

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

Band: 101 (2003)

Heft: 5

Artikel: Gewinn für alle

Autor: Michel, Gerlinde

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950507>

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: 08.11.2024

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

Innovative Betreuungsmodelle

Gewinn für alle

Vor allem in staatlichen Gesundheitssystemen wie in England oder Schweden finden sich innovative Ansätze zu neuen Betreuungsmodellen, in deren Zentrum die autonome Hebamme steht. Wo entsprechende Studien durchgeführt wurden, zeigen sie durchwegs grosse Zufriedenheit aller Beteiligten und ausgewiesen tiefere Kosten für das Gesundheitswesen.

Gerlinde Michel

England

Neue Wege in der Geburtsvorsorge

Ausgerechnet in unterprivilegierten innerstädtischen Gebieten Londons haben sich innerhalb des staatlichen Gesundheitswesens zwei weitere alternative Modelle der Geburtsvorsorge durch Hebammen erfolgreich etabliert.

Greenwich: Eins-zu-eins Betreuung

In Greenwich im Osten von London arbeiten die Hebammen nach einem Systemwechsel nicht mehr wie früher ausschliesslich im Spital, sondern vor allem in der Gemeinde: Praktisch die ganze Schwangerschaftsbetreuung findet heute entweder daheim bei den Müttern oder in kleinen lokalen Gesundheitspraxen statt. Jede Mutter soll bei der Geburt wenn irgend möglich von einer Hebamme betreut werden, die sie bereits kennt. Die gleichen zwei oder drei Hebammen betreuen die Frau auch bis 28 Tage nach der Geburt im Wochenbett daheim oder im Spital. In Greenwich ermutigen die Hebammen ihre Frauen zu einer Hausgeburt: Seit dem Systemwechsel zu einer individualisierten Betreuung ist die Hausgeburtsrate innerhalb kurzer Zeit von 4,0% auf 5,4% gestiegen. Gleichzeitig fiel die Anzahl Totgeburten signifikant, die Sectorate von 22% auf 20% und die Episiotomierate von 18,9% auf 16,8%, lauter Raten, die im Vergleich mit umliegenden Spitalbezirken klar tiefer liegen.

Albany: 43 % Hausgeburten

Vorzeigeeinrichtung von internationaler Berühmtheit ist die Albany Midwifery Practice (Hebammenpraxis) in Peckham,

einem unterprivilegierten Stadtteil im Südosten Londons mit vielen afrikanischen und karibischen Immigrantenfamilien. In dieser Hebammenpraxis arbeiten sieben Hebammen und eine Praxisorganisatorin unter Vertrag mit dem staatlichen Gesundheitswesen (NHS) in unabhängiger und selbst organisierter Partnerschaft. Die Hebammen verpflichten sich zur vollständigen Geburtsvorsorge für 216 Schwangere, und erhalten für diese Dienstleistung vom NHS £180 000. Die Zuweisung der Frauen läuft in erster Linie über die lokalen Allgemeinpraktiker, mit gelegentlichen Direktanfragen einzelner Frauen oder Überweisungen durch Geburtshelfer aus dem Zentrumsspital.

Die Praxis befindet sich in einem Freizeitzentrum mitten in Peckham, Tür an Tür mit einem öffentlichen Hallenbad, einer alternativen Gesundheitspraxis, einem Café und einem Kinderspielplatz. Sie bietet jeder Frau kontinuierliche Hebammenbetreuung durch zwei Hebammen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis 28 Tage nach der Geburt an. Die «Haupthebamme» besucht die Schwangere für die Anamnese immer daheim, für weitere Vorsorgebesuche sucht die Schwangere die Praxis auf, wo sie auch die zweite Hebamme kennenlernt. In der 36. Schwangerschaftswoche besuchen beide Hebammen die Frau und ihren Partner zu Hause und besprechen alle Einzelheiten der Geburt. Idealerweise betreuen auch beide Hebammen die Frau unter der Geburt, im Spital oder zu Hause. Die Wochenbettbetreuung übernimmt vorwiegend wieder die «Haupthebamme».

Die Albany Praxis feiert beachtliche Erfolge: Seit Beginn ihrer Tätigkeit waren 78% aller Geburten spontane Vaginalgeburten, die Sectorate betrug 17%, die Rate vaginal-operativer Geburten 5%. 72% aller Frauen benötigten überhaupt keine Schmerzmittel, 13% bekamen eine Epiduralanästhesie. Im Vergleich mit anderen Hebammenpraxen im gleichen Spitalbezirk ohne kontinuierliche Hebammenbetreuung sind auch Einleitungs- und Episiotomieraten tiefer, mehr Frauen benützen die Gebärmutter und gebären mit intaktem Damm, und mehr Frauen stillen. Die Hausgeburtsrate war 1999 mit 43% sensationell hoch!

Sehr hoch ist auch die Zufriedenheit der Frauen mit der Hebammenbetreuung und die Zufriedenheit der Hebammen mit ihrer Arbeit.

Quellen: *Angela Horn*, Good birth in Greenwich. MIDIRS Midwifery Digest (March 2002) 12:1. *Becky Reed*, The Albany Midwifery Practice (1) and (2). MIDIRS Midwifery Digest (March 2002) 12:1, MIDIRS Midwifery Digest (June 2002)12:2.

England

Hebammengeleitete Birth Centres

Birth oder Birthing Centres präsentieren sich als freundlich und unklinisch eingerichtete Örtlichkeiten, die, ausschliesslich von Hebammen geleitet, eine möglichst natürliche und interventionsfreie Geburt anstreben. Birth Centres sind ins staatliche Gesundheitssystem integriert, gehören zu einem Spitaldistrikt und sind oft, aber nicht immer in den Räumlichkeiten eines Spitals ange-



Foto: Madeleine Grüninger



Gebärwannen gehören nach Möglichkeit zur Ausstattung der Birth Centres in England.

siedelt. Ihre Dienstleistungen sind für alle Frauen gratis. Die Frauen werden von Allgemeinpraktikern oder Hebammen an das Geburtszentrum überwiesen oder wählen es selbst Ort für die kommende Geburt aus.

Bedürfnisse der Frau im Zentrum

Die Philosophie der Birth Centres beschreibt sich der individuellen, partnerschaftlichen, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Frau und Familie eingehenden Mutterschaftsbetreuung, vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbetts. Frauen mit komplikationsfreier Schwangerschaft, die das Glück haben, in einer Region mit einem Birth Centre zu leben, können daher das Zentrum für ihre Schwangerschaftsbetreuung und Geburt wählen anstelle der herkömmlichen Begleitung durch den Allgemeinpraktiker und das Akutspital. Den jungen Müttern steht auch die Möglichkeit offen, auf der Gebärabteilung zu gebären, für die Vorsorgeuntersuchungen und das Wochenbett hingegen das Geburtszentrum aufzusuchen.

Die Hebammen führen die Schwangerschaftsvorsorge durch, erteilen Geburtsvorbereitungskurse, begleiten die Geburt, betreuen Wöchnerinnen und Neugeborene und leiten zum Stillen an. Sie erfüllen auch wichtige Aufgaben in der Gesundheitsprävention, Beratung und Familienplanung. Als weitere Dienstleistung wird regelmässig eine Sprechstunde mit einem ärztlichen Geburtshelfer sowie die Möglichkeit für eine Ultraschalluntersuchung angeboten. Geburtsbadewannen gehören

nach Möglichkeit zur Ausstattung, jedoch kein CTG-Gerät und keine Einrichtung für eine Epiduralanästhesie. Die Hebammen wenden alternative Entspannungs- und Schmerzmittel an, überwachen die Herzrhythmen mit dem Pinard oder mit Dopplersonografie und ermutigen die Frauen zu Bewegung und alternativen Gebärpositionen.

Win-win-win-Situation

Die Interventionsraten in den Geburtszentren sind deutlich tiefer als in der herkömmlichen Geburtshilfe – die Episiotomieraten beispielsweise sind viermal geringer –, dafür ist die Anzahl stillender Frauen am Ende des Wochenbetts höher und die Frauen leiden seltener unter postnataler Depression. Die Evidenz hoher Zufriedenheit mit den Birth Centres ist ebenfalls gross. Verschiedene Kostenerhebungen haben gezeigt, dass das Gesundheitssystem mit den Zentren auch bis zu 30% der Kosten einer traditionellen Spitalgeburt einsparen kann, wobei der Effekt von tieferer Morbidität als Folge geringerer Interventionen noch nicht eingerechnet ist. Keine Untersuchung konnte signifikante Unterschiede beim geburtshilflichen Outcome feststellen.

Je nach Zentrum betreuen die selben zwei Hebammen oder ein Team von sieben bis acht Hebammen die Frau. Die Hebammen arbeiten nicht ausschliesslich im Zentrum, sondern besuchen als Community Midwives die Schwangeren und Wöchnerinnen auch zu Hause. Trotz intensiver Arbeitsbelastung ist die Tätigkeit in einem Birth Centre attraktiv für die Hebammen: Stellenausschreibungen

haben meist eine Flut an Bewerbungen zur Folge, die Arbeitsmoral ist hoch, und Burn-out und Fluktuationen kommen seltener vor als in der spitalbasierten traditionellen Geburtshilfe.

Randgruppen profitieren

Das lokal gut verankerte und auch deshalb niederschwellige Angebot der Birth Centres hat sich als Anlaufsstelle für sozial unterprivilegierte Mütter und Familien profiliert: insbesondere sehr junge Mütter, Frauen aus ethnischen Minoritäten und einkommensschwache Schwangere finden den Weg ins Birth Centre offenbar leichter als in die etablierten Gesundheitsinstitutionen.

Dies eröffnet den Hebammen die Chance, solche Randgruppen mit anderen bestehenden Angeboten wie Sozialdiensten oder Selbsthilfegruppen zu vernetzen und in Rauchpräventions- und Stillförderungsprogramme einzuführen. Das Potential der Birth Centres, viel zur allgemeinen Gesundheitsförderung einer Risikogruppe beizutragen, ist deshalb gross.

Quellen: *Jill Rosser*, Birth centres – the key to modernising the maternity services. MIDIRS Midwifery Digest (September 2001) 11:3:Supplement 2. *Leslie Brittain*, From tradition to forward thinking: the development of the Lichfield Victoria birth centre. MIDIRS Midwifery Digest (March 2002) 12:1. *Debbie Gowers*, Crowborough Birthing Centre: the pursuit of excellence. MIDIRS Midwifery Digest (June 2002) 12:2.

Neue Betreuungsmodelle in der Schweiz

Was haben wir ausgelassen?

Die Redaktion hat mit Hebammen gesprochen, die an neuen Betreuungsmodellen arbeiten (z. B. in Winterthur) oder deren Projekt erst gerade angelaufen ist (z. B. Hebammensprechstunde am USZ), und für die eine Berichterstattung noch zu früh gekommen wäre.

Vielleicht arbeiten auch Sie in oder an einem innovativen Betreuungsmodell in der Schweiz, das hier nicht vorgestellt wurde. Haben Sie Kenntnis von neuen Ideen und Projekten, die nächstens umgesetzt werden? Bitte lassen Sie uns davon wissen, damit wir unsere – bestimmt noch unvollständige – Übersicht ergänzen können!

Die Redaktion



Foto: Karl Weingart

In Schweden werden praktisch alle Frauen während der Schwangerschaft von Hebammen betreut.

Schweden

Schwangerenbetreuung in Hebammenhänden

Nahezu alle schwangeren Schwedinnen begeben sich für ihre Vorsorgeuntersuchungen in lokale Gesundheitszentren. Die hier angebotene Betreuung ist dank dem staatlichen Gesundheitssystem gratis und wird, abgesehen von zwei ärztlich durchgeführten Ultraschalluntersuchungen, ausschliesslich von Hebammen übernommen. Die Frau wird während der gesamten Schwangerschaft von der gleichen Hebamme betreut. Ergeben sich Komplikationen, so betreuen Hebamme und Arzt/Ärztin die Schwangere gemeinsam. Diese enge Zusammenarbeit zeichnet auch die Begleitung der Frauen unter der Geburt aus, wo Hebammen für die physiologische Geburt zuständig sind und die Frau bei Problemen an den Arzt oder die Ärztin überweisen. Die Evaluation des Modells hat gezeigt, dass die Frauen mit

der Hebammenbetreuung zufrieden sind, nicht zuletzt, weil sich Hebammen mehr Zeit für Gespräche nehmen und keine medizinische Fachsprache verwenden.

Hebammen haben auch eine wichtige Funktion im Bereich der Gesundheitsprävention erobert. Sie sind für Sexualerziehung an den Schulen sowie für Familienplanung und -beratung zuständig und berechtigt, die Spirale zu legen, die Pille zu verschreiben und Krebsvorsorge und gynäkologische Beratungen durchzuführen. Dieses System hat sich als sicher, kostengünstig und konsumentinnenfreundlich etabliert und bewährt.

Quellen: Karin Nyberg et al., Midwives and doctors in Sweden – a successful relationship? MIDIRS Midwifery Digest (Dec 1999) 9:4. Barbara Baumgärtner, Katja Stahl, Effektive Gesundheitsfürsorge – Am Beispiel der Schwangerenvorsorge in Deutschland. Projektbericht. Universität Bremen, März 2000.

Eine Idee aus Nordamerika

Schwangerschaftsvorsorge in Gruppen

Das Modell nennt sich Centering Pregnancy Program und wurde am Internationalen Hebammenkongress 2002 in Wien von Sharon Rising, Hebamme aus den USA, vorgestellt. Mit einem Programm, das die Elemente Vorsorge, Aufklärung und Unterstützung integriert, will das Modell Frauen von Beginn der Schwangerschaft an dazu ermutigen, Verantwortung für ihre Schwangerschaft und Geburt zu übernehmen und positiv mit dem Gesundheitssystem zu kommunizieren. Acht bis zehn Frauen mit ähnlichem Geburts-termin treffen sich zehn Mal vom Beginn der Schwangerschaft an bis ins Wochenbett mit ihrer Hebamme zu einer Gruppensitzung. Die Frauen nehmen an Vorsorgeaktivitäten und geleiteten Diskussionen teil und können sich mit den anderen Frauen austauschen. Vorsorgeuntersu-

chungen werden von einem Geburtshelfer an Ort und Stelle durchgeführt. Die Evaluation hat gezeigt, dass 96% der Frauen eine Schwangerschaftsvorsorge in Gruppen dem Alleingang vorziehen. Das Programm verläuft interdisziplinär und zeitigt hohe Befriedigung bei allen Beteiligten. Die Gruppenarbeit hilft Frauen, eine isolierte Situation zu durchbrechen und sich Frauen in ähnlicher Lage und mit vergleichbaren Problemen anzunähern. Weitere Untersuchungen sollen aufzeigen, dass dieses Modell insbesondere für benachteiligte Randgruppen wie Teenager und Frauen aus Minoritäten eine wirkungsvolle Alternative zur traditionellen Schwangerschaftsbetreuung anbietet.

Quelle: S.S.Rising, M.J.Smith. Centering Pregnancy: A model of group prenatal care. Book of Abstracts, 26th Triennial Congress 2002, International Confederation of Midwives.

Österreich

Jobrotation gegen Burn-out

Was in kleinen Spitälern mit wenigen Geburten auch in der Schweiz gang und gäbe ist, hat sich in einem grossen Spital mit 1400 Geburten als offenbar einzigem Haus von vergleichbarer Grösse im deutschsprachigen Raum ebenfalls etabliert: ein Rotationssystem für die Hebammen. Im Allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhaus in Klagenfurt, Österreich, arbeiten Hebammen als Teil des medizinischen Teams in der Schwangerenambulanz, im Gebärsaal, auf der Schwangeren- und Wochenbettstation und gemeinsam mit Kinderschwestern im Neugeborenen- bzw. Kinderzimmer. Alle Hebammen im Turnusdienst wechseln regelmässig zwischen Gebärsaal (sechs Monate), Schwangeren- und Wochenbettstation (4 Monate) sowie Kinderzimmer (zwei Monate) und – in geringem Umfang – Schwangerenambulanz. Folge dieser organisatorischen Besonderheit: Viel Austausch und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen und Kolleginnen, hohe Flexibilität des Personals, was erlaubt, bei Arbeitsspitzen kurzfristig umzuschichten, und nach Erfahrung der Klagenfurterinnen «die beste Möglichkeit, einem Burn-out vorzubeugen». Laut einer Befragung befürworteten 94,44% der Hebammen, die in einem Rotationssystem arbeiten, dieses Arbeitsmodell; Hebammen ohne diese Erfahrungen begegnen dem Modell mit mehr Skepsis. In die gleiche Richtung geht das Kantonsspital in Zug (etwa 400 Geburten). Hier arbeiten die Hebammen mit einem Arbeitspensum von mindestens 60% einmal jährlich während drei Monaten statt im Gebärsaal auf der Wochenbettstation. Dies fördert, so Agnes Iten, Leitende Hebamme, die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen und hilft, Pflgewissen à jour zu halten.

Quelle: Beate Pfeifenberger-Lamprecht, Krankenhaushebamme = Kreissaalhebamme? Österreichische Hebammenzeitung, Okt. 2002, Ausgabe 05/02.

Weitere Literatur

- Hundley V.A. et al.: Costs of intrapartum care in midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward. *Midwifery* 1995; 11(3): 103–9.
- McCourt C., Page L.: Report on the evaluation of One-to-One Midwifery. London: Thames Valley University; 1996. www.health.tvu.ac.uk/cmp/publications.html
- Saunders D. et al.: Evaluation of the Edgware Birth Centre. Middlesex: North Thames Perinatal Public Health; 2000.
- Spitzer B. Birth Centres: Economy, Safety, Empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery* 1995; 40(4): 371–375.

► Rooming-in gabs schon früher!

Zu SH 12/02

Leserin Liselotte Katulu, Frauenklinik Insel Bern, weist darauf hin, dass die Legende zur Foto auf S. 8 in der Jubiläumsnummer nicht zutrifft: Rooming-in hat es Anfang des 20. Jh. im Berner Frauenspital sehr wohl gegeben! Dazu ein Zitat aus «Das kant. Frauenspital Bern» vom Beginn der Zwanzigerjahre: «Die Frauenklinik Bern hat sich entschlossen, die Neugeborenen von den Müttern zu trennen. Es waren psychologische Momente, die uns etwas zögernd an diese Massnahme herantreten liessen. Ich glaube zwar nicht, dass die

Bindung der Mutter an ihr Kind eine Einbusse erleiden wird. Die Mutterschaftsgefühle sind so stark, dass sie durch eine kurze Trennung von einigen Tagen nicht beeinflusst werden. Zudem sieht die Mutter ihr Kind zur Zeit des Stillens. Mehr zu befürchten waren die Bedenken, die einzelne Mütter wegen der Gefahr des Verwechselns der Neugeborenen hegten. Die strengen und unbedingt zuverlässigen Massnahmen, die wir zur Verhütung dieses Vorkommnisses einführten, vermochten auch bald die ängstlichsten Gemüter zu beruhigen (...). Auch die Wöchnerin hat sich

damit abgefunden, und zwar mit Befriedigung. Die Vorteile für die Mutter sind zu gross. Ungestörte Nachtruhe, Fehlen jeder psychischen Erregung (...) fördern den Heilungsprozess im Wochenbett. Aber auch das Kind zieht Nutzen aus dieser Trennung. (...) Die zweckmässige Erziehung des Kindes muss schon zu dieser Zeit beginnen. All dieses spielt sich viel ruhiger ab, wenn die Wärterin (...) nicht beeinflusst wird von den allzuängstlichen gefühlsbetonten Einwirkungen der Mutter. Die Asepsis im Kinderzimmer ist einwandfreier als bei Gegenwart der Wöchnerin.» Die Zeiten ändern sich, und mit ihnen die Prioritäten!

► Differenzierter betrachten

Zu SH 03/03

Die Nummer enthält engagierte, gut fundierte und lehrreiche Beiträge zum Thema «Episiotomie». Den Artikel und den Schluss, den Sue Brailey aus der Geburtshausstatistik gezogen hat, möchten wir noch etwas differenzierter betrachten. Es steht da: «Geburtshäuser, in denen ÄrztInnen die Geburt begleiten, weisen bis zu zehnmal höhere Epiraten auf als Geburtshäuser mit reinen Hebammengeburten.» Die Statistik sagt in unserem Fall (Hebammengemeinschaft und Geburtsstätte Mutterz) folgendes: Epirate 10,6%, Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin bei der

Geburt: 10%. Klar, würde man sagen, so auf den ersten Blick. Die Fakten sind: rufen wir einen Arzt oder eine Ärztin zur Geburt, dann darum, weil eine operative Geburtsbeendigung mittels Vacuum oder Forceps indiziert ist, oder dies zumindest in Betracht gezogen werden muss. Wir und unsere Paare sind sehr dankbar für diese Zusammenarbeit, weil sich dadurch Spitalverlegungen umgehen lassen. Alle unsere Ärztinnen und Ärzte führen auch Vacuums ohne Episiotomie durch. Sie sind also selbst bei operativen Geburtsbeendigung zurückhaltend im Schneiden von Episiotomien. Bei jeder Spontangeburt mit Episiotomie ist es

immer die Hebamme, welche den Entscheid dazu trifft. Keine von uns Hebammen hat je erlebt, dass sie von einem unserer Ärzte bzw. Ärztinnen angehalten wurde, eine Episiotomie zu schneiden, keine hat je erlebt, dass sie sich durch ärztliche Anwesenheit gedrängt fühlte, eine Episiotomie zu schneiden. Dies zeigen nicht zuletzt auch die Zahlen mit einer Damm intakt – Rate von 65,6 %.

Dieser Beitrag soll auch zu einem differenzierten Blick auf die Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärztinnen und Ärzten aufmuntern.

*Im Namen des Hebammenteam
der Geburtstätte Mutterz
Susanna Brogli Schoder*

► Immer mehr lesbische Mütter

Zu SH 02/03 «Couples homosexuels et désir d'enfant»

Ich möchte euch herzlich danken, dass ihr das Thema lesbische Paare und Mutterschaft aufgenommen habt (wenn auch «nur» in französisch...). Als ich vor zwei Jahren für unsere Diplomarbeit an der Hebammenschule Zürich zu diesem Thema Literatur suchte, war ich überrascht und erstaunt zugleich. Erstaunt über die Nichtexistenz

solcher Studien im deutschen Raum und überrascht über das Outcome solcher Kinder, das genau so abhängig von der Qualität der Beziehung der Eltern und dem sozialen Umfeld ist wie das von Kindern, die in traditionellen Familienstrukturen aufwachsen. Es ist eine Tatsache, dass schon heute in der Schweiz sicher 5% der Kinder mit homosexuellen Eltern aufwachsen und dass es immer mehr lesbische Frauen

gibt, die ihren Kinderwunsch zulassen und ernst nehmen. Diese Veränderung der gängigen Familienform steckt in unserem Land im Gegensatz zu den USA, Holland und Australien noch in den Kinderschuhen (musste ich am Hebammenkongress in Wien 2002 merken!), aber ich erachte es als wichtig, dass wir uns als Hebammen mit dieser Thematik auseinandersetzen. Darum würde ich einen deutschen Artikel dazu sehr begrüssen!

Eva Kaderli, Zürich

► Immer attraktiver

Zu SH 03/03

Ganz herzlichen Dank für diese Ausgabe und eure stetige und intensive Arbeit. Die Schweizer Hebamme wird immer attraktiver und interessanter!

Janne Terpstra Schläppi, Bern

► Nicht alles Ärzten in die Schuhe schieben

Zu SH 03/03

Der Bericht über die Episiotomierate und die Statistik der Spitäler hat unter uns Hebammen und den Ärzten eine lebhaft Diskussions ausgelöst. Ich kann mir nicht vorstellen, dass alle Episiotomiezahlen stimmen. Bei den Zahlen einiger Spitäler vermute ich, dass die Prozente von der Gesamtzahl der Geburten errechnet wurden, inkl. Sectios. (Anm. d. Red.: es wurde ausdrücklich nach den Zahlen exkl. Sectios gefragt.) Interessant wäre zu wissen, warum die Episiotomien geschnitten wurden. Wie viele Spitäler schneiden Episiotomien auf Grund kindlicher Indikationen, bzw. wie viele Episiotomien waren unnötig? Ich glaube auch nicht, dass die Episiotomierate viel tiefer liegen würde, wenn wir Hebammen entscheiden würden, ob geschnitten wird oder nicht. Bei einer komplikationslosen Spontangeburt liegt es in den Händen der Hebammen, und trotzdem werden zu viele unnötige Episiotomien geschnitten. Wenn als Grund für eine Episiotomie ein hoher oder straffer Damm genannt wird, frage ich mich auch, «musste das sein?» Bevor wir den Grund für die vielen Episiotomien den Ärzten in die Schuhe schieben, sollten wir uns fragen, wie viele unnötige Episiotomien wir Hebammen schon geschnitten haben. Und: Wieviele von den Ärzten geschnittenen Episiotomien hätten wir verhindern können?

Judith Herbeck, Männedorf