

## Hintergründe für Interessierte zur Petition für die Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Schweizer Spitälern

### Was wollen wir mit der Petition?

Die UnterzeichnerInnen fordern die Gesundheitsdirektionen und Spitalleitungen aller Kantone auf, das heutige Angebot der Gesundheitsversorgung von schwangeren und gebärenden Frauen strukturell zu verändern. Dies zur Förderung der physiologischen normalen Geburt. Hierzu fordern wir die Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Spitälern. Das heisst, es sind eigenständige Geburtshilfeabteilungen in Spitälern zu schaffen, in denen die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung der Abteilung in der Verantwortung von Hebammen liegen. Diese hebammengeleiteten Betreuungsangebote für Frauen müssen so gestaltet sein, dass sie die ganze Zeitspanne der Betreuung von Beginn der Schwangerschaft, über die Geburt bis und mit Wochenbett umfassen. Dies beinhaltet den stationären und den ambulanten Bereich. Die neuen Betreuungsangebote sollen auf gesunde Frauen mit unauffälliger Schwangerschaft fokussiert sein. Dabei müssen Dienstleistungen aus anderen Berufsdisziplinen in Anspruch genommen werden können oder bei Bedarf sollen Frauen in Geburtshilfestationen mit medizinischem Angebot für Risikosituationen verlegt werden können. Ein Vertragswerk muss die gegenseitigen Leistungserbringungen und -abrechnungen zwischen Hebammeneinheit und dem Spital regeln (medizinische konsiliarische, administrative, hauswirtschaftliche und infrastrukturelle Dienstleistungen).

### Warum hebammengeleitete Geburtshilfemodelle?

Die derzeitige Geburtshilfe zeichnet sich aus durch hohe Raten von unnötigen Interventionen. Ein normales Lebensereignis ist zu einem medizinisch zu behandelnden Zustand geworden. Das Potential von Hebammen ist in den heutigen Versorgungsstrukturen ungenutzt. Verschiedene Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen **(1)**, hebammengeleitete Geburtshilfemodelle weisen tiefere Interventionsraten (Kaiserschnitte, Medikamente, Dammschnitte usw.) und zufriedeneren Frauen auf, dies bei gleich guten Resultaten (Outcome) wie herkömmlich ärztlich geleitete Modelle. Die meisten Frauen wünschen sich eine physiologische Geburt mit einer guten und kontinuierlichen Betreuung während der ganzen Zeitspanne innerhalb der heutigen Versorgungsstrukturen.

### Was charakterisiert die heutige Geburtshilfe?

#### Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

- ☞ **ist ein Kontinuum, aber die Betreuung ist fragmentiert.** Im vorherrschenden Betreuungsmodell wird eine schwangere Frau von mehr als 20 verschiedenen Fachpersonen von Beginn der Schwangerschaft bis hin zum Spitalaustritt nach der Geburt betreut. Die Wahl des Geburtsortes ist nicht nur von der Zugänglichkeit abhängig, sondern wird, wie Untersuchungen zeigen **(2)**, von rationalen und nicht rationalen Überlegungen beeinflusst. Dies können persönliche Entscheidungen sein, beeinflusst durch Kultur und Tradition, oder durch Sicherheitserwägungen, Medien, Ängste und frühere Erfahrungen wie auch die Sicht und Erwartungen von Familien.
- ☞ **ist übermedikalisiert**, ein normales Lebensereignis wird durch hoch spezialisierte Fachärzte betreut. Im Kontrast dazu ist die Zeit nach der Geburt im Wochenbett unterversorgt. Der Fokus der Schwangerenvorsorge liegt in Pränataldiagnostik, Risikoerhebung und Substitution, hingegen fehlen Unterstützung und Gesundheitsförderung.
- ☞ **ist unter ökonomischem Druck**, es fehlt die Zeit für eine individuelle bedürfnis- und frauenzentrierte Begleitung. Anstelle einer 1:1 Betreuung zur Unterstützung unter der Geburt erhalten viele Frauen, Medikamente, Rückenmarksanästhesie oder Kaiserschnitte. Wo die Zeit und entsprechende Hebammen

menstellen für die Betreuung und Unterstützung eines natürlichen Prozess fehlen, wird interveniert um die Geburt zu beschleunigen.

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

Nicht medizinisch indizierte Kaiserschnitte kommen einer Körperverletzung gleich. In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Untersuchungen **(7)** die kurz- und langfristigen Folgen eines Kaiserschnitts herausgestellt. Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation mit dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen zu begründen, ist meistens zu kurz gegriffen. Hinter einer sogenannten „Wunschsectio“ verbirgt sich oft genug eine unheilvolle Koalition zwischen ärztlicher Präferenz und unzureichendem Wissensstand der Frauen. In einer Untersuchung **(8)** in Deutschland geben 86% der Frauen nach einem Kaiserschnitt an, die Folgen des Eingriffs unterschätzt zu haben. Was in Notfallsituationen wertvoll ist, darf jedoch nicht zur Routine werden, sonst verkehren sich Vorteile in Nachteile und ein rettender Eingriff wird zur riskanten Operation.

#### Die Hebammenbetreuung nimmt in der Veränderung der Rahmenbedingungen eine Schlüsselposition ein

ExpertInnen sehen Hebammen durch ihre kontinuierliche Begleitung und Betreuung der schwangeren Frauen in einer Schlüsselposition zur Veränderung der Rahmenbedingungen **(9)**. Hebammen könnten sowohl die physiologischen und psychologischen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der schwangeren Frau und ihres Partners fokussieren und dadurch die beste Unterstützung in dieser Lebensphase gewährleisten **(10)**. Es sind bereits wissenschaftliche Nachweise für Massnahmen erbracht worden, die tatsächlich die Kaiserschnittsraten senken **(11)**. Ebenfalls zeigen Kostenanalysen von hebammengeleiteten Modellen in anderen Ländern positive Resultate **(12)**.

#### Die UnterzeichnerInnen fordern auf dieser Basis folgende strukturelle Veränderungen:

- ☞ Hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Spitälern einzuführen, wo die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung in Verantwortung von Hebammen liegen.
- ☞ Hebammengeleitete Geburtshilfemodelle in Spitälern einzuführen, welche eine kontinuierliche ganzheitliche Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und während der Wochenbettzeit im stationären und im ambulanten Bereich umfassen.

Dabei erachten wir es wichtig, die wissenschaftliche Evaluierung von geburtshilflichen Verfahrensweisen, die Erarbeitung von Konzepten, welche Anreize schaffen Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen zu fördern. In der Schweiz fehlt es in diesem Bereich an innovativen Projekten und Daten.

Wir sind der Ansicht, **es ist wichtig wie wir geboren werden!** Der Geburtsvorgang ist von elementarer Bedeutung für neugeborene Kinder, werdende Mütter, Väter, Familien und für die Gesellschaft. Frauen verdienen in der einzigartigen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz.

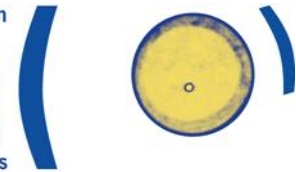
Mit der Einführung und Förderung der beschriebenen Praktiken wird eine grundlegende, nachhaltige Veränderung der momentanen Verhältnisse in die Wege geleitet. Damit werden Voraussetzungen für einen Rückgang der Anzahl der Kaiserschnitte geschaffen.

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

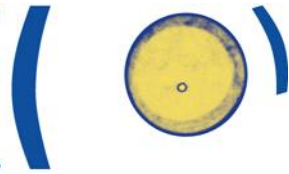
**Literaturverzeichnis zur Petition (mit update Dez. 2014):  
 „Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Schweizer Spitäler“**

**Nr. 1: Outcome Vergleiche: Hebammengeleitete Bereuungsmodelle mit herkömmlicher Standardbetreuung**

- Bauer, N.H. H. (2011) *Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Osnabrück: Universitätsverlag bei V&R unipress.
- Bauer, N.H., Schücking, B.A., Pohlabeln, H., zu Sayn-Wittgenstein, F. (2011) Der Hebammenkreißsaal - Ein klinisches Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol* DOI: 10.1055/s-0031-1293234 -
- Bauer, N.N., & Schücking, (2009) „Habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.“ - Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe-Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal, *Z Geburtshilfe Neonatol*, DOI: 10.1055/s-0029-1222734
- Begley, C., Devane, D., Clarje, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., et al. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(85).
- Cheung, N., Mander, R., Wang, X., Fu, W., Zhou, H., & Zhang, L. (2011). Clinical outcomes of the first midwife-led normal birth unit in China: a retrospective cohort study. *Midwifery*, 27, 582-587.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., et al. (2011). Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates among Low-Risk Women? *Birth*, 38, 111-119.
- Dixon, L., Prileszky, G., Guilliland, K., Hendry, C., Miller, S., Anderson, J. (2012). What evidence supports the use of free-standing midwifery led units. *New Zealand College of Midwives Journal*. 46, p13.
- Eide, B., Nilsen, A., & Rasmussen, S. (2009). Births in two different delivery units in the same clinic - A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(25).
- Gülmezoglu, AM., Souza, JP., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., Attygalle, DE., Shrestha, N., Mori, R., Nguyen, DH., Hoang, TB., Rathavy, T., Chuyun, K., Cheang, K., Festin, M., Udomprasertgul, V., Germar, MJ., Yanqiu, G., Roy, M., Carroli, G., Ba-Thike, K., Filatova, E., Villar, J. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08, *The Lancet*, 375,(9713), 490-99.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol 8;(4):CD004667.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth Issued: December 2014 NICE clinical guideline 190. Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>
- Laws, P., Tracy, S., & Sullivan, E. (2010). Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia. *Birth*, 37(1), 28-36.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2011). Birthplace qualitative organizational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings .Birthplace in England research programme. Final report part 6: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available from [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR6\\_08-1604-140\\_V02.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf)



- Overgaard, C., A Moller, Fenger-Gron, M., Knudsen, L., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 2(e000262). doi:10.1136/bmjopen-2011-000262
- Rath, M.E. (2012). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen, *Die Hebamme*, 25(4), 236-240
- Rogers, C., Harman, J., & Selo-Ojeme, D. (2011). Perceptions of birth in a stand-alone centre compared to other options. *British Journal of Midwifery*, 19(4).
- Rutledge Stapleton, S., Osborne, C., Illuzzi, J. (2013). Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model Original Review *Journal of Midwifery & Women's Health* doi:10.1111/jmwh.12003 available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12003/full>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., Belizán, J. (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154, 136–140.
- Sinni, S.V., Wallace, E.M., Cross, W.M., (2011). Patient safety: a literature review to inform an evaluation of a maternity service. *Midwifery*, 27 (6), e274–e278.
- Skinner, J., & Lennox, S. (2006). Promoting normal birth: a case for birth centres. *New Zealand College of Midwives Journal*, 34, 15-18.
- Soltani H, Sandall J. (2012). Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view. *Midwifery*, 28(2):146-9. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.009.
- Stewart, M., McCandish, R., Henderson, J., & Brocklehurst, P. (2004). Report of a structured review of birth centre outcomes. United Kingdom: Maternity Research Group of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Available from <https://www.npeu.ox.ac.uk/files/downloads/reports/Birth-Centre-Review.pdf>
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Woodman, J., Barnett-Paige, E., Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nurs*, 68(11), 2376-86. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x.
- Symon, A., Winter, C., Inkster, M., & Donnan, P. (2009). Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study. *BMJ*, 338,b2060 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2060>.
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M.B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Lainchbury, A., Stapleton, H., Beckmann, M., Bisits, A., Homer, C., Foureur, M., Welsh, A., Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial, *The Lancet* - DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3
- Tracy, S., Caplice, S., Laws, P., Wang, Y., Tracy, M., & Sullivan, E. (2007). Birth centers in Australia: A national population-based study of perinatal mortality associated with giving birth in a birth center. *Birth*, 34, 194-201.
- Waldenstrom, U., Nilsson, C.A., (1997). A randomized controlled study of birth centre care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24, 17–26.
- Walsh, D., & Downe, S. (2004). Outcomes of Free-Standing, Midwife-Led Birth Centers: A Structured Review. *Birth*, 31(3), 222-229.



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

#### Nr. 2: Einflüsse zur Wahl des Geburtsorts

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

McCourt, C., Rance, S., Rayment, J., & Sandall, J. (2011). Birthplace qualitative organizational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings .Birthplace in England research programme. Final report part 6: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available from [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR6\\_08-1604-140\\_V02.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf)

#### Nr. 3: Sektioraten Schweiz

BAG Bundesamt für Gesundheit, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (2012). verfügbar unter: [http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab\\_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvcG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de](http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoL2t1di9zcGI0YWxzZGF0aXN0aWsvcG9ydGFsX2RlLnBocD9sYW5nPWRIJmFtcDtuYXZpZD1xaXNz&lang=de)

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

#### Nr. 4: Gründe von Kaiserschnitten

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

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

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

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

#### Nr. 5: Welche Raten von Kaiserschnittgeburten sind vertretbar

WHO Policy brief (2010). Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers. Verfügbar unter [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.20\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf)

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

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

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

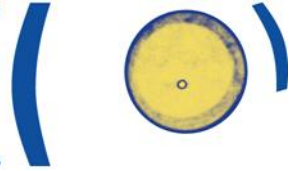
#### Nr. 7: Kurz- und Langzeitfolgen von Kaiserschnittgeburten

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

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

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

Souza, JP. et al. (2010) Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, 8 (1), 71.



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

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

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

#### **Nr. 8: Frauen unterschätzen Kaiserschnitt, Was wissen Frauen)**

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

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

#### **Nr. 9: ExpertInnen sehen Hebammen in einer Schlüsselposition**

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

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

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

#### **Nr. 10: Hebammen sind die beste Unterstützung von Frauen**

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

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

#### **Nr. 11: Tiefere Kaiserschnittsraten bei hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen**

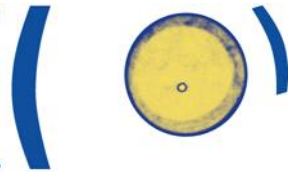
Bernitz, S., Rolland, R., Blix, E., Jacobson, M., Sjoborg, K., & Oian, P. (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependant on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(11), 1357-1364.

Catling-Paull, C., Johnston, R., Ryan, C., Foureur, M., Homer, C. (2011): Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *Journal of advanced Nursing*, 67(8), 1662–1676.

Chaillet, N., Dumont, A. (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*. 34(1), 53

McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, Albers L, Flood M, Oats J, Waldenström U. (2012) Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG Vol;119(12): 1483-1492*

Maassen, M., Hendrix, M., Vugt, H. V., Veersema, S., Smits, F., & Nijhuis, J. (2008). Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: Primary versus secondary care. *Birth*, 35(4), 277-282



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

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth Issued: December 2014 NICE clinical guideline 190. Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>

Overgaard, C., A Moller, Fenger-Gron, M., Knudsen, L., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 2(e000262). doi:10.1136/bmjopen-2011-000262

Scarella, A., Chamy, V., Sepúlveda, M., Belizán, J. (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154, 136–140

Van Dillen, J., Lim, F., Van Rijssel, E. (2008). Introducing caesarean section audit in a regional teaching hospital in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 139. 2008; 151–156.

#### **Nr.12: Kostenanalysen hebammengeleitete Geburtshilfemodelle im Vergleich zu Standardcare**

Henderson, J., & Petrou, S. (2008). Economic Implications of Home Births and Birth Centers: A Structured Review. *Birth*, 35(2), 136-146

Homer, C.S., Matha, D.V., Jordan, L.G., Wills, J., Davis, G.K., (2001). Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 24(1). 85-93.

Hundley, V.A., Donaldson, C., Lang, G.D., et al., (1995). Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward. *Midwifery*, 11, 103–109.

Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. (2012). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*. In Press, Corrected Proof, Available online 5 May <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005>

Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., et al.,(2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal* 344,e2292.

Stone, P.W., Zwanziger, J., Hinton Walker, P., Buenting, J., (2000). Economic analysis of two models of low-risk maternity care: a freestanding birth centre compared to traditional care. *Research in Nursing & Health*, 23, 279–289.

Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M.B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Lainchbury, A., Stapleton, H., Beckmann, M., Bisits, A., Homer, C., Foureur, M., Welsh, A., Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial, *The Lancet* - DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3

Tracy, S.K., Tracy, M.B., (2003). Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*, 110, 717–724.

Literatur-Update Dez. 2014