

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 101 (2003)

Heft: 5

Artikel: Hebammengeburt

Autor: Cignacco, Eva / Büchi, Simone

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950505>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Diese Ausgabe befasst sich mit verschiedenen Formen der Hebammenbetreuung. Ich komme aus einem Land, wo Hebammenbetreuung die Norm ist, und frage mich oft, was denn in der

Ein Evaluationsbericht

«Hebammengeburt»

Seit Frühling 2000 bietet die Frauenklinik des Universitätsspitals Insel in Bern als einzige Klinik im deutschsprachigen Raum das Betreuungskonzept «Hebammengeburt» an. Die Evaluation bestätigt, dass eine ausschliesslich von Hebammen betreute Geburt im Vergleich zum herkömmlichen Betreuungsmodus mit signifikant weniger Interventionen verbunden ist.



Schweiz mit der Hebammenbetreuung passiert ist. Wohin ist sie verschwunden? Weshalb betreuen teure Gynäkologen, die eigentlich für die Behandlung von Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt ausgebildet wurden, Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften? Werfen wir einen Blick auf Forschungsarbeiten, welche die medizinische Schwangerschaftsbetreuung mit der Betreuung durch Hebammen vergleichen. Die Evidenz zeigt, dass Frauen mit normalen Schwangerschaften in Hebammenhänden bedeutend besser aufgehoben sind. Frauen, die in erster Linie von Hebammen begleitet werden, haben weniger Komplikationen unter der Geburt, brauchen weniger Schmerzmittel, bekommen seltener Episiotomien, Einleitungs- und Wehen unterstützende Mittel, und ihre Geburten enden weniger oft in einer vaginal-operativen oder Sectioentbindung. Hebammenbetreute Frauen äussern grössere Befriedigung über ihre Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbeterfahrung. Auch die Hebammen scheinen bei mehr Autonomie, kontinuierlicher Betreuung und Kompetenz für klinische Entscheidungen glücklicher mit ihrer Arbeit zu sein. Zudem spart Hebammenbetreuung im Vergleich mit ärztlicher Betreuung Gesundheitskosten (aktuell auch für die Schweiz!), und ist auch sicher wenn nicht gar sicherer für die Frauen. Letztere Tatsache wird durch eine europäische Untersuchung zu mütterlichen und kindlichen Mortalitätsraten erhellt. Diesbezüglich steht die Schweiz in Europa an 15. Stelle. Länder wie Finnland, Island, Norwegen, Dänemark, Schweden und Irland, in denen die normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt ausschliesslich in Hebammenhänden liegt und keine Ärzte bei solchen Geburten dabei sind, haben alle tiefere Mortalitätsraten, sowohl für Neugeborene als auch Mütter. Tatsächlich drückt die WHO ihre Besorgnis darüber aus, dass Ärzte die normale Schwangerschaft und Geburt betreuen. Gerade weil die Gesundheitsvorsorge des 21. Jahrhunderts erklärtermassen evidenzbasiert sein soll, wird es Zeit, die Organisation der Mutterschaftsvorsorge in der Schweiz genauer unter die Lupe zu nehmen. Denn: Sollte nicht jede normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt in Hebammenhänden bleiben?


Sue Brailey

Eva Cignacco,
Simone Büchi

Einleitung

Das Konzept «Hebammengeburt» stellt eine Angebotserweiterung zum standardisierten Modell der Arzt-Hebammen-Betreuung in der Frauenklinik des Universitätsspitals Insel in Bern dar. Schwangere Frauen, die keine Risiken aufweisen, sich eine Betreuung unter der Geburt durch die Hebamme wünschen, und deren Geburt physiologisch verläuft, werden ausschliesslich durch Hebammen ohne Beizug des ärztlichen Dienstes betreut. Entwickelt sich ein suspekter oder pathologischer Geburtsverlauf, wird der ärztliche Dienst beigezogen.

In Holland, Österreich, Deutschland, England, Skandinavien, Kanada und Australien bieten Kliniken für die Betreuung von risikoarmen schwangeren und gebärenden Frauen sowie Wöchnerinnen Betreuungsmodelle, wie sie in Geburtshäusern üblich sind, bereits seit längerer Zeit an. Diese von Hebammen geführten Geburtsabteilungen (midwifery led units) gelten als Alternative zu den Betreuungsstandards der Spitäler. Die Hebammen begleiten in eigener Verantwortung normale Schwangerschaften und Geburten, ohne dabei einen Arzt beiziehen oder informieren zu müssen. Diese Modelle entstanden als Antwort auf die Medikalisierung der normalen Geburten, der Zunahme geburtshilflicher Interventionen sowie den ungenügenden Einbezug der emotionalen und

sozialen Bedürfnisse der Frauen (Waldenström & Turnbull, 1998). Diese Entwicklung wird durch die WHO (1996) unterstützt, welche die Hebammen als geeignetste Berufsgruppe für die Betreuung der normalen Schwangerschaft und der normalen Geburt bezeichnet.

Wirksamkeit der Hebammenmodelle

Die systematische Review von Waldenström & Turnbull (1998), welche sieben randomisierte, kontrollierte Studien einschliesst, verglich die Wirksamkeit alternativer Betreuungsmodelle mit dem konventionellen Hebammen-

Arzt-Modell im Spital. Die Ergebnisse zeigen, dass von Hebammen betreute Geburten mit einer Reduktion der Interventionen korrelieren. So werden weniger Oxytocin zur Wehenanregung und weniger pharmakologische Schmerzmittel unter der Geburt verabreicht und das CTG weniger häufig eingesetzt. Die klei-

nere Zahl der durchgeführten Episiotomien ist mit einer signifikant höheren Rate der Dammrisse bei den alternativen Modellen verbunden. Der Prozentsatz mit intaktem Damm zeichnet sich in beiden Modellen etwa gleich aus. Bei Outcomes wie postpartaler Blutung, manueller Plazentalösung, pränataler Hospitalisation oder postpartaler Re-Hospitalisation zeigte sich keine signifikante Differenz zwischen den beiden Modellen. In zwei der sieben Studien gingen die Frauen in den alternativen Modellen rund einen



Eva Cignacco,
Hebamme, Pflegeexpertin HöFa II, Pflegewissenschaftlerin MNSc, arbeitet in der Frauenklinik des Universitätsspitals Insel Bern und ist Doktorandin an der Universität Maastricht (NL).



Simone Büchi,
Hebamme, AKP, arbeitet als Hebamme und Pflegeexpertin in Ausbildung in der Geburtshilfe an der Frauenklinik Insel Bern und absolviert berufsbegleitend ein Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Basel.



Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen: Von Hebammen betreute Geburten haben weniger Interventionen zur Folge.

Foto: Susanna Hufschmid

Tag früher nach Hause. Die perinatalen Outcomes zeigten keinen signifikanten Unterschied betreffend der primären Adaptation des Neugeborenen. Die Frauen waren in beiden Modellen zufrieden mit der Betreuung in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. Doch die Zufriedenheit wurde bei den Frauen der alternativen Modelle höher eingestuft. Die Frauen lobten die empfangenen Informationen und die Kommunikationsform zwischen ihnen und der Hebamme. Sie fühlten sich vermehrt in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Sie schätzten die Beziehung zu der betreuenden Hebamme, fühlten sich umsorgt und für die anstehenden Herausforderungen der Geburt befähigt. Hundley et al. (1994), welche die intrapartale Betreuung durch ein Hebammenteam oder ein Hebammen-Ärzte-Team verglich, untermauert diese Ergebnisse. Das Hebammenteam war mit Interventionen unter der Geburt zurückhaltender. Das fetale Outcome war jedoch in beiden Gruppen identisch. Die Frauen unter der Hebammenbetreuung benutzten zur Schmerzlinderung signifikant mehr natürliche Methoden wie Atmung, Massage, Bewegung oder

Baden. Campbell et al. (1999) vermuten, dass nicht die Betreuungsperson – Hebamme oder Arzt/Ärztin – von Bedeutung ist, sondern vielmehr die Haltung der Betreuungsperson, die Betreuungsphilosophie und die ruhige und freundliche Umgebung. Diese Vermutung wird durch die Untersuchung von Waldenström (1998) erhärtet.

Für das Pilotprojekt des Universitätsospitals Insel in Bern galt das Interesse ebenfalls einem Vergleich zwischen

zwei Kollektiven. Es sollte untersucht werden, ob sich «Hebammengeburten» in der Betreuung von der herkömmlichen «Arzt- und Hebammengeburt» unterscheiden und ob das Angebot einem Bedürfnis der Gebärenden entspricht.

Methode

Für die Untersuchung wurde ein quantitativ-exploratives Design ge-

Demographische Charakteristika der Stichproben

| Gruppe | Hebammengeburt | Arzt- und Hebammengeburt |
|-------------------|---|---|
| Stichprobengrösse | n = 47 | n = 66 |
| Alter (mean ± SD) | 32,09 (± 5,195) | 29,74 (± 6,067) |
| Parität | Erstgebärende: n = 21 (45,7 %) Mehrgebärende: n = 25 (54,3 %) | Erstgebärende: n = 28 (43,1 %) Mehrgebärende: n = 37 (56,9 %) |
| Nationalität | CH: n = 39 (86,7 %) Andere: n = 6 (13,3 %) | CH: n = 36 (55,4 %) Andere: n = 29 (44,6 %) |
| Lebensform | Feste Partnerschaft: 40,4 % Verheiratet: 57,4 % Allein stehend: 2,1 % | Feste Partnerschaft: 28,6 % Verheiratet: 69,8 % Allein stehend: 1,6 % |

wählt. Es wurden zwei vergleichbare und unabhängige Gelegenheitsstichproben untersucht. Die Stichprobe in der Gruppe «Hebammengeburt» (n = 47) schloss alle Frauen mit ein, die mit dem Wunsch nach einer «Hebammengeburt» an die Klinik traten und die zur «Hebammengeburt» zugelassen wurden. Die Gruppe der «Arzt- und Hebammengeburt» (n = 66) schloss Frauen mit ein, bei denen eine physiologische Geburt zu erwarten war und die sich bereit erklärten, einen Fragebogen auszufüllen. In den auf den Gesundheitszustand parallelisierten Gruppen wurden erst- und mehrgebärende Frauen eingeschlossen, bei denen

- keine anamnestischen Risiken vorlagen
- eine physiologisch verlaufende Geburt zu erwarten war
- keine fetalen Fehlbildungen oder Chromosomenaberrationen vorlagen und die über genügend Deutschkenntnisse verfügten, um einen Fragebogen auszufüllen.

Die Datenerhebung erfolgte mittels zwei selbst entwickelter Fragebogen. Ein Fragebogen wurde von den betreuenden Hebammen nach der Geburt ausgefüllt und der zweite postpartal von den Frauen während ihres Wochenbettaufenthaltes.

Ergebnisse

Tendenziell entscheiden sich eher ältere als jüngere Frauen für eine Hebammengeburt. Interessanterweise ist der Anteil der Frauen, die in unkonventionellen Partnerschaften (40,4%) leben, in der Gruppe «Hebammengeburt» höher als in der Vergleichsgruppe (28,8%). Auffallend ist der Unterschied im Bildungsniveau: Im Kollektiv der «Hebammengeburt» sind signifikant mehr Frauen mit Maturität oder Hochschulabschluss vertreten (Pearson $\chi^2 =$

9,071; $p = 0,010$), wobei auch die Bildung des Partners deutlich höher war als bei den Partnern von Frauen, die eine «Arzt- und Hebammengeburt» wählten (Pearson $\chi^2 = 7,327$; $p = 0,025$).

In der Gruppe «Hebammengeburt» traten in 40,4% der Fälle Komplikationen auf, die den Beizug des ärztlichen Dienstes nötig machten. In der Gruppe «Arzt- und Hebammengeburt» beliefen sich die Fälle mit aufgetretener Komplikation auf 51,5%. Die Gruppen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit aufgetretener Pathologien (Pearson $\chi^2 = 1,356$; $p = 0,258$). Gründe, die zu einem Abbruch der «Hebammengeburt» geführt haben sind u.a. mit Geburtsstillstand bei Einstellungsanomalie, schwere variable Dezelerationen und grünes Fruchtwasser beschrieben.

Weniger invasive Massnahmen

Um ein differenziertes Bild der Häufigkeiten invasiver Massnahmen zu erhalten, wurden in beiden Gruppen nur diejenigen Geburten berücksichtigt, die komplikationslos verliefen. Allgemein konnte zwischen den Gruppen ein signifikanter Unterschied dargestellt werden. Im Kollektiv «Hebammengeburt» werden deutlich weniger invasive Massnahmen vorgenommen (Pearson $\chi^2 = 10,877$; $p = 0,001$). Ein Unterschied besteht bei der Intervention der «Blutentnahme» (Pearson $\chi^2 = 7,161$; $p = 0,012$) und «Infusionen verabreichen» (Pearson $\chi^2 = 4,379$; $p = 0,035$) die bei der Hebammengeburt deutlich weniger häufig durchgeführt werden. Die Episiotomierate beträgt in der Gruppe «Hebammengeburt» 36,2% und in der Vergleichsgruppe 56,1%, und unterscheidet sich signifikant (Pearson $\chi^2 = 4,353$; $p = 0,037$). Bei der «künstlichen Blaseneröffnung» ist eine

Tendenz darin zu erkennen, dass in der Gruppe der «Hebammengeburt» weniger Interventionen beobachtet werden. Kein Unterschied ist in der Medikamentenverabreichung zu verzeichnen. Beim Einsatz komplementärmedizinischer Methoden wurde ein Unterschied im Einsatz ätherischer Öle deutlich (Pearson $\chi^2 = 3,780$; $p = 0,040$), die bei einer Hebammengeburt häufiger angewendet werden. Geburtsdauer und fetal Outcome unterscheiden sich nicht (siehe Tabelle).

Befragung der Frauen

Die Frauen der «Hebammengeburt» wurden zu 68% durch externe Gynäkologinnen und Hausärztinnen auf das Angebot aufmerksam gemacht. In der Gruppe «Arzt- und Hebammengeburt» waren mehrheitlich versicherungstechnische Fragen der Grund für die Wahl der Geburt in der Frauenklinik. Bei der «Hebammengeburt» gaben 71% der befragten Frauen an, wegen der Möglichkeit, in einem kleinen Rahmen im Spital gebären zu können, sich für eine «Hebammengeburt» entschieden zu haben. Bei der qualitativen Auswertung dieser Frage standen ideologische und ökonomische Überlegungen im Vordergrund:

- «Die Geburt ist keine Krankheit. Hebammen sind Fachfrauen. Dies macht bei normalem Ablauf der Geburt die Anwesenheit des Arztes überflüssig.»
- «Ich habe Vertrauen in die Fähigkeit und in die Ausbildung der Hebammen.»
- «Nachdem das Geburtshaus für das zweite Kind zu teuer war, haben wir uns für die Hebammengeburt entschieden, mit der Möglichkeit, ein paar Tage stationär zu bleiben.»
- «Geburt im Geburtshaus war von der Krankenkasse nicht gedeckt.»

Die Unterstützungsformen, die von Frauen geschätzt werden, sind in beiden Geburtsmodi mehrheitlich identisch. Frauen, die eine Hebammengeburt wünschten, nahmen unter der Geburt häufiger ein Bad in Anspruch (Pearson $\chi^2 = 6,998$; $p = 0,023$) und hörten ihre Lieblingsmusik öfters (Pearson $\chi^2 = 31,876$; $p < 0,0001$). In beiden Gruppen hatten die Frauen den Eindruck, ihre Geburt mitbestimmen zu können (Pearson $\chi^2 = 0,940$; $p = 1,000$). Ebenso wurde in beiden Kollektiven angegeben, dass diejenige Position eingenommen werden konnte, in der sie sich am wohlsten fühlten. Die Übereinstimmung mit der Zufriedenheit mit der betreuenden Hebamme ist in beiden

Statistischer Test im Vergleich der beiden Kollektive

| | |
|-----------------------------|--|
| Eröffnungsperiode | Pearson $\chi^2 = 3,570$; $p = 0,168$ |
| Austreibungsperiode | Pearson $\chi^2 = 0,005$; $p = 0,944$ |
| Pressphase in Minuten | Pearson $\chi^2 = 1,452$; $p = 0,633$ |
| Anzahl Presswehen | Pearson $\chi^2 = 0,393$; $p = 0,821$ |
| Plazentarperiode in Minuten | Pearson $\chi^2 = 1,427$; $p = 0,490$ |
| PH-Werte | T-Test pH arteriell: $F = 0,430$; $p = 0,513$ /pH venös: $F = 0,419$; $p = 0,519$ |

Gruppen hochgradig (Pearson $\chi^2 = 0,858$; $p = 1,000$).

Bei der qualitativen Auswertung stehen folgende Aussagen im Vordergrund:

- «Habe in der Nacht geboren. Kleines Zimmer, gute Atmosphäre. Hebamme hat auch genäht.»
- «Entspannte und ruhige Atmosphäre. Konnte mich selbst sein.»
- «Intime Atmosphäre, freundliches Personal. Ausgestrahlte Kompetenz. Zwischenmenschliche Wärme. Bewirtung und Möglichkeit, ungestört als Familie im Gebärsaal bleiben zu können.»

Die Frage, ob die Geburt den Vorstellungen entsprochen hat, wurde von 90% der Frauen in der Gruppe «Hebammengeburt» und von 76% der Frauen im Kollektiv «Arzt- und Hebammengeburt» bejaht. Es kann von einer mehrheitlichen Übereinstimmung zwischen Vorstellungen und realem Erleben in beiden Gruppen ausgegangen werden. Bei der qualitativen Auswertung sind folgende Aussagen für die Kollektive repräsentativ:

- «Ja, ich fühlte mich professionell aufgehoben. Für mich war immer transparent, wo mir die Hebamme entgegenkommen konnte. Welche Verantwortung sie übernehmen oder an die Ärztin delegieren würde. Ich wurde ernst genommen.»
- «Ja, weil keine speziellen Eingriffe oder Massnahmen nötig waren. Weil die Atmosphäre und Menschen sehr offen waren, freundlich waren. Weil alles gut und glücklich verlief.»

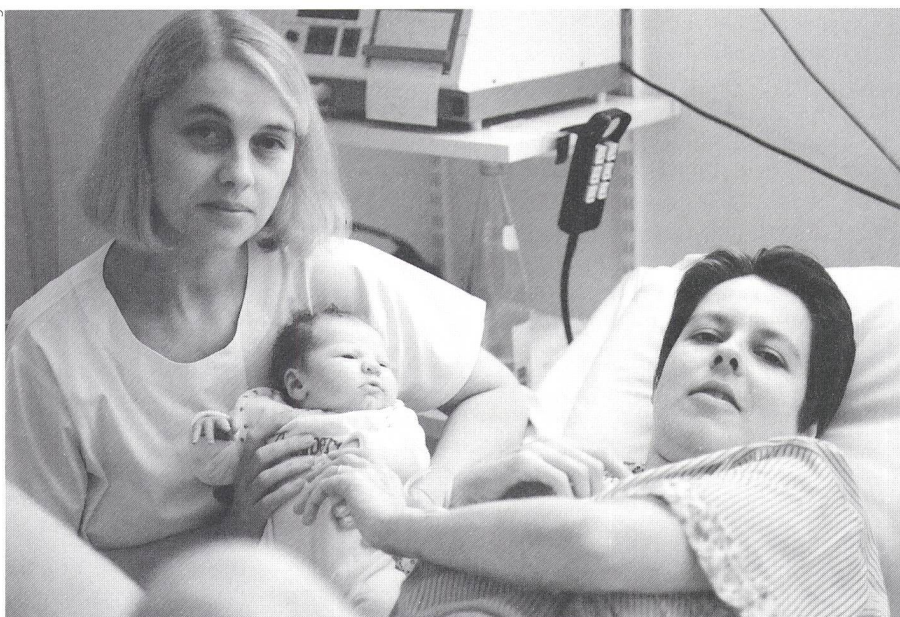
Einzelne negative Rückmeldungen gab es dort, wo die Frauen von ihren Vorstellungen wegen aufgetretenen Komplikationen Abschied nehmen mussten:

- «Nein, statt Hebammengeburt hatte ich eine PDA und fast Kaiserschnitt. Jedoch sehr gute Betreuung durch Hebamme und Ärzte.»

Auffallend ist, dass im Kollektiv der «Hebammengeburt» die Möglichkeit sehr positiv wahrgenommen wird, dass ein Universitätsspital dieses Angebot ermöglicht, und es damit gelungen ist, als Universitätsklinik ein positives Spitalbild zu vermitteln:

- «Ich finde das Projekt sehr gut. Sie sollten es unbedingt weiterhin anbieten. Ich möchte mich nochmals bei allen bedanken.»
- «Hat mir ein positives Spitalbild vermittelt.»
- «Hebammengeburt ist eine hervorragende Alternative zur normalen Spitalgeburt.»

Foto: zug



Für 90% der Frauen stimmte die erlebte Hebammengeburt mit ihren Vorstellungen von einer Geburt überein.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Frauen, die sich für eine «Hebammengeburt» entscheiden, sind durchschnittlich älter, leben eher im Konkubinats- und verfügen über ein höheres Bildungsniveau. Diese Faktoren scheinen das Wahlverhalten in Bezug auf die Geburt zu beeinflussen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Fraser et al. (2000) in ihrer Studie, die ein signifikant höheres Bildungsniveau und unkonventionelle Partnerschaftsformen in ihrem Vergleichskollektiv beschreiben. Die Ergebnisse belegen im Weiteren, dass bei einem risikolosen Kollektiv eine ausschliesslich von Hebammen betreute Geburt im Vergleich zum herkömmlichen Modus mit signifikant weniger Interventionen verbunden ist, wobei sich die Outcome-Parameter nicht unterscheiden. Mit einer Häufigkeit von 40,4% mussten «Hebammengeburten» aufgrund einer sich einstellenden Pathologie abgebrochen werden. Dieses Ergebnis erstaunt, zumal die Zulassungskriterien zur «Hebammengeburt» streng sind und ein hochgradig ausgelesenes Kollektiv festlegen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Hundley et al. (1994): Von 1900 Frauen, die sich für eine von Hebammen betreute Geburt entschieden, mussten 50% antenatal oder peripartal in ärztliche Obhut verlegt werden. In der vorliegenden Studie lässt sich die hohe Pathologierate vielleicht damit erklären, dass die Hebammen im Rahmen des Pilotprojektes mit einer sehr ausgeprägten Vorsicht die Betreuung

von Frauen übernahmen und allein schon bei Indizien zur Entwicklung einer möglichen Pathologie rasch den ärztlichen Dienst beizogen. Diese Annahme wird durch das häufige Beiziehen von ÄrztInnen allein bei transitorisch suspekten CTGs bestätigt.

Für die Wahl der «Hebammengeburt» standen ideologische, wie aber auch ökonomische Überlegungen im Vordergrund. So entschieden sich einige Frauen für die «Hebammengeburt», weil das Geburtshaus von ihrer Versicherung nicht gedeckt wurde. Die qualitativ ausgewerteten Aussagen von betreuten Frauen bestätigen eine mehrheitlich grosse Zufriedenheit mit der Betreuung in beiden Modellen. In beiden Kollektiven hatten die Frauen den Eindruck, ihre Geburt mitbestimmen zu können und sich während der Geburt sehr wohl gefühlt zu haben. In beiden Gruppen waren Enttäuschungen dort vorhanden, wo das reale Erleben nicht mit den Vorstellungen übereinstimmte. Hervorzuheben ist, dass es der Frauenklinik mit diesem Projekt offenbar gelungen ist, ein sehr positives Spitalbild zu vermitteln, in welchem das breite Angebot in Bezug auf die Betreuungsmodelle auf ein gutes Echo gestossen ist. Die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst wurde in beiden Modellen von Seiten der Frauen als sehr gezielt und unterstützend beschrieben.

Von den Hebammen verlangte das Modell der Hebammengeburt die Erweiterung ihrer Fachkompetenz. So werden sie fortlaufend in die Versorgung von DR I, DR II und Episiotomien

durch ÄrztInnen geschult und führen diese nach definierten Qualitätskriterien selbständig und fachkompetent durch. Die Frauenklinik des Universitätsspitals Insel in Bern ist die einzige Klinik im deutschsprachigen Raum, die das Modell der «Hebammengeburt» analog zu den bewährten Modellen der «midwifery led unit» im angelsächsischen und skandinavischen Raum implementiert hat.

Wir sind der Überzeugung, dass diese Betreuungsform einerseits einem Bedürfnis von Frauen entspricht. Zum anderen steckt das Modell den Arbeitsbereich der Hebammen im Rahmen der physiologischen Geburt mit klaren Kompetenzen ab und verhilft in Zeiten allgemeiner Ressourcenknappheit zu einer klaren Aufgabenteilung zwischen Hebammen und ärztlichem Dienst. Aus gesundheitsökonomischer Sicht könnte dieses Betreuungsmodell für Versicherer im Hinblick auf neue Abgeltungsmodelle auch von Interesse sein.

Am 8. Februar 2003 konnten wir mit der 100. Hebammengeburt ein kleines aber beachtliches Jubiläum feiern! ◀

Literaturverzeichnis

- Campbell R., Macfarlane A., Hemsall V. & Hatchard K.: (1999) Midwifery, 15, 183–193.
- Fraser W., Hatem-Asmar M., Krauss I., Maillard F., Bréart G. & Blais R.: (2000) Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: clinical indicators. Canadian Journal of public health, 91, 5–11.
- Hundley V.A., Cruickshank F.M., Lang G.D., Glazener C.M.A., Milne J.M., Turner M., Blyth D., Mollison J. & Donaldson C.: (1994) Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. British Medical Journal, 309, 1400–1404.
- Waldenström, U. & Turnbull, D.: (1998) A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 105, 1160–1170.
- Waldenström, U.: (1998) Continuity of carer and satisfaction. Midwifery, 14, 207–213.
- World Health Organization (WHO): (1996) Care in normal Birth: a practical guide. Geneva: WHO Publisher.

Das Konzept «Hebammengeburt» und der Schlussbericht «Evaluation des Pilotprojektes Hebammengeburt» können zu Fr. 25.– beziehungsweise zu Fr. 40.– bezogen werden bei: Geburtshilfliches Sekretariat, Frauenklinik Inselspital; Frau Ch. Gross/Frau M. Müller, Telefon 031 632 11 20, E-Mail: chris.gross@insel.ch, mariann.mueller@insel.ch

Hebammenbetreuung in der internationalen Forschung

Wirksamkeit ist erwiesen

Eine Literaturdurchsicht* bringt es an den Tag: Hebammenbetreuung bei tiefem Risiko ist der üblichen Standardbetreuung in vielen Punkten überlegen, macht die Frauen zufriedener und kostet erst noch weniger. Für die Schweiz fehlen allerdings bislang entsprechende Studien fast ganz.

Inge Loos

DER Beziehung zwischen Schwangerschaftsvorsorge und Schwangerschaftsoutcome wurde in den letzten Jahren internationale Aufmerksamkeit zuteil, ganz besonders im Kontext der Veränderungen in der Mutterschaftsvorsorge. Diese haben das individuelle Bedürfnis der Frau vermehrt ins Zentrum der Betreuung gerückt (Department of Health 1993, WHO 1998). Die individualisierte Betreuung ist ein wichtiges Thema in den westlichen Gesundheitssystemen und Teil eines grösseren Zusammenhangs zwischen verbesserter Effektivität in der Betreuung, Selbstbestimmung der KonsumentInnen und Einsparungen im Gesundheitswesen. Neuere Programme und Untersuchungen empfehlen eine individualisierte Schwangerschaftsbetreuung, um der mütterlichen und neonatalen Morbidität vorzubeugen (WHO 2001, Visintainer et al. 2000, Lumley et al. 2000, Villar und Khan-Neelofur 1999, Mvula und Miller 1998) und um die Kosten der Mutterschaftsvorsorge zu senken (Stone et al. 2000, Reinharz et al. 2000, Ratcliffe et al. 1996). Allen Initiativen mit dieser Zielsetzung ist gemeinsam, dass sie den Hebammen eine führende Rolle und grössere bis volle Verantwortung für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zuweisen. Dabei werden als Stärken der Hebammen gewertet, dass sie die Geburt als ein natürliches Lebensereignis ansehen, die erzieherischen und psychosozialen Aspekte der Betreuung in den Vordergrund rücken und technologische Interventionen mit Zurückhaltung einsetzen.

Viele positive Auswirkungen

Wachsende Evidenz hat gezeigt, dass die Betreuung von risikoarmen Frauen durch Hebammen ebenso sicher ist wie die standardisierte Betreuung durch ärztliche Geburtshelfer und Allgemeinpraktiker. Studien, in denen Betreuungsmodelle verschiedener Betreuergruppen miteinander verglichen wurden, haben zahlreiche positive Auswirkungen der Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen ans Licht gebracht: weniger Ultraschalluntersuchungen (Biro et al. 2000, Harvey et al. 1996), kleineres

Risiko für untergewichtige Neugeborene (Visintainer et al. 2000), geringere Anzahl an Untersuchungen und Vorsorgebesuchen bei Ärzten und Hebammen, weniger Frühgeburten (Fraser et al. 2000), weniger Gesundheitsprobleme (Waldenström et al. 1997), weniger Geburtseinleitungen (Turnbull et al. 1996), und mehr Frauen, die Geburtsvorbereitungskurse besuchten

(Rowley et al. 1995). Frauen, die von Hebammen betreut worden waren, drückten höhere Zufriedenheit bezüglich Beziehung zum Betreuungspersonal, Informationsübermittlung, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten sowie persönlicher Unterstützung aus (Shields et al. 1998, Waldenström et al. 2000). Ratcliffe et al. (1996) und Giles et al. (1992) ermittelten signifikante Kosteneinsparungen bei der Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen.

In diesen Kostenschätzungen waren die Einsparungen, welche die tieferen Frühgeborenanzahlen zur Folge hatten, noch nicht eingeschlossen. Beim allgemeinen geburtshilflichen Outcome waren keine signifikanten Unterschiede auszumachen (Giles et al. 1992).



Inge Loos, Hebamme, studiert Pflegewissenschaft an der Universität Basel, Mitglied der Redaktionskommission.

* Inge Loos, «The efficacy of midwifery led antenatal care for low risk women compared with standard obstetrician led care». Forschungskonzept, Seminararbeit Quantitative Forschungsmethoden 2, Sommersemester 2001. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.