

**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:** 4

**Rubrik:** Mitteilungen = Communications

### **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>**



# SCHWEIZERISCHER HEBAMMEN-VERBAND ASSOCIATION SUISSE DES SAGES-FEMMES ASSOCIAZIONE SVIZZERA DELLE LEVATRICI

Zentralsekretariat · Flurstrasse 26 · 3000 Bern 22 · © 031 332 63 40 · Fax 031 332 76 19 · PC 30-19122-7

## FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE DER FWBK OFFRE DE FORMATION DE BASE CONTINUE ET PERMANENTE DE LA CFCP OFFERTA DEL CFCP PER IL CORSO DI PERFEZIONAMENTO

### *Annulationskosten*

Eine Annullation hat schriftlich an das Zentralsekretariat zu erfolgen. Sofern keine Ersatzteilnehmerin ernannt werden kann, werden Annullationsgebühren wie folgt verrechnet:

Bis 1 Monat vor Kursbeginn	15%
Bis 10 Tage vor Kursbeginn	50%
Später oder bei Nichterscheinen	100%

Bei jeder Abmeldung werden 10% Bearbeitungsgebühren verrechnet, maximal jedoch Fr. 50.–.

### *Frais d'annulation*

L'annulation doit être faite par écrit au secrétariat central. Dans la mesure où aucune participante de remplacement ne peut être trouvée, les frais d'annulation seront facturés comme suit:

Jusqu'à 1 mois avant le début du cours	15%
Jusqu'à 10 jours avant le début du cours	50%
Plus tard ou en cas de non présentation	100%

Pour chaque désistement les frais administratifs seront facturés à raison de 10%, au maximum fr. 50.– cependant.

### *Costi per un'eventuale rinuncia*

L'annullamento dell'iscrizione deve essere inoltrata per iscritto alla segreteria centrale. Nel caso in cui un'altra partecipante non possa prendere il posto della rinunciataria, i costi dell'annullamento saranno suddivisi nel modo seguente:

Fino ad un mese dall'inizio del corso	15%
Fino a dieci giorni dall'inizio del corso	50%
Più tardi o in caso di non presentazione	100%

In ogni caso di rinuncia saranno fatturate per il 10% e spese amministrative fino ad un massimo di fr. 50.–

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Référéntes Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Membre ASSF/ASI Membre ASL/ASI	Nichtmitglied Non membre Non membre
-----------------------	------------------------	----------------------	-------------------------------------	---	---

### MAI/MAI/MAGGIO 1996

<b>28. Mai 1996 10 bis 16 Uhr Anmeldeschluss: 15. Mai 1996</b>	Zilgri-Workshop	Hotel «Krone» Buchs/LU	Charlotte Rogers Zilgri-Lehrerin	Fr. 50.–	Fr. 80.–
	<b>Schnupperkurs</b>				
<b>Jeudi 9 mai 1996 délai d'inscriptions: tout de suite!</b>	Ictère de nouveau-né	Châtel-St-Denis	Dr. B.Borel	<b>frs 130.–</b>	frs 170.–

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Référentes Docente	Preis/Frais/Prezzo Mittglied SHV/SBK Membre ASSF/ASI Membre ASL/ASI	Nichtmitglied Non membre Non membre
-----------------------	------------------------	----------------------	-------------------------------------	--	---

## MAI/MAI/MAGGIO 1996

<b>31. Mai 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>30. April 1996</b>	Heilmittel aus Frischpflanzen für die Frau und das Kind herstellen. Pflanze mit allen Sinnen erfassen. Wirkung und Anwendungsmöglichkeiten kennenlernen. Heilsalbe herstellen. <b>NEU!</b>	Villa Stucki, Bern <b>AUSGEBUCHT</b>	Susanna Anderegg-Rhyner	<b>Fr. 150.–</b>	Fr. 225.–
<b>30.-31. Mai 1996</b>	Introduction à l'homéopathie: l'homoéopathie: unicasté énergétique (HUE) <b>NOUVEAU!</b>	Fiaugères près de châtel- St-Denis (FR)	Anne-Marie Pillonel Sages-femmes	<b>frs 180.–</b> Elève	frs 2400.– frs 120.–

## JUNI/JUN/GIUGNIO 1996

<b>10. Juni 1996</b>	Kommunikation und Entspannung (Wie kann ich besser auf die Gebärende eingehen)	Beinhaus, MuttENZ <b>AUSGEBUCHT</b>	Dr. med. Katalin Bloch, Fachärztin für Anästhesie, Riehen	<b>Fr. 150.–</b>	
<b>6 juin 1996</b> <b>Délai d'inscription:</b> <b>6 mai 1996</b>	Le post-partum: remaniements psycho-affectifs et sexuels, contraception	CIFERN Genève	Lorenza Bettoli Elisabeth Imfeld Conseillères en planning familial	<b>frs 100.–</b> Elève	frs 120.– frs 80.–
<b>7./8. Juni 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>26. April 1996</b>	Homöopathie, praktisches Üben anhand eigener Fallbeispiele. Kursinfos im Zentralsekretariat	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension <b>DZ: Fr. 272.–</b> Schülerinnen: <b>Fr. 257.–</b>	Fr. 360.– Fr. 295.–
<b>8./9. Juni 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>26. April 1996</b>	Homöopathie II – Weg zur Arznei – Anamnese – Fallaufnahmen – Anwendungen im Wochenbett	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension <b>DZ: Fr. 289.–</b> Schülerinnen: <b>Fr. 269.–</b>	Fr. 370.– Fr. 300.–
<b>26. Juni 1996</b> <b>16. August 1996</b> <b>20. September 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>28. Mai 1996</b>	Stillen hautnah <b>NEU!</b>	Schweizerisches Rotes Kreuz Effingerstrasse 25 3000 Bern	Verena Marchand Johanna Thomman-Lehmann, Stillberaterinnen IBCLC	<b>Fr. 470.–</b>	Fr. 570.– ohne Essen

## AUGUST/AOÛT/AUGUSTO 1996

<b>21.-23. Aug. 1996</b> <b>25.-27. Sept. 1996</b> <b>29.-31. Okt. 1996</b> <b>27.-29. Nov. 1996</b>  <b>Anmeldeschluss:</b> <b>31. Juli 1996</b>	Zilgrei-Ausbildung in vier Einheiten – Einführung in die Grundkonzepte der Zilgrei-Methode – Zilgrei-dynamogene Atmung – Geburtsvorbereitung nach Zilgrei und aktive Führung der Geburt – Zilgrei und Wochenbett	Hotel Krone 6374 Buochs	Charlotte Rogers Autorin und Leiterin für Zilgrei-Ausbildungs- kurse	<b>Fr. 500.–</b> pro Einheit = Fr. 2000.– ganze Ausbildung	
---	---	----------------------------	---	--	--



# Hebammen

## Literaturdienst

Forschungsbegründetes Wissen und Arbeiten

### **SCHWANGERSCHAFT**

Ernährung  
Veränderungen in der Vorsorge  
Varikose  
Amniozentese  
Immunitätslage bei Frühgeburtssymptomatik  
Vorzeitiger Blasensprung zwischen 21. und 26. SSW

### **GEBURT**

Vorzeitiger Blasensprung am Termin  
Sinn und Unsinn der Tokolyse  
Diagnose der Nabelschnurumschlingung  
Pulsoxymetrie  
Späte Erstgebärende

### **WOCHENBETT**

Frühgeborene 1500 g  
Folgen pränataler Indometacingabe  
Känguruhpflege von Frühgeborenen

### **DER HEBAMMENLITERATURDIENST**

Der Hebammenliteraturdienst kann zu Ihrer fachlichen Weiterbildung beitragen und ermöglicht die schnelle Übersicht von aktuellem Hebammenwissen. Der Hebammenliteraturdienst erscheint jeweils im April und Oktober in der Deutschen Hebammen Zeitschrift, der Schweizer Hebamme und der Österreichischen Hebammenzeitung. Wir, die Herausgeberinnen, sind auf der Suche nach Mitarbeiterinnen, die Beiträge schreiben und uns bei der Organisation unterstützen möchten. Hebammenschülerinnen sind besonders eingeladen!

Bei den folgenden Texten handelt es sich um Zusammenfassungen von Arbeiten, die in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Diese Abstracts geben in kurzer und übersichtlicher Form die wichtigsten Inhalte der jeweiligen Originalarbeiten wieder. Sie stimmen nicht immer mit der Meinung der Hebammen überein, die die Zusammenfassungen geschrieben haben. Persönliche Anmerkungen und Stellungnahmen sind als solche gekennzeichnet.

Wir freuen uns über die Unterstützung und das Interesse für den Hebammenliteraturdienst in den Redaktionen der Österreichischen und Schweizer Hebammenzeitung.

Viel Spaß beim Lesen und Schreiben wünschen die Herausgeberinnen:  
Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen, Tel. (0 77 33) 25 36  
Mechthild Groß, Am Herzogenkamp 3, 28359 Bremen, Tel. (04 21) 24 23 47  
Jutta Posch, Wilhelmstraße 32, 79098 Freiburg, Tel. (07 61) 3 42 32.

4. Jahrgang · Ausgabe 7 · April 1996

### Eine Studie über Ausbildung, Wissen und Einstellungen von Hebammen hinsichtlich der Ernährung in der Schwangerschaft

Mulliner CM, Spiby H, Fraser RB. *Midwifery*, 1995, 11: 37-41.

Forschungsziel: Ziel der Studie war es, spezifische Angaben von praktizierenden Hebammen zu ihrer Ausbildung, ihrem Wissen und ihrem Selbstvertrauen bei der Ernährungsberatung von Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft zu erhalten.

Design: Diese Erhebung wurde als Einzelbefragung von Hebammen durchgeführt. An den Fragebogen schloß sich ein halbstrukturiertes Interview an.

Setting und Teilnehmerinnen: Eine zufällig ausgewählte Stichprobe von 77 Hebammen, die 10% der Hebammenpopulation in der Trent-Gegend repräsentierte.

Hauptergebnisse: Antworten auf die Fragen zur Ausbildung zeigten, daß während der Anfangszeit der Ausbildung 50 Hebammen (86%) einige Stunden Unterricht in Ernährungsfragen in der Regel von Hebammenlehrerinnen (Lehrhebammen) erhalten hatten. Jedoch umfaßte der Unterricht bei 38 Hebammen (66%) 2 oder weniger Stunden. Seit dem Examen hatten 50 Hebammen (86%) an keiner Weiterbildung teilgenommen. Antworten auf Wissensfragen wurden bei 27 (46%) der Gruppe mit einem niedrigen Score klassifiziert. Diese Analyse wurde unabhängig vom Rest des Fragebogens von einer Diätassistentin, drei Hebammen und einem Gynäkologen mit Interesse in Ernährungsfragen ausgewertet. Hinsichtlich des Selbstvertrauens in die Ernährungsberatung zeigten die Antworten der Fragebögen und die Interviews, daß die Hebammen sich über ihren Wissensstand bezüglich diätetischer Fragen unsicher fühlten. Der Mangel an Selbstvertrauen zeigte sich am häufigsten bei Fragen zu vegetarischen oder nichttypischen Diäten. Fragen tauchten auf bezüglich Eißproblemen bei Diäten für Frauen mit spezifischen Problemen wie präexistierendem oder Gestationsdiabetes und Phenylketonurie.

Weniger Hebammen hatten Probleme bei der Beratung über präkonzeptionelle Ernährung und über Vitamine während der Schwangerschaft. Diskussion: Die Antworten der Hebammen in dieser Studie ähneln den Meinungen von Medizin- und Zahnmedizinstudenten, deren Ausbildung in Ernährungslehre ebenfalls nicht ausreichend ist. Die Autoren empfehlen, daß die Studie mit einer Gruppe frisch examinierter Hebammen wiederholt werden sollte, um die Angemessenheit der Basisausbildung zu erheben. Aus ihren bisher vorliegenden Ergebnissen wird ein Pilotprojekt "Diätetischer Ratgeber" geplant, um das Selbstvertrauen der praktizierenden Hebammen zu erhöhen.

Übersetzung aus MIDIRS, 1995, 4: 392-3

Mechthild Groß, Bremen

### Eine Erhebung aus der Sicht von Gesundheitsberufen hinsichtlich möglicher Änderungen in der Bereitstellung und Organisation von Schwangerenvorsorge

Sikorski J, Clement S, Wilson J, Das S, Smeeton N. *Midwifery*, Jun 1995, 11: 61-8.

Die Erhebung wurde 1993 mit einem Fragebogen postalisch durchgeführt. Dieser wurde an 251 Hebammen (einschließlich freiberuflich tätige Hebammen – community midwives), 50 Gynäkologen und 438 Allgemeinärzte (general practitioner) geschickt, die alle in der Nähe oder an einem von drei Krankenhäusern in Südost-London arbeiteten. Das Ziel der Erhebung war, die Sichtweise von Gesundheitsberufen einzuschätzen bezüglich möglicher Veränderungen in der Bereitstellung von Schwangerenvorsorge sowie hinsichtlich einer Reduzierung der Anzahl der routinemäßigen Schwangerenvorsorgen. Ebenfalls sollten die Unterschiede in den Einstellungen der drei beteiligten Berufsgruppen untersucht werden.

Der Fragebogen nannte hinsichtlich des Verhaltens 12 mögliche Änderungen, die in vier Hauptkategorien eingeteilt waren: die Kontinuität der Fürsorgenden, die Person, die die Schwangerenvorsorge ermöglicht, der Ort, wo die Vorsorge durchgeführt wird und das Ausmaß der Fürsorge. Anmerkungen waren ebenso erwünscht. Die allgemeine Antwortrate lag bei 70%. Die Daten wurden quantitativ und qualitativ analysiert. Eine Änderung, die von den meisten Befragten bejaht wurde, war die Anzahl der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, die individuell für jede Frau bestimmt werden sollte. Die nächsten drei am häufigsten genannten Veränderungen fielen in den Bereich der kontinuierlichen Vorsorge. Die am wenigsten gewünschte Änderung war eine Zunahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. 11 von 12 möglichen Veränderungen in der Schwangerenvorsorge zeigten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei professionellen Gruppen. Hebammen waren

die interessierteste Gruppe, die Änderungen in allen 11 Kategorien sehen wollte; Allgemeinärzte waren mit 9 Kategorien die am wenigsten interessierte Gruppe.

Zusätzliche Anmerkungen wurden von 28% der Befragten gemacht. Das am häufigsten genannte Thema war die kontinuierliche Fürsorge. Die meisten Professionellen nehmen die kontinuierliche Fürsorge als ein Ideal wahr, führten jedoch den Mangel an Ressourcen als das Hauptproblem zu dessen Realisierung an. Individuelle Begleitung der Schwangeren wurde ebenfalls diskutiert, obwohl viele Hebammen die Teamarbeit der individuellen Betreuung vorziehen. Allgemeinärzte (und einige Hebammen) favorisierten ein Team aus Hebammen und Hausärzten. In den Anmerkungen hinsichtlich der Anzahl der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wurde die Inflexibilität des etablierten antenatalen Versorgungsmusters diskutiert. Es wurden weniger Vorsorgeuntersuchungen vorgeschlagen, damit mehr Zeit mit jeder einzelnen Schwangeren verbracht werden kann. Diskussion: Daß die Hebammen so begeistert von möglichen Veränderungen sind, begründen die Autoren damit, daß die Änderungen eine verminderte Medikalisierung in der Geburtshilfe bedeuten. Die medizinische Profession zeigt dafür weniger Begeisterung. Obwohl alle Gruppen für eine verstärkte Kontinuität waren, zeigten sich Allgemeinärzte und Gynäkologen zurückhaltend bezüglich der alleinigen Hebammenbetreuung. Demgegenüber wünschten sich 80% der befragten Hebammen eine selbständige Tätigkeit und bejahten die Herausforderung, die dies bedeuten würde. Insgesamt zeigt die Studie die unterschiedlichen Sichtweisen der drei Professionen und weist daraufhin, daß diese bei der Diskussion über die Verteilung medizinischer Dienstleistungen berücksichtigt werden sollte.

Übersetzung aus MIDIRS 1995, vol 5, 4:414-5

Mechthild Groß, Bremen

### Wirksamkeit von $\beta$ -Hydroxyethyl-Rutosiden bei Patientinnen mit Schwangerschaftsvarikose

Sohn Ch, Jähnichen Ch, Bastert G. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1995; 117: 190-7

In dieser Studie sollte untersucht werden, welche Wirkung die medikamentöse Therapie mit  $\beta$ -Hydroxyethyl-Rutosiden auf Patientinnen mit Schwangerschaftsvarikose hat. Hierzu wurden 51 Schwangere mit Varikose untersucht: 19 Schwangere nahmen über 21 Tage das Medikament  $\beta$ -Hydroxyethyl-Rutosiden ein; 24 Patientinnen wurden nicht medikamentös behandelt, sondern lediglich (wie auch die medizierten Schwangeren) ab der 20. SSW im 14tägigen Abstand insgesamt 3 Mal untersucht; die übrigen 8 Patientinnen waren nur einmal zu den Untersuchungen erschienen.

Untersuchungsparameter:

- Beinumfangmessung
- Querschnittsmessung der Venendurchmesser
- subjektive Beschwerden

Bei Patientinnen, die das Medikament eingenommen hatten, gingen alle 3 Parameter deutlich zurück. Die Autoren ziehen daraus die Schlussfolgerung, daß es mit Hilfe dieses Medikamentes möglich zu sein scheint, einer übermäßigen Dehnung der Venen und damit der Ausbildung einer Schwangerschaftsvarikose entgegenzuwirken. Jutta Posch, Freiburg

**Anmerkung (J.P.):** Sicherlich hat diese Studie – auch wegen ihrer geringen Fallzahl – nur explorativen Charakter. Physikalische Methoden zur Varikose-Prophylaxe werden kaum erwähnt. M. E. hat diese Untersuchung ein großes Defizit: Die Wirksamkeit von konservativen Therapiemethoden (kalte Beinduschen, gezielte Gymnastik, Kompressionsstrümpfe etc.) wird nicht vergleichend untersucht und nicht als Alternative zur Medikamentengabe diskutiert.

### Hämorrhagischer Schock durch intraperitoneale Blutung nach Amniozentese

Jung V, Künzig HJ. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1995; 55: 411-413.

In diesem Fallbericht wird über eine schwere peritoneale Blutung nach Amniozentese berichtet. Die Blutung, die anfangs unentdeckt blieb, kam durch Verletzung einer kleinen subserösen Arterie an der Uterusvorderwand zustande. Die lebensbedrohliche Situation konnte durch Laparotomie und Umstechung der Verletzung beherrscht werden, wobei ca. 3 Liter Blut abgesaugt wurden. Die Patientin wurde am 10. postoperativen Tag entlassen. Am 13. postoperativen Tag wurde sie mit Schmierblutung wieder aufgenommen. Sonographisch wurde ein avitaler Foet festgestellt und eine Abortinduktion mit Prostaglandin E2 vorgenommen.

Die pathologische Untersuchung ergab eine Nabelschnuranomalie, die wahrscheinlich zum Absterben des Foeten führte. Gabi Merkel, Engen

## Untersuchung zur Immunitätslage Schwangerer insbesondere beim Vorliegen einer Frühgeburtssymptomatik

Brandt-Niebelschütz S, Saling E, Uphoff A, Raitsch S, Schmolke B, Vetter K, Römisch K, Kaehler H. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1995; 55: 456-463.

In dieser Studie wurde der Immunitätsstatus von schwangeren Frauen mit Frühgeburtssymptomatik mit dem von Schwangeren ohne Komplikationen und Nichtschwangeren verglichen. Das Untersuchungskollektiv umfaßte 16 nichtschwangere Frauen im gebärfähigen Alter, 23 gesunde Schwangere mit komplikationslosem Verlauf und 20 Schwangere mit Frühgeburtssymptomatik. Es konnte gezeigt werden, daß Schwangere mit unauffälligem Verlauf gegenüber Nichtschwangeren signifikant höhere Werte für die peripheren T-Lymphozyten sowie die T-Helfer-Zellen aufwiesen. Auch andere Parameter der zellulären Immunabwehr wiesen eine Tendenz zur Immunstatusverbesserung auf.

Dagegen wiesen Schwangere mit Frühgeburtssymptomatik deutlich niedrigere Werte bei Lymphozytenzahlen, T-Lymphozyten und T-Helfer-Zellen auf. Gleichzeitig war der Anteil der Schwangeren, die „für sich belastende Stresssituationen“ angaben, im Kollektiv der Schwangeren mit Frühgeburtssymptomatik deutlich höher (65%) als in der Gruppe der Schwangeren ohne Komplikationen (26%). Dies scheint der Grund für den erhöhten Cortisolspiegel zu sein, der bei Schwangeren mit Frühgeburtssymptomatik festgestellt wurde. Die Verschlechterung des Immunstatus durch den erhöhten Cortisolspiegel kann ascendierende Infektionen begünstigen, die wiederum vorzeitige Wehen auslösen können. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und daraus resultierenden körperlichen Beeinträchtigungen.

Gabi Merkel, Engen

## Vorzeitiger Blasensprung zwischen der 21. und der 26. Schwangerschaftswoche: die Rolle des Fruchtwasserdepots für die perinatalen Resultate

Hadi HA, Hodson CA, Strickland D. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 170: 1139-44

Ziel dieser prospektiven Studie war, die Beziehung zwischen Fruchtwasserdepot und perinatalen Resultaten bei Schwangerschaften darzustellen, die einen vorzeitigen Blasensprung vor der Lebensfähigkeit des Kindes aufwiesen.

Die Studiengruppe umfaßte 178 Fälle von Einlingsschwangerschaften mit vorzeitigem Blasensprung zwischen der 21. und der 26. SSW, die expektativ behandelt wurden. Fruchtwasserdepotmessungen (Ultraschall) und ihre Beziehung zu neonatalen Resultaten, Frequenz von Chorionamnionitis und sonstige perinatale Parameter wurden bestimmt. 74 Patientinnen gebären vor der 26. SSW, und nur fünf Kinder (6,7%) überlebten. Von den 104 Frauen, die zwischen der 27. SSW und der 35. SSW geboren haben, überlebten 93 Kinder (89, 4%) ( $p < 0,001$ ). Die Resultate dieser Studie deuten an, daß Frauen mit einem genügend großen Fruchtwasserdepot eher nach der 26. SSW gebären (85% versus 18%) und höhere Überlebensraten (perinatale Mortalität 2,1% versus 69,2% ( $p < 0,001$ )) aufweisen als diejenigen mit einem unzureichenden Depot. Die Häufigkeit von perinataler Mortalität und Chorionamnionitis bei Gebärenden nach der 26. SSW korreliert mit einem nicht ausreichenden Fruchtwasserdepot (24,1 % versus 69,2% ( $p < 0,001$ )).

Ans Luyben, Bern

## GEBURT

### Vorzeitiger Blasensprung am Termin: eine Indikation zur Geburtseinleitung mit Prostaglandinen?

Lettau R, Hege G, Steldinger R. Zentralblatt für Gynäkologie 1995; 117: 121-5

In einer prospektiven Studie (Oktober 1989 bis Dezember 1992) wurden 1472 Schwangere untersucht, bei denen aus unterschiedlichen Gründen eine Geburtseinleitung durchgeführt wurde, 433 von ihnen mit vorzeitigem Blasensprung (VBLS). Dabei sollte geklärt werden, ob sich der Einsatz von Prostaglandinen zur Geburtseinleitung nach VBLS am Termin vorteilhaft auf den Geburtsverlauf sowie die neonatale und maternale Infektomorbidity auswirkt.

Bei den Frauen mit VBLS wurde je nach Zervixreife (Bishop-Score  $< 5$  bzw. 5-8) PG als Intrauterinalgel bzw. als Vaginaltablette appliziert. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Erstgebärende benötigten meist mehrere Gaben, Mehrgebärende häufig nur eine.

- Frauen mit VBLS und PG-Einlage erlebten in durchschnittlich kürzerer Zeit eine Spontangeburt als die übrigen Schwangeren, bei denen aus anderen Gründen eine Geburtseinleitung vorgenommen wurde.
- Bei 11% der Frauen mit VBLS kam es infolge der PG-Applikation zu einer uterinen Überstimulation.
- Infektbedingte Komplikationen bei den Neugeborenen (nach VBLS) waren selten.

In der Literatur ist die Frage des Abwartens nach VBLS oder des aktiven Vorgehens (Weheninduktion mittels Medikamenten) nach wie vor umstritten. Die Autoren meinen, mit ihrer Studie zeigen zu können, daß der VBLS eine berechnete Indikation zur Geburtseinleitung (in Abhängigkeit vom Bishop-Score) sei.

Jutta Posch, Freiburg

**Anmerkung (J.P.):** Die Studie vergleicht Schwangere mit VBLS mit Schwangeren, bei denen aus anderen Gründen eine Geburtseinleitung durchgeführt wurde. Um die Frage zu klären, ob eine Geburtseinleitung mit PG nach VBLS von Vorteil ist, hätten Schwangere mit VBLS und Geburtseinleitung verglichen werden müssen mit Schwangeren mit VBLS ohne Geburtseinleitung. Die vorgestellten Ergebnisse sind deshalb kein Beweis für die Vorteilhaftigkeit einer Geburtseinleitung nach VBLS.

### Sinn und Unsinn der Tokolyse

Husslein P, Reisenberger K, Leitich C. Zentralblatt für Gynäkologie 1995; 117: 300-3

Frühgeburten (ca. 10% der Geburten) verursachen über 3/4 der neonatologischen Komplikationen und gelten deshalb als das größte ungelöste Problem in der Geburtshilfe.

Anhand der Analyse verschiedener Studien beurteilen die Autoren die Bedeutung der Tokolyse und kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Als Notfalltokolyse (zur Unterbrechung spontan auftretender oder wehenmittelinduzierter uteriner Hyperstimulation) haben sich Betamimetika bewährt.
2. Auch eine Kurzzeittokolyse (zum Zweck der Lungenreife bzw. zum Transport in ein Perinatalzentrum), um eine Geburt um 48 Stunden aufzuhalten, ist sinnvoll.
3. Hingegen konnte durch die Langzeittokolyse keine Verbesserung der perinatalen Ergebnisse erzielt werden, ebenfalls sind für die Schwangere risikoreiche Nebenwirkungen möglich (Lungenödem, Herzversagen, Leberschädigung, Stoffwechsellregung etc.)
4. Orale und prophylaktische orale Tokolyse wurden als unsinnig eingestuft.

Nach Meinung der Autoren muß zur Verhinderung vorzeitiger Wehen viel früher angesetzt werden, nicht erst bei der Reduktion der muskulären Erregbarkeit; sie empfehlen deshalb primäre Prävention durch Aufklärung, Anhebung des Bildungsniveaus, Verbesserung der sozioökonomischen Verhältnisse etc.

Jutta Posch, Freiburg

### Subpartale Diagnose von Nabelschnurumschlingungen mittels farbcodierter Dopplersonographie und Korrelation zu kardiotokographischen Veränderungen während des Geburtsverlaufs

Funk A, Heyl W, Rother R, Winkler M, Rath W. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1995; 55: 623-627

Zu den häufigsten Ursachen pathologischer CTG-Veränderungen unter der Geburt zählen Nabelschnurkomplikationen. Die Einführung der farbcodierten Dopplersonographie in die geburtshilfliche Diagnostik erlaubt die Diagnose „Nabelschnurumschlingung“ unter der Geburt mit großer Sicherheit zu stellen. 107 Patientinnen wurden während der Eröffnungsperiode farbdopplersonographisch auf Vorliegen einer Nabelschnurumschlingung untersucht. Hierbei fanden sich 50 Patientinnen mit einer vorliegenden NSU, von denen sich 48 postpartal bestätigten. In 57 Fällen konnte eine NSU sicher ausgeschlossen werden. Zwischen diesen beiden Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede im Entbindungsmodus und fetal outcome. In der Gruppe ohne NSU zeigten sich in der Eröffnungsperiode vermehrt späte Dezelerationen, dagegen fanden sich in der Gruppe mit NSU vermehrt variable Dezelerationen. In der Austreibungsperiode zeigt sich in der Gruppe mit NSU ein deutlich häufigeres Auftreten von späten, variablen Dezelerationen. Die Nabelschnurlänge war in der Gruppe mit NSU deutlich länger (durchschnittlich 60,1 cm) als in der Gruppe ohne NSU (durchschnittlich 53,7 cm). Nach Ansicht der Autoren muß ein schlechtes fetal outcome bei NSU als multifaktorielles Geschehen betrachtet werden, in dem mehrere Ursachen wie uteroplazentare Insuffizienz, vorzeitiger Blasensprung und die Dauer der NS-Kompression zusammentreffen. Sie sehen den Vorteil der frühzeitigen, sonographischen Erkennung der NSU in

der Möglichkeit, kardiokographische Veränderungen besser zuordnen zu können und dadurch in Kombination mit Dauer-CTG und Mikrolutanalyse die Frequenz der Schnittpunktbindungen ohne erhöhtes Risiko für das Kind zu reduzieren.

Gabi Merkel, Engen

### **Klinische Ergebnisse der Pulsoxymetrie sub partu zur Messung der arteriellen Sauerstoffsättigung am Feten**

Butterwege M, Lampe S. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1995; 55: 634-641.

Bei einem Risikokollektiv von 100 Feten wurde unter der Geburt durch Reflexionspulsoxymetrie die arterielle Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>) gemessen. Durch Anlegen eines Sensors am kindlichen Kopf konnten mit Hilfe spezieller Software die SpO<sub>2</sub>-Werte gemessen werden, die zeitgleich auf dem CTG-Streifen registriert wurden. Voraussetzung für das Anlegen des Sensors war Blasensprung und MM-Weite von 2cm. Bei registrierten Werten zwischen 40 und 60% SpO<sub>2</sub> waren bessere pH- und Apgar-Werte zu beobachten und weniger operative Entbindungen als bei Werten unter 30% SpO<sub>2</sub>. Werte unter 30% wurden kurzfristig auch bei unauffälligem Verlauf gemessen, aber eine länger als 20 Minuten andauernde Registrierung unter 30% hatte einen deutlich negativen Einfluß auf das fetal outcome und den Entbindungsmodus (mehr operative Entbindungen). Mit Zunahme der prognostisch ungünstigen Zusatzkriterien bei variablen Dezelerationen ist ein Trend zur Abnahme der arteriellen fetalen Sauerstoffsättigung zu verzeichnen. Bei schwer einschätzbarem CTG scheint die SpO<sub>2</sub>-Messung eine zusätzliche Entscheidungshilfe für das weitere geburtshilfliche Vorgehen zu sein. Somit können durch die SpO<sub>2</sub>-Messung unnötige operative Entbindungen vermieden werden. Bis jetzt konnte keine erhöhte fetale Morbidität oder die Zunahme fetaler Infektionen durch die SpO<sub>2</sub>-Messung festgestellt werden.

Gabi Merkel, Engen

### **Die späte Erstgebärende – Ein geburtshilfliches Risikokollektiv?**

Seiffert R, Casper F, Krass A, Brockerhoff P. Zentralblatt für Gynäkologie 1994; 116: 169-172

In einigen perinatologischen Zentren scheint die Gesamtzahl der späten Erstgebärenden (SE > 35 Jahre) zuzunehmen, bundesweit entspricht der Anteil mit 5,1% in etwa dem des Jahres 1960.

Eine retrospektive Untersuchung (1983-1992) der UFK Mainz, bei der späte Erstgebärende einer Kontrollgruppe von 15 Jahre jüngeren Erstgebärenden gegenübergestellt wurden, kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Die internistische Anamnese zeigte außer einer etwas häufigeren vorbestehenden Hypertonie keine Unterschiede.
2. Die SE gaben in der Anamnese etwas häufiger Interruptiones an; 19% hatten eine Sterilitätsbehandlung durchgeführt (Kontrollgruppe: 6%).
3. Bezüglich des Schwangerschaftsverlaufes konnten zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede festgestellt werden.
4. Geburtshilfliche Unterschiede ergaben sich aus einer verlängerten „Austreibungszeit“ (54 gegenüber 39 Minuten) und einer höheren Rate an Sectiones sowie vaginal-operativen Geburten bei den SE. Diese Unterschiede sind - möglicherweise - auf die deutlich größeren und schwereren Kinder bei den SE zurückzuführen und können nach Ansicht der Autoren nicht allein mit dem höheren Sicherheitsdenken der Geburtshelfer am Ende der Reproduktionsphase erklärt werden.
5. Hinsichtlich Apgar-Score und NS-pH unterschied sich das fetal outcome der beiden Gruppen nicht.
6. Längerer Klinikaufenthalt und häufigere postpartale Anämie bei SE muß im Zusammenhang mit der höheren Sectiorate und den häufigeren vaginal-operativen Eingriffen gesehen werden.

Die Autoren sind der Meinung, daß späte Erstgebärende heute bei engmaschiger Überwachung in der Schwangerschaft kein „High-Risk-Kollektiv“ mehr darstellen.

Jutta Posch, Freiburg

## **WOCHENBETT**

### **Geburtshilfliche Prognosefaktoren bei Frühgeborenen sehr niedrigen Geburtsgewichts (≤ 1500 Gramm) hinsichtlich Überlebensraten und frühkindlicher Entwicklung**

Hamm W, Göhring UJ, Günther M, Kribs A, Neuhaus W, Roth B, Bolte A. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1995; 55: 150-155

In einer retrospektiven Analyse wurden bei 235 Frühgeborenen mit Geburtsgewicht 1500g die Prognosefaktoren bezüglich der Überle-

bensrate zusammengestellt. Frühgeborene mit chromosomalen Aberrationen und letalen Mißbildungen wurden nicht berücksichtigt. Von den 235 Frühgeborenen waren 180 Einlinge und 55 Mehrlinge. In der Gruppe der Einlinge wurden 84 als eutroph und 96 als dystroph klassifiziert. Die Gesamtsterblichkeitsrate lag bei 29%. Die Frühgeborenen 1500g machen ca. 1% aller Geburten aus, sind aber mit 40-50% an der peri- und neonatalen Mortalität beteiligt. Die heutige Überlebenswahrscheinlichkeit scheint bei einem Geburtsgewicht von 750g bzw. bei einem Gestationsalter von 26-27 Wochen zu liegen.

Der statistisch signifikante, positive Einfluß bezüglich der Überlebensrate liegt in der Einlingsgravidität, dem weiblichen Geschlecht, dem fetalen Reifegrad sowie in der Gruppe der eutrophen Frühgeborenen in der pränatalen Lungenreifereinduktion. Die dystrophen Frühgeborenen scheinen durch chronische intrauterine Mangelernährung und der damit verbundenen Stresssituation endogenes Kortison freizusetzen und bringen die pränatale Lungenreife selbst in Gang. Der Geburtsmodus scheint keinen Einfluß zu haben. Bei 62 Frühgeborenen konnte durch Befragung der behandelnden Kinderärzte die frühkindliche Entwicklung überprüft werden, dabei zeigten sich bei 16% schwere Behinderungen und Entwicklungsretardierungen. Die ehemals dystrophen Frühgeborenen hatten eine deutlich niedrigere Handicaprate (11%) als eutrophe Frühgeborene (23%). Im Gegensatz zur Mortalität zeigt sich bei der frühkindlichen Entwicklung keine Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.

Gabi Merkel, Engen

### **Anhaltende Anurie, neonatale Todesfälle und renale mikrozystische Läsionen nach pränataler Indometacingabe**

V. d. Heyden B, Carls C, Nancy F, Bavoux F, Delezoide AL, Gubler MC. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 171: 617-23.

Ziel dieser Studie war es, das Risiko eines Nierenversagens oder schwerer morphologischer Veränderungen der Nieren im Zusammenhang mit pränatalen Indometacingaben aufzuzeigen. Nierenbiopsien von sechs anurischen Neugeborenen, deren Mutter vor der Geburt Indometacin bekommen hatte, wurden retrospektiv analysiert. Die Indometacindosierungen variierten von 150 bis 400 mg pro Tag und wurden über eine Periode von 2 bis 11 Wochen (bis zur Geburt) gegeben. Alle Kinder starben während der Anurie. Vier erhielten sieben bis 39 Tage eine peritoneale Dialyse. Bei 5 Kindern wurden zystische Dilatationen von oberflächigen Nephronen gefunden, die in Beziehung standen zu ischämischen Änderungen des tiefen Nierenbeckens. Bei 4 von 5 Kindern war der intrarenale Reningehalt erhöht.

Die Schlußfolgerung ist, daß die Indometacingabe über längere Zeit in der Schwangerschaft zu einem kindlichen Nierenversagen und bleibenden Nierenschäden führen kann. Vorangehende Stimulation des Renin-Angiotensin-Systems könnte diese Entwicklung begünstigen.

Ans Luyben, Bern

### **Kleine Känguruhs – Sanfte, individuelle Pflege von Frühgeborenen**

Porz F. Dr. med Mabuse 1994; 92: 45-6

Anhand von Erfahrungen aus der Augsburger Kinderklinik beschreibt der Autor die Chancen und Risiken „sanfter“ Pflege und Behandlung kleiner Frühgeborener. Gegenüber den reinen Maßwerten und der „High-Tech-Medizin“ kommt dabei der Beobachtung des einzelnen Frühgeborenen durch Ärzte, Schwestern und Eltern wieder mehr Bedeutung zu.

Mit sanfter Stimulation und durch Zufuhr eines angewärmten, befeuchteten Sauerstoffgemisches werden die Säuglinge bei der Erstversorgung nach der Geburt zur Spontanatmung animiert. Erst bei anhaltend hohen CO<sub>2</sub>-Werten und mangelhafter Spontanatmung wird beatmet. So konnte die Rate der schon im Kreißsaal beatmeten Kinder gesenkt werden.

Wichtig für die weitere Pflege ist die Schaffung einer behaglichen Atmosphäre in der Umgebung der Frühgeborenen. Sie kann u.a. durch Lagerung auf einem Fell, Zudecken mit Tüchern, Abschirmung vor Licht und Lärm und dosierte Stimulation (Sprechen, Streicheln) erreicht werden. Zu diesem Pflegekonzept gehören ebenfalls die Vermeidung von Störungen durch Pflegemaßnahmen oder Diagnostik in den Ruhephasen des Kindes, das Füttern nach Möglichkeit während der Wachphasen, frühzeitige Trinkversuche und Anlegen an die Brust, Anwendung der „Känguruh-Methode“ und das Einbeziehen der Eltern in die Pflege.

Hildegard Metzler, Lohmar-Weegen

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Référentes Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Membre ASSF/ASI Membre ASL/ASI Nichtmitglied Non membre Non membre
-----------------------	------------------------	----------------------	-------------------------------------	--

**AUGUST/AOÛT/AUGUSTO 1996**

<b>Beginn:</b> <b>23./24. August 1996</b> <b>19./20. 21. Sept. 1996</b> <b>11./12. Oktober 1996</b> <b>22. /23. November 1996</b>	Jahres-Nachdiplomkurs 2 für Hebammen in Geburtsvorbereitung	Schulungsgebäude des Universitäts-Spitals Zürich Gloriastr. 19, 8091 Zürich	Kursleitung: Dorothee Eichenberger,	<b>Fr. 4100.–</b> Fr. 6050.– Ganzer Kurs
<b>Die Kursdaten von 1997 finden Sie auf der Seite D</b>				
<b>23.–25. Aug. 1996</b>  <b>Anmeldeschluss:</b> <b>19. Juni 1996</b>	Die schöne Zeit danach ... zurück zu altem Sein Rückbildungsseminar für Hebammen	Boldern, Evang. Tagungs- und Studienzentrum, 8708 Männedorf	S. Friese-Berg, Hebamme A. Hope, Physiotherapeutin	Vollpension/DZ <b>Fr. 590.–</b> Fr. 740.–
<b>27./28. August 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>26. Juli 1996</b>	Atemtherapie in der Geburtshilfe Einführungsseminar	Windisch (Brugg)	E. Gross G. Caffisch	<b>Fr. 320.–</b> Fr. 450.–

**SEPTEMBER/SEPTEMBRE/SETTEMBRE 1996**

<b>9–14 septembre 1996</b> <b>délai d'inscriptions:</b> <b>7 septembre 1996</b>	Cours aquatique pour femmes enceintes	Thoune (BE)	Annemarie Kalasek, sage-femme Benny Vermeire,	frs 900.– plus l'hôtel. frs 1200.– plus l'hôtel élèves: frs. 700.– plus l'hôtel
<b>20./21. September 1996</b>  <b>Anmeldeschluss:</b> <b>20. August 1996</b>	Humaner Umgang am Beginn des Lebens Bedeutung für Geburt und Pflege des Frühgeborenen	Hotel Limmat Zürich	Frau Dr. Marina Marcovich und weitere Fachpersonen aus dem In- und Ausland	

**OKTOBER/OCTOBRE/OTTOBRE 1996**

<b>7.–12. Oktober 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>27. August 1996</b>	Geburtsvorbereitung im Wasser	Bad Ramsach 4448 Läufelfingen	Annemarie Kalasek, (CH) Hebamme, Geburtsvorbereiterin, Benny Vermeire, (B) Krankenpfleger/Geburtsvorbereitung	Vollpension <b>DZ: Fr. 1390.–</b> Fr. 1690.–
<b>22. Oktober 1996</b> <b>Anmeldeschluss:</b> <b>20. September 1996</b>	Wickel mit Heilpflanzen und ätherischen Ölen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und für Säuglinge, Teil III	Villa Stucki, Bern	Susanna Anderegg	<b>Fr. 150.–</b> Fr. 225.–





Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Référentes Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Membre ASSF/ASI Membre ASL/ASI	Nichtmitglied Non membre Non membre
-----------------------	------------------------	----------------------	-------------------------------------	---	---

**OKTOBER/OCTOBRE/OTTOBRE 1996**

<b>5. Oktober 1996</b> jeweils von <b>9.30–13.00 Uhr und</b> <b>14.00–17.00 Uhr</b> Anmeldeschluss <b>5. September 1996!</b>	Dammnaht post partum  Eine Dammnaht bei Episiotomie und Dammriss I und II° durchführen können	Hebammenschule Luzern	Dr. med. Elisabeth Blöchlinger	<b>Fr. 120.–</b>	Fr. 160.– Pausenkaffee inbegriffen aber ohne Mittagessen
---	---	--------------------------	-----------------------------------	------------------	--

**NOVEMBER/NOVEMBRE/NOVEMBRE 1996**

<b>7. oder 8. Nov. 1996</b> Anmeldeschluss: <b>7. Oktober 1996</b>	Reanimation des Neugeborenen	Kantonsspital Aarau	Prof. Dr. med. W. Stoll und MitarbeiterInnen	Fr. 140.–	Fr. 210.–
<b>9. November 1996</b> jeweils von <b>9.30–13.00 Uhr und</b> <b>14.00–17.00 Uhr</b> Anmeldeschluss: <b>9. Oktober 1996</b>	Dammnaht post partum  Eine Dammnaht bei Episiotomie und Dammriss I und II° durchführen können	Hebammenschule Luzern	Dr. med. Elisabeth Blöchlinger	<b>Fr. 120.–</b>	Fr. 160.– Pausenkaffee inbegriffen aber ohne Mittagessen
<b>15./16. November 1996</b> Anmeldeschluss: <b>27. August 1996</b>	Homöopathie VI – Augenpropylaxe/Probleme – Hautprobleme/Erkrankungen – Ernährung/Milchproblem usw.	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension <b>DZ: Fr. 289.–</b>	Fr. 370.– Schülerinnen: <b>Fr. 269.–</b> Fr. 300.–
<b>ACHTUNG! DER HOMÖOPATHIEKURS I WIRD AUF 7./8. FEBR. 1997 VERSCHOBEN!</b>					
<b>16./17. November 1996</b> Anmeldeschluss: <b>27. August 1996</b>	Homöopathie III – Arzneireaktion – Die 2. Verordnung – Anwendung in der Schwangerschaft	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension <b>DZ: Fr. 289.–</b>	Fr. 370.– Schülerinnen: <b>DZ: Fr. 269.–</b> Fr. 300.–
<b>25.–27. November 1996</b> Anmeldeschluss: <b>11. Oktober 1996</b>	Watsu allgemeine Einführung  <b>NEU!</b>	Hotel Blümlisalp 3624 Goldwil (über dem Thunersee)	Cathy Frischknecht, Watsu- therapeutin/Krankenschwester Assistenz: A. Kalasek, Hebamme U. Plogmaker, Watsuthérapeutin	Vollpension <b>DZ: Fr. 484.–</b>	Fr. 584.–

**DEZEMBER/DÉCEMBRE/DICEMBRE 1996**

<b>2–6 dicembre</b>  Ultimo termine del iscrizione: <b>1 novembre</b>	corso di preparazione al parto in acqua	Cadro/TI	Annemarie Kalasek, Levatrice	?	?
---	---	----------	---------------------------------	---	---

**1997**

<b>9./10./11. Januar 1997</b> <b>6./7./8. Februar 1997</b> <b>7./8. März 1997</b> <b>14.–18. April 1997</b> <b>23./24. Mai 1997</b> <b>19./20./21. Juni 1997</b> <b>17./18./19. Juli 1997</b>	Jahres-Nachdiplomkurs 2 für Hebammen in Geburtsvorbereitung	Schulungsgebäude des Universitäts-Spitals Zürich Gloriastr. 19, 8091 Zürich	Kursleitung: Dorothee Eichenberger,	<b>Fr. 4100.–</b>	Fr. 6050.– Ganzer Kurs
---	---	---	--	-------------------	---------------------------