

Warum Public Health auch Hebammensache ist

Von Johanna Pilwarsch

Public Health ist eine inter- und multidisziplinäre Wissenschaft, die sich mit der Gesundheit von großen (Bevölkerungs-)gruppen beschäftigt. Dabei verfolgt sie drei Kernaufgaben: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Schutz der Bevölkerung. Leitend sind Prinzipien wie Chancengerechtigkeit, Evidenzorientierung und Partizipation.

Hebammen leisten einen zentralen Beitrag zu diesen Zielen. Als Expert*innen in sensiblen Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind sie in einer Schlüsselposition, um sowohl individuelle Gesundheitsversorgung zu leisten als auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen umzusetzen. Die WHO betont, dass die Investition in Hebammen eine der effektivsten Maßnahmen ist, um mütterliche und kindliche Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (1). Laut einem Artikel aus der Lancet Midwifery-Serie könnten qualifizierte Hebammen über 80% aller mütterlichen sowie neonatalen Sterbefälle und stillen Geburten verhindern, sofern sie gut ausgebildet sowie gesetzlich reguliert sind und fest verankerte Rollen im Gesundheitswesen haben (2). Darüber hinaus kann Hebammenarbeit über 50 verschiedene gesundheitsbezogene Outcomes verbessern: z.B.: Stillen, mentale Gesundheit, Rauchentwöhnung und die Förderung einer gesunden Eltern-Kind-Bindung (3). Hebammen tragen damit wesentlich zur Erreichung internationaler Public-Health-Ziele bei: Sie stärken Gesundheitskompetenz, erkennen Risiken frühzeitig, fördern informierte Entscheidungen und begleiten Frauen durch physiologische wie auch risikobehaftete Prozesse. In internationalen Public-Health-Debatten werden sie zunehmend als Schlüsselakteur*innen verstanden, die eine Transformation hin zu einer würdevollen, niederschweligen und resilienten Gesundheitsversorgung ermöglichen (2, 4, 5)



Epidemiologie ist die wissenschaftliche Disziplin, welche diesem Auftrag die methodische Grundlage liefert. Sie untersucht die Verteilung (Wer, Wann, Wo?) und Determinanten (Warum?) von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen in genau definierten Populationen und wendet die Erkenntnisse auf die Kontrolle von Gesundheitsproblemen an. Damit liefert die Epidemiologie die Evidenz, mit der Public-Health-Akteur*innen Risiken erkennen, Präventionsstrategien priorisieren und die Wirksamkeit von Maßnahmen evaluieren können (6). Kurz gesagt: Public Health ist das Handeln für die Gesundheit von allen; Epidemio-

logie liefert die Evidenz, wo und wie interveniert werden muss. Dies möchte ich am Beispiel der „Obstetric Transition“ erläutern.

Obstetric Transition

Ein wichtiger epidemiologischer Marker ist die mütterliche Sterblichkeitsrate (Maternal Mortality Ratio= MMR), welche angibt, wieviele Frauen pro 100.000 Lebendgeburten während der Schwangerschaft, der Geburt oder innerhalb von 42 Tagen nach Schwangerschaftsende an schwangerschaftsbedingten Ursachen (direkt oder indirekt) versterben.

João Paulo Souza beschrieb 2014 erst-

Tabelle 1: Obstetric Transition
Quelle: Souza et al. 2014, eigene Darstellung
und eigene Übersetzung

mals das Konzept der Obstetric Transition – den Weg, auf dem Länder von extrem hoher (> 1.000 MMR) zu sehr niedriger Müttersterblichkeit (< 5 MMR) gelangen (7) (siehe Tabelle 1). Es beschreibt eine stufenweise epidemiologische Verschiebung der mütterlichen Sterblichkeit und auch die Veränderung der dahinterliegenden Strukturen sowie die Zielsetzung geburts-
hilfflicher Versorgungssysteme. Mit jeder Stufe der Transition wandeln sich die vorherrschenden Ursachen für Müttersterblichkeit: Während in Stufe I infektiöse und direkt geburtsbedingte Komplikationen vorherrschen, verändert sich dies mit zunehmender Stufe hin zu chronischen, nicht-übertragbaren Erkrankungen (NCDs), psychosozialen Belastungen und systemischen Barrieren. Parallel dazu verändern sich auch die Anforderungen an die Versorgung: Weg von einer rein akuten Notfallmedizin hin zu integrierter, kontinuierlicher, partizipativer Betreuung.

Während sich Niedrig- und Mitteleinkommensländer oft noch in den frühen Phasen mit fehlender Basisinfrastruktur befinden, steht Österreich laut Daten aus 2023 mit einer MMR von rund 6 bereits an der Schwelle von Stufe IV zu Stufe V (8). Das bedeutet, dass Frauen in Österreich mit flächendeckender geburts-
hilfflicher Versorgung rechnen können und die Qualität der Versorgung als grundsätzlich hoch angesehen wird. Doch einige Kennzahlen offenbaren typische Stufe-IV-Herausforderungen, die in der Tabelle 1 beispielhaft angeführt werden.

Stufe	MMR	Vorherrschende Ursachen	Wesentliche Herausforderungen	Mögliche Interventionen
I	> 1000	Vorwiegend direkte Ursachen (z.B. postpartale Blutungen, Prä-/Eklampsie etc.) und infektiöse Ursachen (z.B. Sepsis, Malaria)	Fehlende Basisinfrastruktur, geringe Bildung (v.a. Frauen-Alphabetisierung), fragiles Gesundheitssystem, Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal	Grundversorgung sicherstellen, Primärprävention: Familienplanung, sichere Schwangerschaftsabbrüche, Versorgung mit Eisen/Folsäure, Barrieren zum Zugang abbauen
II	999-300	Direkte und infektiöse Ursachen	Erste Nutzung von Einrichtungen, aber Personal- und Ausbildungsdefizite	Weiterer Basis-Ausbau & Transport, Community-Outreach zur Nachfragegenerierung, Ausbildung von qualifiziertem Gesundheitspersonal
III	299-50	Direkte Ursachen	Qualität in Einrichtungen hinkt hinter zunehmender Inanspruchnahme her	Systematisches Qualitätsmanagement, Audits, Skilltrainings & Task-Shifting
IV	< 50	Indirekte Ursachen , NCD (nicht-übertragbare Erkrankungen), psychische Erkrankungen	Versorgungslücken, Wartezeiten, Über-Medikalisierung (z. B. steigende Kaiserschnitttrate)	Praxistransfer klinischer Leitlinien, Reduktion unnötiger Eingriffe, integrierte Versorgung von NCDs & mentaler Gesundheit, Patient*in-sensicherheit steigern
V	< 5	Indirekte Ursachen , NCD (nicht-übertragbare Erkrankungen), psychische Erkrankungen	Genderungleichheit, Gewalt in der Geburtshilfe, marginalisierte Gruppen, langfristige Nachhaltigkeit des Systems	Nachhaltige Finanzierungsmodelle sicherstellen, gezielte Maßnahmen für marginalisierte Gruppen; intersektorale Zusammenarbeit (z. B. Bildung, Soziales); Kulturwandel zu ganzheitlicher, würdevoller Geburtshilfe

Übermedikalisierung

Die Übermedikalisierung in der Geburtshilfe, von Miller et al. auch als „too much, too soon“ beschrieben, umfasst die routinemäßige Anwendung diagnostischer oder medikamentöser Eingriffe ohne klare medizinische Indikation und jenseits evidenzbasierter Leitlinien. Studien zeigen, dass Frauen häufig nicht über Risiken solcher Interventionen aufgeklärt werden oder informierte Zustimmung

geben konnten (9).

Die Kaiserschnitttrate ist ein global gemessener Indikator und ein gutes Beispiel einer Intervention, die manchmal „too little, too late“, aber manchmal auch „too much, too soon“ eingesetzt wird (9). Laut der jüngsten Publikation von Statistik Austria wurden in Österreich im letzten Jahr 32,5 % aller Lebendgeburten per Kaiserschnitt geboren, was fast eine Verdrei-

fachung seit 1995 darstellt (10). Im Artikel wird das steigende mütterliche Alter als Grund für diesen Trend angeführt. Doch bei genauerer Betrachtung ist auffällig, dass sich die Raten bei ähnlicher Altersstruktur innerhalb von Österreich deutlich unterscheiden (Steiermark 38,2 %, Salzburg 27,8 %). Solche Unterschiede können auch auf organisatorische und kulturelle Faktoren hindeuten.

Wenn direkte Todesursachen weitgehend kontrolliert sind, wird die „Interventionsspirale“ selbst zu einem Qualitätsproblem.



Aus der Perspektive der Obstetric Transition gilt Übermedikalisierung als charakteristisches Risiko fortgeschrittener Länder in Stufe IV oder V: Wenn direkte Todesursachen weitgehend kontrolliert sind, wird die „Interventionsspirale“ selbst zu einem Qualitätsproblem (7). International ordnet Miller et al. diese Praxis als Teil der „too much, too soon“-Falle ein, in der routinemäßige, nicht-indizierte Eingriffe die physiologische Geburt verdrängen, ohne Outcome-Gewinn, dafür aber mit höheren Komplikations- und Kostenrisiken (9).

Die Kritik an übermäßigen Interventionen darf jedoch nicht dazu führen, dass die Risiken und Herausforderungen übersehen werden, welche mit einer zunehmend komplexen gesundheitlichen Ausgangslage einhergehen. Denn so wichtig es ist, unnötige Eingriffe zu vermeiden, so wenig darf verkannt werden, dass sich der Gesundheitszustand gebärender Personen in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat.

Ein aktuelles Lancet-Editorial warnt im Zuge dieses Diskurses vor dem falschen Gegensatz „Übermedikalisierte, paternalistisch geprägte Geburtshilfe versus einer dogmatischen Ideologie von natürlicher Geburt“ und fordert ein evidenzbasiertes, frauenzentriertes Gleichgewicht zwischen notwendiger Intervention und bewusster Zurückhaltung (11).

Indirekte Ursachen nehmen zu

Parallel zur verbesserten Kontrolle direkter geburtshilflicher Komplikationen gewinnen in industrialisierten Ländern zunehmend indirekte Ursachen an Bedeutung; also gesundheitliche Zustände, die nicht unmittelbar durch Schwangerschaft oder Geburt ausgelöst werden, deren Verlauf aber maßgeblich beeinflussen. Dazu zählen insbesondere nicht-übertragbare Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes mellitus, kardiovaskuläre

Erkrankungen oder psychische Belastungen. So auch in Österreich. Der Bericht der Statistik Austria zeigt, dass Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes immer älter werden. Lag das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes im Jahr 1984 noch bei 23,8 Jahren, stieg es im Jahr 2024 auf 31,6 Jahre (10, 12). Diese Entwicklung birgt gesundheitliche Risiken, da mit höherem Alter die Prävalenz chronischer Erkrankungen steigt. Die österreichische Gesundheitsbefragung zeigt, dass mehr als ein Viertel der Frauen im gebärfähigen Alter übergewichtig und um die 15 Prozent adipös sind (13). Auch Diabetes spielt eine immer größere Rolle: Seit 2010 zeigt sich beispielsweise eine Verdoppelung von Gestationsdiabetes (14).

Eine groß angelegte Analyse in acht europäischen Ländern bestätigt dieses Muster und zeigt wie sich die Ursachen der maternalen Mortalität gewandelt haben: Über 85 % der maternalen Todesfälle waren auf indirekte Ursachen zurückzuführen, darunter kardiovaskuläre Erkrankungen, Thrombosen, Krebs und psychische Erkrankungen wie Suizid (15). Diese indirekten Ursachen unterstreichen die Wichtigkeit einer integrierten geburtshilflichen Versorgung. Diese erfordert:

- frühzeitige Risikoerfassung bereits vor oder zu Beginn der Schwangerschaft,
- interprofessionelle Betreuung durch Hebammen, Gynäkolog*innen, Allgemeinmediziner*innen, Internist*innen und Psycholog*innen, Diätolog*innen und andere Gesundheitsberufe,
- Ausbau von Primärversorgung und integrierter Versorgung

Nachhaltige Sicherstellung

Entsprechend der Obstetric Transition stellt sich die Frage nach der langfristigen Tragfähigkeit des geburtshilflichen Versorgungssystems. Denn strukturelle Veränderungen, demographische Entwicklungen und komplexer werdende Fallgeschichten stellen das Versorgungssystem vor Herausforderungen.

Aktuelle Entwicklungen zeigen eine Tendenz zur Zentralisierung: In Niederösterreich wurden kürzlich die Geburtstationen in Klosterneuburg und Hollabrunn geschlossen, die Leistungen sollen in größeren Geburtshilfen gebündelt werden (16). Ähnliche Entwicklungen finden sich auch in anderen Bundesländern. Die zugrundeliegenden Entscheidungen basieren häufig auf ökonomischen Kriterien, einer angestrebten Bündelung von Expertise sowie der technischen Ausstat-

tung größerer Einrichtungen. Dabei treten jedoch neue Herausforderungen auf, etwa hinsichtlich der Erreichbarkeit, Versorgungsgerechtigkeit und wohnort-nahen Betreuung. Im geburtshilflichen Kontext stellt sich auch die Frage, ob großstrukturierte, technisch hochgerüstete Geburtskliniken auch automatisch das geeignete Setting für gesunde Schwangere mit physiologischem Verlauf darstellen. Eine retrospektive Studie an der Medizinischen Universität Wien verglich über zehn Jahre hinweg Geburten im hebammengeleiteten Kreißsaal mit der ärztlich geleiteten Regelversorgung. Die Ergebnisse zeigen, dass in der hebammengeleiteten Betreuung signifikant seltener zu Interventionen wie Oxytocin-gabe, Episiotomie oder Schmerzmittel gegriffen wurde – ohne negative Auswirkungen auf mütterliche oder neonatale Outcomes (17).

Internationale Empfehlungen, etwa jene der WHO, der Vereinten Nationen oder der Midwifery Series im Lancet, sprechen sich klar für den Ausbau hebammengeleiteter Versorgungsmodelle aus (1, 4, 5). In Österreich bildet diese Versorgungsform bislang jedoch nur ein Randphänomen. Das geburtshilfliche System ist stark ärztzentriert – die allermeisten Geburten finden im Krankenhaus statt, und hebammengeleitete Kreißsäle in den Geburtsstationen bzw. hebammengeleitete Einrichtungen wie Geburtshäuser sind bislang nur marginal vertreten. Gründe dafür liegen nicht nur in strukturellen Barrieren, sondern auch in der fehlenden systematischen Integration hebammengeleiteter Modelle in Planung, Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens. Gleichzeitig ist auch die Profession selbst gefordert. Der Auf- und Ausbau solcher Modelle erfordert neben politischer Un-

terstützung auch die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung in neuen Versorgungsrollen, zur stärkeren interprofessionellen Zusammenarbeit und zur kontinuierlichen Reflexion der eigenen Praxis. Die Implementierung hebammengeleiteter Einheiten sollte daher weder als Allheilmittel verstanden noch allein aus professionspolitischem Interesse betrieben werden. Vielmehr bedarf es evidenzbasierter Modelle, die Versorgungslücken tatsächlich adressieren, die Qualität nachweislich verbessern und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähig sind.

Ein günstiges Zeitfenster ergibt sich dennoch: Laut Hebammen-Personalbedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Österreichischen Hebammengremiums und der Bundesarbeiterkammer wird bis 2032 mit einem moderaten Zuwachs an verfügbaren Hebammen gerechnet, insbesondere auf-



Gesundheit

Das bringt mir der MSc Hebamme

«Das Masterstudium hat mich persönlich und beruflich weitergebracht. Es hat mich in meiner Identität als Hebamme gestärkt und mir den Weg für eine Tätigkeit als Hebammenexpertin geebnet.»

Sarah-Maria Schuster, Absolventin des Master of Science (MSc) Hebamme an der ZHAW

Gestalten Sie Ihre Zukunft als Hebamme

Ob Vollzeit oder berufsbegleitend, vor Ort oder hybrid. Wir bieten Ihnen flexible Möglichkeiten, Ihre Hebammentätigkeit und Karriere weiterzuentwickeln.

Nächster Studienbeginn im Herbst 2026

Das Anmeldefenster öffnet sich am 26. September 2025.

→ zhaw.ch/gesundheit/master/hebamme



Public Health
eröffnet Hebammen
neue Möglichkeitsräume -
sowohl
in der Forschung
als auch in der
Versorgungsgestaltung.

grund der höheren Ausbildungszahlen der letzten Jahre (17). Zudem bietet der kürzlich erschienene WHO-Leitfaden „Transitioning to Midwifery Models of Care“ zur Implementierung von hebammengeleiteten Modellen (18) einen Rahmen, wie diese unter Berücksichtigung nationaler Voraussetzungen, regionaler Unterschiede und gesundheitspolitischer Prioritäten systematisch entwickelt, pilotiert und skaliert werden können.

Zentrale Schritte aus dem WHO-Implementierungsguide für hebammengeleitete Modelle umfassen (18):

- **Politisches Commitment sichern:** Hebammengeleitete Modelle sollten explizit in nationale Gesundheitsstrategien, Leistungspläne und Finanzierungsmechanismen integriert werden.
- **Governance-Strukturen aufbauen oder stärken:** Empfohlen wird die Einrichtung einer nationalen Steuerungsgruppe mit Verantwortung für Strategieentwicklung und Koordination, ergänzt durch operative Teams auf regionaler Ebene.
- **Situationsanalyse und Versorgungsplanung:** Eine evidenzbasierte Bestandsaufnahme zu Versorgungslücken, Personalkapazitäten, rechtlichen Rahmenbedingungen und Bedürfnissen der Nutzer*innen bildet die Grundlage für Planung und Pilotierung.
- **Partnerschaften ausbauen:** Der Übergang erfordert die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur*innen – darunter Berufsverbände, Sozialversicherungsträger, Politik, NGOs, Ausbildungsstätten sowie Frauenorganisationen. Insbesondere die partizipative Einbindung von Nutzerinnen ist ein zentrales Prinzip.
- **Qualitätssicherung und Evaluation:** Die Entwicklung belastbarer Monitoring- und Evaluationssysteme sowie realistischer Finanzierungsmodelle ist Voraussetzung für langfristige Implementierung und Skalierung.

Ein solcher Transformationsprozess ist komplex und langfristig angelegt. Er birgt Potenziale, stellt aber auch Anforderungen – an Gesundheitspolitik, Systemsteuerung und nicht zuletzt an die Profession selbst.

Hebammen und Public Health

Public Health eröffnet Hebammen neue Möglichkeitsräume – sowohl in der Forschung als auch in der Versorgungsgestaltung. Ihre Nähe zu den Bedürfnissen von Frauen und Familien macht sie zu wichtigen Akteur*innen in der Entwicklung effektiver, gerechter und nachhaltiger Gesundheitsstrategien. Gleichzeitig erlaubt die Public-Health-Perspektive, über den individuellen Fall hinauszublicken, strukturelle Risiken und Chancen zu erkennen und Versorgungssysteme evidenzbasiert weiterzuentwickeln.

Literaturverzeichnis

1. WHO. WHO calls for global expansion of midwifery models of care <https://www.who.int/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care>: WHO; 2025 (Zugriff am 1.8.2025)
2. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*. 2014;384(9948):1146-57.
3. WHO. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action. Genf; 2019.
4. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-45.
5. WHO. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Genf; 2024.
6. Canoy D. A Dictionary of Epidemiology, 6th edition Publisher: Oxford University Press Editor: Miguel Porta. *BBA Clinical*. 2015;4:42-3.
7. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *Bjog*. 2014;121 Suppl 1:1-4.

8. WHO. Austria – Health data overview for the Republic of Austria <https://data.who.int/countries/040>: World Health Organization; 2025 (updated 14. Juli 2025).

9. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-92.

10. Statistik Austria. Ein Drittel der Babys wird per Kaiserschnitt geboren. 2025.

11. The Lancet. Empowering women during childbirth. *The Lancet*. 2025;406(10498):1.

12. Kraus M, Hartmann B, Kirchengast S. Delaying Motherhood-An Increasingly Common but Risky Trend in High-Income Countries. *Am J Hum Biol*. 2025;37(4):e70037.

13. Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Wien; 2019.

14. Gaiswinkler SA, Daniela; Delcour, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pichler, Michaela; Wahl, Anna. Frauengesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK); 2022.

15. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M, et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*. 2022;379:e070621.

16. Landesregierung Niederösterreich. Empfehlungen des Expertengremiums zum Gesundheitspakt Niederösterreich 2040+. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung; 2025.

17. Mathis-Edenhofer S, Pilwarsch J, Rappold E. Hebammen- Personalbedarfsprognose bis 2032. 2022.

18. WHO. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. Genf; 2025.

JOHANNA PILWARSCH; BSc. MPH



hat Public Health an der MedUni Wien studiert, ist Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Gesundheit Österreich GmbH, wo ihre Schwerpunkte in der Weiter-

entwicklung von Gesundheitsberufen, interprofessioneller Zusammenarbeit in der Primärversorgung und Frauengesundheit liegen.

Johanna.pilwarsch@goeog.at