

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 10

Artikel: Hebammengeleitete Betreuung : ein Beitrag zur integrierten perinatalen Versorgung?
Autor: Kurth, Elisabeth / Cignacca, Eva / Büchi, Simone
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949952>

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: 30.03.2025

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

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in der Schweiz bieten eine Chance, die Gesundheitsversorgung von Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken und eine optimale Arbeitsteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und weiteren Berufsgruppen zu diskutieren. Wenn es Hebammen gelingt, sich untereinander zu koordinieren und interdisziplinär vernetzt zu arbeiten, steigt die Chance, dass Familien von Anfang an eine Grundversorgung erhalten, die die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie fördert. Dabei etablieren sich Hebammen als kompetente und verlässliche Partnerinnen im schweizerischen Gesundheitssystem und leisten einen Beitrag zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle. Der Leitartikel von Elisabeth Kurth, Simone Büchi und Eva Cignacco vermittelt eine Übersicht der Evidenz zur hebammengeleiteten Versorgung und beschreibt die Notwendigkeit integrativer perinataler Versorgungsmodelle auch für die Schweiz.



Denise Eigenmann, Hebamme und Dozentin am Institut für Hebammen der ZHAW in Winterthur, folgert in ihrem Beitrag, dass kontinuierliche Betreuung ein erhebliches Potenzial für gesundheitspolitische Verbesserungen birgt. Die Ergebnisse ihrer Forschungsarbeit zeigen, dass sich kontinuierliche Betreuung auch positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Hebamme auswirkt. Mittels verbesserter Arbeitsbedingungen und durch neue Formen der Zusammenarbeit kann ein Rahmen geschaffen werden, in dem das Anbieten von kontinuierlicher Betreuung für frei praktizierende Hebammen realisierbar und attraktiv wird.

Geburtshilfliche Notfallsituationen sind selten und ereignen sich unerwartet. Aufgrund des unregelmässigen Auftretens dieser Vorkommnisse haben Hebammen, Fachpersonen aus Geburtshilfe, Anästhesie und Neonatologie selten die Gelegenheit, in Akutsituationen Erfahrungen zu sammeln und ihr Handeln zu verbessern. Martina Gisin, Brigitte Bühler und Irene Hösli berichten über die Erkenntnisse aus Kursen für geburtshilfliche Notfälle am Universitätsspital Basel (USB) in denen unter anderem manuelle Fertigkeiten, medizinische Strategien und Teamleistung anhand relevanter Notfallszenarien trainiert werden.

W. Wettstein

Wolfgang Wettstein
Redaktor Hebamme.ch

Hebammengeleitete ein Beitrag zur integrierten

Ein Blick in die internationale Evidenz und deren Umsetzung

Internationale Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass eine hebammengeleitete Grundversorgung während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts trotz deutlich reduzierter Interventionsrate mit guten Gesundheitsergebnissen und hoher Zufriedenheit von Frauen und ihren Familien assoziiert ist. In der Schweiz wurden einzelne neue Betreuungsmodelle etabliert, in denen Hebammen die Führung in der perinatalen Grundversorgung übernehmen. Während die bisherigen Ansätze als «trendige» Angebote für eine Attraktivitätssteigerung eines Spitals erscheinen mögen, machen aktuelle politische Entwicklungen ein Umdenken in der bisherigen Arbeitsteilung zwischen medizinischer und hebammengeleiteter perinataler Versorgung notwendig. Der Artikel vermittelt eine Übersicht der Evidenz zur hebammengeleiteten Versorgung und beschreibt die Notwendigkeit integrativer perinataler Versorgungsmodelle¹ auch für die Schweiz.

Hebammengeleitete Grundversorgung für Frauen und ihre Familien

Die heutige Evidenz bezüglich der hebammengeleiteten perinatalen Versorgung ist eindeutig. Eine Metaanalyse einer Stichprobe von 12 276 Frauen aus 11 randomisiert kontrollierten Studien^{1,2} zeigt viele Vorteile des Modells der hebammengeleiteten perinatalen Gesundheitsversorgung: Sie reichen von der Reduktion

antenataler Hospitalisationen über tiefere Interventionsraten intrapartum bis zu höheren Zufriedenheitswerten in Bezug auf Mitsprachemöglichkeiten bei Entscheidungen. Auch die WHO hat in ihren Schriften auf die Bedeutung der Rolle von Hebammen in der Betreuung gesunder Schwangerer, Gebärenden und Wöchenerinnen hingewiesen³ und unter anderem die Notwendigkeit der Entmedikalisierung der Schwangerschaft und Geburt, sowie die Berücksichtigung einer evidenz-



Elisabeth Kurth, PhD, MScN, RM, ist Hebamme und arbeitet in Lehre, Forschung und Entwicklung am Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur. Gleichzeitig ist sie assoziierte Mitarbeiterin des Schweizer Tropen- und Public Health-Instituts, Basel.



Simone Büchi, MScN, RM, ist Hebamme und Pflegefachfrau. Sie arbeitete als Hebammenexpertin der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft und der Frauenklinik am Universitätsspital Basel. Seit Juli 2011 ist sie Leitende Hebamme der Geburtsstation, Frauenklinik Inselspital Bern.



Dr. Eva Cignacco, ist Hebamme und Pflegewissenschaftlerin. Als Forscherin und Dozentin am Institut für Pflegewissenschaft in Basel leitet sie das Forschungsprogramm «Pain Management in Neonates (PAMINA)».

Betreuung: erten perinatalen Versorgung?

ng in der Schweiz



Madlaina Ernesta Jann, 1989, Pontresina
« ... dass Frauen selbstbestimmt und aufgeklärt über die Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt entscheiden können und ich eine leidenschaftliche, einfühlsame und geduldige Hebamme sein darf.»



Martina Wittmann, 1984, Zürich
« ... dass Hebammen ihren festen und wichtigen Platz in der Geburtshilfe professionell einnehmen.»

basierten und familienzentrierten perinatalen Versorgung postuliert^[3].

Trotzdem ist die Umsetzung der hebammengeleiteten perinatalen Versorgung im deutschsprachigen Raum noch nicht Teil der allgemeinen Grundversorgung, sondern bleibt auf vereinzelte Angebote beschränkt. Im Hinblick auf die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in vielen westlichen Industrienationen, die von einer höheren Inan-

spruchnahme von Gesundheitsleistungen in allen medizinischen Fachbereichen bei gleichzeitiger Kürzung der Spitaltage und der Spitalaufenthaltszeiten gekennzeichnet ist^[4], sind Modelle einer neuen Gesundheitsversorgung dringend erwünscht. In der Schweiz wird heute in der medizinischen Grundversorgung vermehrt der Einsatz spezialisierter Pfleger politisch diskutiert, um in Zukunft den erhöhten Bedarf in den ambulanten Vor- und Nachbetreuungsangeboten adäquat zu decken^[5].

Auch die perinatale Versorgung bleibt von diesen Entwicklungen nicht verschont. Während Wöchnerinnen in der Schweiz bis in die 1950er Jahre rund 12 Tage im Spital verbrachten, betrug die

Fotos dieses Artikels

Der SHV dankt den Studierenden der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Bachelorstudiengang Hebamme, herzlich für ihre Unterstützung.

Die Studierenden beantworten uns bei den Aufnahmen die Frage: «Für meine Zukunft als Hebamme wünsche ich mir ... »

Mehr Informationen zum Bachelorstudiengang Hebamme und zum Fachbereich Gesundheit finden Sie unter:
www.gesundheit.bfh.ch/bachelor

¹ Integrierte Versorgung (in der Schweiz vor allem als Managed-Care-Modelle bekannt) bezeichnet die Idee einer Versorgungsform im Gesundheitswesen, die eine stärkere Vernetzung der Fachdisziplinen (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler) umfasst. Dies mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und die damit verbundenen Kosten zu senken.

Aufenthaltsdauer im Jahr 2004 nach einer Spontangeburt im Mittel noch 5.6 Tage^[6,7]. Die bevorstehende Einführung der Fallkostenpauschalen im Jahr 2012



Noémi Stallard, 1988, Kerzers
«... dass sich die Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebamme etabliert.»



Judith Reich-Kaufmann, 1976, Windlach
«... dass, die Freiberuflichkeit finanziell attraktiver wird.»

wird den Trend verstärken, dass Mutter und Kind nach der Geburt früh nach Hause entlassen werden^[8]. Diese Entwicklung verlangt Anpassungen der postpartalen Versorgung, die sich vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Dabei gewinnt die häusliche Betreuung durch Hebammen an Bedeutung. In den letzten zehn Jahren gab es in der Schweiz Bestrebungen, Hebammen, ihren fachlichen Kompetenzen entsprechend, mehr Verantwortung in der Versorgung von Mutter und Kind zuzusprechen. Anhand internationaler Literatur zeigen wir in den folgenden Abschnitten das Potenzial der Hebammenbetreuung in der Schwangerschaftsvorsorge, bei der Geburt und im Postpartum auf und nennen exemplarisch entsprechende Versorgungsangebote in der Schweiz.

Hebammengeleitete Schwangerschaftsvorsorge

Die hebammengeleitete Schwangerschaftsvorsorge ist im Vergleich mit der ärztlichen Betreuung qualitativ gleichwertig, jedoch im Durchschnitt kosteneffektiver und mit einer höheren Zufriedenheit der schwangeren Frau verbunden^[5]. In der oben erwähnten Metaanalyse zeigen

die Forschungsergebnisse einen reduzierten Anteil antenataler Hospitalisationen und eine geringere Anzahl Frauen mit Kindsverlust vor der 24. Schwangerschaftswoche^[1].

Die Rolle der Hebamme in der Schwangerschaftsvorsorge ist in westlichen Industrieländern unterschiedlich definiert^[5]. In Schweden, Finnland oder Holland nimmt die Hebamme eine zentrale Funktion ein. In Grossbritannien oder Dänemark hingegen arbeiten sie mehrheitlich in interdisziplinären Teams (Hebamme, Hausarzt, Gynäkologe). Je nach Gesetzgebung und Betreuungsform variiert der Umfang der Dienstleistung der Hebammen. Dabei stehen sich die klassischen, fragmentierten Betreuungsmodelle «Arzt» oder «Arzt-Hebamme» in der Schwangerschaft, während der Geburt oder im Wochenbett der kontinuierlichen Begleitung durch eine Bezugshebamme während der gesamten peripartalen Phase gegenüber.

In der Schweiz konsultieren schwangere Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge mehrheitlich Gynäkologinnen und Gynäkologen. Oft suchen die Frauen für Einzelberatungen oder während der ganzen Schwangerschaft auch die fachliche Begleitung einer Hebamme auf. So findet die schwangere Frau für ihre Schwanger-

schaftsvorsorge bereits seit vielen Jahren Angebote von frei praktizierenden Hebammen im Rahmen des Beleghebammen-systems, im Geburtshaus oder in Hebammenpraxen. Auch Angebote von Hebammensprechstunden in Spitälern haben in den letzten Jahren markant zugenommen, und sind für schwangere Frauen attraktiv. Die Frauenklinik des Inselspitals Bern feierte ihr 20-jähriges Sprechstundenjubiläum^[9] und die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel (USB) baute neu-lich ihre Hebammensprechstunde aus (Jahresbericht USB 2010). In diesen Angeboten der Grundversorgung begleiten erfahrene Hebammen, ihren Fachkompetenzen entsprechend, schwangere Frauen mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft. Die Hebammenausbildung und das schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG, KLV, KVV, 2011) erlauben den Hebammen, diese Frauen in der Schwangerschaft eigenverantwortlich zu betreuen. Besteht eine Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie sind die Hebammen aufgefordert, eng mit den Ärzten zusammenzuarbeiten. Dies ermöglicht es Hebammen, sich zusätzlich auf schwangere Frauen mit Risiken zu spezialisieren und ihre erweiterten Kompetenzen einzubringen, wie dies das Beispiel



Johanna Lüscher, 1985, Langenthal
«... dass Schwangerschaft und Geburt als etwas Natürliches und Gesundes betrachtet und bewahrt werden kann.»



Barbara Lyrenmann, 1984, Langenthal
«... dass Frauen Ihren Körper kennen und auf ihre Fähigkeit spontan gebären zu können vertrauen.»

der Schwangerenbetreuung bei Frauen mit Gestationsdiabetes durch Hebammen mit Zusatzausbildung in Diabetes veranschaulicht^[10]. All diesen hebammengeleiteten Angeboten ist die Betreuungskontinuität durch eine Bezugshebame oder eine Bezugshebammengruppe ein zentrales Merkmal. Je nach Angebot umfasst die Kontinuität die Schwangerschaft oder zusätzlich auch die Geburts- und Wochenbettbetreuung.

Hebammengeleitete Geburt

Bei einer hebammengeleiteten Betreuung intrapartum zeigt die erwähnte Metaanalyse einen geringeren Einsatz von Regionalanästhesien, Analgetika (Opiode) und Wehenmittel (Oxytocin), die Reduktion der vaginal-operativen Geburten, kleinere Raten an Episiotomien, eine deutlich höhere Rate an initialem Stillen, sowie das Gefühl der Gebärenden ihre Kontrolle über die Geburt beibehalten zu haben und in Entscheidungen einbezogen worden zu sein^[11]. Diese Metaanalyse bestätigt die Ergebnisse einer früheren systematischen Arbeit von Waldenström und Turnbull^[11]. Im angelsächsischen Raum, in Skandinavien und zunehmend auch in Deutschland, sind hebammenge-

leitete Geburten sowohl in der ausserklinischen wie in der klinikbasierten Geburtshilfe verbreitet. In der Schweiz wurde die Tradition der hebammengeleiteten Geburt nur im ausserklinischen Bereich aufrechterhalten. In einzelnen Kliniken wurden mit der Einführung von Beleg-Hebammen-Systemen erstmals wieder hebammengeleitete Geburten angeboten. Im Jahr 2000 entstand in der Frauenklinik Bern erstmals ein Modell, in dem Spitalhebammen selbstständige Geburtsleitungen übernahmen. Dieses Modell ermöglicht es Frauen ohne Schwangerschaftsrisiken unter der Geburt ausschliesslich durch eine Hebamme betreut zu werden. Bis zum Ende des Jahres 2010 wurden 486 Geburten als Hebammengeburten begonnen und 329 als solche auch durchgeführt^[9]. Tritt während der Geburtsperiode eine Komplikation auf, leitet das Modell zur bekannten Arzt-Hebammengeburt über. Eine erste Evaluation des Pilotprojekts zeigt, dass die hebammengeleitete Geburt mit signifikant weniger invasiven Interventionen verbunden ist, wobei Outcome-Parameter im Vergleich zur Gruppe, die die herkömmliche Arzt-Hebammengeburt erlebte, sich nicht unterscheiden^[12]. Diese Betreuungsform kann als einen ersten Ansatz einer klinik-

basierten, integrierten Versorgung bezeichnet werden, da sie eine klare Aufgabenteilung zwischen der Hebamme und dem Arzt ermöglicht. Die Hebamme übernimmt gemäss ihrer Fachkompetenz Verantwortung für die physiologische Geburtshilfe, der medizinische Dienst wird bei Pathologien einbezogen. Dabei können auch Kosten eingespart werden.

Postpartale Betreuung

In der postpartalen Versorgung hat in den letzten Jahrzehnten international und national ein markanter Leistungsabbau stattgefunden. Gekürzt wurden insbesondere der postpartale Spitalaufenthalt und die Verfügbarkeit von Haushaltshilfe^[13-15]. In vielen Ländern ist der postpartale Spitalaufenthalt inzwischen auf 24 bis 72 Stunden gesunken. Gleichzeitig wurden in der spitalexternen Nachsorge verschiedene Betreuungsformen und Interventionen entwickelt und teilweise evaluiert: Abgabe von Informationsbroschüren, Kontrolltermine in der Klinik, Gruppentreffen für Wöchnerinnen, telefonische und Videoberatung, praktische Unterstützung im Haushalt und bei der Kinderbetreuung und Hausbesuche durch qualifizierte Fachperso-

nen. Meistens wurden diese Betreuungsformen nach einer Frühentlassung in der Interventionsgruppe angewendet, während die Kontrollgruppe später aus dem Spital entlassen wurde. In einer systematischen Cochrane-Review zur postpartalen Nachbetreuung kamen Brown et al.^[16] zum Schluss, dass sich bei Frühentlassungsprogrammen mit mindestens einem Hausbesuch durch qualifizierte Fachpersonen im Vergleich zu Spätentlassungen keine nachteilige Wirkung auf die kindliche und mütterliche Gesundheit nachweisen lassen. Postpartale Nachbetreuungsprogramme mit mehrmaligen Hausbesuchen durch Hebammen oder Mutter-Kind-Pflegefachfrauen zeigen sogar positive Effekte, und zwar bezüglich Stillertfolg, reduziertem Auftreten von postpartalen Depressionen und grösserem mütterlichem Selbstvertrauen^[17–19]. Bestanden die Nachbetreuungsprogramme nur aus Telefonanrufen, Gruppentreffen, schriftlicher Informationsabgabe oder einem einmaligen Hausbesuch, waren diese positiven Effekte nicht nachweisbar^[20,21]. Mehrmalige Hausbesuche durch Hebammen haben somit ein grosses Potenzial zur Förderung der Kinder- und Familiengesundheit.

Es stellt sich die Frage, wie Hebammen das Angebot einer qualitativ hochwertigen postpartalen Nachsorge im schweizerischen Gesundheitssystem auch in Zukunft gewährleisten können. In verschiedenen Medien wurde in letzter Zeit darüber berichtet, dass Mütter wegen Hebammenmangel auf eine adäquate Nachbetreuung verzichten mussten^[22, 23]. Frei praktizierende Hebammen denken deshalb über Möglichkeiten nach, wie sie Familien mit Neugeborenen nach Spitalaustritt eine Versorgungssicherheit bieten können. In der Westschweiz sind solche Modelle bereits umgesetzt: Die «Arcade de Sage-Femmes» in Genf betreibt ein Beratungs- und Vermittlungstelefon und garantiert den Geburtskliniken, dass jede Mutter am Tag nach Spitalaustritt von einer Hebamme zuhause besucht wird. Auch die Hebammen im Kanton Waadt schlossen sich zusammen, entwickelten ein kantonsweites Dienstsystem der frei praktizierenden Hebammen, und erarbeiten in einem interdisziplinären Projekt ein Konzept zur koordinierten Betreuung von Familien nach Frühentlassung^[24]. In der Region Basel und Zürich wurden Projektteams frei praktizierender Hebammen gegründet, um mit wissenschaftlicher Unterstützung Koordinationsmodelle für die postpartale Versorgung zu entwerfen und – voraussichtlich im nächsten Jahr – in Pilotprojekten umzusetzen und zu evaluieren.

Dabei ist ein Hauptziel, die Koordination unter den Hebammen effizient zu gestalten, und Familien nach der Geburt in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine hochwertige Betreuung anzubieten^[25].

Fazit

Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen in der Schweiz bieten eine Chance, die Gesundheitsversorgung von Frauen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken und eine optimale Arbeitsteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und weiteren Berufsgruppen zu diskutieren.

Wenn es Hebammen gelingt, sich untereinander zu koordinieren und interdisziplinär vernetzt zu arbeiten, steigt die Chance, dass Familien von Anfang an eine Grundversorgung erhalten, die die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie fördert. Dabei etablieren sich Hebammen als kompetente und verlässliche Partner im schweizerischen Gesundheitssystem und leisten einen Beitrag zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle. ◀

Referenzen

- [1] Hatem M., et al. *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(4): p. CD004667.
- [2] Sandall J., et al. *Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety*. Midwifery, 2009. 25(1): p. 8–13.
- [3] Chalmers B., V. Mangiaterra and R. Porter. *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*. Birth, 2001. 28(3): p. 202–7.
- [4] WHO. *The world health report 2008 : primary health care now more than ever*. 2008, WHO Library: Geneva.
- [5] Künzi K. and P. Detzel. *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreterinnen*. 2007, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
- [6] Schwab P. and A. Zwimpfer. *Gebären in Schweizer Spitälern. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung*. 2007, Bundesamt für Statistik (BFS): Neuchâtel.
- [7] Beck M. and S. Knöth. *Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Ein Literaturreview. Pflege [Nursing Care]*, 2003. 16(5): p. 265–72.
- [8] Schweizerischer Hebammenverband. *Diagnose Related Groups DRG. Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbandes*. 2009, Bern.
- [9] Suter F. *20 Jahre Hebammensprechstunde im Geburtshilflichen Ambulatorium und 10 Jahre Hebammengeburt*. Hebamme.ch, 2010. 10: p. 11–12.
- [10] Gränicher S. *Schwangerschaft und Diabetes – Beratung durch spezialisierte Hebammen, in Hebammenarbeit: Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (pa-tho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen,*

E. Cignacco, Editor. 2006, Verlag Hans Huber: Bern. p. 49–70.

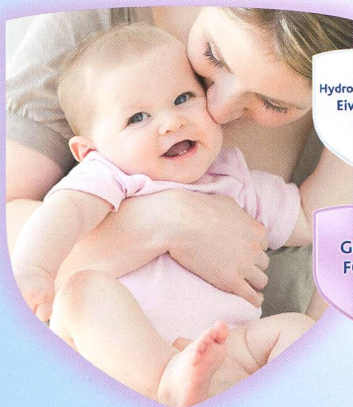
- [11] Waldenstrom U. and D. Turnbull. *A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services*. Br J Obstet Gynaecol, 1998. 105(11): p. 1160–70.
- [12] Cignacco E., S. Büchi and W. Oggier. *Hebammengeleitete Geburtshilfe in einem Schweizer Spital*. Pflege, 2004. 17(4): p. 253–61.
- [13] Wiegers T.A. *Adjusting to motherhood. Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope*. J Neonatal Nurs, 2006. 12: p. 163–171.
- [14] Kurth E. and M. Wetter. *Bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen – Stationen einer politischen Intervention*. Schweizer Hebamme, 2009(12): p. 11–12.
- [15] Eberhard-Gran M., et al. *Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective*. Arch Womens Ment Health, 2010. 13(6): p. 459–66.
- [16] Brown S., et al. (2009). *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
- [17] Carty E.M. and C.F. Bradley. *A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge*. Birth, 1990. 17(4): p. 199–204.
- [18] Boulvain M., et al. *Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial*. BJOG, 2004. 111(8): p. 807–13.
- [19] MacArthur C., et al. *Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial*. Lancet, 2002. 359(9304): p. 378–85.
- [20] Reid M., et al. *A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support*. BJOG, 2002. 109(10): p. 1164–70.
- [21] Escobar G.J., et al. *A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge*. Pediatrics, 2001. 108(3): p. 719–27.
- [22] Schärer K. *Mütter müssen ohne Hebamme aus Spital raus*, in Aargauer Anzeiger. 2010, az Vertriebs AG Aargau.
- [23] Brunner A. *Nicht jede Wöchnerin findet eine Hebamme*, in Zürcher Oberländer Anzeiger. 2010: Uster. p. 3.
- [24] Bernard Delorme J. and M.P. Beck Krähenbühl. *Projet sorties précoces*. Hebamme.ch, 2011. 3: p. 9–11.
- [25] Kurth E. *Projektkonzept FamilyStart: Projekt zur bedürfnisgerechten Betreuung von Familien nach der Geburt*. 2011, Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut; Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel; Berner Fachhochschule: Basel. (unpublished).

Webseiten

- KVG, KLV, KVV: gesetzliche Grundlagen:
 - Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG); Stand 1.1.2011; www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html, heruntergeladen am 31. 3. 2011.
 - Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV); Stand 1.3.2011; www.admin.ch/ch/d/sr/c832_112_31.html, heruntergeladen am 31. 3. 2011.
 - Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV); Stand 1.3.2011, www.admin.ch/ch/d/sr/c832_102.html, heruntergeladen am 31. 3. 2011.



Aptamil HA: Doppelter Nutzen für allergiegefährdete Säuglinge nachgewiesen.



Hydrolysiertes Eiweiss

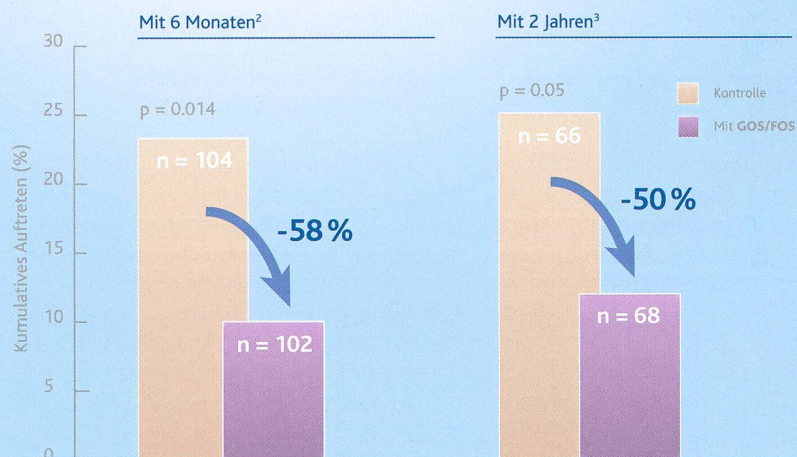
Molkenprotein:
Reduzierter Allergenität.

+

GOS/
FOS¹

Patenterte GOS/FOS Mischung:
› Mit Bifidus-Bakterien angereicherte Darmflora, ähnlich der eines gestillten Säuglings.

› Klinisch nachgewiesene Reduktion der atopischen Dermatitis:



Aptamil HA:
Klinisch nachgewiesene Reduktion
der atopischen Dermatitis mit 6 Monaten.
Anhaltende Wirkung bis 2 Jahre.

Aptamil, inspiriert vom Modell der Muttermilch – garantiert durch Wissenschaft.

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind.

¹Eine einzigartige und patentierte Mischung aus Galacto- und Fructo-Oligosaccharide (90/10).

²Moro G et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first 6 months of age.

³Arslanoglu S et al. Early dietary interventions with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergy associated symptoms and infections during the first 2 years of life.