

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Band: 103 (2005)
Heft: 6

Artikel: Das traumatische Geburtserlebnis : Präventionsmöglichkeiten
Autor: Hartmann, Linda
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950054>

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: 22.11.2024

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

Das traumatische Geburtserlebnis

Präventionsmöglichkeiten

Wann sollte die Prävention von traumatischen Geburtserlebnissen beginnen und wann haben Hebammen konkret die Möglichkeit dazu? Linda Hartmann hat dazu Vorschläge ausgearbeitet, die sich auf die jüngste Forschung stützen.



Eine gründliche Vorbesprechung am Geburtsort der Wahl hat auch präventive Wirkung.

Foto: Sonnenhof-Klinik Engeried, Bern

Linda Hartmann

AUS der Literatur kann geschlossen werden, dass die Prävention weit vor der Geburt, auch weit vor der Schwangerschaft beginnen sollte. Die Prävention muss schon im Kindesalter greifen, um Traumata wie körperliche, sexuelle und psychische Gewalt zu verhindern und um für eine angstfreie Persönlichkeitsentwicklung zu sorgen. Die Prävention muss weitergeführt werden in die Adoleszenz und ins Erwachsenenalter, wo Belästigungen, Vergewaltigungen, Gewalt in der Partnerschaft den Frauen begegnen.

Hebammen haben die Möglichkeit und die Aufgabe, sich in die Prävention von traumatischen Geburtserlebnissen aktiv einzubringen.

1. Prävention der Belastungsstörung in der Schwangerschaft

Jede Frau bringt ihre persönliche Geschichte mit, die Einfluss auf das Empfinden der Schwangerschaft und die Geburt hat. Vorausgegangene negative oder traumatische Erfahrungen mit anderen Geburten, Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüchen können Vulnerabilitätsfaktoren sein und einen negativen Einfluss auf das Schwangerschafts- und Geburtserlebnis haben. Die Frauen waren in diesen Situationen möglicherweise mit Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuldgefühlen oder Ausgeliefertsein konfrontiert.

Ein anderer in der Literatur als wichtig gewerteter Faktor ist der Einfluss des

aktuellen Schwangerschaftsbefindens sowie Komplikationen. Studien zeigten, dass Frauen mit PTBS-Symptomen häufiger Komplikationen in der Schwangerschaft angaben (Lyons, 1998).

Anamnese und kontinuierliche Schwangerschaftsbetreuung

Die Anamnese ist das Instrument, um Risikofaktoren zu erkennen, sie dient somit als primäre Prävention. Um eine effektive Anamnese erheben zu können, bedarf es Zeit, Empathie, einem Vertrauensverhältnis zwischen Frau und Hebamme und dem Erkennen der Wichtigkeit der Anamnese. Empathie, Berufserfahrung und Fachwissen über traumatische Geburtserlebnisse machen die Hebamme zu einer Fachperson, die Frauen ganzheitlich erfasst und betreut.

Im Spital ist eine ausführliche Anamneseerhebung stark erschwert. Eine kontinuierliche Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebammen im Spital wäre eine Möglichkeit, diese sehr heiklen Themen mit den Frauen zu besprechen. Ich habe mich aber gefragt, ob dies der einzige Grund ist, weshalb in der Anamnese oft nur oberflächlich auf diese Punkte eingegangen wird. Vielleicht spielen hier auch Berührungsängste der Hebamme mit? Was mache ich denn, wenn ich solche Sachen erfahre? Wie soll ich dann auf die Frau eingehen?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Genau hier sollte die sekundäre Prävention greifen. Es liegt in unserem Aufgabenbereich Frauen zu erfassen, die sich in psycho-sozialen Krisensituationen befinden. Auch müssen wir in geburtshilflichen Krisensituationen mit anderen Fachpersonen zusammenarbeiten. So ist es im 6-Funktionen-Modell des Schweizerischen Roten Kreuzes unter Funktion 2 und 3 als Schlüsselqualifikation beschrieben.

Die Hebamme muss entscheiden, ob sie die Qualifikation hat, diese Frauen weiter selbstständig zu betreuen, oder ob sie mit dem Schweregrad der Traumatisierung an ihre eigenen fachlichen Grenzen gerät. In solchen Situationen müssen wir den Frauen anbieten, sie an Hebammen-Kolleginnen mit Weiterbildung in Traumaverarbeitung, Prozessbegleitung und Trauerbegleitung,

der Hebamme

oder an andere Spezialisten wie Psychologinnen oder Psychiaterinnen zu überweisen.

Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem behandelnden Psychiater bei Frauen mit vorbestehender psychiatrischer Erkrankung ist sehr wichtig. Eine ganzheitliche Betreuung kann hier nur durch Interdisziplinarität erreicht werden.

Geburtsvorbereitung

In der Geburtsvorbereitung wie auch in den Schwangerschaftskontrollen durch die Hebammen können die Erwartungshaltungen der Paare an die Geburt eruiert werden. Hier sollte ohne Ängste zu schüren aber aufklärend darauf eingegangen werden, dass es neben den Spontangeburt auch zu Komplikationen kommen und unvorhergesehene Ereignisse eintreten können. Hier ist das Fördern von Gesundheit, Körpergefühl und Getragenwerdens durch die Hebamme unterstützend, damit die Frau den möglichen Kontrollverlust



Ein Vertrauensverhältnis zwischen Frau und Hebamme ermöglicht eine effektive Anamnese und dient der primären Prävention.

Foto: Susanna Hufschmid

Definition der Prävention

nach Caplan (1964)

- Primordiale Prävention: Strategie zur möglichst frühzeitigen Bekämpfung von Krankheiten. Verhütung von Risikofaktoren bei bisher Gesunden.
- Primäre Prävention: Senkung der Inzidenzraten, generelles Ziel ist die Verringerung der Zahl von Neuerkrankungen.
- Sekundäre Prävention: Senkung der Prävalenzrate von Krankheiten, dank Früherkennung (Screening) und frühzeitiger Behandlung. Auf diesem Weg sollen Exazerbation, Chronifizierung oder Unheilbarkeit der Krankheit vermieden werden.
- Tertiäre Prävention: Deckt sich weitgehend mit dem Konzept der Rehabilitation. Beabsichtigt die Verringerung oder Beseitigung der Folgeschäden von Erkrankungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld.

besser verarbeitet. Eine realistische und individuelle Aufklärung kann also zur Prävention eines traumatischen Geburtserlebnisses beitragen.

Wahl der Geburtsstätte

Die bewusste Wahl der Geburtsstätte ist ein eminent wichtiger Punkt. Gemeinsam eruieren Hebamme und Paar, welche Aspekte für die Geburt wichtig und welche Ängste vorhanden sind. Gefahrenpunkte wie Klinikatmosphäre, Schichtwechsel, invasive medizinische Interventionen, hohe Arbeitsbelastung des Personals, aber auch Chancen wie maximale Schmerztherapie, Anwesenheit von Fachärzten, Kostenübernahme der Krankenkasse müssen besprochen werden.

Diese Massnahmen können als primäre Prävention für traumatische Geburtserlebnisse gesehen werden. Sie können subjektiven Wahrnehmungen wie Kontrollverlust, Gefühl des Ausgeliefertseins, nicht vorhandene Unterstützung in der Wehenverarbeitung vorbeugen. Auch objektive Ursachen für traumatisierende Interventionen durch Vacuum, Forceps oder Notfallsectio können vom Paar besser verarbeitet werden, wenn das Vertrauen in die betreuende Person da ist und sie darauf vorbereitet sind.

Beratung bei Wunschkaiserschnitt

Der Kaiserschnitt auf Wunsch kann eine mögliche Folge eines vorausgegangenen traumatischen Geburtserlebnisses sein. Einige Frauen, die ihre erste Geburt als traumatisch erlebt haben, wollen sich nicht nochmals in die gleiche Gefahrensituation bringen (Vermeidungsverhalten).

Die Situation zeigt auch, dass die Frau nicht die Möglichkeit hatte, dieses Trauma aufzuarbeiten. Möglicherweise wurde das Erlebnis von Fachpersonen wie Wochenbetthebamme, Gynäkologe oder Mütter-Väter-Beraterin nicht erkannt. Hier zeigt sich auch die Problematik der kaum vorhandenen Nachbetreuung von Wöchnerinnen.

Wünscht eine Frau auf Grund traumatisch erlebter Geburten einen Kaiserschnitt und wurden die PTBS-Symptome bis anhin nicht behandelt, ist die Situation sehr schwierig. Eine schwangere Frau mit PTBS-Symptomen ist auf Grund der mangelnden Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis und der instabilen psychosozialen und/oder körperlichen Situationen (Dorn 2003) kaum zu therapieren.

Wenn die Frau will, könnte man mit ihr die bedrohlich erlebten Situationen eruieren und nach Möglichkeiten suchen, diese Bedrohung bei der nächs-



Notfallsituationen lassen wenig Zeit für eine Aufklärung der Frau und ihres Partners. Foto: Susanna Hufschmid

ten Geburt weitgehend zu minimieren. Es ist aber möglich, dass für die Frau eine vaginale Geburt nicht vorstellbar und eine primäre Sectio caesarea unumgänglich ist.

Nach dieser Abfolge von Ereignissen besteht die Gefahr, dass die Frau nach ihrem regulären Spitalaufenthalt nach Hause geht und keine weitere Betreuung stattfindet. Die Probleme, mit denen die Frau durch die Traumatisierung zu kämpfen hat, scheinen durch den Wunschkaiserschnitt gelöst. Tertiäre Prävention würde in dieser Situation bedeuten, dass die Frau nun die Möglichkeit der Therapie bekommt. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass sie die Möglichkeit und das Recht hat sich in der Verarbeitung des Geburtstraumas durch eine Fachperson unterstützen zu lassen.

2. Prävention einer Belastungsstörung unter der Geburt

Eins zu Eins Betreuung

Das Geburtserlebnis bei Frauen mit PTBS-Symptomatik ist signifikant häufig gekennzeichnet durch die Unzufriedenheit mit der betreuenden Person. Gelegentlich wird der Partner mit diesem Vorwurf konfrontiert, häufiger aber ist diese Kritik an das medizinische Personal gerichtet (Allen 1998). Fehlende Informationen bei Routinehandlungen, Entscheidungen, die ohne das Einverständnis der Frau gefällt werden, aber auch mangelnde Empa-

thie oder Ignoranz sind häufig die geäußerten Empfindungen der Frauen mit PTBS-Symptomen (Wijma et al. 1997).

Es ist möglich, dass Frauen ohne objektive Interventionen ihre Geburt traumatisierend erleben. Die Ursachen für diese Wahrnehmungen der Frauen können in der Arbeitsbelastung der Hebammen liegen. So ist im Spital eine Eins zu Eins Betreuung oft nicht gewährleistet. Eine fast lückenlose Präsenz der Hebamme im Gebärmutter, sofern das Paar das möchte, ist sehr selten.

In solchen Situationen ist wohl der Hebamme wie auch dem Paar am ehesten gedient, wenn die Hebamme dem Paar die Arbeitssituation erklärt. Gemeinsam kann nach Lösungen gesucht werden, wie die Bedürfnisse der Frau trotzdem

befriedigt werden könnten.

Ist die belastete Arbeitssituation häufig, so wäre die primäre Prävention etwas weiter anzusetzen. Eine Pikett-Hebamme wäre eine Möglichkeit. Mögliche Strukturprobleme innerhalb der Abteilung müssen von der Leitung angegangen werden.

Schmerzen

Schmerzen gelten als ein möglicher Auslöser von traumatischen Erlebnissen und können zur Ausbildung einer

PTBS beitragen. Schmerzen sind immer subjektiv und können zu Todesangst führen. Somit erfüllen sie das Stressor-Kriterium der ausserordentlichen Bedrohung (Pantel 1998).

Es liegt in der Verantwortung der Hebamme, die Schmerzverarbeitung der Frau zu beurteilen. Erlebt die Frau die Wehen und den damit verbundenen Schmerz als Bedrohung, oder ist sie in der Lage, die Wehen zu verarbeiten? Wenn es der Frau mit Unterstützung nicht möglich ist, Intensität oder lange Dauer der Geburt mit den damit verbundenen Geburtsschmerzen zu verarbeiten, ist es wichtig, dass die Hebamme eine adäquate Schmerztherapie anbietet. Welche Art der Schmerztherapie die geeignetste ist, hängt von verschiedenen Faktoren wie voraussichtliche Geburtsdauer, vorbestehende Vulnerabilitätsfaktoren und Wünsche der Frau ab. Hier sind Empathie und Berufserfahrung der Hebamme massgeblich, um eine adäquate, individuelle Schmerztherapie zu finden.

Geburtsmodus

Es wurde beobachtet, dass der Geburtsmodus mit der Entstehung einer PTBS in Zusammenhang steht. Die sekundäre Sectio caesarea wie auch die vaginaloperative Geburtsbeendigung durch Vacuum oder Forceps kamen bei Frauen mit einem PTBS signifikant häufiger vor als bei Frauen mit einer spontanen Vaginalgeburt oder einer primären Sectio caesarea (Ryding et al.



Frauen, die ihre Geburt als traumatisierend erlebt haben, sollten ein Nachgespräch mit der Hebamme haben.

Foto: UNICEF

1998). Diese Beobachtung lässt darauf schliessen, dass vor allem die Unvorhersehbarkeit eines Eingriffs das Geburtserleben negativ beeinflusst und als Stressor einer PTBS wirken kann. Zur Unvorhersehbarkeit der Situationsveränderung und der medizinischen Intervention kommt zusätzlich die Kombination aus Schmerz und Angst um das eigene oder das Leben des Kindes.

In solchen Notfallsituationen ist es leider oft nicht möglich, die Frau und den Partner in Ruhe aufzuklären, was mit ein Grund für die Unzufriedenheit mit der Betreuung sein kann. Es ist also besonders wichtig, dass trotz einer Notfallsituation die Kommunikation zum Paar nicht abbricht. Das Paar muss, wenn auch nur kurz, darüber aufgeklärt werden, dass die Situation nichts anderes zulässt und es zu einem Kaiserschnitt kommt. Dieser weitergeführte Informationsfluss kann einen primären Präventions-Charakter haben.

Eine weitere Auswirkung vor allem der sekundären Sectio scheint das Gefühl des Versagens zu sein, besonders, wenn die Sectioindikation auf Grund eines Geburtsstillstandes, trotz stundenlangen Wehen, gestellt wird. Bei diesem wie auch bei allen anderen Geburtsverläufen ist ein Nachgespräch mit der betreuenden Hebamme von grosser Bedeutung. Die präventiven Massnahmen müssen demnach im Wochenbett weitergeführt werden.

3. Prävention der Belastungsstörung im Wochenbett

Nachgespräch mit der Hebamme

Während der ersten Tage nach der Geburt liegt ein grosses, noch wenig genutztes Potential der Prävention von PTBS. Frauen, die ihre Geburt als traumatisierend erlebt haben, sollten hier in Form von primärer und sekundärer Prävention abgeholt werden. Wie in dieser Arbeit verdeutlicht wurde, können auch Frauen mit einer problemlosen Spontangeburt ein PTBS entwickeln. Es ist also äusserst wichtig, dass alle Frauen ein Nachgespräch haben. Dabei müssen die Frauen ihre subjektiven erlebten Eindrücke der Geburt äussern können. Die Hebamme sollte Ängste, Versagensgefühle, Enttäuschungen, Unverständnisse für Abläufe und offene Fragen erkennen und thematisieren. Denn man geht davon aus, dass die Interpretation des traumatischen Geburtserlebnisses einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Belas-

tungssymptomen hat. Das würde bedeuten, dass der positiven Interpretation des traumatischen Ereignisses eine symptomreduzierende Wirkung zukommt (Allen 1998).

Geburtsbesprechung nach acht bis zwölf Wochen

Eine weitere sekundäre Präventionsmöglichkeit bietet der Rückbildungskurs. Die Hebamme kennt vielleicht schon viele der Frauen aus dem Geburtsvorbereitungskurs. In diesem vertrauten Rahmen ist es gut möglich, einen Abend der Geburtsbesprechung zu widmen. Jede Frau bekommt die Möglichkeit, ihr Geburtserlebnis zu erzählen. Daraus kann sich eine Diskussion entwickeln, die von der Hebamme begleitet wird. Ein Rückbildungskurs ist ideal, um Frauen mit PTBS-Symptomen zu erkennen und aufzufangen, indem sie an Hebammen-Kolleginnen mit Weiterbildung in Traumaverarbeitung oder Trauerprozessbegleitung weitergeleitet werden.

Dass die Aufgabe der Geburtsbesprechung vom Spital wahrgenommen würde, wo die Frauen geboren haben, ist wünschenswert. Finanzielle wie auch organisatorische Probleme erschweren aber die ganzheitliche Nachbetreuung durch das Spital. Desto wichtiger ist es, dass freiberufliche Hebammen diesem Betreuungsdefizit in ihren Rückbildungskursen entgegenwirken.

Informationsmaterial

Informationsmaterial, das bei Gynäkologen, Pädiatern, Mütter-Väter-Beratungsstellen, Stillberaterinnen und Hebammen-Praxen aufliegt, kann betroffene Frauen erreichen. Hier müssen Adressen aufgelistet sein, an die sich die Frauen wenden können. Glücklicherweise gibt es eine solche Anlaufstelle, bestehend aus mehreren freipraktizierenden Hebammen, die verschiedene Weiterbildungen im körper- und psychotherapeutischen Sektor vorweisen können (Internet-Adresse: Netzwerk Verarbeitung-Geburt: www.verarbeitung-geburt.ch. Siehe auch Hebamme.ch 4/2005, Seite 12). ◀

Die beiden Beiträge von Linda Hartmann basieren auf ihrer Diplomarbeit «Das Trauma in der Geburtshilfe. Das traumatische Geburtserlebnis, Präventionsmöglichkeiten der Hebamme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.» Hebammenschule Bern, Ausbildungszentrum Insel, 2004.

Redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

Eine ausführliche Literaturliste ist auf Anfrage elektronisch oder auf Papier bei der Redaktion erhältlich.

Schlussfolgerung

- Über die Ursachen der PTBS in der Geburtshilfe sollten in Zukunft weitere Studien gemacht werden. Zudem soll die traumatisierende Geburt als Stressorkriterium anerkannt werden.
- Auch Frauen mit subsyndromalen Formen der PTBS sollten eine adäquate Nachbetreuung erhalten.
- Über die Risikofaktoren und die Folgen der PTBS in der Geburtshilfe auf Mutter-Kind-Beziehung, Paarproblematik oder Probleme in der Sexualität liegen zuwenig Studien vor. Auch über Langzeitfolgen ist nichts veröffentlicht.
- Durch weitere Publikationen sollen Fachpersonen wie Hebammen, Ärzte, Pflegefachfrauen, Stillberaterinnen und Mütter-Väter-Beraterinnen sensibilisiert werden.
- Weiterbildungen für Hebammen im Umgang mit emotional belastenden Situationen sollten angeboten und wahrgenommen werden.
- In der Ausbildung zur Hebamme sollte das Thema der PTBS und die präventiven Handlungsmöglichkeiten Platz finden.
- Die Prävention in der Schwangerschaft lässt sich durch das Erkennen von möglichen PTBS-Risiken mit Hilfe der Anamnese und einer kontinuierlichen Betreuung durch die Hebamme gewährleisten.
- Unter der Geburt ist die Eins zu Eins Betreuung ein wichtiger Faktor, um der Spirale Angst-Verspannung-Schmerz vorzubeugen. Zudem ist die kontinuierliche Aufklärung der Frau über Handlungen unter der Geburt eine weiter primäre und sekundäre Prävention.
- Nach der Geburt sollen alle Frauen die Möglichkeit eines Nachgesprächs bekommen. Hier liegt ein grosses, oft ungenutztes Präventionspotential
- Informationsmaterial über die PTBS und die subsyndromalen Formen sollten bei den Institutionen aufliegen.

Traumatische Erstgeburt

Einfluss auf weiteren Kinderwunsch?

Aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass einige Frauen, welche die erste Geburt als traumatisch empfunden haben, kein weiteres Kind wünschen. Eine schwedische Studie wollte dies systematisch untersuchen. 617 Frauen, die ihr erstes Kind zwischen 1989 und 1992 bekommen hatten, nahmen an der Untersuchung teil.

Zwei Monate nach der Geburt wurden verschiedene Aspekte wie Zufriedenheit mit der Pflege, Erfahrungen mit Wehen und Empfindungen bei der Geburt mit einem Fragebogen erfasst. Medizinische Daten über Schmerzmittelverbrauch, Wehendauer, Geburtsmodus, Geburtsgewicht und Apgar-Werte wur-



den ebenfalls erfasst. Aus dem Schwedischen Geburtsregister wurden die Daten über nachfolgende Geburten innerhalb der folgenden 10 Jahre und über das Intervall zwischen den Geburten entnommen.

Insgesamt hat die Mehrheit der 617 Frauen die Geburt ihres ersten Kindes positiv erlebt. Von den Frauen mit einem negativen Geburtserlebnis bekamen 38% keine weiteren Kinder. Im Vergleich dazu haben nur 17% der Frauen mit einem positiven Geburtserlebnis kein weiteres Kind mehr bekommen. Ausserdem dauerte das Intervall nach negativem Geburtserlebnis mit durchschnittlich 4,2 Jahren länger als nach positiv empfundenen Ge-

burten (2,4 Jahre). Zwischen den Frauen, die es mit einem Kind bewenden liessen und den Frauen, die ein zweites Kind bekamen, gab es keine Unterschiede hinsichtlich erfassten Parametern wie z.B. Ausbildung, Ängstlichkeit, Geburtsdauer, Wehenschmerzen, Geburtsmodus.

Drei Faktoren tragen zur weiteren Reproduktivität signifikant bei: Ein negatives erstes Geburtserlebnis, das Alter der Mutter (>35 Jahre) und das Single-Dasein der Frau.

Schlussfolgerungen: Es ist wesentlich, dass während der Geburt auf die Empfindungen der Frau Rücksicht genommen wird und dass nach der Geburt die Erlebnisse aufgearbeitet werden.

Gottvall K., Waldenstrom U.: Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? BJOG. 2002 Mar; 109(3): 254-60.

Traumatisches Geburtserleben

Ansatzpunkte für Betreuende

Eine amerikanische Studie hatte zum Ziel, die Inzidenz von psychologischem Trauma nach einer Geburt zu untersuchen, sowie welche Faktoren zur Entstehung und Entwicklung eines Traumas beitragen.

103 schwangere Frauen beantworteten in einem Geburtsvorbereitungskurs einen Fragebogen und wurden vier Wochen nach der Geburt interviewt.

Resultate: 34% der Frauen bezeichneten ihr Geburtserlebnis als traumatisch, bei 2 Frauen (1,9%) wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert, 31 Frauen (30,1%) entwickelten Symptome einer PTBS. Vorbestehende Belastungen wie sexuelle oder soziale Traumatisierung sowie Geburtserlebnisse wie grosse Schmerzen in der Eröffnungsphase, das Gefühl von Ohnmacht, nicht erfüllte Erwartungen, medizinische Interventionen erwiesen sich als signifikante Vorzeichen dafür, dass eine Frau ihre Geburt als traumatisch empfand. Die Entwicklung einer PTBS oder Symptomen einer PTBS hing signifikant mit dem Schmerzerlebnis, mit der sozialen Unterstützung, mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie eigenen Bewältigungsstrategien zusammen.

Schlussfolgerungen: Die Resultate zeigen, dass es viele Ansatzpunkte für das Gesundheitspersonal gibt, die Inzidenz von traumatisch erlebten Geburten zu senken. Dazu gehören das Aufspüren von früheren traumatischen Erlebnissen, soziale Unterstützung und das Thematisieren der Erwartungen während der Schwangerschaft; bessere Kommunikation und Schmerzmanagement unter der Geburt, und postpartal die Möglichkeit, das Geburtserlebnis zu besprechen.

Soet J.E., Brack G.A., DiIorio C.: Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003 Mar; 30(1): 36-46.

Abnabeln bei Frühgeborenen

Kleine Verzögerung möglicherweise günstiger

Ob eine kleine Verzögerung des Abnabelns sich günstig auf zu früh geborene Babys auswirkt und weniger Hirnblutungen und seltener Bluttransfusionen zur Folge hat, war Gegenstand einer Untersuchung, die in der Cochrane Library publiziert wurde. Das Untersuchungsteam der Universität von Brighton betont, es gehe beim Zeitpunkt des Abnabelns darum, die beste Balance zwischen zwei Risiken zu finden. Wenn die Nabelschnur nicht sofort abgetrennt wird, kann das Blut von der Plazenta den Blutkreislauf des Babys unterstützen. Dadurch wird die Blutzirkulation in der Lunge angeregt und Blutdruck sowie Blutvolumen erhöhen sich. Beim späteren Abtrennen der Nabelschnur können jedoch auch zu viele Blutzellen in den Kreislauf des Neugebore-

nen gelangen und sein Blut verdickt sich. Dies kann für Herz und Atmung gefährlich werden und sogar zu Hirnschäden führen. Ausserdem kann seine Atmung nicht unterstützt werden und es ist länger der Kälte ausserhalb des Brutkastens ausgesetzt. Die Wissenschaftler untersuchten systematisch alle randomisierten kontrollierten Studien zu Frühgeburten mit einem Gestationsalter von 24 bis 33 Wochen, in denen sofortiges Abnabeln mit Abnabeln nach 30 bis 120 Sekunden verglichen wurde. Sie fanden 7 entsprechende Studien mit insgesamt 279 Frühgeborenen. Nach verzögertem Abnabeln war das Hämocrit vier Stunden postpartal um 5,31% höher und das Risiko für eine Transfusion zur Behandlung

einer Anämie nur halb so gross wie nach sofortigem Abnabeln. Bei frühem Abnabeln erhöhte sich das Risiko einer Bluttransfusion wegen zu tiefem Blutdruck um den Faktor 2,58 und wegen Hirnblutungen um 1,74. Diese potentiellen Vorteile des verzögerten Abnabelns seien gerade für Entwicklungsländer mit beschränkten Ressourcen und erhöhtem Infektionsrisiko nach Bluttransfusionen von grösster Bedeutung, schreiben die Autoren. Aber die Resultate müssten mit Vorsicht interpretiert werden, weil die Studien für gesicherte Erkenntnisse zu klein seien und die einzelnen Outcomes grosse Konfidenzintervalle aufweisen.

Rabe H. et al.: Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants (Cochrane review). The Cochrane Library Issue 4, 2004.

PTBS-Prävention durch Hebammen

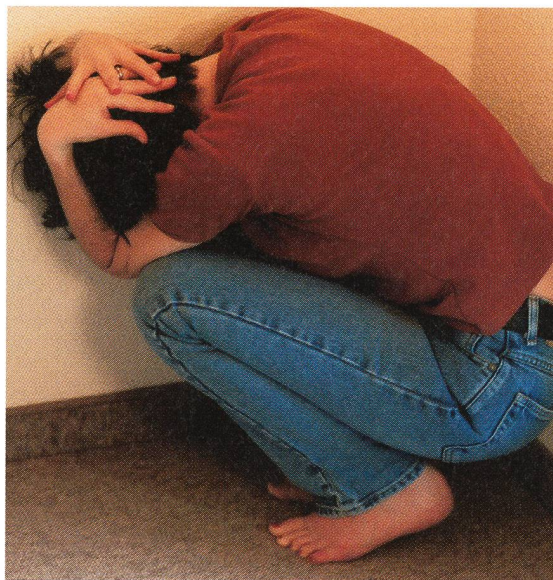
Studie weist Effektivität nach

Eine belastende Geburtserfahrung kann bei einigen Frauen Angstzustände auslösen und die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen. Eine Studie wollte überprüfen, wie sich ein von Hebammen durchgeführtes kürzeres Beratungsgespräch nach der Geburt auf Frauen auswirkt, bei denen ein Risiko für eine solche ungünstige Entwicklung besteht. 348 Frauen wurden auf mögliche Traumasymptome hin befragt, 103 erfüllten die Aufnahmekriterien für die Untersuchung. Sie wurden randomisiert in eine Interventionsgruppe (n=50) und eine Kontrollgruppe (n=53) aufgeteilt. Mit den Frauen der Interventionsgruppe wurde innerhalb von 72 Stunden post partum ein Beratungsgespräch geführt. Ein weiteres telefonisches Gespräch fand 4 bis sechs Wochen nach der Geburt statt. Gesucht wurde nach posttraumatischen Stresssymptomen, Depression, Selbstvorwürfen und Zuversicht hinsichtlich einer nächsten Schwangerschaft. **Resultate:** Beim Nachfragen drei Monate post partum wie-

sen die Frauen der Interventionsgruppe verminderte Traumasymptome, geringes relatives Depressionsrisiko, geringes relatives Stressrisiko und einen geringen Grad an Selbstanklage auf. Die Zuversicht hinsichtlich einer nächsten Schwangerschaft war höher als bei den Frauen der Kontrollgruppe. 3 Frauen der Interventionsgruppe, verglichen mit 9 Frauen der Kontrollgruppe entsprachen den Diagnosekriterien für eine PTBS, was aber statistisch nicht signifikant war. **Schlussfolgerungen:** Auch wenn sich der Zustand der meisten Frauen mit der Zeit verbesserte, konnte die Intervention diese Genesung klar beschleunigen. Ein kurzes Beratungsgespräch mit der Hebamme vermochte Symptome von Trauma, Depression, Stress und Selbstan-

klage nach einem belastenden Geburtserlebnis zu vermindern. Eine solche Intervention entspricht dem Tätigkeitsbereich der Hebammen, schadete den Teilnehmerinnen nicht, wurde als hilfreich empfunden und erhöhte die Bereitschaft für eine neuerliche Schwangerschaft.

Gamble J., Creedy D., Moyle W., Webster J., McAllister M., Dickson P.: Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. Birth. 2005 Mar;32(1):11-9.



Eigene Bewältigungsstrategien

Welche sind wirkungsvoll?

In einer qualitativen Studie mit 20 Frauen nach traumatischer Geburt analysierte der Autor zehn Monate nach der Geburt die Bewältigungsstrategien der Frauen. Frauen, die ihre Geburt positiv reinterpretierten, sich bei unterschiedlichen Menschen Unterstützung holten und sich genügend Zeit für eigene Interessen nahmen, war es gelungen, ihren Stress zu reduzieren. Wirkungslos war der Versuch geblieben, nicht mehr an das Erlebnis zu denken und die eigenen Schwierigkeiten und Probleme nicht zuzugeben. Wenn Frauen ihren Zustand nicht verbessern konnten, hatte dies Auswirkungen auf ihr persönliches Wohlbefinden und ihre Beziehungen und beeinträchtigte den Wunsch nach weiteren Kindern.

Allen S.: A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1998 May; 16(2/3): 107-131.



BDH
EMPFENHUNG

Ausbildungszyklus und Kurse entsprechen den Schweizer Ausbildungsempfehlungen!

PRO MEDICO

Medizinische Fortbildungsgesellschaft
Deutschland | Österreich | Schweiz

GRUND-AUSBILDUNG AKUPUNKTUR & CHIN. MEDIZIN

G1 Grundkurs I			
H110	10.09.-11.09.05	Mannheim	
H113	24.09.-25.09.05	München	
H115	24.09.-25.09.05	Zürich - CH	
H117	10.11.-11.11.05	Villingen-Schw.	
G2 Grundkurs II			
H211	23.09.-24.09.05	Mannheim	
H212	14.10.-15.10.05	München	
H214	21.10.-22.10.05	Zürich - CH	
H217	11.11.-12.11.05	Villingen-Schw.	
G3 Aufbaukurs A I			
H311	24.09.-25.09.05	Mannheim	
H312	15.10.-16.10.05	München	
G4 Praxiskurs P I			
H408	14.10.-15.10.05	Mannheim	
H415	11.11.-12.11.05	München	
G5 Aufbaukurs A II			
H508	15.10.-16.10.05	Mannheim	
H515	12.11.-13.11.05	München	
G6 Refresherkurs			
H606	10.06.-11.06.05	München	
H607	17.06.-18.06.05	Mannheim	
H614	25.11.-26.11.05	Mannheim	
H615	25.11.-26.11.05	München	
G7 Praxiskurs P II			
H706	11.06.-12.06.05	München	
H707	18.06.-19.06.05	Mannheim	

H714 26.11.-27.11.05 Mannheim

H715 26.11.-27.11.05 München

G8 | Fallbesprechungskurs

H803 03.12.-04.12.05 Mannheim

H805 09.12.-10.12.05 München

G9 | Prüfungskurs

H904 28.06.-29.06.05 Zürich - CH

H905 04.07.-05.07.05 Mannheim

H906 16.07.-17.07.05 München

H910 04.12.-05.12.05 Mannheim

H912 10.12.-11.12.05 München

TCM-VOLLAUSBILDUNG

TCM Vollausbildungskurs |

H2203 23.09.-25.09.05 18.11.-20.11.05 V1 Mannheim

H2202 13.02.-18.02.06 V1 Weissensee

H2302 06.02.-11.02.06 V2 Weissensee

SONDERKURSE

Chin. Ernährungs-Lehre | Ernährung nach den 5 Elementen, Teil 1

H1204 28.10.-29.10.05 München

Chin. Ernährungs-Lehre | Ernährung nach den 5 Elementen, Teil 2

H1303 29.10.-30.10.05 München

weitere Kurse: www.pro-medico-fortbildung.com

Die Ausbildung entspricht der BDH-Empfehlung

www.pro-medico-fortbildung.com | **INFO-HOTLINE:** +49 (0) 62 34. 92 92 96

medacta-Modelle:
mehr als Worte und Bilder...

Schultes medacta

www.schultesmedacta.de

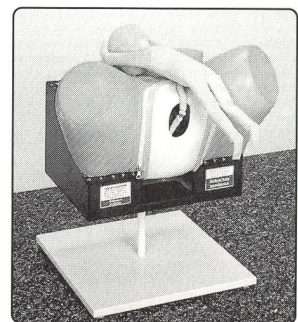
Das geburtshilfliche Phantom

nach Professor B. S. Schultze – Jena

Entwicklung der geburtshilflichen Situationen am Modell, auch

- Forceps
- Beckenendlage
- Vacuum-Extraction

Bewährt seit mehr als 100 Jahren für Ausbildung, Examen und Weiterbildung.



Schultes medacta GmbH & Co Lehrmodelle KG

Theodor-Heuss-Straße 12 · 45699 Herten / Germany
 Fon + 49-2366 - 3 60 38 · Fax + 49-2366 - 184358

Theresia Maria de Jong, Gabriele Kemmler

Kaiserschnitt

*Wie Narben an
Bauch und Seele
heilen können*

2003. 206 Seiten,
Fr. 29.10

Kösel Verlag München



In ihrem Vorwort zeigt Ingeborg Stadelmann auf, dass Kaiserschnitt-

narben (mehr noch als eventuelle Folgen von Spontangeburt) manchmal schwierig zu akzeptieren sind. Sie richtet einen eindringlichen Appell an uns Hebammen, über dieses Thema mit den werdenden Eltern ebenso zu sprechen wie z. B. über das Stillen oder den möglichen Kindstod. Was bekannt ist, kann bearbeitet werden, und eine «Kaiserschnitt-Verordnung» unter der Geburt überfällt das Paar dann nicht wie aus heiterem Himmel...

Ebenso wird im Buch selber darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, den Eltern nach der Geburt, falls es hektisch zu und hergegangen ist oder falls diese es wünschen, zur Verfügung zu stehen für klärende Gespräche. Den Geburtshelfern wird mehr Geduld empfohlen, um der Geburt ihren Lauf zu lassen. Auch beim Wunschkaiserschnitt sollten verschiedene Tatsachen erläutert werden, die den Eltern nicht bekannt sind: z. B. dass Operation plus Anästhesie auch heute noch Risiken bergen, dass das Kind eine Art Schock-Geburt erleben wird (ohne mütterliches Oxytocin und ohne ihre Endorphine) und dass Bonding und Stillen vielleicht schwieriger werden. Der Geburtshelfer sollte nicht von der Angst der Eltern profitieren, die glauben, mit dem Kaiserschnitt dem Kind einen Gefallen zu tun, indem sie ihm

nicht den Stress der Spontangeburt «zumuten». Es werden viele Zusammenhänge von körperlichen und psychischen Abläufen während Schwangerschaft und Geburt vermittelt. Die Geburt ist eine wichtige Le-

bensphase für die Frau – sie wird nach der Geburt nie mehr die sein, die sie davor war... mit oder ohne Kaiserschnitt. Die Geburt ist ein aufwühlendes Ereignis, alte Verletzungen können hinderlich sein – Vertrauen in sich selbst kann die Frau über sich selbst hinauswachsen lassen – sie wird stolz sein – oder sich als Versagerin fühlen, wenn es zum Kaiserschnitt kommt... dabei kommt es sehr auf die Haltung der Hebamme und des geburtshilflichen Teams an.

Das Buch ist wie ein Lehrbuch aufgemacht, ohne jegliche Illustration, aber mit vielen Literatur- und Quellenhinweisen. Für Eltern finde ich die Herleitung der historischen Entwicklung der Geburtshilfe bis heute recht trocken – die Hinweise darauf, dass Eltern mitreden sollen und darauf pochen können, angehört zu werden, sind mittlerweile auch überall bekannt.

Was das Buch interessant macht, sind die Aussagen von betroffenen Frauen (und Männern), denn da kommen solche mit positiven und mit negativen Erlebnissen zu Wort. Speziell erwähnt werden Hilfestellungen bei der Verarbeitung, z. B. durch gelungenes Stillen, oder das Känguruhen beim Frühgeborenen durch den Vater.

Margrit Heller,

Pflegeschwester und Hebamme

Cornelia Enning

Wassergeburtshilfe

2003. 150 Seiten,
40 Abb., Fr. 42.–
Hippokrates Verlag
Stuttgart



Da ich von Wassergeburtshilfe keine Ahnung habe und als Ausbilderin Schülerinnen von der Heb-

ammenschule Lausanne im Gebärsaal begleite, wollte ich mich wenigstens mal theoretisch über Wassergeburtshilfe informieren. Mit dem Lesen des Buches über Wassergeburtshilfe tauchte ich zu meinem Erstaunen in eine mir völlig unbekannte Welt oder auch in unbekanntes Wasser ein.

Die Wassergeburtshilfe ist eine ganz andere Geburtshilfe als die an Land. Es mutet alles ein bisschen alternativ an, dennoch belegt die Autorin ihre Behauptungen, Anweisungen und Ratschläge mit durchgeführten Studien.

Das Buch beginnt mit der Geschichte der Wassergeburtshilfe und den spezifischen Wirkungen des Wassers. Die Autorin betont, dass eine Hebamme, die Wassergeburtshilfe leiten möchte, nicht nur dafür geschult sein muss, sondern selbst eine positive Einstellung und Beziehung zum Element Wasser haben sollte. Wasser ist nicht gleich Wasser. Es wird ausführlich erklärt, was die verschiedenen Wassertemperaturen bewirken betreffend Blut und Kreislauf, Atemsystem, Plazenta, Hormone, des Feten und natürlich des Geburtsschmerzes.

Das Buch erläutert den Arbeitsschutz für Hebammen und Ärzte, Rücken schonende Haltungen und welche Bädewannen am Besten der Wassergeburt angepasst sind. Auch die Hygiene wird nicht vergessen, für viele Wassergeburtgegner ein schwerwiegendes Argument, und mit Forschungsergebnissen belegt.

Dann geht es los durch die Kapitel: Schwangerschaft (selbstverständlich mit einer

Geburtsvorbereitung im Wasser und verschiedenen erklärten Übungen), Geburt, Wochenbett und das Neugeborene. In jedem Kapitel finden sich Fragebogen oder Protokolle zu Indikationen

oder Kontraindikationen und zum Verlauf der verschiedenen Phasen der Wassergeburt. Erstaunlicherweise sind Beckenendlagen und Zwillingsgeburten keine Kontraindikationen zur Wassergeburt. Hintere Hinterhauptslagen, Deflexionshaltungen bei erster vorderer Schädellage, asynklitische Einstellungen und Schulterdystokie sind laut Frau Enning durch den Effekt des Wassers einfacher zu lösen. Sie beschreibt Mechanismen der Geburt, die ich nie gelernt habe und die man kennen muss, um eine kompetente «Wasserhebamme» zu werden. So unglaublich und erstaunlich manche Erklärungen auf mich wirken, so spricht aus dem Buch doch eine sehr grosse Erfahrung mit Wassergeburtshilfe. Man hat wirklich nicht den Eindruck, dass die Wasserhebammen leichtfertig handeln. Ich könnte jetzt noch viel aus dem Buch erzählen, wie die Geburt ablaufen kann ganz ohne Dammschutz, wie die Mutter das Kind selber bei der Austreibungsphase begleitet, wie das Baby allein an die Wasseroberfläche paddelt, gleich an die Brust angelegt wird oder vielmehr zu dieser schwimmt, lauter erstaunliche Dinge. Aber ich empfehle den Leserinnen, sich selbst eine Meinung zu bilden.

Ich kann nicht sagen, dass das Buch mich ermuntert hat, Wassergeburtshilfe durchzuführen, denn dafür bedarf es wirklich einer gründlichen Ausbildung, aber ich fand es sehr interessant, lehrreich und auf alle Fälle lesenswert.

Barbara Jeanrichard

**Diese Bücher können Sie direkt
bei uns bestellen**

KargerLibri
Fachbuchhandlung

Petersgraben 31
4009 Basel
Tel. 061 306 15 15
Fax 061 306 15 16
book@libri.karger.ch
www.libri.ch/books

Liz Lorenz-Wallacher

Schwangerschaft, Geburt und Hypnose

Selbsthypnosetraining in der modernen Geburtsvorbereitung

2003. 92 Seiten, Fr. 35.-
Carl-Auer-Systeme Verlag,
Heidelberg

Liz Lorenz möchte mit diesem Buch die unterschiedlichsten Vorstellungen von Hypnose klären und macht die Leserin mit der Praxis der Hypnose bekannt. Der Einführungsweg führt über geschichtliche Ursprünge, die Aufzeigung ihres eigenen Werdegangs und ihre Beziehung zu den von ihr angewandten Hypnosemethoden. Liz Lorenz hat sich jahrelang intensiv mit Schwangerschaft, Geburt und Hypnose auseinandergesetzt und beschreibt, in welchem Spannungsfeld gesellschaftlicher Veränderungen diese stehen. Auch präsentiert sie Recherchen zur Geburtskultur. Über die Hypnose selber gibt sie einen historischen Abriss.

Ihre anschließenden Streifzüge durch die traditionelle Geburtshilfe berühren teilweise nur bruchstückhaft viele Themen wie Rituale, Polarität, Tod, suggestive Sprache, Ethnomedizin usw. Ausführlicher, jedoch sehr theoretisch, werden dann die hypnotherapeutischen Prinzipien von Milton H. Erickson, welche die Grundlagen ihrer eigenen Arbeit bilden, diskutiert. Gesättigt mit vielen Hintergrundinformationen jedoch wenig Konkretem habe ich mich auf die Fallbeispiele gestürzt. Endlich werden Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose/Trance aufgezeigt. Und hier wird's praktisch, lebensnah und phantasievoll. Klare Antworten im Sinne z.B. einer Anleitung/Vorgehensweise erhalte ich nicht. Mit den vielen weiteren Beispielen, Trance-

Geschichten und Berichten von Frauen, beginne ich jedoch zu ahnen, wie ich mit Imagination und Suggestion noch vermehrt arbeiten könnte. Spannend wird diese Methode ja erst durch ein ganzheitliches und individuelles Vorgehen und das Miteinbeziehen von negativen Vorerfahrungen oder Traumata, welche in der Trance aufgelöst werden können. Sehr schön ist die beschriebene Imagination «Das innere Lächeln mit dem Kind». Ich erkenne, dass es Liz Lorenz v.a. um eine Selbstvorbereitung auf die Geburt und das Wochenbett geht, um das Erlernen der eigenen passenden Trance. Die damit geförderte Selbsthilfe soll angesichts der Vielzahl von Personen, Situa-

tionen und Angeboten, mit denen die Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen konfrontiert werden, ihre Eigenständigkeit bewahren.

Die Autorin arbeitete als Psychologin zunächst in der Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung, später an einer Klinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin, wo sie ein hypnotherapeutisches Konzept zur Behandlung von sexueller Traumatisierung entwickelte. Heute hat sie eine eigene Praxis und leitet das Milton-Erickson-Institut in Saarbrücken, Deutschland. Sie bildet neben Psychotherapeuten auch Hebammen und Gynäkologen aus.

Zuzka Hofstetter, Hebamme



SANTO der Still-BH aus BIO-Baumwolle kbA

Der ideale Still-BH für den Anfang der Stillzeit, für die Nacht, oder auch als BH vor der Geburt

- dank der elastischen Strickart gut an die Brust angepasst
- einfaches Freilegen der Brust zum Stillen
- breite, elastische Träger verhindern ein Einschnneiden
- hautfreundliche BIO-Baumwolle bringt hohen Tragkomfort
- Stilleinlagen sitzen sicher

Zu beziehen bei:

TOBLER & CO. AG, 9038 Rehetobel
(für freischaffende Hebammen, Geburtshäuser)

Tel. 071 877 13 32
Fax 071 877 36 32
tobler.coag@rehetobel.ch

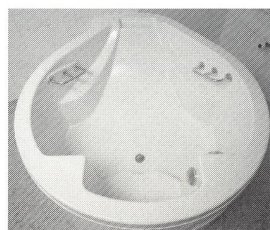
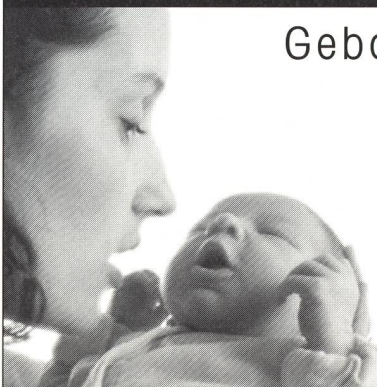
IVF HARTMANN AG, 8212 Neuhausen
(für Spitäler)

Tel. 052 674 32 31
Fax 052 674 34 86

Die führende Gebärbadewanne

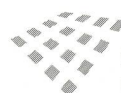
www.compotech.ch/gebaerbadewanne

Gebor(g)en im Wasser



Entwickelt wurde unsere Gebärbadewanne in Zusammenarbeit mit PD Dr. Jakob Eberhard, Frauenfeld und weiteren erfahrenen Ärztinnen und Ärzten.

- ◆ erfreut sich zunehmender Beliebtheit
- ◆ bedeutet weniger Schmerzen
- ◆ bedingt weniger Schmerzmittel
- ◆ erfordert weniger Dammschnitte
- ◆ verursacht weniger Blutverlust



compotech

formt ideen aus kunststoff

Compotech AG CH-8570 Weinfelden
Telefon +41 71 626 50 10 Fax +41 71 626 50 20

ingrid auer

Engel begleiten durch Schwangerschaft und Geburt



Energetisierte Engelessenzen
und Engelöle für Schwangerschaft,
Geburt, Wochenbett und die Zeit danach ...



Kostenlose
Info-Broschüre
erhältlich!

Bezugsquelle: Lichtpunkt

A-3300 Amstetten, Mozartstraße 28, Postfach 20

T: +43 (0)664/48 00 676 F: +43 (0)7472/69172

www.engelsymbole.at

info@engelsymbole.at

MediQi · Die Stiftung für Traditionelle Chinesische Medizin
Dufourstrasse 31 · 8024 Zürich · Tel. 01 251 88 90 · Fax 01 251 88 92



MediQi

DIE STIFTUNG FÜR TCM

GRUNDKURS IN AKUPUNKTUR FÜR DIE GEBURTSHILFE

für Hebammen / Gynäkologen/innen
ohne oder mit rudimentären TCM-Kenntnissen

Dauer: 4 x 4 Tage (vierteljährlich) plus 1 Tag Abschlussprüfung

Start: 10. November 2005 in Bad Ragaz

Inhalt:

- TCM-Basiswissen
- Einführung in chin. Diagnostik und Musterdifferenzierung
- TCM-Physiologie und Pathologie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Theoretische Grundlagen der Akupunktur sowie praktische Akupunkturtechnik inkl. Moxa
- Behandlung und Diagnostik diverser Indikationen rund um Schwangerschaft und Geburt

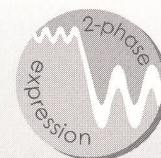
Kursleitung: Frau Jing Zeng, Ärztin für TCM mit Masterabschluss in Gynäkologie (deutschsprachig)

Für weitere Informationen und Detailunterlagen:

Tel. 01 251 88 90, www.mediqi-stiftung.org

E-Mail: info@mediqi-stiftung.org

«Die neuen Brustpumpen – so sanft wie mein Baby»



**Für mehr Natürlichkeit
und Komfort**

Das Medela-Stillhilfesortiment
beinhaltet zwei Milchpumpen
mit dem exklusiven 2-Phasen-
Pumpprogramm:

Harmony™

Die einzige Hand-Brustpumpe die
den natürlichen Saugrhythmus
des Babys imitiert.

Symphony®

Die erste elektrische Brustpumpe
mit dem exklusiven 2-Phasen-
Pumpprogramm von Medela.

 **medela®**

NO.1 CHOICE OF HOSPITALS

Medela AG, Medizintechnik
Lättichstrasse 4b, 6341 Baar/Schweiz
Tel. +41 (0)41 769 51 51
Fax +41 (0)41 769 51 00
e-mail: info@medela.ch, www.medela.ch

**Fragen Sie nach dem
Rabatt für Hebammen**