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

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 83 (1985)

**Heft:** 2

**Artikel:** Die deutsche Hebamme und das Forschungsmodell "Familien-Hebamme"

**Autor:** Hipp, Maria

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-950379

**Nutzungsbedingungen**

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

**Conditions d'utilisation**

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

**Terms of use**

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

**Download PDF:** 16.07.2025

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

## Anhang zu den Ernährungsempfehlungen

**Säuglingsmilchpräparate**
(Liste gültig ab Oktober 1984)

*1. Adaptierte und teiladaptierte Milchen*
– *Adaptierte Milch ab Geburt* (lit. 2):

| | |
|---|---|
| Adapta 1 | (Wander) |
| Humana 1 | (Galactina) |
| Nan | (Nestlé) |
| Nativa | (Guigoz) |
| Pre-Aptamil | (Milupa) |

– *Teiladaptierte Milch*
*a) ab Neugeborenenalter* (lit. 3a)

| | |
|---|---|
| Aptamil 1 | (Milupa) |
| Bebedor | (Migros) |
| Lait Guigoz 1 | (Guigoz) |
| Letrama 1 | (Wander) |
| Mamina 1 | (Galactina) |
| Nidina | (Nestlé) |

*b) nach 6 Wochen* (lit. 3b)

| | |
|---|---|
| Adapta 2 | (Wander) |
| Aptamil 2 | (Milupa) |
| Humana 2 | (Galactina) |
| Mamina 2 | (Galactina) |
| Mamina Légumes | (Galactina) |
| Lacto Véguva | (Wander) |
| Leguma | (Milupa) |
| Milumil | (Milupa) |
| Nidina + Gemüse | (Nestlé) |
| Perlargon | (Milupa) |

*2. Andere Säuglingsmilchpräparate («Folgemilchen») ab dem 4. Monat* (lit. 4)

| | |
|---|---|
| Beba | (Nestlé) |
| Beba + Légumes | (Nestlé) |
| Lait Guigoz 2 | (Guigoz) |
| Nektarmil | (Milupa) |
| Nourrissa | (Galactina) |
| Princessa | (Galactina) |
| Végumine | (Wander) |

## 20. ICM-Kongress in Sydney

# *Die deutsche Hebamme und das Forschungsmodell «Familien-Hebamme»*

*Vortrag von Maria Hipp zum Kongressthema «Forschung und Wissen»*

*Die statistisch belegten Erfahrungen sind besonders für all diejenigen Kolleginnen wertvoll, die sich mit dem Aufbau von Beratungsstellen befassen. Wir danken Frau Maria Hipp und dem Elwin Staude Verlag Hannover für die Abdruckerlaubnis. mf.*

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) hat sich die geburtshilfliche Praxis in den vergangenen 30 Jahren stark verändert, wie wir dies in allen europäischen Ländern beobachten können.

**1953** war die Hausgeburt noch der Regelfall, die vorwiegend von Hebammen durchgeführt wurde. Solange die Geburt normal verlief, war die Hebamme allein zuständig. In allen regelwidrigen Fällen wurde der Arzt zugezogen, wobei meist nur pathologische Geburten in der Klinik durchgeführt wurden. Damals hatte die Hebamme die Frau bereits in der Schwangerschaft betreut, dann die Geburt geleitet und 10 Tage lang die Mutter und das Neugeborene im Wochenbett gepflegt. Es bestand zwischen der Hebamme und der Mutter ein enger Kontakt, in welchen die ganze Familie miteinbezogen war (Tab. 1).

Die Tätigkeit der angestellten Hebammen beschränkte sich meist nur auf den Gebärsaal, also auf die Hilfe unter der Geburt. Die Pflege von Mutter und Säugling wurde auf den Wochen- und Neugeborenenstationen weitgehend von Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenschwestern übernommen. Eine unselige Bakterienangst und die Organisation des Krankenhauses hat dabei die frühzeitige Trennung von Mutter und Säugling gleich nach der Geburt ausgelöst. Diese Entwicklung sehen wir heute als ausgesprochen unglücklich an, wir bemühen uns, sie seit einigen Jahren rückgängig zu machen.

**1973:** 20 Jahre später – ist die Zahl der Hebammen um etwa 45% gesunken, knapp die Hälfte sind noch freiberuflich tätig, die anderen sind in der Klinik angestellt. Die Hausgeburtshilfe ist auf 10–15% zurückgegangen, zwischen Stadt und Land gab es regionale Unterschiede. Die Entbindung in der Klinik wird nachgerade zum Regelfall, wobei auch die freiberufliche Hebamme im Belegsystem einen erheblichen Anteil ihrer Patientinnen in der Klinik entbinden kann.

Die angestellte Hebamme ist in der Klinik leider fast nur im Gebärsaal zu finden, auf der Wochenstation hat sie die Versorgung der Wöchnerin und des Säuglings abgegeben. Die Schwangerenvorsorge ist in die ärztliche, meist sogar fachärztliche Praxis verlagert worden. In der Zwischenzeit hat die BRD die höchste Facharztdichte innerhalb Europas erreicht.

Zwar fangen die Hebammen zögernd an, sich in der Geburtsvorbereitung stärker einzusetzen, aber in der Schwangerenberatung waren sie kaum noch zu finden. Diese Entwicklung bedauern wir heute sehr, denn zum einen hatten die Mütter die Ansprechpartnerin Hebamme während der Schwangerschaft verloren,

Tab. 1 **Bundesrepublik Deutschland (BRD) und Berlin-West**

| | Gesamtzahl der Hebammen | davon freiberuflich tätig | an Krankenhäusern angestellt | Hebammenschülerinnen |
|---|---|---|---|---|
| 1953 | 11 240 | 10 245 | 995 | 547 |
| 1973 | 6 255 | 3 077 | 3 178 | 634 |
| 1981 | 5 657 | 1 554 | 4 103 | 825 |
| 1983 | 5 528 | 1 398 | 4 130 | 1 005 |

die nicht nur im medizinischen, sondern auch im psychosozialen Bereich tätig war. Zum anderen war das Arbeitsfeld der Hebamme ärmer geworden.
Die Hilfe unter der Geburt ist zwar das Herzstück des Hebammenberufes, doch ohne Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung und Betreuung im Wochenbett, einschliesslich Beratung zur Familienplanung fehlen wesentliche Teile. Die Stillergebnisse waren alarmierend schlecht geworden und die Unsicherheit der Mütter in der Pflege des Säuglings unübersehbar. Unsere Säuglingssterblichkeit (feto-infantile Mortalität) war zwar seit 1953 deutlich zurückgegangen, doch hatten und haben wir bis heute nicht den Standard der vergleichbaren europäischen Länder wie Schweden, Dänemark und Holland erreicht.

**1981:** Immer noch sinken die Hebammenzahlen in der BRD um etwa 10%. Eine deutliche Verschiebung tritt zwischen angestellten und freiberuflichen Kolleginnen zutage. Jetzt sind nur noch 1554 Hebammen freiberuflich tätig und 4103 an Kliniken angestellt. Der Trend zur Klinikentbindung hat dies ausgelöst, denn 99% aller Geburten finden nun in der Klinik statt, und seit Jahren anhaltend gibt es nur 1% Hausgeburten. Auch der laut ertönende Ruf zur «natürlichen Geburt» hat diese Zahlen nicht verändert. So sehen sie

**1983** in Zahlen verdeutlicht nahezu dieselbe Situation. Die jährlichen Geburtsraten in der BRD sinken seit Mitte der 60er Jahre kontinuierlich ab und haben etwa 600000 erreicht, deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Gesamt-Hebammenzahl nicht angestiegen ist. Im Gegenteil, sie sank immer noch, wenn auch gering ab. Erfreulich ist die Entwicklung der Anzahl der Hebammenschülerinnen. Da seit dem 1.1.1983 die Hebammenausbildung auf 3 Jahre verlängert wurde, bedeutet sie allerdings noch keine reale Zunahme. Eine weitere Erhöhung der Ausbildungskapazität an bereits vorhandenen Hebammenschulen sowie die Neugründung von Ausbildungsstätten sind notwendig, um die Zahl der Hebammen anzuheben. Dies müssen wir um so mehr fordern, da wir die Hebamme verstärkt ausserhalb der Klinik einsetzen wollen, da sich hier deutlich Lücken und Mängel in der Versorgung zeigen. Das Defizit an Hebammenhilfe in der Schwangerenvorsorge in der Nachbetreuung von Mutter und Säugling nach Entlassung aus der Klinik hat mit Sicherheit Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.
Immer noch werden in der BRD die Vorsorgeangebote nicht voll genützt. Die wichtigsten Ergebnisse aus den aufgeführten Forschungsprojekten (siehe Literaturangaben) zeigen Ansatzpunkte für Verbesserungen in folgenden Bereichen auf:

- es erscheint möglich, die feto-infantile Mortalität und Morbidität zu senken und den im internationalen Massstab führenden Nationen anzugleichen;
- sowohl die perinatale als auch die postnatale Sterblichkeit ist deutlich mit sozialen Lebensumständen der Schwangeren und Mütter mit Säuglingen verknüpft;
- die Schwangerenvorsorge weist immer noch erhebliche Mängel, bezogen auf die geltenden Richtlinien, auf;
- die Erstuntersuchung und die Feststellung der Schwangerschaft erfolgt häufig zu spät;
- vor allem haben anamnestische und in der Schwangerschaft auftretende Risiken unter epidemiologischem Blickwinkel lückenhafte beziehungsweise nur prädikative Validität, was auch für eine Überdiagnostik spricht;
- diese Entwicklung birgt Gefahren in sich, die die Schwangerschaft pathologisieren kann und immer mehr diagnostischen Aufwand fordert, wobei einfache Basisuntersuchungen vernachlässigt werden.

Ohnedies scheint die technisierte Hochleistungsmedizin eine Inhumanisierung zu fördern.
Die Lebensumstände der Schwangeren sind vielfach den Ärzten gar nicht bekannt, soziale Risiken werden deshalb häufig nicht beachtet. Darunter leidet die Kommunikation zwischen Ärzten und Frauen. Ärztliche Ratschläge werden nicht genügend befolgt, und die Kontinuität der Arztbesuche waren häufig bei sozial Schwachen ungenügend.

Nach den vorliegenden Ergebnissen macht die Ausblendung sozialer Lebensumstände die Schwangerenvorsorge ineffektiv, denn soziale Risikogruppen weisen überproportional häufig gesundheitlich Risiken bei Mutter und Kind auf. Gerade diese Gruppen werden durch präventive Angebote deutlich schlechter erreicht:

- die gleichen Risikogruppen zeigen einen überhöhten Anteil an Risikoneugeborenen und Säuglingen auf, wobei gerade deren Mütter am wenigsten an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen
- vielfache Belastungen, psychosoziale Barrieren, mangelnde Information und Kenntnisse sowie schliesslich eine mangelhafte Ärzte-Interaktion können dafür verantwortlich gemacht werden
- gleichzeitig wird auch ein Mangel an nachgehender Fürsorge im Wochenbett deutlich. Es fehlt an Wochenbettbetreuung, Ernährungs-, Entwicklungs- und Sozialberatung für sozial schwache Mütter
- die Nachsterblichkeit (vom 28. Tag bis zum Ende des 1. Lebensjahres) ist im internationalen Vergleich deutlich überhöht. Die spezifischen Todesursachen (Unfallhäufigkeit und Infektionskrankheiten) weisen darauf hin, dass durch organisatorische und soziale Massnahme die Sterblichkeit verringert werden könnte.

Die Forschungsergebnisse zeigen folgende Zielsetzungen zur Verbesserung der Versorgung auf:

1. Primäre präventive und kurative Angebote in der Schwangerenvorsorge und den Früherkennungsuntersuchungen müssen gesteigert und breiten Bevölkerungsschichten erschlossen werden.
2. Die ambulanten und klinischen Versorgungsteilsysteme und die Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten muss intensiviert werden.
3. Die bisher schlecht erreichten sozialen und medizinischen Risikogruppen müssen von den Präventivprogrammen besser angesprochen werden.
4. Als oberstes Ziel aller Bemühungen soll langfristig die feto-infantile Mortalität und Morbidität gesenkt werden.

Versteht man die Säuglingssterblichkeit als Indikator der medizinischen, sozialen und psychosozialen Versorgung in Schwangerschaft, Entbindung und danach, dann liegt es nahe, sich an den Versorgungstrukturen der Länder zu orientieren, deren Ergebnisse weit besser sind (Tab. 2).

Hier kommt dem Beruf der Hebamme eine weitaus bedeutendere Rolle in der Vor- und Nachsorge der Schwangeren, der Entbundenen und des Säuglings zu, während bei uns der niedergelassene Frauenarzt oder Kinderarzt hauptsächlich für diese Aufgaben verantwortlich ist. Wir entwickelten das Modell *«Familien-Hebamme»*, das im Ansatz die Schwangere und die Mutter während

**Tabelle 2**

**Die Säuglingssterblichkeit beträgt**
(Diese Zahlen stammen von 1980)

| | |
|---|---|
| in den Niederlanden | 8,6 ‰ |
| in Dänemark | 8,4 ‰ |
| in Finnland | 7,6 ‰ |
| in Schweden | 6,7 ‰ |
| in der Bundesrepublik Deutschland | 12,7 ‰ |

auf 1000 Lebendgeborene mit seither fallender Tendenz auch bei den Spitzenreitern.

des 1. Lebensjahres ihres Kindes umfasst. Ihnen soll als Vertrauensperson die Hebamme zur Seite stehen. Die «Familien-Hebamme» unterscheidet sich durch erweiterte Aufgaben von der freiberuflich tätigen Hebamme ebenso wie von der in der Klinik angestellten Hebamme.

Das kleinste Bundesland Bremen war bereit, die Aktion Familien-Hebamme durchzuführen. Finanziert wurde der Modellversuch von der Bundesregierung.
Die Familien-Hebamme im Modell ist als integriertes und integrativ wirkendes Element der sozialen und medizinischen Versorgung von Schwangeren und Müttern mit Neugeborenen konzipiert. Ihr Einsatz soll ein besseres Zusammenwirken der verschiedenen Institutionen sowie eine optimale Nutzung der Angebote erreichen, die, wenn erforderlich, durch sie ergänzt werden. Das Beratungs- und Betreuungsangebot muss für jede schwangere Frau oder Mutter gut erreichbar sein, das Ziel ist eine gemeindenahe, flächendeckende Versorgung. Dazu wurden in den verschiedenen Stadtteilen in Bremen 5 Hebammenstationen und in Bremerhaven 2 zentral gelegene eingerichtet. Beratung und Betreuung werden aktiv durch die Familien-Hebamme angeboten. Im Mittelpunkt stehen dabei Hausbesuche, die durch Telefon oder Anschreiben vorbereitet werden und damit die Forderung der nachgehenden Betreuung erfüllen.

In einer achtmonatigen Fortbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover, die speziell auf die berufliche Tätigkeit abgestimmt war, wurden 25 Hebammen mit mehrjähriger klinischer Berufserfahrung auf ihren Einsatz vorbereitet. Sie waren während der dreijährigen Laufzeit vom 1. Juni 1980 bis 31. Mai 1983 Angestellte des Landes Bremen, doch die inhaltliche Leitung blieb bei der Medizinischen Hochschule Hannover. Später kamen noch Kinderkrankenschwestern dazu, die das Kind im 1. Lebensjahr mit betreuten. Zur Ergänzung wurde eine türkische Familien-Hebamme eingesetzt, und 2 türkische Dolmetscherinnen standen in Bremerhaven zur Verfügung. Dadurch gelang es, die relativ grosse türkische Bevölkerungsgruppe gut zu erreichen.

Jede der Mitarbeiterinnen hatte jährlich etwa 300 Familien mit Neugeborenen zu versorgen, wobei mindestens 2 Hausbesuche im 1. Lebensjahr des Säuglings durchgeführt wurden. Den ersten kurz nach der Geburt, den zweiten zwischen dem achten und zehnten Lebensmonat. Alle Frauen, die bereits in der Schwangerschaft bekannt wurden, sollten schon vor der Geburt zu Hause besucht werden. Hier lernte die Familien-Hebamme die soziale Situation in der häuslichen Umgebung kennen und konnte sowohl medizinische als auch soziale Risikogruppen zur intensiveren Betreuung auswählen. Sie nahm also weniger im engen Sinn spezifische Hebammenaufgaben wahr, sondern übernahm eine ganzheitliche Betreuung der Schwangeren und Mutter.

Die Beratungsstellen (Hebammenstationen) waren täglich geöffnet, sie boten Telefonkontakt und waren bald auch gut besucht. Gleichzeitig waren die Räume Treffpunkt für Mutter-Kind-Gruppen. Geburtsvorbereitung mit Gymnastikkursen wurden ausserhalb der Sprechstunden abgehalten.
Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit mit Plakaten, Handzetteln, Aufklebern und mehrsprachigen Broschüren wurde die Familien-Hebamme bald bekannt. Rundfunk, Fernsehen und Presse berichteten wiederholt über das Modell, so dass zunehmend die Frauen von sich aus den Kontakt mit der Familien-Hebamme ihres Bezirkes aufnahmen.
Die Evaluation durch die wissenschaftliche Begleitforschung soll eine Bewertung der Effizienz des Modells bringen und damit eine fundierte Grundlage schaffen für die weitere Umsetzbarkeit der Ziele, den Ausbau der primären Prävention und letztendlich eine Senkung der kindlichen Mortalität und Morbidität.
Das Evaluationskonzept basiert auf verschiedenen Erhebungsebenen.

## 1. Die Hebammendokumentation

In dieser Arbeitsdokumentation sind die wichtigsten Daten zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, zur Entwicklung des Säuglings, der medizinischen Versorgung und zu den sozialen Lebensbedingungen der Frauen enthalten. Auch individuelle Problemsituationen wurden aufgenommen, und die getroffenen Massnahmen (wie Beratungsinhalte, konkrete Hilfe- und Versorgungsleistungen) sind darin festgehalten. Diese Dokumentation wurde von nahezu allen bekanntgewordenen Frauen angelegt:

- beim ersten Hausbesuch kurz nach der Geburt. Falls die Frau schon in der Schwangerschaft betreut wurde, ist bereits zu diesem Zeitpunkt die «Grunddokumentation» erstellt worden;
- beim zweiten Hausbesuch zwischen dem 8. und 10. Lebensmonat des Kindes zur bisherigen Entwicklung (Abschlussdokumentation).

Darüber hinaus dokumentierte jede Familien-Hebamme kontinuierlich und fallbezogen ihre durchgeführte Tätigkeiten.

## 2. Fallberichte der Hebammen

Eine Anzahl ausführlicher Kasuistiken wurden durch die Hebammen angelegt. Sie ermöglichen zusammen mit der Dokumentation auch qualitative Aspekte der Beratung und Betreuung zu erfassen. Dies gilt vor allem für die Risikofälle mit intensiver Betreuung.

## 3. Befragung zur Akzeptanz

Die Ergebnisse von schriftlichen Befragungen:

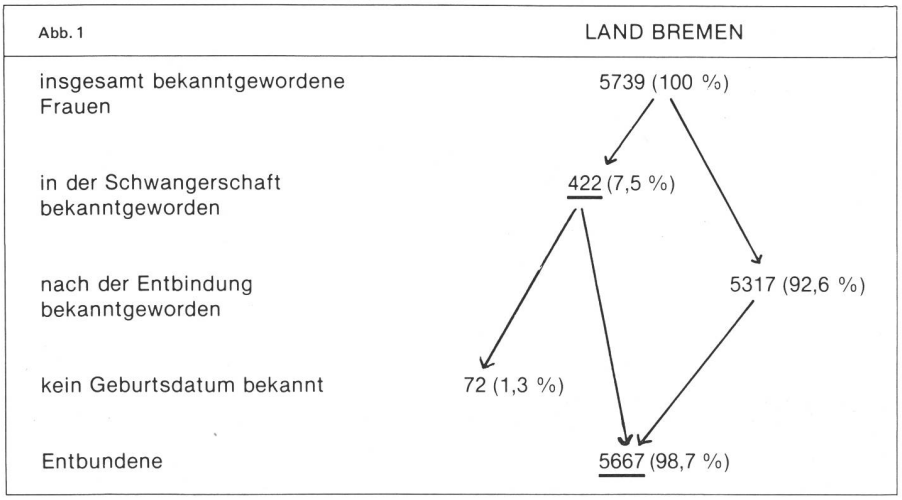
a) von Müttern, die im letzten halben Jahr ein Kind bekommen hatten;

b) von Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren.

Diese Befragungen wurden im halbjährlichen Abstand fünfmal durchgeführt bei einem repräsentativen Bevölkerungsanteil. Hieraus kann – in gewissem Ausmass – die Bedarfssituation abgeleitet werden, auch inwieweit die Mütter durch Familien-Hebammen tatsächlich erreicht wurden. Die Frauen wurden zu den Inhalten der Beratung und zu der Betreuung befragt. So konnte die Wirksamkeit sowohl aus der Sicht der Hebamme als aus der Sicht der Frau beurteilt werden. Diese Angaben wurden bezogen auf die Grundgesamtheit der Frauen, wie auch auf die Risikogruppen.
Zudem war es möglich, dabei die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten (Gynäkologen und Pädiater) wie mit den verschiedenen sozialen Institutionen zu testen. In gesonderten Dateien wurden die Kooperationsvorgänge mit den verschiedenen Partnern verzeichnet.

## 4. Eine nachgehende Analyse

der feto-infantilen Todesfälle in den Jahrgängen 1981 und 1982 wurde in einem Tiefeninterview zu Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung des Kindes von einer Psychologin und Ärztin durchgeführt. So konnte retrospektiv diese Risikogruppe erfasst werden.
Die Hinweise daraus wurden sorgfältig analysiert auf mögliche präventive und kurative Massnahmen und auf Interventionsmöglichkeiten der Familien-Hebamme.
Die vielen Einzeldaten dieser Darstellung hier einzubringen ist leider nicht mög-




| Abb. 2 N = 100 % | N = 5667 |
|---|---|
| Ein persönliches Gespräch mit Beratung fand statt bei: | 67,4 % |
| Grunddokumentation | 60 % |
| Abschlußdokumentation (Entwicklung 1. Lj. des Kindes) | 46 % |

lich, schon der zeitliche Rahmen erlaubt dies nicht. Es ist auch noch nicht der gesamte Zeitraum ausgewertet. So werde ich einige Beispiele von 1981 bringen.

Das Land Bremen hatte 1981 5887 Geburten (amtliche Statistik). Die Aktion «Familien-Hebamme» wurde allen bekannt gewordenen Frauen angeboten. Diese Zahlen ergeben die Modellpopulation.
5667 = (96,3%) Modellpopulation N = 100% (Abb. 1). Bei diesen wurden durchgeführt: persönliches Gespräch, Grunddokumentation, Abschlussdokumentation (Abb. 2).

Das Alter, die Legitimität, Nationalität, die Sozialschichtzugehörigkeit, die Schulbildung der Zielpopulation, ihre Wohnsituation wurden erhoben. Die Parität, anamnestische Risiken aus den Befunden der Mutterpässe, Geburtsgewicht, Tragzeit des Kindes, die Apgarwerte und die Anpassungsschwierigkeiten gingen in die Dokumentation ein. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Bevölkerung von Bremen-Stadt und den ebenfalls zum Land Bremen gehörenden Einwohnern der Hafenstadt Bremerhaven.

Dies ist zum Beispiel an der Bewertung der Schwangerschaftsvorsorge abzulesen (Tab. 3) und auch an der Verlegungsquote des Kindes nach der Geburt in die Kinderklinik (Tab. 4).
Dies erhärtet die Annahme, dass soziale Unterprivilegierte erhöhte Risiken haben.
Die Beratungsinhalte (1981) ergeben aufgeschlüsselt: bei 3054 Frauen wurde ein 1. Routine-Hausbesuch gemacht (Tab. 5); bei 2214 Frauen wurde ein 2. Routine-Hausbesuch durchgeführt; und 2458 Frauen erhielten zusätzliche Kontakte aufgrund ihrer Bedürfnisse. Dabei entfielen 83,1% aller Angaben auf medizinische Beratung und Hilfeleistung, 10,3% erhielten soziale Beratung und Unterstützung; weitere 6,6% können nicht eindeutig zugeordnet werden.
Beratungen waren 89,3%.
Praktische Hilfen 10,7%.

Die Kooperationskontakte schlüsselten sich wie folgt auf (Tab. 6):
Die Kooperationspartner wurden in sechs Gruppen zusammengefasst, auf die sich die Kontakte folgendermassen verteilen:
Es wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Kooperationen hier eindeutig bei sozialen Kooperationspartnern liegt. Von den 244 Kontakten mit niedergelassenen Ärzten entfallen 159 auf Pädiater.

Die 806 dokumentierten Kooperationsinhalte (Tab. 7) verteilen sich auf die einzelnen, analog zu den Beratungsinhalten aufgebauten Kategorien wie folgt:
Zu den zentralen Zielen des Modellversuchs gehörte die Erreichung sozialer und medizinischer Risikogruppen und ihre intensivere Betreuung durch Familien-Hebammen (Tab. 8). Dies ist ohne Zweifel gelungen. Dies gilt auch für das erste Lebensjahr des Kindes. Das Ergebnis ist eindeutig, je stärker das soziale Risiko desto intensiver setzte die Betreuung durch die Familien-Hebamme ein: dies gilt auch für die medizinischen Risiken (Tab. 9).

In die in Tabelle 8 dargestellte Berechnung gingen nur die Entbundenen ein, für die Angaben zu allen sechs, dem Gesamtindikator «Soziales Risiko» zugrunde liegenden Einzelvariablen, vorhanden waren (2986).

Abschliessend möchte ich zusammenfassen:
Schon die ausgewerteten Ergebnisse des Jahres 1981 zeigen deutlich auf, dass die Familien-Hebamme als Ansprechpartner und integrierende Kraft für die schwangere Frau, die Mütter und ihre Säuglinge wichtige Funktionen erfüllt, die letztendlich das Gesundheitsverhalten verbessern können und so künftig zu einer Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsrate der Säuglinge führen werden.

Die Verlaufskurve der Säuglingssterblichkeit im Land Bremen hat 1982 seinen niedrigsten Stand erreicht (Abb. 3).

**Tabelle 3: Bewertung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei der Grundpopulation** (Land Bremen 1981)

| | Bremen N = 2357 | Bremerhaven N = 623 | gesamt N = 2980 |
|---|---|---|---|
| ausreichend | 72,9 % | 65,3 % | 71,3 % |
| ausreichend, Beginn bis 20. Woche | 7,1 % | 9,6 % | 7,7 % |
| ausreichend, Beginn ab 21. Woche | 2,7 % | 2,4 % | 2,6 % |
| nicht ausreichend | 17,3 % | 22,6 % | 18,4 % |

**Tabelle 4: Bewertung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen mit Klinikaufenthalten bei der Grundpopulation** (Land Bremen 1981)

| | Bremen N = 2357 | Bremerhaven N = 623 | gesamt N = 2980 |
|---|---|---|---|
| ausreichend | 76,2 % | 68,6 % | 74,6 % |
| ausreichend, Beginn bei 20. Woche | 6,7 % | 10,1 % | 7,4 % |
| ausreichend, Beginn ab 21. Woche | 2,8 % | 2,6 % | 2,7 % |
| nicht ausreichend | 14,4 % | 18,7 % | 15,3 % |

**Tabelle 5: Häufigkeiten der einzelnen Beratungsinhalte und Hilfen im 1. Lebensjahr** (Land Bremen 1981)

| | 1. Hausbesuch | | 2. Hausbesuch | | zusätzl. Kontakte | | gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| 1. Basisberatung | 427 | 4,3 | 642 | 13,7 | 767 | 6,5 | 1836 | 7,0 |
| 2. Beratung Krankheit, Behinderung | 147 | 1,5 | 112 | 2,4 | 374 | 3,2 | 633 | 2,4 |
| 3. Hilfe Krankheit, Behinderung | 105 | 1,1 | 35 | 0,7 | 185 | 1,6 | 325 | 1,2 |
| 4. Beratung Prävention | 1274 | 12,9 | 710 | 15,2 | 1595 | 13,6 | 3579 | 13,6 |
| 5. Hilfe Prävention | 94 | 1,0 | 68 | 1,5 | 134 | 1,1 | 296 | 1,1 |
| 6. Beratung Pflege, Ernährung | 3880 | 39,2 | 1703 | 36,5 | 4397 | 37,4 | 9980 | 37,9 |
| 7. Hilfe Pflege, Ernährung | 541 | 5,5 | 52 | 1,1 | 871 | 7,4 | 1464 | 5,6 |
| 8. Beratung Schwangersch., Geburt | 1193 | 12,1 | 115 | 2,5 | 631 | 5,4 | 1939 | 7,4 |
| 9. Hilfe nach Geburt | 3 | 0,0 | 0 | 0,0 | 19 | 0,2 | 22 | 0,1 |
| 10. Beratung Antikonzept. | 776 | 7,8 | 281 | 6,0 | 729 | 6,2 | 1786 | 6,8 |
| 11. Beratung soz. Gefährdung | 101 | 1,0 | 115 | 2,5 | 119 | 1,0 | 335 | 1,3 |
| 12. Beratung Familienproblem | 235 | 2,4 | 167 | 3,6 | 354 | 3,0 | 756 | 2,9 |
| 13. Beratung Org., materiell | 260 | 2,6 | 113 | 2,4 | 257 | 2,2 | 630 | 2,4 |
| 14. Hilfe Org., materiell | 17 | 0,2 | 4 | 0,1 | 121 | 1,0 | 142 | 0,5 |
| 15. Beratung soz. Hilfen | 170 | 1,7 | 83 | 1,8 | 256 | 2,2 | 509 | 1,9 |
| 16. Hilfe Selbsthilfe | 95 | 1,0 | 80 | 1,7 | 172 | 1,5 | 347 | 1,3 |
| 17. Sonst. Beratung | 524 | 5,3 | 355 | 7,6 | 620 | 5,3 | 1499 | 5,7 |
| 18. Sonst. Hilfe | 48 | 0,5 | 36 | 0,8 | 152 | 1,3 | 236 | 0,9 |
| | 9890 | 100 | 4671 | 100 | 11753 | 100 | 26314 | 100 |

**Tabelle 6: Kooperationskontakte im 1. Lebensjahr nach Kooperationspartnern** (Land Bremen 1981)

| | Absolut | % |
|---|---|---|
| Niedergelassene Ärzte | 244 | 25,8 |
| Kliniken | 73 | 7,7 |
| ambulante med. Einrichtungen | 51 | 5,4 |
| Sozialbehörden | 474 | 50,2 |
| Beratungsstellen, Verbände, Vereine | 48 | 5,1 |
| Sonstige | 55 | 5,8 |
| | 945 | 100 |

**Tabelle 7 Kooperationsinhalte im 1. Lebensjahr** (Land Bremen 1981)

| | Absolut | |
|---|---|---|
| 1. Gesundh. Störungen, Krankheiten, Behinderungen | 188 | 23,3 % |
| 2. Inanspruchnahme präventativer Versorgungsangbote | 106 | 13,2 % |
| 3. Pflege und Ernährung des Kindes | 5 | 0,6 % |
| 4. Kontrazeption | 10 | 1,2 % |
| 5. das Kind gefährdende soziale Situation | 162 | 20,1 % |
| 6. Probleme in der Familie | 54 | 6,7 % |
| 7. Organisations- und materielle Hilfen | 69 | 8,6 % |
| 8. sonstige Hilfen, Umgang mit Behörden | 114 | 14,1 % |
| 9. Hilfe zur Selbsthilfe | 3 | 0,4 % |
| 10. sonstige Kooperationen | 95 | 11,8 % |
| | 806 | 100 % |

38,3 % der genannten Inhalte beziehen sich auf den medizinischen Bereich (Kategorie 1-4), 49,9 % auf den sozialen Bereich (Kategorie 5-9) und 11,8 % konnten nicht zugeordnet werden (Sonstige).


**92. Schweizerischer Hebammenkongress**

***29., 30. und 31. Mai 1985 in Sierre***

**Tabelle 8: Betreuung durch die Familien-Hebammen im 1. Lebensjahr nach sozialen Risiken** (Land Bremen 1981)

| | kein Risiko | niedrig. Risiko | mittl. Risiko | hohes Risiko | ins-gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| kein Hausbesuch | 43 (2,6 %) | 22 (3,3 %) | 8 (2,5 %) | 12 (3,9 %) | 85 (2,9 %) |
| Routine-betreuung (1-3 Hausbes.) | 1472 (90,3 %) | 570 (84,7 %) | 260 (80,5 %) | 230 (74,2 %) | 2532 (86,2 %) |
| Betreuung (4-9 Hausbes.) | 93 (5,7 %) | 57 (8,5 %) | 35 (10,8 %) | 45 (14,5 %) | 230 (7,8 %) |
| intensive Betreuung (10 u. mehr Hausbes.) | 22 (1,3 %) | 24 (3,6 %) | 20 (6,2 %) | 23 (7,4 %) | 89 (3,0 %) |
| | 1630 (55,5 %) | 673 (22,9 %) | 323 (11,0 %) | 310 (10,6 %) | 2936 (100 %) |

= 89 ∅1, p = 0,001

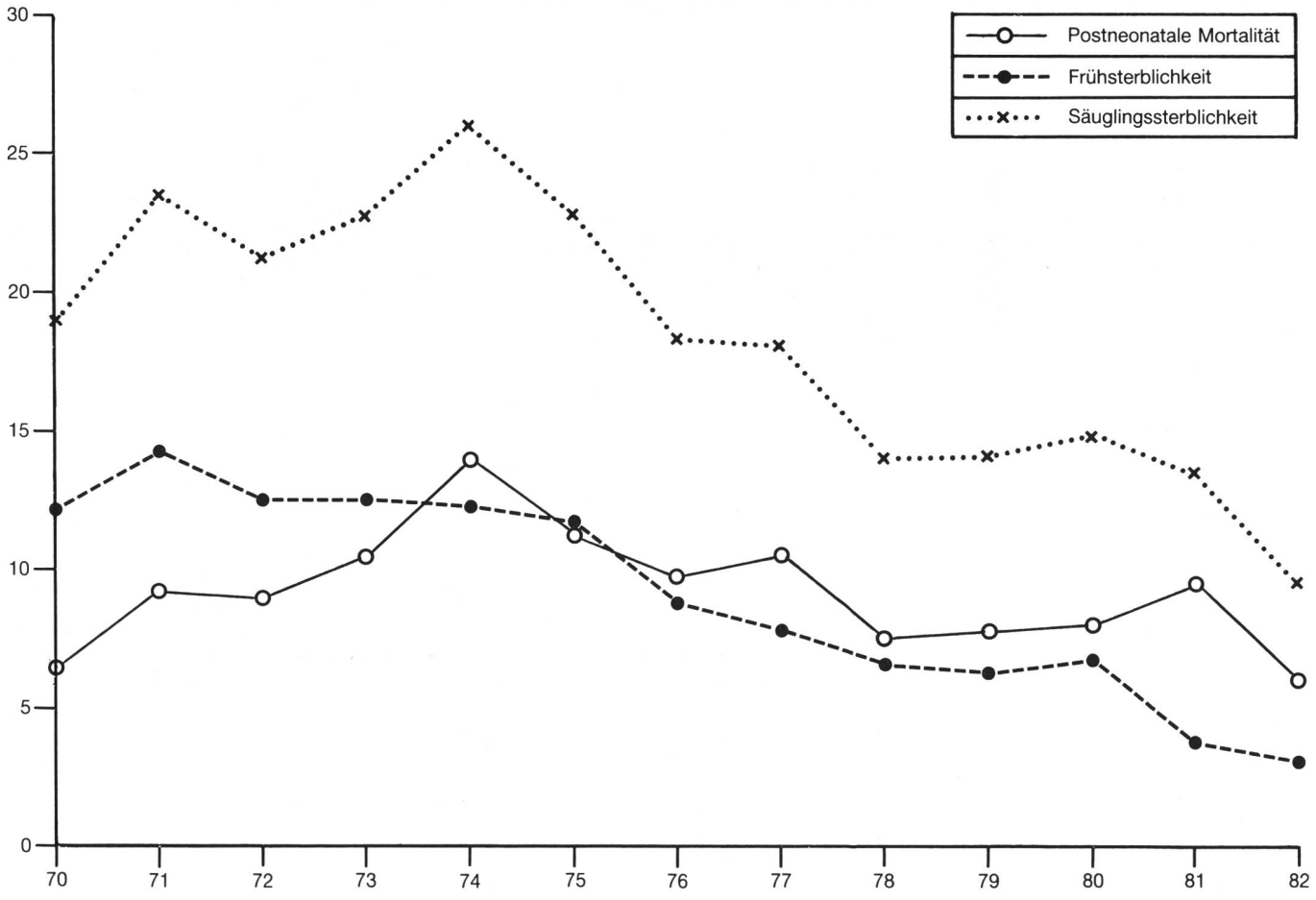
**Tabelle 9: Betreuung durch die Familien-Hebammen im 1. Lebensjahr nach medizinischen Risiken** (Land Bremen 1981)

| | kein Risiko | niedrig. Risiko | mittl. Risiko | hohes Risiko | ins-gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| keine od. nur Routinebetr. | 1387 (91,3 %) | 300 (89,0 %) | 78 (78,8 %) | 64 (74,5 %) | 1829 (89,7 %) |
| Betreuung | 99 (6,5 %) | 25 (7,4 %) | 13 (13,1 %) | 15 (17,4 %) | 152 (7,5 %) |
| intensive Betreuung | 32 (2,1 %) | 12 (3,6 %) | 8 (8,1 %) | 7 (8,1 %) | 59 (2,9 %) |
| | 1518 (74,4 %) | 337 (16,5 %) | 99 (4,9 %) | 86 (4,2 %) | 2040 (100 %) |

$x^2 = 42{,}76$ $p < 0{,}001$

Lit.-Angaben:
Bayrische Perinatalstudie (Selbmann et al 1977 und 1980),
Einzelfall-Analyse von Schmidt et al 1974,
Analysen zur hohen Nachsterblichkeit in der BRD (Schmidt et al 1978)
Die Untersuchung 1978 und Analysen zur Perinatalen Mortalität in Niedersachsen und Bremen (Collatz et al 1983 und 1984)
Die Analysen von Tietze et al 1981
Studie der Infratest-Gesundheitsforschung 1981, 1984.

**Abb. 3: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit Land Bremen 1970-1982**




Maria Hipp, leitende Hebamme im Projekt Familien-Hebamme der Abteilung Medizin-Soziologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, Direktor Professor Dr. J.J.Rohde. Projektleiter: Dipl. Päd. Dr. J.Collatz
Quelle: Deutsche Hebammen-Zeitschrift