

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: 89 (1991)

Heft: 5

Artikel: Dampfpflege/Episiotomie

Autor: Sleep, Jennifer

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950154>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

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

Dammpflege / Episiotomie

Episiotomie – ein Thema, das wie kaum ein anderes zu Diskussionen mit Emotionen und Polemik führt.

Der Kreis der Personen, die sich dazu äussern, wird immer grösser; auffallend ist, dass von den am direktesten betroffenen Frauen selber kaum etwas kommt.

Und wir? Wir erklären, beraten, erwägen, bereiten vor – und pflegen die Nähte der Schnitte, die wir schlussendlich doch meist haben machen (lassen) müssen...

Die diesen Tatsachen zugrunde liegenden Ursachen sind vielfältig; am ehesten zu finden in der hierarchisch strukturierten Kompetenzaufteilung, die sich aus dem maximalen Sicherheitsbedürfnis aller an der Geburtshilfe Beteiligten ergeben hat.

Der folgende Bericht über Studien in England, wo Auswirkungen liberaler oder restriktiver Episiotomie-Politik untersucht wurden, kann diese Problematik kaum lösen, uns aber Impulse, Hintergrundwissen und fundierte Argumente vermitteln. Sie helfen uns, die Angst vor Dammrissen zu objektivieren. Darin liegt unter anderem der Ansatz zu rückläufigen Episiotomie-Raten.

Bis zu der Epi-Rate von 22%, wie z.B. im Northwick Park Hospital in London, ist es sicher noch ein langer Weg. Ein Anfang wäre, wenn Hebammen vermehrt die Indikation zur Epi stellen und deren Schnittführung bestimmen könnten. *sf*

Eine Zusammenfassung des Berichtes über Studien in England von Jennifer Sleep in Midwives, Research and Childbirth, Volume II.

Einer der wichtigsten Beiträge von Hebammen zu mütterlichem Wohlbefinden ist die Dammbetreuung/-pflege während Geburt und Wochenbett.

Diese Pflege sollte auf wissenschaftlich erarbeiteten und ausgewerteten Grundlagen basieren und dem Zuständigkeitsbereich der Hebamme angehören, denn sie ist es, die die Mehrzahl der normalen Geburten leitet. (In England sind die Hebammen seit 1983 zunehmend auch für das Nähen zuständig. [Anm. der Übersetzerin]. Meist ist es auch die Hebamme, die im Spital oder zu Hause von den Frauen zur Linderung von Dammschmerzen um Rat angegangen wird.

Die Wirksamkeit vieler Routinemassnahmen in der Dammbetreuung sub- und postpartal war soweit kaum Gegenstand von Untersuchungen. Zusammen mit anderen geburtshilflichen Praktiken wird deren Wert jedoch zunehmend in Frage gestellt (Chalmers & Richards, Cochrane).

Die Episiotomie im speziellen

Jene, die eine liberale Handhabung befürworten, begründen dies mit der Reduktion von schweren Damm- und Vaginalrissen, langfristigen Problemen wie (Stress-)Inkontinenz und Prolapsen (Donald, Flood).

Dem setzen jene, die eine zurückhaltende Politik verfolgen, gegenüber,

dass Episiotomie unnötige Schmerzen und langfristige Probleme wie Dyspareunie verursache (House, Kitzinger & Walters, Zander).

Die Episiotomie-Rate hat in den letzten Jahren laufend zugenommen. 1967 lag diese um 25%, 1978 um 53% und heute mancherorts um 90%.

Hebammen stellten fest, dass die Entscheidung zur Episiotomie zunehmend von ärztlicher Seite gefällt wird.

Dies führt mit der steigenden Anzahl dazu, dass die Fertigkeit, dammerhaltend zu entbinden, verloren geht.

Weitere Aspekte der Dammpflege wie Dammvorbereitung, Nahtmaterial und -technik, Therapien zur Schmerzlinderung im Dammbereich wurden bisher kaum wissenschaftlich untersucht. Dammschmerzen und die längerfristigen Folgen wie Dyspareunie und Inkontinenz können das Wohlergehen der Frauen in ihrem Arbeitsalltag als Mutter und in ihren Partnerbeziehungen beeinträchtigen.

In den folgenden Studien wurde versucht, die Wirksamkeit verschiedener Politiken und Behandlungsformen abzuschätzen. Sie wurden in Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärzten, weiterem Spitalpersonal und Mitgliedern der nationalen perinatalen Forschungsabteilung in Oxford am Royal Berkshire Hospital in Reading während drei Jahren mit Frauen durchgeführt, die freiwillig mitarbeiteten und nach dem Zufallsprinzip den Versuchsgruppen zugeteilt wurden.

Studie 1

Liberaler gegen restriktive Durchführung von Episiotomien bei 1000 normal verlaufenden Spontangeburt.

Gruppe A (restriktiv): Die Episiotomie wurde auf ausschliesslich fetale Indikationen (Brady-, Tachykardie grünes Fruchtwasser) beschränkt durchgeführt.

Gruppe B (liberal): Die Hebammen wurden angewiesen, Risse zu vermeiden.

Ausgewertet wurden:

- Damm-Trauma bei der Geburt
- **Mütterliche Morbidität 10 Tage und 3 Monate post-partum**
- Dammschmerzen
- Urininkontinenz
- Zeitpunkt der Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr
- Auftreten von Dyspareunie
- **Kindliche Morbidität**
- Apgar-Score
- Anzahl der Kinder, die auf die Neo. verlegt werden mussten

Charakteristika der Versuchsgruppen

	Gr. A	Gr. B
Anzahl Frauen:	498	502
Durchschnittsalter:	26,6	26,7
Anteil I-Para:	40%	44%
Durchschn.		
Gestationsalter:	39,8	39,8
Durchschn.		
Geburtsgewicht:	3393	3367

Die Geburten wurden in der Mehrzahl (94%) von Hebammen geleitet, die restlichen von Ärzten oder Medizinstudenten.

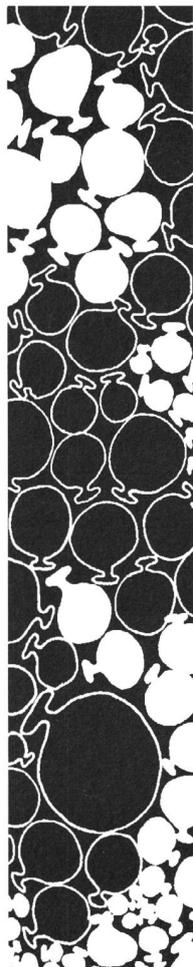
Die Dammnähte wurden zu 86% von Geburtshilfe-Assistenzärzten ausgeführt, bzw. von Personen mit ähnlichem Status.

Die Schnittführung der Episiotomien war meist mediolateral.

Wie **Tabelle 1** zeigt, sind es die Episiotomien aus mütterlicher Indikation, die diese augenfällige Differenz von 41% in der Gruppe A ausmachen. In der Gruppe B führten ein vernarbter Damm 11x, ein grosses Kind 3x und die Verhütung eines Risses 4x zum mütterlich indizierten Dammschnitt.

Risse am Damm (siehe Tabelle 2)

Risse an den Labien (siehe Tabelle 3)



BERNA

Präparate

Schweiz. Serum- & Impfinstitut Bern
Postfach, 3001 Bern
Telefon 031 - 346 111
Für Bestellungen: 031 - 346 246

Triviraten Berna

Virus-Lebendimpfstoff
gegen Masern, Mumps und Röteln

- gut verträglich (HDC-Kultur)
- mit potenten Impfstämmen (RA 27/3, EZ, Rubini)
- Mono- und Kombinationsimpfstoffe

BERNA
Die breite Palette
immunbiologischer
Präparate

Für weitere Informationen beachten Sie bitte den Packungsprospekt oder fragen Sie uns direkt an

Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse

	Gr. A		Gr. B	
Alle Frauen	Anzahl:	498	Anzahl:	502
Episiotomierate	10%	51	51%	258
Mütterl. Indikation	4%	18	45%	228
Fetal distress	7%	33	6%	30
Primipara	Anzahl:	201	Anzahl:	219
Episiotomierate	18%	38	67%	147
Mütterl. Indikation	6%	12	59%	130
Fetal distress	12%	24	8%	17
Multipara	Anzahl:	297	Anzahl:	283
Episiotomierate	5%	15	39%	111
Mütterl. Indikation	2%	6	35%	98
Fetal distress	3%	9	4%	13

Tabelle 2: Risse am Damm

Gruppe A (498 Frauen)			Gruppe B (502 Frauen)		
Keine	34%	169 Frauen	Keine	24%	122 Frauen
DR I° od. II°	56%	278 Frauen	DR I° od. II°	24%	123 Frauen
Epi	10%		Epi	51%	

Tabelle 3: Risse an den Labien

Keine	74%	367 Frauen	Keine	83%	415 Frauen
Labienriss	26%	131 Frauen	Labienriss	17%	87 Frauen

Tabelle 4: Mütterliche Morbidität

Dammschmerzen 10 Tage pp:					
Gruppe A		(439 Frauen)	Gruppe B		(446 Frauen)
23%		99 Frauen	23%		101 Frauen
Dammschmerzen 3 Monate pp:					
8%		33 Frauen	8%		35 Frauen
Urininkontinenz 3 Monate pp					
	Gruppe A		Gruppe B		
Leichte IK	13%	56 Frauen	13%	59 Frauen	
Binde zeitw. nötig	6%	26 Frauen	5%	24 Frauen	
Binde immer nötig	0%	0 Frauen	1%	4 Frauen	
Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs					
	Gruppe A		Gruppe B		
1 Monat pp	37%	162 Frauen	27%	123 Frauen	
2 Monate pp	44%	193 Frauen	53%	242 Frauen	
3 Monate pp	10%	44 Frauen	10%	46 Frauen	
noch nicht	9%	39 Frauen	10%	46 Frauen	

Wie erwartet, fanden sich in der Gruppe A sowohl mehr Dammsrisse, wie auch mehr intakte Dämme. Komplizierte Damm-Traumen (DR II° od. III°) kamen in der Gruppe A 4x und in der Gruppe B in einem Fall vor. Alles in allem fiel die Rate der Dammverletzungen niedriger aus, als von anderen publizierten Stu-

dien her erwartet wurde. Multiparas hatten weniger Epis, weniger Labienrisse und mehr intakte Dämme als Primiparas.

Kindliche Morbidität

Es wurden keine signifikante Unterschiede festgestellt.

1 Min. Apgar ≤ 7:
5,4% in der Gruppe A
1 Min. Apgar ≤ 7:
4,6% in der Gruppe B

Verlegung auf die Neo. Abt. in den ersten 10 Lebenstagen:
5,7% der Kinder aus der Gruppe A
7,6% der Kinder aus der Gruppe B

Mütterliche Morbidität
(siehe Tabelle 4)

Die Beschränkung der Episiotomie auf fetale Indikationen ergab weder einen Anstieg noch eine wesentliche Verringerung obenstehender Probleme; der einzige festgestellte Unterschied findet sich im Zeitpunkt der Wiederaufnahme des GV, der bei der Gruppe A eher früher ist. Die Aussage, wonach Dammsrisse bedeutend weniger Unbehagen bereiteten als Epis (Thacher & Banta 1983, House 1981, Kitzinger & Walters 1981) fanden wir nicht bestätigt.

In beiden Testgruppen gaben 19% der Frauen Urininkontinenz-Probleme an, damit gibt es keinen Anhaltspunkt dafür, dass eine liberale Epi-Politik, diesen vorbeugt.

Diese Genesungs-Ergebnisse in den ersten drei Monaten pp lassen annehmen, dass beide der verbreiteten Ansichten falsch sind, da Epis ebensowenig zu einfacherer und besserer Heilung führen wie die Risse zu geringerer Morbidität.

Eine restriktive Epi-Politik erhöht eindeutig die Anzahl der Frauen, die ohne jegliches Damm-Trauma gebären.

Die Folge-Studie

Drei Jahre später wurden die Studien-Teilnehmerinnen nochmals neu kontaktiert. Uns interessierte speziell, ob sich Erkenntnisse früherer Studien zu liberaler Epi-Anwendung bestätigen, wonach diese:

- der Erschlaffung des Beckenbodens und damit der Urininkontinenz vorbeuge (Flood 1982),
- häufiger zu Dyspareunie führe (Kitzinger & Walter 1979).

Aus der Gruppe A konnten 329, aus der Gruppe B 345 Fragebogen ausgewertet werden.

42% der Frauen aus der Gruppe A hatten seither ein zweites Kind geboren, wobei weniger Frauen eine weitere Dammschnitt brauchten als jene der Gruppe B, von denen 39% eine zweite Geburt hinter sich hatten.

Die Ergebnisse zu Dyspareunie und Urininkontinenz sind bei beiden Gruppen ähnlich.

Aus der Gruppe A geben 16% und aus der Gruppe B 13% Schmerzen beim GV an. Die Mehrzahl dieser Frauen (aus beiden Gruppen) gab an, schon immer unter Dyspareunie gelitten zu haben.

Das Vorkommen von Urininkontinenz wurde von 35% aus der Gruppe A und 37% aus der Gruppe B angegeben, der Schweregrad differierte wenig.

Das allgemeine Wohlbefinden wurde in beiden Gruppen von 60% der Frauen mit sehr gut und von 38% mit gut bezeichnet.

Diese Langzeit-Befunde bestätigen jene aus der kurz- und mittelfristigen Postpartalzeit, namentlich dass

- Dammrisse nicht weniger Probleme verursachen, während
- Epis nicht zu besserer Heilung und Wiederherstellung führen.

Deshalb und weil positive Beweise, dass invasive Episiotomie-Anwendung zugunsten der Frau ausfällt, fehlen, empfehlen wir (auf fetale Indikationen beschränkt), weniger häufig zu schneiden. Für eine Epi-Rate über 10% bei normalen Geburten fanden wir in dieser Studie wenig Rechtfertigung.

Studie 2: Nahtmaterial

Sie zeigte, dass Glycerol – imprägnierter Chrom-Catgut (auch als Softgut bezeichnet) mit grösseren Vorkommen von Dyspareunie mittel- oder langfristig assoziiert ist als unbehandelter Chrom-Catgut.

Studie 3: Sitzbadezusätze

Sie ergab, dass Sitzbäder zur Linderung von Dammschmerzen und zu besserer Heilung beitragen können, was jedoch wenig von der Art des Badezusatzes abhängt. (In England wird Salz oder antiseptische Seife mit Chlorhexidin beigefügt. Anmerk. der Übersetzerin.)

Studie 4: Der Effekt von Beckenbodenübungen bei postpartaler Urininkontinenz

Diese konnte die Hypothese, wonach intensives Beckenbodentraining nach der Geburt Urininkontinenz vorbeuge oder vermindere, nicht stützen.

Sicher aber kann damit der Tonus der Beckenbodenmuskulatur verbessert

Tabelle 5: **Geburtspositionen**

	Primipara					
	Gebärstuhl		Rückenlage 40		Seitenlage	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Episiotomie	46	38	254	35	24	12
Dammriss	55	45	233	32	60	30
Intakt	21	17	240	33	117	58
Total	122	100	727	100	201	100
Multipara						
Episiotomie	12	9	143	12	6	2
Dammriss	74	57	430	36	92	31
Intakt	44	34	622	52	200	67
Total	130	100	1195	100	298	100

sowie das Allgemeinbefinden beeinflusst werden.

Forschung – Praxis

In einem weiteren Kapitel des Buches beschreibt Margaret Logue, Hebamme am Northwick Park Hospital in London, die Umsetzung der Studienergebnisse in die Praxis. Die Hebammen dieses Spitals mit 3000–3300 Geburten jährlich waren aufgrund dieser und weiterer Forschungsergebnisse bestrebt, die Epi-Rate zu reduzieren. Normale Geburten werden von Hebammen geleitet. Die Indikation zur Epi und der Dammzustand postpartal werden schriftlich festgehalten, in monatlichen Statistiken dokumentiert und im Hebammen-Ärzte-Team besprochen. Der Erfolg zeigte sich in rückläufigen Epi-Raten (Primiparas):

von 63% im Jahr 1981
auf 32% im Jahr 1986
und 22% im Jahr 1987

Nebst Dammschutzbetreuung durch die Hebamme, hat die Geburtsposi-

tion (Tabelle 5) den wichtigsten Einfluss auf die Erhaltung des Dammes.

Die Untersuchung der Damm-Intakt-Rate der einzelnen Hebamme (zwischen 7%–67%!) ergab, dass die Fertigkeit, dammerhaltend zu entbinden, nicht nur von der Berufserfahrung abhängt. Vordergründige Ursachen zu hohen Epi-Raten können sein:

- Mangelndes Vertrauen in sich selbst
- Mangelnde Erfahrung/Ausbildung
- Mangelnde Anwendungsmöglichkeiten
- Mangelnde Geduld im Abwarten der natürlichen Dehnung
- Angst vor schweren Dammrissen
- Angst vor Tadel

Augenfällig ist, dass Schülerinnen von Hebammen mit hohen Epi-Raten auch häufiger schneiden.

Aus dem Englischen übersetzt und zusammengestellt von Monika Müller-Jakob

Quelle: Midwives, Research and Child-birth, Chapman and Hall, London □

Am 5. Mai 1991 war der internationale Hebammentag!

Diverse kantonale Aktionen sind geplant und durchgeführt worden.

Es wäre wünschenswert, wenn der internationale Hebammentag zumindest ein nationaler Begegnungstag zwischen Frauen und Hebammen wird.

Ausserdem gilt es zu bedenken, dass viele ausländische Kolleginnen, vor allem in den Drittweltländer, unser Interesse und unsere Hilfe in ihrer täglichen Arbeit brauchen könnten.

Weniger Dammschnitte bei Erstgebärenden, die auf dem Mayahocker gebären.

Seit 14 Monaten gebrauchen wir im Gebärsaal des Kantonsspital Olten den Mayahocker während der Eröffnungs- und Austreibungsperiode. Für eine Geburt auf dem Mayahocker entschieden sich nur 34 Frauen, obwohl wir bei mehreren Gelegenheiten auf diese Möglichkeit aufmerksam machten.

Geburten Mayahocker: 34

Erstgebärende:	20	Mehrgebärende:	14
mit Dammschnitt:	6	mit Dammschnitt:	10
ohne Dammschnitt:	14	ohne Dammschnitt:	4
Damm intakt:	8	Damm intakt:	1
DR I° oder II°:	6	DR I°:	3

Erstaunlicherweise sind es mehrheitlich Erstgebärende, die keinen Dammschnitt benötigten und auch ohne Schnitt dammintakt geboren haben. Aufrechte Gebärspositionen, bei denen sich Frauen abstützen oder aufhängen können, helfen sicher, die Beckenbodenmuskulatur zu entspannen. Nicht dass wir diese Resultate überbewerten möchten, mehr als ein Denkanstoss können sie nicht sein. Positionen zu finden, die den Damm während des Kopfdurchtrittes möglichst schonen und eine Episiotomie überflüssig machen, ist nach wie vor unser Ziel.

Hebammen Gebärsaal Olten □

Buchbesprechung

Ist die routinemässige, prophylaktische Episiotomie gerechtfertigt?

Überblick über neuere Forschungsarbeiten von Gisèle Steffen



Aus dem Inhalt: Die Autorin hat sich die Zeit genommen, alle verfügbaren Dokumentationen über, gegen und für die Episiotomie zu lesen und miteinander zu vergleichen. Aus dieser Flut von Schriften hat Frau Steffen dieses eindrückliche Buch gestaltet. Es ist müssig zu sagen, dass ein solches in die Hände jeder Hebamme gehört!

Hier ein paar eindrückliche Zeilen. Seite 63, Zitat von N. Coquatrix, M.A.: «... es scheint, dass man in der Geburtshilfe die Frauen wenig oder schlecht über die mathematische Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Ereignis im Verlauf der Schwangerschaft und Entbindung eintreten könnte, informiert; hingegen «spielt» man viel mit der Angst vor Komplikationen, um bestimmte Eingriffe nahezulegen oder aufzuzwingen. So wird die Angst vor einem Riss oder einem eventuellen Gebärmuttervorfall weithin benutzt, um die Episiotomie zu rechtfertigen... Man

hält sich mit Schrecken die möglichen Gefahren einer «natürlichen» Entbindung vor Augen, obwohl keine epidemiologische Untersuchung diese Ängste stützt und, ganz im Gegenteil, die statistischen Daten die nachteiligen Folgen systematischer geburtshilflicher Eingriffe beweisen.

Im übrigen sagt man den Frauen nichts über die Gefahren, die durch diesen Interventionismus verursacht werden, oder bagatellisiert sie.

So erklären Angst und Unkenntnis, dass die Frauen diese Eingriffe hinnehmen, ohne sich dagegen aufzulehnen.»

Das Buch hat 76 Seiten und ist mit der Überweisung von Fr. 10.— an Mme Gisèle Steffen, Onex, ccp. Genève, PC 2-55534 zu beziehen.

Adresse der Autorin: Gisèle Steffen, Wiesenstr. 36, D-6331 Schöffengrund Tel. 0049 06445 5103 sf □

Weitere Literatur über Episiotomie

- Hirsch, H.A. (1989), Episiotomie und Dammriss, Georg Thieme Verlag
- Spagnol, R., Bernashak, G. und Schaller, A. (1983), Deszensus nach Episiotomie, Geburtshilfe Frauenheilkunde 43: 37–39
- Wenderlein, J.M. und Merkle, E. (1983), Beschwerden infolge Episiotomie. Studie an 413 Frauen mit komplikationsloser Spontangeburt. Geburtshilfe Frauenheilkunde 43 (10): 625–8

Weitere Titel, 39 englische und 8 französische, finden Sie im Buch von Gisèle Steffen. □

Merkblatt von S. Diemling

Susanne Diemling hat ein Merkblatt über die **Dammassage zur Vorbeugung von Dammschnitten und Rissen** zusammengestellt:

Sie schlägt vor, mit der Massage des Damms ab der 34. Schwangerschaftswoche zu beginnen. Wobei man sich selber massieren oder vom Partner massieren lassen kann. Wichtig ist, für gute Entspannung zu sorgen, vielleicht ein warmes Bad nehmen, eine heisse Dammkomresse auflegen oder Atemübungen machen.

Für die Massage braucht man ein feines Öl, z.B. Weizenkeimöl, das ganz besonders wegen seinem Vitamin-E-Gehalt geschätzt wird.

Die Massage wird täglich ausgeführt, und schon nach einer Woche merkt man ein Unterschied. Der Damm ist weicher, flexibler und besser dehnbar. Bei Herpes und anderen entzündlichen Vorgängen im vaginalen Bereich muss von der Massage abgesehen werden!

Nach der Geburt sollte bald mit den sogenannten Kegelübungen begonnen werden.

Das ganze Merkblatt können Sie bei S. Diemling gegen Fr. 1.— in Briefmarken (Kopie und Porto) beziehen.

Suzanne Diemling
Alte Stockstrasse 9
5022 Rumbach
Tel. 064 37 33 88

sf □

Dammschnitt und Spätkomplikationen

Der Dammschnitt ist der häufigste Eingriff in der Frauen«heil»kunde und wird an vielen Kliniken routinemässig bei fast allen Frauen vorgenommen. Betrachtet man die Schlussfolgerungen einer Arbeit aus der Universitätsfrauenklinik Tübingen von Dr. J.C. Rageth, lohnt es sich, dieses Vorgehen zu überdenken.

Befragt wurden 467 Frauen: 250 haben mit einer medianen, 106 mit einer

mediolateralen und 111 ohne Episiotomie geboren. Bei letzteren kam es 78mal zu einem Dammriss ersten oder zweiten Grades.

– Am häufigsten litten Frauen mit mediolateraler Episiotomie unter Schmerzen beim Sitzen und Stuhlgang, gefolgt von denjenigen mit medianer Schnittführung. Frauen ohne Dammschnitt beklagten sich seltener über solche Beschwerden nach der Spitalentlassung.

- Frauen, die ohne Dammschnitt geboren hatten, empfanden weniger Schmerzen beim Geschlechtsverkehr als jene mit einer Episiotomie.
- Die Dammrisse, welche bei Geburten ohne Schnitt auftraten, heilten gleich gut wie die Episiotomien.
- Braucht es eine Episiotomie, heilt ein medianer Schnitt besser und verursacht weniger Beschwerden als ein mediolateraler.

Die vollständige Arbeit ist in «Die Hebamme», Heft 1, März 1991, abgedruckt. L.F. □

Unser Kollektivpartner ZOKU eröffnet erstes Gesundheitszentrum in Zürich

Am 18.3.91 hat das «erste Gesundheitszentrum der Schweiz» in Zürich an der Schaffhauserstr. 265 seinen Betrieb aufgenommen. Mit der Eröffnung will die ZOKU, Schweizerische Kranken- und Unfallkasse, einen Beitrag zur Krankheitsprävention und damit zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen leisten.

Freitag, den 15.3., fand im Gesundheitszentrum eine Medienorientierung statt, zu der auch ich als Zentralpräsidentin SHV eingeladen wurde.

ZOKU-Direktor Hans-Ueli Regius informierte: «26,7 Milliarden Franken kostete das schweizerische Gesundheitswesen 1990, zwei Jahre früher waren es noch rund 23 Milliarden. Ganz im Gegensatz zu anderen wirtschaftlichen Tätigkeiten», so kritisierte er vor der Presse, «wird hier nicht die gute Leistung belohnt, sondern der Umsatz entschädigt.» Der gleiche Systemfehler führe zu einer unmenschlich technisch-apparativen Medizin, und das, obwohl heute psychosomatische Leiden die rein organisch bedingten Krankheiten überwögen. Der hilfeschende Mensch, so forderte Direktor Regius, müsse vermehrt als Ganzes erfasst werden, er brauche eine Anlaufstelle, wo er ernst genommen werde. Aus diesem Grunde habe sich die ZOKU entschieden, in Zürich ein Gesundheitszentrum zu errichten.

Untergebracht ist das ZOKU-Gesundheitszentrum im zweiten Stock eines Geschäftshauses. Das siebenköpfige, vorerst noch teilzeitlich angestellte Fachteam besteht aus einem Allgemeinpraktiker, einem beratenden Naturarzt (Mitglied der Schweizerischen Naturarztgesellschaft, Akupunkt-Mas-

sage-Therapeut nach Methode Penzel) drei Gesundheitsberaterinnen (je eine KWS, AKP und Psych. KP-Schwester mit diversen Zusatzausbildungen), einer Ernährungsberaterin und einer Therapeutin.

Dienstleistungen im ZOKU-Gesundheitszentrum

1. Telefonische Beratung: Jeden Vormittag wird über die Telefonnummer 01 313 08 08 eine Gesundheitsberatung angeboten. Diese kann am Nachmittag in einem persönlichen Gespräch in der Sprechstunde erweitert werden. Die ärztliche Beratung findet jeweils Donnerstagnachmittag statt.
2. Ärztliche Zweitbeurteilungen: Für die ZOKU-Versicherten besteht die Möglichkeit, die Notwendigkeit beispielsweise einer vorgesehenen Operation durch einen zweiten, neutralen Arzt überprüfen zu lassen. Allzu viele Operationsindikationen werden zu grosszügig gestellt und sind oft finanziell begründet.
3. Therapien: Massagen, Fussreflexzonenmassage, Touch for Health etc. werden zur Stärkung der Selbstheilungskräfte angeboten. Kompressen und Wickel helfen vorzubeugen, zu entspannen und zu lindern.

4. Kurse: Zusammen mit externen Spezialisten wird eine breite Vielfalt von Kursen angeboten, z.B. Atemtherapie, Tai-Chi, Autogenes Training, Rückengymnastik, Vollwertküche, Nikotinentwöhnung, Körperwahrnehmung durch Bewegung, Krafttraining und Yoga. – Solche Kurse sollen nach den Sommerferien auch in Baden, Bern, Chur und St. Gallen angeboten werden.

Kosten:

Die telefonische Beratung ist für die ZOKU-Versicherten kostenlos. Die Kurse werden zu sehr günstigen Konditionen angeboten.

ZOKU-Mitglieder erhalten die Kosten für Kurse, persönliche Beratung und Therapien im Rahmen der Versicherungsdeckung zurückerstattet.

Der Schweizerische Hebammenverband gratuliert der ZOKU zu diesem mutigen Schritt voran Richtung Ganzheitsmedizin!

SHV-Mitglieder haben seit einem Jahr die Möglichkeit, von unserem Kollektivvertrag mit der ZOKU zu profitieren. Fordern Sie Unterlagen an, und lassen Sie sich bei einem persönlichen Gespräch mit dem ZOKU-Vertreter über Ihre Kranken- und Unfallversicherung beraten. Sie und Ihre ganze Familie profitieren dabei von den günstigeren Konditionen.

Annamarie Tahir-Zogg
Zentralpräsidentin/
Leiterin Geschäftsstelle
Schweizerischer Hebammenverband □

«Drehscheibe Frauenkörper»
Informationen und Standpunkte zur
Pränataldiagnostik

TAGUNG

Samstag 8. Juni 1991
Volkshaus, gelber Saal, Zürich,
Beginn 10.00

Mit dieser Tagung wollen wir einen umfassenden Blick auf eine grosse Sache werfen: die Pränataldiagnostik. Gross deshalb, weil wir alle mit dieser Methode von Auslese- und Ausmerzprogramm herausgefordert sind, über die eigene individuelle Situation und Entscheidungsfreiheit hinaus, die gesellschaftliche und globale Tragweite der Gen- und Reproduktionstechnologie zu erkennen und zu verstehen, um weiterhin kritikfähig zu bleiben.

Programm

- 10.00 Persönliche Perspektiven betroffener Frauen
- 11.00 Was bedeutet die Pränataldiagnostik für Menschen mit Behinderung? Christoph Eggli/CeBeeF
 Eugenik und Euthanasie – eine Leidensgeschichte
 Susanne Schriber/CeBeeF
- 12.00 Zur Situation des Schwangerschaftsabbruchs und der wachsenden, verdeckten eugenischen Indikation MoZ
- 12.30 Pause
- 13.30 Gen- und Reproduktionstechnologie in der sogenannten «Dritten Welt»: Die Abschaffung der Armen Antigena
- 14.30 Naturwissenschaftler und Eugeniker: die «Bessermacher», ein Beitrag aus der Sicht der feministischen Wissenschaftskritik Martina Meier/Nogerete
- 15.30 Wie bestimmen, gemäss einer Umfrage, diese neuen Technologien die berufliche Situation der Hebammen? Verena Felder/Hebamme
 Nach jedem Referat ist genügend Zeit für Fragen, Ergänzungen und Diskussion
- 17.00 Ungefähres Ende der Tagung

VeranstalterInnen: Antigena, Basler Appell gegen Gentechnologie, Contragen, CeBeeF (Club Behinderter und ihrer Freunde), Diana Frauengruppe gegen Gen- und Reproduktionstechnologien Bern, Infrac Informationsstellen für Frauen, MoZ Aktionsforum Mutterschaft ohne Zwang, Nogerete Nationale Organisation gegen Gen- und Reproduktionstechnologien feministischer Frauen, SGSC Schweiz, Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen

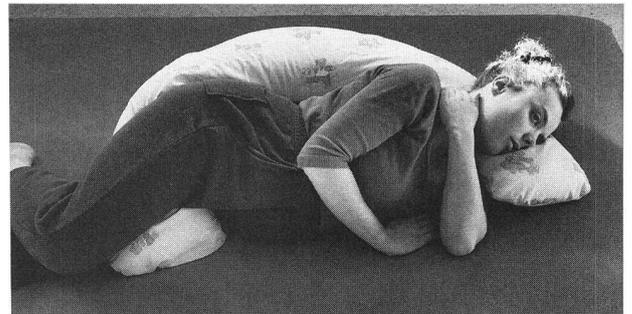
Unkostenbeitrag Fr. 10.–

CorpoMed-Kissen:

ständige Begleiter während und nach der Schwangerschaft



vor der Geburt
 dient das CorpoMed-Kissen der werdenden Mutter als hervorragende Entspannungshilfe



während der Geburt
 ist mit wenigen Handgriffen eine optimale Lagerung möglich



nach der Geburt
 sehr gut verwendbar als Still-Kissen, auch nach operativen Eingriffen

Die CorpoMed-Kissen sind gefüllt mit kleinsten luftgefüllten Kügelchen; sie sind darum extrem modellierbar und passen sich jeder Körperform an. Sehr hygienisch durch einfache Pflege: die Bezüge sind waschbar bis 60°C, z.T. kochbar, die Inlets und Kisseninhalte bis 60°C.

Senden Sie bitte:

Stempel, Name

CorpoMed

- Prospekte
- Preise

BERRO AG, Postfach, 4414 Füllinsdorf
Telefon 061 901 88 44, Telefax 061 901 88 22