



## **Bestandesaufnahme des Betreuungs- , Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht**

zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Bern, vertreten  
durch Frau Gisèle Jungo

### **Projektbearbeitung**

Dr. phil. Claudia König

Dr. rer. cur. Jessica Pehlke-Milde

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Technikumstrasse 71, Postfach

8401 Winterthur

28.10. 2010

# Inhalt

1	Einleitung und Hintergrund .....	4
1.1	Das Wichtigste in Kürze .....	5
2	Qualitative Evaluation des Versorgungsangebotes .....	6
2.1	Zielstellung und Methode .....	6
2.1.1	Leitfaden .....	6
2.1.2	Sample .....	6
2.2	Ergebnisse .....	8
2.2.1	Stärken .....	8
2.2.2	Schwächen .....	10
2.2.3	Chancen .....	13
2.2.4	Risiken .....	15
2.3	Fazit.....	17
3	Datenlage zu bezogenen und vollbrachten Leistungen im Wochenbett.....	18
3.1	ASF-Statistik .....	18
3.2	Evaluation Mütter- und Väterberatung Stadt Winterthur.....	19
3.3	Spitex-Statistik.....	19
3.4	Statistik frei praktizierender Hebammen .....	20
3.5	Fazit.....	23
4	Literatur .....	23

# Glossar

## **Bilirubin**

Abbauprodukt des Blutfarbstoffes Hämoglobin. Bei gesunden Menschen wird Bilirubin hauptsächlich in der Leber abgebaut und dann mit der Galle in den Darm abgegeben.

## **Bilirubinämie / Hyperbilirubinämie des Neugeborenen**

Erhöhung der Bilirubinkonzentration im Blut. Bei Neugeborenen ist ein erhöhter Bilirubinspiegel normal, da das fetale Hämoglobin abgebaut wird, die Leber noch nicht voll arbeitet und die Ausscheidung noch nicht ausreicht. So kommt es bei etwa 60 – 70 % Prozent zu einer Neugeborenen-erengelbsucht. Überschreitet die Konzentration einen alters- und gewichtsabhängigen Grenzwert, kann eine Bilirubinenzephalopathie (vgl. Kernikterus) entstehen.

## **DRG/ SwissDRG**

Swiss Diagnosis Related Groups (deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) ist das neue Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die leistungsbezogene Vergütung der stationären Spitalleistungen schweizweit einheitlich regeln soll. Beim Fallpauschalen-System vom Typ DRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die schweizweite tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgt am 1. Januar 2012.

## **Hämatokrit**

Der Hämatokrit beschreibt den Anteil aller festen (zellulären) Blutbestandteile im Gesamtblut, also der roten und weissen Blutkörperchen (Erythrozyten und Leukozyten) sowie der Blutplättchen (Thrombozyten). Die Bestimmung des Hämatokrit ermöglicht einen Rückschluss auf den Anteil der Erythrozyten im Blut und auf den Wasserhaushalt.

## **Kernikterus (Bilirubinenzephalopathie)**

Einlagerung von zytotoxisch (zellschädigend) wirkendem Bilirubin in Ganglienzellen des Stammhirns bei Neugeborenen. In Folge kann es zu schweren Schädigungen des zentralen Nervensystems kommen.

## **KoLe-Bericht**

Auswertung der Betreuungssituation und des Gesundheitszustands von Wöchnerinnen aufgrund einer Kosten-Leistung Analyse basierend auf Versicherungsangaben (Ory, Bandi et al. 2009).

## **Mamille (Papilla mammaria)**

Syn. Brustwarze

## **Mastitis**

Akute Entzündung der weiblichen Brustdrüse im Wochenbett oder während der Stillperiode.

## **Milchstau**

Verhalten der Muttermilch im Drüsen- oder Gangsystem der Brust einer Stillenden.

## **Uterusinvolution (Involutio Uteri)**

Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt.

# 1 Einleitung und Hintergrund

Am 30. August 2002 beauftragte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) mit dem Postulat Goll den Bundesrat, einen Bericht über den Gesundheitszustand von Wöchnerinnen und deren Betreuung zu erstellen. Ausserdem übergab die Kommission mit dem Stichtagsbericht des Präsidenten die Petition des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) mit rund 21'000 Unterschriften dem Bundesrat zur Kenntnis.

Diese Petition fordert eine Anpassung der Leistungen für Wöchnerinnen, die kurz nach der Geburt aus der Klinik entlassen werden und auf eine externe Haushalthilfe angewiesen sind. Nach Auffassung der Petitionärinnen werden Wöchnerinnen in der Regel nach vier Tagen aus dem Spital entlassen und sind dann mit Haushalt und Familie sich selbst überlassen. In Folge leiden immer mehr Frauen nach der Geburt unter Stress, Erschöpfungszuständen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so dass es auch vermehrt wieder zu Wiedereintritten ins Spital kommt.

Am 23. Oktober 2002 erklärte sich der Bundesrat bereit, das Postulat entgegenzunehmen. In einem ersten Schritt wurde durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Literaturübersicht „Nachbetreuung von Wöchnerinnen“ erstellt (Beck and Knoth 2003). 2009 wurde zudem ein Bericht über den Gesundheitszustand von Wöchnerinnen verfasst (sog. KoLe-Bericht, siehe Glossar sowie Ory, Bandi et al. 2009). Im Ergebnis wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand nach sechs Monaten stabilisiert hat, wobei Faktoren wie die soziale Ungleichheit und spezifische Erkrankungen wie bsp. die postpartale Depression kaum resp. nicht erfasst werden konnten.

Zielstellung des hier dokumentierten Teilprojekts ist nun, die Versorgungsangebote für Wöchnerinnen in der Schweiz in einer Bestandsaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen darzustellen. Dies umfasst konkret folgende Zielstellungen:

1. Eine Übersicht über die wichtigsten Akteure und Angebote zu gewinnen.
2. Die qualitative Evaluation des Versorgungsangebotes aus Sicht von Expertinnen und Experten der Wochenbettbetreuung.
3. Eine Erfassung der Datenlage zu bezogenen und vollbrachten Leistungen im Wochenbett.

Der vorliegende Bericht gliedert sich entsprechend in drei Teile:

1. Einleitung und Hintergrund
2. Qualitative Evaluation des Versorgungsangebots
3. Datenlage zu bezogenen und vollbrachten Leistungen im Wochenbett

Die Qualitative Evaluation (Kapitel 2) umfasst eine Bewertung des aktuellen Versorgungsangebots aus der Sicht von Expertinnen und Experten, welche Leistungen im Rahmen der Wochenbettbetreuung bieten. Dabei werden insbesondere die Schnittstellen zwischen den Versorgungsangeboten beleuchtet.

Die Datenlage (Kapitel 3) ermöglicht einen Überblick über die verschiedenen, zurzeit bestehenden Erhebungen von bezogenen oder vollbrachten Leistungen in der Wochenbettbetreuung. Je nach Möglichkeit wird eine erste Auswertung der Daten vorgenommen.

Die verschiedenen Teile beleuchten jeweils eine andere Seite des Angebots an Wöchnerinnen und können sowohl als Ganzes oder auch einzeln gelesen werden.

## **1.1 Das Wichtigste in Kürze**

Im Rahmen dieser Studie wurden mit Fachpersonen aus Ärzteschaft und Pflege sowie Hebammen, Mütter- und Stillberaterinnen bezüglich ihrer Sicht auf die Wochenbettbetreuung qualitative Interviews geführt. Dabei haben sich folgende Punkte heraus kristallisiert:

### **Multiprofessionelle Betreuung und Beratung für Wöchnerinnen**

Die Betreuung, Unterstützung und Beratung im Wochenbett wird in der Schweiz von den Berufsgruppen der Hebammen, Pflegefachpersonen, Stillberaterinnen, Mütterberaterinnen sowie von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen. Im Rahmen der stationären Versorgung wirken vor allem Pflegefachpersonen und Stillberaterinnen, in der ambulanten Versorgung Hebammen, Stillberaterinnen und Mütterberaterinnen.

### **Versorgungsangebot insgesamt gut**

Die qualitative Evaluation des Versorgungsangebotes aus Sicht beruflicher Expertinnen und Experten ergab, dass das aktuelle Versorgungsangebot insgesamt als gut bewertet wird. Die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind vielfältig, werden von sehr gut qualifiziertem Gesundheitspersonal erbracht und können von den Frauen bis zum Abschluss des Wochenbettes in Anspruch genommen werden.

### **Fragmentiertes Angebot ohne personelle Kontinuität**

Eingeschränkt wird diese positive Bewertung durch die Feststellung, dass das Versorgungsangebot fragmentiert und eine kontinuierliche Betreuung der Frauen und ihrer Familien kaum möglich ist. In bestimmten Regionen der Schweiz besteht zudem ein Mangel an frei praktizierenden Hebammen, so dass es zum Teil zu Versorgungslücken nach der Entlassung aus den Spitälern kommt. Darüber hinaus werden aus Sicht der Expertinnen und Experten Potentiale der Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreichend genutzt und es fehlt an spezifischen Versorgungsangeboten für Frauen in schwierigen sozialen Lebenslagen.

### **Handlungsbedarf hinsichtlich Einführung der leistungsbezogenen Vergütung**

Insgesamt lassen die Ergebnisse darauf schliessen, dass das Versorgungsangebot in Hinblick auf den sozialen Wandel und auf die daraus resultierenden veränderten Anforderungen weiterentwickelt werden sollte. Die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung wird voraussichtlich zu einer weiteren Verlagerung der Wochenbettbetreuung in den ambulanten Sektor führen. Eine politisch gestützte, vorausschauende Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen sowie die Sicherung entsprechender personeller Ressourcen wären dann erforderlich.

Neben den Expertinnen- und Experteninterviews wurden auch Datenerhebungen der Leistungserbringer in der Wochenbettzeit ausgewertet. Dabei zeigt sich folgendes Bild:

### **Evaluation der Nachfrage: Wenig empirisch gesichertes Wissen**

Es gibt eine Reihe Datenerhebungen über erbrachte Dienstleistungen verschiedener Akteure in der postpartalen Phase, die für eine detaillierte Betrachtung herangezogen werden könnten. Was allerdings weitgehend fehlt, ist die Berücksichtigung der Nachfrageseite. Zudem lassen sich die verschiedenen Datenbanken lediglich vergleichen, nicht jedoch verlinken. Eine kontinuierliche Datenerhebung wäre wünschenswert, um Informationen über die Veränderung über die Zeit gewinnen zu können. Das würde erlauben, die Angebote anhand empirischer Erkenntnisse an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen.

### **Beratung im Umgang mit der neuen Lebenssituation**

Die Auswertung der verfügbaren Daten ergab, dass die grosse Mehrheit der betreuten Frauen eine Beratung im Umgang mit der neuen Lebenssituation sucht. Zentral sind dabei Fragen rund um das Stillen resp. zur Ernährung und zur Pflege des Kindes. In den ersten zehn Tagen nach der Geburt liegen darüber hinaus medizinische Indikationen bei Mutter und/oder Kind vor, die eine Betreuung begründen. Dabei waren bei den Müttern die Wundheilung und bei den Kindern eine Hyperbilirubinämie die häufigsten Gründe. Sowohl Hebammen als auch Mütterberaterinnen werden zudem wegen psycho-sozialer Probleme aufgesucht.

## 2 Qualitative Evaluation des Versorgungsangebotes

### 2.1 Zielstellung und Methode

Die vorliegende Erhebung zielt auf die Beschreibung und Bewertung des Leistungsangebotes durch Schlüsselpersonen und ausgewählten Expertinnen und Experten. Die Sichtweisen der befragten Personen werden in Form leitfadengestützter telefonischer Interviews erfasst. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgt im Einverständnis mit den Befragten auf Datenträger. Die Interviews werden vollständig transkribiert. Darüber hinaus werden telefonische Gespräche mit Repräsentantinnen und Repräsentanten unterschiedlichster Organisationen geführt, um z. B. Zuständigkeiten zu klären und weiterführende Informationen sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu gewinnen. Bei diesen Telefonaten liegen keine expliziten Einverständniserklärungen zur Datenaufzeichnung vor, so dass die Ergebnisse protokollarisch festgehalten werden. Die Analyse der Interviews erfolgt nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) unter Nutzung des Softwareprogramms MAXQDA 2007.

#### 2.1.1 Leitfaden

Unter Berücksichtigung der Zielstellung der Untersuchung umfasst der Leitfaden folgende Themenkomplexe:

- Beschreibung des spezifischen Versorgungsangebotes
- Gesundheitsprobleme der Wöchnerinnen und des Neugeborenen
- Beratungs- und Betreuungsbedarf der Wöchnerinnen
- Spezifische Beratungs- und Betreuungsbedürfnisse
- Information über Betreuungsangebote
- Informationsaustausch zwischen den Leistungsanbietern
- Bewertung des Versorgungsangebotes
- Herausforderungen

#### 2.1.2 Sample

Befragt werden Repräsentantinnen und Repräsentanten der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie Expertinnen und Experten auf kantonaler Ebene. Dabei werden alle Landesteile der Schweiz berücksichtigt.

Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel über die Berufsverbände, wie z. B.

- dem Schweizerischen Hebammenverband,
- dem Schweizerischen Verband der Mütterberaterinnen,
- dem Berufsverband der Schweizerischen Stillberaterinnen,
- dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen,
- der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe,
- der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie sowie
- dem Forum für Praxispädiatrie.

Darüber hinaus werden weitere Organisationen angefragt, wie z. B.

- die Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens,
- der Spitexverband Schweiz,
- Institutionen zur Versorgung von Frauen mit postpartaler Depression und
- das Marie Meierhofer Institut für das Kind in Zürich.

Insgesamt werden 27 Personen als potentielle Interviewpartnerinnen und -partner angeschrieben. Eine der Ansprechpartnerinnen steht im Erhebungszeitraum nicht für ein Interview zur Verfügung, signalisiert aber ihr Interesse an der Erhebung. Ebenso zwei weitere Personen, die aus Zeitmangel nicht an der Erhebung teilnehmen. Nur drei Personen geben keine Rückmeldung. Insgesamt werden 23 Interviews und vier telefonische Gespräche durchgeführt:

- 4 Leiterinnen von Wochenbettstationen/ Mutter-Kind Stationen
- 3 Stillberaterinnen
- 4 Mütter- und Väterberaterinnen
- 11 Hebammen
- 2 Wissenschaftlerinnen/ Projektleiterinnen
- 1 Gynäkologin
- 1 Neonatologe
- 1 Pädiaterin

Da die Organisationen z. T. in der personellen Ausstattung sehr übersichtlich sind, wird aus Gründen des Datenschutzes auf eine ausführliche Beschreibung des berufsbiographischen Profils der Befragten abgesehen. In der Ergebnisdarstellung werden die Namen der Befragten anonymisiert. Die Zitate werden sprachlich geglättet und mit Angabe der entsprechenden Abschnittsnummer im Transkript gekennzeichnet (z. B. *Frau Meier, Stillberaterin, Abschnitt 24*).

## 2.2 Ergebnisse

Die Befragung zielt darauf ab, das Versorgungsangebot für Wöchnerinnen in der Schweiz aus Sicht ausgewählter Schlüsselpersonen<sup>1</sup> einer ersten qualitativen Evaluation zu unterziehen. Die Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden in Anlehnung an eine SWOT-Analyse<sup>2</sup> dargestellt, um einen strukturierten Überblick zu ermöglichen.

### 2.2.1 Stärken

Versorgungsangebot insgesamt gut

Mit wenigen Ausnahmen bewerten die befragten Expertinnen das aktuelle Versorgungsangebot gesamthaft betrachtet als gut.

*„Ich glaube es ist wirklich gut. Also das Angebot ist da.“*

*(Frau Hofer, Pflegefachfrau und Leiterin Wochenbettstation, Abschnitt 30)*

Die in der Regel gesunden Wöchnerinnen benötigen Information und Beratung z. B. zum Stillen oder Unterstützung bei kleineren Gesundheitsproblemen, die durch das betreuende Gesundheitspersonal gut aufgefangen werden können. Bei Erkrankungen von Mutter und Kind sind in der Schweiz entsprechende spezialisierte medizinische Versorgungsangebote gegeben.

Betreuung bis zum Abschluss des Wochenbetts

Momentan ist die professionelle Betreuung der Wöchnerin über die Zeit des stationären Aufenthalts in einem Spital oder in einem Geburtshaus bis zum Abschluss des Wochenbetts<sup>3</sup> in der ambulanten Versorgung möglich. In der Regel erfolgt die stationäre Betreuung nach einer Geburt durch Pflegefachpersonen auf den Wochenbettstationen bis zum vierten bzw. fünften Lebens- tag des Kindes, nach Kaiserschnittgeburten beträgt der Aufenthalt zwei bis drei Tage mehr. In manchen Regionen der Schweiz erfolgt die Entlassung bereits am dritten Tag nach der Entbindung, wobei der Tag der Geburt in die Berechnung einbezogen wird. Im Anschluss kann im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung eine nachsorgende ambulante Betreuung durch eine Hebamme in Anspruch genommen werden. Diese Betreuung kann aufgrund des Tarifvertrages zwischen dem Schweizerischen Hebammenverband und santésuisse, dem Verband der schweizerischen Krankenversicherer, bis zum 10. Tag nach der Geburt ohne ärztliche Verschreibung beansprucht werden. Bei Stillproblemen können zusätzlich bis zu drei Stillberatungen durch eine Stillberaterin bzw. eine Hebamme erbracht werden. Ergänzend können auf ärztliche Verschreibung hin weitere Betreuungsleistungen durch Hebammen, Stillberaterinnen oder Pflegefachpersonen erbracht werden. Die Pflegefachpersonen können dabei freiberuflich tätig oder bei einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) angestellt sein. Nach ungefähr sechs Wochen erfolgt eine Abschlussuntersuchung der Frau durch Gynäkologinnen, Gynäkologen oder Hebammen. Die Betreuung durch die Mütter- und Väterberatung erstreckt sich von der Geburt bis zum fünften Lebensjahr des Kindes und wird in der Regel nach der Entlassung aus dem Spital bzw. nach der Betreuung durch eine Hebamme aufgenommen. Die Versorgungsangebote insgesamt sind daher vielfältig und erstrecken sich im internationalen Vergleich über einen relativ langen Zeitraum.

Sehr gut qualifiziertes Gesundheitspersonal

Die Gesundheitsberufe in der Schweiz verfügen über ein hohes Qualifikationsniveau. Die formale Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen dauert mindestens drei Jahre; Stillberaterinnen und Mütterberaterinnen bauen ihre Qualifizierung auf einer abgeschlossenen Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zur Hebamme auf. Die Hebammenausbildung ist seit 2002 in der Westschweiz resp. 2008 in der deutschsprachigen Schweiz auf Fachhochschulniveau angesiedelt.

<sup>1</sup> Im Folgenden wird bezogen auf die Ergebnisdarstellung die weibliche Sprachform verwendet, da alle 23 Interviewpartnerinnen weiblich sind. Die männliche Sprachform wird dann genutzt, wenn die Ergebnisse sich auf die Aussagen des männlichen Gesprächspartners beziehen, welche in Form eines Protokolls vorliegen.

<sup>2</sup> SWOT= Akronym für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Gefahren).

<sup>3</sup> In der Literatur wird die Dauer des Wochenbetts von der Ausstossung der vollständigen Plazenta bis sechs bis acht Wochen nach der Geburt definiert. Man unterscheidet dann zwischen dem Frühwochenbett vom 1. bis 10. Tag sowie dem Spätwochenbett ab dem 11. Tag post partum.



Leistungen weitgehend im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Leistungen können weitgehend im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden, damit sind sie allen krankenversicherten Wöchnerinnen in der Schweiz zugänglich. Zusätzlich zu den Versorgungsleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung können Dienstleistungen wie z. B. Haushaltshilfen oder Kinderbetreuungsangebote in Anspruch genommen werden. Die Finanzierung dieser Dienste erfolgt bei Vorlage einer ärztlichen Verschreibung zum Teil im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung oder muss privat erbracht werden.

Gute Information durch das Gesundheitspersonal

Die Information über die Möglichkeit, weiterführende Betreuungsangebote nach der Entlassung aus dem Spital in Anspruch nehmen zu können, erfolgt laut Aussagen der Befragten meist während des Spitalaufenthaltes bzw. zum so genannten Austrittsgespräch durch Pflegefachpersonen. Die Information durch das Pflegefachpersonal wurde von allen Befragten als sehr zufriedenstellend beurteilt.

*„In den Spitälern werden sie sehr gut informiert. Vom Pflegepersonal.“  
(Frau Gerber, Hebamme, Abschnitt 11)*

In der weiteren Versorgung informiert das Gesundheitspersonal über Betreuungsangebote, die sich an ihre Leistung zeitlich anschliessen oder die spezifische Kompetenzen erfordern. Fest etabliert ist die Information der Frauen nach der Geburt über das Versorgungsangebot der Mütter- und Väterberatung. Ebenfalls wird in der Regel bei der Entlassung aus dem Spital über die Möglichkeit einer ambulanten Nachsorge durch eine Hebamme und das Angebot der Stillberatung informiert. In besonderen Situationen, z.B. wenn die Wöchnerin nicht in der Lage ist, die weiterführende Betreuung selbst zu organisieren, wird dies von den Pflegefachpersonen übernommen.

*„Wenn wir die Mütter entlassen ist klar, wo sie anschliessend hingehen: Mütter-Väterberatung, Hebamme, Stillberaterin. Je nach Bedarf machen wir sogar einen Termin ab mit der Hebamme, dem Kinderarzt.“  
(Frau Meier, Pflegefachfrau und Leiterin Wochenbettstation, Abschnitt 13)*

Informiert wird mündlich sowie durch schriftliche Materialien in Form von Listen, Flyer, Informationsbroschüren oder durch das Internet. Die Materialien sind im Rahmen von Projekten und auf Initiative der Berufsverbände zum Teil mehrsprachig übersetzt, so dass auch Migrantinnen aus einem fremden Sprachraum informiert werden können.

Regionaler interdisziplinärer Austausch

Mehrfach wurde von den Befragten aufgeführt, dass in den letzten Jahren Formen des organisierten interdisziplinären Austausches auf regionaler Ebene entwickelt wurden. So organisieren Spitäler und Berufsverbände ein bis zweimal jährlich ein gemeinsames Treffen von Pflegefachpersonen, Hebammen, Mütterberaterinnen, Stillberaterinnen sowie mit Ärztinnen und Ärzten aus der Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie und Neonatologie. Dieser Austausch fördert den Informationsaustausch und die Bildung regionaler Netzwerke.

*„Hier in der Region treffen wir uns einmal im Jahr, also freiberufliche Hebammen, Stillberaterinnen, Mütterberaterinnen, Gynäkologen, Neonatologen - das wird vom Spital aus organisiert. Dass ist natürlich sehr hilfreich. Die Schritte dann auf eine andere Fachperson zuzugehen und hinzuzuziehen sind dann viel einfacher.“  
(Frau Schuler, Stillberaterin, Abschnitt 26)*

In manchen Spitälern ist der Informationsaustausch zwischen dem entlassenden Spital und dem nachsorgenden Gesundheitspersonal organisiert, z. B. indem standardmässig Entlassungsberichte an die Hebamme übermittelt werden. Diese Informationsübermittlung wird vom nachsorgenden Gesundheitspersonal sehr geschätzt.

*„Von jeder Wöchnerin bekomme ich einen Geburtsbericht und einen Austrittsbericht und das ist wirklich eine gute Qualität und eine gute Basis, dann muss ich nicht erst die Frau eine halbe Stunde löchern.“ (Frau Gerber, Hebamme, Abschnitt 13)*

Ebenfalls erhalten die Mütter- und Väterberaterinnen in der gesamten Schweiz Informationen zur Geburt bzw. zum Gesundheitsstatus von Mutter und Kind bei der Entlassung aus dem Spital, wenn die Eltern damit einverstanden sind. Der weitere Informationsfluss zwischen Stillberaterinnen, Hebammen, Mütter- und Väterberatungen sowie Ärztinnen und Ärzten erfolgt meist in Form telefonischer Gespräche, wenn die Betreuenden dies für nötig erachten.

## 2.2.2 Schwächen

Fragmentiertes Versorgungsangebot, keine kontinuierliche Betreuung

Eine zentrale Schwäche besteht nach Auskunft der Befragten in der Zersplitterung des aktuellen Versorgungsangebotes. Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachpersonen, Hebammen, Stillberaterinnen und Mütter-Väterberaterinnen sind Anbieter mit jeweils unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunktsetzungen, die teils parallel, teils in zeitlicher Abfolge in der Phase des Wochenbetts aktiv werden. Für die Frauen und ihren Familien stehen so zwar jeweils hoch spezialisierte Fachpersonen zur Verfügung, eine personelle und inhaltliche Kontinuität der Betreuung ist jedoch kaum zu gewährleisten.

Keine gemeinsame Datenerfassung

In Bezug auf die Übermittlung gesundheitsbezogener Informationen und Daten zwischen den Betreuungspersonen ist festzustellen, dass dies weitgehend abhängig ist vom persönlichen Engagement der jeweiligen Betreuungsperson bzw. dem Grad der Vernetzung dieser. Laut Aussagen der Befragten sind dabei insbesondere die Übergänge zwischen der Betreuung durch Hebammen, den Mütterberaterinnen und den Stillberaterinnen verbesserungswürdig. Eine gemeinsame, auf den Versorgungsgegenstand, d. h. auf die Wöchnerin bezogene Datenerhebung, findet ebenfalls nicht statt.

*„Da ist dann keine Kompatibilität vorhanden, wir erfassen keine Daten gemeinsam. Alle die etwas an den Wöchnerinnen machen, müssten ihre Daten zusammenführen.“  
(Frau Stucki, Hebamme, Abschnitt 39)*

Die Expertinnen weisen dabei darauf hin, dass die fragmentierte Betreuung sich über den gesamten Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bezieht. Bezogen auf die Übermittlung gesundheitsbezogener Daten besteht insbesondere dann ein Problem, wenn ein spezifischer Bedarf nicht an weiterführende Betreuungspersonen kommuniziert wird. Dieser liegt dabei laut Auskunft der Expertinnen und Experten primär im Bereich der psychosozialen und psychologischen Unterstützung. Die Betreuung von Familien mit sozialen Risiken bzw. von Frauen mit psychischen Vorerkrankungen wird so nicht optimal koordiniert.

*„Es fehlt in der Schwangerschaft. Der Fokus auf die Früherkennung ist noch zu wenig da, da stimmt die Vernetzung noch nicht. Da ist der Gynäkologe und ich glaube so problematische Familien (...). Man könnte den Bedarf schon viel früher erkennen.“  
(Frau Graf, Mütterberaterin, Abschnitt 24).*

Gesundheitsförderung und Prävention werden nicht genutzt

Die Frauen und ihre Familien sind laut Aussagen der Expertinnen nicht ausreichend auf die Anforderungen im Wochenbett und auf das Leben mit einem Neugeborenen vorbereitet. Insbesondere die sensible Lebensphase während der Schwangerschaft wird nicht genug im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention genutzt. Frauen und ihre Familien gehen unvorbereitet bzw. mit falschen Erwartungen in die Phase des Wochenbetts, was im Prinzip zu vermeidbaren Problemen führt. So sind z. B. Stillprobleme, Überforderung und eine verzögerte Wundheilung häufig auf Informationsdefizite, eine schlechte Organisation der familiären Situation und daraus mangelnde Erholungsmöglichkeiten zurückzuführen.

*„Hilfreich wäre, dass die Frauen, da wo sie zur Schwangerschaftskontrolle hingehen, dass sie klar darauf hingewiesen werden, wie wichtig die ersten Tage sind.“  
(Frau Stucki, Hebamme, Abschnitt 36)*

Sozialer Wandel wird nicht aufgegriffen

Die Expertinnen thematisieren einen sozialen Wandel, auf den das Versorgungsangebot bisher zu wenig abgestimmt ist. Gerade Erstgebärende und ihre Partner verfügen meist über keine Erfahrungen im Leben mit einem Neugeborenen, häufig ist das eigene Kind auch das erste Neugeborene, das sie in den Händen halten. Die Erwartungen sind von weich gezeichneten Bildern glücklicher, entspannter Mütter, stolzer Väter und zufriedener Säuglinge geprägt, die wenig mit den Anstrengungen eines frühen Wochenbetts, dem Beginn der Stillbeziehung und den familiären Umstellungsprozessen zu tun haben. Mit der immer früheren Entlassung aus den Spitälern fallen Schonräume weg, in denen die Übernahme der neuen Rollen unter Anleitung professioneller Fachkräfte geübt werden konnte. Eine entsprechende Wochenbettkultur im häuslichen Umfeld ist nicht gegeben, so dass junge Mütter und Väter mit den Anforderungen auf sich gestellt und häufig überfordert sind. Gesundheitliche Probleme der Mütter und Neugeborenen, die bisher im familiären System in der Regel gelöst werden konnten, werden so zum Gesundheitsrisiko. Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die gesundheitsfördernde und präventive Bedeutung eines gelungenen Bondings und einer geglückten Familienbildung für die Entwicklung der Kinder in den aktuellen Versorgungskonzepten nicht ausreichend gewürdigt werden.

*„Die grossen Potentiale der Neugeborenenzeit für die Prävention und Gesundheitsförderung werden viel zu wenig genutzt.“ (Herr Schuler, Neonatologe, Abschnitt 3)*

Die veränderten Anforderungen an die Wochenbettbetreuung sind bisher in der Schweiz nur in Ansätzen bekannt. Erste Forschungsarbeiten, die dazu in der Schweiz durchgeführt wurden, bestätigen die von den Expertinnen vermutete Diskrepanz zwischen der aktuellen Wochenbettbetreuung und den Erwartungen, Bedürfnissen und Erfahrungen der Frauen. Hier ist weiterer Forschungsbedarf gegeben sowie eine Umsetzung der gewonnen Erkenntnisse anzubahnen.

Wenig Angebote für Wöchnerinnen in schwierigen sozialen Lebenslagen

Eindrücklich wird von den Expertinnen der Mangel an zeitgemässen Versorgungsleistungen für Frauen in psychosozial schwierigen Lebenslagen bzw. in psychosozialen Krisen beschrieben. Frauen nach der Geburt, die von den Betreuenden als psychisch gefährdet eingestuft werden bzw. aus eigenem Antrieb eine Unterstützung bei psychosozialen Problemen suchen, bleibt meist nur der Weg in die Psychiatrie. Ebenso fehlen stationäre Versorgungsangebote für Frauen mit postpartaler Depression. Hier kann es zu einer Trennung von Mutter und Kind kommen, da Betreuungsangebote für Mütter neugeborener Kinder rar sind. Die Expertinnen formulieren einen spezifischen Bedarf an niederschweligen, flexiblen Angeboten für Wöchnerinnen in Krisensituationen. Dies sei insbesondere von Bedeutung, da aus ihrer Sicht der Anteil der Frauen, die nach der Geburt in eine solche Krisensituation geraten, stetig zunimmt.

*„Was wirklich fehlt sind Häuser wo man hingehen kann. (...) Wo man das Kind abgeben kann, bevor wirklich Grenzen überschritten werden. (...) Heute sind die Frauen auf sich gestellt und da fehlt irgendwo der Notanker. Wo man sagen kann, ich kann nicht mehr. Ohne, dass man negativ in ein System hineinkommt. (...) Ich höre auch von den Spitälern, dass viele Frauen wegen psychosozialer Probleme kommen. Aber muss man gleich in ein Spital, wenn man überlastet ist?“ (Frau Graf, Mütterberaterin, Abschnitt 22).*

Entlastende Dienstleistungen sind kostenpflichtig

Die Expertinnen sind sich darin einig, dass Frauen nach einer Geburt einen Schonraum brauchen, um die Anstrengungen der Geburt zu verarbeiten und das neugeborene Kind kennen und versorgen zu lernen. Dabei problematisieren sie die gesellschaftliche Erwartung, dass dieser Schonraum weiterhin im sozialen Gefüge der Familie hergestellt werden soll. Heutzutage seien die jungen Eltern meist ohne weitere soziale Unterstützung und der Vater des Kindes beruflich so eingespannt, dass die Frauen früh auf sich allein gestellt sind. Liegen bestimmte Indikationen, wie zum Beispiel eine Erschöpfung oder eine Mehrlingsgeburt vor, werden die Wöchnerinnen über weitere Möglichkeiten der Unterstützung informiert. Aus Sicht der befragten Expertinnen ist zum Beispiel die Haushaltshilfe eine direkte und effektive Möglichkeit, um präventiv schwere Erschöpfungszustände der Mütter zu vermeiden.

Versorgungsengpässe in der ambulanten Wochenbettbetreuung

*„Wenn ich das Gefühl habe, dass eine Überforderung da ist, wenn eine Erschöpfung da ist, die innerhalb der Familie nicht aufgefangen werden kann. Krankheiten der Mutter, physisch und psychisch. Wenn das Kind krank oder behindert ist. Oder wenn es so genannte Schreikinder sind. Ich denke die Haushaltshilfe ist eine relativ schnell zu organisierende Entlastung, die sehr viel bringt.“ (Frau Schmid, Mütterberaterin, Abschnitt 32)*

Die Kosten dieser Dienstleistung werden nur unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und dann auch nur beschränkt von privaten Zusatzversicherungen erstattet. Die Möglichkeit, das Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen, setzt damit gewisse finanzielle Mittel der Familien voraus.

Ein grosses Problem stellt der akute Hebammenmangel in manchen Regionen der Schweiz dar. Dieser begründet sich in geringen Anreizen für die Berufsangehörigen entsprechende Versorgungsangebote zu leisten: Die hohen Anforderungen wie z. B. die Übernahme der Verantwortung für Mutter und Kind und die hohe persönliche Flexibilität werden nicht durch eine angemessene Vergütung honoriert.

*„Wir haben einfach zu wenige Hebammen. Und das hängt mit den schlechten Arbeitsbedingungen zusammen, mit der Bezahlung, mit dem Abruf bereit sein. Da sehr wenig Hebammen bereit sind für das Geld so eine Leistung zu erbringen und die Verantwortung zu tragen.“ (Frau Zimmermann, Hebamme, Abschnitt 30)*

Laut Aussagen der Befragten erhalten die Frauen die Information über weiterführende ambulante Betreuungsangebote meist während des Aufenthalts bzw. bei der Entlassung aus dem Spital. Die kurzfristige Übernahme einer nachsorgenden Betreuung durch eine Hebamme lässt sich dann aus den beschriebenen Kapazitätsgründen nicht oder nur unter grossem Aufwand realisieren.

*„In der Region sind die Frauen vor der Geburt weiterhin schlecht informiert (...). Und nach der Geburt wissen es alle (Anmerkung der Verfasserin: den Anspruch auf Hebammenhilfe). Und das führt dann zu den katastrophalen Engpässen, dass man 20 Anrufe am Tag bekommt von Frauen, die unbedingt eine Hebamme brauchen.“ (Frau Gerber, Hebamme, Abschnitt 9)*

Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen bleiben bereits heute bei einer Frühentlassung unter Umständen ohne weiterführende professionelle Betreuung durch eine Hebamme. Eine Situation, die laut Aussagen der Expertinnen unter professionellen Gesichtspunkten der Gesundheitsversorgung nicht tragbar ist. So müssen die Frauen zum Teil bereits wenige Tage nach der Geburt lange Wege zu den Beratungs- und Betreuungsangeboten auf sich nehmen. Dies ist besonders schwer zu realisieren, wenn weitere Kinder zu betreuen sind.

*„Und was ich auch beobachte ist, dass die Frauen schon nach zwei, drei Tagen aus dem Spital entlassen werden. Und es ist manchmal sehr schwierig für die Frauen eine Hebamme zu finden. Dann haben die zum Teil gar keine Betreuung und müssen dann wieder für die Untersuchungen in das Spital, sind total im Stress, immer hin und her. Dann haben die Kinder vielleicht noch ein erhöhtes Bilirubin und müssen deswegen wieder in die Klinik. Das macht kein Sinn. Ich finde, wenn eine Frau so früh entlassen wird, muss wirklich eine Hebammenbetreuung zu Hause möglich sein.“ (Frau Zimmermann, Hebamme, Abschnitt 19)*

Von der Versorgungslücke betroffen sind im besonderen Masse bildungsferne bzw. der entsprechenden Landessprache nicht mächtigen Frauen, da sie laut Auskunft der Expertinnen über weniger Potentiale und Mittel verfügen, eine nachsorgende Betreuung durch eine Hebamme vorausschauend zu organisieren. Damit ist der Zugang zur Hebammenbetreuung gerade für die Frauen und Kinder erschwert, bei denen ein besonderer Bedarf an Information, Betreuung und Unterstützung vorliegt. Im besten Fall greift dann eine Betreuung durch die Mütter- und Väterberatung nach der Phase des Frühwochenbetts.

Keine zeitliche Flexibilität der Betreuung

Insbesondere die befragten Hebammen weisen auf die fehlenden Möglichkeiten hin, die Betreuung flexibel handhaben zu können. Der im Rahmen ihrer Kompetenz festgelegte Betreuungszeitraum bis zum 10. Tag nach der Geburt entspricht vielfach nicht dem Bedarf an Unterstützung und Betreuung im Wochenbett. Um die Betreuung den individuellen Bedürfnissen der Frauen anpassen zu können, ist eine flexible Handhabung eines Kontingents von Hausbesuchen erforderlich. So könnte in manchen Fällen von täglichen Hausbesuchen abgesehen werden, während andere Betreuungssituationen eine sporadische Versorgung über einen längeren Zeitraum erforderlich machen. Die bereits vorne erwähnte Möglichkeit, dass die Hebammenbetreuung auf Grundlage eines ärztlichen Attests über den 10. Wochenbettstag verlängert werden kann, wird daher zum Teil in Anspruch genommen. Das Einholen der ärztlichen Bescheinigung wird jedoch als „Hürde“ beschrieben, da einerseits die Wöchnerin mit einem zusätzlichen Weg belastet wird und andererseits eine medizinische Indikation vorliegen muss. Die Hebammen äußern, eine zeitlich flexiblere Betreuung könnte dazu beitragen, die jungen Mütter und Väter bei Bedarf länger in der Übernahme der Elternrolle zu begleiten und sie damit in der Sicherheit im Umgang mit dem Kind zu unterstützen.

*„Was nicht den Bedürfnissen entspricht, die Betreuung nach 10 Tagen durch die Hebamme ist nicht abgeschlossen. Weil in ganz vielen Fällen sind nach 10 Tagen das Stillen oder die seelischen Anpassungsprozesse noch nicht abgeschlossen. Das finde ich sehr unglücklich.“ (Frau Zimmermann, Hebamme, Abschnitt 16)*

Insgesamt gehen die befragten Hebammen von einem Betreuungszeitraum von sechs bis acht Wochen aus, um die Phase des Wochenbetts und die damit verbundenen physischen und psychischen Umstellungsprozesse professionell begleiten zu können. Laut Einschätzung der Befragten sei ein Grossteil der Betreuung in einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen nach der Geburt sowie einem Umfang von circa 10 bis 15 Hausbesuchen zu realisieren. Zudem sollte die Nutzung alternativer Formen der Beratung, wie z.B. das telefonische Gespräch, möglich werden.

*„Ich würde mir wünschen, dass diese maximal zehn Besuche plus maximal fünf Zweitbesuche nicht auf zehn Tage limitiert wären, sondern dass wir diese auf eine längere Zeit verteilen könnten. So dass wir es anders einteilen könnten und damit den Bedürfnissen der Eltern besser entsprechen könnten (...). Ich würde sagen die ersten sechs Wochen. (...). Ich vermute, dass der Grossteil der Frauen Besuche in zwei, maximal drei Wochen bräuchten.“ (Frau Kunz, Hebamme, Abschnitt 27)*

Die befragten Hebammen betonen, dass die Umsetzung eines solchen Modells nicht mit einer Kostensteigerung für das Gesundheitswesen verbunden wäre, da sich an der absoluten Anzahl der Besuche nichts ändern würde.

### 2.2.3 Chancen

Verlagerung in den ambulanten Sektor als Chance

Die zentrale Chance das Versorgungsangebot der Wöchnerinnenbetreuung in der Schweiz auf einem qualitativ hohen Niveau zu halten, liegt laut Aussagen der Expertinnen darin, die „historische Gelegenheit“ (Frau Pfister, Wissenschaftlerin, Abschnitt 5) zu nutzen. Die zunehmende Verlagerung der Wochenbettbetreuung in den ambulanten Sektor bietet die Möglichkeit, vorausschauend neue Konzepte der Versorgung zu entwickeln und zu implementieren. Schwächen im bestehenden Versorgungssystem können dabei aufgegriffen und verbessert werden. Der zukünftig zu erbringende Nachweis der Effektivität und Effizienz könnte zur Qualitätssicherung der Versorgungsleistung beitragen.

Koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zeitgemäße Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, wie die Berücksichtigung der Klientinnen- und Klientenperspektive, begünstigen die Entwicklung neuer familienorientierter Versorgungsmodelle und tragen zur erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit bei. Es ist zu erwarten, dass eine solche Entwicklung nicht auf die Versorgung im Wochenbett begrenzt bleibt, da eine nachhaltige Nutzung der Potentiale der Gesundheitsförderung und Prävention nur im Rahmen einer kontinuierlichen und koordinierten Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Familienbildung möglich wird. Eine konkrete Chance für diese Entwicklung ist gegeben, da alle in die Befragung eingeschlossenen Berufsgruppen die Notwendigkeit einer koordinierten, auf den Versorgungsgegenstand ausgerichteten interdisziplinären Zusammenarbeit benennen.

*„Wir können einfach nur versuchen, am Thema zu bleiben, die Ressourcen zu nutzen und die Netzwerke miteinander und nicht gegeneinander zu gestalten. Mit dem Ziel vom Wohl von Mutter und Kind.“*

*(Frau Meier, Pflegefachfrau und Leiterin Wochenbettstation, Abschnitt 37)*

Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung

Die befragten Expertinnen benennen konkret die Herausforderungen und entwickeln in Ansätzen neue Konzepte für die zukünftige Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung.

*„Die Wochenbettbetreuung muss umgedacht werden. Sowohl von der Pflege und den Hebammen, wie auch von der Gesellschaft insgesamt. (...). Nur zum Beispiel: Die Frauen sind drei Tage im Spital, am ersten Tag gebären sie, dann sind sie einen Tag da und am dritten Tag gehen sie nach Hause. Und was instruieren wir diesen Frauen, wenn sie 24 Stunden auf der Abteilung sind? Wo setzen wir die Schwerpunkte? Und vor allem, wie arbeiten wir mit dem Netz ausserhalb?“*

*(Frau Arnold, Pflegefachfrau und Leiterin Mutter Kind Station, Abschnitt 42)*

Als eine Form der zukünftigen Zusammenarbeit wird mehrfach die Entwicklung interdisziplinär organisierter Gesundheitszentren thematisiert, um die ambulanten Versorgungsangebote von Stillberaterinnen, Mütter- und Väterberatung, Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Pädiatern und Neonatologen zu koordinieren. Dies würde zum einen die Wege der Wöchnerinnen vereinfachen, wie auch die Entwicklung interdisziplinärer Kompetenznetze unterstützen.

*„Und ich denke, wenn es Gesundheitszentren gäbe, in dem die Mütter-Väterberatung, Hebammen, Arzt, Stillberatung alles integriert wäre, wäre es auch noch einmal einfacher. Das würden die Frauen schätzen, wenn sie nicht immer an verschiedene Orte müssten.“**(Frau Meier, Pflegefachfrau und Leiterin Wochenbettstation, Abschnitt 30)*

Um den gemeinsamen Versorgungsauftrag umsetzen zu können, werden von den Expertinnen auch strukturelle Voraussetzungen benannt. Weiterentwicklungsmöglichkeiten beziehen sich dabei nicht nur auf die eigene Berufsgruppe, sondern es werden auch Verbesserungen für andere Berufsgruppen mitgedacht.

*„Ich denke, dass man den Hebammen mehr Infrastruktur geben muss, z. B. Möglichkeiten, ein eigenes Labor zu führen damit sie die Bilirubinwerte ablesen können oder den Hämatokrit. Es ist so etwas von kompliziert heute. Jetzt müssen sie das Blut abnehmen, die richtigen Formulare haben, in ein öffentliches Labor gehen. (...). Da braucht es zwei kleine Geräte, da braucht es kein grosses Labor. Einfach dass man diese Arbeit vom ambulanten Wochenbett vereinfacht. (...). Man müsste so eine Zentrale haben, wo alle Hebammen ihre Arbeit machen können.“*

*(Frau Hofer, Pflegefachfrau und Leiterin Wochenbettstation, Abschnitt 36)*

Es ist somit zu vermuten, dass die Entwicklung und Implementierung neuer interdisziplinärer Versorgungsmodelle durch die Berufsangehörigen unterstützt werden.

Bestehende Erfahrungen und Erkenntnisse können genutzt werden

Die Expertinnen schildern, dass auf Grundlage des persönlichen und berufspolitischen Engagements bereits heute Initiativen ergriffen werden, um auf die Anforderungen der nahen Zukunft zu reagieren. Dies umfasst die individuelle Weiterbildung, die konzeptionelle Arbeit auf berufspolitischer Ebene wie auch die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene.

*„Ich weiss, dass es ab und zu Probleme gibt, eine Hebamme zu finden. Doch da sind so viele dabei diese Lücken zu füllen, dass ich sagen würde ... ich sehe, dass Lücken gefüllt werden. Sie werden erkannt und werden aktuell gefüllt. (...) Ich sehe z. B., dass ganz viele Hebammen in die Ausbildung zur Stillberaterin gehen. Weil sie anfangen, in die Freiberuflichkeit zu gehen und merken, dass sie Stillwissenslücken haben.“  
(Frau Bleuler, Stillberaterin, Abschnitt 33)*

In einigen Regionen der Schweiz wurden bereits Netzwerke gebildet, um die Versorgung der Wöchnerinnen nach der Frühentlassung aus den Spitälern zentral zu organisieren. In den Westschweizer Kantonen Genf und Waadt haben sich z. B. die frei praktizierenden Hebammen gemeinsam organisiert und mit den Spitälern gute Abläufe für die Entlassung der Wöchnerinnen aus dem Spital entwickelt.

Im Kanton Genf gibt es mit der „Arcade sages-femmes“ seit 1994 eine Vereinigung, die sowohl eine Hebammenberatungsstelle mit einem sehr reichhaltigen Angebot (Beratungsgespräche aller Art, Kurse speziell auch für Migrantinnen, Bibliothek etc), als auch einen telefonischen Bereitschaftsdienst, der Schwangere, Wöchnerinnen und ihre Angehörigen berät und auch die Hausbesuche organisiert, unterhält.

Die Hebammen im Kanton Waadt haben sich für ein informelleres Organisationsmodell entschieden. Die Hebammen bieten jedoch auch hier einen telefonischen Bereitschaftsdienst und werden täglich zwischen 11 und 14 Uhr von den Spitälern über die am Folgetag austretenden Wöchnerinnen informiert. Damit kann gewährleistet werden, dass alle Wöchnerinnen die eine postpartale Betreuung wünschen, diese auch erhalten. Die konsultierten Expertinnen aus diesen Regionen sind mit dieser Organisation laut Befragung sehr zufrieden.

Die verkürzten Spitalaufenthalte erhöhten jedoch den Anteil der durch Hebammen ambulant betreuten Wöchnerinnen von ca. 30 auf 80%. Um diese Betreuung gewährleisten zu können, müssen genügend Hebammen verfügbar sein.

Im Rahmen von öffentlich finanzierten Projekten, z. B. zur Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der Wochenbettversorgung, wurden Erfahrungen gewonnen, die im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung genutzt werden könnten. Parallel zur Entwicklungsarbeit wurden sowohl in der Französisch sprechenden Schweiz wie auch in der Deutschschweiz erste Forschungsarbeiten zur Wöchnerinnensituation durchgeführt und publiziert. Hier wurden insbesondere Erkenntnisse zur Perspektive der Wöchnerinnen gewonnen. Ergebnisse dieser Studien vertiefen das Verständnis darüber, was die Bedürfnisse der Wöchnerinnen sind und welche Anforderungen sie an eine gute Wochenbettversorgung stellen. Die aufgeführten Empfehlungen können im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes genutzt werden.

## 2.2.4 Risiken

Neukonzeption ohne politische Steuerung

Die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung im Jahr 2012 in das Schweizerische Gesundheitssystem wird nach Einschätzung der befragten Expertinnen zu einer weiteren Verkürzung der Liegedauer in den Spitälern nach einer Geburt führen. Das grösste Risiko wird von allen befragten Expertinnen darin gesehen, dass auf politischer Ebene nicht vorausschauend auf eine solche Entwicklung reagiert wird.

*„Eine grosse Herausforderung wird die Einführung der DRGs sein. Weil das dazu führen wird, aufgrund der Erfahrungen aus anderen Ländern, dass die Frauen früher nach Hause gehen. Dann ist der Bedarf an Nachbetreuungen enorm.“  
(Frau Müller, Hebamme, Abschnitt 34)*

Der oben beschriebene Mangel an Hebammen könnte zu einer eklatanten Versorgungslücke in der Wochenbettbetreuung direkt im Anschluss an die Spitalentlassung führen. Da der Zeitpunkt der Entlassung mit körperlichen Umstellungen, wie z. B. der vermehrten Bildung von Muttermilch (so genannter Milcheinschuss) sowie dem Ansteigen des kindlichen Bilirubins (so genannte Neugeborenenengelbsucht) zusammenfällt, ist eine professionelle Be-

gleitung im Übergang auch aus medizinischen Gründen unumgänglich.

*„Was mir schon Sorgen macht, ist der Mehrbedarf an freiberuflichen Hebammen. (...). Und wenn das nicht ist, dann weiss ich nicht, wie das gehen soll. Wie die Frauen die nicht nachbetreut werden, mit einer Mastitis wieder ins Spital gehen, weil sie keine Stillberatung hatten. Es ist auch fraglich, ob andere Berufsgruppen das übernehmen oder ob die Frau jeden Tag zu einer Kontrolle irgendwo vorbeigehen muss. Was schlecht ist für eine Wöchnerin.“ (Frau Zimmermann, Hebamme, Abschnitt 33)*

Laut Aussagen der Expertinnen müssen politische Signale gesetzt werden, um die Attraktivität des Betätigungsfeldes zu erhöhen. Die befragten Expertinnen gehen davon aus, dass die Wochenbettbetreuung direkt nach der Entlassung aus dem Spital insbesondere von der Berufsgruppe der Hebammen abzudecken ist, da dies ihrem originären Berufsbild entspricht und auch andernorts fehlende personelle Kapazitäten und Ressourcen zu verzeichnen sind.

Hinderliche berufsständische Abgrenzungen

Ein weiteres Risiko liegt in der traditionell begründeten, berufsständisch motivierten Abgrenzung der an der Wochenbettversorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Befragten formulieren mehrfach Kritik an den jeweils anderen Berufsgruppen in Hinblick auf unklare Kompetenzbereiche und Schnittstellen. So kritisieren z. B. Stillberaterinnen Hebammen und Mütterberaterinnen, da diese nicht auf das spezialisierte und breite Fachwissen der Stillberaterinnen zurückgreifen.

*„Und wir hoffen auch, dass unsere Gespräche mit den Hebammen und Mütterberaterinnen dazu führen, dass sie wissen, da gibt es noch eine Fachfrau. Und das funktioniert nicht überall gleich, wir wissen, manche sind da ein bisschen eigen und sagen, dass mache ich auch noch.“ (Frau Bleuler, Stillberaterin, Abschnitt 15)*

Hebammen und Mütterberaterinnen thematisieren die z. T. unklaren Zuständigkeiten in der Versorgung nach der Geburt. Darüber hinaus befürchten die Hebammen eine konkurrierende Übernahme der Wochenbettversorgung durch freiberufliche Pflegefachpersonen. Die Mütterberaterinnen sehen zusätzliche Aufgaben auf sich zukommen, die auf Grundlage der aktuellen personellen Ressourcen nicht bewältigt werden können, stehen dem Modell der Hebammenbetreuung im Spätwochenbett jedoch skeptisch gegenüber.

Die traditionell geformten berufsständischen Zuständigkeiten sind tief verankert, Konflikte in der Zusammenarbeit alltäglich. Diese Tatsachen dürfen in der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle nicht unberücksichtigt bleiben.

Erhöhung der Gesundheitskosten mangels Gesundheitsförderung und Prävention

Ohne die Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes ist laut Auskunft der Expertinnen eine qualitativ gesicherte und zeitgemässe Gesundheitsversorgung der Wöchnerinnen und ihrer neugeborenen Kinder kaum vorstellbar. Wichtige gesellschaftliche Potentiale der Gesundheitsförderung und Prävention werden so nicht genutzt; soziale und gesundheitliche Risiken nicht rechtzeitig erkannt. Dabei weisen die Expertinnen insbesondere auf die Folgen für die frühkindliche Entwicklung hin.

*„Die ersten zwei, drei Jahre prägen einen Menschen. Und die Prävention wird zu wenig betont. Und wenn sie jetzt noch früher nach Hause gehen und viele Frauen allein sind oder keine Betreuung erhalten, das ist eine Riesengefahr. Dann haben wir ganz sicher mehr Gewalt, mehr Kindesmisshandlungen, mehr Stress bei den Frauen (...). Es ist so tragisch wenn man da spart, es ist einfach am falschen Ort gespart. Die zahlen nachher viel mehr.“ (Frau Seiler, Mütterberaterin, Abschnitt 36)*

Ökonomische Einsparungen, die mit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer ohne eine gesicherte ambulante Nachsorge erzielt werden sollen, werden gesamtgesellschaftlich betrachtet durch eine Erhöhung der gesundheitlichen Komplikationen, der damit verbunden Wiederaufnahmen in die Spitäler und den langfristigen Folgen für das Sozial- und Gesundheitswesen hinfällig. Es besteht die Gefahr, dass kurzfristige Effekte der Kosteneinsparungen, die vor allem auf der Ebene der Spitäler zu erwarten sind, nicht in ihrer mittel- und langfristigen Entwicklung für das Gesundheits- und Sozialsystem erfasst werden.



## 2.3 Fazit

Im Folgenden werden als Fazit nochmals die wichtigsten Punkte aufgeführt, wie sie von den befragten Expertinnen benannt wurden. Es sind damit keine Empfehlungen, die auf Grund einer umfassenden wissenschaftlichen Analyse der Versorgungslage und des Versorgungsbedarfs beruhen. Dennoch sollen sie hier aufgeführt werden, da sie wichtige Hinweise für zukünftige Versorgungsmodelle aus der Sicht erfahrener Praktikerinnen und Praktiker bieten.

- 1 Gesundheitsförderung und Prävention sollten kontinuierlich über den gesamten Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Kindheit umgesetzt werden.
- 2 Die Entwicklung regionaler Netzwerke ist weiterhin zu fördern; Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit sollten weiter entwickelt und in Teilen standardisiert werden. Eine gemeinsame, auf den Versorgungsgegenstand gerichtete Datenerfassung ist anzustreben.
- 3 Interdisziplinäre familienorientierte Versorgungszentren (Gesundheitszentren) könnten zentrale Anlaufstellen für gesunde Wöchnerinnen und deren Familien nach der Entlassung aus dem Spital darstellen. Für die Gesundheitsberufe würden so ein kontinuierlicher interdisziplinärer Austausch sowie eine gemeinsame Nutzung struktureller Ressourcen möglich.
- 4 Niederschwellige Versorgungsangebote sollten den spezifischen Bedarf von Wöchnerinnen in Krisensituationen sichern. Dazu sind Anlaufstellen erforderlich, die rund um die Uhr zugänglich sind und eine kurzfristige teilstationäre Aufnahme der Familien ermöglichen.
- 5 Es ist sicherzustellen, dass erkrankte Wöchnerinnen gemeinsam mit ihrem Kind sowie erkrankte Neugeborene gemeinsam mit ihrer Mutter bzw. ihrem Vater in die stationäre Versorgung aufgenommen werden. Dabei ist die Betreuung durch spezialisiertes; d.h. für die Versorgung von Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern qualifiziertes Gesundheitspersonal zu gewährleisten.
- 6 Die Versorgung durch die aufsuchende Hebammenbetreuung nach der Frühentlassung aus dem Spital ist sicherzustellen. Dies umfasst die zentralisierte Organisation des Versorgungsangebotes sowie die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen. Grundlage dafür könnte eine schweizweite Bedarfsanalyse darstellen. Darüber hinaus wird eine flexiblere Handhabung des Betreuungskontingents der Hausbesuche durch eine Hebamme empfohlen.
- 7 Die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsangebote sollte finanziell unterstützt sowie die Entwicklung, Implementierung und Evaluation wissenschaftlich begleitet werden. Dies betrifft insbesondere die Schnittstellen wie Austritt aus Spital- und Geburtshäuser sowie Übergang Hebammenbetreuung zu Still- und Mütterberaterinnen.

## 3 Datenlage zu bezogenen und vollbrachten Leistungen im Wochenbett

Der zweite Teil „Evaluation der Datenlage“ sieht vor, einen Überblick über die verschiedenen, zurzeit bestehenden Erhebungen von bezogenen oder vollbrachten Leistungen in der Wochenbettzeit zu gewinnen und je nach Möglichkeit erste Auswertungen der Daten vorzunehmen

Folgende Statistiken und Berichte konnten durch Gespräche mit Expertinnen und Experten sowie eigene Recherchen eruiert werden:

- „ASF-Statistik“ (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken) (SEVISA AG 2010).
- „Evaluation Mütter- und Väterberatung Stadt Winterthur“ der Hochschule für Soziale Arbeit (Riedi 2000). Und Folgeforschung: SNF DORE Projekt: „Programmentwicklung im Bereich der Mütter- und Väterberatung“.
- „Spitex Statistik“ (bsp. Bundesamt für Statistik 2009).
- „Statistik frei praktizierender Hebammen“ des Schweizerischen Hebammenverbands (bsp. Hanebuth, Knauss et al. 2009).

Zudem existieren weitere Studien und statistische Erhebungen, welche mit Themen des Wochenbetts zu tun haben, sich jedoch nicht direkt mit dem Angebot resp. den erbrachten Leistungen befassen. Aus diesem Grund werden sie hier zwar erwähnt, es wird jedoch nicht weiter auf sie eingegangen:

- Diverse Statistiken des Bundesamtes für Statistik BFS (bsp. Bundesamt für Statistik 2010), insbesondere der Bericht „Gebären in Schweizer Spitälern. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung“ (Schwab and Zwimpfer 2007).
- DORE Studie: “Événements stressants, soutien social et stratégies d’ajustement chez des mères primipares pendant la période post-partum” (Swiss National Fund Research No. 13DPD3-113603/1 (vgl. Razurel, Bruchon-Schweitzer et al. 2009).
- „Monitoring der Stillfreundlichkeit“ in zertifizierten Geburtskliniken und in Kliniken oder Spitälern, die das Zertifikat „Baby Friendly Hospital“ anstreben. Das Monitoring wird seit 2001 im Auftrag der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Basel durchführt (bsp. Knauss, Bauer et al. 2009).
- „Säuglingsernährung in den ersten 9 Lebensmonaten. Nationale Studie 2003“ des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (Dratva and Merten 2004).

### 3.1 ASF-Statistik

Seit 1982 wird unter der Federführung der Schweizerischen Gynäkologischen Chefärztekonzferenz resp. ab 1998 der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG eine landesweite, vollständig anonymisierte Erhebung geführt, welche das ganze geburtshilfliche und gynäkologische Fachgebiet besser abdeckt, als die damals übliche VESKA-Statistik (vgl. <http://www.sevisa.ch/history.htm>). Die Datenbank bietet Auswertungsmöglichkeiten zu den drei Schwerpunkten: 1) Gemeinsame Jahresstatistik, 2) Morbiditätsanalyse und 3) Qualitätskontrolle.

Ein eingeschränkter Zugang auf die Datenbank ist auch nicht SGGG-Mitgliedern nach schriftlicher Anfrage mit der Projektbeschreibung an den Kommissionspräsidenten möglich (vgl. Merkblatt über Zugriffsrechte).

Inhaltliche Informationen über die Wochenbettzeit wären aus diesem Datensatz sicherlich zu gewinnen, die Daten liegen dem Projektteam momentan allerdings nicht vor, weshalb hier keine weiteren Aussagen gemacht werden können, ob diese Daten Auskünfte über die Inanspruchnahme ermöglichen.

## **3.2 Evaluation Mütter- und Väterberatung Stadt Winterthur**

Die Mütterberaterinnen, welche die Mütter- und Väterberatungsstellen in der Schweiz betreuen, sind im Schweizerischen Verband der Mütterberaterinnen SVM zusammengeschlossen. Es gibt keine einheitliche Statistik über die erbrachten Dienstleistungen der Mütterberaterinnen, was mitunter damit zusammenhängen mag, dass die Trägerschaften der Beratungsstellen je nach Gemeinde anders aussehen.

Der Berufsverband hat uns auf das im Folgenden kurz dargestellte Winterthurer Projekt über die Erfassung und Evaluation der erbrachten Dienstleistungen hingewiesen. Die Hochschule für Soziale Arbeit hat im Auftrag des Jugendsekretariats der Stadt Winterthur im Jahr 1999/2000 eine Evaluationsforschung zu

- a) Angebotsmenge und Leistungskapazität von
- b) den erbrachten Dienstleistungen durch und
- c) der Elternzufriedenheit mit Mütter- und Väterberatungsstellen in Winterthur durchgeführt.

Die hier aufgelisteten Angaben beziehen sich vor allem auf die umfassende Dienstleistungsstatistik (Punkt b) von 1999. An der Elternbefragung (Punkt c) haben 141 Personen (95% Mütter, 5% Väter) teilgenommen.

Uns liegt zu dieser Evaluation nur die Kurzfassung des Schlussberichts (Riedi 2000) und der Schlussbereich des darauf folgenden DORE Forschungsprojekts zur Programmentwicklung im Bereich der Mütter- und Väterberatung vor (Riedi 2003). Im Rahmen der Evaluation dürften auch genauere Daten, als hier dargestellt, erhoben worden sein. Dieser unveröffentlichte Forschungsbericht liegt uns nicht vor.

### **Häufigkeit und Art der Nutzung**

Insgesamt wurden im Jahr 1999 9'283 Beratungen durchgeführt (64% bei der Beratungsstelle, 23% Telefonberatungen, 13% Hausbesuche, vgl. Riedi 2000). Dabei wurden laut Bericht 76% aller Kinder unter einem Jahr erfasst. Dieser Wert fällt etwas tiefer als der langjährige Erfahrungswert von 80% aus.

Die in Anspruch genommenen Dienstleistungen waren zu

38%	Pflegeberatungen,
20%	Ernährungsberatungen,
14%	Erziehungsberatungen,
13%	Entwicklungsberatungen,
10%	Stillberatungen und zu
6%	psychosoziale Beratungen.

### **Soziodemografisches Profil der Kundinnen**

Das soziodemographische Profil der durch die Winterthurer Mütter- und Väterberatung bereuten Kundinnen deckt sich in etwa mit dem der entsprechenden Bevölkerung. Der prozentuale Anteil an Beratungen bei Kindern mit ausländischen Müttern liegt bei 29% und damit 4% unter dem Anteil in der Geburtenstatistik von 1999.

## **3.3 Spitex-Statistik**

Seit 1996 wird mit der Spitex-Statistik eine gesamtschweizerische Erhebung im ambulanten Sektor durchgeführt. Dabei werden die Leistungen sowohl privatrechtlich-gemeinnütziger als auch öffentlich-rechtlicher Spitex-Organisationen dokumentiert. Seit 2007 wird die Erhebung vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt, bisher war das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zuständig.

Die vom BFS publizierte Spitex-Statistik (Bundesamt für Statistik 2009) sagt nichts über die erbrachten Dienstleistungen in der postpartalen Phase aus. Aus den Rohdaten dürften jedoch entsprechende Auswertungen möglich sein.

### 3.4 Statistik frei praktizierender Hebammen

Eine umfassende Statistik über erbrachte Leistungen in der Wochenbettzeit führt der Schweizerische Hebammenverband (SHV). Der SHV erfasst seit 2005 alle Leistungen, die von frei praktizierenden Hebammen (2008 = 749; Hanebuth, Knauss et al. 2009) in der Schweiz während der Schwangerschaft, der Geburt und in der Wochenbettszeit erbracht werden. Dabei werden auch die Leistungen der Beleghebammen sowie von Hebammen in Hebammenpraxen und Geburtshäusern mitberücksichtigt. Die Hebammen füllen pro betreute Frau jeweils einen Erhebungsbogen aus unabhängig davon, ob die Mutter ein oder mehrere Kinder geboren hat. Es handelt sich also um eine Vollerhebung aller Leistungen frei praktizierender Hebammen.

Die Auswertungen der Statistik sind auf der Homepage des Schweizerischen Hebammenverbands einsehbar (<http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/stats.cfm>).

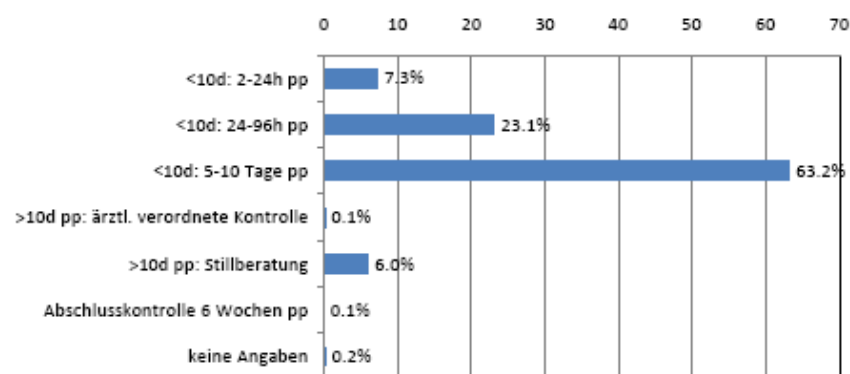
#### Häufigkeit und Art der Nutzung

2008 erblickten 76'691 Kinder das Licht der Welt (Bundesamt für Statistik 2010), im gleichen Jahr wurden 40'742 Frauen in der Wochenbettphase durch eine Hebamme betreut. Insgesamt wurden 2008 in der postpartalen Phase 185'213 Beratungen und Kontrollen durchgeführt. Die durchschnittliche Anzahl Kontrollen pro betreute Frau in der Wochenbettphase betrug demnach 4.55.

94% der postpartal betreuten Frauen wurden in den ersten 10 Tagen nach der Geburt zum ersten Mal von einer Hebamme konsultiert (n=38'140). Die restlichen Frauen wurden entweder ärztlich verordnet nach dem 10.Tag besucht (0.1%, n=55) oder es wurden Stillberatungen nach 10 Tagen postpartal durchgeführt (6%, n=2439). Selten kam es erst bei der Abschlusskontrolle (6 Wochen nach der Geburt) zum Erstkontakt mit der Hebamme (0.2%, n= 38).

Die meisten Frauen wurden 5-10 Tage nach der Geburt zum ersten Mal durch eine Hebamme zuhause betreut. Bei jeder vierten Frau fand der erste postpartale Besuch zwischen 2-5 Tagen nach der Geburt statt und nur bei einer Minderheit fand der Erstkontakt bereits in den ersten 24 Stunden statt (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Zeitpunkt des Erstkontaktes postpartal



Quelle: Hanebuth, Knauss et al. 2009: 42

Die grosse Mehrheit der Frauen in der Schweiz nimmt die Abschlusskontrolle bei einer Gynäkologin resp. einem Gynäkologen in Anspruch. Lediglich 4.7% der postpartal durch eine Hebamme betreuten Frauen suchen dafür eine Hebamme auf.

#### Beratung und Betreuung im Wochenbett

Hebammenkonsultationen aufgrund von Stillberatungen sind am häufigsten (vgl. Tabelle 1). Der häufigste Grund für die Stillberatung waren Fragen der Mutter zur Gewichtszunahme des Kindes (36%, N=5'290). Wunde Mamillen und zu wenig Milch waren mit je 15% (N=2'201; 2'159), Milchstau oder unzureichende Gewichtszunahme des Kindes in etwa 10% (n=1'542; 1'445) der Fälle die Indikationen für die Stillberatung.

Bei den Müttern würde bei den pathologischen Erkrankungen am Häufigsten eine Wundheilungsstörung der Naht angegeben, entweder der Naht bei vaginaler Geburt (n=917, 18%) oder bei Kaiserschnitt (n=899, 18%). Weniger häufig kam es auch zu Kontrollen aufgrund einer pathologischen Uterusinvolution (n=714, 14% aller Pathologien), einer postpartalen Depression (n=369, 7%) oder einer Mastitis (n=330, 7%). In 39% der Fälle waren andere Gründe entscheidend.

**Tabelle 1: Anzahl Frauen mit Indikationen für Kontrollen bis zum 10. Tag und nach dem 10. Tag postpartal (n=40'742)**

	bis 10. Tag	nach 10. Tag ärztl. verordnet	Total
Pathologie Mutter	5'045 (12.4%)	1'641 (4.0%)	5'944 (14.6%)
Pathologie Kind	4'842 (11.9%)	1'400 (3.4%)	5'723 (14.1%)
psychosoziale Indikation	2'368 (5.8%)	7'90 (1.9%)	2'789 (6.9%)
Stillberatung	14'705 (36.1%)	2'211 (5.4%)	22'869 (56.1%)

Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der postpartal betreuten Frauen: 40'742=100%

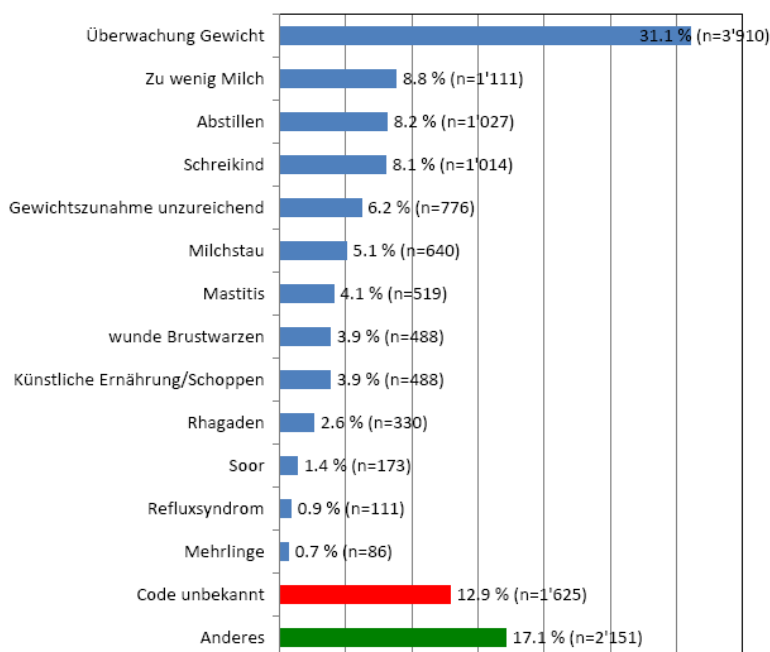
Quelle: Hanebuth, Knauss et al. 2009: 46

Bei 13% (n= 4842) der in den ersten 10 Tagen betreuten Kindern lagen Indikationen vor, die weiterführende Kontrollen erforderten. Bei über der Hälfte dieser Kinder wurde eine Hyperbilirubinämie festgestellt (55%, n=2681). Vermehrtes Schreien (10%, n=474) und Zustand nach Frühgeburt (8%, n=387) waren auch häufige Indikationen für Kontrollen in den ersten 10 Tagen nach der Geburt.

Bei 6% (n=2'368) der in den ersten 10 Tagen postpartal betreuten Frauen lag eine psycho-soziale Indikation vor. Bei 22% (n=530) der psychosozialen Indikationen wurde Migration als Grund genannt, bei 18% (n=435) eine psychische Dekompensation der Mutter und bei weiteren 11% eine Depression. Andere Indikationen wie Adoleszenz, Gewalt, Drogenmissbrauch oder Verdacht auf Kindsmishandlung wurden eher selten genannt. In 37% (n=874) wurde ein anderer Grund für die psychosoziale Beratung angegeben.

Bei jeder dritten postpartal betreuten Frauen (n=12'588) wurde später als 10 Tage nach der Geburt eine nicht ärztlich verordnete Stillberatung durchgeführt. Dabei war die Kontrolle der Gewichtszunahme des Kindes mit 31% (n=3'910) der wichtigste Grund neben zu wenig Milch, Abstillen und häufiges Schreien (alle rund 8%) sowie unzureichende Gewichtszunahme (6.2%), Milchstau (5.1%), Mastitis (4.1%), wunde Mamillen (3.9%) und Fragen zur Muttermilchersatznahrung (3.9%).

**Abbildung 2: Gründe für nicht ärztlich verordnete Stillberatung nach dem 10. Tag postpartal**



Quelle: (Hanebuth, Knauss et al. 2009): 46, n=12'588, Mehrfachantworten möglich

### Soziodemografisches Profil der Kundinnen

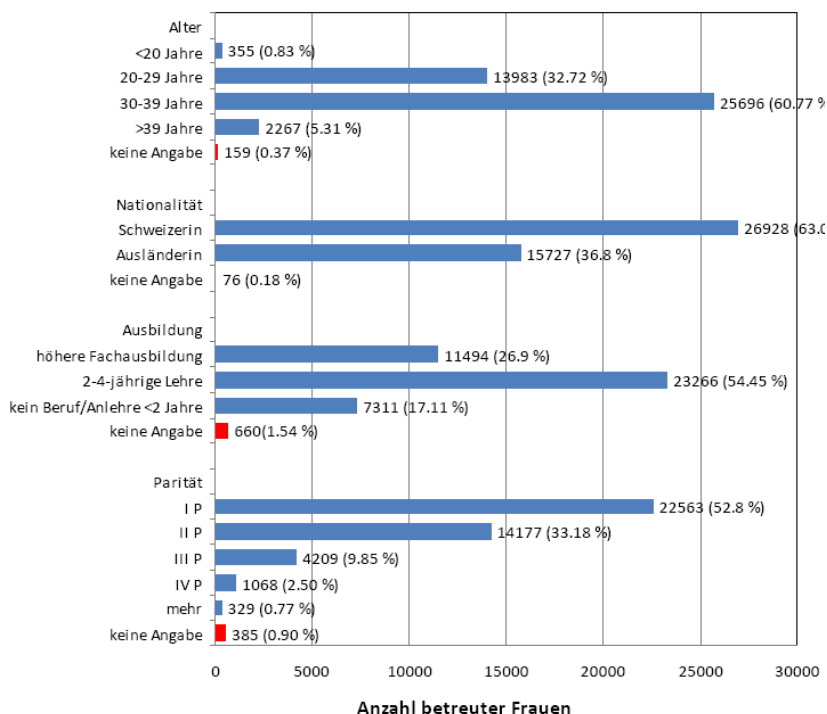
61% der durch Hebammen betreuten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren zwischen 30-39 Jahre alt (vgl. Abbildung 2). Nur wenige Frauen hatten ein Alter unter 20 oder über 39 Jahren. Im Durchschnitt betrug das Alter der Betreuten Frauen 31.5 Jahre (Minimum 12 Jahre, Maximum 54 Jahre).

Die betreuten Frauen waren überwiegend Schweizerinnen (63%). 27% haben eine höhere Fachausbildung absolviert, gut die Hälfte eine 2-4-jährige Lehre (54%) und 17% haben keinen Beruf erlernt. Es wurden mehrheitlich Erstgebärende (53%) betreut, jede dritte war Zweitgebärende.

Fast alle Frauen lebten in einer festen Partnerschaft oder Ehe (95%) und zwei Drittel der betreuten Frauen (69%) gingen vor der Geburt einer Arbeit nach.

Das soziodemografische Profil der von Hebammen betreuten Mütter stimmt nahezu perfekt mit jenem der in der gesamtschweizerischen Statistik 2008 des BFS erfassten Mütter überein (vgl. Hanebuth, Knauss et al. 2009: 59). Es kann also davon ausgegangen werden, dass hier keine systematischen Verzerrungen vorliegen.

Abbildung 3: Charakteristika der betreuten Frauen



Quelle: (Hanebuth, Knauss et al. 2009): 12

### 3.5 Fazit

Es gibt eine Reihe Datenerhebungen über erbrachte Dienstleistungen verschiedener Akteure in der postpartalen Phase, die für eine detaillierte Betrachtung herangezogen werden könnten. Was allerdings - bis auf die Evaluation der Mütter- und Väterberatung der Stadt Winterthur - fehlt, ist die Berücksichtigung der Nachfrageseite. Zudem lassen sich die verschiedenen Datenbanken lediglich vergleichen, nicht jedoch verbinden. Eine kontinuierliche Datenerhebung, wie bsp. vom Schweizerischen Hebammenverband betrieben, wäre wünschenswert, um Informationen über die Veränderung über die Zeit gewinnen zu können. Das würde erlauben die Angebote anhand empirischer Erkenntnisse an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen.

Zusammenfassend kann bezüglich der in der postpartalen Phase bezogenen Leistungen folgendes festgehalten werden:

Die grosse Mehrheit der durch Hebammen und Mütterberaterinnen betreuten Frauen suchte eine Beratung im Umgang mit der neuen Lebenssituation resp. dem Kind. Zentral waren dabei Fragen rund um das Stillen resp. zur Ernährung und zur Pflege. In den ersten zehn Tagen nach der Geburt liegen darüber hinaus medizinische Indikationen bei Mutter und/oder Kind vor, die eine Betreuung begründen. Dabei waren bei den Müttern die Wundheilung und bei den Kindern eine Hyperbilirubinämie die häufigsten Gründe.

Sowohl Hebammen als auch Mütterberaterinnen werden von 7 resp. 6% der Frauen wegen psycho-sozialer Probleme wie bsp. depressive Verstimmung aufgesucht. Zudem gibt es einen speziellen Beratungsbedarf für Frauen in sozial schwierigen Situationen (Riedi 2000; Hanebuth, Knauss et al. 2009).

## 4 Literatur

Beck, M. and S. Knoth (2003). "Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Ein Literaturreview [After care for puerperal women. A literature review]." *Pflege [Nursing Care]* 16(5): 265-272.

Bundesamt für Statistik (2009). *Spitex-Statistik 2007*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (2010). "Geburten und Fruchtbarkeit." *Bevölkerungsbewegung - Indikatoren*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02.html> (Abgerufen am 19.4.2010).

Dratva, J. and S. Merten (2004). *Säuglingsernährung in den ersten 9 Lebensmonaten. Nationale Studie 2003*. Basel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

Hanebuth, D., C. Knauss, et al. (2009). *Statistik des SHV 2008. Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz*. Basel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

Knauss, C., N. Bauer, et al. (2009). *Monitoring der Stillfreundlichkeit. Bericht 2008*. Im Auftrag der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens. Basel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel.

Ory, E., T. Bandi, et al. (2009). *Betreuungssituation und Gesundheitszustand von Wöchnerinnen. Auswertung der KoLe-Statistik für den Bereich Mutterschaft*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.

Razurel, C., M. Bruchon-Schweitzer, et al. (2009). "Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study." *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2009.06.005.

Riedi, A. M. (2000). *Evaluation Mütter- und Väter Beratung Stadt Winterthur; Kurzfassung des Schlussberichts*. Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.

Riedi, A. M. (2003). *Auch im Dschungel wachsen Kinder auf ... Programmentwicklung im Bereich der Mütter- und Väterberatung. Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Zürich, Zürcher Fachhochschule, Hochschule für Soziale Arbeit.

Schwab, P. and A. Zwimpfer (2007). *Gebären in Schweizer Spitälern. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik (BFS).

SEVISA AG (2010). "ASF-Statistik." <http://www.sevisa.ch> (Abgerufen am 28.4.2010).