

<b>Zeitschrift:</b>	Schweizer Hebamme : officielle 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
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	101 (2003)
<b>Heft:</b>	3
<b>Artikel:</b>	Gerechtfertigter Eingriff?
<b>Autor:</b>	Brailey, Sue
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-950496">https://doi.org/10.5169/seals-950496</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### 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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### 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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 23.01.2026

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

## EDITORIAL

In England, wo ich meine Hebammenausbildung absolvierte, habe ich die Indikationen für einen Dammschnitt inner- und auswendig gelernt, ebenso das praktische Vorgehen mit schöner Infiltration, genügend langem Warten und dem Schneiden bei hauchdüninem Damm. Ich habe auch gelernt den Damm zu beobachten, die unterschiedliche Beschaffenheit des Dammes zu erkennen, zu erahnen, ob er reissen oder standhalten würde.



Mit Überzeugung wurde mir gezeigt, wie ich dem Köpfchen helfen kann, sich in der Austreibungsphase optimal zu beugen. Einige Jahre später dann, zurück in der Schweiz, musste ich lernen, das Köpfchen nicht nur wegen der Beugung zurückzuhalten, sondern damit der Arzt noch zur Geburt eintreffen konnte. Oft war er es, der den Dammschnitt ausführte, schnell, ohne langes Warten nach der Infiltration und grosszügig; wir konnten das Zerschneiden des Fleisches so richtig gut hören... Aber auch ich habe geschnitten, meist ohne zu infiltrieren, dann, wenn der Damm ganz dünn wurde. Ich staunte über mich und meine Tat, ich staunte mit der Frau beim Schneiden, war so erleichtert, wenn sie den Schnitt kaum spürte, und selber verletzt, wenn es eben doch weh tat.

Ich nahm zur Kenntnis, dass Risse gut heilen können. Ich lernte noch aufmerksamer zu beobachten – das Zusammenspiel von Frau, ihrem Damm und ihrem Kind – und dieses Geschehen weniger zu stören, geschehen zu lassen, nur noch manchmal das Köpfchen beugen zu helfen, einen Riss zuzulassen. Anfangs war dies von Selbstzweifeln begleitet, und auf den Lippen hatte ich eine Entschuldigung oder Rechtfertigung für den Arzt bereit. So lernte ich Vertrauen finden zur Frau und überlasse sie wenn möglich ihrem eigenen Körpergefühl. Es dürfen ihre Hände sein, die ihr Kind in Empfang nehmen. Meine Hände halten lieber das warme Tuch zum Trocknen bereit anstatt die Schere. Die Indikationen für den Dammschnitt gibt es immer noch. Deshalb behalte ich mein Wissen um seine richtige Ausführung, denn Mutter und Kind sollen den kleinstmöglichen Schaden nehmen. Der Dammschnitt ist keine Routine geworden, weder für die Mütter noch für mich.

*Zuzka Hofstetter*

Zuzka Hofstetter

## Episiotomie

# Gerechtfertigter

**Die Episiotomie ist heute in der Schweiz eine der am häufigsten vorgenommenen Operationen. Statistiken – allerdings leider unvollständig – weisen auf eine Durchschnittsrate von über 40% Episiotomien hin, während die WHO 10 % als erstrebenswertes Ziel für die Normalgeburt definiert hat. Die Autorin untersucht, weshalb sich diese hohe Raten trotz gegenteiliger Evidenz zähligig halten, und was Hebammen tun können, um diesen oft überflüssigen Eingriff seltener zu machen.**

## Sue Brailey

**D**ER Aufschwung der Episiotomie geht auf die Zwanzigerjahre in den USA zurück, wo ein zwar charismatischer aber nicht forschungsbewanderter Geburtshelfer namens Dr. DeLee ihre routinemässige Anwendung bei Zangen geburten empfahl. Er begründete den Eingriff damit, dass der Kopf des Kindes und der Beckenboden vor Verletzungen geschützt werden könne. Die grosszügige Anwendung des Dammschnitts breite sich nach Europa aus und wurde rasch fester Bestandteil im standardisierten Anwendungspaket der medizinisierten Geburtshilfe. Bis zum heutigen Tag ist der Glaube, eine Episiotomie schütze den Beckenboden vor Verletzungen, das Hauptargument für ihre Anwendung geblieben. Wie ein Schutz jedoch möglich sein soll, wenn Haut, Bindegewebe und Muskel des Dammes durchschnitten werden, bleibt immer noch zu beweisen! Es ist eine Tatsache, dass die Mediziner diese Operation ohne den geringsten Nachweis ihrer Effektivität einfach übernommen haben.



**Sue Brailey**, Krankenschwester, Hebammme, ist nach ihrer Berufsausbildung und achtjähriger freiberuflicher Tätigkeit in London nach Bern gezogen und arbeitet im Geburtshaus Oberburg. Sie ist Mitglied der Redaktionskommission.

## Hohe Episiotomieraten in der Schweiz

Episiotomieraten variieren beträchtlich von Land zu Land und zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Hebammen weisen seit langem tiefere Dammschnittraten aus als ärztliche Geburtshelfer (Wilcox, Strobino, Bruffi et al. 1998), und in Ländern, wo Hebammen eine wichtige Position einnehmen,

sind die Raten tiefer als in Ländern, in denen die medizinische Geburtshilfe das Hebammenwesen dominiert. Die WHO empfiehlt eine Durchschnittsrate von 10%. Diese Empfehlung stützt sich auf Resultate einer englischen Studie. In dieser konnte nachgewiesen werden, dass eine Episiotomierate < 10% keine nachteiligen Auswirkungen auf Mütter und Kinder hatte (Sleep et al., 1984).

Die Episiotomieraten in der Schweiz sind nicht einfach zu eruieren. Die Arbeitsgemeinschaft der Schweizer

Frauenkliniken besitzt nur etwa zur Hälfte aller Geburten Statistiken. Die darin erfassten Schweizer Kliniken wiesen für das Jahr 2001 eine durchschnittliche Dammschnittrate von 42,9% aus, wobei einige Spitäler in so schockierenden Höhen wie 63,41% liegen. Zum Vergleich: Die nationale Durchschnittsrate Englands für sämtliche Geburten, inklusive Frühgeburten und vaginal-operative Geburten, liegt bei 12,9%, wobei viele Spitäler Raten zwischen 11–16% aufweisen (Statistik für 2002 auf

[www.drfoster.co.uk](http://www.drfoster.co.uk)). Ziel dieses Beitrags ist es, die Gründe zu untersuchen, welche für eine grosszügige Anwendung der Episiotomie ins Feld geführt werden, eine Übersicht über die aktuelle Literatur zu geben, die Diskussion zu führen, weshalb trotz anders lautender Evidenz sich diese hohe Raten zähligig halten, und was wir Hebammen tun können, damit sich weniger Frauen diesem oft überflüssigen Eingriff unterziehen müssen.



# Eingriff?

## Indikationen für die Episiotomie

Die WHO akzeptiert folgende Indikationen als valide Gründe für einen Dammschnitt:

- Zeichen von «fetal distress»
- ungenügender Geburtsfortschritt
- drohender Dammriss III°. Da die Inzidenz von DR III° nur etwa 0,4% beträgt, ist eine zuverlässige Voraussage entsprechend schwierig.

Ausser diesen Indikationen haben Mediziner jedoch zahlreiche weitere Gründe aufgeführt, welche eine Episiotomie rechtfertigen, u.a.:

- Dammschnitte heilen besser als Dammrisse
- Dammschnitte beugen Rissen 3. Grades vor
- Dammschnitte verhindern die Überdehnung des Beckenbodens und senken deshalb das Risiko für Stressinkontinenz und Prolaps
- Dammschnitte verhindern Geburts- und Gehirnverletzungen vor allem bei Frühgebarten

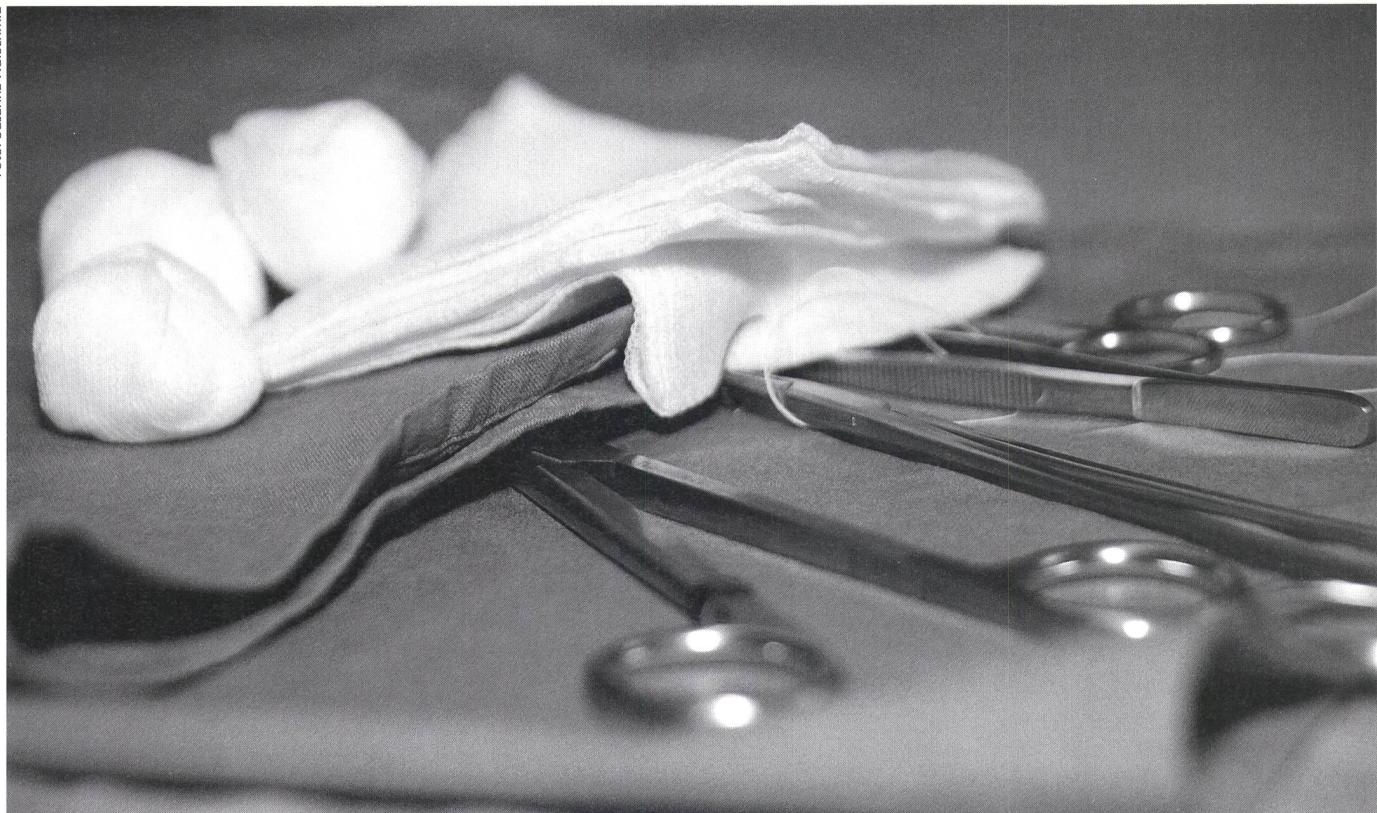
Episiotomien sind bei vaginal-operativen Geburten notwendig. Obwohl diese Indikationen oft herbeigezogen werden, um eine Episiotomie zu rechtfertigen, bleibt die Frage, ob sie evidenzbasiert sind oder nicht. Folgend eine Zusammenfassung der Resultate, auf die ich bei meiner Literaturrecherche zu solchen Indikationen gestossen bin.

## «Episiotomien heilen besser als Risse»

In zahlreichen Untersuchungen wurden die Heilungsraten nach Episiotomie mit denjenigen nach SpontanrisSEN verglichen. Eine im Journal of Nurse Midwifery vorgestellte Studie verglich den Heilungsvorgang einer bis zwei Wochen nach der Geburt bei 181 Frauen mit Episiotomie und 186 Frauen ohne Episiotomie (Episiotomierate: 49%). In der Episiotomiegruppe waren 7,7% Frauen, deren Heilungsvorgang verzögert verlief, gegenüber 2,2% Frauen aus der Gruppe ohne Damm-

schnitt ( $p < 0,05$ ) (McGuiness, Norr, Nacion, 1991). Wie bei jeder anderen Operation sind Infektionen ein anerkanntes Risiko auch für Episiotomien. In einer prospektiven klinischen Untersuchung von 2144 Geburten wurden Probleme des Beckenbodens nach einer Episiotomie mit denjenigen nach Spontanrissen verglichen. Die Episiotomiegruppe wies eine signifikant höhere Infektionsrate und längere Heilungsphase auf ( $p < 0,001$ ) (Larsson, Platz-Christinsed, Bergman et al., 1991). Infektionen nach Episiotomien können sogar – zum Glück seltene – Ursache für mütterliche Mortalität sein. Henci Goer weist in ihrem Buch «Obstetric Myths Versus Research Realities» (1995) darauf hin, dass zwischen 1969 und 1976 gangränöse Episiotomien für 27% (3/11) der mütterlichen Todesfälle im Kern County, Kalifornien, verantwortlich waren. In vier zwischen 1969 und 1977 im US-Bundestaat Washington gemeldeten Infektionsfällen starben drei Frauen (20% der mütterlichen Mortalitätsrate in diesem Zeitabschnitt).

Foto: Susanna Hufschmid



Die durchschnittliche Episiotomierate in Schweizer Spitälern liegt für 2001 bei 42,9 %.

Foto: Susanna Hufschmid

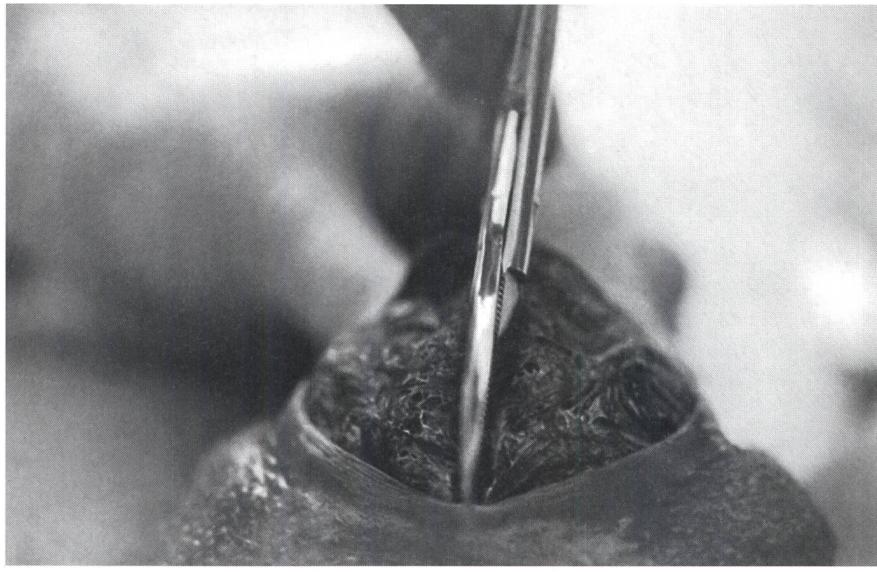


Foto: Uwe Ahrens

Laut einer Studie erhöhte eine Episiotomie die Rate der Dammrisse III° um das Vierfache.

## «Episiotomien schützen vor Dammriss III°»

Als häufig genannte Indikation soll eine Episiotomie einem tiefen Dammriss mit oder ohne Sphinkterriß vorbeugen. Nach Durchsicht der Fachliteratur wird deutlich, dass in manchen Fällen gerade Frauen mit Episiotomie das höchste Risiko für einen schweren Dammriss haben. Dass sich eine Episiotomie zu einem Dammriss 3. Grades ausweitet, ist besonders bei medianer Episiotomie nicht ungewöhnlich. Allen, die einmal versucht haben, ein Stück Stoff zu zerrennen, leuchtet dies ein: Ein intaktes Stoffstück ist sehr schwierig zu zerrennen. Sobald man es mit einer Schere etwas einschneidet, reißt es sehr leicht. Eine Studie mit 24114 Frauen untersuchte den Zusammenhang zwischen Episiotomie und schweren Dammrisse (3. oder 4. Grades). Es kam dabei heraus, dass – immer im Vergleich mit Frauen ohne Episiotomie – Primipari mit einer medianen Episiotomie ein um den Faktor 4,2 erhöhtes Risiko für einen Riss III° oder IV° hatten. Bei den Multipari erhöhte sich dieser Faktor sogar auf 12,8. Ein mediolateraler Schnitt senkte das Rissrisiko um das 2,5-fache bei den Primipari und erhöhte es um den Faktor 2,4 bei den Mehrfachgebärenden (Shino, Klebanoff, Carey, 1990). Andererseits, wie eingangs gesagt, ist es sehr schwierig vorauszusehen, wann ein Dammriss 3. Grades droht, da diese selten eintreten.

Eine detaillierte Studie mit 1262 Frauen aus zwei US-Geburtskliniken nahm die Rolle, welche die Episiotomie bei Dammrisse spielte, genauer unter die Lupe. Eine Anzahl beschreibender und klinische Faktoren wie Parität, Gewichtszunahme während der Schwangerschaft,

Dauer der ersten und zweiten Geburtsphase, Geburtsmodus, Geburtsgewicht des Kindes, Kopfumfang und neonatales Outcome wurden genauer untersucht, unter der Annahme, dass zwischen jedem dieser Faktoren und der Wahrscheinlichkeit einer Episiotomie oder eines Spontanrisses ein Zusammenhang bestehen könnte. Es zeigte sich, nicht überraschend, dass eine Episiotomie die Rate der Dammisse 1. und 2. Grades senkte, hingegen die Rate der Dammisse 3. Grades um das Vierfache erhöhte. Leider ist nicht bekannt, wie viele Episiotomien median oder mediolateral waren (Wilcox, Strobino, Baruffi et al., 1998).

## «Episiotomien verhindern die Überdehnung des Beckenbodens und senken deshalb das Risiko für Stressinkontinenz und Prolaps»

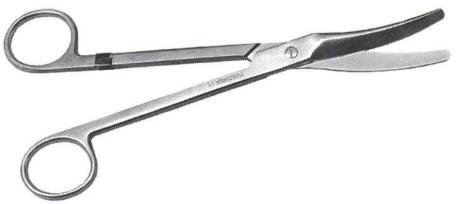
Mit einer tieferen Inzidenz von Stressinkontinenz und Prolaps wird der grosszügige bis routinemässige Einsatz der Episiotomie ebenfalls rechtfertigt. Hinter diesem Handeln verbirgt sich die Theorie, dass beim Durchtritt des Kopfes eine Episiotomie die Überdehnung des Beckenbodens und somit ein späteres Erschlaffen verhindert. Allerdings steckt wenig Logik in diesem Argument. Denn eine Episiotomie wird ja erst kurz vor der Geburt des Köpfchens geschnitten, und zu diesem Zeitpunkt sind die Beckenbodenmuskel bereits voll gedehnt. Auch konnte mir noch nie jemand erklären, weshalb ein Muskel, der zuerst durchtrennt und dann wieder zusammengezogen wird, gerade deswegen seine Kraft behalten soll. Viele ältere Frauen, die heute wegen Inkontinenz und Prolaps

operiert werden, bekamen ihre Kinder zu einer Zeit, als grosszügig Episiotomien geschnitten wurden. Die Evidenz in der Fachliteratur, dass Episiotomien zum Schutz eines funktionierenden Beckenbodens gerechtfertigt sind, ist mager.

Eine grosse englische Studie teilte die teilnehmenden Frauen in zwei Gruppen ein: Eine Gruppe ( $N = 498$ ) mit restriktiver Richtlinie «Episiotomie vermeiden», eine Gruppe ( $N = 502$ ) mit liberaler Richtlinie «Riss vermeiden». Die Dammschnittrate in der «Episiotomie vermeiden»-Gruppe war 10%, gegenüber 51% in der «Riss vermeiden»-Gruppe. Zwischen den beiden Gruppen liess sich kein Unterschied bezüglich Stressinkontinenz feststellen (Sleep et al., 1984). Drei Jahre später wurde mit 100 dieser Frauen eine Nachfolge-Untersuchung durchgeführt, die wiederum keine Unterschiede bei der Stressinkontinenz zu Tage brachte (Sleep, Grant, 1987). In einer schwedischen Studie ( $N = 205$ ) vier Jahre nach der Geburt waren auch keine Unterschiede bezüglich Stressinkontinenz bei Frauen mit Episiotomie und Frauen mit Spontanrisse festzustellen (Röckner 1990). Eine andere Studie untersuchte die Kraft des Beckenbodens und unterschied je nach Art der Verletzung. Auch sie konnte keine Schutzfunktion der Episiotomie nachweisen. Die Kraft der Beckenbodenmuskeln vor und nach der Geburt wurde mit Hilfe von kleinen Vaginalkegeln unterschiedlichen Gewichts gemessen, welche die Frauen stehend während einer Minute in der Vagina festhielten. Teilnehmerinnen waren 87 Primigravida, davon gebaren 16 mit elektiver Sectio. Von den Frauen mit Spontangeburt hatten 30% eine Episiotomie, 36% Spontanrisse und 34% einen intakten Damm. Verglichen mit den Spontanrisse und der Dammintakt-Gruppe hatten die Frauen in der Episiotomiegruppe die schwächsten Beckenbodenmuskeln (Röckner, Jonasson, Olund, 1991).

## «Episiotomien verhindern Geburts- und Gehirnverletzungen vor allem bei Frühgeburten»

In vielen Ländern sind routinemässige Dammschnitte bei Frühgeburten immer



noch üblich, in England hingegen nicht mehr. Als Rechtfertigungsgrund für eine Episiotomie bei Frühgeburten wird oft der vermindernde Druck auf den Kopf des Kindes und somit das tiefere Risiko für Hirnblutungen genannt. Wie schon oben gesagt, müsste ja dann eine Episiotomie geschnitten werden, bevor sich das Perineum dehnt, was nicht möglich ist. Weil der Kopftumfang eines zu früh geborenen Babys beträchtlich kleiner ist als der eines Kindes am Termin, lässt sich annehmen, dass auch der Druck auf den Kopf geringer ist.

Eine Studie unterstreicht die Nutzlosigkeit der routinemässigen Episiotomie bei Frühgeburten. Untersucht wurde Überlebensrate und Inzidenz von periventrikulären Blutungen bei Frühgeborenen mit sehr tiefem Geburtsgewicht (Lobb, Duthie, Cooke, 1986). 97 Babys mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 g wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. In der einen Gruppe wurde eine Episiotomie durchgeführt, in der anderen nicht. Bei allen Frühgeborenen wurde dann der Schädel mit Ultraschall auf intrakraniale Blutungen hin untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass bei Frühgeborenen mit vergleichbar tiefem Gewicht und Gestationsalter eine Episiotomie keine Vorteile bietet. Die Autoren der Studie zogen den Schluss: «Episiotomie kann zu Schmerzen, Unwohlsein und emotionalen Problemen führen, zu

Infektionen und Zusammenbruch, und lässt sich deshalb nicht als harmloser Eingriff betrachten. Da keine Daten vorliegen, welche die routinemässige Durchführung einer Episiotomie bei Frühgeburten unterstützen, sollte dieser potentiell gefährliche Eingriff vermieden werden. (...) Unsere Resultate unterstützen die Durchführung einer Episiotomie bei Frühgeborenen mit sehr tiefem Geburtsgewicht und einem Gestationsalter von unter 28 Wochen nicht.»

### **«Episiotomien sind bei vaginal-operativen Geburten notwendig»**

Für viele Geburtshelfer ist eine Episiotomie wesentlicher Bestandteil einer vaginal-operativen Geburt. In den USA und dem Vereinigten Königreich hingegen zeichnet sich ein Trend ab, bei solchen Geburten nicht mehr routinemässig einen Dammschnitt zu machen. Tatsächlich werden heute Geburten mit Hilfe der Saugglocke oft ohne Episiotomie durchgeführt. Zu diesem Thema existieren erst wenige Studien. Eine retrospektive Analyse der Episiotomieraten bei vaginal-operativen Geburten während zehn Jahren wurde in einem Spital in den USA erstellt und bringt interessante Resultate. Die Autoren nahmen 2041 vaginal-operative Geburten unter die Lupe, 967 mit der Saugglocke, 1065 mit der Geburts-

zange. Im Laufe der zehn Jahre sank die Episiotomierate bei vaginal-operativen Geburten von 93,4% auf 35,7%. Parallel dazu liess sich keine Zunahme der Dammrisse 3. Grades feststellen, sondern eine signifikante Abnahme von Risiken 4. Grades und eine statistisch signifikante Zunahme der Damm-intakt-Rate (Ecker, Tan, Bansal, 1997).

Bei einer Frau, deren Kind aus mütterlicher Indikation bis kurz vor dem Kopfdurchtritt mit der Saugglocke entwickelt wird und die dann ermutigt wird, das Kind sanft «herauszuatmen», können nicht nur Dammverletzungen verhindert werden, sondern man gibt ihr auch das Gefühl zurück, dass sie die Kontrolle übernimmt und ihr Kind selber auf die Welt bringt.

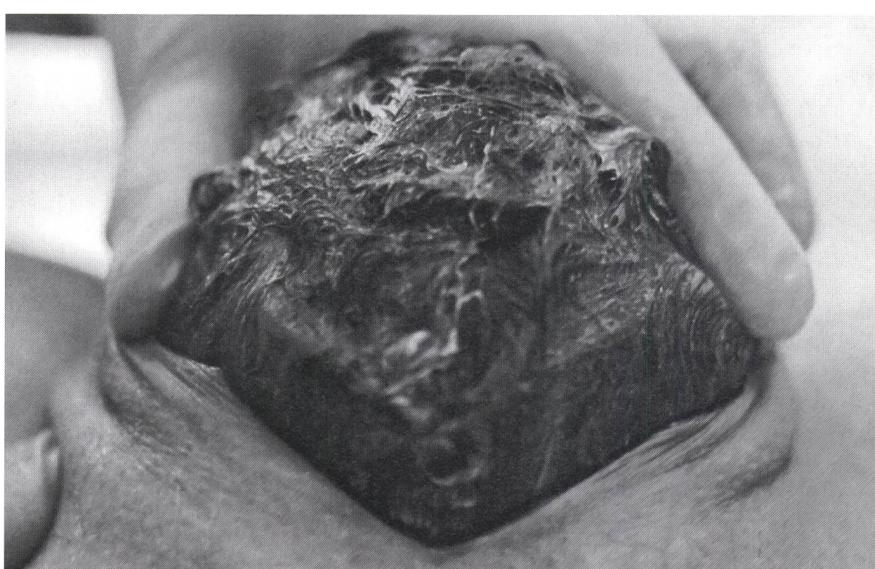
### **Weitere Risiken**

Episiotomien haben noch weitere Risiken als die bisher aufgeführten. Bei Frauen ist nach einer Episiotomie das Risiko für postpartale Blutungen, Hämatome, Schmerzen und Oedeme erhöht, was sich negativ auf den Stillserfolg auswirken und später zu Dyspareunie führen kann (Thacker, Banta, 1983).

Eine Episiotomie kann auch den physiologischen Prozess der Plazentaablösung unterbrechen. Denn der Druck des kindlichen Kopfes auf den Damm löst einen Impuls zu vermehrter Oxytocinausschüttung aus, was die Plazentaablösung positiv beeinflusst (Robertson, 1997). Bei rhesusnegativen Frauen eine Episiotomie zu vermeiden kann angezeigt sein. Denn es ist möglich, dass eine Episiotomie die Wahrscheinlichkeit einer Isoimmunisierung erhöht, teilweise wegen ihrer hemmenden Wirkung auf die Plazentaablösung (Wickham 2001).

### **Warum – trotz Evidenz – so viele Episiotomien?**

Im Licht der vorhanden Forschungsergebnisse wird es klar, dass sich die grosszügige Anwendung der Episiotomie auf keine Evidenzen abstützen kann. Warum dann – ist es doch erklärt Ziel der Medizin des 21. Jahrhunderts, evidenzbasiert zu sein – lebt diese Praxis weiter? Marsden Wagner (1994) beschreibt in seinem Bericht über den Versuch der



Der Zusammenhang zwischen Episiotomie und weniger Inkontinenz konnte in mehreren Untersuchungen nicht erhärtet werden.

Foto: Uwe Ahrens



Foto: Geburtshaus Artemis, Steinach

**Wassergeburten – in Geburthäusern häufig – senken nachweislich hohe Episiotomieraten.**

WHO, den exzessiven Einsatz von Interventionen und Technologie durch die Geburtshelfer einzuschränken, wie solche Interventionen und Technologien bei den Medizinern offene Arme fanden, ohne dass ihre Wirksamkeit oder Sicherheit sich auf klare Evidenz stützte. Gutes Beispiel für diesen Prozess ist, wie Geburtshelfer die routinemässige Anwendung von Episiotomie, CTG und Ultraschall akzeptierten.

Die Antwort auf die Frage, wie eine solche Situation entstehen konnte, ist komplex. Sie erfordert, dass wir Wertesystem und Status rund um die Medizin genauer anschauen. Um den weit verbreiteten Einsatz der Episiotomie in unserer Zeit zu klären, müssen wir ihn als Teil der medizinisch/chirurgischen Sichtweise der Geburt verstehen. Nicht akzeptable Episiotomieraten sind Ausdruck des bio-medizinischen Gesundheitsbegriffs, der die westliche Schulmedizin dominiert. Dieses Modell zeichnet sich dadurch aus, dass es den Körper als eine Maschine begreift, die in ihre Einzelteile zerlegt werden kann. In diesem System werden Körper und Seele von einander getrennt. Die Mediziner fühlen sich in erster Linie für den Körper, nicht die Seele verantwortlich. Technologie und chirurgische Eingriffe geniessen einen hohen Status, was zu Lasten der weniger technischen Interventionen geschieht. Individuelle Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit weicht dem autoritären Wissen, über das die Berufsgruppe der Mediziner verfügt. Deshalb interessieren die psychologischen Auswirkungen der Episiotomie nicht, und der chirurgische Eingriff anstatt des heissen Wickels gilt als notwendig für die Verbesserung eines physischen Prozesses. In einer solchen Kultur werden me-

dizinische Entscheide auch kaum hinterfragt oder herausgefordert.

### **Medizin ist männlich geprägt**

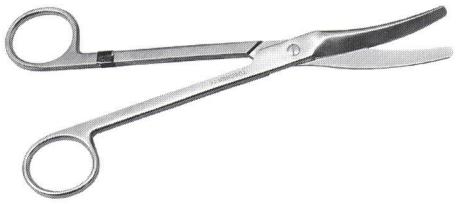
Das medizinische Gesundheitsmodell ist von seinem Wesen her patriarchalisch. Die Medizin bleibt weiterhin männlich geprägt, nicht nur weil mehr Männer als Frauen diesen Beruf ausüben. Die Prägung beeinflusst auch ihre Kultur und Philosophie. Entsprechend dem tieferen Status, den Frauen in der Gesellschaft geniessen, gilt auch ihr Körper tendenziell als fehlerbehaftet und unzuverlässig. Anstelle von Respekt und Ehrfurcht gegenüber der Fähigkeit der Frauen, Kinder zu gebären, herrscht die Ansicht vor, dass die Geburt kontrolliert und aktiv geleitet werden muss. Die Meinung, dass der weibliche Beckenboden nicht genügend dehnbar sei, um das Kind wohlbehalten und ohne Beeinträchtigung der Mutter zu gebären, und dass nur ein Schnitt durch den Damm diese Situation rettet, mag als Illustration dieser Sichtweise dienen. Das Ansteigen der Episiotomierate steht in direktem Zusammenhang mit der zunehmenden ärztlichen Präsenz bei der Geburt, mit der Entmächtigung der Hebammen und mit der Entwicklung weg von der Haus- und hin zur Spitalgeburt. Die Geburt hat sich zwiefach aus dem Frauenebereich weg bewegt: nicht nur weg von den gebärenden Frauen sondern auch weg von den Hebammen. Die ärztlichen Geburtshelfer wurden als Chirurgen ausgebildet und verhalten sich tendenziell auch als solche. Dies ist absolut in Ordnung, wenn eine Frau wirklich eine Operation braucht. Aber für die meisten Frauen sollte die Geburt ein physiologisches und soziales Ereignis sein, kein medizinisches.

### **Unakzeptabel hohe Raten in der Schweiz – was tun?**

In einigen Ländern haben KonsumentInnenbewegungen und das Erstarken des Hebammenwesens Verbesserungen in der Geburtsbetreuung ausgelöst. Gute Beispiele dafür finden sich in England, Neuseeland und Kanada. Einflussreichere Hebammen könnten die Episiotomieraten positiv beeinflussen. Die Evidenz dafür, dass von Hebammen geleitete Geburten tiefere Dammschnittraten aufweisen als von Ärzten betreute Geburten, ist gross (Hueston, Rudy, 1993/ Fullerton, Hollenbach, Wingard, 1996). Dies widerspiegelt sich auch in den tiefen Episiotomieraten der Geburtshäuser in der Schweiz und den Statistiken der freischaffenden Hebammen, die Hausgeburten leiten. Geburtshäuser, in denen ÄrztInnen die Geburten begleiten, weisen bis zu zehnmal höhere Episiotomieraten aus als Geburtshäuser mit reinen Hebammengeburten (*s. Tabelle rechts unten*). Die WHO tritt dafür ein, dass Hebammen das am besten geeignete Gesundheitspersonal für die Betreuung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtphase ist (WHO 1996) und äussert sich besorgt darüber, dass Mediziner in der Betreuung von Frauen ohne Komplikationen so stark involviert sind. Ein Schritt zur Senkung der Episiotomieraten könnte getan werden, indem die übliche Praxis, dass Hebammen immer einen Arzt auch zu normal verlaufenden Geburten rufen, revidiert wird. Marsden Wagner findet dafür besonders schöne Worte: «Eine Hebamme besitzt gute Hände und weiss auch, wann sie sich auf sie setzen muss.»

### **Politisches Bewusstsein entwickeln**

Hebammen sind verpflichtet, ihr Wissen immer auf den neusten Stand zu bringen und ihren Beruf besonnen und kritisch auszuüben. Wollen Hebammen Betreuungsformen verändern, mit denen sie nicht einverstanden sind, dann müssen sie mit der aktuellen Forschung vertraut sein. Hebammen müssen auch politisches und soziales Bewusstsein entwickeln. Erschwerend wirkt, dass Hebammen nicht nur im Umfeld des bio-



medizinischen Modells ausgebildet werden, sondern dass sie in einer Gesellschaft sozialisiert wurden, die das biomedizinische Gebärmodell gutheisst. Sind sich Hebammen dessen nicht bewusst, so laufen sie Gefahr, als Komplizen – wenn oft auch unbewusst – die Medikalisierung der Geburt mit voranzutreiben.

Entscheidendes Element einer KonsumentInnenbewegung ist die Idee, dass die Menschen eine Wahl haben sollen. Wo und mit wem eine Frau ihre Geburt erlebt, bestimmt auch die Art ihres Geburtserlebnisses. Wissen die Frauen, dass sie die Wahl haben? Und wenn ja, besitzen sie auch die dazu nötigen Informationen? Wichtiger Bestandteil einer informierten Wahlmöglichkeit ist der Zugang zu wertfreier, evidenzbasierter Information über die verschiedenen Betreuungsformen und zu aktualisierten Daten über Geburtsort oder Betreuungsperson der Wahl. Dazu müssten Geburtsstatistiken erhoben werden, die öffentlich zugänglich sind. Wenn beispielsweise eine Frau weiß, dass das von ihr gewählte Spital eine Episiotomierate von nahezu 65% ausweist, dann könnte sie sich entweder für eine andere Geburtsklinik entscheiden, oder sie könnte Druck

auf das Spital ausüben, diese Praxis zu ändern. Tatsächlich organisierten in den Siebzigerjahren – als Teil einer zweiten Welle der feministischen Bewegung – Frauen in England Demonstrationen vor Spitälern mit hohen Episiotomieraten. Als Hebammen haben wir die Aufgabe, den Frauen zu Information zu verhelfen, die sie befähigt, eine ihnen entsprechende Wahl zu treffen.

### Wie sehen die Frauen die Episiotomie?

Episiotomie ist bloss *eine* Manifestation der medikalisierten Geburt und wird oft als kleiner Eingriff mit vernachlässigbaren Folgen für die Frauen gewertet. Viele sind damit jedoch nicht einverstanden. Sheila Kitzinger (1988) zum Beispiel geht sogar so weit, die Episiotomie als eine westliche Form von weiblicher Genitalverstümmelung zu brandmarken. Bis jetzt wurde kaum erforscht, wie die Frauen selber die Episiotomie sehen – was vielleicht auch ein Ausdruck davon ist, wie unwichtig die Gefühle der Frauen darüber genommen werden. Der grösste Teil der Forschungsarbeiten über den Dammschnitt befasst sich überhaupt nicht mit der grundsätzlichen Frage da-

nach, was er eigentlich nützt, sondern konzentriert sich darauf, wie er zu setzen und wie zu reparieren ist!

### Ohne Einflussnahme keine Änderung

Wie erwähnt wurde, liegen die Episiotomieraten in der Schweiz – zumindest gestützt auf unvollständige Statistiken – auf einem alarmierend hohen Niveau, weit über der WHO Empfehlung. Die Gründe dafür sind komplex. Mir scheint, sie sind zumindest teilweise dadurch bedingt, wie die Geburtshilfe in der Schweiz organisiert ist, nämlich mit einer starken Tendenz zur Medikalisierung, gepaart mit wenig Macht und Einfluss von Frauen und Hebammen. Wollen die hohen Episiotomieraten verstanden und damit auch gesenkt werden, so müssen sie in ihrem politischen und sozialen Kontext gesehen werden. Solange die vorwiegend medizinisch geprägte Geburtshilfe nicht von denen herausgefordert wird, die in ihr arbeiten, und von denen, die sie konsumieren (d.h. den Frauen), solange wird sich nicht viel ändern.

*Übersetzung aus dem Englischen:  
Gerlinde Michel*

## Geburtshäuser – Statistik 2002

Geburtshaus	Epirate	Arzt bei Geburt dabei	Wasser-geburten	Primiparas	Anmerkungen
Storchenäschte	28,6%	94 % aller Geburten	12%	40,3%	D intakt 18,7%, DR I + II 49,1%, DR III + 2,9%
Delphys*	3,2%	0%	42%	58,6%	D intakt 58,6%, DR I + II 44,5%, DR III + 1,0%
Muttenz	10,6%	10%	22%	38,1%	D intakt 65,6%, DR I + II 22,9%, DR III + 0,7%
Oberburg	2,5%	0%	41%	40,1%	D intakt 58,1%, DR I + II 37,6%, DR III + 1,7%
Wald	1,3%	0%	43%	56,9%	D intakt 60,4%, DR I + II 34,7%, DR III + 0,6%
Artemis	0%	0%	67%	39,5%	D intakt 47,6%, DR I + II 51,1%, DR III + 1,1%
Arcos	0%	0%	67%	47,2%	D intakt 68,9%, DR I + II 28,3%, DR III + 2,7%
Aquila	17,6%	9%	17%	23,5%	D intakt 35,2%, DR I + II 41,1%, DR III + 5,8%
Buckten	33,3%	0%	0%	50%	D intakt 33,3%, DR I + II 33,3%, DR III + 0%

\* Stillfreundliches Spital

## Referenzen

### Englische Titel

- Ecker J.L., Tan W.M., Bansal R.K. et al.: Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 176, no 2, February 1997, pp. 411-414.
- Fullerton J.T., Hollerton K.A., Wingard D.L.: Practice styles. A comparison of obstetricians and nurse-midwives. Journal of Nurse-Midwifery, vol. 41, no 3, May/June 1996, pp. 243-250.
- Goer Henci: A thinking woman's guide to a better birth. Pedigree Book. Berkley Publishing, 1999.
- Hueston W.J., Rudy M.: A comparison of labor and delivery management between nurse midwives and family physicians. Journal of Family Practice, vol. 37, no 5, November 1993, pp. 449-454.
- Kitzinger Sheila: The Midwife Challenge. Pandora press, 1988, pp. 17.
- Larsson P.G., Platz Christensen J.J., Bergman B. et al.: Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecologic and Obstetric Investigation vol. 31, no 4, 1991, pp. 213-216.
- Lobb M.O., Duthie S.H., Cooke R.W.: The influence of episiotomy on the neonatal survival and incidence of periventricular haemorrhage in very low birth weight infants. European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, vol. 22, no 1-2, June 1986, pp. 17-21.
- McGuiness M., Norr K. and Nacion K.: Comparison between different perineal outcome on tissue healing. J Nurse Midwifery 1991; 36 (3): 192-198.
- Robertson A.: The Pain of Labor. Midwifery Today, 39, 19-21, 40-42.
- Röckner G.: Urinary Incontinence after Perineal Trauma at Childbirth. Scand J Caring Sci, vol. 4, no 4, 1990 pp. 169-172.
- Röckner G., Jonasson A. and Olund A.: The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 79 (1): 51-54.
- Shiono P., Klebanoff M.A., Carey J.C.: Midline episiotomies: more harm than good? Obstetrics and Gynecology, vol. 75, May 1990, pp. 765-770.
- Sleep J., Grant A.M., Garcia J., Elbourne D.E., Spencer J.A.D., Chalmers I.: West Berkshire perineal management trial. British Medical Journal 1984; 289: 587-590.
- Sleep J. and Grant A.: West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. British Medical Journal 1987; 32 (3): 181-183.
- Thacker S.B., Banta D.: Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstetrical and Gynecological Survey, vol. 38, no 6, 1983, pp. 322-338.
- Wagner Marsden: Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology. Ace Graphics 1994.
- Wilcox L.S., Strobino D.M., Baruffi G. et al.: Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 160, no 5, part 1, May 1989, pp. 1047-1052.

### Deutsche Titel

- Betreuung der normalen Geburt. Ein praktischer Leitfaden. WHO 1996.
- Gisèle Steffen: Ist der routinemässige, prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt? 5. Auflage, Frankfurt a/M, 2002.

## Umfrage Schweizer Spitäler

# Episiotomieraten

Wer in der Schweiz an die aktuellen geburtshilflichen Statistiken herankommen will, muss sich auf viel Kleinarbeit gefasst machen.

Im Klartext heisst das: Stundenlang am Telefon hängen.

### Gerlinde Michel

**ANDERS** als z.B. in Grossbritannien, wo dank dem staatlichen Gesundheitswesen einheitliche und vollständige statistische Daten eines jeden Spitals allen Interessierten offen stehen und auch von der Publikums presse publiziert werden, existieren hierzulande keine von einer Stelle erfassten oder lückenlose Statistiken. Rühmliche Ausnahme sind die Geburtshäuser der IGG-CH, die schon seit einigen Jahren ihre Statistik systematisch erfassen und publizieren.

Die unten tabellarisch dargestellten Zahlen wurden in einzelnen Telefonanrufen erfasst. Sie repräsentieren eine Stichprobe und hegen weder auf Vollständigkeit noch Wissenschaftlichkeit Anspruch. Dennoch erlauben sie – vor dem Hintergrund der von der WHO empfohlenen Epsiotomie-Höchstrate von

10% – interessante Quervergleiche und einen Einblick in die schweizerische Situation. Die Episiotomieraten beruhen auf der Anzahl vaginaler (inkl. vaginal-operativer) Geburten. Wo einzelne Spitäler zusätzliche informative Angaben lieferten, sind diese als Anmerkung beigefügt. Die Auswahl der Häuser verbirgt nicht irgend einen Bias, sondern war im Wesentlichen von der physischen Verfügbarkeit einer für die Statistiken zuständigen Person diktiert. In der Mehrzahl der Fälle war dies die leitende Hebamme, in einigen Fällen die Pflegedienstleitung oder eine Ärztin/ein Arzt. Nicht überall waren die neusten Zahlen schon aufbereitet; hier erscheinen die Statistiken des Vorjahres.

Umfrage: Gerlinde Michel,  
Isabelle Buholzer

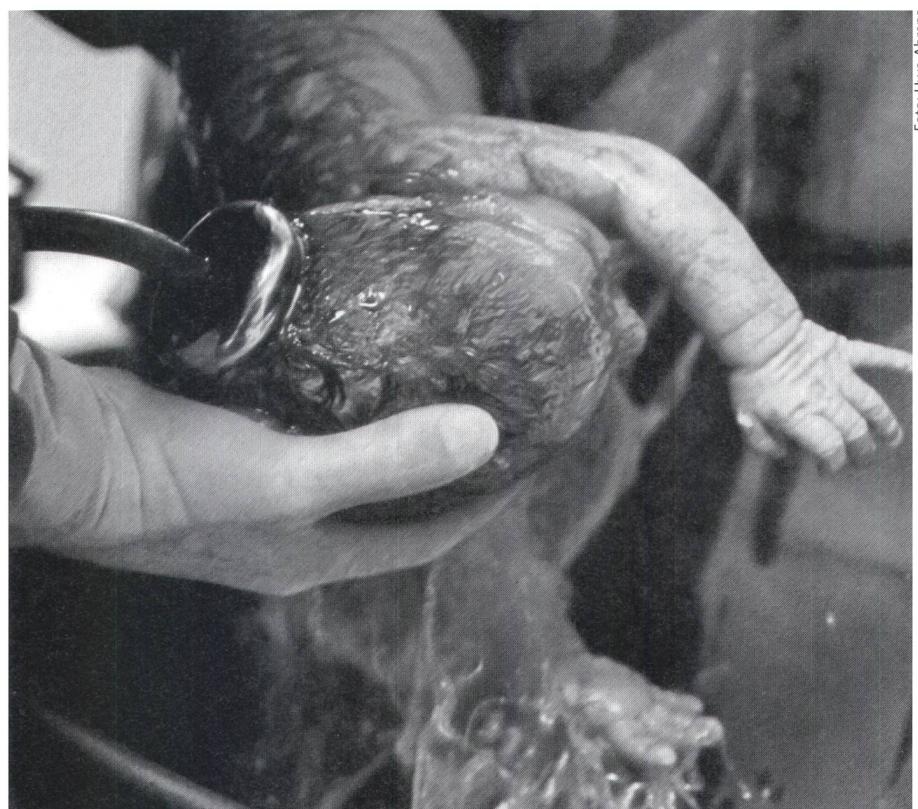


Foto: Uwe Ahrens

In einigen Ländern werden heute vaginal-operative Geburten vermehrt ohne Episiotomie durchgeführt.