen Geräte, Apparate und Heilmittel wird verzichtet.

Mit dem Verzicht auf Listen wird der Differenzierungs- und Konkretisierungsgrad der Infrastruktur-Anforderungen an die Geburtshäuser demjenigen in den anderen Leistungsgruppen der SPLG-Systematiken angeglichen. Die Zürcher SPLG-Systematik für die Akutsomatik und die Berner SPLG-Systematiken für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie beinhalten grundsätzlich keine Listen für Räumlichkeiten, medizinische Geräte, Apparate oder Heilmittel. Auch die Standards der Joint Commission International<sup>10</sup> oder der Australian Commission on Safety and Quality in Health Care<sup>11</sup> führen keine Listen für die benötigten Räumlichkeiten, Apparate, Geräte und Heilmittel. Die entsprechenden Anforderungen werden in der Regel funktional definiert. Dies gilt auch für Standards für (hebammengeleitete) geburtshilfliche Einrichtungen. Beispielhaft dafür sind die Richtlinien der WHO<sup>12</sup>, der deutschen Qualitätsvereinbarung für hebammengeleitete Einrichtungen<sup>13</sup>, die Standards der The Royal College of Midwives<sup>14</sup>, die Anforderungen für Schaffung von Geburtshäusern im Rahmen von Modellversuchen der Haute Autorité de santé<sup>15</sup> oder die Standards der American Association of Birth Centers<sup>16</sup>. Eine funktionale Beschreibung der Anforderungen an die Infrastruktur der Geburtshäuser ist grundsätzlich im Einklang mit der im In- und Ausland etablierten Praxis.

### **3.2.3 Hinweise für die Prüfung der Anforderungen**

Zur Beurteilung der Zweckmässigkeit der Infrastruktur von Geburtshäusern behalten sich die Behörden bei Bedarf verschiedene Prüfschritte vor. Dazu gehört zum Beispiel die Inspektion der Räumlichkeiten durch Expertinnen und Experten und die Einsicht in Listen und Kontroll- und Wartungspläne. Auch die Befragung von Nutzenden (Schwangere bzw. Mütter, Geburtshauspersonal, Kooperationspartner), die Einsicht in die Ergebnisse von Fallbesprechungen oder Besprechungen von kritischen Zwischenfällen sind mögliche Prüfschritte.

## **3.3 Behandlungsprozesse im Geburtshaus**

### **3.3.1 Anforderungen**

In Bezug auf **Schwangerschaftskontrollen** gelten folgende Vorgaben:

---

<sup>10</sup> Joint Commission International (2013): Accreditation Standards for Hospitals.

<sup>11</sup> Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017): National Safety and Quality Health Service Standards. Second Edition.

<sup>12</sup> World Health Organization (2016): Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities.

<sup>13</sup> Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012): Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Qualitätsvereinbarung ergänzt die kurze funktionale Beschreibung durch ausführliche Listen für Räume, Apparate und Medikamente.

<sup>14</sup> The Royal College of Midwives (2016): The RCM standards for midwifery services in the UK.

<sup>15</sup> Haute Autorité de santé (2014): Cahier de charges de l'expérimentation des maisons de naissance.

<sup>16</sup> American Association of Birth Centers (2017): Standards for Birth Centers. Die funktionale Beschreibung der Standards betreffend Räumlichkeiten, Apparaten, Geräten und Heilmitteln fällt vergleichsweise detailliert aus.

- Vor Geburt findet mindestens eine Schwangerschafts-Kontrolle durch eine diplomierte Hebamme statt.
- Der Zeitpunkt der Schwangerschafts-Kontrolle ermöglicht eine sorgfältige Durchführung der notwendigen Abklärungen, die Berücksichtigung der Ergebnisse für die Geburtsplanung (Gesundheits-Assessment) und die Besprechung der Ergebnisse mit der Schwangeren (Aufklärungsgespräch).

In Bezug auf **Gesundheits-Assessments** (ehemals Anamnese) gelten folgende Vorgaben:

- Bei Aufnahme und Behandlung werden Mutter und Kind einem Gesundheits-Assessment unterzogen. Die allgemeinen und geburtsrelevanten Risiken sowie die Risiken für das Wochenbett werden systematisch identifiziert und bewertet. Bei Bedarf erfolgen weitere diagnostische Massnahmen und fachärztliche Konsilien.
- Im Rahmen des Gesundheits-Assessments erfolgt in der Regel mindestens eine detaillierte Ultraschall-Untersuchung. Bei Übertragung erfolgt in der Regel eine weitere Ultraschall-Untersuchung (vgl. etablierte Richtlinien).
- Das Geburtshaus legt die zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind indizierten Massnahmen an Teamkonferenzen (Hebammenboards) fest. Dabei berücksichtigt es die Informationen aus den fachärztlichen Konsilien.
- Das Geburtshaus legt die Grundsätze ihres Gesundheits-Assessments schriftlich fest.
- Das Kooperationshospital ist über die Grundsätze des Gesundheits-Assessments informiert (siehe Rubrik Kooperationen).

In Bezug auf die **Aufklärung** gelten folgende Vorgaben:

- Im Aufklärungsgespräch werden die Möglichkeiten und Grenzen des betreffenden Geburtshauses, das fallbezogene medizinische Risiko für Mutter und Kind sowie die Vorgehensweise bei Komplikationen bzw. Notfällen thematisiert.
- Das Geburtshaus gibt eine schriftliche Standardvereinbarung ab.
- Die Durchführung des Aufklärungsgesprächs und der Erhalt der Standardvereinbarung werden durch die Schwangere schriftlich bestätigt.

In Bezug auf den **Notfallplan bzw. den Verlegungsplan** gelten folgende Vorgaben:

- Das Geburtshaus stellt fallbezogen sicher, dass bei gebotener Verlegung von Mutter und / oder Kind der Transport in ein Spital mit Leistungsauftrag für die Geburtshilfe (Geb1) bzw. in ein Spital mit einem Leistungsauftrag Neonatologie (Neo 1) unverzüglich veranlasst wird.
- Das Geburtshaus verfügt über einen schriftlichen Notfallplan / Verlegungsplan. Dieser ist Bestandteil des Kooperationsvertrags (siehe Rubrik Kooperationen).

In Bezug auf **Kooperationen** gelten folgende Vorgaben:

- Das Geburtshaus kooperiert mit vor- und nachgelagerten Gesundheitseinrichtungen (z.B. Labor, Apotheke, frei praktizierende Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und -ärzte, Neonatologinnen und Neonatologen).
- Mit folgenden Partnern ist die Zusammenarbeit vertraglich vereinbart:
  - o einem Transportdienst für die Regelung der Zusammenarbeit bei Verlegungen (insbesondere bei Komplikationen bzw. Notfällen)
  - o einem Spital auf der Spitalliste, welches über einen Leistungsauftrag für Geburtshilfe verfügt, zur Aufnahme der Frau bzw. von Mutter und Kind zum Beispiel bei Komplikationen bzw. Notfällen
- Der Kooperationsvertrag regelt unter anderem:
  - o geburtshilfliche und andere medizinische Leistungen, samt ihrer zeitlichen Verfügbarkeit und Verantwortlichkeiten
  - o das Vorgehen bei Terminüberschreitung
  - o das Vorgehen bei Verlegung (Verlegungsmodalitäten)

- das Vorgehen bei Streptokokkeninfektion und neonataler Hypoglykämie
- Dokumentation, Informationsaustausch
- Jährlicher Austausch, insb. zu Verlegungen und Critical Incidents

In Bezug auf **Fortbildung** gelten folgende Vorgaben:

- Die im Geburtshaus tätigen Hebammen absolvieren alle zwei Jahre Kurse im Bereich der Reanimation von Neugeborenen und Erwachsenen.
- Notfall- und Verlegungsabläufe werden regelmässig überprüft und geübt.

### 3.3.2 Kommentare

Die Arbeitsgruppe erachtet ein systematisches Gesundheits-Assessment (ehemals Anamnese) als zentrale Vorgabe im Hinblick auf eine sichere Geburt für Mutter und Kind. Ihr Zweck ist eine frühzeitige Erkennung von fallbezogenen medizinischen Risiken für Mutter und Kind und eine entsprechende Planung von Massnahmen zur Minderung von Risiken (zum Beispiel Planung des Geburtssettings, Planung einer Verlegung vom Geburtshaus in ein Kooperationshospital). Damit wird vom Geburtshauspersonal eine umfassende Analyse der Situation verlangt. Darin fliessen sowohl die Ergebnisse der fallbezogenen Gesundheits-Assessments ein als auch die Rahmenbedingungen des Geburtshauses, wie zum Beispiel die Distanz zum Spital oder vertragliche Abmachungen mit Transportdiensten und Spitälern. Die Geburtshäuser sind ferner verpflichtet, die Grundsätze ihres Gesundheits-Assessments schriftlich festzulegen und das Kooperationshospital darüber zu informieren. Die Grundsätze beschreiben die Elemente des Gesundheits-Assessments und das Vorgehen bei Auffälligkeiten.

Im Hinblick auf eine sichere Geburt für Mutter und Kind erachtet die Arbeitsgruppe eine gute Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Gesundheitseinrichtungen als weiteres zentrales Element. Geburtshäuser, Rettungsdienste und Spitäler sind aufgefordert, gemeinsam verbindliche Lösungen zu erarbeiten, damit die Schnittstellen für Mutter und Kind kein Sicherheitsrisiko bergen. Entsprechend müssen Geburtshäuser mit den Transportdiensten und Spitälern Kooperationsverträge abschliessen und die Verlegungsmodalitäten festlegen.

Darüber hinaus werden weitere Elemente eingeführt, welche für die Sicherheit von Mutter und Kind relevant sind: Dazu gehören Vorgaben bezüglich Schwangerschaftskontrollen und Ultraschall-Untersuchungen genauso wie die Verpflichtung, im gebotenen Fall eine unverzügliche Verlegung zu veranlassen. Mit der Einführung von Hebammenboards – analog den Tumorboards oder anderer multidisziplinärer Konferenzen – wird sichergestellt, dass schwierige Entscheide auf eine breitere Erfahrungsbasis abgestützt werden. Die Fortbildungspflicht sorgt dafür, dass Reanimationen regelmässig geübt sowie Notfall- und Verlegungsprozesse regelmässig überprüft und geübt werden.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe sind Ultraschall-Untersuchungen unerlässlich. Allerdings müsse das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren respektiert werden. Sie war sich zudem darin einig, dass sich die Anforderungen in Bezug auf Ultraschall-Untersuchungen an etablierten Richtlinien orientieren sollen. Diese böten Orientierung zu Zeitpunkt und Zweck von Ultraschall-Untersuchungen, auch wenn zeitliche Aspekte etwas variierten.<sup>17</sup> Die offene Formulierung von Anforderungen in Bezug auf Ultraschall-Untersuchungen trägt diesen Umständen Rechnung. Gleichzeitig bleibt das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren gewahrt.

Einige rechtliche Aspekte erscheinen der Arbeitsgruppe derart wichtig, dass sie trotz bestehender Regelung als konkrete Anforderungen formuliert wurden. Die Durchführung eines Aufklärungsgesprächs, die Abgabe einer Standardvereinbarung und die dazugehörige schriftliche

---

<sup>17</sup> Dies lässt sich beispielhaft an den Leitlinien und Empfehlungen zum Vorgehen bei Terminüberschreitung zeigen. Siehe dazu den Artikel von Loytved Christine, Roth Christina, Hoffmann Katja (2015), in welchem die Leitlinien der DGGG und des Deutschen Hebammenverbands dargestellt sind, oder die vergleichende Darstellung der Leitlinien des NICE und der DGGG in Deutscher Hebammenverband (2012), Seite 20.

Einwilligung der Schwangeren stellen sicher, dass die Schwangeren ausreichend aufgeklärt werden und ihre Einwilligung rechtsgültig ist. Es ist aus Sicht der Behörden wünschenswert, dass die Grundlagen für die Aufklärung und die Einverständniserklärung unter Einbezug der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz erarbeitet werden.

Im Vergleich zu den Anforderungen an Geburtshäuser gemäss der SPLG-Version 2017 wurden die Anforderungen an die Prozesse insgesamt erweitert. Anforderungen sind neu hinzugekommen (z.B. Gesundheits-Assessment) und bestehende Anforderungen wurden ausgebaut (z.B. Kooperationen). Der Ausbau der Prozessanforderungen bewirkt eine Angleichung an die Anforderungen in den anderen Leistungsgruppen der SPLG-Systematiken.

Die Fokussierung auf Behandlungsprozesse und ihre Differenzierung sind im Einklang mit ausländischen allgemeinen Standards<sup>18</sup>, mit Standards für hebammengeleitete geburtshilfliche Einrichtungen<sup>19</sup> sowie mit Richtlinien und Qualitätsstandards des National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<sup>20</sup>.

### 3.3.3 Hinweise für die Prüfung der Anforderungen

Zur Prüfung der Prozessanforderungen können die Behörden verschiedene Nachweise einfordern. Dazu gehören die Grundsätze des Gesundheits-Assessments, die Notfall- und Verletzungspläne, die Kooperationsverträge und die Standardvereinbarung.

Die Behörden behalten sich bei Bedarf weitere Prüfschritte vor: Für die Prüfung, ob die vorgegebenen Prozesse Teil des gelebten Alltags im Geburtshaus sind, können sie Belege zum Beispiel für die Durchführung von Hebammenboards, von Trainings oder des jährlichen Austauschs mit den Kooperationspartnern einfordern und zusätzliche Auskünfte verlangen. Zur Überprüfung der fallbezogenen Einhaltung der Vorgaben (Durchführung der Schwangerschaftskontrollen, Ultraschall-Untersuchungen oder Aufklärungsgespräche) können die Behörden Einblick in die Behandlungsdokumentation verlangen.

## 3.4 Ein- und Ausschlusskriterien für eine Behandlung im Geburtshaus

### 3.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende **Einschlusskriterien** wurden festgelegt:

- Für die Aufnahme zur Geburt:
  - Physiologischer Schwangerschaftsverlauf
  - Voraussichtlich physiologische Geburt zwischen  $SSW \geq 37.0$  und  $SSW \leq 42.0$
  - Einling in Schädellage

---

<sup>18</sup> Siehe Fussnoten 10 bis 12.

<sup>19</sup> Siehe Fussnoten 13 und 14 sowie American College of Nurse-Midwives (2011): Standards for the Practice of Midwifery.

<sup>20</sup> Siehe

National Institute for Health and Care Excellence (2008): Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline (CG62). Last updated: January 2017.

National Institute for Health and Care Excellence (2012): Antenatal care. NICE quality standard (QS22). Last updated: April 2016.

National Institute for Health and Care Excellence (2013): Postnatal care. NICE quality standard (QS37). Last updated: June 2015.

National Institute for Health and Care Excellence (2017): Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). Published date: December 2014. Last updated; February 2017.

- Bei voraussichtlicher Geburt in SSW  $\geq 41.0$  erfolgt vorgängig eine Rücksprache mit dem Spital oder der Fachärztin bzw. dem Facharzt. In der Regel erfolgt ein Ultraschall (vgl. etablierte Richtlinien, siehe Rubrik Gesundheits-Assessment).
- Für die Aufnahme ins Wochenbett:
  - Gesunde Kinder
  - Kind nach Möglichkeit  $> 2.0$  kg
  - Für die Aufnahme ins Wochenbett vom Akutspital aus: Verlegung in Absprache mit dem Spital

Folgende **relative Einschlusskriterien** wurden festgelegt:

- Status nach transmuralen Operationen (einschliesslich Status nach Sectio)
- Allgemeine Erkrankungen.

Je nach Ergebnis des Gesundheits-Assessments ist in diesen Fällen eine Aufnahme möglich.

Folgende **Ausschlusskriterien** wurden festgelegt:

- Voraussichtliche Geburt vor SSW  $< 37.0$  oder nach SSW  $> 42.0$
- Lageanomalien
- Mehrlinge
- Placenta Praevia

### 3.4.2 Kommentare

Die vorgeschlagenen Ein- und Ausschlusskriterien beschreiben im Wesentlichen Voraussetzungen, unter welchen eine risikoarme physiologische Geburt bzw. ein komplikationsfreies Wochenbett wahrscheinlich ist. So haben Schwangere mit geringen Komplikationsrisiken die Möglichkeit zwischen ausserklinischen und klinischen Geburtssettings zu wählen, also zum Beispiel zwischen einem Geburtshaus und einem klinischen Setting.

Die Ein- und Ausschlusskriterien gelten nicht für sich. Sie sind in Kombination mit den Behandlungsprozessen (insbesondere Schwangerschaftskontrollen, Gesundheits-Assessments, Notfall- und Verlegungspläne) anzuwenden. Dies schafft die Voraussetzung, dass Geburtshäuser Schwangere mit Status nach transmuralen Operationen (zum Beispiel Status nach Sectio) oder Schwangere mit allgemeinen Erkrankungen je nach Ergebnis des Gesundheits-Assessments aufnehmen dürfen. Dies war mit der SPLG-Version 2017 zum Vornherein ausgeschlossen; die Regelung war jedoch umstritten<sup>21</sup>.

Wie schon bei den Behandlungsprozessen misst die Arbeitsgruppe auch bei der Anwendung der (relativen) Einschlusskriterien einer guten Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie mit den Spitälern einen hohen Stellenwert bei. Der multiprofessionelle Ansatz ermöglicht, dass schwierige Entscheide auf eine breitere Erfahrungsbasis abgestützt werden. Wenn sich die Schwangeren im Rahmen dieser Abklärungen besser über Behandlungsalternativen informieren und an der Entscheidungsfindung partizipieren können, stärkt dies auch die Stellung der Schwangeren.

Im Vergleich zur SPLG-Version 2017 wurden die relativen Einschlusskriterien und die Ausschlusskriterien gelockert. Dies war möglich, weil gleichzeitig das Qualifikationsniveau des Personals und die Anforderungen an die Behandlungsprozesse erhöht wurden. Davon abgesehen überwiegen jedoch die Gemeinsamkeiten: In beiden Versionen setzt eine Aufnahme im Geburtshaus ein physiologischer Schwangerschaftsverlauf, eine voraussichtliche physiologische Geburt zwischen der 37. und 41. Schwangerschaftswoche sowie das Vorliegen eines Einlings in normaler Lage voraus.

---

<sup>21</sup> Siehe Gynécologie suisse (2013), Kanton Zürich (2015), Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz und des Schweizerischen Hebammenverbands (2013) sowie Terra Alta (2016).

Die Arbeitsgruppe hat die Ein- und Ausschlusskriterien im Einklang mit der etablierten Praxis und anerkannten Richtlinien und Standards<sup>22</sup> festgelegt. Insbesondere ist eine vaginale Entbindung in einem Geburtshaus nach einem früheren Kaiserschnitt nicht zum Vornherein aus Sicherheitserwägungen ausgeschlossen. So können Frauen mit Status nach einem Kaiserschnitt erneut die Wahl des Geburtsortes prüfen. Dieses setzt eine informierte Entscheidung als Grundsatz voraus.

Die Regulierungen in den USA, in England und in Australien sowie in Deutschland und Frankreich schränken die Wahlmöglichkeiten bezüglich der Geburtssettings für Schwangere mit Status nach Sectio nicht grundsätzlich ein. Dies basiert auf einem anerkannten Bericht einer unabhängigen Expertinnen- und Expertengruppe aus dem Jahr 2010<sup>23</sup> sowie eine Konsensklärung des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, des American College of Obstetricians and Gynecologists und des National Institutes of Health (NIH) bezüglich der vaginalen Entbindung nach Kaiserschnitt.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> In Ergänzung zu den Richtlinien und Standards aus Fussnote 19 und 20:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2014): Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. 2010 erstellt und 2014 überarbeitet. Im Jahr 2017 war eine Überprüfung geplant.

Gynécologie suisse (2015): Guideline Sectio Caesarea

Gynécologie suisse (SGGG), Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR), Schweizerischer Hebammenverband (SHV), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA) (2016): Interdisziplinäre Empfehlungen für die neonatale Erstversorgung. In: Swiss Medical Forum 2016;16(44):938–942.

Ergänzend sei erwähnt, dass im deutschsprachigen Raum derzeit zwei medizinische Leitlinien zur Thematik der Kaiserschnittentbindungen in Erarbeitung sind (Webseiten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF).

<sup>23</sup> National Institutes of Health (2010): NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Auszug:

Given the available evidence, trial of labor is a reasonable option for many pregnant women with one prior low transverse uterine incision. The data reviewed in this report show that both trial of labor and elective repeat cesarean delivery for a pregnant woman with one prior transverse uterine incision have important risks and benefits and that these risks and benefits differ for the woman and her fetus. This poses a profound ethical dilemma for the woman, as well as her caregivers, because benefit for the woman may come at the price of increased risk for the fetus and vice versa.

One of the panel's major goals is to support pregnant women with one prior transverse uterine incision to make informed decisions about trial of labor compared with elective repeat cesarean delivery. (...) Information, including risk assessment, should be shared with the woman at a level and pace that she can understand. When trial of labor and elective repeat cesarean delivery are medically equivalent options, a shared decisionmaking process should be adopted and, whenever possible, the woman's preference should be honored.

<sup>24</sup> Siehe die Webseite des Royal College of Obstetricians and Gynecologists auf <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45/>:

Planned vaginal birth after cesarean (VBAC) is a clinically safe choice for the majority of women with a single previous lower segment caesarean delivery. Such a strategy is also supported by health economic modelling and would also at least limit any escalation of the caesarean delivery rate and maternal morbidity associated with multiple caesarean deliveries.

### **3.4.3 Hinweise für die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien**

Anhand der Medizinischen Statistik können die Behörden die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien überprüfen. Die Analyse erfolgt dabei auf aggregierter Ebene.

Bei Bedarf – zu Beispiel bei einem gehäuften Auftreten von nicht-regelkonformen Fällen – können die Behörden eine vertiefte Analyse veranlassen und in diesem Zusammenhang weitere Prüfschritte anordnen (z.B. Einblick in die Behandlungsdokumentation).

## 4 Stellungnahmen zum Arbeitsbericht

### 4.1 Gesamtbeurteilung des Arbeitsberichts: Zusammenfassung der Stellungnahmen

Insgesamt sind 18 Stellungnahmen eingetroffen. Elf Stellungnahmen, darunter die Stellungnahme des Zentralvorstands des Schweizerischen Hebammenverbands und acht kantonale Sektionen<sup>25</sup> sowie die Stellungnahmen der ZHAW und der BFH stützten die Vorgehensweise des Kantons Zürich und Bern sowie die Ergebnisse des Arbeitsberichts. Der Arbeitsbericht sei fundiert und würde die Konsensorientierung aller Beteiligten abbilden. Ihre Kritik zielt darauf ab, die Anforderungen, Einschluss- und Ausschlusskriterien redaktionell zu präzisieren, um Missverständnissen vorzubeugen. Des Weiteren halten sie fest, dass es jederzeit möglich sein sollte, Einzelfälle ausserhalb von Ein- und Ausschlusskriterien betreuen zu können. Der SHV-Zentralvorstand und mehrere Sektionen halten es schliesslich für wichtig, dass in einem nächsten Schritt Anforderungen an hebammengeleitete Abteilungen im Spital festgelegt werden. Sie weisen zudem darauf hin, dass der Kanton den Geburtshäusern bzw. Hebammen ein Direktzugang zu rezeptpflichtigen Medikamenten gewährt wird. Schliesslich sind sie der Meinung, dass sich die Kantone für marktgerechte Taxpunktwerte einsetzen sollten.

Die BFH und die ZHAW sehen im Arbeitsbericht einen Beitrag zur Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe. Aus ihrer Sicht erhalten die Geburtshäuser einen klaren Rahmen in der Grundversorgung. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass die Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe noch nicht abgeschlossen ist und die Umsetzung weiterer Massnahmen ansteht. Explizit erwähnt wird die Formulierung von Anforderungen an hebammengeleitete Abteilungen im Spital.

Sieben Stellungnahmen enthielten mehrheitlich kritische Voten. Dazu gehören die Stellungnahmen der SHV-Sektion Zürich, der SHV-Sektion Geburtshäuser, der IGGH-CH® sowie die inhaltlich praktisch deckungsgleichen Stellungnahmen von drei Geburtshäusern.<sup>26</sup> Die SHV-Sektion Geburtshäuser und die SHV-Sektion Zürich sind mit den Grundsätzen des Gesundheits-Assessments zwar einverstanden. Sie wünschen jedoch eine deutliche Lockerung der Ein- und Ausschlusskriterien und weniger konkret formulierte Anforderungen an die Kooperation. Sie befürchten, dass die Anforderungen die Eröffnung neuer Geburtshäuser erschweren würden. Ihrer Meinung nach widerspreche dies den Zielen der beiden politischen Postulate im Kanton Bern und Kanton Zürich. Die SHV-Sektion Zürich regt deshalb an, dass die Kantone Zürich und Bern prüfen, ob übergeordnete Rahmenbedingungen für die hebammengeleitete Geburtsbetreuung im Spital zusammen mit einer Arbeitsgruppe ausgearbeitet werden.

Die IGGH-CH® begrüsst das Vorgehen des Kantons Zürich und des Kantons Bern. Sie hält jedoch fest, dass der vorliegende Stand des Arbeitsberichts trotz grundsätzlicher Unterstützung durch die IGGH-CH® innerhalb der Geburtshäuser noch nicht konsensfähig sei. Sie bedauert, dass statt der politisch geforderten Förderung, den Geburtshäusern neue Einschränkungen auferlegt würden.

Die drei Geburtshäuser fordern die Lockerung der Ein- und Ausschlusskriterien und die Aufhebung der Anforderungen an die Kooperation. Sie stellen ganz grundsätzlich in Abrede, dass die Behörden derartige Bestimmungen erlassen dürften und halten die bestehenden Regulierungen für ausreichend. Des Weiteren wird Kritik an der Vorgehensweise, der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, an den bearbeiteten Fragestellungen und den präsentierten Ergebnissen geäussert. Die drei Geburtshäuser lehnen den Arbeitsbericht ausdrücklich ab.

Die SGGG begrüsst, dass verbindliche Regelungen für den Betrieb von Geburtshäusern in der Schweiz unter Berücksichtigung fachlicher Aspekte erarbeitet wurden. Sie moniert das

---

<sup>25</sup> Acht kantonale Sektionen des Schweizerischen Hebammenverbands: SHV-Sektion beider Basel; SHV-Sektion Kanton Bern; SHV-Sektion Kanton Fribourg; SHV-Sektion Ostschweiz; SHV-Sektion Schwyz; SHV-Sektion Valais romand; SHV-Sektion VD-NE-JU; SHV-Zentralschweiz.

<sup>26</sup> Geburtshaus Luna; Geburtshaus Delphys; Geburtshaus Zürich Oberland.

Fehlen von klaren und konkreten Ein- und Ausschlusskriterien sowie von klaren und konkreten Verlegungskriterien. Für die SGGG ist es inakzeptabel, dass Frauen mit vorausgegangenem Kaiserschnitt ein Kind in einem Geburtshaus gebären können. Dies laufe der Empfehlung, welche sie zusammen mit der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz herausgegeben haben, diametral entgegen. Die SGGG ist schliesslich der Meinung, dass der Arbeitsbericht zwingend auch der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation hätte vorgelegt werden sollen.

## **4.2 Prüfung des Anpassungsbedarfs**

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und das Spitalamt des Kantons Bern haben die Stellungnahmen sorgfältig geprüft. Sie sind der Meinung, dass mit dem Vorschlag der Arbeitsgruppe ein Fortschritt erzielt wurde: Die neuen Vorgaben werden den beruflichen Kompetenzen der Hebammen gerechter als die alte Lösung. Sie rücken das Gesundheits-Assessment und eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Geburtshäusern und vor- und nachversorgenden Einrichtungen in den Vordergrund. Ebenso wird das Selbstbestimmungsrecht der Frauen stärker gewichtet. Mehrere beteiligte Organisationen anerkennen, dass ein klarer und verbindlicher Rahmen für die Geburtshäuser geschaffen wurde. Die Vorgaben wurden im Konsens mit den Arbeitsgruppenmitgliedern erarbeitet. Auch der Differenzierungs- und Konkretisierungsgrad der Anforderungen an Geburtshäuser hat sich denjenigen in den anderen Versorgungsbereichen – also in den Leistungsbereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation – angenähert.

Aus diesen Gründen halten die Behörden grundsätzlich an der von der Arbeitsgruppe im Konsens erarbeiteten Lösung fest. Sie lehnen eine Lockerung der Anforderungen vorerst genauso ab wie strengere Vorgaben bei den Ein- und Ausschlusskriterien. Für den Gesamtbericht wurde der Vorschlag der Arbeitsgruppe punktuell redaktionell überarbeitet und inhaltlich präzisiert. Diese Änderungen wurden mit der Arbeitsgruppe am 7. November 2018 diskutiert und verabschiedet.

Vorschläge, welche nicht in die Anforderungen und Ein- und Ausschlusskriterien eingeflossen sind, werden in Absprache mit der Arbeitsgruppe in Abschnitt 4.3 erläutert. Damit stehen sie den Behörden, Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften sowie ihren Mitgliedern für eine Weiterentwicklung der Anforderungen und Einschluss- und Ausschlusskriterien zur Verfügung.

Schliesslich nehmen die Behörden zur Kenntnis, dass die Erarbeitung von übergeordneten Rahmenbedingungen für die hebammengeleitete Geburtsbetreuung im Spital sowie die Umsetzung von weiteren Massnahmen zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe erwünscht werden. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und des Spitalamts des Kantons Bern werden dies bei der Fortsetzung der Arbeiten berücksichtigen.

## **4.3 Anforderungen und Einschluss- und Ausschlusskriterien: Nicht berücksichtigte Vorschläge**

Die IGGH-CH®, die SHV-Sektion Zürich, die SHV-Geburtshäuser sowie die drei Geburtshäuser forderten, dass die Anforderungen an die personelle Ausstattung und an die Infrastruktur ersatzlos gestrichen werden. Dies liege im alleinigen Verantwortungsbereich der Unternehmensführung und bedürfe keiner weiteren Regulierung. Unumstritten war einzig die Anforderung, dass es bei einer Geburt gegen Ende der Austrittsphase eine Doppelbesetzung braucht. Über das Qualifikationsniveau der zweiten Fachperson gingen die Meinungen auseinander: Die IGGH und zwei Geburtshäuser sind der Meinung, dass eine Studierende bzw. ein Studierender diese Funktion übernehmen kann.

Die drei Geburtshäuser äusserten sich zur Ausgestaltung der Prozess-Anforderungen sehr kritisch: In ihren Stellungnahmen wurde die ersatzlose Streichung der Anforderungen an das Gesundheits-Assessment, an die Aufklärung und an den Notfall- und Verlegungsplänen gefordert. Sie verwiesen auf die zentrale Stellung des Auftragsverhältnisses zwischen Geburtshaus und Klientin (Obligationenrecht), das KVG und KVV sowie die kantonalen Gesundheitsgesetze (zum Beispiel SpVG im Kanton Bern oder Gesundheitsgesetz im Kanton Zürich). Eine

stärkere Regulierung sei überflüssig, stelle einen Eingriff in die beruflichen Kompetenzen der Hebammen dar und schränke deren Wirtschaftsfreiheit ein. Ausserdem fehle dafür die rechtliche Grundlage. Die IGGH-CH®, die SHV-Sektion Zürich und die SHV-Geburtshäuser waren mit der Ausgestaltung der Prozess-Anforderungen grundsätzlich einverstanden. Sie hätten es jedoch vorgezogen, die Grundsätze des Gesundheits-Assessment nicht mit dem Kooperationshospital abzustimmen. Demgegenüber hatte die BFH die Abstimmung des Gesundheits-Assessments mit dem Kooperationshospital explizit begrüsst.

Bezüglich der Anforderungen an die Kooperation hielten die meisten Stellungnahmen – darunter auch Stellungnahmen von SHV-Sektionen – explizit fest, dass eine von gegenseitigem Respekt geprägte Kooperation auf Augenhöhe unerlässlich sei. Zudem sei es wichtig, dass Geburtshäuser gewisse Konzepte eigenverantwortlich festlegen könnten (also ohne Absprache mit dem Kooperationspartner). Die BFH ihrerseits ist der Meinung, dass für den Kooperationsvertrag ein abgesprochenes Gesundheits-Assessment eigentlich ausreichend sei.

Die IGGH-CH®, die SHV-Sektion Zürich und die drei Geburtshäuser lehnten eine Differenzierung der Anforderungen zur Kooperation grundsätzlich ab. Ebenso weisen sie eine Regulierung der Fortbildung (Besuch von Reanimationskursen, Prüfen und Üben der Notfall- und Verlegungsabläufe) zurück.

Die IGGH-CH® und die SHV-Sektion Geburtshäuser sowie die SHV-Sektion Zürich und die drei Geburtshäuser lehnten auch die Einschluss- und Ausschlusskriterien mehr oder weniger explizit ab. Ihrer Meinung nach liegt die Verantwortung zur Aufnahme einer Klientin im Zuständigkeitsbereich der Geburtshäuser. Für sie ist wichtig, dass die Selbstbestimmung der Frauen respektiert wird. Zudem waren sie der Meinung, dass die Einschlusskriterien nicht so klar formuliert seien wie in der Zürcher Version 2017.1. Die BFH ihrerseits sprach sich ganz allgemein für weniger detaillierte Einschluss- und Ausschlusskriterien aus.

In Bezug auf die Aufnahme von Frauen nach einer Kaiserschnittentbindung schlug eine SHV-Sektion vor, dass eine Aufnahme ins Geburtshaus nur dann zu erlauben sei, wenn die Frau nach der Kaiserschnittentbindung eine vaginale Geburt in einem Spital gehabt hätte.

Auch zum Vorgehen bei Terminüberschreitung gab es Anregungen: Die ZHAW fand, dass bei einer voraussichtlichen Geburt ab der SSW 41.0 und vor 42.0 keine Rücksprache mit einer Fachärztin oder einem Facharzt notwendig sei, sofern keine weiteren Risikofaktoren vorlägen. Der Zentralvorstand und viele SHV-Sektionen regten an, dass das Vorgehen bei Terminüberschreitung im Kooperationsvertrag festgelegt werden solle.

Aus Sicht der SGGG ist es wie bereits erwähnt inakzeptabel, dass Frauen nach einer vorgängigen Kaiserschnittentbindung ins Geburtshaus aufgenommen werden. Gestützt auf NICE (2017) schlägt sie konkrete Einschlusskriterien vor: Ein Teil der Kriterien deckte sich mit den vorliegenden Anforderungen (Geburt zwischen der 37. und 41. Schwangerschaftswoche, physiologischer Schwangerschaftsverlauf, Lage des Kindes, spontaner Wehenbeginn). Nicht als explizite Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien festgelegt sind jedoch Hämoglobin- oder BMI-Werte, ernsthafte körperliche Beschwerden, vorausgegangene Komplikationen, welche sich bei einer Geburt wiederholen können (z.B. Status nach Sectio, peripartale Hämorrhagie und Schulterdystokie) sowie relevante Schwangerschaftskomplikationen (z.B. eine Präeklampsie, eine intrauterine Wachstumsretardierung oder eine Cholestase). Zudem schlägt die SGGG konkrete Verlegungskriterien vor, wie ein protrazierter Geburtsverlauf, persistierende fetale Herztonanomalien, ein mehr als 24 Stunden zurückliegender Blasensprung, Infektionszeichen, Blutungen während der Geburt oder postpartale Hämorrhagie. Aus Sicht der SGGG ist schliesslich eine behördliche Festlegung einer Entscheidungs-Entbindungszeit für eine im Geburtshaus begonnene Geburt wünschenswert<sup>27</sup> – analog der Regelung in den anderen geburtshilflichen Spitalplanungs-Leistungsgruppen.

---

<sup>27</sup> Vergleiche Gynécologie suisse (2015): Guideline Sectio Caesarea ([https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/2\\_Guidelines/De/Guideline\\_Sectio\\_Caesarea\\_2015.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf))



# Anhang 1: Aufstellung der Anforderungen sowie der Ein- und Ausschlusskriterien für Geburtshäuser

## A) Personelle Ausstattung des Geburtshauses

### Betriebsleitung:

- Führungserfahrung
- Betriebswirtschaftliche Kenntnisse

**Fachliche Leitung** des Geburtshauses bzw. der Hebammen obliegt einer Hebamme mit:

- Master of Science Hebamme (oder ein Äquivalent)
- Berufsausübungsbewilligung (BAB) für Hebammen

**Personelle Ausstattung** für Schwangerschaftsberatung, Geburt und Wochenbett: Sie richtet sich grundsätzlich nach der Anzahl Geburten. Für die Sicherstellung eines GAV-konformen 24-Stundenbetriebs bei einer 7-Tage-Woche ist eine Mindestausstattung von 600 Stellenprozenten vorzuweisen. Darüber hinaus sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- 1 Hebamme mit BAB ist bei Bedarf jederzeit telefonisch erreichbar (Pikett) und innerhalb von 30 Minuten vor Ort.
- Die fachliche Leitung einer Geburt erfolgt durch eine diplomierte Hebamme.
- Gegen Ende der Austreibungsphase ist vor Ort eine doppelte Besetzung sicherzustellen bestehend aus einer diplomierten Hebamme und einer zweiten Fachperson (diplomierte Hebamme oder andere diplomierte Fachperson aus einem Pflegeberuf oder Lernende Hebamme im vierten Jahr des Bachelor-Studiums (Zusatzmodul B)).

## B) Infrastruktur des Geburtshauses

Das Geburtshaus muss über eine räumliche Infrastruktur verfügen, welche ungestörte Untersuchungen und Besprechungen sowie Geburt und gegebenenfalls ein Wochenbett ermöglicht. Der Raumbedarf richtet sich nach der Anzahl Geburten pro Jahr.

Es muss eine apparative Ausstattung verfügen, die nicht nur die Durchführung einer komplikationslosen Geburt, sondern auch die Versorgung von Mutter und Kind bei nicht vorhersehbaren Komplikationen während und nach der Geburt bis zum Eintreffen einer Ärztin / eines Arztes oder Verlegung in eine Klinik ermöglicht.

Das Geburtshaus gewährleistet die gegebenenfalls erforderliche Versorgung der Mutter und des Neugeborenen mit Heilmitteln.

## C) Behandlungsprozesse im Geburtshaus

### Schwangerschaftskontrollen:

- Vor Geburt findet mindestens eine Schwangerschafts-Kontrolle durch eine diplomierte Hebamme statt.
- Der Zeitpunkt der Schwangerschafts-Kontrolle ermöglicht eine sorgfältige Durchführung der notwendigen Abklärungen, die Berücksichtigung der Ergebnisse für die Geburtsplanung (Gesundheits-Assessment) und die Besprechung der Ergebnisse mit der Schwangeren (Aufklärungsgespräch).

### **Gesundheits-Assessments:**

- Bei Aufnahme und Behandlung werden Mutter und Kind einem Gesundheits-Assessment unterzogen. Die allgemeinen und geburtsrelevanten Risiken sowie die Risiken für das Wochenbett werden systematisch identifiziert und bewertet. Bei Bedarf erfolgen weitere diagnostische Massnahmen und fachärztliche Konsilien.
- Im Rahmen des Gesundheits-Assessments erfolgt in der Regel mindestens eine detaillierte Ultraschall-Untersuchung. Bei Übertragung erfolgt in der Regel eine weitere Ultraschall-Untersuchung (vgl. etablierte Richtlinien).
- Das Geburtshaus legt die zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind indizierten Massnahmen an Teamkonferenzen (Hebammenboards) fest. Dabei berücksichtigt es die Informationen aus den fachärztlichen Konsilien.
- Das Geburtshaus legt die Grundsätze ihres Gesundheits-Assessments schriftlich fest.
- Das Kooperationsspital ist über die Grundsätze des Gesundheits-Assessments informiert (siehe Rubrik Kooperationen).

### **Aufklärung:**

- Im Aufklärungsgespräch werden die Möglichkeiten und Grenzen des betreffenden Geburtshauses, das fallbezogene medizinische Risiko für Mutter und Kind sowie die Vorgehensweise bei Komplikationen bzw. Notfällen thematisiert.
- Das Geburtshaus gibt eine schriftliche Standardvereinbarung ab.
- Die Durchführung des Aufklärungsgesprächs und der Erhalt der Standardvereinbarung werden durch die Schwangere schriftlich bestätigt.

### **Notfallplan bzw. den Verlegungsplan:**

- Das Geburtshaus stellt fallbezogen sicher, dass bei gebotener Verlegung von Mutter und / oder Kind der Transport in ein Spital mit Leistungsauftrag für die Geburtshilfe (Geb1) bzw. in ein Spital mit einem Leistungsauftrag Neonatologie (Neo 1) unverzüglich veranlasst wird.
- Das Geburtshaus verfügt über einen schriftlichen Notfallplan / Verlegungsplan. Dieser ist Bestandteil des Kooperationsvertrags (siehe Rubrik Kooperationen).

### **Kooperationen:**

- Das Geburtshaus kooperiert mit vor- und nachgelagerten Gesundheitseinrichtungen (z.B. Labor, Apotheke, frei praktizierende Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und -ärzte, Neonatologinnen und Neonatologen).
- Mit folgenden Partnern ist die Zusammenarbeit vertraglich vereinbart:
  - o einem Transportdienst für die Regelung der Zusammenarbeit bei Verlegungen (insbesondere bei Komplikationen bzw. Notfällen)
  - o einem Spital auf der Spitalliste, welches über einen Leistungsauftrag für Geburtshilfe verfügt, zur Aufnahme der Frau bzw. von Mutter und Kind zum Beispiel bei Komplikationen bzw. Notfällen
- Der Kooperationsvertrag regelt unter anderem:
  - o geburtshilfliche und andere medizinische Leistungen, samt ihrer zeitlichen Verfügbarkeit und Verantwortlichkeiten
  - o das Vorgehen bei Terminüberschreitung
  - o das Vorgehen bei Verlegung (Verlegungsmodalitäten)
  - o das Vorgehen bei Streptokokkeninfektion und neonataler Hypoglykämie
  - o Dokumentation, Informationsaustausch

- Jährlicher Austausch, insb. zu Verlegungen und Critical Incidents

#### **Fortbildung:**

- Die im Geburtshaus tätigen Hebammen absolvieren alle zwei Jahre Kurse im Bereich der Reanimation von Neugeborenen und Erwachsenen.
- Notfall- und Verlegungsabläufe werden regelmässig überprüft und geübt.

### **D) Ein- und Ausschlusskriterien für eine Behandlung im Geburtshaus**

#### **Einschlusskriterien:**

- Für die Aufnahme zur Geburt:
  - Physiologischer Schwangerschaftsverlauf
  - Voraussichtliche physiologische Geburt zwischen SSW  $\geq 37.0$  und SSW  $\leq 42.0$
  - Einling in Schädellage
  - Bei voraussichtlicher Geburt in SSW  $\geq 41.0$  erfolgt vorgängig eine Rücksprache mit dem Spital oder der Fachärztin bzw. dem Facharzt. In der Regel erfolgt ein Ultraschall (vgl. etablierte Richtlinien, siehe Rubrik Gesundheits-Assessment).
- Für die Aufnahme ins Wochenbett:
  - Gesunde Kinder
  - Kind nach Möglichkeit  $> 2.0$  kg
  - Für die Aufnahme ins Wochenbett vom Akutspital aus: Verlegung in Absprache mit dem Spital

**Relative Einschlusskriterien:** Je nach Ergebnis des Gesundheits-Assessments ist eine Aufnahme möglich bei:

- Status nach transmuralen Operationen (einschliesslich Status nach Sectio)
- Allgemeine Erkrankungen

#### **Ausschlusskriterien:**

- Voraussichtliche Geburt vor SSW  $< 37.0$  oder nach SSW  $> 42.0$
- Lageanomalien
- Mehrlinge
- Placenta Praevia



## **Anhang 2: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe**

### **Schweizerischer Hebammenverband, SHV:**

- Ursina Bavier; Hebamme Msc, Leiterin Pflege Frauenklinik Triemli, Stadtspital Triemli, Zürich
- Marianne Haueter; Hebamme Msc, Vorstandsmitglied der Maternité Alpine, Zweisimmen

### **Interessengemeinschaft Geburtshäuser Schweiz, IGGH-CH®:**

- Anita Künzli, dipl. Hebamme, Vorstandsmitglied des Fördervereins Geburtshaus Delphys, Zürich
- Renate Ruckstuhl, Hebamme, MBA, Geschäftsführerin des Geburtshauses Terra Alta, Oberkirch

### **Fachhochschulen:**

- Prof. Dr. Eva Cignacco, Hebamme Msc, Leiterin Abteilung Forschung & Entwicklung, Disziplin Geburtshilfe, Berner Fachhochschulen, BFH, Bern
- Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde, Hebamme Msc, Leiterin F&E, Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, ZHAW, Winterthur

### **Gynécologie suisse bzw. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, SGGG:**

- Dr. med. David Ehm, Facharzt, Bern
- Dr. med. Stephanie von Orelli, Chefärztin Frauenklinik Triemli, Stadtspital Triemli, Zürich

### **Behörden:**

- Dr. med. Michael Vetter, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- Dr. med. Jörg von Below, Spitalamt Kanton Bern
- Vinciane Vouets, Dipl. phil., Qualitätsbeauftragte, Spitalamt Kanton Bern



## Literaturverzeichnis

American Association of Birth Centers (2017): Standards for Birth Centers.

American College of Nurse-Midwives (2011): Standards for the Practice of Midwifery.

American College of Nurse-Midwives (2012): Core Competencies for Basic Midwifery Practice

Australian College of Midwives (2013): National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral. 3<sup>rd</sup> edition Issue 2.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017): National Safety and Quality Health Service Standards. Second Edition.

Berner Fachhochschule (2015): Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht.

British Association of Perinatal Medicine (2011): Neonatal Support for Stand Alone Midwifery Led Units. A Framework for Practice.

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012): Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel, Gesundheit rund um die Geburt. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses.

Der Landbote (2015): Nach einem Kaiserschnitt ist das Geburtshaus tabu. Online-Artikel. Ab-rufbar unter: <http://www.landbote.newsnetz.ch/ueberregional/standard/nach-einem-kaiserschnitt-ist-das-geburtshaus-tabu/story/23680837>.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2012): Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht. 1999 erstellt und 2012 überarbeitet. Die Geltungsdauer der Leitlinien ist abgelaufen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2013): Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung. 2013 erstellt. Im Jahr 2016 war eine Überprüfung geplant.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2014): Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. 2010 erstellt und 2014 überarbeitet. Im Jahr 2017 war eine Überprüfung geplant.

Deutscher Hebammenverband (2012): Empfehlungen zum Vorgehen bei Terminüberschreitung. Stand: Mai 2012

Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V. (2016): Qualitätsbericht 2015. Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland.

Gynécologie suisse (2013): Geburtsleitung in einem Geburtshaus bei Zustand nach transmuralem Uterusoperationen. Stellungnahme des Vorstands der gynécologie suisse, SGGG zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Gynécologie suisse (2015): Guideline Sectio Caesarea.

Gynécologie suisse (SGGG), Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR), Schweizerischer Hebammenverband (SHV), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA) (2016): Interdisziplinäre Empfehlungen für die neonatale Erstversorgung. In: Swiss Medical Forum 2016;16(44):938–942.

Haute Autorité de santé (2014): Cahier de charges de l'expérimentation des maisons de naissance.

Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz und des Schweizerischen Hebammenverbands (2013): Aufnahmekriterien für Frauen mit Status nach Sectio in den Geburtshäusern. Stellungnahme der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®) und des Schweizerischen Hebammenverbands (SHV). Veranlasst durch das Geburtshaus Delphys in Zusammenhang mit den Abklärungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich bezüglich der Zulassung von Frauen mit Status nach Sectio zu einer Geburt im Geburtshaus.

Joint Commission International (2013): Accreditation Standards for Hospitals.

Kanton Bern (2013): Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Parlamentarischer Vorstoss von Natalie Imboden.

Kanton Bern (2015): Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern. Bericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Kanton Bern (2017): Anforderungen und Erläuterungen zur SPLG Akutsomatik BE.

Kanton Bern (2017): Anforderungen und Erläuterungen zur SPLG Akutsomatik BE.

Kanton Bern (2017): Anforderungen und Erläuterungen zur SPLG Psychiatrie BE.

Kanton Bern (2017): Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Akutsomatik BE.

Kanton Bern (2017): Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Psychiatrie BE.

Kanton Bern (2017): Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern.

Kanton Bern (2017, unveröffentlicht): Anforderungen und Erläuterungen zur SPLG Rehabilitation BE.

Kanton Bern (2017, unveröffentlicht): Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Rehabilitation BE.

Kanton Zürich (2015): Kantonale Leistungsaufträge für Geburtshilfe: Stand der Erfahrungen. Interpellation von Monika Wicki.

Kanton Zürich (2015): Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Zürich. Parlamentarischer Vorstoss von Monika Wicki.

Kanton Zürich (2017): Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik.

Loytved Christine, Roth Christina, Hoffmann Katja (2015): Terminüberschreitung – abwarten oder einleiten? In: Sage-femme.ch - Hebamme.ch. 2015 (3). 28 – 31.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Runder Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht.

National Institute for Health and Care Excellence (2008): Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline (CG62). Last updated: January 2017.

National Institute for Health and Care Excellence (2008): Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. Clinical guideline (CG110). Last updated: September 2010.

National Institute for Health and Care Excellence (2012): Antenatal care. NICE quality standard (QS22). Last updated: April 2016.

National Institute for Health and Care Excellence (2013): Postnatal care. NICE quality standard (QS37). Last updated: June 2015.

National Institute for Health and Care Excellence (2015): Safe midwifery staffing for maternity settings. NICE guideline (NG4). Published date: February 2015.

National Institute for Health and Care Excellence (2016): Preterm labour and birth. Quality standard (QS135). Published date: October 2016.

National Institute for Health and Care Excellence (2017): Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). Published date: December 2014. Last updated; February 2017.

National Institutes of Health (2010): NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights.

Nursing and Midwifery Board of Australia (2016): Registered nurse standards for practice.

Nursing and Midwifery Board of Australia (2017): Fact sheet: Audit on safety and quality guidelines for privately practising midwives. August 2017.

Nursing and Midwifery Board of Australia (undatiert): Code of conduct for midwives.

Nursing and Midwifery Council (2015): Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives.

Roos Th. (2013): Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. Teil 1. Problematik, Voraussetzungen, Kontraindikationen. In: Gynäkologie 2013; 2: 18-22.

Roos Th. (2013): Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. Teil 2. Maternale und fetale Risiken sowie Betreuung ab Geburtstermin In: Gynäkologie 2013; 3: 31-37.

Royal College of Obstetricians & Gynecologists (2015): Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. October 2015.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2016): Birth options after previous caesarean section. Information for you. Published in July 2016.

Schwarz C et al. (2015): Fetale Mortalität bei Einlingen. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2015; 219: 81–86.

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Patienten-Organisation (2007): Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt.

Schweizerischer Hebammenverband (2017): Reglement für das Anerkennungsverfahren für Einrichtungen, die in der Schweiz hebammengeleitete Geburtshilfe anbieten.

Schweizerischer Hebammenverband (2017): Themen für die Anerkennung von Einrichtungen in der Schweiz mit hebammengeleiteter Geburtshilfe.

Terra Alta (2016): Geburtsbegleitung im Geburtshaus Terra Alta bei Status nach Sectio. Stellungnahme des Geburtshauses Terra Alta zuhanden des Gesundheits- und Sozialdepartments des Kantons Luzern.

Terra Alta (2016): Geburtsbegleitungen im Geburtshaus, bei Status nach extramuralen Operationen. Antrag und Begründungsschreiben des Geburtshauses Terra Alta, im Einverständnis mit dem Schweizerischen Hebammenverband und der Interessengemeinschaft Geburtshäuser Schweiz, zuhanden des Vorstands der GDK.

Terra Alta (ohne Jahresangabe): Voraussetzungen und Bedingungen für eine Geburt im Terra Alta bei Status nach Sectio. Informations- und Dokumentationsblatt.

Terra Alta, Luzerner Kantonsspital (ohne Jahresangabe): Kooperationsvertrag (ohne Unterschrift).

The Joint Commission (2017): Maternal infectious disease status assessment and documentation standards for hospitals and critical access hospitals. R3 Report | Requirement, Rationale, Reference

The Royal College of Midwives (2012): Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Birth Environment.

The Royal College of Midwives (2016): The RCM standards for midwifery services in the UK.

Todesco Bernasconi M. (2013): Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. In: info@gynäkologie 2013; 4: 17-19.

White, Helen K. et al. (2016): Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. In: Birth Issues in Perinatal Care. 43 (3): 200-208.

World Health Organization (2007): Standards for Neonatal and Maternal Care.

World Health Organization (2016): Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities.

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (2016): VBAC (Vaginal birth after caesarean section) – Ist eine ausserklinische Geburt nach Kaiserschnitt immer ausgeschlossen? Bachelorarbeit Hebamme.