

Wir transformieren die Geburtshilfe.

Geburt 3000 – das ist das Resultat aus 30 Jahren Erfahrung in hebammengeleiteten Geburtshäusern, kombiniert mit innovativen Ansätzen für Geburtshäuser der Zukunft. Geburt 3000 setzt auf drei Ebenen an: die Ausgestaltung des **Betreuungsangebots** in Kooperation mit einem Partnerspital, die **Validierung und Unterstützung** durch die Berner Fachhochschule (BFH) und die **nutzer*innenorientierte Architektur**.

Als hebammengeleitete Geburtshilfe gelten Versorgungsmodelle, in denen Hebammen die fachliche Verantwortung für die vollumfängliche Betreuung von schwangeren Frauen und Mütter während einer physiologischen Schwangerschaft, Geburt und Postpartum autonom ausführen (Rayment et al., 2020).

Sutcliffe et al. (2012) kamen in ihrer systematischen Review zum Schluss, dass Frauen mit einem tiefen Risikoprofil (low-risk) in einem hebammengeleiteten Versorgungsmodell, verglichen mit der Standardbetreuung, verbesserte mütterliche Outcomes und eine tiefere Interventionsrate aufweisen sowie eine höhere Zufriedenheit mit der Betreuung zeigen.

Obwohl diese Ergebnisse aufzeigen, dass hebammengeleitete Versorgungsmodelle eine sichere und kosteneffektive Ergänzung zur Standardversorgung sind, werden hebammengeleitete Versorgungsmodelle wie Geburtshäuser in der Schweiz nur von einer Minderheit aller schwangeren Frauen genutzt. Laut Statistikbericht des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) wurden dabei nur knapp 5 % aller Geburten in einem hebammengeleiteten Versorgungsmodell im Spital oder in einem Geburtshaus betreut (Borner & Grylka, 2023).

Die tiefen Zahlen lassen sich grösstenteils durch ein eingeschränktes Angebot und somit einer reduzierten Erreichbarkeit von Versorgungsmodellen ausserhalb des Standardmodells der Hebammen-Arzt-Betreuung im Spitalsetting erklären. Eine Studie von 2022, welche die Erreichbarkeit von Spital und Geburtshaus für Frauen im gebärfähigen Alter untersucht hat, konnte aufzeigen, dass für Frauen in der Schweiz die Wahl des Geburtsorts signifikant eingeschränkt ist (Rauch et al., 2022). 41.8 % der Frauen haben keine echte Wahlfreiheit des Geburtsortes, da sie nicht innerhalb von 30 Minuten Fahrdistanz ein Geburtshaus erreichen können. Für 20 % der Frauen bedeutet die Wahl eines Geburtshauses als Geburtsort eine Anfahrt von mehr als 45 Minuten.

Ein weiterer Faktor, der die Nutzung von hebammengeleiteten perinatalen Betreuungsmöglichkeiten und die Wahlfreiheit von schwangeren Frauen negativ beeinflusst, ist eine unzureichende Information durch das Betreuungsteam über mögliche Optionen hinsichtlich des Geburtsortes (Walsh et al., 2020).

Die Ziele von Geburt 3000

1. Kooperation zwischen Geburtshaus und Klinik

Mit Geburt 3000 wird eine ausserklinische, hebammengeleitete, autonome Gebäreinheit aufgebaut, die eine strategische Allianz mit einem nahegelegenen Spital anstrebt. Dabei sollen Verantwortlichkeiten definiert und Schnittstellen geklärt werden. Ziel ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit der beiden Organisationen.

AUFBAU EINER INTERPROFESSIONELLEN ZUSAMMENARBEIT



BENEFITS

- «Geburt 3000» ist Partnerinstitution des Spitals
- Mitwirkung in der Schaffung eines noch breiteren Angebots in der Geburtshilfe
- Stellung / Visibilität innerhalb der Geburtshilfe nach aussen durch Nähe zu «Geburt 3000»
- Vergrösserung des Einzugsgebiets in der Geburtshilfe
- Kund*innenbindung durch enge Kooperation mit «Geburt 3000»
- Rentabilität und Wirtschaftlichkeit durch Übernahme komplexer Geburtssituationen vom Geburtshaus
- Erweiterung Horizont / Zugewinn an Perspektive / Anregung Wachstum
- Vertrauen, Respekt und Akzeptanz zwischen Geburtshaus und Spital
- Akzeptieren der unterschiedlichen Konzepte und Standards
- Erzielung von Klarheit in der Verantwortungsübernahme (Geburtshäuser sind in ihrer Tätigkeit und wirtschaftlich eigenverantwortlich)

BENCHMARK

- Leuchtturmprojekt → strukturelles Alleinstellungsmerkmal
- Modularer, ökologischer Geburtspavillon auf dem Spitalgelände, rechtlich autonom betrieben
- Innovatives Kooperationsmodell zwischen klinischer Geburt und hebammengeleiteter Geburtshäuser
- Sichere und kosteneffektive ausserklinische Wahlmöglichkeit für Frauen und Familien, durch die unmittelbare Nähe zu einer Akutklinik mit Geburtshilfe und Neonatologie und einem intensivmedizinischen Backup
- Strategische Allianz: wohlwollende und inspirierende Zusammenarbeit zwischen Geburt 3000 und Kooperations-Spital, durch konstruktive transparente Zusammenarbeit und Kommunikation mit gemeinsamen Weiterbildungen, Fallbesprechungen und Hebammen-/Ärzteboards
- Bei Frauen mit niedrigem Risikoprofil: tiefere Interventionsraten, verbesserter Outcome und höhere Zufriedenheit
- Beitrag zur prä-, peri- und postnatalen Versorgung in der Schweiz / im deutschsprachigen Raum

2. Validierung und Unterstützung durch die Berner Fachhochschule (Bereich Gesundheit)

Die Berner Fachhochschule (BFH) begleitet und unterstützt das Pilotprojekt beim Aufbau der Implementierung und während des Betriebs. Die Betreuung wird evidenzbasiert entwickelt und umgesetzt, nach international anerkannten Standards wie die Midwifery Unit Standards (Rocca-Ihenacho et al., 2018). Weiter werden seitens BFH Daten zu unterschiedlichen Forschungsfragen erhoben und Strukturprozess- und Ergebnisqualität evaluiert.

3. Nutzer*innen-orientierte Next-Level-Architektur

Mit «Geburt 3000» soll ein Prototyp eines modernen Geburtspavillons umgesetzt werden. Ein reproduzierbares Modell in ökologischer Rapidbauweise, basierend auf salutogenetischen architektonischen Konzepten gemäss «Healing Architecture» und mit geburtsunterstützender Wirkung (Evidence-Based-Design). Es soll multiplizierbar sein für die Schweiz und den gesamten deutschsprachigen Raum. Der Aufbau des Projekts wird durch Stiftungen finanziert.

RAUMPROGRAMM (VORENTWURF)



Funktionelle Mehrfachnutzungen sind möglich.

BAU UND BAUPLATZ

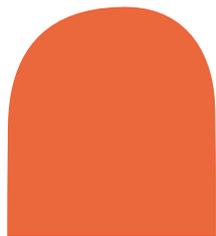
Die geplante Raumeinheit ist klein, agil und nah am Partnerspital angesiedelt. Die einzelnen Bauteile sind möglichst vorgefertigt, funktionieren modular, das Bauwerk wird nicht unterkellert. In einem ersten Schritt werden Räumlichkeiten für die ausserklinische Geburt geschaffen. In einem weiteren Schritt kann bei Bedarf über ein zusätzliches Angebot für das Wochenbett nachgedacht werden.

Das Projektkernteam von Geburt 3000

Prof. Dr. **Eva Cignacco**, Berner Fachhochschule (BFH)

Renate Ruckstuhl-Meier, Hebamme, MBA, Mitgründerin und Ex-CEO Geburtshaus Terra Alta

Kontakt



GEBURT
3000

Geburt 3000

Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit
Murtenstr. 10
CH - 3008 Bern

info@geburt3000.ch
www.geburt3000.ch

Glossar

Healing Architecture

Der Begriff Healing Architecture beschreibt die Wechselwirkung von Mensch und Umgebung sowie deren Auswirkung auf den Genesungsprozess von Patienten (Forum, 2020). Neben evidenzbasierter sowie patient*innenorientierter Architektur und Innenraumgestaltung zählt die Kunst dabei als wesentlicher Umgebungsfaktor. Healing Architecture dreht sich um die Konzeption und Gestaltung von Krankenhäusern und anderen Gesundheitsbauten. Dabei gilt es, die passende Raumlösung für jede Behandlungs-, Genesungs- oder Arbeitssituation zu finden. Healing Architecture basiert auf dem Konzept des Healing Environment, welches auf neurowissenschaftlichen und umweltpsychologischen Forschungsergebnissen aufbaut. Die heilende Krankenhausarchitektur bedient sich dieser Ergebnisse und erweitert es um architektonische Fragestellungen.

Quelle: <https://www.forum-verlag.com/blog-bi/healing-architecture#Block1>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau einer interprofessionellen Zusammenarbeit

Abbildung 2: Raumprogramm (Vorentwurf)

Literaturverzeichnis

Borner, B., & Grylka, S. (2023). *Ausführlicher Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2022*.

Bundesamt für Statistik. (2023). *Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT)*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/bevnat.html>

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (o. J.). *Vaginale Geburt: S3-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (S3-Leitlinie 015-03)*. AWMF. Abgerufen 16. Oktober 2023, von https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf

Rauch, S., Arnold, L., Stürner, Z., Rauh, J., & Rost, M. (2022). *A true choice of place of birth? Swiss women's access to birth hospitals and birth centers*. *PLoS One*, 17(7), e0270834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270834>

Rayment, J., Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M., Thael, E., Batinelli, L., & McCourt, C. (2020). *The development of midwifery unit standards for Europe*. *Midwifery*, 86, 102661. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102661>

Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., & McCourt, C. (2018). *Midwifery Unit Standards*.

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), 2376-2386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>

Walsh, D., Spiby, H., McCourt, C., Grigg, C., Coleby, D., Bishop, S., Scanlon, M., Culley, L., Wilkinson, J., Pacanow-ski, L., & Thornton, J. (2020). *Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: A qualitative research study*. *BMJ Open*, 10(2), e033895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033895>