

## Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten

### Einbezug nichtärztlicher Berufsleute

Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, 2007

Kilian Künzi, Patrick Detzel

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/02.Document.102337.pdf>

### Zusammenfassung (pag V)

#### Hebammen

Die Paarbeziehung «Ärzt/innen / Hebammen» steht in der konsultierten Literatur zum «Skill-Mix» in der Grundversorgung nach der Paarbeziehung «Hausarzt/Pflegefachperson» zahlenmässig an zweiter Stelle. Neben der ambulanten wird hier auch die stationäre Versorgung (Geburtsphase) thematisiert. Der Zugang zu den Hebammen, ihre Kompetenzen und die Betreuung der Frauen vor, während und nach der Geburt sind in den betrachteten Ländern recht unterschiedlich. Die Literatur ist stark durch die Situation in den Niederlanden geprägt, was mit der im Vergleich zu den anderen Ländern hohen Hausgeburtsrate (30% vs. rd. 1%) erklärbar ist. Die Ergebnisse der Studien, in denen die **kontinuierliche Betreuung** von Frauen durch eine Hebamme untersucht wird, weisen auf **positive Effekte** dieser Betreuungsform hin (Wirksamkeit, Patientenzufriedenheit, Kosteneffektivität). **Die von Hebammen Betreuten benötigen weniger Interventionen (epidurale Anästhesien, Episiotomien etc.) als ärztlich Betreute und schneiden beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind nicht schlechter ab.** Ein vermehrter Einsatz von Hebammen kann im **intranatalen Bereich** substitutiv in Bezug auf Spezialärzte bzw. Gynäkolog/innen wirken. Im Bereich der **prä- und postnatalen Betreuung** sind dagegen auch die Allgemeinärzt/innen betroffen. Teilweise wird in der internationalen Literatur der endgültige Rückzug der Allgemeinmediziner aus der Betreuung der frühesten menschlichen Lebensphase thematisiert: Einerseits würden «Low-risk»-Schwangerschaften von Hebammen betreut, andererseits «High-risk»-Schwangerschaften von Gynäkolog/innen. Der Einsatz von Allgemeinärzt/innen (in Zusammenarbeit mit Hebammen) wird mit Blick auf die Betreuungskontinuität als sinnvoll erachtet. **Eine wesentliche Rolle spielen die Hebammen bei den Hausgeburten.** **Verschiedene Länder versuchen seit einigen Jahren die Zahl der Hausgeburten (wieder) zu steigern mit dem Ziel, Spitäler zu entlasten und Kosten zu senken. Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass Hausgeburten bei Normalschwangerschaften ebenso so sicher sind wie stationäre Geburten.**

Laut der befragten Berufsvertreterin wird bei den Hebammen in der **Schweiz** die Frage nach einem grösseren Einbezug in der ambulanten Grundversorgung bisher wenig thematisiert, wobei spezifische Versorgungsstrukturen wie Geburtshäuser vorhanden sind. Als Ziel für die Zukunft wird die Möglichkeit einer längerfristigen kontinuierlichen Betreuung von Frauen, auch in Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen, betrachtet. Auch könne - mit Blick auf die

Niederlande - der Anteil an Hausgeburten hierzulande noch wesentlich gesteigert werden.

...

3 Ergebnisse nach einzelnen Berufsgruppen

...

### **3.2 Hebammen**

...

#### 3.2.2 Kontinuierliche Betreuung (da pag. 36 a pag. 45)

Die Betreuung von schwangeren Frauen zeichnet sich in Schweden durch eine kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme aus. Waldenstrom/Turnbull (1998) [RCT] haben die Effektivität von zwei unterschiedlichen Organisationsformen der kontinuierlichen Betreuung gemessen. In der Test-gruppe wurde der ganze Betreuungsprozess durch Hebammen übernommen, in der Kontrollgruppe wurden die Frauen durch die Standard-Organisationsform (also Team aus Hebammen und Gynäkologen) betreut. Die Effektivität wurde an Hand der Indikatoren Interventionen während der Geburt, Gesundheitszustand der Mutter und des Kindes gemessen. Es zeigt sich, dass die kontinuierliche Betreuung durch Hebammen mit weniger Interventionen verbunden ist als die Standardbetreuung. Keine statistischen Unterschiede ergeben sich beim Gesundheitszustand von Mutter und Kind. Da die Studie keine Angaben zu Konsultationsfrequenz, Konsultationsdauer und Lohnkosten der beteiligten Akteure macht, kann die Kosteneffektivität nicht ermittelt werden. Eine weitere Studie von Waldenstrom (1998) [RCT] relativiert den Einfluss der personellen Kontinuität in der Betreuung. Eine Gruppe von Frauen, die ihre Hebamme persönlich vor der Geburt kennen lernten, wies ähnliche Gesundheitsindikatoren nach der Geburt auf wie die Gruppe der Frauen, die ihre Hebamme vorher nicht kannten.

Grossbritannien hat ab 1994 die «continuity of care» Reform eingeführt. Page et al. (1999) [CT] untersuchen in London eine Gruppe von Frauen, die einem One-to-one-Programm zugewiesen wurden, mit einer Kontrollgruppe, die eine klassische Betreuung erhielt. Die Ergebnisse fallen positiv zu Gunsten des One-to-one-Programms aus. Es werden weniger Interventionen gezählt (epidurale Anästhesien, Episiotomien, etc.) und kürzere Interventionszeiten gemessen. Zusätzliche Risiken (gemessen am Gesundheitszustand des Kindes) werden keine festgestellt.

Turnbull et al. (1996) [RCT] kommen zu ähnlichen Ergebnissen. So weist die Gruppe der Frauen, die eine kontinuierliche Betreuung erhalten hat, eine tiefere Wahrscheinlichkeit einer eingeleiteten Geburt auf und hat weniger Eingriffe (Episiotomien etc.). Die Geburten sind gleich sicher und die Patientenzufriedenheit ist höher als in der Kontrollgruppe.

Spurgeon et al. (1999) [RCT] haben zwei Testgruppen (durch Hebammen geleitete Betreuung) und eine Kontrollgruppe gebildet. Mit Hilfe von Patientenbefragungen wurde die Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen verglichen und anhand der Fallbeschreibungen der Gesundheitszustand der Neugeborenen und der Mütter analysiert. Soziodemographische Eigenschaften wurden in der Studie berücksichtigt. Was den Gesundheitszustand anbelangt, stellen die Autoren keine statistischen Unterschiede zwischen den zwei Testgruppen und der Kontrollgruppe fest. Hingegen finden sie eine höhere Zufriedenheit bei den Patientinnen, die zu den Testgruppen gehören.

Auch Shields et al. (1998) [RCT] bestätigen die höhere Zufriedenheit der Patientinnen, die durch eine kontinuierliche Betreuung durch Hebammen unterstützt werden.

Hicks et al. (2003) [RCT] gelangen in ihrer Studie, die ein modifiziertes Programm bewertet («Chang-ing Childbirth initiative», die u.a. die Erhöhung des Hausgeburtsanteils zum Ziel

hat), ebenfalls zum Ergebnis, dass eine kontinuierliche Betreuung zu besseren Resultaten führt.

Und die als Fallstudie angelegte Studie von Watts et al. (2003) [Q] zeigt die konkreten Veränderungen sowie die höhere Patientenzufriedenheit, die in einer ruralen Gegend nach der Schliessung einer Geburtsabteilung und der Eröffnung einer «midwife-managed unit» (MMU) erreicht werden konnte.

Oakley et al. (1996) [RCT] stellen in einer US-amerikanischen Studie fest, dass sich der Gesundheitszustand von Kind und Mutter bei Frauen mit niedrigem Risiko nicht unterscheidet, wenn die Betreuung durch eine Hebamme anstelle eines Gynäkologen stattfindet. Der Anteil Frauen, die ihr Kind mit der Brust ernähren, ist höher in der durch Hebammen betreuten Gruppe. Auch die Patientenzufriedenheit ist grösser. Gleichzeitig fallen die Hospitalisierungskosten während der Schwangerschaft auf Grund der geringeren Anzahl invasiver Eingriffe tiefer aus.

Die australische Studie von Homer et al. (2001) [RCT] vergleicht das «community-based model of care» durch Hebammen mit einer klassischen Betreuung. Die Autoren zeigen, dass die erste Gruppe weniger Kaiserschnitte aufweist. Bei anderen Vergleichsgrössen (Anzahl Komplikationen, Sterblichkeitsrate des Kindes) konnten keine statistischen Unterschiede festgestellt werden.

Zu ähnlichen Ergebnissen (mehr vaginale Schwangerschaften, weniger Eingriffe) kommen Jackson et al. (2003) [RCT].

Wie bereits aus den britischen Analysen hervorging, ist die Patientenzufriedenheit höher bei den Patientinnen, die durch Hebammen betreut werden. Diese höhere Zufriedenheit bestätigen Harvey et al. (2002) [RCT] in einer kanadischen Studie, wobei diese eine relativ kleine Fallzahl aufweist (101 und 93 Personen).

Eine ältere Studie wertet den Ausbau der kontinuierlichen Betreuung durch Hebammen innerhalb des Medicaid-Systems (die staatliche US-Gesundheitsversorgung für Personen mit geringen Ressourcen) aus. Die Untersuchung von Buescher et al. (1991) [CT] basiert auf einer Vergleichsstudie für Frauen, die solche Dienstleistungen in Anspruch nahmen, mit einer Gruppe, bei der dies nicht der Fall war. Frühgeburten und Risikoschwangerschaften konnten durch die Betreuung durch Hebammen stark reduziert werden. Die Autoren berechnen ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis. Jeder in diese Form der Gesundheitsvorsorge investierte Dollar reduziere 2 Dollar Folgekosten.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse von Hunter et al. (1999), die die Betreuung von «Home-less-Patient/innen» untersuchen, kommt zu analogen Ergebnissen.

Zwei US-amerikanische Befragungen (McCloskey et al. 2002; Stuart/Oshio 2002) untersuchen die Akzeptanz von Certified Nurse-Midwives (einer damals relativ neuen Berufsgruppe in den USA) in der Grundversorgung. Der Einsatz dieser Berufsgruppe sei mit Schwierigkeiten verbunden. Sie werde von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen und habe somit Probleme, ihre Aktivitäten finanziell abzusichern.

In Australien deuten mehrere Studien auf eine Unterversorgung an Spezialärzt/innen für Gynäkologie hin, die auf eine ungünstige Altersstruktur dieser Spezialisten zurückzuführen sei (Weaver et al. 2005). Die Diskussionen drehen sich weniger um die Frage des substitutiven Einsatzes von Hebammen (Waldenstrom/Nilsson 1997 [RCT], Homer et al. 2002 [RCT]), sondern um die Frage, wie eine Kollaboration zwischen den Berufsgruppen aussehen könnte (Tracy et al. 2005).

Eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der Hebammen kann nicht nur substitutiv in Bezug auf Spezialärzte bzw. Gynäkolog/innen wirken, sondern auch in Bezug auf

Allgemeinärzt/innen. In Teilen der internationalen Literatur wird über den Rückzug der Allgemein- oder Familienärzt/innen aus der Betreuung der frühesten menschlichen Lebensphase spekuliert. Die wichtige Rolle der Allgemeinärzte untermauert hingegen Smith (1996a, 1996b) mit einer Patientenbefragung. Nach dieser Studie geben 68 Prozent der schwangeren Frauen an, dass ihr Hausarzt eine wichtige Rolle bei Routineuntersuchungen gespielt habe und 58 Prozent, dass dies während der ganzen Schwangerschaft der Fall gewesen sei. In 16 Prozent der Geburten war der Hausarzt präsent (104): «Most women in this study believed that general practitioners are important in maternity care, providing continuity of antenatal and postnatal care but not of intrapartum care».

### 3.2.3 Pränataler Einsatz

Der pränatale Einsatz wird in einer älteren kanadischen Studie von Buhler et al. (1988) [RCT] spezi- fisch untersucht. Im Rahmen der sog. Burlington Studie, die die Betreuung von 44 Frauen (Niedrigrisiko) durch Hebammen im Vergleich mit der Betreuung durch den Hausarzt untersucht, stellen die Auto- ren fest, dass die Betreuung mindestens ebenso gut durch Hebammen geleistet wird.

Der Frage der pränatalen Begleitung und der betreuenden Berufsgruppe widmet sich ebenfalls eine WHO-Studie. Die Literaturanalyse von Khan-Neelofur et al. (1998) leitet klare gesundheitspolitische Empfehlungen ab, wobei sich die Autoren auf die Gruppe der «low-risk pregnancies» beschränken. Sie kommen zum Schluss, dass Hebammen qualitativ gleichwertige Betreuungsdienste anbieten wie Gynäkolog/innen, aber eine höhere Patientenzufriedenheit erreichen. Eine Berechnung der Kosten zeigt zudem, dass Hebammen im Durchschnitt kosteneffektiver sind.

Während in den bisherigen Studien der pränatale Betreuungsprozess als Ganzes untersucht wurde, finden sich auch Studien, die sich mit der Bewertung von einzelnen Tätigkeiten beschäftigen. Andrews (2002) zeigt z.B., dass die Erweiterung der Aktivitäten von Hebammen sinnvoll sein kann. Insbesondere könnten Hebammen mit der entsprechenden Zusatzqualifikation Ultraschallgeräte effektiv und effizient verwenden.

Eine umfangreiche britische Studie im Rahmen des EMREN-Programms (Programm zur Optimierung von Routineuntersuchungen bei Neugeborenen, Townsend et al. 2004) [RCT] zeigt, dass die Untersuchungen durch Hebammen während der pränatalen Phase gleich effektiv sind, wie wenn sie durch «senior house officers» durchgeführt werden. Wie in den vorangehenden Studien stellen die Autoren zudem fest, dass die Patientenzufriedenheit grösser ist. Interessant ist die Effizienzmessung: Die Autoren schätzen, dass die Delegation der Routineuntersuchungen an eine Hebamme zu einer Einsparung von 2 Pfund pro Kind führen würde. Würden alle Low-risk-Fälle an Hebammen (rund 50% der Fälle) delegiert, könnten pro Jahr 1.2 Mio. Pfund eingespart werden. Ein weiteres Szenario geht gar von 4.3 Pfund pro Kind und Gesamteinsparungen von 4.3 Mio. Pfund aus, wobei hier noch die Kosten für die Weiterbildung der Hebammen abgezogen werden müssten.

### 3.2.4 Einsatz während der Geburt

Wie bereits angedeutet, spielt der Hausarzt während der eigentlichen Geburt in den meisten Ländern eine vernachlässigbare Rolle. Der Hauptgrund ist, dass die überwiegende Anzahl Geburten stationär stattfindet. Die Frage des vermehrten Einbezugs von Hebammen während

der eigentlichen Geburt («intrapartum care») stellt sich somit in Verbindung mit den Tätigkeiten von Gynäkolog/innen.

## Stationäre Geburten

Eine europäische und niederländische Panelstudie (Wolleswinkel-van den Bosch et al. 2002) zur Mortalitätsrate von unterschiedlichen Schwangerschaftsbetreuungsformen kann keine statistische Differenz zwischen der Betreuung von Hebammen und Gynäkolog/innen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich feststellen.

Eine «Matched»-Studie der Universität Wien von Bodner-Adler et al. (2004) [CT] zeigt, dass die stationäre Schwangerschaftsbetreuung von Normalschwangerschaften durch Hebammen die gleichen Sicherheitsanforderungen wie durch Gynäkolog/innen erfüllt. Wie in weiter oben erwähnten Studien stellen die Autoren zudem fest, dass die Hebammen weniger Eingriffe durchführen. Der komplementäre Einsatz von Hebammen für Normalschwangerschaften erscheint daher als sinnvoll.

In einer kontrollierten Vergleichstudie untersuchen Campbell et al. (1999) [CT] die Effektivität einer Geburtsabteilung, die durch Hebammen geleitet wird, mit einer Standardgeburtsabteilung. Die Autoren finden keine statistischen Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands der Neugeborenen. Was den Gesundheitszustand der Mütter anbelangt, so stellen die Autoren fest, dass in der Kontrollgruppe mehr Eingriffe (eingeleitete Geburten) und mehr Komplikationen (wie Episiotomien) vorkamen.

Tincello et al. (2003) untersuchen die Anwendung der Episiotomie. Dabei werden 78 Hebammen und 50 Ärzte verglichen (Fragebogen). Bei dieser Untersuchung ging es nicht darum, die Häufigkeiten des Eingriffs zu vergleichen, sondern seine Art. Die Autoren stellen fest, dass die Schnitte der Ärzt/innen durchschnittlich länger sind und einen grösseren Winkel aufweisen als die Schnitte der Hebammen, was die Heilungsgeschwindigkeit beeinflusst. Für die USA oder Kanada finden sich mehrere RCT Studien, die den Einsatz von spezialisierten Hebammen während der Schwangerschaft mit Gynäkolog/innen vergleichen. Janssen et al. (1994) [RCT], Harvey et al. (1996) [RCT], Reinharz et al. (2000) [RCT] und Hodnett et al. (2002) [RCT] zeigen für Frauen mit Niedrigrisikoschwangerschaft, dass Hebammen ähnlich gute Betreuungsergebnisse erreichen, jedoch mit weniger Eingriffen auskommen, was niedrigere Kosten verursacht.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen bereits Brown/Grimmes (1995) in ihrer etwas älteren Metaanalyse.

Alle bisherigen Studien gehen von der Annahme aus, dass der vermehrte Einbezug von Hebammen sich auf Low-risk-Schwangerschaften beschränken sollte. In einer explorativen Studie untersucht Woods (2006) [CT] die Effektivität von Advanced Neonatal Nurse Practitioners (ANNP) im Vergleich zu Gynäkolog/innen. Diese Hebammen sind in Intensivstationen tätig und betreuen somit High-risk-Schwangerschaften. Die Studie basiert auf einem Vergleich von durchgeführten Eingriffen. Dabei können für die Mehrzahl der Eingriffe keine Unterschiede zwischen ANNP und Ärzten gefunden werden. Der Autor stellt jedoch fest, dass ANNP die Betreuung in gewissen Fällen nicht mit der gleichen Sorgfalt und Vollständigkeit wie Ärzte durchführen. Er geht aber davon aus, dass die Unterschiede mit mehr Weiterbildung behoben werden können und dass der vermehrte Einsatz von ANNP auch bei komplexeren Schwangerschaften möglich ist.

Auch die ex-post kontrollierte US-Studie von Davidson (2002) [CT] deutet darauf hin, dass der Einsatz von Hebammen (certified nurse-midwives) ebenfalls bei Frauen mit hohem Risiko möglich ist. Die Untersuchungsgruppe wies sogar bessere Resultate auf als die Vergleichsgruppe. Auch die Arbeit von Brooten et al. (2001, 2003) [RCT], die Frauen mit hohem Risiko analysiert, kommt zu diesem Ergebnis. Die kleinen Stichproben erscheinen hier jedoch problematisch zu sein.

## Hausgeburten

Die Hausgeburt findet im Gegensatz zu Geburten im Kranken- oder Geburtshaus in der Regel in einer Privatwohnung statt. Sie wird von einer oder mehreren verantwortlichen Hebammen begleitet; ein Arzt ist normalerweise nicht beteiligt. Treten Komplikationen auf, die eine ärztliche Betreuung notwendig machen, wird ein Arzt/eine Ärztin zugezogen oder die Geburt ins Spital verlegt. Grossbritannien versucht mit dem «Changing childbirth»-Projekt seit ein paar Jahren die Anzahl Hausgeburten zu steigern mit dem Ziel, die Spitäler zu entlasten und die Kosten zu senken. Da jedoch die Anzahl Hausgeburten insgesamt relativ gering ist, finden sich für Grossbritannien oder die skandinavischen Länder kaum wissenschaftliche Studien. Anders sieht die Lage für die Niederlande aus.

Mehrere Artikel befassen sich mit der Analyse des niederländischen Sonderstatus, was die Betreuung von Schwangerschaften anbelangt. DeVries (2001) untersucht die strukturellen und kulturellen Gründe für die starke Rolle der Hausgeburten in den Niederlanden. Van Daalen (1987) zeigt die zentrale Rolle der Grundversorgung für die Betreuung der Geburten. Hebammen und Allgemeinärzte sind verantwortlich für die Betreuung von Normalschwangerschaften, während Gynäkologen für Risikoschwangerschaften zuständig sind. Der Autor zeigt jedoch auch, dass die Unterscheidung zwischen normalen und pathologischen Schwangerschaften immer diffuser wird, was sich in einer Abnahme von Hausgeburten (von 57% in 1970 auf 35% in 1985) und der Marginalisierung der Rolle der Hausärzte widerspiegelt (vgl. auch Butter/Lapre 1986). Diesen Trend erklärt der Autor durch die zunehmende Medikalisierung in der Grundversorgung und das zunehmende Alter der schwangeren Frauen.

Wiegers (2003, vgl. auch Wiegers et al. 1998) unterstützt sechzehn Jahre später diese Hypothesen und zeigt die zunehmende Marginalisierung der Allgemeinärzte in der Schwangerschaftsbetreuung auf. Trotz abnehmender Tendenz spielen Hausgeburten in den Niederlanden weiterhin eine wichtige Rolle.

Jabaaij/Meijer (1996) stellen auf Grund einer Tätigkeitsauswertung von Hebammen fest, dass eine Hausgeburt nicht mehr Ressourcen bindet als eine stationäre. Die Autoren widersprechen der Hypothese, dass die zunehmende Hospitalisierung der Schwangerschaften in den Niederlanden mit einer Überlastung der Hebammen zusammenhängt. Diese Beobachtung ist insoweit relevant, als dass Hausgeburten als zeitintensiver gelten, was ihre Kosteneffektivität auf Grund niedrigerer Lohn und Nebenkosten gegenüber stationären Geburten relativieren würde.

Die niederländische Vergleichsstudie von Wiegers et al. (1996) [CT] zu Haus- und Spitalgeburten, die auf rund 2'000 Beobachtungen basiert, zeigt, dass kein Zusammenhang zwischen den zwei Geburtsformen und perinatalen Schwangerschaftsfolgen besteht. Die Autoren schliessen, dass Hausgeburten für Normalschwangerschaften genauso so gut sind wie stationäre Geburten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Schweizer Studie von Ackermann-Liebrich et al. (1996) [CT], die in Zürich durchgeführt wurde (1313): «Healthy low risk women who wish to deliver at home have no increased risk either to themselves or to their babies.»

Die einzige Studie, die zu Grossbritannien gefunden werden konnte, vergleicht den Gesundheitszustand von Mutter und Kind auf Grund einer ex-post Befragung (Chamberlain et al. (1999) [CT]. 4'500 Hausgeburten wurden mit 3'300 Spitalgeburten verglichen. Die Autoren stellen fest, dass unter den Bedingungen, dass Patient/innen gut selektioniert und betreut werden, Hausgeburten gleich sicher sind wie Spitalgeburten. Sie vermuten, dass der Anteil an Hausgeburten in Grossbritannien auf vier bis fünf Prozent gesteigert werden könnte.

Die Thematik der Hausgeburten wird in den letzten Jahren auch vermehrt in den USA und Kanada aktuell. Zwei kanadische Studien Janssen et al. (2002, 2003) [RCT] (gleiche Datenbasis) und zwei amerikanische Arbeiten (Murphy 1998 [RCT], Hodnett et al. 2005) kommen zu den gleichen Ergebnissen: Hausgeburten für Frauen mit niedrigem Risiko sind gleich sicher wie Geburten im stationären Umfeld und gefährden weder Kind noch Mutter. Zudem deuten die Studien auf niedrigere Kosten hin.

### 3.2.5 Postnataler Einsatz

Bei der postnatalen Betreuung geht es darum, die möglichen physischen und psychischen Folgen der Geburt zu minimieren.

MacArthur et al. (2003) [RCT] zeigen in einer britischen Studie, dass der – gegenüber der üblichen Betreuung - substitutive Einsatz von Hebammen («protocol-based midwifery-led care vs. current care») den physischen und psychischen Gesundheitszustand der Mutter nach vier und zwölf Monaten verbessert. Effektivität und Effizienz sind gegeben. Basierend auf einer Befragung von allen «maternity units» in England und zwölf Universitäten, die Ausbildungsgänge für die Untersuchung Neugeborener anbieten, stellen Hayes et al. (2003) fest, dass die entsprechend ausgebildeten Hebammen in Grossbritannien zwar zum Teil Routineuntersuchungen bei Neugeborenen durchführen, dass diese Tätigkeit jedoch immer noch vorwiegend den Ärzten vorbehalten ist.

In einer Literaturanalyse (Grundlage: «Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register») untersuchen Ray/Hodnett (2001), ob der (additive) Einsatz von Hebammen das Eintreten eines postnatalen Stimmungstiefs reduzieren kann. Die Autoren finden zwei Studien, die einen leicht positiven Einfluss feststellen. Sie schliessen, dass eine psychologische Unterstützung durch Hebammen im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung Sinn mache.

### 3.2.6 Substitution von Hausärzt/innen oder Spezialärzt/innen

Bei der Analyse der Literatur aus den USA oder Kanada fällt im Unterschied zu derjenigen aus Grossbritannien auf, dass der Einsatz von Hebammen auch substitutiv zu den Allgemeinärzt/innen betrachtet wird. Hueston/Murry (1992), Hueston/Rudy (1993), Payne/King (1998) und Cohen et al. (2003) stellen fest, dass beide Berufsgruppen in einem Konkurrenzkonflikt stehen, der letztlich zu Ungunsten der Hausärzt/innen verläuft. Schwangerschaften mit niedrigem Risiko würden zunehmend durch Hebammen betreut, während für solche mit hohem Risiko die Gynäkolog/innen bereit stünden. Allerdings werden

in Studien auch Möglichkeiten der Zusammenarbeit der drei Berufsgruppen insbesondere für ländliche Gebiete thematisiert (Boyle et al. 2003).

Üblicherweise wird jedoch weniger der Konflikte zwischen Hebammen und Allgemeinärzt/innen thematisiert, sondern zwischen Hebammen und Gynäkolog/innen. In einer etwas älteren Studie stellen Baldwin et al. (1992) fest, dass in der Regel nur die Hebammen mit der Zusammenarbeit zufrieden seien. Der Hauptgrund für Spannungen liege zumeist in der Unterscheidung von Niedrigrisiko- und Hochrisikoschwangerschaften. Langton (1994) weist darauf hin, dass Gynäkolog/innen gesetzlich verpflichtet seien, bei Komplikationen rasch die Arbeit von Hebammen zu übernehmen. Durch eine Verteilung der Risiken auf die Berufsgruppen würden sich die Gynäkolog/innen in ihrer professionellen Integrität verletzt sehen.

### 3.2.7 Situation in der Schweiz

Nach Ansicht von Frau Ines Lehner, Mitglied des Zentralvorstands des Schweizerischen Hebammenverbands und praktizierende Hebamme (Hausgeburten), wird die Frage des Skill-Mix und der vermehrte Einbezug von Hebammen in der Schweiz bisher wenig thematisiert. Bei den Ärzt/innen sei derzeit kaum Verständnis für ein weitergehendes Abgeben oder Teilen der Arbeit festzustellen, sondern es herrsche die Meinung vor, schwangere Frauen gehörten in die Hände von Gynäkolog/innen. Die Zahl der Hebammen in der Schweiz liege bei rund 2'500. Aus ihrer Sicht hätte es bei den jährlich rund 72'000 Geburten im Land genügend Arbeit für alle Berufsgruppen.

Die Akzeptanz der Hebammen in der Schweiz erachtet Frau Lehner grundsätzlich für gut. Mit den Krankenversicherern bestehe ein Vertrag, was die Bezahlung anbetreffe. Die Tätigkeiten, die eine Hebamme ausführen dürfe, auch bei Hausgeburten, seien klar definiert. Es bestünden hohe Standards. Allerdings tue der Staat noch wenig zur Unterstützung der Hausgeburten. Bei einer normalen Schwangerschaft sei die Hebamme den Ärzten mehr oder weniger gleichgestellt. Bisher würden Hebammen keine Ultraschalluntersuchungen durchführen. Man habe jedoch die Kompetenz, eine Frau in der Schwangerschaft zweimal für eine Ultraschalluntersuchung weiterzuweisen.

Für die Betreuung hätten die Hebammen grundsätzlich mehr Zeit und Ressourcen zur Verfügung als die Gynäkolog/innen. Eine Schwangerschaftskontrolle könne bei einer Hebamme eine Stunde beanspruchen. Vom verrechenbaren Tarif her spiele es hingegen keine Rolle, ob sie eine Stunde oder eine Viertelstunde dauere. Die intensivere Betreuung und Beratung führe erfahrungsgemäss zu einer höheren Patientenzufriedenheit. Eine entsprechende Konsultation bei einem Arzt resp. über den TAR- MED-Tarif abgerechnet würde enorme Kosten verursachen. Allerdings scheine der Krankenkassenverband von der Effizienz der Hebammen nicht überzeugt zu sein.

In Bezug auf die Organisation der Hebammen gebe es heute keine Zusammenarbeit mit den herkömmlichen Krankenschwestern. Diese hätten eine unterschiedliche Ausbildung und unterschiedliche Interessen. Die Hebammen müssten sich auch wehren, dass die Krankenschwestern nicht in ihre Tätigkeiten eingreifen würden. Hier bestehe eher eine Konkurrenzsituation. Eine Zusammenarbeit gebe es allerdings mit den Still- oder Mütterberaterinnen.

Die Befugnis zur Medikamentenverschreibung sei kantonale geregelt. Der Kantonsarzt erstelle eine Liste der Medikamente, die die Hebamme verschreiben dürfe. Einige Kantone hätten keine Liste, andere eine sehr grosse. Grundsätzlich wäre es erstrebenswert, wenn die

Hebammen Medikamente und Hilfsmittel wie Stützstrümpfe oder Milchpumpen verschreiben dürften.

Übertragbarkeit von Erfahrungen im Ausland, Zukunftsaussichten

Der Zugang zu den Hebammen sei in den industrialisierten Ländern und auch innerhalb Europas sehr unterschiedlich. In Finnland und Schweden hätten die Hebammen eine zentrale Funktion. In Dänemark und Grossbritannien seien die Hebammen oft Teil multidisziplinärer Teams, die auch nachgeburtliche Hausbesuche machen würden.

Als Ziel würde Frau Lehner auch für die Schweiz eine kontinuierliche Betreuung von Normalschwangeren durch Hebammen von der pränatalen über die intranatale bis zur postnatalen Betreuung sehen. Heute habe man in der Schweiz das Problem, dass eine Hebamme nach 10 Tagen «nichts mehr zu sagen hat». Medizinisch gesehen, würde das Wochenbett jedoch bis sechs Wochen nach der Geburt dauern. Den Ärzt/innen fehlten die Ressourcen und die Zeit, Frauen so intensiv zu betreuen.

Für die Zukunft könnten in der Schweiz die Zahl der Hausgeburten bei normalen Schwangerschaften sicher stark gesteigert werden. Gegenwärtig machten diese nicht einmal 1 Prozent aus. Das Potential würde bei 10 bis 20 Prozent liegen. Allerdings würden heute viele Hebammen gar keine Hausgeburten anbieten, da die Verdienstmöglichkeiten nicht sehr gut seien und die Präsenzzeit sehr lange. Insgesamt gehe der Trend bei den Geburten in Richtung Spital, Kaiserschnitt etc. In der Schweiz finde man fast keinen Arzt mehr, der eine Steissgeburt normal entbinde. Die Ärzte würden ein Know-how verlieren, das sie früher noch gehabt hätten. Ein Kaiserschnitt sei für die Ärzte finanziell einfach viel interessanter als eine normale Geburt. Hinsichtlich vermehrter Hausgeburten rechnet Frau Lehner auch mit dem Widerstand der Gynäkolog/innen, die Hausgeburten z.T. als verantwortungslos und gefährlich betrachteten, obwohl Studien dieses Urteil nicht bestätigten.

Durch den Wechsel der Ausbildung auf Fachhochschulniveau werde die Ausbildungsqualität bei den Hebammen noch einmal stark ansteigen, davon würden die Hebammen profitieren. Die qualitative Besserstellung der Ausbildung könnte einen Einfluss auf die Entlohnung haben. Was die Betreuung von Normalschwangerschaften betrifft, könnten die Hebammen mit Neuausbildung praktisch den Gynäkolog/innen gleichgestellt werden. Die Frage sei aber, ob die Hebammen mit dieser hochstehenden Ausbildung in die Freiberuflichkeit einsteigen oder lieber als Spitalhebammen arbeiten würden. Der aktuelle Trend verlaufe eher dahin, dass die Hebammen im stationären Bereich bleiben und aus dem ambulanten abwandern würden. Das Durchschnittsalter bei den freiberuflichen Hebammen liege heute bei 40 Jahren. Frau Lehner geht nicht davon aus, dass ein Gynäkologe in seiner Praxis eine Hebamme anstellen würde. Die delegierbaren Tätigkeiten würde er aus Kostengründen selber ausführen wollen. Eine Zusammenarbeit mit einem Hausarzt hält sie für wahrscheinlicher. Schwangere Frauen würden jedoch wohl automatisch zum Spezialisten bzw. Gynäkologen gehen wollen. Mit Neugeborenen gehe man ja auch eher zum Pädiater, obwohl hier der Hausarzt ebenfalls in Frage käme.

Um die Erkenntnisse aus anderen Ländern übertragen zu können, bräuchte es in der Schweiz einen Strukturwandel, den der Staat vorantreiben müsste. Es bräuchte Weisungen und Aufklärungsarbeit, dass Schwangere für eine normale Geburt nicht in eine Klinik zu gehen bräuchten und dass die Hebammen die Qualität sichern würden. Diesen Ansatz verfolgten z.B. die Niederlande. In der Schweiz müsste auch die Nachbetreuung anders

strukturiert werden. Wenn viele Hausgeburten stattfinden würden, müssten wohl auch die Haushaltshilfen vermehrt von den Krankenversicherungen bezahlt werden.

### 3.2.8 Fazit

Die zahlreichen Studien, die die «kontinuierliche Betreuung» von Schwangeren vor, während und nach der Geburt durch eine Hebamme untersuchen, deuten auf positive Effekte (Wirksamkeit, Patientenzufriedenheit und Kosteneffektivität) dieser Betreuungsform hin. Die entsprechend begleiteten Frauen kommen in der Regel mit weniger Interventionen (epidurale Anästhesien, Episiotomien, etc.) aus. Der Gesundheitszustand von Mutter und Kind ist dabei gleich gut, wie bei einer herkömmlichen ärztlichen Betreuung. Einige Arbeiten deuten darauf hin, dass der substitutive Einsatz von Hebammen ebenfalls bei komplexeren Schwangerschaften und Geburten möglich ist.

Eine wesentliche Rolle spielen die Hebammen bei den Hausgeburten. Verschiedene Länder versuchen seit einigen Jahren aus Kostengründen die Anzahl Hausgeburten zu steigern. Viele Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass Hausgeburten für Normalschwangerschaften ebenso sicher sind wie stationäre Geburten.

Ein Einsatz von Hebammen kann im intranatalen Bereich substitutiv in Bezug auf Spezialärzte bzw. Gynäkolog/innen wirken. Im Bereich der prä- und postnatalen Betreuung sind hingegen die Allgemeinärzt/innen betroffen. Vor allem in der nordamerikanischen Literatur wird der vollständige Rückzug der Allgemein- oder Familienmediziner/innen aus der Betreuung der frühesten menschlichen Lebensphase thematisiert. Einerseits würden Niedrigrisikoschwangerschaften von Hebammen betreut und andererseits Hochrisikoschwangerschaften von Gynäkolog/innen. Der Einsatz von Allgemeinärzt/innen in Zusammenarbeit mit Hebammen wird vor allem aus Gründen der Kontinuität der Betreuung für sinnvoll erachtet.

Im Unterschied zu den anderen betrachteten Berufsgruppen können freiberufliche Hebammen in der Schweiz direkt mit den Krankenversicherungen abrechnen und haben - wenn auch kantonal unterschiedlich - die Befugnis, Medikamente und Hilfsmittel zu verschreiben. Die Frage nach einem vermehrten Einbezug in der ambulanten Grundversorgung wird bei den Hebammen in der Schweiz bisher wenig thematisiert. Als mögliches Zukunftsziel wird eine längerfristige kontinuierliche Betreuung von Frauen im Rahmen multidisziplinärer Teams, auch in Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen, angesprochen. Auch könnte – mit Blick auf die Niederlande - der Anteil an Hausgeburten hierzulande noch wesentlich vergrößert werden.