

Hebammengeleitete Betreuung im Kanton Bern - Eine qualitative Erhebung zu Arbeits- organisationsformen

Bachelor-Thesis

Ehrler Rebecca Alena

Recher-Conzett Marisa Kathrina

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	3
2	Einleitung	4
	2.1 Ziele und Fragestellung.....	4
	2.2 Eingrenzung.....	6
3	Theoretische Grundlagen	7
	3.1 Betreuungsprinzipien der Hebammen	7
	3.2 Betreuungsprinzipien der hebammengeleiteten Geburtshilfe.....	7
	3.3 Bedürfnisse der Frauen.....	8
	3.4 Betreuungsbogen und Bedeutung der Kontinuität	8
	3.5 Betreuungsmodelle im internationalen Kontext.....	10
	3.6 Situation in der Schweiz	11
4	Methoden	16
	4.1 Systematische Literaturrecherche	16
	4.2 Literaturanalyse.....	17
	4.3 Forschungsmethoden.....	18
5	Ergebnisse	21
	5.1 Literaturauswahl und -analyse.....	21
	5.2 Erhebung der Arbeitsorganisation der Hebammen im Kanton Bern.....	31
6	Diskussion	48
	6.1 Bedeutung der hebammengeleiteten Geburtshilfe für die Frauen.....	48
	6.2 Bedeutung einer Stärkung der hgG für Hebammen.....	50
	6.3 HgG im klinischen Setting und interdisziplinäre Zusammenarbeit	52
	6.4 HgG im ausserklinischen Setting.....	54
7	Schlussfolgerung	55
8	Abkürzungsverzeichnis	57
9	Literaturverzeichnis	59
10	Tabellenverzeichnis	66
11	Abbildungsverzeichnis	66

1 Abstract

Hintergrund und Fragestellung: Die hebammengeleiteten Betreuungsformen (hgB) sind in der Schweiz wenig etabliert und ein aktuelles, politisch diskutiertes Thema. Im Ausland sind diese Betreuungsformen schon anerkannt und beforscht. In dieser Arbeit sollen effektive und frauenzentrierte Betreuungsformen mit hoher Behandlungsqualität ermittelt und eine Untersuchung von kontinuierlichen Betreuungsformen im Kanton Bern durchgeführt werden.

Methoden: Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden anhand von Studien und Reviews Antworten auf die erste Fragestellung gesucht. Diese wurden nach Kriterien von Polit, Beck und Hungler (2010), Steinke (2012) und Behrens und Langer (2010) analysiert. Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde eine qualitative Erhebung mittels Interviews mit Hebammen aus dem Kanton Bern durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und nach Mayring (2015) ausgewertet.

Ergebnisse: Drei Studien, davon zwei quantitative, eine Mixed Method und eine Cochrane Review wurden analysiert. In diesen Arbeiten wurde bestätigt, dass hgB für die Frauen mit besseren geburtshilflichen Outcomes beschrieben sind und die Zufriedenheit erhöht ist. Die hgB erwies sich im Trend als kosteneffizienter als herkömmliche Modelle. Im empirischen Teil zur frauenzentrierten Arbeitsorganisationform von Hebammen im Kanton Bern, ergaben sich acht Hauptkategorien (HK) und jeweils entsprechende Unterkategorien (K). Die HK waren: *Arbeitsorganisation* von Hebammen, *Zufriedenheit* unter anderem mit der Work-Life-Balance, *Wirtschaftlichkeit* in Bezug auf das Arbeiten, die Leistungen und das Einkommen, *Qualitätssicherung*, *Zusammenarbeit* inter- / intraprofessionell, *Gründe für den Wechsel in ein frauenzentriertes Modell*, *Betreuungsmodelle* und *erwünschte Entwicklungen in Gesellschaft und Politik*.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die hgB ist in «Low Risk»-Fällen im Vergleich zur herkömmlichen Geburtshilfe sicher für Mutter und Kind. Was Hebammen in der Betreuung anbieten möchten, deckt sich mit den Bedürfnissen der Frauen. Die Zusammenarbeit ist in der freien Praxis (FP) ein wichtiger Punkt. Hebammen arbeiten wirtschaftlich, ohne dabei ein grosses Einkommen zu erzielen; der Leistungskatalog weist Lücken auf (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 2016b). Im Rahmen der Ziele von «Gesundheit 2020» sollten hebammengeleitete Betreuungsmodelle gefördert werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2013a).

Schlüsselwörter: frauenzentriert, hebammengeleitet, kontinuierlich, Betreuungsmodelle, Zufriedenheit, Frauen, Hebammen, Arbeitsorganisation, effektiv

2 Einleitung

2.1 Ziele und Fragestellung

Stellen Sie sich vor Sie erwarten ein Kind - Wissen Sie welche Betreuungsangebote Ihnen in der Schweiz zur Verfügung stehen?

Wären Sie im 19. Jahrhundert in freudiger Erwartung und auf dem Land beheimatet, wären Sie mit Sicherheit in den Händen einer Dorfhebamme. Diese würde Sie durch die ganze Schwangerschaft (SWS), Geburt und das Wochenbett (WOBE) betreuen (Loytved, 2001).

Die heutige Realität: Werdende Mütter erfahren nur noch höchst selten eine stete Betreuung aus einer Hand, die von den ersten Schwangerschaftswochen (SSW) bis zur Versorgung des Säuglings reicht. Bis zu 20 verschiedene Fachpersonen sieht eine Frau während der ganzen Mutterschaft (Haueter, 2013). In der Schweiz wäre es jedoch möglich, dass Hebammen Frauen selbstbestimmt betreuen. Befähigt hierfür werden sie durch die Ausbildung an Fachhochschulen oder zuvor an Höheren Fachschulen (Berner Fachhochschule [BFH], 2007).

Valerie Levy (1999) beforschte die Bedürfnisse von Frauen, wenn es darum ging, eine Entscheidung während der SWS zu treffen. Frauen bevorzugten Informationen, die individuell auf sie abgestimmt abgegeben werden und eine Wahlmöglichkeit zulassen. In einer Befragung von Schweizer Frauen aus drei Kantonen fanden Luyben et al. (2013) heraus, dass das Sicherheitsbedürfnis und den Anspruch an eine gute medizinische Versorgung die Wahl der Betreuung beeinflusste. Frauen schätzten zudem, Bezugspersonen zu haben. Wie eine Studie aus Australien zeigte, waren die Frauen mit kontinuierlicher Betreuung durch eine Hebamme oder ein kleines Team von Hebammen zufriedener mit dem Geburtserlebnis und hatten ein Gefühl von Kontrolle im Geburtsprozess (Homer, Davis, Cooke & Barclay, 2002).

Heute werden statistisch gesehen die meisten Frauen in der SWS durch eine Gynäkologin / einen Gynäkologen betreut, die / den sie schon kennen. Als optimal beschreiben die Frauen eine geteilte Betreuung von Ärztin / Arzt und Hebamme (Luyben et al., 2013). Während der Geburt werden die Frauen hauptsächlich von Hebammen und ihren Partnern unterstützt. Die meisten Frauen gebären ihr Kind im Spital. Alternative Geburtsorte sind das Geburtshaus (1,5% aller Geburten) oder das eigene Zuhause (1% aller Geburten) (Erdin, Iljuschin, van Gogh, Schmid & Pehlke-Milde, 2015). Im Wochenbett sind es die Hebammen, welche primär die Betreuung leisten (Luyben et al., 2013).

Aus den internationalen Leitlinien geht hervor, dass die hgB mit keinen nachteiligen Outcomes verbunden sind. Für Frauen mit geringem geburtshilflichem Risiko empfiehlt National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008), dass sie von einer Hebamme betreut werden, entweder zu Hause gebären oder in einer Alongside Midwifery Unit (hebammengeleitete Abteilung gerade neben dem Spital). Sie geben diese Empfehlungen ab, da durch die hgB weniger Interventionen zu erwarten sind und die Outcomes für das Kind die gleichen sind wie im Spital. In vielen Ländern, so auch in der Schweiz, sind die Interventionsraten hoch (Aubry & Cignacco, 2015). So betrug hier die Kaiserschnitttrate im Jahr 2010 laut dem BAG 32.6 % bei rund 80' 000 Geburten und ist im internationalen Vergleich überdurchschnittlich (2013b). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015) betont, dass weniger gerechtfertigt wären. Sie spricht sich für eine Demedikalisierung der Geburtshilfe bei gesunden Frauen aus (WHO, 2002). Dies ist ein starkes Argument aus fachlicher Literatur für die hgB.

Im Kanton Bern sind aktuell die hebammengeleiteten Modelle (hgM) im Fokus. Die im Jahr 2013 eingereichte Motion der Grossrätin Imboden, Grüne, zur hebammengeleiteten Geburtshilfe (hgG) im Kanton Bern wurde vom Grossen Rat als Postulat übernommen (Aubry & Cignacco, 2015). Es folgte der Auftrag, die Anliegen und Fragestellungen mittels Expertinnen- und Expertenberichts zu prüfen. Aubry und Cignacco (2015) decken hinderliche und förderliche Faktoren für eine Implementierung des Modells auf und geben Handlungsempfehlungen ab.

Künzi, Jäggi und Dutoit (2013) beschreiben eine Lücke zwischen Versorgungsbedarf und Gesundheitsfachleuten. Der stetig grösser werdende Mangel an fachärztlichem Personal hat zur Folge, dass der Staat die nichtärztlichen Gesundheitsberufe fördern will. Alternative Modelle, welche die Grundversorgung sicherstellen, sollen ebenfalls durch den Staat unterstützt werden. Bei der vermehrten Übernahme der Grundversorgung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, spielt die «Advanced Practice»-Funktion (erfahrene Fachleute mit erweiterter Ausbildung, beispielsweise Masterabschluss) eine Rolle.

Gesundheitspolitisch werden im Rahmen der neuen Ziele und Massnahmen in «Gesundheit 2020» die Ausführungen von Künzi et al. (2013) aufgenommen. Bezüglich der Chancengleichheit versucht der Bundesrat innovative Versorgungsmodelle zu unterstützen, um die Versorgungsqualität verbessern zu können (BAG, 2013a).

2.2 Eingrenzung

In der Literatur soll untersucht werden, welche Betreuungsformen für die Frauen sicher und effektiv sind; hierzu wird eine systematische Literatursuche zu möglichen Betreuungsformen durchgeführt. Die Qualität und Sicherheit steht dabei im Zentrum, der Begriff Effektivität meint hier die Zufriedenheit und das Outcome von Frau und Kind sowie die Wirtschaftlichkeit der Betreuungsformen. Nebst der Effektivität sollen die Bereiche Organisation und Zusammenarbeit eruiert werden. In einer qualitativen Erhebung soll untersucht werden, wie fortlaufende und hebammengeleitete Betreuung im Kanton Bern angeboten wird. Zu Erfahrungen bezüglich der Organisation, Zusammenarbeit, Wirtschaftlichkeit und Zufriedenheit in diesen Betreuungsformen werden Befragungen durchgeführt. Durch Fachärztinnen / Fachärzte angebotene Betreuungsformen werden nicht untersucht.

- Welche Betreuungsformen sind frauenzentriert und am effektivsten für eine hohe Behandlungsqualität?
- Wie sind die Hebammen im Kanton Bern organisiert, um frauenzentrierte, fortlaufende Betreuung anbieten zu können? Wo gibt es Übereinstimmungen und Diskrepanzen zu einer empfohlenen Betreuung?

3 Theoretische Grundlagen

Effektive Betreuung kann nach Enkin et al. (2006) variierend interpretiert werden. Für einige Betreuende wie Betreute ist die Zufriedenheit und das Erleben der Frau von hoher Wichtigkeit. Für andere die Senkung der perinatalen Morbidität und Mortalität, unabhängig vom Risiko der Mutter, das dabei erhöht werden kann. Für weitere wiederum ist die Kosteneffizienz zentral. Diese Interpretationsunterschiede zeigen sich deutlich in den unterschiedlichen Betreuungsformen und Philosophien. Der Begriff «Effektivität» wird in dieser Arbeit in Bezug auf das bestmögliche Outcome von Mutter und Kind, dem Erleben der Frauen und Paare und auf die Wirtschaftlichkeit der Betreuung verwendet. Als wahrscheinlich sinnvolle Betreuungsmassnahmen gelten laut Enkin et al. (2006) unter anderem eine kontinuierliche Betreuung für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen sowie eine hgB für Frauen ohne ernsthafte Risikofaktoren, also sogenannte «Low Risk»-Frauen. Die WHO sieht SWS, Geburt und WOB als normale, physiologische Prozesse, die weltweit bei zwei Drittel der Frauen komplikationslos verlaufen (WHO, 2003).

3.1 Betreuungsprinzipien der Hebammen

Im internationalen Hebammenkodex sind Prinzipien festgelegt, die eine Verbesserung des Behandlungsstandards von Frauen und Säuglingen zum Ziel haben. Die Basis des Kodex sind gegenseitiges Vertrauen, Respekt und Würde aller Menschen der Gesellschaft (SHV, 1994). Der Kodex nimmt Stellung zu den Beziehungen der Hebamme, der Berufsausübung, der professionellen Verantwortung und der Förderung von Wissen und Können. Das Recht der Frau, informiert zu sein und aktiv an Entscheidungen teilzuhaben wird genannt. Die Hebammen unterstützen sich gegenseitig in ihrer Berufsrolle und arbeiten mit anderen Berufsgruppen, politischen Instanzen und Trägerschaften zur Sicherung der Gesundheitsversorgung zusammen und beteiligen sich an Entwicklung und Durchführung gesundheitspolitischer Massnahmen. Die Entwicklung und Verbreitung von Wissen und Können wird beispielsweise durch gegenseitige Überprüfung gesichert.

3.2 Betreuungsprinzipien der hebammengeleiteten Geburtshilfe

Die Betreuung von «Low Risk»-Frauen erfolgt in der hgG durch die Hebamme eigenverantwortlich, bei Bedarf zieht sie medizinische Fachpersonen bei (Bauer, 2011). Das Versorgungskonzept der hgG stellt die physiologische Geburt, die Betreuungskontinuität und die Bedürfnisse der Frauen ins Zentrum (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Die von Bauer (2011) beschriebenen Betreuungsprinzipien einer hgG sind eine *partnerschaftliche Betreuung*, was einer gleichberechtigten Beziehung zwischen Hebamme und Klientin gleichkommt, die gute Kommunikationsfähigkeiten, Ehrlichkeit, Vertrauen und Zeit voraussetzten. Die *Betreuungskontinuität* kann durch eine Kontinuität der Betreuungsform oder der betreuenden Person erfolgen, abhängig von strukturellen Gegebenheiten und regionalen Angeboten. Im Fokus steht dabei das Kennenlernen sowie der Aufbau von Vertrauen. Unter dem Konzept der *persönlichen Kontrolle* wird unter anderem die Selbstbestimmung der Frau über ihren Körper und das Geschehen verstanden. *Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen* fussen auf dem Recht des Einzelnen, autonome Entscheidungen zu treffen. Die Frau soll in diese miteinbezogen werden und *mit-, bzw. selbst bestimmen* können. Um eine Wahl zu haben und entscheiden zu können, ist eine umfängliche *Information und Aufklärung* nötig.

3.3 Bedürfnisse der Frauen

Wie Frauen sich zum bestehenden Betreuungsangebot in der Schweiz äussern und was ihre Bedürfnisse sind, wird im Schlussbericht der Maternal Health Experiences Research during Childbirth in Switzerland (MatHer-ch) (Luyben et al., 2013) ersichtlich. Mit 59 Frauen aus drei Kantonen, die alle im Spital geboren hatten, wurde eine Befragung durchgeführt. Die Frauen waren grundsätzlich zufrieden mit ihrer Betreuung. Sie betonten die Wichtigkeit einer Bezugsperson und von dieser ernst genommen zu werden. Sie wünschten sich mehr Informationen bezüglich Betreuungsmöglichkeiten in der Schweiz und fanden eine alternierende Betreuung von Gynäkologin / Gynäkologen und Hebamme optimal. Das Spital kam für die Frauen als Geburtsort in Frage, da es oft nahe dem Wohnort lag, alternative Geburtsorte wie Geburtshäuser waren zu weit entfernt. Die Frauen verbanden das Spital mit einer guten medizinischen Versorgung und Sicherheit. Mehr als die Hälfte gaben an, dass sie nach dem Geburtserlebnis etwas ändern wollten, unter anderem war das eine natürliche Geburt anstatt des Kaiserschnitts oder die Wahl eines anderen Spitals. Ein Fünftel der Frauen gab an, dass sie widersprüchliche Informationen erhielten. In Valerie Levy's Studie (1999) ist beschrieben, dass es für schwangere Frauen wichtig ist, Informationen zu erhalten, die vertrauenswürdig und individuell auf sie zugeschnitten sind, damit sie eine Wahl treffen und ausgeglichen bleiben können.

3.4 Betreuungsbogen und Bedeutung der Kontinuität

Die Phase von der Empfängnis bis und mit erstem Lebensjahr eines Kindes wird Primälzeit genannt (Odent, 1989). Die Hebamme kann mit ihrer Betreuung den Bogen von Familienplanung über Schwangerschaft und Geburt bis hin zu Wochenbett und

Stillzeit abdecken. Laut Sayn-Wittgenstein (2007) bietet sie damit ein wichtiges Angebot in der Gesundheitsversorgung, das ein noch nicht ausgeschöpftes Potenzial aufweist.

Die kontinuierliche Betreuung und die aktive Teilnahme der Frau gelten laut Schmid (2011) als anerkannte Faktoren, um ein bestmögliches Outcome für Mutter und Kind zu erzielen. In Homer, Brodie und Leap (2008) ist die kontinuierliche Betreuung mit besserem Erleben von Frau und Hebamme verbunden. Sie wird auch mit einer höheren Rate an natürlichen Geburten in Verbindung gebracht. Hodnett (2000) kam in der Cochrane Review zum Schluss, dass Studien über kontinuierliche Betreuung durch Hebammen Vorteile zeigen, unklar war jedoch, ob es an der kontinuierlichen Betreuung durch Fachpersonal oder an der Hebammenbetreuung lag. Homer et al. (2002) stellten eine höhere Zufriedenheit der Frauen in kontinuierlicher Betreuung fest, diese hatten zudem das Gefühl von Kontrolle im Geburtsprozess.

Die kontinuierliche Hebammenbetreuung beginnt in der Frühschwangerschaft und geht bis zum Ende des Wochenbetts weiter (WHO, 1999). Homer et al. (2008) beschreiben «kontinuierlich» als von einer Hebamme oder einem kleinen Hebammenteam gesicherte Betreuung, in der die Frau ihre Betreuungspersonen kennt. Wird die Betreuung durch eine Person geleistet, spricht man von «Continuity of Carer», also der Kontinuität der Betreuungsperson. Auch Schmid (2011) spricht von Betreuungskontinuität, wenn sie von wenigen Betreuungspersonen oder nur einer einzelnen Fachperson angeboten wird. Sie erachtet die 1:1-Betreuung als anzustrebende Form. Kernstück in der kontinuierlichen Betreuung ist die Beziehung zwischen Hebamme und Frau sowie deren familiärem Umfeld. Die Vertrautheit gegenüber der Betreuungsperson bewirkt, dass Stress bei der Frau gesenkt und Schutz geboten wird. Diese Arbeitsform ist auch für die Hebammen befriedigender, sie sind motivierter und seltener krank (Schmid, 2011).

Der Begriff «Betreuungskontinuität» wird anders als oben beschrieben auch als Philosophie gebraucht, bei der viele Betreuungspersonen involviert sind (Homer et al., 2008), also keine eigentliche Kontinuität von Betreuung- / - person vorherrscht.

In dieser Arbeit wird der Begriff Kontinuität verwendet, wenn die Betreuung durch eine oder wenige Betreuungspersonen während SWS, Geburt und Wochenbett erfolgt (Homer et al., 2008). Kontinuierliche Betreuung ist folglich nur in hgB möglich, da nur die Hebammen die Betreuung der gesamten Primalzeit leisten können. Umgekehrt sind aber nicht alle hgB kontinuierlich (Eigenmann, 2011). Aus diesem Grunde wird gemäss obengenannter Unterscheidung entweder der Begriff kontinuierlich oder hebammengeleitet verwendet, je nach gemeinter Definition.

3.5 **Betreuungsmodelle im internationalen Kontext**

Die Kompetenzen der Hebammen und die Betreuung von Frauen differieren in den westlichen Ländern stark (Künzi & Detzel, 2007). In Skandinavien, dem angelsächsischen Sprachraum und Deutschland wird die hebammengeleitete Geburt klinisch wie ausserklinisch ausgebaut (Kurth, Büchi & Cignacco, 2011).

So hat Grossbritannien mit der Reform zu «Continuity of Care», also kontinuierliche Betreuung, das Ziel, dass jede schwangere Frau einer Hebamme zugewiesen wird, die die ganze SWS und die Nachgeburtszeit als Betreuende abdeckt. Es gibt ausserdem Bestrebungen, die Hausgeburt zu stärken, um Spitäler zu entlasten und Kosten zu senken (Künzi & Detzel, 2007). Eine Betreuungsform, die in Grossbritannien bereits verbreitet ist, sind die Alongside Midwifery Units. Diese sind in der Regel neben einer Gebärtation oder in einem Gebäude neben dem Spital angesiedelt. «Low Risk»-Frauen werden dort von Hebammen in SWS und Geburt betreut. Ist ärztliche Hilfe von Nöten, werden die Gebärenden in die rasch zu erreichende Gebärtation des Spitals verlegt (Midwifery Unit Network, kein Datum). In Grossbritannien werden schwangere Frauen mit niedrigem Risiko durch Hebammen und Hausärztinnen / Hausärzten, so genannten General Practitioners (GP) betreut (NICE, 2008). Die Hebammen können nach mehrjähriger Berufserfahrung und dem Erwerb des Mastertitels als Advanced Practitioner in Forschung, Lehre, Management oder Beratung tätig sein.

Während die Hebamme in Holland primäre Betreuerin in der regelrechten SWS ist, ist die Gynäkologin / der Gynäkologe zuständig für die Risiko-SWS. Die Zahl der Hausgeburten liegt in Holland bei 30% (Künzi & Detzel, 2007), 70% der Hebammen arbeiten in der freien Praxis (FP). Das holländische Geburtshilfe-System ist somit einmalig, es unterstützt die Physiologie und damit die Hausgeburt und ermöglicht gute Versorgung durch die Hebamme auch für randständige Familien. Die Hebamme geniesst in Holland gesetzlich geregelt besonderen Schutz und Erleichterung in der Ausführung ihrer Arbeit. Die Hebammenausbildung mit dem Erwerb eines Bachelortitels wird von den Holländern seit jeher als hochstehend beschrieben (Sutcliffe, 2016).

In Neuseeland kam es im Zuge eines ökonomischen Wandels zu Veränderungen im Gesundheitswesen: Die Hebammen gingen vermehrt in die FP, da sie nun selbständig Leistungen abrechnen konnten. Die Versorgung der Frauen wurde vom Staat gesetzlich gesichert: Jede schwangere Frau hat entweder eine Hebamme oder eine Ärztin / einen Arzt als Hauptbetreuende/r / Lead Maternity Carer (LMC). Die Betreuung der Frau wird durch den LMC während SWS und Geburt täglich bis sechs Wochen postpartum sicher gestellt (Homer et al., 2008).

In Deutschland gebären Frauen überwiegend in Kliniken, weshalb besonders die klinische hgG gefördert wird. In den Hebammenkreissälen leiten Hebammen eigenständig die Geburten und ziehen die Gynäkologinnen / Gynäkologen bei Komplikationen bei (Bauer, 2011). In den letzten Jahren wurden jedoch auch viele Geburtsabteilungen geschlossen, was zu Einbussen der flächendeckenden Versorgung geführt hat (Bauer, 2011).

Die verschiedenen Arbeitsformen, in denen Hebammen kontinuierliche Betreuung anbieten, werden hier näher erläutert.

Hebammen, die eine 1:1-Betreuung während SWS, Geburt und Wochenbett anbieten, werden im angelsächsischen Sprachraum «Caseload Midwife» (CM) genannt. Sie betreuen eine bestimmte Anzahl von Frauen und werden, wenn nötig, von einer zweiten oder dritten Hebamme vertreten («Back-Up»-Hebamme). Dazu muss gesagt werden, dass nicht alle Hebammen diese Betreuungsform anbieten können und wollen, insbesondere wegen der ständigen Erreichbarkeit, die diese mit sich bringt (Homer et al., 2008).

Viele CM organisieren sich unter anderem deshalb in Gruppen oder Strukturen, die «Midwifery Group Practice» genannt werden. Die Hebammen haben eine individuelle Anzahl angenommener Betreuungen. Die Organisation und Vertretung durch Gruppenmitglieder ist unterschiedlich, ermöglicht den Hebammen aber Frei- und Ferientage. Eine weitere Betreuungsform ist das «Team Midwifery Model» (TMM), in dem eine Gruppe von Hebammen für eine bestimmte Anzahl Frauen die Betreuung sicherstellt. Die Vorteile sind der Midwifery Group Practice ähnlich, ein möglicher Nachteil ist die Betreuung durch mehr als eine bis zwei Personen und somit mehr Ansprechpersonen für die Frau (Homer et al., 2008).

3.6 Situation in der Schweiz

In den 1960er Jahren kam es zu einer Verlagerung der Geburt ins Spital und zur Medikalisierung der Geburtshilfe. Diese Verlagerung setzte in Nachbarländern schon früher ein und hatte zum Ziel, die mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität zu senken. Das Ziel wurde erreicht, jedoch nicht ausschliesslich aufgrund der vermehrten Spitalbetreuung und Medikalisierung. Nebst den Veränderungen in der Geburtshilfe veränderten sich die Lebensbedingungen und der Gesundheitszustand von Müttern und Vätern (Tew, 2007). Heute weiss man, dass die Medikalisierung nicht nur Vorteile hervorgebracht hat, sie bringt unter anderem mehr Interventionen mit sich (Hodnett, Downe & Walsh, 2012). Der Kaiserschnitt kann lebensrettend sein, bringt aber auch negative (Spät-) Folgen für Mutter und Kind mit sich. So steigt das Risiko bei den Kin-

den, später an Asthma und Diabetes Mellitus Typ I zu erkranken (Romero & Korzeniowski, 2013). Laut WHO (2015) ist eine Kaiserschnitttrate über 10 % nicht assoziiert mit einer Senkung der kindlichen und mütterlichen Mortalität. International ist man sich der hohen Interventionsrate bewusst, es gibt Bestrebungen, diese zu senken (WHO, 2002). Frauen äussern nach einer Kaiserschnittgeburt den Wunsch nach einer natürlichen Geburt (Luyben et al., 2013).

In der Schweiz kamen im Jahr 2015 um die 86`500 Kinder zur Welt (Bundesamt für Statistik [BfS], 2015). 90% der Schwangerenbetreuung erfolgt durch Ärztinnen / Ärzte in der Praxis, dem Ambulatorium oder im Spital (Aubry & Cignacco, 2015). Die hebammengeleitete Schwangerenbetreuung ist qualitativ gleichwertig, im Schnitt aber kosteneffektiver und geht mit einer höheren Zufriedenheit der Frauen einher (Künzi & Detzel, 2007), trotzdem wird sie jedoch kaum genutzt.

Die Standardbetreuung in der Schweiz erfolgt somit überwiegend durch Ärztin / Arzt in der SWS, durch Hebammen und Ärztinnen / Ärzte unter der Geburt und Pflegefachpersonal und Hebammen im Wochenbett. Das Angebot der Mütter-Väter-Beratung schliesst sich der Wochenbettbetreuung (WOBEBE) an (Luyben et al., 2013). So wird die Frau im Verlauf von bis zu 20 verschiedenen Fachpersonen betreut (Haueter, 2013). Diese Fragmentierung bringt eine Herausforderung in der Betreuung und interprofessionellen Zusammenarbeit mit sich und äussert sich unter anderem in einer widersprüchlichen Informationsabgabe gegenüber der Frau. Dem Wunsch einer Bezugsperson wird die fragmentierte Betreuung nicht gerecht (Luyben et al., 2013). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat eine «Charta zur Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» herausgegeben (2014). Diese hat zum Ziel, die Behandlung der Patienten zu optimieren, die Versorgung sicher zu stellen und die Arbeit der Fachleute zu unterstützen. Es werden unter anderem der Einbezug der Patienten in Entscheidungen und die Klärung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen genannt.

In den letzten Jahrzehnten gab es in der Schweiz Bestrebungen, hebammengeleitete Betreuungsmodelle einzuführen. Das Kompetenzprofil der Hebamme erlaubt eine Betreuung und Beratung der Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (BFH, 2007). Dieser Aufgabe kann sie als freipraktizierende Hebamme (fpH) nachkommen, indem sie als Selbständige, als Beleghebamme oder in einem Geburtshaus arbeitet. Hebammensprechstunden in Kliniken haben zugenommen, zudem wurde die von einer Spitalhebamme begleitete Hebammengeburt eingeführt (Kurth et al., 2011). In der Tabelle 1 wird ein Überblick über den Betreuungszeitraum und -möglichkeiten der Frauen gegeben. Fachärztinnen / Fachärzte der Gynäkologie bieten ihre Dienste

im Spital oder in privater Praxis an. Als Belegärztinnen / Belegärzte können sie nach ambulanter Schwangerschaftsbetreuung zur Geburt ins Spital dazukommen. Weiter können sich Ärztinnen / Ärzte und Hebammen die Schwangerenbetreuung auch teilen, so genannte Shared Care (Aubry & Cignacco, 2015).

Tabelle 1: Betreuungsmöglichkeiten in der Schweiz

Primalzeit nach Odent (1989)	Leitende Betreuungsperson					
	Fachärztin/ Facharzt	fpH (Beleg, Geburts- haus)	Hebammen Sprechstun- de in Klinik	Hebam- mengebur- t in Klinik	Pflege- fach- person	MüVä- Be
SWS 8-12	ja	ja	ja	-	-	-
SWS 12-32	ja	ja	ja	-	-	-
SWS ab 32	ja	ja	ja	-	-	-
Geburt	mit (Spital) Hebamme	ja	-	ja	-	-
Früh-WOBE Mut- ter und Kind	-	ja	-	-	ja	-
6 Wo pp Mutter u. Kind	-	ja	-	-	ja	ja
1 Jahr pp Mutter u. Kind	-	theoretisch	-	-	-	ja

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) der Schweiz, Artikel 29, ist die Mutterschaft national geregelt, die Leistungen werden durch die Grundversicherung bezahlt (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 1994, 2016). Die Leistungen der Hebammen in SWS und WOBE sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung ersichtlich (Verordnungen des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung, 1995, 2016). Die Geburtsbetreuung durch Hebammen ist kantonale geregelt, es finden sich Unterschiede in den Kompetenzen und der Entlohnung (Luyben & Robin, 2009). Durch Änderungen des KVG im Jahr 2009 können nun auch die Leistungen der Geburtshäuser über die Grundversicherung abgegolten werden, wenn diese auf der Spitalliste aufgeführt sind (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 1994, 2016). In gewissen Kantonen der Schweiz müssen die Eltern für Teilbereiche der Betreuung selber aufkommen, beispielsweise für Wartgelder der Hebammen. Der Aufenthalt in einem nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Geburtshaus muss ebenfalls selbst

bezahlt werden, sofern der Kanton oder die Gemeinde diese Kosten nicht übernimmt oder die Leistungsbezieher nicht zusatzversichert sind (Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz [IGGH-CH], 2013).

Das Betreuungsangebot kann regional variieren. Auf der Berner Spitalliste finden sich aktuell ein Geburtshaus und 13 Spitäler mit Geburtenabteilung (Gesundheits- und Fürsorgedirektion [GEF], kein Datum b). 22 Beleghebammen und 38 Hausgeburtshebammen geben ihr Angebot auf der SHV-Liste an (SHV, 2016a). In den letzten Jahren wurden kleinere Geburtenabteilungen in Berner Spitälern aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. Zu tiefe Fallzahlen führten zu einem finanziellen Defizit wegen kostspieliger Vorhalteleistungen. Laut der GEF gehört die Geburtshilfe nicht zur Grundversorgung im Kanton, im Spitalversorgungsgesetz werde grossen Wert auf die Wirtschaftlichkeit gelegt, der Kanton übernimmt das Defizit also nicht. Die ortsansässigen Frauen sorgen sich wegen der Schliessung der Geburtsabteilung im Spital Zweisimmen um ihre medizinische Versorgung (Weingartner, 2014). Eine Kernaufgabe der GEF ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Kanton. Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie eine gerechte Verteilung der Gesundheitschancen sind zentrale Ziele (GEF, kein Datum a).

Im Kanton Bern stehen die hgM in der Diskussion, Bestrebungen zur Einführung hgM gibt es seit Jahrzehnten, wie sich an der über 20 Jahren existierenden Hebammensprechstunde und der seit 16 Jahren angebotenen Hebammengeburt in der Frauenklinik des Inselspitals Bern erkennen lässt (Kurth et al., 2011). Im Jahr 2013 wurde eine Motion der Grossrätin Imboden eingereicht und vom Grossen Rat als Postulat übernommen (Aubry & Cignacco, 2015). Die hgG soll vom Grossen Rat dezentral zusammen mit den Listenspitälern sicher gestellt werden, im ambulanten wie stationären Bereich. Die fachliche Betreuung sowie die organisatorische Leitung soll in physiologischen Verläufen in der Verantwortung der Hebamme liegen (Imboden, 2013). Die Rahmenbedingungen für die Implementierung von hgG sollen beschrieben werden, hinderliche oder förderliche Faktoren sollen eruiert werden. Aubry und Cignacco (2015) wurden dafür zum Verfassen eines Expertinnen- und Expertenberichts beauftragt.

Die hebammengeleitete Versorgung von Mutter und Kind ist im deutschsprachigen Raum noch nicht Teil der Grundversorgung. Seit dem Jahr 2000 ist in Bern eine Hebammengeburt mit der Spitalhebamme möglich, das Angebot der hebammengeleiteten Geburt wurde nur ausserklinisch durchgehend aufrechterhalten (Kurth et al., 2011).

Von 2216 Hebammen waren 2010 in der Schweiz 40% freipraktizierend (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], 2010). Von den durch fpH betreuten Geburten fanden 1.5% im Geburtshaus statt, 1.0% zu Hause und 1.7% im Spital mit einer Beleghebamme. Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie viele Frauen in Prozent angegeben von den Hebammen in den Tätigkeitsbereichen SWS, Geburt und WOBE betreut wurden. Eine Minderheit der Frauen wurde 2014 ausserklinisch kontinuierlich in allen drei Bereichen betreut, nämlich gerade einmal 5.8% (Erdin et al., 2015).

Betreuungsbereiche: Ausschliesslichkeit und Kontinuität 2014

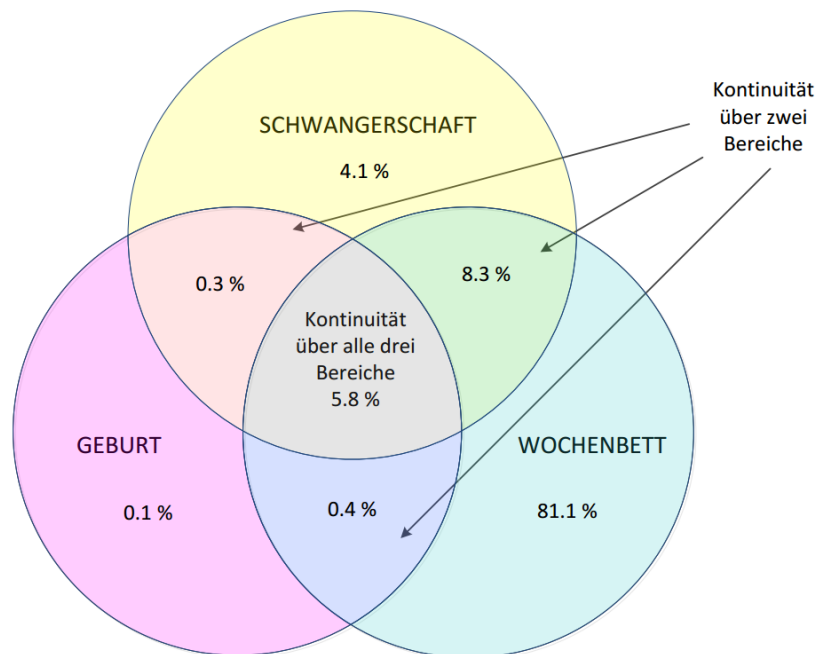


Abbildung 1: fpH Statistik, Erdin et al., 2015

4 Methoden

Diese Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, welches frauenzentrierte und effektive Betreuungsmodelle für eine hohe Behandlungsqualität sind. Hierzu wird in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche und Analyse aktueller wissenschaftlicher Arbeiten durchgeführt.

Über (teil-) kontinuierliche Betreuungsangebote von Hebammen in der Schweiz ist wenig bekannt. In einem zweiten Teil wird eine qualitative Befragung im Kanton Bern durchgeführt. Mittels qualitativen Interviews mit Hebammen wird das aktuell bestehende Betreuungsangebot ermittelt und die Gegebenheiten in der Praxis in ihrer Komplexität untersucht.

4.1 Systematische Literaturrecherche

In den Datenbanken Pubmed, Medline (Ovid), Cochrane und per Handsuche wurde nach aktuellen wissenschaftlichen Arbeiten gesucht. Anfänglich wurde eine Handsuche durchgeführt, um passende Suchbegriffe zu ermitteln. Diese wurden in englischer Sprache generiert und kombiniert zur Suche angewendet: caseload midwifery, lead maternity carer, shared care, groupe practice, standard midwifery care, obstetric outcome, birth outcome, cost-effectiveness, satisfaction, experience, evaluation, comparison. In deutscher Sprache wurde eine Handsuche durchgeführt, da in Pubmed, Cochrane und Ovid keine Treffer generiert werden konnten.

Zu den Einschlusskriterien wurden gemäss Fragestellung Arbeiten über Betreuung der Frauen, den Organisationsformen, der Finanzierung und dem Erleben und Befinden der Beteiligten, sowie den geburtshilflichen Outcomes und der interdisziplinären Zusammenarbeit beschäftigt. Physiologische, regelabweichende wie pathologische geburtshilfliche Verläufe wurden eingeschlossen.

Reviews in englischer Sprache wurden bevorzugt, da bereits viele Studien aus dem angelsächsischen Raum vorhanden sind. Dazu wurden ergänzend randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), quantitative und qualitative Studien passend zur Fragestellung berücksichtigt.

Ausgeschlossen wurden wissenschaftliche Arbeiten, die älter als 10 Jahre sind. Arbeiten, die in einem nicht entwickelten Land durchgeführt wurden, dessen Gesundheitsversorgung nur bedingt mit der schweizerischen vergleichbar ist, wurden ebenso ausgeschlossen.

Zusammenfassend sollen die verschiedenen Organisationsformen der Modelle in einer Tabelle dargestellt werden.

4.2 Literaturanalyse

Die Analyse der quantitativen Studien erfolgte nach Polit et al. (2010) und Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz, und Donner-Banzhoff (2007), um die Forschungsarbeit in Bezug auf Bedeutung für die Praxis, Fundierung der theoretischen Grundlagen, Eignung der Methodenwahl, Glaubwürdigkeit der Ergebnisse, Interpretation und Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen, Berücksichtigung der Ethik und Gliederung des Berichts zu beurteilen. Es wurde geprüft, ob die *Fragestellung* sich von der Problembeschreibung ableiten lässt und klar eingegrenzt ist. Die Wahl des *Settings* und des *Forschungsdesigns* sollte nachvollziehbar sein und zur Forschungsfrage passen. Datenerhebung und Analyse wurden geprüft. Die Auswahl der Studienteilnehmenden und *Stichprobenziehung* wurde auf Verzerrung (Bias) hin untersucht. Die *Interventionen* sollten differenziert beschrieben sein. Es wurde auf systematische Fehler und Störvariablen geachtet. Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse wurde anhand von *Objektivität*, und *Reliabilität* sowie interne und externe *Validität* beurteilt. Die Evidenzstärke wurde nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2001) in die Kategorien hoch (Klasse I), mässig (Klasse II) und schwach bis sehr schwach (Klasse III- VI) eingeteilt. Die Berücksichtigung der Ethik und die Nützlichkeit der Ergebnisse für die eigene Fragestellung wurden geprüft.

Qualitative Studien wurden gleich wie bei der quantitativen Studie auf die Fragestellung, Methode und Studienteilnehmende geprüft. Die Studien wurden nach den Gütekriterien von Steinke (2012) geprüft: diese sind *intersubjektive Nachvollziehbarkeit*, die man durch die Beurteilung der Dokumentation des Forschungsprozesses überprüft. Weiter wird die *Indikation des Forschungsprozesses* durch die Frage der Gegenstandsangemessenheit angeschaut. Ist die gebildete Theorie anhand von Daten begründet, spricht man von *empirischer Verankerung*. Mit der *Limitation* wird getestet, ob die Theorie verallgemeinert werden kann. Dabei will man herausfinden, welche Bedingungen minimal vorhanden sein müssen, damit verallgemeinert werden kann. Des Weiteren soll eine Theorie *kohärent* sein, anders gesagt nachvollziehbar und ohne Widersprüche. Ein weiterer Aspekt ist die *Relevanz*. Dabei wird die Theorie bezüglich ihres pragmatischen Nutzens beurteilt. Zudem stellt sich die Frage wie relevant die Fragestellung ist. Anhand der *reflektierten Subjektivität* wird geprüft in wie weit sich beispielsweise die Forschungsinteressen und Vorannahmen des Forschers (Subjekt) methodisch reflektiert in die Bildung der Theorie integriert werden.

Bei der Analyse von Reviews und Meta-Analysen wird nach Behrens und Langer (2010) wie folgt vorgegangen: Die *Fragestellung* sollte klar formuliert sein. Es wird un-

tersucht, ob die Auswahl der verwendeten *Ein- und Ausschlusskriterien* angemessen ist, und ob Sampling, Interventionen, Ergebnismass und Setting festgelegt wurden. Massgebend ist weiter, ob alle *relevanten auffindbaren Studien* eingeschlossen (Publikations-Bias) und deren *Glaubwürdigkeit* geprüft wurden. Die Beurteilung sollte nachvollziehbar und von mindestens zwei Personen durchgeführt worden sein; deren Übereinstimmung hat Aussagekraft über die Reliabilität des Bewertungsinstruments. Die *Ähnlichkeit* der Studien sollte beschrieben sein. Wie die Ergebnisse dargestellt werden, wie *aussagekräftig* diese sind, ob auf andere Patienten *übertragbar* und für die *eigene Fragestellung* bedeutsam sind, wird beurteilt. Dazu kommt eine Nutzen-Kosten- sowie eine Nutzen-Risiken-Einschätzung.

4.3 Forschungsmethoden

Nebst der Literaturreview soll diese Arbeit aufzeigen inwieweit Hebammen im Kanton Bern kontinuierliche Betreuung anbieten. Der SHV stellt auf seiner Website Listen kantonaler Betreuungsangebote zur Verfügung (SHV, 2016a). Die Betreuungsangebote fpH im Kanton Bern wurden ausgewertet und tabellarisch dargestellt. Nebst der Betreuung sollen Erfahrungen, Einflussfaktoren und Aspekte der Arbeitsorganisation in kontinuierlichen Betreuungsmodellen ermittelt werden. Infolgedessen ist nach Polit et al. (2010) ein qualitativer Forschungsansatz geeignet. Mit den Befragungen in der Praxis wird eine Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gemacht.

Um die Fragestellung dieser Arbeit beantworten zu können, wurde gestützt auf Bortz & Döring (2006), Mayer (2013) ein halbstrukturierter Interviewleitfaden erstellt. Diese Art von qualitativer Befragung ist gängig. Es ermöglicht der forschenden Person die Befragung zu verschiedenen Teilaspekten und ist flexibel für zusätzliche Fragen. Befragungsthemen kristallisierten sich anhand des theoretischen Hintergrunds und der Fragestellung heraus. Zu folgenden fünf Themenkomplexe wurde ein Interviewleitfaden geschrieben (siehe Anhang): Arbeitsorganisation, Zufriedenheit / Befindlichkeit mit dem Modell (Frauen / Hebammen), Finanzierung, interprofessionelle Zusammenarbeit, nötige Ressourcen und Fertigkeiten. Der Leitfaden wurde im Rahmen eines Pre-Tests (Mayer, 2013) an einer fpH getestet. Es folgte eine formale Anpassung von drei Fragen zur besseren Verständlichkeit.

Als Studienteilnehmende wurden Hebammen, die eine teilweise oder volle Kontinuität in der Betreuung aufzeigten, fpH, Beleghebammen, in gynäkologischer Praxis tätige Hebammen und in Spitäler mit hebammengeleitetem Angebot berücksichtigt.

Danach wurde eine gezielte Auswahl von Hebammen getroffen, die den Befragungsthemen, Fragestellung der Untersuchung entsprachen, mindestens zwei Jahre Erfahrung auf ihrem Gebiet hatten, ein grosses Angebot aufzeigten und erreichbar wa-

ren (Mayer, 2013). Die verschiedenen Regionen des Kantons Bern wurden bei der Auswahl berücksichtigt. Die Hebammen wurden telefonisch kontaktiert und mündlich über die Ziele der Arbeit informiert. Bei einer Zusage wurde ihnen ein Informationsbogen zugestellt. Mit diesem sollte nochmals über die Arbeit aufgeklärt werden. Im Rahmen dieser Arbeit konnte mit sieben Befragten beinahe eine Datensättigung erreicht werden.

Datenerhebung

Die geführten Interviews fanden in angenehmer Atmosphäre an einem von den Interviewpartnerinnen gewählten Ort statt. Anhand des Leitfadeninterviews wurden zu fünf Themenbereichen Fragen gestellt. Zum Einstieg wurde eine neutrale Frage gewählt und am Schluss wurden die demographischen Daten erhoben. Die Fragen dazwischen hatten keine bestimmte Reihenfolge.

Zwei Rollen wurden eingenommen: eine Interviewerin und eine Zuschauerin, welche sich Notizen zu Interaktionen (Flick, 2014) machte. Das Interview wurde mit zwei Tonbandgeräten aufgenommen und sollte nicht länger als 45 Minuten dauern. Nach der Abgabe der Bachelor-Thesis wurden alle vertraulichen Daten gelöscht.

Datenaufbereitung

Die Daten wurden anonymisiert. Die Transkription erfolgte nach adaptierten Regeln nach Flick (2014). Die anschliessende Analyse orientierte sich an den Arbeitsschritten zur Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Gütekriterien nach Steinke (2012) wurden auch zur Beurteilung der qualitativen Befragung dieser Arbeit angewendet.

Wie in Flick (2014) beschrieben, gibt es noch keinen Standard zu Transkriptionsregeln, der sich durchgesetzt hätte. Es erwies sich als sinnvoll, das Mass an Genauigkeit der Transkription der Fragestellung anzupassen. Aus zeitlichen Gründen und da der Fokus auf dem Inhalt des Gesagten liegt, wurde dieser von Schweizerdeutsch in Schriftsprache transkribiert. Pausen, abgebrochene Sätze und Emotionen wie Lachen wurden vermerkt, Füllwörter wurden ausgeschrieben oder mit Stern gekennzeichnet.

Datenanalyse nach Mayring (2015)

Die Transkripte wurden nach Mayring (2015) in einzelnen Interpretationsschritten analysiert. Durch die Zerlegung der Interpretation in Etappen wird sie nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar. Der Ablauf wurde an Fragestellung und Material angepasst. Dies war in dieser Arbeit aus zeitlichen Gründen nötig. Durch Makrooperatoren wie Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung wurde das gesamte Transkriptionsmaterial transformiert und zusammengefasst.

Die folgenden Interpretationsschritte wurden schriftlich festgehalten. In einem ersten Schritt wurde die Analyseeinheit bestimmt. Textstellen, die sich auf die Fragestellung bezogen wurden paraphrasiert, in einem nächsten Schritt generalisiert. Textstellen, die bezüglich Fragestellung nicht von Bedeutung sind, wurden gestrichen. Mit den generalisierten Passagen wurden Hauptkategorien und Kategorien konstruiert und durch passende Paraphrasen ergänzt (integriert). Dieses Verfahren wurde mit allen Transkripten im Rahmen der ersten Reduktion durchgeführt. Die Forschenden kontrollierten sich im gesamten Prozess gegenseitig und diskutierten wenn nötig die Paraphrasen, Generalisierungen und Kategorien.

In einem weiteren Schritt wurde das Abstraktionsniveau aufgrund des Materials bestimmt. Unter diesem Niveau liegende Paraphrasen wurden erneut generalisiert und, wenn sie sich aufeinander bezogen, gebündelt und zu definitiven Kategorien zusammengefasst. Theoretische Vorannahmen konnten in Zweifelsfällen zu Hilfe genommen werden.

Am Ende der zweiten Reduktion wurde überprüft, ob diese konstruierten Kategorien und Aspekte (Paraphrasen) das Ausgangsmaterial repräsentieren (Mayring, 2015). Häufigkeiten wurden aufgrund der kleinen Datenmenge nicht berücksichtigt. Beim Zusammenfügen der Reduktion wurden eventuell Aspekte nicht berücksichtigt, die von Bedeutung hätten sein können. Von einer systematischen Rücküberprüfung und Validierung durch die Befragten wurden aus zeitlichen Gründen abgesehen.

Ethik

Diese Arbeit stützte sich auf die ethischen Grundsätze des *Belmont Reports* (Polit et al. 2010). Prinzipien wie *Achtung vor der menschlichen Würde*, *Nutzen* und *Gerechtigkeit* flossen in die Gestaltung des Interviews ein. Die Studien aus der Literaturrecherche wurden ebenfalls auf diese Prinzipien hin geprüft.

Das Forschungsprojekt musste nicht durch eine Ethikkommission geprüft werden, da die Befragten nach dem humanen Forschungsgesetz der Schweiz keine vulnerable Gruppe bilden und unabhängig sind (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1999, 2016). Die Studienteilnehmenden wurden empathisch und fair behandelt. Zudem wurde achtsam mit der Vertraulichkeit und Anonymität der Daten umgegangen (SAMW, 2009). Es wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Befragten eine informierte Entscheidung zur Studienteilnahme machen konnten.

5 Ergebnisse

Die Literatursuche und -analyse wurde versetzt zu den Interviews, deren Transkription und Reduktion durchgeführt. In wissenschaftlichen Arbeiten wurden Antworten auf die Frage nach frauenzentrierten und effektiven Betreuungsmodellen gesucht.

Im qualitativen Teil der Arbeit wurden Hebammen in (teil)kontinuierlichen Modellen zu Organisation, Zusammenarbeit, Finanzierung und Zufriedenheit befragt. Nachfolgend wird auf beide Datenerhebungen eingegangen.

5.1 Literatursuche und -analyse

Ziel der Literaturreview war es, die Frage nach effektiven, frauenzentrierten Betreuungsmodellen für eine hohe Behandlungsqualität zu beantworten. Die Effektivität wird mit den Begriffen Organisation, Finanzierung, Zusammenarbeit, kindlichen und mütterlichen Outcomes beurteilt; das Erleben der Frauen und deren Zufriedenheit sollen aufzeigen, ob es sich um frauenzentrierte Modelle handelt. Es wurde eine Literatursuche im Zeitraum vom 11.-13.04.2016 durchgeführt. Gesucht wurde auf den Datenbanken Pubmed, Cochrane und Ovid (siehe Abbildung 2). Die Titel der Arbeiten wurden anhand der Fragestellung geprüft, falls passend das Abstract gelesen. War das Abstract den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechend und war der Volltext verfügbar, wurde der Methodenteil begutachtet und weiter aussortiert.

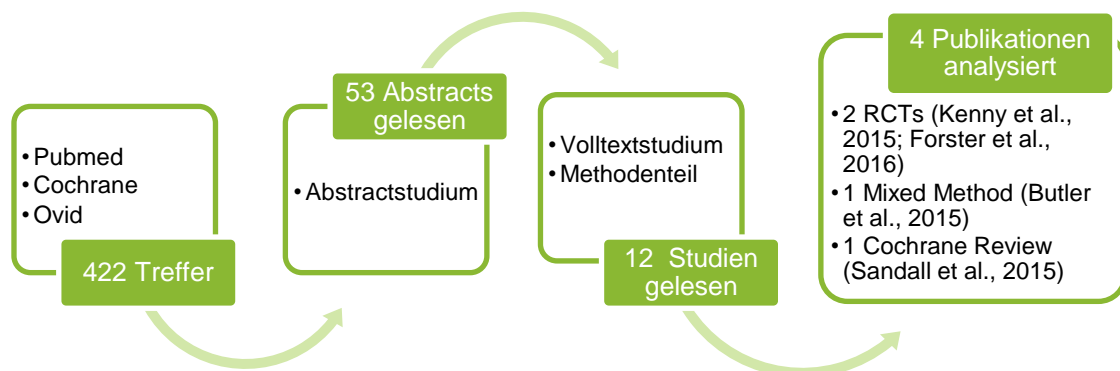


Abbildung 2: Suchstrang

Eine aktuelle Cochrane Review von Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane (2015), wurde für die Analyse bestimmt. Nebst der Review wurden sieben Studien gelesen, die in der Review enthalten sind und daher ausgeschlossen werden mussten. Drei aktuelle randomisierte Studien konnten auffindig gemacht werden, die das Review in den Themen Zufriedenheit der Frauen und Finanzierung der Modelle ergänzen. Da nur die aktuellsten Studien berücksichtigt wurden, wurde eine ältere Studie ausgeschlossen.

In der pragmatischen RCT von Kenny et al. (2015) wurden die Kosten von einer facharztgeleiteten und einer Hebammengeleiteten Einheit verglichen. Die Hebammengeleitete Abteilung wurde im Rahmen der übergeordneten Studie MidU gegründet. Die durchschnittlichen Lohnkosten, Kosten für Betreuung, spezielle Tests und Interventionen und Spitalaufenthalte flossen in den Vergleich ein.

Die RCT von Forster et al. (2016) untersuchte die Zufriedenheit der Frauen mit dem Caseload Midwifery Modell (CLM) im Vergleich zur Standardbehandlung. Diese wurde mittels quantitativer Fragebogen, die zwei Monate postpartal per Post versendet wurden, ermittelt.

Die Mixed-Method-Studie von Butler et al. (2015) verglich Hebammengeleitete / Midwifery-led Care (MLC) mit herkömmlicher Schwangerschaftsvorsorge in der Klinik. In einem ersten Schritt wurden in diesem Quasi-Experiment die erfassten geburtshilflichen Daten verglichen. In einem weiteren Schritt wurde ein Fragebogen den randomisierten Frauen per Post zugestellt. Nach der Auswertung wurden Tiefen- und Fokusgruppeninterviews mit Frauen aus der Interventionsgruppe durchgeführt. Die Outcomes bezüglich Wahl über Vorsorgemodell, Erfahrungen, Vorbereitung auf die SWS und Effektivität der Betreuung wurden untersucht.

In der Cochrane Review von Sandall et al. (2015) wurden Hebammengeleitete kontinuierliche Betreuungsmodelle mit anderen Betreuungsmodellen für schwangere Frauen und ihre Babys verglichen. Dazu wurden 15 RCTs eingeschlossen.

Die Definition von Standard Care variiert in den wissenschaftlichen Arbeiten. Gemeint ist meist eine Betreuung, die im Spital durch Gynäkologinnen / Gynäkologen und Hebammen, die im Schichtbetrieb arbeiten, sichergestellt wird (Homer et al., 2008).

In den Tabellen 2 bis 4 ist die Analyse und Würdigung der wissenschaftlichen Arbeiten zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2: Studienanalyse

AutorInnen/ Jahr/ Design	Fragestellung	Population/ Sample	Methode	Relevante Ergebnisse
<p>Forster et al. 2016</p> <p>Zweiarmige RCT</p>	<p>Welchen Effekt hat Caseload Midwifery auf die Einschätzung der Zufriedenheit der Frauen in antenataler intrapartaler und postnataler Betreuung im Spital und zu Hause?</p>	<p>Population: Frauen, die in das öffentliche Tertiärspital in Melbourne, Australien zur Schwangerschaftskontrolle (SSKO) kamen</p> <p>Sample: 2314 schwangere Frauen mit niedrigem Risiko, vor 24. SSW in Kontrolle</p>	<p>Datenerhebung: quantitative Fragebögen (Likert-Skala) wurden 2 Monate postpartal versendet.</p> <p>Datenanalyse: Statistikprogramm STATA, t-Test und Mann-Whitney U-Test, Intention To Treat (ITT) für die erste Analyse; zweite Untersuchung mit Regressionsanalyse</p>	<p>Die Rücklaufquote belief sich auf 74 %, bzw. 88 % bei der Interventionsgruppe.</p> <p>Das CLM erhöht die Zufriedenheit der Frauen signifikant in antenataler, intrapartaler und postpartaler Betreuung.</p> <p>Signifikante Unterschiede fanden sich in</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und aktivem Mitspracherecht • Ermutigung und emotionaler Unterstützung • kompetenter und sicherer Betreuung
<p>Kenny et al., 2015</p> <p>Pragmatische RCT</p>	<p>Vergleich von Kosten fachärztlich geleiteter (CLC) und hebammengeleiteter (MLC) Betreuung ante-, intra-, postnatal.</p>	<p>Population: alle Frauen, die zur SSKO in zwei Frauenkliniken in Dublin, Irland kommen</p> <p>Sample: 2:1-Verhältnis MLC zu CLC (1101:552). Schwangere Frauen mit niedrigem Risiko, vor 24. SSW in Kontrolle</p>	<p>Datenerhebung: Kostenschätzung der Betreuung durch Fachpersonen aus Wirtschaft.</p> <p>Datenanalyse: CHEERS (Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards) als Leitfaden angewendet. ITT-Analyse; Konfidenzintervall bei 95%.</p>	<p>Die Kosten für eine Geburt (ante-, intra-, postnatal) waren bei der hebammengeleiteten Abteilung (MLU) um 182 Euro signifikant tiefer (CI 95%)</p> <p>Die Differenz ergab sich durch kürzere Spitalaufenthalte und weniger Tests und Interventionen.</p>

AutorInnen/ Jahr/ Design	Fragestellung	Population/ Sample	Methode	Relevante Ergebnisse
<p>Butler et al. 2015</p> <p>Mixed Method</p> <p>Randomisiertes Quasi-Experiment</p>	<p>Untersuchung und Vergleich von hebammengeleiteter (MLC) mit herkömmlicher Schwangerschaftsvorsorge in der Klinik. Die Outcomes bezüglich Wahl über Art der Vorsorge, Erfahrungen, Vorbereitung auf die SWS und Effektivität der Betreuung werden untersucht.</p>	<p>Population: alle schwangeren Frauen, die sich zur Vorsorge in der Klinik vorgestellt haben (Selbst- oder Fremdzweisung).</p> <p>Sample: 292 Frauen, die bereits geboren haben. 131, die hebammengeleitete und 161, die herkömmliche Vorsorge erhalten hatten.</p>	<p>Datenerhebung: Geburtshilfliche Daten gesichtet und anonymisiert. Umfrage per Post, (Fragebogen mit verschiedenen Fragetypen). Tiefen- und Fokusgruppeninterviews mit Frauen aus Interventionsgruppe.</p> <p>Datenanalyse: IBM SPSS Version 20.0, unabhängige t-Tests, Mann-Whitney U Tests, Chi-Square. Qualitative Erhebung nach Attride-Stirling (2001).</p>	<p>64% Rücklaufquote bei den Fragebogen.</p> <p>Keine Unterschiede bezüglich den klinischen Outcomes festgestellt.</p> <p>MLC-Frauen hatten im Vergleich früher eine SSKO und haben mehr gestillt.</p> <p>Sie machten generell bessere Erfahrungen, berichteten über bessere Ergebnisse, wie sie behandelt wurden. Sie hatten Mitspracherecht und mehr Zeit für Gespräche.</p> <p>Der Zugang zu SSKO war einfacher, die Wartezeiten kürzer.</p>

Tabelle 3: Reviewanalyse

Autorinnen/ Jahr/ Design	Fragestellung	Anzahl eingeschlosse- ner Studien	Methoden	Relevante Ergebnisse
<p>Sandall et al. 2015</p> <p>Cochrane Review</p>	<p>Vergleich von hebam- mengeleiteten kontinuierlichen Betreu- ungsmodellen (MLCM) mit anderen Betreu- ungsmodellen für schwangere Frauen und ihre Babys.</p> <p>Wie werden die Effekte der MLCM beeinflusst durch a) die verschiede- nen hgM und b) die unterschiedlichen ge- burtshilflichen Risiken?</p>	<p>15 quantitative randomi- sierte Studien; aus den Jahren 1989 bis 2013.</p> <p>Sample: 17' 674 Frauen</p> <p>Länder, in denen Studien durchgeführt wurden: Australien, Kanada, Irland und Grossbritannien</p>	<p>Analyse anhand ein- heitlicher Kriterien. Nachvollziehbar in Dokumentation.</p> <p>Heterogenität der Studie wurde be- rechnet.</p> <p>Interventionsgruppen wurden in CLM oder TMM betreut.</p>	<p>Signifikante Ergebnisse in MLCM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Regionalanästhesie und Analge- sie generell • Weniger vaginaloperative Geburten, Epi- siotomien und Amniotomien • Mehr Spontangeburt • Weniger Aborte, Perinataltod und FG <37. SSW • Längere Geburtsdauer • Kürzere Spitalaufenthalte im Wochenbett • Öfter Begleitung durch bekannte Hebam- me intrapartal • Weniger Oxytocingabe zur Geburtsbe- schleunigung <p>Keine signifikanten Unterschiede bei: Sectio caesarea, Geburtseinleitung, Dammintakt- heit, -risse, -nähte, Stillbeginn, Opiatgabe, Antenatale Hospitalisation</p> <p>Vergleich von CLM und TMM: Im TMM gab es weniger Regionalanästhesien, vaginalope- rative Geburten und mehr Spontangeburt.</p> <p>Bei Low Risk- und Mixed Risk-Frauen kam es in hgM zu mehr Spontangeburt.</p>

Tabelle 4: Stärken- und Schwächenprofil

Autorinnen / Jahr	Einschätzung Stärken	Einschätzung Schwächen
Forster et al., 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Design passend zu Fragestellung • Fragestellung begründet und relevant (Aspekte der Zufriedenheit) • Grosses Sample und grosse Rücklaufquote • Randomisierung und Gründe der Aussteigerinnen gut dargestellt • Übersichtliche tabellarische Darstellung • Limitationen und Schwächen werden diskutiert • Begrenzter Geltungsbereich erwähnt 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hebammen konnten sich selbst ins Interventionsmodell einteilen. <p>Ihre Motivation und die regelmässigen Treffen mit den Forschenden könnten Störfaktoren sein.</p>
Kenny et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragestellung ist begründet und relevant • Die Datenerhebung ist ausführlich beschrieben • Die Unvoreingenommenheit der Forschenden aus verschiedenen Wirtschaftsdisziplinen ist glaubhaft. • Limitationen werden diskutiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Die MLU wurde eigens für diese Studie gegründet, musste sich erst noch etablieren und war nicht immer voll ausgelastet. • Die effektive Datenauswertung ist nicht nachvollziehbar beschrieben. • Nicht beschrieben, in wie vielen Fällen wegen fehlender Daten eine Kostenschätzung gemacht wurde.
Butler et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragestellung ist begründet und relevant • Design passend zu Fragestellung • Die Datenerhebung ist ausführlich beschrieben. • Limitationen und Schwächen werden genannt • Die qualitativen Resultate sind mit Zitaten belegt 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zeitpunkt, wann im Wochenbett die Umfrage stattfand, ist nicht erwähnt. • Art der Randomisierung nicht beschrieben.
Sandall et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragestellung ist begründet und relevant • Hohe Evidenzstärke • Detaillierte Auflistung der Datensammlung und -analyse, hohe Transparenz. • Signifikante wie nicht signifikante Resultate werden genannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Drittel der untersuchten Studien war fraglich, ob korrekt randomisiert wurde.

Betreuungseffektivität – Outcomes, Organisation, Finanzierung, Zusammenarbeit

Die Cochrane Review von Sandall et al. (2015) verglich kontinuierliche hebammengeleitete Betreuungsmodelle (MLCM) mit anderen Betreuungsmodellen für schwangere Frauen und deren Kinder. Dazu wurden 15 RCTs untersucht und verglichen, die Ähnlichkeit der Studien wurde ermittelt. Im MLCM waren es entweder Caseload Hebammen im Team oder Hebammen im Teammodell.

Es gab signifikant weniger Regionalanästhesien im Teammodell (OR 0.81 95%CI 0.73, 0.89), generell im MLCM weniger vaginaloperative Geburten (OR 0.90 95%CI 0.83, 0.97), mehr Spontangeburt (OR 1.05 95%CI 1.03, 1.07), weniger Frühgeburten (FG) <37. SSW (OR 0.76 95%CI 0.64, 0.91), weniger Aborte und Perinataltode (OR 0.84 95%CI 0.71, 0.99), weniger Aborte vor 24. SSW (OR 0.81 95%CI 0.67, 0.98), mehr Verzicht auf Analgesie unter der Geburt (OR 1.21 95%CI 1.06, 1.37), weniger Episiotomien (OR 0.84 95%CI 0.77, 0.92), längere Geburtsdauer (OR 0.50 95%CI 0.27, 0.74) und kürzere Spitalwochenbettaufenthalte (OR -0.10 95%CI -0.92, 0.09), die Studien waren in Erhebung und Umsetzung ähnlich.

Signifikant waren im MLCM weniger Amniotomien (OR 0.80 95%CI 0.66, 0.98), weniger Geburtsbeschleunigung mit Oxytocin (OR 0.88 95%CI 0.78, 0.99) und öfter erfolgte die Geburtsbetreuung durch eine bekannte Hebamme (OR 7.04 95%CI 4.48, 11.08), die Studien waren unterschiedlich in Erhebung und Umsetzung.

Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bezüglich Sectio caesarea, Dammrissen und Nähte, Dammintaktheit, Stillbeginn, Hospitalisationen in SWS, Blutungen prä- und postpartal, 5-Min-Apgar ≤ 7 und Kindsverlust ≥ 24 . SSW.

Die in Australien, Kanada, Irland und Grossbritannien durchgeführten Studien waren bezüglich der Sectio caesarea ähnlich. Die Sectoraten betragen laut einem Bericht von WHO 2010 in Australien 30 %, in Kanada 26,3 %, in Irland 26,2 % und in Grossbritannien 22%, die Rate der Schweiz lag damals noch bei 28,9 %, war aber somit höher als drei der Studienländer (Gibbons et al., 2010).

Weiter wurde in den spezifischen Hebammenmodellen des CLM und TMM untersucht, ob es Unterschiede gab, ebenso wurde ein Vergleich bei Low Risk und Mixed Risk angestellt. Im TMM kam es zu signifikant weniger Regionalanästhesien (OR 0.81 95%CI 0.73, 0.89), weniger vaginaloperative Geburten (OR 0.88 95%CI 0.79, 0.97) und mehr Spontangeburt (OR 1.05 95%CI 1.02, 1.07). In Low Risk und Mixed Risk kam es zu mehr Spontangeburt (Low Risk OR 1.05 95%CI 1.02, 1.08) (Mixed Risk OR 1.06 95%CI 1.02, 1.10).

Die ökonomische Analyse wurde wegen einem Mangel an Übereinstimmung der ökonomischen Evaluation narrativ beschreiben. Es scheint sich ein Trend zur Kosteneinsparung bei den MLCM im Vergleich abzuzeichnen.

Die pragmatische Kostenuntersuchung von Kenny et al. (2015) verglich die Kosten von einer fachärztlich geleiteten Abteilung mit einer neu geschaffenen Hebammengeleiteten Abteilung, in denen ante-, intra- und postnatalen Betreuung angeboten wurde. Die wichtigsten berücksichtigten Kostenelemente waren Löhne des medizinischen Personals, spezifische Tests und Interventionen wie Ultraschall und Kardiotokographie (CTG) sowie Spitalaufenthalte. Wenn Daten von einzelnen Frauen fehlten, wurden Kostenschätzungen aufgrund von Behandlungsstandards gemacht.

Die durchschnittliche Kosteneinsparung von 182 Euro bei der MLU (2598 Euro) im Vergleich zur fachärztlich geleiteten Abteilung (CLU) (2780 Euro) war bei einem Konfidenzintervall von 95% signifikant. Diese Differenz ergab sich durch kürzere Spitalaufenthalte und weniger durchgeführte Tests und Interventionen.

Zufriedenheit und Erleben der Frauen

Im Quasi-Experiment untersuchten Butler et al. (2015) quantitativ wie auch qualitativ Unterschiede in der Zufriedenheit der Frauen, die in MLC oder in herkömmlicher Versorgung durch Gynäkologinnen / Gynäkologen betreut wurden. Die Rücklaufquote der per Post versendeten Fragebogen betrug 64%.

Die anhand der geburtshilflichen Unterlagen verglichenen Outcomes bezüglich Anzahl Kontrollen, Ultraschalluntersuchungen, generell Überweisungen, emotionales Wohlbefinden, sowie Gesundheit der Frauen und Gestationsalter bei der Geburt ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Als Gründe für die Wahl für die MLC wurden von den Frauen kürzere Wartezeiten, Empfehlungen von Freunden, mehr Zeit für die Beratung und bereits gemachte Erfahrung in der Klinik genannt. Die Auswahl bezüglich der Betreuungsform (MLC oder Shared Care) wurde als signifikant besser bewertet ($p=0.002$). Für die mit MLC betreuten Frauen war der Zugang zu den Vorsorgekontrollen signifikant leichter ($p<0.001$), die Wartezeiten waren kürzer ($p<0.001$). Zudem zeigte sich, dass Frauen signifikant früher in der SWS Kontrolltermine vereinbart haben ($p=0.002$), sogar vor 12 SSW ($p<0.001$).

Die Zufriedenheit bezüglich erhaltener Informationen war in der MLC-Gruppe durchschnittlich signifikant höher ($p<0.001$). Interventions- und Kontrollgruppe gaben an, grundsätzlich mehr Informationen in den SSKO zu wünschen: Geburtsbetreuung, Säuglingspflege und Stillen waren die am häufigsten genannten Informationslücken.

Überweisungen auf die Pränatalstation aus der MLC-Gruppe waren signifikant tiefer ($p=0.018$). Es gab Unterschiede bei den Zuweisungen bezüglich der Instanzen von Gesundheitsberufen und Sozialdiensten, diese waren aber nicht signifikant.

In geburtshilflichen Unterlagen wie auch in der Umfrage war der Anteil an stillenden Frauen aus der MLC signifikant höher ($p=0.011$).

In den Interviews wurden Hausgeburten oder die Betreuung im Wochenbett als Gründe für die Wahl für MLC angegeben. Ausserdem bevorzugten Frauen die Hebamme für eine normale SWS und bemängeln das nicht flächendeckende Angebot. Mängel im Informationsfluss wurden innerhalb der Säuglingspflege, der Geburtsvorbereitungskurse, des Stillens, postnatalen Depressionen und emotionalem Wohlbefinden beklagt. Bei MLC lag der Fokus auf der Physiologie, wobei die Frauen aber auch Informationen zu möglichen Interventionen bräuchten.

In Butler et al. (2015) war die Zufriedenheit mit der MLC in allen befragten Aspekten signifikant besser ($p<0.001$). Die in Sandall et al. (2015) untersuchte Zufriedenheit der Frauen wurde wegen Mangel an Übereinstimmung in Konzept und Messung nur narrativ beschrieben. Die Mehrzahl der inkludierten Studien zeigte ein höheres Level an Zufriedenheit bei den MLC.

Die in Forster et al. (2016) untersuchte Zufriedenheit mit dem CLM wurde mit in standard care eingeteilten Frauen verglichen. Zu standard care zählten die Betreuung durch Hebammen im öffentlichen Bereich (76%), Gynäkologieassistentzärtinnen / -ärzte und Shared Care mit einer Hausärztin / einem Hausarzt. Im CLM wurde jeder Frau eine Haupt- und Hintergrundhebamme zugeteilt. Die Rücklaufquote auf die Umfrage war mit 74%, bzw. 88% hoch.

99,7% der Befragten aus dem CLM hatten ihre Haupthebamme während der Schwangerschaft mindestens einmal gesehen, und 58,4% hatten mit ihr geboren. Während sich die Anzahl der SSKO zwischen den Gruppen nicht unterschied, waren die Frauen aus dem CLM insgesamt dreimal so zufrieden mit der Behandlung, wie die aus der Kontrollgruppe (OR 3.35 95%CI 2.79, 4.03). Sie gaben an, nach Unklarheiten gefragt worden zu sein (OR 2.58 95%CI 2.08, 3.19) und über das Vorgehen informiert worden zu sein (OR 4.29 95%CI 3.54, 5.19), aktiv mitbestimmen gekonnt zu haben (OR 3.18 95%CI 2.66, 3.81), von Hebammen und Medizinern ernst genommen und emotional unterstützt worden zu sein; Sie waren zufrieden mit der Behandlung durch die Hebamme und fühlten sich kompetent betreut (OR 3.09 95%CI 2.57, 3.70), zudem hatten sie nicht den Eindruck, dass die Hebamme gestresst war (OR 0.19 95%CI 0.16, 0.23).

Unter der Geburt zeigte sich zugunsten der CLM-Gruppe ein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit (OR 2.13 95%CI 1.78, 2.56) und in folgenden Punkten: aktives Mitspracherecht (OR 1.91 95%CI 1.61, 2.26), Informationsabgabe (OR 2.23 95%CI 1.87, 2.66), Ermutigung, Bestätigung und emotionale Unterstützung durch die Hebamme (OR 2.82 95%CI 2.31, 3.44) (OR 2.62 95%CI 2.12, 3.17) (OR 2.71 95%CI 2.23, 3.29), kompetente und sichere Behandlung (OR 1.84 95%CI 1.52, 2.21) (OR 1.73 95%CI 1.43, 2.10) und, dass ihre Privatsphäre geschützt wurde (OR 1.68 95%CI 1.39, 2.01). In der Unterstützung durch die Medizinerinnen / Mediziner wurden keine Unterschiede festgestellt.

Auch im Wochenbett waren die Frauen aus der CLM-Gruppe insgesamt signifikant zufriedener (OR 1.56 95%CI 1.32, 1.85). Nebst Aufklärung und Miteinbezug (OR 1.95 95%CI 1.65, 2.31) (OR 1.62 95%CI 1.37, 1.92) wurden die Stillberatung (OR 1.60 95%CI 1.35, 1.89), Beratung im Umgang mit dem Säugling (OR 1.50 95%CI 1.27, 1.77), sowie die einfühlsame und ermutigende Art der Hebammen als hoch eingestuft (OR 2.09 95%CI 1.76, 2.48) (OR 2.04 95%CI 1.71, 2.42). Weder Medizinerinnen / Mediziner, noch Hebammen wirkten gestresst (OR 0.69 95%CI 0.58, 0.82) (OR 0.32 95%CI 0.27, 0.37). Die Zufriedenheit mit der WOBEBE zu Hause wurde insgesamt auch signifikant höher eingestuft (OR 3.19 95%CI 2.64, 3.85).

Die Gesamtzufriedenheit der Frauen im CLM wurde in Verbindung mit der Anzahl SSKO durch die bei der Geburt anwesenden Hebamme gebracht; nur bei vier SSKO konnte eine Signifikanz festgestellt werden (OR 3.38 95%CI 1.36, 8.34).

Einschätzung der Stärken und Schwächen

In allen Arbeiten gab es Interventions- und Kontrollgruppen, es wurde randomisiert und es wurden Ethikkomitees beigezogen. Die Fragestellungen waren jeweils mit Literatur gut begründet. Limitationen und Schwächen der Arbeiten wurden von den Forschenden jeweils diskutiert.

Bei Forster et al. (2016) ist kritisch zu begutachten, dass die Caseload-Hebammen sich selbst für das Interventionsmodell melden konnten, regelmässige Treffen mit den Forschenden stattfanden, und diese die Einhaltung der Interventionsprotokolle in Interviews gemessen haben. Es sind keine Treffen mit den anderen Betreuenden beschrieben worden. Die Motivation der Caseload-Hebammen und die spezielle Behandlung könnte sich auf die Betreuung ausgewirkt haben.

Die MLU wurde bei Kenny et al. (2015) eigens im Rahmen der MidU eingerichtet und war während der Studie nicht immer voll ausgelastet. Dies, und dass die Abteilung sich erst noch etablieren musste, werden von den Forschenden selbst als Limitation ge-

nannt. Die effektive Datenauswertung ist nach einer detaillierten Beschreibung aller berücksichtigten Faktoren nicht nachvollziehbar beschrieben. So wurde auch nicht dokumentiert, in wie vielen Fällen fehlende Daten durch Kostenschätzungen ergänzt wurden.

Bei Butler et al. (2015) war nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt im Wochenbett die Umfrage und Befragung stattfand. Die Art der Randomisierung ist nicht ersichtlich. Sandall et al. (2015) haben sich an die Vorgaben vom Cochrane Handbuch gehalten, sind auf Kritiken der Review von 2013 eingegangen und haben diese angepasst. Bei einem Drittel der Studien wurde fraglich korrekt randomisiert.

5.2 Erhebung der Arbeitsorganisation der Hebammen im Kanton Bern

Um das Angebot der Berner Hebammen zu analysieren und um geeignete Betreuungsmodelle für die Befragung zu finden, wurde die Liste der fpH aus dem Kanton Bern ausgewertet (SHV, 2016a). Die Anzahl der Hebammen (n= 239) ist mit Vorbehalt zu geniessen. Diese Zahl bezieht sich nur auf die dem Hebammenverband angehörige Hebammen. Zudem sind gewisse Hebammen zwar im Verband, geben jedoch ihr Angebot nicht auf der Liste an. Doppelt aufgeführte Hebammen wurden nur einmal gezählt. Aus der Statistik kann nicht entnommen werden, ob Hebammen mit Angeboten in SWS, Geburt und postpartal eine kontinuierliche Betreuung leisten. Es ist jedoch anzunehmen, dass sie mindestens eine SSKO bei einer Frau durchführen, die sie während der Geburt betreuen. Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt in einer deskriptiven Statistik die auf der SHV-Liste aufgeführten Betreuungsangebote der im Kanton Bern tätigen Hebammen.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik über Betreuungsangebote der fpH im Kanton Bern [n=239 (100%)]

Primalzeit	Betreuungsangebote	Hebammen n= 239 (100%)
präkonzeptionell	Pränatalzeit, Beratung zur Familienplanung	128 (53.6%)
	Schwangerschaft und Pränataldiagnose	128 (53.6%)
SWS	Schwangerschaftskontrollen	137 (57.3%)
	Geburtsvorbereitung	153 (64.0%)
	Betreuung von Risikoschwangeren	125 (52.3%)
Geburt	Hausgeburt	38 (15.9%)
	Beleggeburten	22 (9.2%)
	Geburtshaus	7 (2.9%)
Postpartal	Postpartalzeit	232 (97.1%)
	Stillen	180 (75.3%)
	Beratung und Begleitung rund um Fehlgeburt und perinatalem Kindstod	98 (41.0%)
	Stillberatung	7 (2.9%)
	Rückbildung	71 (29.7%)
	Geburtsverarbeitung nach traumatisch erlebter Geburt	61 (25.5%)
Komplementäre Angebote	Alternativ Medizin (Homöopathie, Kraniosakraltherapie, Aromatherapie, ...)	93 (38.9%)
	Anderes (Babymassage, Tragtuchkurs, weitere Beratungen, Yoga)	119 (49.8%)

Für die Interviews wurden Hebammen angefragt, die Angebote in SWS, Geburt sowie postpartal auflisten. Daraus ergab sich die Anfrage von Beleg-, Hausgeburts- und Geburtshaushebammen. Ergänzend wurden Hebammen angefragt, die in SWS und WOBE betreuen, was die Betreuung derselben Frauen in SWS und WOBE und somit eine Teilkontinuität ermöglicht. Um möglichst viele Arbeitsorganisationsformen abdecken zu können, wurden Hebammengemeinschaftspraxen, sowie die Hebammensprechstunde im Spital und in gynäkologischer Praxis berücksichtigt. Hebammen aus verschiedenen Regionen des Kantons Bern wurden für die Interviews rekrutiert.

Sieben Hebammen stellten sich für die Interviews zur Verfügung. Sie decken die oben genannten Angebote und Arbeitsorganisationsformen ab, sind entweder freipraktizierend oder haben zudem eine Anstellung oder einen (Beleg-)Vertrag mit dem Spital.

Drei der Befragten betreuen die Frauen kontinuierlich, nebst teilkontinuierlicher Betreuung in SWS oder WOBE. Drei der Hebammen betreuen teilkontinuierlich in SWS und WOBE, oder nur in einem von beiden, also diskontinuierlich, was auch auf die siebente Hebamme zutrifft. Die Berufserfahrung der Befragten liegt zwischen fünf und 30 Jahren. Alle Hebammen haben ein grosses Spektrum an Weiterbildungen, viele davon wurden zu Physiologie und Komplementärmedizin besucht. Die Interviews fanden an einem ruhigen, von den Befragten gewählten Ort statt, wurden auf Tonband aufgenommen und dauerten zwischen 40 und 60 Minuten. Alle Hebammen zeigten grosse Bereitschaft, die Fragen zu beantworten.

Nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ergaben sich 8 HK und 28 dazugehörige K. Die HK beschreiben Gründe für den Wechsel in eine frauenzentrierte Betreuung, Betreuungsmodelle, Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Zufriedenheit und erwünschte Entwicklungen in der Zukunft. Alle HK und K werden in der folgenden Abbildung 3 anschaulich dargestellt. Um die einzelnen HK und K zu erläutern, werden Ankersätze von den Interviews aufgeführt. Die Anonymisierung wird durch die erfundenen Namen gewährleistet.

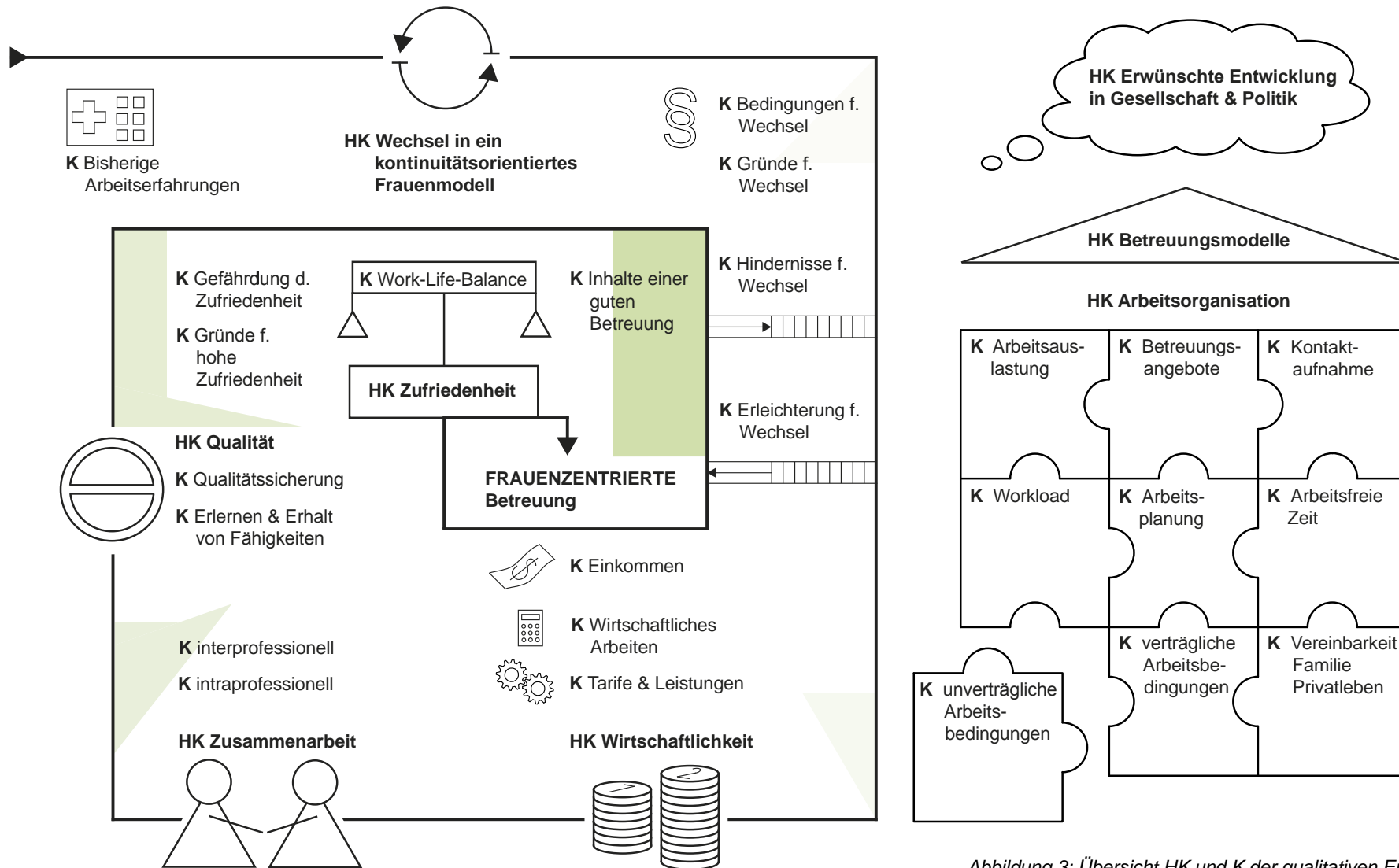


Abbildung 3: Übersicht HK und K der qualitativen Erhebung

HK 1 Arbeitsorganisation

Diese HK ist mit Abstand die Grösste. Die Hebammen erzählten viel und ausführlich über ihre Arbeitsorganisation. Sie gibt Auskunft zu den Arbeitsbedingungen und dem Pensum. Die Arbeitsplanung, welche die Auslastung, das Betreuungsangebot, die Ferienzeit und die Kontaktaufnahme mit Klientinnen beinhaltet nimmt viel Raum ein. Schliesslich wird beschrieben, wie sich die Arbeit mit der Familie und dem Privatleben vereinbaren lässt.

K 1.1 Workload

Diese Kategorie wird durch das Alter und das Engagement der Hebamme beeinflusst.

Brigitte: «Ich arbeite jetzt etwa gleich wie damals und damals waren es 80%. Also da bin ich ein wenig erschrocken. Ich dachte, es wären weniger.»

Weitere Einflüsse auf den Workload haben die administrativen Arbeiten und die vorhandenen Personalressourcen und Vertretungsmöglichkeiten. Auffällig ist, dass beinahe alle fpH nur grob geschätzte Prozentangaben zu ihrem Arbeitspensum machen können.

K 1.2 verträgliche Arbeitsbedingungen

Hebammen beschreiben die Arbeitsbedingungen im Angestelltenverhältnis als verträglicher. Ein begrenzter Workload in der FP, wie beispielsweise nur eine bestimmte Anzahl Geburten pro Monat, ist bekömmlicher. Hebammen erzählten von den anstrengenden Phasen, wenn alle Frauen gleichzeitig gebären, die gefolgt werden von Erholungsphasen. Gegenseitige Vertretung bei ständiger Rufbereitschaft ist ebenfalls erleichternd.

K 1.3 unverträgliche Arbeitsbedingungen

Die langen Bereitschaftszeiten sehen Hebammen als hemmend. Wenig Freizeit wiederum wird als belastend empfunden. Ein weiterer Aspekt ist der hohe Workload. Fünf Wochenbettbesuche pro Tag, die das Einkommen sichern würden, seien auf Dauer zu viel.

K 1.4 Arbeitsplanung

Es kristallisiert sich grundsätzlich heraus, dass die Arbeitsplanung herausfordernd ist, dass immer ungeplante Einsätze dazwischen kommen können.

Monika: «Im Wochenbett, ist der Aufwand nicht absehbar. Ob jetzt die Babys zunehmen oder nicht, ob sie gelb sind oder nicht, ob die Frauen Brustprobleme haben, das ist nicht planbar. Aber das ist bei allen Freipraktizierenden so.»

Bei der Planung muss die ständige Erreichbarkeit berücksichtigt werden. Viele Hebammen sagen, dass mehr Zeit eingeplant werden muss, wenn man eine umfassende Anamnese und Aufklärung machen will. Zeit sparen die Hebammen durch Arbeiten nach Schema ein. Eine Jahresplanung sei für fpH unumgänglich, damit einerseits frühzeitig eine Ferienvertretung gefunden werden könne und andererseits die Anzahl der Klientinnen im Machbaren bleibe.

Silvia: «Ferien muss man sehr früh planen, ein halbes Jahr zum Voraus mindestens. Alleine damit, dass ich weiss, wie viele Frauen für Geburten und Wochenbett ich überhaupt noch annehmen kann.»

K 1.5 Arbeitsfreie Zeit

Hebammen erklären, dass abwesend sein und Ferien grundsätzlich möglich sind, sie aber frühzeitig geplant werden müssen.

Monika: «Im Sommer nehmen wir über fast zwei Monate keine Frauen an, damit wir sicher einen Monat davon Ferien machen können.»

Petra: «Man muss sich wirklich überlegen, wann man Ferien nehmen will. Sonst nimmst du schon wieder Frauen an und gehst dann eben nicht in die Ferien.»

K 1.6 Arbeitsauslastung

Eine fpH mit Anstellung im Spital berichtet, dass in der FP eine unregelmässige und unsichere Arbeitsauslastung im Vergleich zum Spital bestehe. Es sei bezüglich der Auslastung Flexibilität gefordert.

K 1.7 Kontaktaufnahme

In der Erhebung wurde eruiert, wie die Kontaktaufnahme zwischen Klientinnen und Hebammen zustande kommt. Gründe für die Wahl der Hebammenbetreuung sind verschieden. Einige Frauen wissen über das Angebot der Hebammen Bescheid und wählen dieses bewusst. Die Frauen würden eine lange Beratung- und Betreuungszeit schätzen und möchten durch eine Person begleitet werden, was ihnen die Hebammen bieten könnten.

Monika: «Zu mir kommen Frauen, die beim ersten Kind wollten, aber keine Beleghebamme kriegten oder durch das zweite Kind einfach wissen, dass es Beleghebammen gibt und die erste Geburt vielleicht traumatisch erlebt haben.»

Alle fpH konnten durch Mund-zu-Mund-Propaganda und dank ihrem Ruf Klientinnen gewinnen. Bei einigen Hebammen vermitteln Kolleginnen Klientinnen, in anderen Fällen erhielten sie Zuweisungen vom Spital oder von Gynäkologinnen / Gynäkologen.

K 1.8 Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben

Von beiden Seiten her ist Flexibilität erforderlich, dies betonen viele Hebammen. Die Fremdbetreuung der eigenen Kinder müsse man in Kauf nehmen.

Silvia: «Je älter das Kind wird, desto einfacher wird es. Und am Anfang ist es halt einfach fremdbetreut worden.»

Die kontinuierlich orientierten Modelle fordern Unterstützung aus dem Umfeld. Kann das Umfeld die Unterstützung nicht bieten, kann es für die Hebamme schwierig werden, Arbeit und Familie zu vereinbaren. Ist der Partner, die Partnerin auch engagiert im Beruf oder ist die Familienkonstellation nicht passend, beschreiben Hebammen es als schwierig.

Brigitte: «Ich bin sehr privilegiert, muss ich sagen. Ich hatte eine Frau angestellt, die eigentlich bei uns im Haushalt geholfen hat. Ich konnte sie jederzeit rufen. Sonst wäre es nicht möglich gewesen. Ich hatte keine Angehörigen in der Nähe, die ich fragen konnte, sondern ich musste mich wirklich so organisieren.»

K 1.9 Betreuungsangebote

Drei der Befragten betreuen Frauen kontinuierlich in SWS bis ins WOB. Sechs bieten WOBEBE an, was die Ergebnisse der deskriptiven Statistik widerspiegelt.

Das Angebot der Hebammen kann durch Spezialisierung beispielsweise in alternativer Medizin oder für bestimmte Beratungssituationen erweitert werden.

HK 2 Betreuungsmodelle

Die Hebammen haben freiwillig über die einzelnen Modelle gesprochen. Dabei wurde ersichtlich, dass Hebammen selten nur in einem Modell tätig sind. Oft ist es eine Kombination aus mehreren und diese ändert sich je nach Lebenssituation der Hebammen wieder. Der Übersicht halber werden die Betreuungsmodelle in einer Tabelle dargestellt. In den drei Spalten werden zusammenfassend allgemeine Äußerungen, Vor- und Nachteile dieser Modelle beschrieben. Die Betreuungsmodelle lassen sich in drei Kategorien klassifizieren: kontinuierlich (K 2.1), teilkontinuierlich (K 2.2) und diskontinuierlich (K 2.3). Die im theoretischen Hintergrund aufgeführten ausländischen Betreuungsmodelle werden zum Vergleich herangezogen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Betreuungsangebote im Kanton Bern

Modell	Vergleichbar mit	Allgemein	Vorteile	Nachteile
K 2.1 Kontinuierliche Modelle				
Beleghebamme	Caseload Mid-wifery	<ul style="list-style-type: none"> - Nachfrage bei den Frauen sehr gross - Arbeit abhängig vom Vertrag - Anzahl SSKO variiert zwischen 2 und >3 vor Geburt - Optimale Arbeitsform 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche Begleitung - Geburtshilflich gute Verläufe - Genügend Zeit für Betreuung - Flexible Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - schwierig mit Familie zu vereinbaren - Widerspruch Physiologie und fixe Spitalschemen - Lange Dienste
Hausgeburt		<ul style="list-style-type: none"> - Hausgeburtshebamme hat grosses Einzugsgebiet 	<ul style="list-style-type: none"> - Weniger Pathologien, da Zeit unter der Geburt 	
Job-Sharing Modell	Midwifery Group Practice	<ul style="list-style-type: none"> - Ähnliche Philosophie ist vorteilhaft - Frauen wissen, dass Haupthebamme nicht immer abkömmlich ist - Frauen kennen alle betreuenden Hebammen 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsteilung - Pikettdienst begrenzt - Gute Vereinbarkeit mit Familie 	
K 2.2 Teilkontinuierlich Modelle				
Geburtshaus	Team Mid-wifery Model		<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsteilung im Team - Natürliches Geburtssetting - Weniger Zeitdruck - Keine Hierarchie 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilität gefordert
Hebammen-gemeinschaftspraxis	Team Mid-wifery Model	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelunternehmerinnen im Team X:1 Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitige Überweisungen - Arbeits- und Materialteilung - Durch Teamarbeit Freiheit und Austausch - Entscheidungen gemeinsam treffen 	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikte im Team
FP: WOBE, SSKO		<ul style="list-style-type: none"> - Einzelunternehmerin 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche Betreuung - Arbeit bei der Frau zu Hause 	

K 2.2 diskontinuierlich Modelle				
Shared Care / Anstellung in Praxis		<ul style="list-style-type: none"> - häufiger SSKO bei der Gynäkologin / dem Gynäkologen - Wunsch der Frau nach Shared Care - Beleggeburtsfrauen wählen oft das Shared Care Modell - Verantwortung liegt bei Zuständigen für Geburt 	<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung mit der Gynäkologin / dem Gynäkologen? - Teilkontinuität - Frauen profitieren von ergänzender Hebammenbetreuung 	<ul style="list-style-type: none"> - Konkurrenzkampf - Unterschiedliche Philosophien - Geteilte Verdienste in Betreuung - Gynäkologinnen / Gynäkologen haben weniger Zeit für Kontrolle
	Hebammensprechstunde im Spital	<ul style="list-style-type: none"> - Anliegen der Hebamme - Alleine zuständig für physiologische Verläufe 	<ul style="list-style-type: none"> - Teilkontinuität - Bezugsbetreuung 	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung abgeschlossen zum Ende der Schwangerschaft

HK 3 Wechsel in ein kontinuierlich orientiertes Frauenmodell

Die Hebammen erzählten offen über die Gründe für den Wechsel in andere Arbeitsmodelle. Bisherige Arbeitserfahrungen hatten einen entscheidenden Einfluss auf den Wechsel in ein kontinuierlich orientiertes Frauenmodell oder zurück in ein bisheriges Arbeitsmodell. Gründe für den Wechsel, Bedingungen, Hindernisse und Erleichterungen wurden genannt.

K 3.1 Bisherige Arbeitserfahrungen

Alle befragten Hebammen bringen mehrjährige Arbeitserfahrung im klinischen Setting mit. Drei von sieben Hebammen hatten schon ein Standbein in der FP, bevor sie sich für ein kontinuierlich orientiertes Frauenmodell entschieden.

K 3.2 Gründe für Wechsel

Viele Hebammen nannten den Wunsch nach kontinuierlicher Betreuung als einen Grund für den Wechsel.

Brigitte: «Ich wollte eigentlich eine Familie, eine Frau, von A bis Z betreuen und manchmal auch darüber hinaus. Ich leiste gerne eine ganzheitliche Geburtshilfe, damit ich nicht nur acht Stunden von einer Geburt sehe und danach ist fertig, und dann muss ich wieder gehen, wenn ich eigentlich bleiben möchte.»

Ebenso nutzen mehrere Hebammen Marktlücken, wie unbesetzte Arbeitsstellen oder ein mangelndes Angebot in der Region, beispielsweise Beleg- und Hausgeburten oder alternativ medizinische Methoden. Alle Befragten sagten aus, genug von der klinischen Struktur und deren Philosophie zu haben. Eine Hebamme hatte es «satt» verordnete Interventionen auszuführen, obschon sie nicht dahinter stehen konnte. Die Strukturen im Spital hätten Auswirkungen auf die Betreuung der Frauen, nicht stringente Behandlungspläne und der Schichtwechsel würden die Betreuung am meisten erschweren.

Monika: «Teilweise hatte ich dreimal Schichtwechsel und zwei verschiedene Ärzte. Alle waren sich nicht ganz einig und hatten auch anderes zu tun oder waren vielleicht auch einmal schlecht vorbereitet in eine Geburt gestartet.»

Vier von sieben Hebammen begründeten ihren Wechsel, weil sie dadurch die optimale Arbeitsform gefunden hatten.

K 3.3 Bedingungen für Wechsel

Die Befragten sehen es als Bedingung, ein Konzept zu haben und die passende Infrastruktur, bevor ein Wechsel in Angriff genommen werden kann. Den Hebammen ist wichtig, dass der Lebensunterhalt durch ihr Einkommen gesichert ist. Auf finanzielle

Einbussen müsse man gefasst sein, daher sind mögliche Einbussen einzukalkulieren. Vor dem Wechsel in die FP Ersparnis auf der Seite zu haben, sei hilfreich.

Silvia: «Am Anfang haben wir tief unter dem Existenzminimum gelebt.»

Schliesslich wurde auch aufgeführt, dass eine Vision, grosse Motivation und Engagement essentielle Bedingungen für einen gelungenen Wechsel sind.

Karin: «Hebammen, die interessiert sind, das wirklich auch durchzuführen. Die Freude an ihrer Arbeit haben, die Herzblut reinstecken wollen.

Ohne geht es nicht.»

K 3.4 Hindernisse für Wechsel

Hebammen, die ausschliesslich kontinuierlich betreuen, äussern einstimmig, dass für sie der 24-Stunden-Pikett ein Hindernis für einen Wechsel darstellte, dieser aber unumgänglich sei. Eine selbständige Hebamme muss sich selber die Arbeit beschaffen. Das Anwerben der Klientel kann erschwert sein, wenn das Arbeitseinzugsgebiet weit entfernt vom Wohnort ist oder wenn man sich erst noch einen Namen machen muss. Weitere Hindernisse sind die grosse berufliche Verantwortung und die familiären Verpflichtungen.

Daniela: «Meine Kinder sind noch klein. Sie haben Skitag, die haben Schulreise. Da willst du als Mutter auch mitgehen. Du kannst ja nicht immer sagen nein, ich komme jetzt nicht, ich kann nicht.»

Eine Hebamme berichtete, dass sie an der Finanzierung des Wechsels und des Verbleiben in der FP wegen der schlechten Bezahlung ihrer Leistungen gescheitert sei. Die Rekrutierung vieler Klientinnen sei zwingend, um davon leben zu können. Fehlendes Wissen für die neue Arbeitsorganisation wurde als hinderlich und erschwerend beschrieben. Zwei Hebammen fehlte es anfangs an Mut. Einige gaben an, dass durch die fragmentierte Betreuung Wissen verloren gehe und Weiterbildungen nötig waren.

Silvia: «Als ich freischaffend wurde, hatte ich das Gefühl, geburtshilflich nochmals von vorne anzufangen. Was bedeutet Physiologie wirklich? Das habe ich mir in den letzten zehn Jahren mit Weiterbildungen erarbeitet.»

K 3.5 Erleichterung für Wechsel

Eine grosse Erleichterung für viele Hebammen stellte die begleitete Einführung in eine Arbeitsform dar. Die Einführung erfolgte in Form von Austausch mit Kolleginnen oder durch eine Mentorin.

Karin: «Ich habe verschiedene Leute im Rücken, zu denen ich immer gehen kann, wenn ich eine Frage habe oder unsicher bin, so. Das finde ich enorm wichtig.»

Durch den Austausch mit Berufskolleginnen konnten sich viele eine Vertretung zur Entlastung suchen, was wiederum einen weiteren erleichternden Faktor darstellte. Fast alle befragten Hebammen haben Kinder. Eine Erleichterung ist für sie, wenn die Kinderbetreuung gesichert ist. Fremdbetreuung der eigenen Kinder müssen die Hebammen in Kauf nehmen.

Silvia: «Es braucht die Grosseltern in der Region, oder Tagesmütter, oder einen sehr flexiblen Partner und natürlich ein Kind, welches das mitmacht, dass man es überall hin verfrachtet.»

HK 4 Zusammenarbeit

Hebammen arbeiten interprofessionell zusammen, also mit anderen Berufen des Gesundheitswesens. Die Hebammen erzählten über die interprofessionelle, wie auch über ihre intraprofessionelle Zusammenarbeit mit Berufskolleginnen. Von den Hebammen wird bemerkt, dass die SSKO momentan durch die Gynäkologin / den Gynäkologen als Standard gesehen wird und die Gesellschaft bezüglich Betreuung gerne Verantwortung abgibt. Während den Interviews war diesbezüglich eine gewisse Anspannung spürbar. Die Hebammen antworteten zum Thema Zusammenarbeit erst verhalten und reflektiert, echauffierten sich bei Schilderungen von Erlebnissen aber vereinzelt.

K 4.1 Interprofessionalität

Die meisten Hebammen finden, dass gute Zusammenarbeit vom Gegenüber abhängig ist und herausfordernd sein kann. Es kristallisierte sich heraus, dass trotz Bemühungen ein Konkurrenzkampf spürbar ist, vor allem zwischen Hebammen und Gynäkologinnen / Gynäkologen sowie zwischen Hebammen und Pflegefachleuten. Der Konflikt äussert sich laut den Hebammen durch unklare Kompetenz- und Aufgabenzuteilung.

Nicole: «Teilweise gibt es Gynäkologinnen / Gynäkologen, die sagen: ‚Ich schicke euch die Unterlagen nur wenn die Frau mit 36 Wochen noch einmal in einen Ultraschall kommt.‘ Die dann Bedingungen stellen oder der Frau die Unterlagen nicht geben wollen.»

Als Herausforderung betonten die Hebammen die unterschiedlichen Herangehensweisen in der Betreuung.

Petra: «Die Zusammenarbeit mit der Gynäkologin war zwischenmenschlich sehr gut. Ich habe dazu nichts zu sagen. Sie hat einfach ein bisschen eine andere geburtshilfliche Art als ich. Ich mache sehr viel mehr komplementärmedizinisch: abwarten, schauen. Sie ist da proaktiver.»

Von fast allen Hebammen wird trotz einigen Negativberichten eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben. Als Chancen sehen die Befragten die Vernetzung und die dadurch entstehenden Überweisungen. Wer bei der Arbeit die Entscheidungs-

gewalt oder den Lead hat ist abhängig vom Setting. Dies kann vertraglich festgehalten sein; zum Beispiel bei einer Beleghebamme, oder wird unter den Hebammen / medizinischem Fachpersonal ausgemacht. Als Beleghebamme seien die hierarchischen Strukturen von Ärztinnen / Ärzten und Hebammen hinderlich.

K 4.2 Intraprofessionalität

Bei der intraprofessionellen Zusammenarbeit schätzen die Hebammen, dass sie sich gegenseitig Unterstützung bieten und so Herausforderungen gemeinsam bewältigt werden können.

Silvia: «Und da gibt es zwei bis drei, bei denen ich weiss, dass ich sie jederzeit fragen kann, ob sie da sind. Und dann gibt es die mit Kindern, die häufig ähnlich Ferien machen und diese ohne Kinder, die dann meistens in meiner Ferienzeit übernehmen können.»

HK 5 Wirtschaftlichkeit

Die Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit wurden von den Hebammen teilweise zurückhaltend beantwortet. Die Rede war oft von den neuen Tarifverträgen, den hohen Pensen und dem Leistungskatalog.

K 5.1 Einkommen

Einige Hebammen betonen, dass man als fpH keine hohen Ansprüche an den Lebensstil haben sollte, da das Einkommen meistens klein ist. Eine Hebamme erzählt, wie sie die Bank für einen Kredit anfragte, ihr Einkommen dafür jedoch zu klein war:

Petra: «Als ich zur Bank gegangen bin, haben die mich nur gross angeschaut und gesagt: ‚Wie kannst du leben mit diesem Lohn?‘.»

Auffallend ist, dass die meisten Hebammen auf die Frage nach dem Arbeitspensum nur Schätzungen angeben können. Meistens haben Hebammen hohe Pensen, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können. Zudem arbeiten sie oft unentgeltlich, indem sie z. B. das Wartgeld nicht verlangen.

Nicole: «Wenn wir besser entgeltet werden würden, könnten wir vielleicht auch ein bisschen weniger arbeiten, um gut zu unserer Gesundheit zu schauen. Das würde ich mir glaube ich wünschen.»

Hebammen sehen Verbesserungsmöglichkeiten beim Einkommen. Ansätze zur Verbesserung wären z.B. Streiks. Diese würden für einige aber nicht infrage kommen, da die Frauen die Leidtragenden wären. Sie stellen das Wohl der Frau über den persönlichen Gewinn.

K 5.2 Wirtschaftliches Arbeiten

Die Hebammen zeigten auf, wie es ihnen möglich ist, wirtschaftlich effizient zu arbeiten. Hierzu gehört einerseits, dass sie sich mit anderen Hebammen zusammenschliessen, um Fixkosten zu senken. Andererseits, dass sie ihr Angebot regionalen Marktlücken gezielt anpassen. Hebammen machen eine Querrechnung über das ganze Jahr und können mit Kursen oder anderen Angeboten ihr Einkommen aufbessern. Drei Beleghebammen gaben an, dass ihr Modell lukrativ sei.

Silvia: «Wenn du für eine Schwangerschaftskontrolle irgendetwas um 60 Fr. bekommst und 1.5 h dafür aufwendest, ist das natürlich nicht sehr lukrativ. Wenn sie aber noch in einen Kurs kommt, kann ich das querfinanzieren.»

K 5.3 Tarife und Leistungen

Es zeigte sich, dass fast alle Hebammen für ihre Kontrollen einen höheren Zeitaufwand hatten, als ihnen pauschal vergütet wird.

Daniela: «Das Wochenbett kann sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Ich würde sagen, für das Wochenbett reichen mir manchmal Dreiviertelstunden überhaupt nicht. So viel wäre aber eigentlich bezahlt.»

Durch die neuen Tarifverträge von 2015 hat sich bezüglich der Bezahlung für die Leistungen aus der Sicht der Hebammen einiges verbessert. Jedoch weisen sie darauf hin, dass die Verträge in Relation zur steigenden Kostenentwicklung im Gesundheitswesen weiter verbessert werden sollten. Viele Hebammen beteuern, dass der Leistungskatalog für ihre Arbeit nicht repräsentativ ist, sie mehr leisten, als sie abrechnen können. Eine Hebamme geht besonders auf die Zuschläge ein, die ebenfalls nicht verrechnet werden können.

Daniela: «Ich kann keine Notfallkonsultationen abrechnen, wenn mich eine Frau anruft und ein Problem hat, kann aber auch nicht warten, bis wir den Termin haben, sondern dann gehe ich. Ich bin auch schon am Sonntag am Abend um 21.00 Uhr ausgerückt, ohne einen Abendzuschlag verrechnen zu können. Es sind einfach diese fixen Taxpunkte. Wochenende auch nicht, Samstag, Sonntag... Ich kann kein einziges Telefon verrechnen, obwohl so viel Arbeit via Telefon oder SMS geschieht. Kann man nicht abrechnen.»

HK 6 Qualität

Die Hebammen beschrieben in dieser HK, was für sie Qualität ausmacht und wie sie gezielt Methoden anwenden, um zu lernen und die Qualität zu sichern. Bei der Beant-

wortung der Fragen wurde klar, dass Hebammen sehr qualitätsorientiert und bewusst arbeiten.

K 6.1 Erlernen und Erhalt von Fähigkeiten

Den Hebammen ist wichtig, dass während der Betreuung genaue Diagnostik betrieben wird, sie ihre Massnahmen begründen können. Von vielen ist erwünscht, dass das Hebammenhandwerk optimiert wird und dies schon während der Ausbildung.

Monika: «Positionswechsel (unter der Geburt). Das ist eine Sache, die in der Schule zu wenig plastisch erklärt wird: wie genau liegt dieser Uterus in diesem Bauch, wie genau liegt das Baby in dem Uterus und was hat das danach für einen Bezug zum Becken. Ja, und in der Praxis natürlich die Umsetzung davon, die für mich extrem fehlt.»

Eine Hebamme beschreibt, dass es wichtig ist eine gewisse Anzahl Betreuungen anzubieten, damit man nicht aus der Routine fällt. Laut den Hebammen trägt die kontinuierliche Betreuung dazu bei, dass Fähigkeiten erhalten bleiben und nicht durch die Fragmentierung verloren gehen.

K 6.2 Qualitätssicherung

Mögliche negative Einflussfaktoren auf die Qualitätssicherung sehen die Hebammen, wenn Angst, Misstrauen, Zeitdruck und ein hoher Workload im Spiel sind. Eine Art der Qualitätskontrolle liegt im Reflektieren der eigenen Arbeit und dem Austausch mit Berufskolleginnen.

Monika: «In regelmässigen Sitzungen machen wir unter anderem Fallbesprechungen oder besprechen Arbeitsweisen.»

Viele Hebammen, die kontinuierlich betreuen, geben an, dass sie durch das Kontinuum die Auswirkungen des eigenen Handelns miterleben, evaluieren und darum einen gewissen Qualitätsanspruch haben.

Monika: «Es kommt ziemlich darauf an, was du für einen Qualitätsanspruch hast. Ich möchte nie eine Hebamme werden, die eine halbe Stunde pro Frau hat und dann weiter will oder muss, weil es sonst gar nicht reicht. Ja, ich finde, ich muss eine gute Betreuung bieten.»

Es wird genannt, dass die Frauen durch Transparenz und Einsichtgabe in die Dokumentation in die Qualitätssicherung miteinbezogen werden. Dies kommt gerade bei der Shared Care zum Tragen. Doppelspurigkeiten will man vermeiden.

Silvia: «Darum ist es wichtig eine Dokumentation zu haben, die die Frau auf sich hat, wie den Mutterpass, damit die Informationen nicht verloren gehen. Damit es nicht doppelt läuft oder gar nicht läuft.»

HK 7 Zufriedenheit

In dieser HK geht es um die eigene Zufriedenheit der Hebammen. Es werden auch Einschätzungen gemacht, wie zufrieden die Frauen mit der Betreuung sind. Aus den Erzählungen ergibt sich, was Hebammen als Inhalte einer guten Betreuung erachten. Gründe für eine hohe Zufriedenheit und Gefährdungen konnten eruiert werden.

K 7.1 Work-Life-Balance

Hebammen beschreiben, dass sie eine hohe Lebensqualität haben. Durch die Selbstständigkeit in ihrem gewählten Arbeitsmodell geht es den Hebammen gesundheitlich besser.

Monika: «Weil ich Zeit habe und weil ich auch nicht mehr diese fixen Nachtblöcke habe. Also ich habe das Gefühl, es geht mir gesundheitlich besser.»

K 7.2 Gründe für eine hohe Zufriedenheit

Viele Hebammen nennen die kontinuierliche 1:1 Betreuung als Grund, warum sie so zufrieden sind.

Silvia: «Die 1:1 Betreuung hat in der Befriedigung der Arbeit einen hohen Stellenwert. Es ist aufwändiger, aber es ist das, was sowohl für die Familie wie auch für mich befriedigend ist.»

Weitere Gründe sind ein gutes Arbeitsklima, die Arbeit im Team und Abwechslung in der Arbeit. Eine Hebamme gibt an, dass für sie die berufliche Weiterentwicklung in ihrem kontinuierlichen Arbeitsmodell zur Zufriedenheit beiträgt. Zwei Hebammen schätzen zudem die individuelle und stressarme Arbeit.

K 7.3 Gefährdung der Zufriedenheit

Hebammen, die ein Bein in der FP und zugleich eine Anstellung oder einen Vertrag mit dem Spital haben, finden den Spagat zwischen den zwei Philosophien schwierig. Da die Hebammen die Frauen so eng betreuen, kann eine Abgrenzung schwierig sein. Das «Mittragen» der Geschichten bezeichnen die Hebammen als energieraubend.

Karin: «Du hörst vielen Frauen zu und nachher möchtest du vielleicht wieder einmal eine Freundin treffen. Das hat wie keinen Platz. Du magst nicht mehr zuhören. Wenn wir Besuch hatten, nachdem ich drei Tage gearbeitet habe, war mir das zu viel. Ich konnte mich auf niemanden mehr einlassen.»

Für die Hebammen war die ständige Erreichbarkeit eine weitere Belastung. Eine Hebamme gab zudem an, dass sie die fragmentierte Begleitung der Frauen fast zerriss.

Petra: «Ich war ja dann nicht dabei bei der Geburt und dann hat mich das teilweise zerrissen.»

K 7.4 Inhalte einer guten Betreuung

Eine gute Betreuung kann gemäss den Hebammen nur gewährleistet werden, wenn sie genug Zeit dafür haben. Fast alle Hebammen betonen, dass eine umfangreiche Aufklärung und transparente Informationsabgabe wichtig sind.

Karin: «Mir war wichtig, dass die Frauen Informationen kriegen, die sie brauchen für die Schwangerschaft, für die Geburt, für das Wochenbett.

Es ist mir wichtig, Türen zu öffnen.»

Für alle Hebammen ist eine gute Betreuung bedürfnis- und bedarfsorientiert. Dabei kann individuell auf die Frau eingegangen werden und die Handlungen werden laufend evaluiert und angepasst.

Daniela: «Die Individualität, nicht nach Schema X zu arbeiten. Die Wochenbettbetreuung zu Hause ist einfach sehr sehr individuell, du gehst wirklich auf die Bedürfnisse von den Frauen ein: Was steht gerade an? Was ist das Problem?»

Silvia: «Eine gute Betreuung für die Frau geht von ihren Bedürfnissen aus. Weil ja alle sehr unterschiedlich sind. Die eine Frau braucht halt wahnsinnig viel medizintechnische Sicherheit, dann darf sie diese haben. Eine andere braucht das weniger.»

Dass die Frauen eine Bezugs- und Vertrauensperson haben, erachten die Hebammen als wichtig.

HK 8 Erwünschte Entwicklungen in Gesellschaft und Politik

In der Befragung wurden die Hebammen nach Zukunftswünschen gefragt. Die spontan geäusserten Wünsche bezogen sich meist auf eine Verbesserung des Berufstandes und der jetzigen Betreuungssituation. Um diese zu realisieren, sollten Hebammen vermehrt politisch aktiv sein. Beispielsweise sollte der Leistungskatalog erweitert werden, damit die Leistungen angemessen aufgelistet werden können. Um die Hebammenarbeit noch bekannter zu machen, könnte beispielsweise ein Erstkontakt zwischen Hebammen und Mädchen und jungen Frauen in der Pubertät erfolgen, ähnlich dem mit den Gynäkologinnen / Gynäkologen.

Sie wünschen sich, dass das Vertrauen in die schwangeren und gebärenden Frauen, die Natur und die ausserklinische Geburtshilfe gestärkt wird. Eine Hebamme wünscht sich, dass unser Gesundheitssystem sich ändern würde und Gesundheit nicht länger rentabel sein müsste.

Karin: «Gesundheit von Menschen, die einen Staat ausmachen, die rentieren muss? Für mich funktioniert das nicht! Ich wünsche mir, dass man

dort eine Kehrtwende macht und mit diesem wirtschaftlichen Denken aufhört, wenn es um Menschen geht.»

6 Diskussion

Die eingangs der Untersuchung gestellten Fragen konnten anhand der Datenanalyse der Fachliteratur zu frauenzentrierten effektiven Betreuungsformen teilweise beantwortet werden. Kontinuierliche, hebammengeleitete Betreuungsformen wie Beleghebammenmodelle und Hausgeburten liefern die effektivsten Resultate.

Dieser Erkenntnis gegenüber steht die Diskrepanz, dass in Bern, die Mehrheit der Betreuungsangebote teilkontinuierlich erfolgt. Die Nachfrage bei hier tätigen Beleghebammen übersteigt das Angebot. Bei der kantonsinternen Organisation der hgM zeichnete sich während den Befragungen der Fokusgruppe ein erhebliches Ausbau- und Verbesserungspotenzial ab. Insbesondere im Bereich der Vereinfachung und Synergieoptimierung der übergeordneten Organisation und Kommunikation zwischen Institutionen sowie Hebammen und gebärenden Frauen / Frauen im reproduktiven Alter. Für die bereits kontinuierlich betreuenden Hebammen stellt nebst dem Zeitmanagement die Finanzierung eine Hürde dar. Trotz diesen Missständen hielten die Vertreterinnen der Fokusgruppe fest, nach dem Wechsel zu hgB eine markante Zunahme der Arbeitszufriedenheit zu spüren.

6.1 Bedeutung der hebammengeleiteten Geburtshilfe für die Frauen

Die hgG scheint im inner-, wie im ausserklinischen Setting für Mutter und Kind sicher zu sein. Sie birgt grosses Potenzial für eine effektive Betreuung, hohe Zufriedenheit der Frauen und eine Senkung der Interventionen (Forster et al., 2016) (Sandall et al., 2015) (Butler et al., 2015) (De Jonge et al., 2009). NICE (2014) empfiehlt bei tiefem geburtshilflichen Risiko eine hebammengeleitete Betreuung. Der Vergleich von klinischen mit anderen Geburtssettings zeigt eine höhere Interventionsrate.

Ausgehend von diesen Ergebnissen, Empfehlungen und den in der Schweiz erhobenen Daten zu klinischer- und ausserklinischer hgG (Ackermann et al., 1996) (Cignacco & Büchi, 2003) ist mit einer Förderung der hgG eine Qualitätssteigerung in der Schweizer Geburtshilfe zu erwarten.

Die befragten Hebammen beschrieben, was sie als wichtige Inhalte einer guten Betreuung erachten. Diese Inhalte decken sich mit den von schwangeren und gebärenden Frauen beschriebenen Aspekten einer erhöhten Zufriedenheit. Die Frauen gaben an, in hgB eine Wahl bezüglich der Betreuungsform und generell ein Mitspra-

cherecht zu haben. (Forster et al., 2016) (Butler et al., 2015). Gründe für die Wahl einer hgB waren längere Beratungszeit und bereits gemachter Klinikerfahrungen. In den Interviews sagten die fpH aus, dass sich die Frauen aus Eigeninitiative, unter anderem wegen traumatischen ersten Geburten bei ihnen melden. Anscheinend wählen Frauen wegen Unzufriedenheit mit der klinischen Geburtshilfe die hgB. Warum sie das Angebot nicht primär nutzen, ist unklar. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass die Frauen bereits einen bestehenden Kontakt zur Gynäkologin / zum Gynäkologen pflegen und sich auf diesen verlassen sowie die von manchen Fachkräften der Medizin verbreitete Ansicht, dass die Spitalgeburt herkömmlicher und sicherer sei (Luyben et al., 2013).

Die Frauen in den Studien erwähnten, von den Hebammen ausführlich informiert zu werden und waren zufrieden mit den erhaltenen Informationen (Forster et al., 2016) (Butler et al., 2015). Alle Hebammen, die im Rahmen dieser BT befragt wurden, gaben an, dass ihnen eine umfassende Aufklärung und das Aufzeigen von (Betreuungs-) Möglichkeiten wichtig sei. Die informierte Entscheidung ist ein ethisches Konzept, das auch im Hebammenkodex behandelt wird (Brailey, 2005). Nebst praktizierter «informed choice» wird laut den Hebammen auch die Beziehung zwischen Hebamme und Frau beidseitig geschätzt. Hinsichtlich der Zufriedenheit der Hebammen wird der bedürfnisorientierten, kontinuierlichen individuellen Betreuung in der Primalzeit und der 1:1-Betreuung ein hoher Stellenwert beigemessen.

Diese erarbeiteten Ergebnisse deuten darauf hin, dass freipraktizierende Hebammen im Kanton Bern eine Betreuung anbieten oder anbieten wollen, die den Bedürfnissen der Frauen entspricht. Ob dem so ist, müsste in einer Evaluation oder einer Vergleichsstudie, ähnlich der im Ausland durchgeführten, erhoben werden. Wenn Frauen im Kanton Bern eine kontinuierliche und hgB möchten, stehen ihnen das ausserklinische Angebot und die Beleggeburt zur Auswahl, es wird aber nur von wenigen genutzt (Erdin et al., 2015).

Wie Luyben et al. (2013) beschreiben, haben Frauen in der Schweiz ein hohes Sicherheitsbedürfnis während der Primalzeit und sie gehen davon aus, dass die medizinische Vorsorge ihnen diese Sicherheit bietet. Aufgrund der Studienergebnisse (Sandall et al., 2015) ist jedoch die Wahrscheinlichkeit in der hgB höher, sicher und mit weniger Interventionen betreut zu werden. Ein Grund dafür, warum Frauen in der Schweiz das Angebot der Hebammen so wenig nutzen, kann die ungenügende Aufklärung über die regional sehr unterschiedlichen Betreuungsmöglichkeiten sein (Luyben et al., 2013). Wie sich in Cignacco und Büchi (2003) zeigte, nutzen insbesondere gebildete und durchschnittlich ältere Frauen die hgG. Es scheint deutlicher Aufklärungsbedarf von

Seiten der geburtshilflichen Fachkräfte angezeigt zu sein. Gleichzeitig sollte das Angebot niederschwellig, also leicht zugänglich gehalten werden, damit alle Frauen davon profitieren können. Darum ist es wichtig, dass das Angebot der Hebammen im Kanton Bern und die wissenschaftlich erwiesene Sicherheit der hgG durch Öffentlichkeitsarbeit publik gemacht werden und Aufklärungsarbeiten aufgenommen werden. Zu diesem Schluss kommen auch Aubry & Cignacco (2015). Zusätzlich könnte ein möglicher Ansatz die Kontaktaufnahme der Hebamme mit jungen Frauen in der Pubertät sein, beispielsweise im Rahmen des schulischen Aufklärungsunterrichtes. Ziel ist, dass auch Primigravidas eine informierte Wahl bezüglich ihrer Betreuungsform treffen können und die Chancengleichheit für eine bestmögliche Behandlung gefördert wird, was dem Ziel von «Gesundheit 2020» entspricht (BAG, 2013a).

6.2 Bedeutung einer Stärkung der hgG für Hebammen

In den Interviews berichteten die Hebammen über unterstützende und hinderliche Faktoren für ein kontinuierliches Betreuungsangebot, weil der Übergang in die selbständige Tätigkeit nicht einfach ist. Verbesserungsmöglichkeiten sieht eine Hebamme vor allem schon in der Ausbildung, mit dem Ausbau der Unterrichtseinheit über Physiologie und Hebammenhandwerk inklusive der Diagnostik. Laut einer anderen Hebamme, hätten Studierende kaum die Möglichkeit, Kompetenzen über die ganze Primalzeit zu erwerben. Es ist für sie naheliegend, dass in der fragmentierten und medikalisierten Geburtshilfe das Erlernen der Betreuung physiologischer Verläufe schwierig ist. Es sollte also überprüft werden, inwieweit während der Ausbildung die Hebammen in ihren Kompetenzen, selbständig zu arbeiten, gestärkt werden können. Wegen rechtlichen Bedingungen bieten ambulante Praxen und selbständig Erwerbende keine Praktika an, wie in der Motion über «Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereich» zu lesen ist (Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR, 2016). Die Motion fordert eine Anpassung des KVG, um ausserklinische Praktika und damit ausreichend Ausbildungsplätze zu ermöglichen und deren Finanzierung sicher zu stellen. Damit die berufsqualifizierende Kompetenz für die kontinuierliche Betreuung während der ganzen Primalzeit, insbesondere Früh-SWS und Spät-WOBE, erreicht werden kann, sollten auch rechtliche Anpassungen vorgenommen werden. Das Erlernen aller hebammenspezifischer Kompetenzen über den gesamten Betreuungsbogen in der Hebammenausbildung könnte durch ausserklinische Praktika ermöglicht werden und wäre ein Schritt zur Stärkung der hgG.

Auch besteht die Gefahr, Erlerntes wegen mangelnder Praxis zu verlieren. Mehrere Hebammen berichteten in den Interviews, durch das fragmentierte Arbeiten in Betreuungsmodellen jenseits der hgG Wissen und Können in Bereichen ausserhalb ihres

Tätigkeitsfelds, beispielsweise die Schwangerenbetreuung, nie wirklich erworben oder verlernt zu haben. Für Studienabgängerinnen sind die Möglichkeiten in einem hgM kontinuierlich zu arbeiten und die fehlenden Kompetenzen in der Praxis zu erlernen begrenzt, da ein Anstellungsverhältnis zwingend ist. Diese Regelung sollte überdacht und im Sinne einer Befähigung zur kontinuierlichen Betreuung angepasst werden.

Die befragten Hebammen wechselten wegen Unzufriedenheit von der Klinik unter anderem in die FP. Im von ihnen gewählten hgM sind sie zufrieden und beschreiben eine hohe Lebensqualität. Sie äusserten, dass sie mit ihrer jetzigen Arbeit sehr zufrieden seien, was nicht erstaunt, denn die von ihnen beschriebene ideale Betreuung, ihr tatsächliches Betreuungsangebot und die Bedürfnisse der Frauen decken sich offenbar in vielen Bereichen.

Schmid (2011) schreibt, dass eine Betreuungsarbeit, die Beziehungsaufbau ermöglicht, sich positiv auf die Hebammen auswirkt: sie sind motivierter, seltener krank und die Arbeit erleben sie als befriedigender. Gemäss Lobsiger, Kägi und Burla (2016) beträgt bei Hebammen der Anteil an Berufsaustritten 14%, was im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen viel ist. Die Möglichkeit in einem kontinuierlichen hgM zu arbeiten, könnte zur Senkung der Berufsaussteigerinnen durch gesteigerte Arbeitszufriedenheit beitragen.

In den Interviews wurde genannt, dass einige Berufskolleginnen nicht den Mut hatten, in die FP und / oder kontinuierliche Betreuung zu wechseln. Die Hürden für einen Wechsel sind gross, wie sich in den hohen Ansprüchen an Eigeninitiative, grosser Verantwortung und fast ständiger Erreichbarkeit bei unsicherem und tiefem Einkommen zeigt. Die Vereinbarkeit der selbständigen Arbeit mit Familie und Privatleben ist insbesondere durch schwer zu planende Arbeit und ständige Erreichbarkeit erschwert, was eine mögliche Erklärung für die niedrige Zahl an kontinuierlichen Betreuungen (5.8%) bei doch 40% fpH sein könnte. Entlastung im Leisten von Pikettdiensten erreichten die befragten Hebammen durch gegenseitige Vertretung, Arbeitsaufteilung und Job-Sharing. Erleichterung für Wechsel und Verbleib in kontinuierlichen hgM erhielten sie ebenso durch gegenseitige Unterstützung, wie beispielsweise Mentorinnen oder Job-Sharing-Partnerinnen. Durch fachlichen Austausch und Fallbesprechungen konnten Fertigkeiten erworben, vertieft und erhalten werden. In Zusammenschlüssen und gegenseitiger Unterstützung liegt folglich grosses Potenzial, das weiter ausgeschöpft werden sollte. Es erscheint sinnvoll, dass die Sektionen des SHV die Funktion als Koordinatoren zwischen Hebammen mit Wunsch im Team kontinuierlich zu betreuen aufnimmt und so Zusammenschlüsse ermöglicht. Dies entspricht der Aufgabe des

SHV, der sich aktiv für eine hohe Qualität des Hebammenangebots einsetzt (SHV, 2011).

6.3 HgG im klinischen Setting und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Hebamme kann Frauen autonom betreuen und gehört einer eigenständiger Berufsgruppe an. Nur wenige befragte fpH betreuen autonom und haben die Hauptverantwortung in der Betreuung der Frau in SWS, Geburt und WOBE, analog zum Lead Maternity Carer. Bei den meisten Hebammen war die Zusammenarbeit in physiologischen Verläufen mit Fachpersonen der Medizin von hierarchischem Gefälle geprägt. Die Entscheidungsgewalt über die Zulassung der Frau zu hgG liegt bei der ärztlichen Leitung. Dies wurde als hinderlich und störend empfunden. In Grossbritannien entscheiden die Hebammen über die Einteilung von Frauen in hgG (Aubry & Cignacco, 2015). Eine konsequent durchgeführte hgG, inklusive Entscheidungsgewalt, führt zu sicherer Geburtshilfe und besseren Outcomes (Sandall et al., 2015). Um von den Vorteilen der hgG in der Schweiz profitieren zu können, scheint eine Kompetenzübertragung auf die Hebammen von Nöten. Im Bericht über die Rolle nichtmedizinischen Personals in der Grundversorgung schlagen Künzi et al. (2013) eine Übertragung von medizinischen Kompetenzen auf nichtmedizinisches Personal vor. Eine Kompetenzstärkung der nichtmedizinischen Berufe entspricht auch der Strategie des Bundesrates in «Gesundheit 2020» (BAG, 2013a).

Die befragten Hebammen berichteten von überwiegend guter interdisziplinärer Zusammenarbeit, trotz unterschiedlicher Philosophien. Gegenteilige Aussagen wurden zu spürbarem Konkurrenzkampf gemacht. Unklar sind die Beweggründe für den Konkurrenzkampf, ob nun Machtverlust, finanzielle Einbussen, fehlende Risikokompetenz oder Unbekanntes dazu führen. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sieht Ärztinnen / Ärzte und Hebammen als unterschiedliche, aber gleichermaßen wichtige Heilberufe in der Geburtshilfe (2010). In ihren Empfehlungen zur Zusammenarbeit besitzt die Hebamme die Erstkompetenz in der Regelrichtigkeit. Das Bewusstsein für den eigenen Kompetenzbereich und gegenseitiger Respekt sind Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit. In der Antwort vom Deutschen Hebammenverband (2001) auf diese Leitlinie, die erstmals 1996 erschien, wird eine Unterscheidung der Hebamme als Fachperson der Geburtshilfe und der Ärztin / des Arztes als Fachperson der Geburtsmedizin gemacht. Die Zusammenarbeit sollte von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung geprägt sein zur Förderung eines partnerschaftlich gleichberechtigten Verhältnisses. Laut der von der SAMW (2014) ausgearbeiteten Charta zur Zusammenarbeit orientiert sich die Aufgabenteilung nicht an hierarchischen Kriterien, die Tätigkeiten richten sich an entsprechenden Kompeten-

zen und Fähigkeiten, wobei Verantwortung für das eigene Handeln übernommen wird. Diese Empfehlungen deuten darauf hin, dass durch geklärte Kompetenzbereiche die Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Eine Aufteilung der Kompetenzen durch die jeweiligen Berufsgruppen scheint wegen hierarchischem Gefälle nicht sinnvoll, diese Klärung sollte durch eine übergeordnete Instanz erfolgen, damit die beschriebenen Ansätze der Fachgesellschaften sich in der Zusammenarbeit widerspiegeln.

Der im Rahmen des Postulats zur Stärkung der hgG verfasste Expertinnen- und Expertenbericht empfiehlt national gültige Ein- und Ausschlusskriterien, die von den Fachgesellschaften SGGG und SHV festgelegt werden sollen (Aubry & Cignacco, 2015). Eine Kompromissbereitschaft der Fachgesellschaften und somit eine Einigung, ist wegen gelebter Hierarchie und unterschiedlicher Betrachtungsweise fraglich. Der SHV hat seinerseits ein Anerkennungsverfahren von Einrichtungen mit hgG eingeleitet, das Hebammen autonom urteilen lässt. Darin werden u.a. Kriterien wie die Information und Aufklärung der Frau / des Paares über Vorteile und Grenzen der hgG genannt, die Aufnahmekriterien müssen schriftlich festgehalten werden, die kontinuierliche Betreuung in SWS, Geburt und WOBE muss gewährleistet sein, die Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten wird gepflegt, die Geburtsleitung obliegt der Hebamme (M. Haue-ter, persönliche Kommunikation, 24. Juni 2016). Durch die Anerkennung der hgG durch Hebammen kann gegenüber den Nutzerinnen Klarheit geschaffen werden. Aktuell wird die hgG in Berner Spitälern diskontinuierlich angeboten, wie aus den Interviews hervorging. Da die Entscheidungsgewalt zur Hebammengeburt auf Ärzteseite liegt, wird ein wichtiges Kriterium gemäss dem Anerkennungsverfahren nicht erfüllt.

Eine Kosteneinsparung bei hgM ist literaturgestützt wahrscheinlich (Kenny et al., 2015) (Sandall et al., 2015). Die Kosteneffizienz ergab sich in Kenny et al. (2015) durch kürzere Spitalaufenthalte, weniger Tests und Interventionen. Auch in der Schweiz wären laut Aubry und Cignacco (2015) Einsparungen in hgM bei grösserer Auslastung in entsprechend grösseren Strukturen grundsätzlich möglich. Künzi und Detzel (2007) sprechen in ihrem Bericht über ein Potenzial zur Kostenreduktion durch Einsatz von nichtärztlichen Berufsleuten. Befürchtungen betreffend steigender Koordinationsaufwände werden sich bei hgG wahrscheinlich nicht bestätigen, wie sich in den Interviews und dem Modell des LMC zeigt. Es scheint sinnvoll zu sein, in Schweizer hgM eine Untersuchung und Vergleich der Kosten durchzuführen. Bei bisherigen Studien wurden Kostenvergleiche punktuell angestellt. Eine Erhebung über die ganze Primalzeit scheint konsequent. Institutionen mit erlangter Anerkennung der hgG vom SHV sollten bei dieser Evaluation berücksichtigt werden.

Wenn es um die Stärkung potenziell kosteneinsparender Modelle geht, finden sich im Kanton Bern Widersprüche. Der Grosse Rat übernahm das Defizit der geburtshilflichen Abteilung Zweisimmen nicht, es fehlen aber auch Bemühungen auf kantonaler Ebene, das Projekt Maternité Alpine zu unterstützen. Dies steht im Kontrast zu den «Gesundheitszielen 2020» und zum Postulat zur Stärkung der hgG. Eine Umsetzung definierter Ziele auf Bundes- und Kantonsebene ist erforderlich und sollte mit dem Ziel einer besseren Versorgung der Bevölkerung vorangetrieben werden.

6.4 HgG im ausserklinischen Setting

Die Beleghebammen beschrieben ihr Modell als lukrativ, was sich durch Spitalverträge (Abrechnung über Diagnosis Related Groups [DRG]) und hohe Auslastung erklären lässt (SHV, 2015a). Im Gegensatz dazu berichteten fpH im rein ausserklinischen Setting, dass manche von ihnen am Existenzminimum leben. Andere sagten aus, keine grossen finanziellen Ansprüche zu haben. Das Leben in finanzieller Unsicherheit wurde von den Hebammen insofern als allgemeines Hindernis für einen Wechsel oder Verbleib in eine kontinuierliche Betreuungsform angegeben. Nur eine fpH konnte Aufgrund der Dokumentation ihrer erbrachten Arbeit eine genaue Arbeitsprozentangabe machen. Dieses Manko in der Arbeitszeiterfassung ist nicht erstaunlich, da laut einigen Hebammen der Leistungskatalog viele der erbrachten Leistungen nicht abbildet, sprich der Leistungsaufwand kann nicht anhand der Abrechnung aufgezeigt werden. Alle Hebammen begrüsst die Änderungen des Leistungskatalogs vom Jahr 2015, diese würden aber längst nicht ausreichen. Bisher wurden diese von Hebammen erkämpft, nachdem beinahe 20 Jahre keine Taxpunktwert-Anpassungen erfolgt waren (SHV, 2015b). Aktuell wurden Vereinbarungen von der Einkaufsgruppe HSK wegen zu hoher Taxpunktwerte und Differenzen zu Tarifesuisse gekündigt, die Verhandlungen werden wiederaufgenommen (SHV, persönliche Kommunikation, 01. Juli 2016). Es wird auch weiterhin nötig sein, dass der SHV sich für höhere Tarife und einen Ausbau des Leistungskatalogs einsetzt. Um den Bedarf eines Ausbaus genau zu eruieren, ist eine Erhebung der von Hebammen erbrachten Leistungen nötig. Eine Annäherung der Leistungskonditionen der qualitativ vergleichbaren Betreuung von Fachpersonal der Gynäkologie und den Hebammen wäre gerechtfertigt; Ambulante wie stationäre Leistungen sollten im Personalaufwand vergleichbar sein. Ein höheres Einkommen würde die fpH im Angebot kontinuierlicher Betreuung unterstützen.

In Neuseeland, Grossbritannien und Holland haben die Gesundheitsbehörden das Potenzial der Hebammen erkannt und unterstützen folgerichtig alternative Betreuungsmodelle. In Grossbritannien wurde die hgG durch gesetzliche Anpassungen zudem durch den Staat mit der «Continuity of Care» und der Förderung der Hausge-

burt gestärkt. Auch in der Schweiz zeigt der Bundesrat mit der neuen Agenda «Gesundheit 2020» Bestrebungen, bessere Steuerungsinstrumente einzusetzen, um die Chancengleichheit zur Versorgung gewährleisten zu können. Es ist im Sinne des Bundesrates, dass innovative Modelle zur Grundversorgung unterstützt werden (BAG, 2013a). Harvey und Kitson (2015) weisen auf die Notwendigkeit hin, äussere Kontexte, wie die politischen Zielsetzungen, bei der Implementierung geklärt haben zu müssen. Das von der GEF definierte Ziel, für eine wirtschaftlich tragbare integrierte Gesundheitsversorgung in allen Regionen zu sorgen, sollte das brachliegende Potenzial der Hebammenarbeit berücksichtigen. In ihrer Funktion als Steuerorgan im Gesundheitswesen obliegt es der GEF, hgM zu fördern.

Limitationen dieser Arbeit

Wegen dem Umfang der Arbeit und den zeitlich begrenzten Ressourcen wurden nur wenige wissenschaftliche Arbeiten in die Analyse eingeschlossen. Bei der in dieser Arbeit durchgeführten Befragung ist anzunehmen, dass noch nicht alle Aspekte zu den Betreuungsformen und Organisationen in kontinuierlichen Modellen erfasst und somit nur beinahe eine Datensättigung erreicht werden konnte. Dazu kommt, dass aus zeitlichen Gründen keine Rückbesprechung mit den Befragten oder einer Drittperson zur Validierung stattfand. Die Erhebung der Betreuungsangebote fpH ist wegen der unvollständigen Liste mit Vorsicht zu interpretieren. Es konnten nicht alle Regionen des Kantons Bern berücksichtigt werden, es wurden keine im Emmental und Berner Jura tätigen Hebammen befragt.

7 Schlussfolgerung

Es hat sich gezeigt, dass die hgG in der Schweiz einen schweren Stand hat, obwohl die Bedürfnisse der Frauen nach einer wohnortnahen Versorgung bekannt sind (Luyben et al., 2013) (Guggenbühler, 2016).

Ein Pilotprojekt, das dem Handlungsbedarf weitläufig entspricht und sich am Modell der Alongside Midwifery Units anlehnt, wäre eine spitalnahe hebammengeleitete Abteilung mit der Infrastruktur eines Geburtshauses. Voraussetzungen wären eine kontinuierliche Betreuung mit niederschwelligem Angebot unter Hebammenleitung. Durch Anstellung könnte hier der Einstieg in hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung für Studienabgängerinnen erleichtert werden. Die Professionalisierung der Arbeitsentlastung mittels Job-Sharing und fachlichem Austausch mit erfahrenen Teamkolleginnen und Mentoring können in diesem Modell in mehrerer Hinsicht Verbesserungen in Angebot

sowie Arbeitsbedingungen herbeiführen. Für Studierende würde die Möglichkeit eines vollständigen Kompetenzerwerbs geschaffen werden. Management und Qualitätssicherung könnten hier durch eine Master-Hebamme, die als Advanced Practitioner arbeitet, koordiniert werden. Eine Evaluation sollte unter anderem das Erleben der Nutzerinnen und die Kosten über die ganze Primalzeit berücksichtigen.

Was Hebammen in ihrer Betreuung effektiv leisten, kann nur geschätzt werden. Es scheint daher sinnvoll, eine Erhebung der Leistungen vorzunehmen. Dabei würde aufgezeigt, wie die Hebamme als Grundversorgerin in der hgG arbeitet. Hebammen und Medizinerinnen / Mediziner leisten bereits Betreuung als LMC in physiologischen Verläufen. Eine Annäherung der Vergütung bei entsprechenden Leistungen ist angezeigt.

Laut «Gesundheit 2020» ist die bedürfnisorientierte Betreuung ein Ziel; Frauen und Kinder stehen bei der hgG mit ihren individuellen Bedürfnissen im Zentrum. Um das Ziel der Chancengleichheit und eine echte Wahl zwischen Betreuungsmöglichkeiten zu erreichen, müsste das Angebot kontinuierlicher hgM ausgebaut werden. Für eine klientinnenzentrierte Gestaltung des Angebots sollte eine Erhebung über den Informationsstand der Frauen im reproduktiven Alter durchgeführt werden. Die Öffentlichkeitsarbeit sollte dann zielgerichtet und aus einer Hand erfolgen sowie besonders Nulliparas berücksichtigen.

Die Stellungnahme der GEF zum Bericht von Aubry und Cignacco (2015) wird erwartet und sollte auch zu den Kompetenzbereichen der Hebamme und Fachpersonen der Gynäkologie Stellung beziehen. Eine Stellungnahme wird auch in Hinblick auf eine Gewährleistung der geburtshilflichen Versorgung in der Peripherie erwartet. Die Stärkung der hgM kann erreicht werden, wenn den Hebammen die Kompetenzbereiche vom GEF zugesprochen werden und sie bereit sind, Verantwortung in der kontinuierlichen Versorgung der Frauen zu übernehmen.

8 Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
BfS	Bundesamt für Statistik
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
CM	Caseload Midwife
CLM	Caseload Midwifery Modell
CLC	Consultant-led care
CLU	Consultant-led unit
CTG	Kardiotokographie
DRG	Diagnosis Related Groups
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
FG	Frühgeburt
FP	Freie Praxis
fpH	freipraktizierende Hebamme
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion
GP	General Practitioner
hgB	Hebammengeleitete Betreuung
hgG	Hebammengeleitete Geburtshilfe
hgM	Hebammengeleitete Modelle
HK	Hauptkategorien
ITT	Intention to treat
K	Kategorie
KVG	Krankenversicherungsgesetz

LMC	Lead Maternity Carer
MGP	Midwifery Group Practice
MLC	Midwifery-led Care
MLCM	Midwifery-led Continuity Model / hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuungsmodellen
MLU	Midwifery-led Unit/ hebammengeleitete Abteilung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SHV	Schweizerischer Hebammen Verband
SSKO	Schwangerschaftskontrolle
SSW	Schwangerschaftswoche
SWS	Schwangerschaft
TMM	Team Midwifery Model
WOBE	Wochenbett
WOBEBE	Wochenbettbetreuung
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

9 Literaturverzeichnis

- Ackermann, U., Vögeli, Th., Günter-Witt, K., Kunz, I., Züllig, M., Schindler, Ch., & Maurer, M. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal*, 313(7068), 1313-1318. Abgerufen unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352706/>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2001). *Das Leitlinien-Manual der AWMF und der äzq*. Abgerufen unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publikationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html>
- Aubry, E., & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern: Ein Expertinnen- und Expertenbericht*. Abgerufen unter: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf
- Bauer, N. (2011). *Der Hebammenkreißsaal: Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Göttingen, Deutschland: V & R Unipress GmbH.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Überarb. Aufl.). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Berner Fachhochschule (BFH). (2007). *Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc: Berufsdefinition der Hebamme*. Abgerufen unter: http://gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/2_bachelor/hebamme/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Überarb. Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Brailey, S. (2005). Informiert wählen: Zeitgemässe Ethik in der Geburtshilfe. *Hebamme.ch*, 10, 4-9. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2005-10-04.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013a). *Bericht Gesundheit 2020*. Abgerufen unter: http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de&print_style=yes
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013b). *Kaiserschnittgeburten in der Schweiz: Synthese wissenschaftlicher Analysen: Grundlagebericht zur Beantwortung des Postulats Maury Pasquier*. Abgerufen unter: http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/15309/index.html?lang=de&print_style=yes

- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2015). *Bevölkerungsbewegung: Indikatoren: Geburten und Entbindungen*. Abgerufen unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) 1994. (2016, 01. Juli). Abgerufen unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#fn-#a29-1>
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1999. (2016, 01. Januar). Abgerufen unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>
- Butler, M., Sheehy, L., Kington, M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., Naughton, C., Drennan, J., & Barry, T. (2015). Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*, 31(4), 418-425. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.002
- Cignacco, E., & Büchi, S. (2003). Hebammengeburt. *Schweizer Hebamme*, 5, 4-8. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2003-05-04.pdf
- De Jonge, A., van Goes, B. Y., Ravelli, A. C. J., Amelink-Verbung, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., Bennebroek Gravenhorst, J., & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 Low Risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1177-1184. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). (2010). *Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – Aus ärztlicher Sicht*. Abgerufen unter: [http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-leitlinien/federfuehrende-leitlinien-der-dggg/?tx_damfrontend_pi1\[catEquals\]=69&tx_damfrontend_pi1\[treeID\]=3076&tx_damfrontend_pi1\[id\]=573&tx_damfrontend_pi1\[sort_title\]=DESC](http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-leitlinien/federfuehrende-leitlinien-der-dggg/?tx_damfrontend_pi1[catEquals]=69&tx_damfrontend_pi1[treeID]=3076&tx_damfrontend_pi1[id]=573&tx_damfrontend_pi1[sort_title]=DESC)
- Deutscher Hebammenverband (DHV). (2001). *Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe*. Abgerufen unter: <https://www.hebammenverband.de/index.php?id=2160>
- Eigenmann, D. (2011). Kontinuierliche Betreuung durch frei praktizierende Hebammen: Weshalb wird sie nur selten umgesetzt? *Hebamme.ch*, 10, 10-11. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/Ausgabe-10-2011.pdf
- Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2006). *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt*. Bern, Schweiz: Hans Huber.

- Erdin, R., Iljuschin, I., van Gogh, S., Schmid, M., & Pehlke-Milde, J. (2015). *Tätigkeits-erfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2014*. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_dnlld/stat/Statistikbericht_2014_d.pdf
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (6. Aufl.). Hamburg, Deutschland: Rowohlt Verlag.
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M-A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (Caseload Midwifery) increases women`s satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 16, 16-28. doi: 10.1186/s12884-016-0798-y
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF). (k. D.a). *Gesundheitspolitik*. Abgerufen unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/politik.html>
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF). (k. D.b). *Versorgungsplanung 2016*. Abgerufen unter: http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeaessspvg/projekt_versorgungsplanung2016.html
- Gibbons, G., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Abgerufen unter: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
- Guggenbühler, M. (2016, 30. Juni). *Saanener und Simmentaler Frauen gebären vermehrt zuhause* [Radio Podcast]. Abgerufen unter: <http://www.srf.ch/sendungen/regionaljournal-bern-freiburg-wallis/saanener-und-simmentaler-frauen-gebaeren-vermehrt-zuhause>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2015). A model of facilitation for evidence-based practice. In G. Harvey & A. Kitson (Hrsg.), *Implementing evidence-based practice in healthcare: A facilitation guide* (S. 47-69). Abingdon, Grossbritannien / New York, USA: Routledge.
- Haueter, M. (2013). *Hintergründe für Interessierte zur Petition für die Einführung der hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in Schweizer Spitälern*. Abgerufen unter: <http://www.bernerhebamme.ch/f%C3%BCr-hebammen/archiv/berufspolitik/>

- Hodnett, E.D. (2000). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD000062
- Hodnett, E.D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- Homer, C., Davis, G. K., Cooke, M., & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112. doi: 10.1054/midw.2002.0298
- Homer, C., Brodie, P., & Leap, N. (2008). *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Sydney, Australien: Churchill Livingstone Elsevier
- Imboden, N. (2013). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern* (Motion Nr. 26-2013). Abgerufen unter: <http://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/c26ff26d744c485dac8fff9e11d2974e-332/5/PDF/2013.RRGR.11062-Vorstossantwort-D-67737.pdf>
- Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH). (2013). *Kosten*. Abgerufen unter: http://www.geburtshaus.ch/main/geburt_kosten.php
- Kenny, Ch., Devane, D., Normand, Ch., Clarke, M., Howard, A., & Begley, C. (2015). A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*, 31(11), 1032-1038. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.012
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR). (2016). *Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen* (Motion Nr. 16.3264). Abgerufen unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20163264>
- Künzi, K., & Detzel, P. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Abgerufen unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=2951>
- Künzi, K., Jäggi, J., & Dutoit, L. (2013). *Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung*. Abgerufen unter: http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/14208/index.html?lang=de&download=NHzL-Zeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMd35_gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Donner-Banzhoff, N. (2007). *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Überarb. u. erw. Aufl.). Berlin, Deutschland: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kurth, E., Büchi, S., & Cignacco, E. (2011). Hebammengeleitete Betreuung: ein Beitrag zur integrierten perinatalen Versorgung? *Hebamme.ch*, 10, 4-8. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/Ausgabe-10-2011.pdf
- Levy, V. (1999). Maintaining equilibrium: A grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy. *Midwifery*, 15 (2), 109-119. Abgerufen unter: <http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2899%2990007-4/references>
- Lobsiger, M., Kägi, W., & Burla, L. (2016). Berufsaustritte von Gesundheitspersonal. *OBSAN-Bulletin*, 7, 1-4. Neuchâtel, Schweiz: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen unter: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-07_d.pdf
- Loytved, Ch. (2001). *Von der Wehemutter zur Hebamme*. Osnabrück, Deutschland: Universitätsverlag Rasch.
- Luyben, A., & Robin, O. (2009). *Analyse der Hebammentätigkeiten in den kantonalen Gesetzen und Verordnungen in der Schweiz und Vergleich mit EU-Richtlinie*. Abgerufen unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=12>
- Luyben, A., Burkhardt, K., Conca, A., Gurtner-Zürcher, C., Hähnlein, K., Brailey, S., & Forster Fink, R. (2013). *Schlussbericht MatHER-ch.ch: Maternal Health Experiences Research during Childbirth in Switzerland. Wirksamkeit der Betreuung auf die Gesundheit rund um die Geburt aus Sicht der Frauen in drei Schweizer Kantonen*. Bern, Schweiz: Berner Fachhochschule.
- Mayer, H.O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.). München, Deutschland: Oldenbourg Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Midwifery Unit Network. (k. D.) *Alongside Midwifery Units*. Abgerufen unter: <http://www.midwiferyunitnetwork.com/alongside-maternity-units/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2008). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*. Abgefragt unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Abgefragt unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Odent, M. (1989). *Von Geburt an gesund: Was wir tun können, um lebenslange Gesundheit zu fördern*. München, Deutschland: Kösel-Verlag GmbH & Co.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2010). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Romero, R., & Korzeniewski, S. J. (2013). Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 243–246. doi:10.1016/j.ajog.2012.12.026
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub4
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell* (1. Aufl.). Hannover, Deutschland: Erwin Staude.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2009). *Forschung mit Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis*. Abgerufen unter: <http://www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Leitfaden-Forschung.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2014). *Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen*. Abgerufen unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=5>
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (1994). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen*. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2011). *Leitbild*. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_dnlld/org/Leitbild_d.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2015a). *Informationen für Beleghebammen*. Abgerufen unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=13>
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2015b). *Schweizerischer Hebammenverband SHV Geschäftsbericht 2015*. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_dnlld/org/Jabericht_d.pdf

- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2016a). *In Ihrer Nähe: Ihre freipraktizierende Hebamme*. Abgerufen unter: http://www.hebamme.ch/x_data/fph_pdf/fph_be_de.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2016b). *Update Excel-Abrechnungsformular*. Abgerufen unter: <http://www.hebamme.ch/de/heb/cug/index.cfm?DatGrp=18>
- Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (9. Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Sutcliffe, A. (2016). *The Place of Birth: The Dutch Midwifery System*. Abgerufen unter: <https://www.birthinternational.com/article/midwifery/the-place-of-birth-the-dutch-midwifery-system/>
- Tew, M. (2007). *Sichere Geburt?: Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe*. Frankfurt am Main, Deutschland: Mabuse-Verlag GmbH.
- Verordnungen des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung 1995*. (2016, 01. Juli). Abgerufen unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>
- Weingartner, B. (2014, 27. Juni). Weitere Entbindungskliniken sind durch tiefe Geburtenzahlen gefährdet. *Der Bund*. Abgerufen unter: <http://www.derbund.ch/bern/kanton/Weitere-Entbindungskliniken-sind-durch-tiefe-Geburtenzahlen-gefaehrdet-----/story/26936175>
- World Health Organisation (WHO). (1999). Postpartum care of the mother and child: a practical guide. *Birth*, 26(4), 255-258. doi: 10.1046/j.1523-536x.1999.00255.x
- World Health Organisation (WHO). (2002). *Essential antenatal, perinatal and postpartum care training modules*. Abgerufen unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
- World Health Organization (WHO). (2003). *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001*. Abgerufen unter: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42784/1/9241590947.pdf>
- World Health Organisation (WHO). (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667-670. doi: 10.1111/1471-0528.13526
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). (2010). *Prognose Gesundheitsberufe, Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025*. Abgerufen unter: <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/ueber-uns/info-broschueren/zhaw-gesundheit-no3-prognose-gesundheitsberufe-er-hb-pt.pdf>

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betreuungsmöglichkeiten in der Schweiz.....	13
Tabelle 2: Studienanalyse	23
Tabelle 3: Reviewanalyse.....	25
Tabelle 4: Stärken- und Schwächenprofil	26
Tabelle 5: Deskriptive Statistik über Betreuungsangebote der fpH im Kanton Bern [n=239 (100%)]......	32
Tabelle 6: Betreuungsangebote im Kanton Bern	38

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: fpH Statistik, Erdin et al., 2015.....	15
Abbildung 2: Suchstrang	21
Abbildung 3: Übersicht HK und K der qualitativen Erhebung	34