

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 115 (2017)
Heft: 1-2

Artikel: Wie sieht die Zukunft der hebammengeleiteten Betreuung aus?
Autor: Herrmann, Laura
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949702>

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: 26.04.2026

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

Wie sieht die Zukunft der hebammengeleiteten Betreuung aus?

Ein deklariertes Ziel der Weltgesundheitsorganisation ist es, unnötige Interventionen zu senken und für die psychische und physische Gesundheit von Mutter und Kind zu sorgen. Aktuelle Studien belegen, dass hebammengeleitete geburtshilfliche Modelle diese Interventionszahlen senken und gleichzeitig die maternale Zufriedenheit steigern können. Welche Faktoren können zur Zufriedenheit von Hebammen führen, die in Modellen der kontinuierlichen Betreuung arbeiten?

.....
Laura Herrmann

Hebammen sind zu Expertinnen in allen Bereichen der Mutterschaft ausgebildet. Während dem Studium lernen sie, alle Fachgebiete von der Schwangerschaft bis zur Stillzeit miteinander zu vernetzen. Hebammen kennen die Vorteile einer kontinuierlichen Betreuung. Dennoch arbeiten in der Schweiz die meisten in nur einem ausgewählten Bereich der Mutterschaft.

Die meisten hebammengeleiteten Betreuungsmodelle werden von freiberuflichen Hebammen angeboten. Im Jahr 2014 betreuten sie 4109 Geburten. Das entspricht einem Anteil von 4,8 % aller Kinder, die in der Schweiz zur Welt kamen. Mit dieser Zahl wurde die höchste Anzahl seit Erfassungsbeginn verzeichnet. Erdin et al. (2015) gingen in ihrer Studie der Frage nach, inwiefern die Hebammenbetreuung durch frei praktizierende Hebammen kontinuierlich ist. Das Ergebnis zeigt, dass in nur 5,9%

von allen im Jahr 2014 von freiberuflichen Hebammen erfassten Betreuungen eine Kontinuität über alle Bereiche stattfand.

Was bedeutet kontinuierliche Betreuung?

Als kontinuierliche Betreuung wird in der Regel ein Konzept bezeichnet, in dem Frauen beständige Betreuung, Beratung und Information durch Hebammen und Ärzteschaft während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erhalten. Diese Betreuungspersonen sind mit der Gesundheitsgeschichte vertraut und kennen die Bedürfnisse der Frau. Kontinuierliche Hebammenbetreuung wird somit oft in einem multidisziplinären Netzwerk angesiedelt. Folgt man der Auffassung von Sayn-Wittgenstein (2007), nach der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als primär physiologische und vitale Prozesse im Leben einer Frau betrachtet werden, so ist eine Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen nur dann notwendig, wenn eine Regelabweichung festgestellt wird. Im Falle einer Regelrichtigkeit kann kontinuierliche Hebammenarbeit folglich von der frühen Schwangerschaft bis hin zur postpartalen Phase durch eine Hebamme oder eine kleine Gruppe von Hebammen definiert werden (Waldenström und Turnbull, 2008).

Kontinuität unter dem Teamaspekt betrachtet

Diese Definition von Kontinuität impliziert oftmals die Betreuung der Frau durch eine einzelne Hebamme. Da allein arbeitende Hebammen jedoch von einem kaum bewältigbaren Ausmass der Rufbereitschaft konfrontiert sind, suchte die Autorin in ihrer Bachelorarbeit nach Möglichkeiten, Kontinuität und Hebammenarbeit im Team zu kombinieren.

Neben der Kontinuität in der Betreuung kann der Begriff kontinuierliche Hebammenbetreuung auch im Sinne einer kontinuierlich einheitlichen Betreuungsphilosophie gesehen werden (Flint, 1988). Hierbei geht es vor allem darum, dass Hebammen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofessionen, Klientinnen gemeinsam betreuen.

.....
Autorin



Laura Herrmann ist Studentin im Bachelorstudiengang Hebamme an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Momentan absolviert sie ihr Zusatzmodul am Kantonsspital Frauenfeld.

herrmlau@students.zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch

Hebammengeleitetes Versorgungsmodell

Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">– Teaminterne Philosophie festlegen– Klärung von strukturellen Voraussetzungen wie Rufbereitschaft, Anzahl «caseloads», Organisation, Dokumentation, Räumlichkeiten, Bedarfsermittlung– Unterstützungsabklärung im privaten Umfeld– Absprachen mit Ärzten– Einhalten und Festlegen von Richtlinien
Teamgrösse	<ul style="list-style-type: none">– Ein übergeordnetes Team aufgeteilt in kleine Unterteams.– Die Grösse des übergeordneten Teams ist nicht relevant.– Die Unterteams sollten eine Anzahl von vier bis sechs Hebammen nicht überschreiten.
Rufbereitschaft	<ul style="list-style-type: none">– Die Rufbereitschaft wird aufgeteilt.– Eine Rufbereitschaft sollte höchstens zwölf Stunden dauern.
Art des Teams	<ul style="list-style-type: none">– Die Vorteile von eigenen «caseloads» überwiegen. Auf diese Weise kann jede Hebamme eine bestimmte Anzahl Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuen. Es wird sich die Rufbereitschaft zur Geburt geteilt.– Die «caseloads» sollten nur so gross sein, dass der direkte Kontakt mit den Klientinnen gegenüber der Administration überwiegt. Je nach Literatur variieren die Fallzahlen zwischen 30 und 40 Frauen pro Jahr.
Setting	Geburts Haus, Gebärdabteilung, Hausgeburtshilfe, Belegsystem

In der Schweiz sind vor allem das Beleghebbammensystem, die Hausgeburtshilfe und die Geburtshäuser als kontinuierlich hebammengeleitete Versorgungsmodelle bekannt. Ein weiteres, in der Schweiz bisher nur selten angebotenes Konzept ist die hebammengeleitete Geburtsbetreuung in einer Gebärdabteilung einer Klinik.

Wie machen es die Schweizer Nachbarn?

Um unnötige medizinische Interventionen zu vermeiden und dem Trend der Medikalisierung in der Geburtshilfe entgegenzuwirken, etablierten einige industrialisierte Länder flächendeckende alternative Versorgungsmodelle. Hebammen übernehmen die Hauptversorgung der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

In den Niederlanden bspw. werden komplikationslose Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe grundsätzlich von sogenannten «primary care midwives» betreut. Diese Hebammen handeln autonom und unterstützen die Frauen bei einer Haus- oder Klinikgeburt. Sie arbeiten in Teams und sind dadurch 24 Stunden erreichbar, die Schichten werden untereinander aufgeteilt. Es gibt Gruppierungen, in denen jede Hebamme ihre eigene Fallzahl hat. Sie teilt sich lediglich die Rufbereitschaft zur Geburt mit Kolleginnen.

Ab 1980 wurde in Grossbritannien die Bildung von Hebammenteams unter dem Begriff «caseloaded midwifery» stark unterstützt. Ziel war es, die kontinuierliche Betreuung zu stärken und die Hebammen als Expertin der Mutterschaft anzuerkennen. Die Anzahl Gesundheitsfachpersonen, welche die Frauen im Rahmen ihrer Mutterschaft betreuen, sollte reduziert werden. Eine weitere Form der kontinuierlichen Betreuung ist die «Midwifery Group Practice» (MGP). Diese besteht in der Regel aus sechs bis neun Hebammen, aufgeteilt in Subteams von zwei bis vier Hebammen. Innerhalb dieser MGP hat jede Hebamme einen persönlichen «caseload» von ca. 40 Frauen pro Jahr. Für diese Frauen ist sie die Hauptansprechpartnerin. Während einer Geburt und manchmal auch in der Wochenbettbetreuung teilen sich die Hebammen die Rufbereitschaft und die damit verbundene Betreuung der Frauen.

Die Bedürfnisse der Hebammen

Aus sieben Studien liessen sich sieben zentrale Aspekte herausarbeiten, welche die Zufriedenheit von Hebammen in kontinuierlich angebotenen, hebammengeleiteten Betreuungsmodellen beeinflussen: Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Autonomie, Vielfalt, Kontinuität in der Betreuung, Kollegialität, strukturelle Bedingungen und Richtlinien.

Work-Life-Balance

Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist laut Studienlage elementar für die Zufriedenheit von Hebammen in hebammengeleiteten Versorgungsmodellen. Die Unterstützung durch das private Umfeld sowie das Einräumen von persönlichen Grenzen innerhalb eines Hebammenteams und gegenüber den jungen Familien scheint besonders wichtig zu sein (Edmondson und Walker, 2014). Hilfreich ist zudem, den Klientinnen ausserhalb der Rufbereitschaft feste Zeiten zu nennen, in denen sie sich bei der Hebamme melden können. Es soll ein Medium festgelegt werden, innerhalb dessen Fragen und Anliegen kommuniziert werden (Mailbox, SMS, E-Mail, Anruf). Diese Massnahmen schaffen Orientierung auf beiden Seiten und setzen klare Grenzen, ohne die Bedürfnisse der Frauen zu übergehen.

Die Arbeit in einem Team stellt sich als hilfreich heraus. Eine gemeinsame Philosophie, in der sich die einzelne Hebamme darauf verlassen kann, dass ihre Kollegin in ihrem Sinne handelt, hilft den Hebammen, sich abzugrenzen und sich in ihrer Freizeit zu entspannen.

Autonomie

Hebammen sehen ihre Arbeit in kontinuierlichen Betreuungsmodellen als Chance, autonom zu handeln und Vertreterinnen physiologischer Geburtshilfe zu sein. Hebammen, welche die Kontrolle über ihre eigene Arbeit haben und denen es gleichzeitig gelingt, frauenzentrierte Betreuung anzubieten, weisen eine signifikant niedrigere Burn-out-Rate auf als diejenigen, die weniger Kontrolle besitzen (Todd et al., 1998). Zudem sucht diese Gruppe von Hebammen häufiger nach Evidenzen und besucht öfters Fortbildungen.

Kontinuität durch eigene «caseloads»

Kontinuität in der Betreuung ist laut Studienlage für die Hebammen vor allem wichtig, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Frauen aufzubauen. Teamarbeit kann diesen Aspekt stark einschränken. In ihrer Studie beschreiben Todd et al. (1998), dass sich in einem Team von sieben oder mehr Hebammen selten eine Beziehung zwischen Hebamme und Frau im Sinne der Kontinuität entwickeln kann, da sich die Hebamme und die Frau kaum mehrmals hintereinander sehen.

Eigene «caseloads» helfen Hebammen, sich ihre Arbeit flexibel einzuteilen. Diese Flexibilität ermöglicht einerseits, die Bedürfnisse der Frau zu erfüllen und ihnen individuelle Betreuung anzubieten. Andererseits kann die Hebamme ihre Arbeit dem Privatleben anpassen. Hebammen schätzen es, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten vielfältig anzuwenden. Es scheint daher nicht förderlich, die Aufgabengebiete innerhalb eines Teams aufzuteilen.

Partnerschaftlichkeit

Hebammengeleitete Versorgungskonzepte unterstehen grundsätzlich medizinischen Richtlinien. Hebammen sehen diese nicht nur als Sicherheit für die Frauen, sondern auch als Absicherung für sich selbst und innerhalb ihrer Arbeit (Edmondson und Walker, 2014). Auf der anderen

Seite empfinden Hebammen Richtlinien auch als Einschränkung. Es ist daher förderlich, wenn neben allgemein ausgesprochenen Richtlinien interne Richtlinien verschriftlicht werden.

Struktur und Organisation

Die Struktur eines hebammengeleiteten, kontinuierlichen Arbeitsmodells lässt sich beeinflussen. Regelungen bezüglich Rufbereitschaft, Organisation, Krankheitsvertretungen und Auffangen einer hohen Arbeitsbelastung können festgelegt werden. Es sollte auch geklärt werden, wie und wie häufig dokumentiert wird.

Konzept kann als Grundlage dienen

Aus der Bachelorarbeit ging grundsätzlich hervor, dass all jene Faktoren, welche die Zufriedenheit der Hebammen in einem hebammengeleiteten, kontinuierlichen Modell beeinflussen, durchaus realistisch und in die Praxis umsetzbar sind. Daher ist aus den Ergebnissen ein Konzept entstanden, das als Grundlage für die Praxis dienen kann (siehe Tabelle auf Seite 13).

Dieser Artikel beruht auf der Bachelorthesis «Zukunftsvision hebammengeleitete Betreuung?», die zum Abschluss des Hebammenstudiums an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften eingereicht wurde. Sie ist verfügbar unter <https://digitalcollection.zhaw.ch> > Bereiche: **Gesundheit > Abschlussarbeiten > Abschlussarbeiten Hebamme**

Literatur

- Erdin, R. et al. (2015) Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Edmondson, M. und Walker, S. (2014) Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women and Birth*, 27, 31–36. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.003
- Fereday, J. und Oster, C. (2010) Managing a work-life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery*; 26, 311–318. doi:10.1016/j.midw.2008.06.004
- Flint, C. (1988) The Know Your Midwife Scheme. London: Midwifery college. www.midwiferycollege.org
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007) «Geburtshilfe neu denken». Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Huber.
- Todd, C. et al. (1998) Team midwifery: the views and job satisfaction of midwives. *Midwifery*; 14, 214–224. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10076316
- Waldenström, U. und Turnbull, D. (1998) A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 105, 1160–1170.
- WHO (2015) WHO Statement on Caesarean Section Rates. apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf