

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: 94 (1996)

Heft: 2

Artikel: Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950590>

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: 02.04.2025

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

Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994

Verfasst von Cornelia Conzelmann und Corina Bron
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
Vorsteherin: Prof. Dr. med. Ursula Ackermann-Lieblich

Das Ziel dieser Studie war es, die Stilldauer der Frauen in der Schweiz zu erfassen und den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Stilldauer zu untersuchen. Als Studiendesign wählten wir eine Querschnittsuntersuchung bei Müttern von 6 Monate alten Kindern, wobei uns nicht die Stillprävalenz zu diesem Zeitpunkt, sondern das Stillverhalten während der ganzen Zeit seit der Geburt interessierte. Wir verglichen verschiedene Einflussfaktoren bei Müttern, die lange stillten, mit jenen, die gar nicht oder nur für kurze Zeit stillten. Der Vorteil dieses Designs liegt darin, dass wir mit einem im Vergleich zu einer Prospektivstudie geringen Aufwand ein grosses Kollektiv untersuchen konnten. Allerdings waren wir auf das Erinnerungsvermögen der Mütter angewiesen, zudem dürfte die Einstellung der Mütter zum Stillen die Beantwortung der Fragen etwas beeinflusst haben. Wir gingen jedoch davon aus, dass die Geburt und die ersten Monate mit einem Säugling so eindrückliche Erlebnisse darstellen, dass das Erinnerungsvermögen der Mutter auch nach sechs Monaten noch gut ist.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die gesundheitlichen Vorzüge der Muttermilch-ernährung wurden bis vor 10–20 Jahren v.a. für die Entwicklungsländer anerkannt, wo die Sterblichkeit bei gestillten Kindern im Vergleich zu Kindern, die mit der Flasche ernährt wurden, deutlich geringer war und ist. Dass das Stillen auch in den industrialisierten Ländern mit wesentlichen gesundheitlichen Vorzügen assoziiert ist, drang erst im Laufe der letzten 10–20 Jahre ins Bewusstsein einer breiteren Bevölkerung und auch der Gesundheitsberufe. In der Zwischenzeit wurden laufend neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen, die die Vorzüge der Muttermilch untermauern. Dazu gehört das geringere Risiko für Infektionen, v.a. des Gastrointestinaltraktes, aber auch des Mittelohres, des Harntraktes und des Atmungstraktes bei gestillten Kindern. Bei frühgeborenen Kindern sowie Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht führt Muttermilch zu einer verminderten Inzidenz von nekrotisierender Enterocolitis, sowie zu einem höheren IQ im späteren Lebensalter, verglichen mit Frühgeborenen, die mit Muttermilchersatzprodukten ernährt werden. Auch für normalgewichtige termingeborene Kinder wurden positive Auswirkungen der Muttermilch-Ernährung auf die kognitive Entwicklung festgestellt; das Risiko für die Entwicklung eines juvenilen Diabetes mellitus ist bei gestillten Kindern geringer. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass Muttermilch einen protektiven Effekt vor Allergien v.a. bei Kindern mit genetischem Risiko besitzt. Für die Mütter wirkt Stillen protektiv gegen das Auftreten des prämenopausalen Brustkrebses; Zudem gewährt Stillen einen gewissen kontrazeptiven Effekt.

Die gesundheitlichen Vorzüge lassen sich z.T. auch beziffern: Auch in industrialisierten Ländern, in denen die Säuglingssterblichkeit tief ist, müssen Kinder, die gar nicht gestillt werden, bis zu fünfmal häufiger hospitalisiert werden und erfordern häufiger ambulante Behandlungen. Nebst den bezifferbaren Vorteilen fördert Stillen natürlich auch die seelisch-geistige Entwicklung des Kindes sowie die Mutter-Kind-Beziehung.

Die Förderung des Stillens ist deshalb eine wichtige Aufgabe im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Gemäss Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie sollte ein Kind im Minimum während drei Monaten voll gestillt werden, als ideal wird jedoch eine Stilldauer von 4–6 Monaten erachtet.

In der Schweiz wurde 1978 von Tönz et al. 1978 eine Studie zur Stilldauer durchgeführt; die mittlere Stilldauer betrug damals 9,6 Wochen. Früher Mutter-Kind-Kontakt nach der Geburt, Rooming-in während des Wochenbettes sowie ein hoher sozioökonomischer Status der Mutter war positiv mit der Stilldauer assoziiert. 1979 wurde von Ackermann eine Erhebung zur Stillhäufigkeit in Basel-Stadt durchgeführt. Damals stillten 10 Wochen nach der Geburt nur noch 25–30% aller Frauen.

1994 lancierte UNICEF eine weltweite Kampagne, die Geburtskliniken dazu anhalten soll, das Stillen zu fördern («baby-friendly hospitals initiative»). Auch in der Schweiz nehmen mehrere Kliniken an dieser Kampagne teil.

Das **Ziel** der vorliegenden Studie war es, zu untersuchen, wie lange die Frauen in der Schweiz stillen und welche Faktoren das

Stillverhalten beeinflussen. Die Studie wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) und in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Vereinigung der Mütterberatungsschwestern durchgeführt.

Datenerhebung

Die **Datenerhebung** erfolgte mittels eines Fragebogens in den Landessprachen deutsch, französisch und italienisch, der am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel verfasst wurde. In allen Regionen der Schweiz wurden, verteilt auf die Monate März bis August 1994 insgesamt 167 Mütterberatungsschwestern zufällig ausgewählt und gebeten, allen Müttern von 6 Monate alten Kindern in ihrem Rayon den Fragebogen zuzusenden. Der Inhalt des Fragebogens umfasste soziodemographische Faktoren, Umstände und Komplikationen von Schwangerschaft und Geburt, Gesundheit der Mutter und des Kindes, Informationsbeschaffung und Haltung der Eltern zum Stillen bzw. zur Säuglingsernährung, Gestaltung des Wochenbettes, Probleme beim Stillen sowie Gründe fürs Abstillen. Die Datenanalyse erfolgte mittels des SPSSX-Programms auf dem Grossrechner des Amtes für Informatik Basel.

Resultate

Insgesamt wurden 2757 Fragebogen verschickt, 2098 ausgefüllte Fragebogen kamen zurück, dies entspricht einer Teilnehmerate von 76%. Die Teilnahme war am höchsten in der deutschsprachigen Schweiz (78%), gefolgt von der französischsprachigen Schweiz (74%) und der italienischsprachigen Schweiz (63%).

Diese Teilnehmerate war mit 76% recht hoch. Für einen Teil der 659 Nichtteilnehmerinnen konnten wir von den Mütterberatungsschwestern Angaben erhalten: in dieser Gruppe war der Ausländerinnenanteil höher, das Durchschnittsalter der Frauen geringer und die Stilldauer viel kürzer als bei den Teilnehmerinnen. Somit wird mit unserer Studie die tatsächliche Stilldauer in der Bevölkerung leicht überschätzt. Dies dürfte jedoch die Beziehungen zwischen den unabhängigen Variablen und der Stilldauer, wie wir sie beschrieben haben, nicht beeinflusst haben.

Das mittlere Alter der Mütter betrug 30,3 Jahre, 78% waren Schweizerinnen, 22% Immigrantinnen. Für 46% der Frauen war es das erste Kind, für 36% das zweite, 17% haben schon zwei oder mehr Kinder. 89,5% der Kinder wurden im Spital anlässlich eines stationären Aufenthaltes, 5,7% im Spital ambulant, 2,5% im Gebärhaus stationär, 0,5% im Gebärhaus ambulant und 1,4% zu

hause geboren. Die Kaiserschnittquote lag bei 16%, 11% der Kinder wurden per Zange oder mittels Vakuum-Extraktion geboren. Das mittlere Geburtsgewicht betrug 3340 g.

Nur 8% (n=165) der Mütter gaben an, dass sie ihr Kind gar nicht gestillt hatten. Hauptgründe fürs Nichtstillen waren «nicht genug Milch» (39%), «frühere Probleme beim Stillen» (36%), «Probleme mit den Brustwarzen» (20%), «gesundheitliche Probleme der Mutter» (8%), «Erwerbstätigkeit» (6,7%) sowie «gesundheitliche Probleme des Kindes» (6,1%).

Die Vollstilldauer des gesamten Kollektivs (Nichtstillerrinnen inklusive) betrug 80% während mindestens einem Monat, 71% während mindestens 2 Monaten, 62% während mindestens 3 Monaten, 48% während mindestens 4 Monaten, 32% während mindestens 5 Monaten und 11% während mindestens eines halben Jahres.

Die Totalstilldauer (volles und teilweises Stillen zusammen) des gesamten Kollektivs (Nichtstillerrinnen inklusive) betrug 87% während mindestens einem Monat, 81% während mindestens 2 Monaten, 73% während mindestens 3 Monaten, 62% während mindestens 4 Monaten, 54% während mindestens 5 Monaten und 41% während mindestens eines halben Jahres. In der deutschsprachigen Schweiz hatten 50% der Mütter nach 16 Wochen abgestillt, in der italienischsprachigen Schweiz war dies schon nach 12 Wochen und in der französischsprachigen Schweiz nach 10 Wochen der Fall.

- Mittels einer Kombination des Ausbildungsgrades von Mutter und Vater wurden 5 Sozialschichten definiert. Mütter aus den oberen Sozialschichten stillten länger als Mütter aus den unteren Sozialschichten.
- Das Alter der Mütter hatte einen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer: Mütter, die mehr als 30 Jahre alt waren stillten länger als Mütter unter 30 Jahren.
- Raucherinnen stillten weniger lang als Nicht- bzw. Exraucherinnen.
- Mütter, die zum Zeitpunkt der Befragung die Antibabypille einnahmen, hatten weniger lang gestillt als Mütter ohne orale Kontrazeption.
- Kinder, deren Väter sich mit Fragen der Säuglingsernährung nicht befasst hatten, wurden weniger lange gestillt als jene, deren Väter Stillen wichtig fanden.
- Kinder, die in der ersten Stunde nach der Geburt erstmals an die Brust gelegt wurden, wurden später länger gestillt als Kinder, die erst nach 2–6 Stunden an die Brust gelegt wurden.
- Mütter, die das Wochenbett zu Hause verbrachten, stillten sehr viel länger als die übrigen Mütter.

- Nachschöpfeln im Spital war mit einer verminderten Stilldauer assoziiert, auch wenn nur Tee nachgeschöpfelt wurde.
- Mütter, die im Spital Gratismüsterli von Muttermilch-Ersatzprodukten erhielten, stillten später weniger lang als Mütter, die keine Müsterli oder nur zuhause Müsterli erhielten.
- Bei einer Kombination der Variablen Rooming-in Zeitpunkt des ersten Ansetzens, Stillrichtlinien und Verfügbarkeit von Müsterli zu einem Score «Stillfreundlichkeit» zeigte sich, dass die Stilldauer mit zunehmender Stillfreundlichkeit zunahm.

Es zeigte sich in dieser Untersuchung, dass seit den letzten Erhebungen in der Schweiz insgesamt die Stillhäufigkeit (Anteil der Frauen, die überhaupt mit Stillen beginnen) sowie die Stilldauer beträchtlich zugenommen haben. Während in den 80er Jahren nur etwa 85% der Frauen überhaupt mit Stillen begonnen haben, waren es in der vorliegenden Untersuchung 92%. Auch die Dauer hat sich wesentlich erhöht. Damit ist das Stillpotential wesentlich besser ausgenützt als noch vor 10 Jahren. Die Vorzüge des Stillens wurden offenbar in breiteren Bevölkerungskreisen wieder anerkannt, das Stillen wurde wieder zur Norm.

Nach wie vor gibt es jedoch Gruppen, die deutlich seltener und kürzer stillen. Den wichtigsten Einfluss hatte die Sozialschicht bzw. der Bildungsgrad: Mütter der mittleren bis oberen Sozialschichten entschieden sich häufiger fürs Stillen und stillten länger als Mütter der unteren Sozialschichten. Aber auch die Gestaltung des Wochenbettes spielt eine bedeutende Rolle. Noch immer werden über 30% der Kinder nicht in der ersten Stunde nach der Geburt angelegt, Rooming-in ist nach wie vor nicht die Regel (volles Rooming-in ist nur in etwa 15% der Fälle verwirklicht), und in 15% der Spitäler wird weiterhin nach Plan gestillt. Auch ist immer noch das Wägen vor und nach jeder Mahlzeit sehr häufig. Alle diese Faktoren haben einen eindeutigen Einfluss auf die Stilldauer. Es zeigte sich aber auch, dass Unterschicht-Mütter im Wochenbett häufiger eine geringere Stillfreundlichkeit erfuhren, zudem konnten sie mit ihrem Partner weniger häufig über Stillprobleme sprechen und hatten vermutlich nach dem Spitalaufenthalt weniger Zugang zu professioneller Stillberatung. Die Studie zeigt gerade auch die Wichtigkeit der Stillberatung. Zum Beispiel wird wegen Mastitis nach wie vor fälschlicherweise früh abgestillt, und nur ein kleiner Teil der Frauen erhält bei Stillschwierigkeiten Ratschläge von professioneller Seite. Dass dies in 16% der Fälle die Stillberaterin war, ist erstaunlich hoch, wenn man bedenkt, dass diese Berufskategorie in der Schweiz noch sehr wenig verbreitet ist. Eine sehr wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielt

aber auch die Mütterberatungsschwester, deren Kompetenz in dieser Hinsicht auch noch vermehrt gefördert werden sollte. Dass Stillprobleme in erster Linie mit dem Vater des Kindes besprochen werden, ist zwar natürlich, dürfte aber zur Lösung der Probleme wenig beitragen.

Die Studie zeigte somit, dass die Anforderungen der UNICEF an die Geburtskliniken für die Auszeichnung «Stillfreundliches Spital» berechtigt sind: Die Gestaltung des Wochenbettes spielt nach wie vor eine wichtige Rolle für die Stilldauer und damit auch für die Gesundheit von Mutter und Kind.

Unsere Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind deshalb die folgenden:

1. Förderung des Stillens durch Verhaltensprävention auf allen drei Ebenen:

- a) Auf **Bevölkerungsebene** sollten die Vorzüge des Stillens vermehrt bekanntgemacht werden, wissenschaftliche Erkenntnisse sollten entsprechend in allgemeinverständlicher Form anhand unterschiedlichster Medien unter die Leute gebracht werden. Dabei sollten auch die Männer bzw. Väter angesprochen werden, nachdem sich zeigte, dass die Einstellung des Vaters die Stilldauer wesentlich beeinflusst.
- b) Wichtige **Zielgruppen** für die Stillförderung sind zunächst Frauen der unteren Sozialschichten. Mittels Einrichtung von Mutter-und-Kind-Zentren (Kontaktstellen, Mütter-/Väter- und Stillberatung sowie evtl. Geburtsvorbereitungskurse unter einem Dach) in den entsprechenden Quartieren könnte gezielt Information weitergegeben werden, aber auch die sozialen Ressourcen könnten gestärkt werden.
- c) Auf **individueller Ebene** sollte schon vor der Geburt eine professionelle Stillberatung angeboten werden, wo bereits über die Vorzüge des Stillens, die optimale Vorbereitung der Brüste, die möglicherweise auftretenden Stillprobleme und Lösungsmöglichkeiten gesprochen werden sollte. Möglichkeiten dazu gibt es anlässlich der Schwangerenvorsorgeuntersuchung. Dieses Counselling erfordert jedoch spezielle Kenntnisse, die in der Ausbildung der ärztlichen Geburtshelferinnen bzw. der Hebammen vermehrt gelehrt werden sollten. Im Wochenbett sollte eine professionelle Stillberatung eingeführt werden, die abgegebenen Botschaften (nicht nur bei der Beratung, auch bei der Handhabung des Rooming-in, der Stillricht-

linien, des Nachschöppelns und des Wägens, aber auch hinsichtlich der Verfügbarkeit von Mütterli von Muttermilch-Ersatzprodukten) müssen einheitlich sein, so dass jegliche Verunsicherung der Mütter vermieden wird. Die zehn Schritte der Baby-friendly Hospitals Initiative der UNICEF geben hier wertvolle Handlungshinweise.

Gute Angebote zur Stillberatung sollten auch nach dem Wochenbett, in den ersten Lebensmonaten des Kindes vorhanden und für Frauen jeglicher Sozialschicht auch zugänglich sein. Professionelle Stillberatung wird in dieser Zeit von Mütterberatungsschwestern und den Stillberaterinnen angeboten. Insbesondere für Frauen, die das erste Kind erwarten, ist eine optimale Beratung eminent wichtig, da eine positive erste Still Erfahrung den Still Erfolg bei weiteren Kindern massgeblich beeinflusst.

2. Förderung des Stillens durch Verhältnisprävention

- Einführung einer umfassenden Aus- und Weiterbildung in Stillberatung gemäss UNICEF-Richtlinien für sämtliches Personal, das Schwangere und Mütter von Neugeborenen berät: ÄrztInnen, Hebammen, Mütterberatungsschwestern.

- In den Spitälern sollte die Infrastruktur derart angepasst werden, dass ein umfassendes Rooming-in, Stillen nach Bedarf, frühes erstes Anlegen für alle Mütter möglich ist, unabhängig davon, ob sie allgemein oder privat versichert sind. In grösseren Spitälern ist die Anstellung einer Stillberaterin, die sowohl Mütter beraten als auch das Personal aus- und weiterbilden kann, angezeigt.
- Auf politischer Ebene ist die Einführung einer Mutterschaftsversicherung auch unter dem Aspekt der Stillförderung endlich zu verwirklichen. Dies wäre unter anderem auch ein positives Signal an die Mütter, dass deren ganzheitlicher Einsatz für unsere Nachkommen, unter anderem durch das Stillen, anerkannt und honoriert wird.
- Die Krankenkassen sollten die Kosten professioneller Stillberatung als primärpräventive Aufgabe übernehmen; dies zahlt sich auch aus, da durch die Förderung des Stillens Kosten im therapeutischen Sektor gespart werden können, wie die in der Einleitung zitierten Studien gezeigt haben. Professionelle Stillberatung wird im Wochenbett durch Wochenbettsschwestern, nach dem Wochenbett v.a.

- durch Mütterberatungsschwestern und Stillberaterinnen geleistet.
- Einrichtung von Kontaktstellen für Mutter und Kind.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung dieser Befunde und v.a. auch der in der Zusammenfassung bzw. Einleitung hervorgehobenen positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Stillens sind unseres Erachtens Anstrengungen für eine breite Stillförderung, wie sie in der Zusammenfassung dargestellt sind, gerechtfertigt. Ob diese bevölkerungsmedizinischen Überlegungen dem Kosten-Nutzen-Denken des «New Public Management» standhalten oder ob es dazu noch einer tatsächlichen Kosten-Nutzen-Analyse «Stillförderung» bedarf, ist eine politische Frage mit ethischen Dimensionen: Ein optimaler Start ins Leben sollte als Menschenrecht angesehen, und die entsprechenden Voraussetzungen dafür sollten ohne Wenn und Aber geschaffen werden. Es ist jedoch zu befürchten, dass diese Argumentation einer eigentlichen Bezifferung des Nutzens noch immer unterlegen ist. Deshalb werde ich im folgenden skizzieren, welche Faktoren bei einer Evaluation des Nutzens einer umfassenden

Gratis: Balma-Kleie Gratismuster



Balma-Kleie Mildes Baby-Pflegebad

- enthält pflegende Naturstoffe
- schützt und pflegt die zarte Babyhaut
- macht das Wasser milchig weich
- die Haut kann direkt mit dem Kleiesäcklein wie mit einem Waschlappen sanft gereinigt werden

Name _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Bitte einsenden an:
Trybol AG kosmetische Produkte, 8212 Neuhausen

Für stillende Mütter

Muttermilch ist die beste Nahrung für das Baby. Wenn beim Stillen Probleme auftreten, bieten wir ein komplettes Programm an Stillhilfen.

Elektrische Brustpumpen zum Mieten, Medela Mini Electric, Medela Hand-Brustpumpe, umfangreiches Sortiment an Medela Stillhilfen.



Beutel für Muttermilch

Ideal zum Auffangen, Einfrieren und Aufbewahren von Muttermilch.

Medela AG
Lättichstrasse 4
6340 Baar
Telefon 042 - 34 51 51

medela



Kampagne für das Stillen in die Berechnungen miteinbezogen werden müssten:

Ziel der Kampagne:

In der Schweiz sollen 80% aller Neugeborenen mindestens vier Monate lang voll gestillt werden.

Kosten der Kampagne:

- direkt** Informationskampagne (versch. Medien)
Quantitative und qualitative Erweiterung der Beratungsstellen, Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen
Aus- und Weiterbildung bei ÄrztInnen und Pflegepersonal in Geburtskliniken
Anpassung der Infrastruktur in Spitälern
Stillgelder
medizinische Kosten bei Stillkomplikationen, z.B. Mastitis
- indirekt** Lohnersatz während des 16-wöchigen Mutterschaftsurlaubs
unbezahlbar Schuldgefühle und psy-

chosoziale Auswirkungen bei Müttern, die trotz allem nicht stillen können

Nutzen der Kampagne:

- direkt** Einsparung der Kosten für Muttermilch-Ersatzprodukte
Einsparung von Personal durch vermehrte Autonomie der Mütter in Geburtskliniken (evtl. wettgemacht durch vermehrte Stillberatung)
- indirekt** Einsparungen von Spitalkosten und Kosten der ambulanten medizinischen Versorgung des Kindes durch geringere Krankheitsanfälligkeit (Infektionen, Diabetes mellitus, Allergien u.a.)
Verminderung mütterlicher Arbeitsabsenzen nach dem Mutterschaftsurlaub durch verminderte Anfälligkeit des Kindes
Einsparung von medizinischen Kosten für die Mutter durch verringerte Inzidenz des prämenopausalen Brustkrebses
- Verringerung der Kosten für Fremdbetreuung (Krippen u.a.)

Entlastung von Müttern in ökonomischen Notsituationen, damit Verringerung der Kosten im psychosozialen und Fürsorgebereich

Langfristig: Infolge besserer Mutterschaftsversicherung Steigerung der Attraktivität, eine Familie zu gründen bzw. mehr als ein Kind zu haben, und damit bessere Verteilung der Bevölkerung auf die Lebensalter mit allen finanziellen Konsequenzen (AHV etc.)

unbezahlbar:

Förderung der Mutter-Kind-Beziehung, Förderung der seelisch-geistigen Entwicklung und der Intelligenz des Kindes, Erfahrung von Kompetenz und gesellschaftlicher Wertschätzung als Mutter

Die **Literaturliste** kann gratis bei der Redaktorin sf angefordert werden.

Der **Schlussbericht** kann bezogen werden: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Steinengraben 49
4051 Basel
Tel. 061 267 60 66 · Fax 061 267 61 90

Traktanden der Delegiertenversammlung 26. April 1996

1. Eröffnung der Delegiertenversammlung
2. Kontrolle der Delegiertenmandate
3. Wahl der Stimmenzählerinnen
4. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 1995
5. Genehmigung der Jahresberichte 1995
6. Genehmigung
 - a) der Jahresrechnung 1995
 - b) des Budgets 1996
7. Anträge
8. Wahlen
 - a) für die Zeitungskommission
 - b) für die Fort- und Weiterbildungskommission
 - c) für die Unterstützungskommission
9. Berichte:
 - a) Arbeitsgruppe «Revision der Ausbildungsrichtlinien SRK» (A.M. Mettraux)
 - b) Arbeitsgruppe «Krankenkassenvertrag» (M. Müller)
 - c) Arbeitsgruppe «Projet de formation post-graduée sage-femme»
 - d) Sektion Genf
10. SHV-Kongress:
 - a) Bekanntgabe der organisierenden Sektion 1997
 - b) Vorschläge für 1998
 - c) Vorschlag für Sektionsbericht 1997
11. Verschiedenes und Schluss

Ordre du jour de l'assemblée des déléguées 26 avril 1996

1. Ouverture de l'assemblée des déléguées
2. Contrôle du mandat des déléguées
3. Nomination des scrutatrices
4. Acceptation du procès-verbal de l'assemblée des déléguées 1995
5. Acceptation des rapports annuels 1995
6. Acceptation:
 - a) des comptes 1995
 - b) du budget 1996
7. Motions
8. Elections:
 - a) pour la commission du journal
 - b) pour la commission de formation continue et permanente
 - c) pour la commission d'entraide
9. Rapports:
 - a) du groupe de travail «révision des directives du CRS» (A.M. Mettraux)
 - b) du groupe de travail «contrat avec les caisses-maladie» (M. Müller)
 - c) du groupe de travail «projet de formation post-graduée sage-femme»
 - d) de la section Genève
10. Congrès de l'ASSF:
 - a) désignation de la section organisatrice 1997
 - b) propositions pour 1998
 - c) proposition pour le rapport d'une section 1997
11. Divers et clôture

Ordine del giorno dell'Assemblea delle delegate 26 aprile 1996

1. Apertura dell'Assemblea delle delegate
2. Controllo del mandato delle delegate
3. Nomina delle scrutatrici
4. Approvazione del verbale dell'Assemblea delle delegate 1995
5. Approvazione dei rapporti annuali 1995
6. Approvazione:
 - a) dei conti annuali 1995
 - b) del budget 1996
7. Mozioni
8. Elezioni
 - a) per la commissione giornale
 - b) per la commissione di formazione continua
 - c) per la commissione «Fondo-previdenza»
9. Informazioni:
 - a) del gruppo «Revisione delle direttive della CRS merito formazione» (A.M. Mettraux)
 - b) del gruppo «Convenzione casse malattia» (M. Müller)
 - c) del gruppo «Projet de formation post-graduée sage-femme»
 - d) della sezione Ginevra
10. Congresso ASL:
 - a) relazione sul prossimo congresso
 - b) proposte per 1998
 - c) proposte per il rapporto di sezione 1997
11. Eventuali et fine