

Zeitschrift:	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
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	102 (2004)
Heft:	5
Rubrik:	Mitteilungen = Communications

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: 24.01.2026

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

Nicole mit Sohn Cyril (Namen geändert)

Wie alt bist du?

15 Jahre alt. Cyril ist 3 Monate alt.

Wie alt sind deine Eltern?

Mein Vater ist 45 Jahre alt, meine Mutter ist 49 Jahre alt.

Hast du Geschwister und wie alt sind diese?

Ich habe eine Schwester, sie ist 18 Jahre alt.

Welche Schule hast du besucht?

Ich besuche zurzeit die dritte Sekundarklasse.

Hast Du eine abgeschlossene Berufslehre? Wenn ja, welche? Wenn nein, was ist Dein Ziel?
Nach der Schule möchte ich eine kaufmännische Ausbildung machen.

Welchen Beruf üben Deine Eltern aus? Sind sie z.Z. berufstätig?

Meine Mutter ist Handarbeitslehrerin. Sie arbeitet 6 Stunden in der Woche. Mein Vater arbeitet bei der Krankenkasse der SBB 100 %.

Wie sieht Deine Wohnsituation aus?

Ich wohne bei meinen Eltern.

Wie bist du in deinem sozialen Umfeld integriert?

Sehr gut.

Wie haben deine Eltern und dein Freundeskreis auf die Schwangerschaft reagiert?

Meine Eltern waren geschockt, dann haben sie gesagt, dass sie mich bei jeder Entscheidung unterstützen, egal was ich mache. Die Freunde, die mir wichtig waren, haben positiv reagiert.

Wie ist die Beziehung zum Kindsvater, beteiligt er sich finanziell?

Keine, er ist im dritten Monat gegangen. Wir sind im Moment daran, den Unterhaltsvertrag zu machen. Er ist 16 Jahre alt und hat Besuchsrecht.

Wie sieht die Beziehung zu deinen Eltern aus?

Viel besser, seit der Schwangerschaft. Jetzt reden wir über alles, vorher haben wir aneinander vorbei geredet. Ich habe häufig probiert, etwas hinter ihrem Rücken zu tun.

Bist du ungewollt schwanger geworden, oder war die Schwangerschaft geplant?

Es war ungewollt. Aber es war so, dass ich drei Monate bevor ich schwanger wurde den Wunsch hatte ein Kind zu bekommen. Ich habe sehr lange ein Baby gehütet und konnte dadurch seine Entwicklungsschritte verfolgen. Ich habe irgendwie gedacht, ein Kind wäre schon schön aber ich wusste genau, dass das nicht geht. Und ich dachte auch, so schön kann es gar nicht sein!

Hast du eine Verhütung angewendet? Wenn ja, welche?

Ein Kondom, doch es ist «geplatzt». Wir haben es dann sofort meinen Eltern erzählt. Es war Sonntagabend und mein Vater hat dann beim Arzt die Pille danach besorgt. Ich habe sie korrekt eingenommen, doch sie hat nicht genutzt.

Wurdest du z.B. in der Schule, von den Eltern /Geschwistern oder anderen Personen über Methode und Anwendung von Verhütungsmittel aufgeklärt oder informiert?

Wenn ja, von wem?

Ja, durch die Schule und meine Eltern.

Wer hat dich während der Schwangerschaft betreut, begleitet und unterstützt?

Meine Eltern und meine Kolleginnen. Ich wurde auch durch die Schwangerenberatungsstelle betreut. Ich wusste immer, dass ich das Richtige tue!

Wie hast du die Schwangerschaft erlebt, hast du einen Geburtsvorbereitungskurs besucht?

Ich hatte eine gute Schwangerschaft. Den Kurs habe ich zusammen mit meiner Mutter besucht, wir waren mit der Geburtsvorbereiterin alleine.

Hast du dir Gedanken darüber gemacht, ob du das Kind austragen willst, das Kind selbst betreuen willst?

Für mich war es von Anfang an klar, mein Freund wollte eine Abtreibung.

Hast du die Möglichkeit einer Adoption oder Abtreibung ernsthaft in Erwägung gezogen?

Nein.

Wie hast du die Geburt deines Kindes erlebt?

Sehr schön. Es ist mir immer gut gegangen und es war eine kurze Geburt.

Wo hast du geboren und wer war während der Geburt anwesend?

Im Spital, meine Mutter hat mich begleitet. Für sie war es auch ein unvergessliches Erlebnis.

Wie hast du die Zeit im Wochenbett erlebt?

Sehr gut, ich wurde gut unterstützt.

Hast du dein Kind gestillt, wenn ja, wie lange?

Ja, am Anfang voll, seit ich zur Schule gehe, gebe ich zusätzlich den Schoppen.

Wie und wer hat dich nach dem Wochenbett unterstützt?

Meine Mutter und eine Hebamme.

Wie sieht die Beziehung zu deinem Kind aus, fühlst du dich genau so frei wie vorher?

Die Beziehung ist sehr gut. Ich bin schon weniger frei, doch ich genieße die Zeit mit Cyril sehr.

Wenn du an die Schwangerschaft, Geburt und an das Wochenbett zurück denkst, hast du das Gefühl, du wurdest optimal betreut?

Ja.

Was hätte man aus deiner Sicht anders machen können?

Nichts.

Wie hast du dich auf das Muttersein vorbereitet?

Ich habe viel gelesen.

Hattest du bereits Erfahrung in der Betreuung kleiner Kinder?

Ja, ich war häufig Babysitter.

Wer unterstützt dich in der Betreuung deines Kindes?

Meine Eltern, meine Schwester und mein jetziger Freund. Wenn ich in der Schule bin und meine Mutter arbeitet, kümmert sich eine Tagesmutter um Cyril.

Hast du Kontakt zu Gleichaltrigen? Kolleginnen, Freundinnen?

Ja, mit den Leuten, die mir wichtig sind, habe ich immer noch Kontakt.

Interview: Susana Fernández, Damia Otto (aus: Teenager und schwanger – was nun? Projektarbeit Hebamenschule Zürich, April 2002).

Schwangerschaft bei Teenager

► Biologische und

Derzeit wird weltweit jedes 5. Kind von einer Mutter im Teenageralter geboren, 80% davon in Entwicklungsländern mit schlechter medizinischer und sozialer Versorgung. 150000 Mädchen sterben jährlich wegen Mutterschaft. Und Kinder, deren Mutter bei ihrer Geburt jünger als 18 Jahre alt war, haben ein doppelt so hohes Risiko als Kinder älterer Mütter, ihren fünften Geburtstag nicht mehr zu erleben. Soweit die Zahlen der Unicef von 2001.

Biologische und medizinische Aspekte

Grundsätzlich kann ein Mädchen bereits in seinem ersten Menstruationszyklus schwanger werden, eine Tatsache, die durch das Phänomen der säkularen Akzeleration verschärft wird. Erlebten vor 150 Jahren die Mädchen mit durchschnittlich 16,5 Jahren ihre erste Regelblutung, so liegt der Zeitpunkt dafür heute bei durchschnittlich 12 Jahren. Auch eine Menarche mit 10 Jahren ist heute in den Industrienationen keine Seltenheit mehr.

Vor dem 15. Lebensjahr ist das Längen- und Breitenwachstum des Skeletts noch nicht abgeschlossen und der Organismus somit biologisch noch unreif. Eine Schwangerschaft vor dem 16. Lebensjahr bedeutet daher einen Konkurrenzkampf um die notwendigen Ressourcen zwischen dem kindlichen und dem mütterlichen Organismus. Dieser Kampf geht meist für beide Organismen ungünstig aus. Für die Mütter bedeutet dies meist den endgültigen Wachstumssstopp, aber auch Anämien und Mangelerscheinungen. Der kindliche Organismus kann mit einer Wachstumsretardation reagieren (tiefes Geburtsgewicht, Frühgeburt).

Einen weiteren Risikofaktor stellt das weibliche Becken dar, das im frühen Teenageralter noch nicht seine endgültigen und für eine erfolgreiche Geburt notwendigen Breitdimensionen erreicht hat. Diese Problematik kommt jedoch vor

soziale Aspekte

allem in den Entwicklungsländern und weniger in den Industrieländern zum Tragen. Entgegen früheren Berichterstattungen in Fachzeitschriften lassen neuere Studienergebnisse darauf schliessen, dass Teenagerschwangerschaften in den Industrieländern nicht von vornherein als Risikoschwangerschaften bezeichnet werden können. Eine Analyse von Daten der Wiener Universitätsfrauenklinik zeigte:

- Bei adäquater medizinischer und sozialer Betreuung konnte weder ein erhöhtes Risiko für Sectio noch für Frühgeburten nachgewiesen werden.
- Andererseits waren die Neugeborenen extrem junger Mütter (12–16 Jahre) signifikant kleiner und leichter, was möglicherweise Langzeitfolgen nach sich zieht.
- Die früher postulierten gehäuften perinatalen Komplikationen bei Teenagergeburten konnten jedoch nicht aufgezeigt werden.

Soziale Aspekte

In den Industrieländern fallen die extremen Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten beim Vorkommen von Teenagerschwangerschaften auf (s. Tabelle). Präventiv gegen viele Teenagerschwangerschaften wirken einerseits strenge kulturelle Traditionen, die einen frühen und vorehelichen Geschlechtsverkehr verhindern, andererseits eine offensive Aufklärungspolitik und medizinische Einrichtungen, die den Zu-

gang zu Kontrazeptiva erleichtern. Die hohen Raten in den USA und in GB gehen wohl in erster Linie auf ein extremes soziales Gefälle zurück, sowohl was den Zugang zu Bildung als auch zu medizinischen Einrichtungen betrifft. In beiden Ländern sind, kaum überraschend, vor allem Mädchen aus sozialen und ethnischen Minderheiten betroffen.

Das Problem wird dadurch verschärft, dass in Industrienationen frühe Schwangerschaften sozial unerwünscht sind. Eine frühe Schwangerschaft steht einer abgeschlossenen Berufsbildung und einigen Jahren Berufserfahrung im Wege. Deshalb ist eine Teenagerschwangerschaft in der Regel mit einem sozialen Abstieg assoziiert. Als soziale Voraussetzung einer frühen Schwangerschaft gilt ein bereits niedriger sozioökonomischer Status des Elternhauses. Teenagerschwangerschaften sind deshalb beides, Symptom aber auch Ursache von sozialer Ungleichheit. Teenagerschwangerschaften kommen jedoch auch unter günstigen sozialen Umständen vor; die auftretenden Probleme werden entsprechend dann meist auch gut gemeistert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Teenagerschwangerschaften in den Industrieländern viel mehr ein soziales als ein biologisch-medizinisches Problem bedeuten.

Quelle: Sylvia Kirchengast, Biologische und soziale Aspekte der Teenagerschwangerschaft. Die Hebamme 2003;16:230–234

Teenagerschwangerschaften

► Risiken und Chancen

Teenager sind meist nicht geplant schwanger geworden und deshalb weniger bereit, sich für das Kind einzuschränken. Wichtig ist es, eine gesunde Lebensführung zu fördern, denn Teenager rauchen häufiger vor und nach der Schwangerschaft als erwachsene Schwangere. Die Hebamme sollte die Auswirkungen des Rauchens auf das Kind detailliert aber nicht vorwurfsvoll erläutern. Ebenso sollte sie auf die Wichtigkeit einer gesunden Ernährung eingehen und die Nachteile von «Junk Food» betonen.

Junge Frauen verleugnen eine beginnende Schwangerschaft oft vor sich selbst, was der oft noch unregelmässige Zyklus bei Teenagern noch unterstützt. Jugendliche erscheinen meist wesentlich später zur ersten Schwangerschaftskontrolle als erwachsene Frauen.

Deshalb ist es besonders wichtig, das korrekte Gestationsalter des Kindes zu ermitteln. Außerdem haben Jugendliche meistens die frühzeitige Einnahme von Folsäure (Prävention von Spina Bifida) verpasst. Es ist zu klären, ob die jugendliche Schwangere Aknepräparate einnimmt, die dem Fötus schaden könnten und deshalb sofort abgesetzt werden müssen.

Teenager haben öfter Genitalinfektionen wie Herpes, die sich auf den Schwanger-

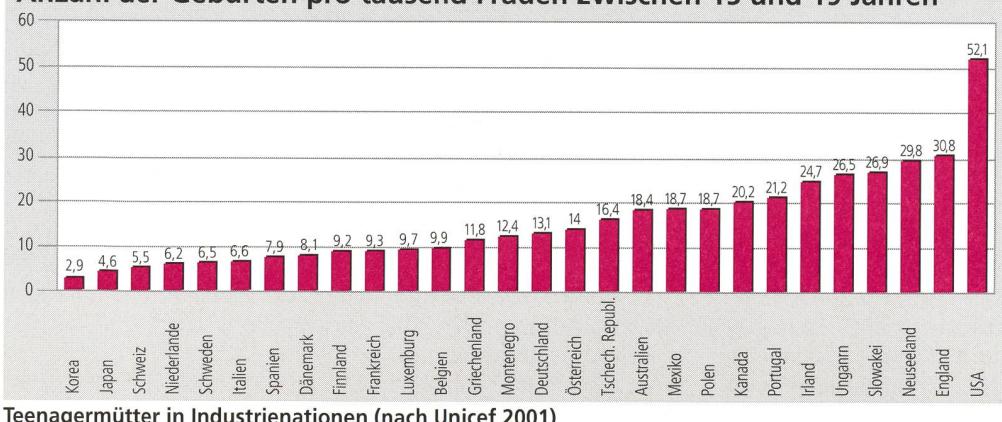
schafts- und Geburtsablauf auswirken können.

Generell verkraften junge Frauen Schwangerschaft und Geburt körperlich gut; ernsthafte biologische Risiken sind deshalb selten. Teenager ohne Risiken haben normalerweise eine komplikationsarme Geburt. Erhöhte Risiken wie niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburten und Totgeburten gehen nicht auf das jugendliche Alter, sondern auf soziale Benachteiligungen, auf mangelnde Unterstützung der Umwelt und schädliches Verhalten wie Rauchen oder Fehlernährung zurück. Jugendliche, die einen Partner und eine Ausbildung haben, nicht rauchen, rechtzeitig mit der Schwangerschaftsvorsorge begonnen haben und keine Abtreibungen oder gynäkologische Krankheiten aufweisen, bekommen nicht häufiger kranke oder untergewichtige Kinder als erwachsene Frauen.

Hebammen sollten sich bewusst sein, dass die von ihr betreute Jugendliche in kurzer Zeit erneut schwanger sein kann. Ihre Betreuung, ihre einfühlsame Wissensvermittlung über Verhütung, Säuglingspflege, Stillen und Ernährung tragen nachweislich zur Prävention weiterer Schwangerschaften bei. Das ist besonders wichtig, weil die Mehrheit jugendlicher Mütter nicht stillt. Die Rate postpartaler Depressionen ist dreimal so hoch wie bei erwachsenen Frauen. Die Kinder jugendlicher Mütter tragen ein höheres Erkrankungs- und Unfallrisiko. Auch schneiden sie bei Entwicklungstests in Bezug auf verbale und nichtverbale Fähigkeiten schlechter ab und haben ein hohes Risiko, selbst einmal schon im jugendlichen Alter Nachwuchs zu bekommen.

Quelle: Michael C. Klein, Patricia A. Janssen, Birgit Reime, Teenagerschwangerschaften – wo liegt das Problem? Deutsche Hebamme Zeitschrift 6/2003.

Anzahl der Geburten pro tausend Frauen zwischen 15 und 19 Jahren



Jakob Bösch

► Spirituelles Heilen und Schulmedizin

Eine Wissenschaft am Neuanfang2002. 216 Seiten,
Fr. 34.–, Buchverlag
Lokwort, Bern

Der Autor ist Chefarzt der Externen Psychiatrischen Dienste Basellands. Sein Ziel ist es, das spirituelle Heilen in seine schulmedizinische Praxis einzubeziehen. Er arbeitet mit der spirituellen Heilerin Graziella Schmidt zusammen und weist grosse Erfolge aus. Sein Wunsch, weiter für die spirituelle Erneuerung der Wissenschaften zu arbeiten, hat ihn letztes Jahr den Platz eines Titularprofessors an der UNI Basel gekostet (!).

Die Lektüre war ein bisschen schwierig, weil es darin wieder einmal um den Glaubenskrieg «Hilft nur die Schulmedizin oder hilft ebenso «Geistiges Heilen» (als Sammelbegriff für viele verschiedene alternative und spirituelle Heilmethoden) dem kranken Menschen?» geht. In

PD Dr. med. Jakob Bösch
Spirituelles Heilen
und
Schulmedizin
Eine Wissenschaft am Neuanfang



gewissen Dimensionen des spirituellen Heilens komme ich an meine Grenzen – wo ist Scharlatanerei davon abzugrenzen? Da geht es um «Channelmedien», die Kontakt mit den Geistern Verstorbener aufnehmen, um «Sensitivität» (Hellssehen und Hellfühlen), um Geistheiler, um Jesus – wer erkennt da die wirklich berufenen Menschen? Dazu braucht es den richtigen Therapeuten im richtigen Zeitpunkt für den Hilfe suchenden kranken Menschen!

Der Autor vertritt natürlich vehement, dass diese Arten des Heilens seit Jahrtausenden bekannt waren und angewandt wurden, dass sie hilfreich waren und dass wir uns darauf zurückbesinnen müssen – aber der bestimmte Ton, in dem solches gefordert wird, ist mir persönlich ein bisschen zu forsch und gibt mir ein unbehagliches Gefühl. Dennoch ist das Buch eine Sammlung von Hinweisen auf Studien über

verschiedene erfolgreiche Behandlungsformen und belegte Erfolgsgeschichten von Geistheilungen. Für Personen, die sich mit Energiearbeit oder geistigem Heilen befassen, kann es eine Ergänzung zu ihrer Tätigkeit – eine Gesamtschau des Standes dieser Wissenschaft in der heutigen Zeit – sein. Es werden Namen und Werke in diesen Gebieten genannt, auch viele Hinweise auf die Weltreligionen und den Glauben im Allgemeinen. Ein wichtiges Argument im Buch ist der Zusammenhang von materiellem, technischem, wissenschaftlichem Denken und dem Zustand der Welt heute – da kann ich nur zustimmen. Dank unserem Hochmut, alles zu können und zu dürfen, haben wir die Ressourcen des Planeten erschöpft. Auf diese Thematik kommt der Autor mehrfach zu sprechen. Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Kostenfra-

ge: in der Schulmedizin explodieren die Kosten aus verschiedenen Gründen: teure Apparaturen, teure Behandlungen, fehlende Heilung und fehlende Akzeptanz des Sterbens. Könnte mit einer ganzheitlichen Medizin, die alle Bereiche anbietet, dieser Kostenspirale nicht der Garaus gemacht werden? Die Menschen müssten mehr Eigenverantwortung schon nur für eine gesunde Lebensführung unter Respektieren des Mitmenschen und der Umwelt übernehmen, und sie müssten auch bei Krankheit mehr Eigenverantwortung übernehmen, damit Heilung eintreten kann – Utopia? Zum Schluss ein Zitat von Max Planck (Physiknobelpreisträger), dem Buch S. 211 entnommen: «Der Mensch will nicht nur Erkenntnis und Macht, er will eine Weltanschauung, die ihm das höchste Gut auf Erden, den inneren Seelenfrieden, verbürgt.»

Margrit Heller, Pflegefachfrau und Hebammme

Katja Baumgarten, Gisela Tuchtenhagen

► Mein kleines Kind

Pränatale Diagnostik – danach

2001. Dokumentarfilm.

Fr. 80.–
film@viktoria11.de
Bestellungen unter:
bestellung@geburtsgesellschaft.de

Der Film ist ein Dokumentarfilm und er ist ein Kunstwerk. Er verdient ein breites Publikum, dem die Konsequenz von Pränataldiagnostik nicht bewusst ist und dem Alternativen meist ungenügend vorgestellt werden. Sehr wertvoll ist der Film für beratende Ärzte und Hebammen.

Katja Baumgarten, Hebammme und Filmemacherin, alleinerziehend, ungewollt schwanger mit ihrem vierten Kind, erfährt im Organscreening, dass ihr Kind schwer

behindert ist und wohl kaum lange leben wird. Sie entschliesst sich, von nun an den Verlauf der Schwangerschaft zu filmen. Sie legt ihre Gedanken, ihre Gefühle, ihre Einsamkeit, ihre Verzweiflung, das Dilemma, in dem sie sich befindet, spontan und offen dar. Sie nimmt dieses Kind gleich wie die anderen wahr, es bewegt sich lebhaft und scheint gesund zu sein. Doch der Arzt sieht etwas anderes und rät zu einem «üblichen» Schwangerschaftsabbruch. Baumgarten fasst in Worte und Bilder, was wahrscheinlich jede betroffene Frau fühlt. Nach sorgfältigem Abwägen entscheidet sie sich für eine Hausgeburt, trotz Wider-

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

stand und Drohungen von ärztlicher Seite. Wenn das Kind schon ausgetragen wird, dann müsse ihm jegliche intensivmedizinische Betreuung zustehen, sonst mache sich die Mutter sogar strafbar!

Neben Gesprächen und Arztbesuchen wird auch viel zu Hause gefilmt. Die Zuschauer nehmen teil am Kindergarten, am Spiel im Garten, am Malen für das Ungeborene. Auch bei der Geburt sind sie dabei. Die älteren Kinder kümmern sich gemeinsam mit Freunden und Fachleuten rührend um die Mutter, und der Dreijährige besteht ungeachtet des Ereignisses auf seinen Bedürfnissen. Diese Bilder vermit-

teln, dass das Leben weitergeht. Die Kinder werden dabei mehr und mehr auf schöne Art in Schwangerschaft und Geburt einbezogen. Trotz der Schwere des Themas kommt ein Gefühl von Unbeschwertheit und Familienidylle auf.

Ich verspürte Freude und inneren Frieden, als ich mit erlebte, wie das Kind zu Hause in der Geborgenheit geboren wurde und wenige Stunden später einen würdigen Tod sterben konnte.

Auf der Homepage www.meinkleineskind.de stellt K. Baumgarten ihren Film selbst vor.

*Isabelle Buholzer,
Hebammme*



- Stärkungsmittel mit langjähriger Tradition, zur erfolgreichen Unterstützung während der Schwangerschaft und in der Stillzeit
- reich an Eisen, Kalzium, Magnesium und Vitamin C
- mit ausgesuchten Kräuterextrakten



Bitte senden Sie mir mehr Informationen:

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Beruf:



Kräuterhaus Keller Herboristerie
1227 Carouge-Genève
Tel. 022 300 17 34, Fax 022 300 36 79



Optimieren Sie Ihre Arbeit mit der Ohr-Reflexzonen-Kontrolle nach Radloff

Die Ohr-Reflexzonen-Kontrolle ist eine Befundungsmethode der **Energetisch-Statischen Behandlung ESB/APM**
Akupunktur-Massage

Die ESB/APM ist eine Tochtermethode der Akupunktur. Mit Hilfe ihrer vielfältigen und einfach erlernbaren Kontrollsysteme kann auf jede Behandlungsanforderung individuell eingegangen werden. Wegen dieser Eigenschaften eignet sich die ESB/APM optimal als Ergänzung zu Behandlungsmethoden der Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsvorbereitung und Nachsorge.

Informieren Sie sich und fordern Sie Kursinformationen an vom

Lehrinstitut Radloff AG

9405 Wienacht-Bodensee
Tel. 071 891 31 90 - Fax 071 891 61 10 - Email: radloff@esb-apm.com

Besuchen Sie uns im Internet:
www.esb-apm.com

Perfekt gerüstet für die Ferien!



PureLan™ 100
die natürliche Brustwarzenpflege

- Hypoallergen
- 100% reines Lanolin
- Ohne Zusätze oder Konservierungsmittel
- Empfohlen von der «Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens»
- Pflegt trockene und empfindliche Brustwarzen

Einweg-Stilleinlagen
Sicherheit rund um die Uhr

- Extra saugfähig
- Natürliche Form
- Klebestreifen für perfekten Sitz
- NEU: Einzel verpackt für höchste Hygiene

Pump In Style® Traveler™
Die mobile Brustpumpe
Speziell für die aktive oder berufstätige Mutter

- Muttermilch effizient und bequem abpumpen
- sicher und gekühlt aufzubewahren
- alles in einem praktischen Rucksack

Fragen Sie nach dem Rabatt für Hebammen

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

Die Ausbildung entspricht den
BDH-HAA-Richtlinien

HAA-QUALITÄTS-AUSBILDUNG | AKUPUNKTUR / TCM

Grundkurs		
H137	12.03.-13.03.04	Dresden
H138	12.03.-13.03.04	Heidelberg
H139	26.03.-27.03.04	Berlin
H140	26.03.-27.03.04	München
H141	23.04.-24.04.04	Hamburg
H142	23.04.-24.04.04	Oberhausen
H143	30.04.-01.05.04	Zürich - CH

Aufbaukurs I		
H235	13.03.-14.03.04	Dresden
H236	13.03.-14.03.04	Heidelberg
H237	27.03.-28.03.04	Berlin
H238	27.03.-28.03.04	München
H239	24.04.-25.04.04	Hamburg
H240	24.04.-25.04.04	Oberhausen
H241	01.05.-02.05.04	Zürich - CH

Praxiskurs I		
H262	23.04.-24.04.04	Berlin
H263	23.04.-24.04.04	Dresden
H264	30.04.-01.05.04	Heidelberg
H265	07.05.-08.05.04	Hamburg
H266	21.05.-22.05.04	München
H267	21.05.-22.05.04	Oberhausen
H268	02.07.-03.07.04	Zürich - CH

Aufbaukurs II		
H329	24.04.-25.04.04	Berlin
H330	24.04.-25.04.04	Dresden
H331	01.05.-02.05.04	Heidelberg
H332	08.05.-09.05.04	Hamburg
H333	22.05.-23.05.04	München
H334	22.05.-23.05.04	Oberhausen
H335	03.07.-04.07.04	Zürich - CH

Refresherkurs I		
H426	30.04.-01.05.04	Berlin
H427	14.05.-15.05.04	Dresden
H428	14.05.-15.05.04	Hamburg
H429	14.05.-15.05.04	Heidelberg
H430	18.06.-19.06.04	München
H431	18.06.-19.06.04	Oberhausen

Praxiskurs II		
H462	01.05.-02.05.04	Berlin
H463	15.05.-16.05.04	Dresden
H464	15.05.-16.05.04	Hamburg
H465	15.05.-16.05.04	Heidelberg
H466	19.06.-20.06.04	München
H467	19.06.-20.06.04	Oberhausen

Wichtig:

Muttermilch ist die beste
Nahrung für Ihr Baby.
Wir empfehlen Ihnen sich
bei Fachkräften (Arzt,
Ernährungsberater) über
die Vorteile des Stillens
zu informieren.

Die ganze Welt der biologischen Babynahrung



Holle bietet ein volumägliches Sortiment in biologischer Qualität für die Ernährung des Kindes von der ersten Flasche bis ins Kleinkindalter an.

- Bio-Säuglingsmilchnahrung 1 ab der ersten Flasche
- Bio-Säuglings-Folgemilch 2 nach 4 Monaten
- Bio-Säuglings-Folgemilch 1 nach 4 Monaten
- Bio Baby-Getreidenahrungen für Flasche und Brei nach 4 Monaten
- Umfangreiches Demeter-Gläschensortiment

Selbstverwaltete Gruppenpraxis im Gebiet der Frauenheilkunde sucht **per sofort** oder nach Vereinbarung zur Ergänzung des Teams

2 Hebammen, Pflegefachfrauen oder Frauen mit gleichwertiger Grundausbildung

Du bist idealerweise 30–40 Jahre alt und interessierst Dich für ganzheitliche **Basisgynäkologie**. Außerdem bist Du bereit, Dich auf intensive Team- und Selbsterfahrungsprozesse sowie auf Geschäftsführungsauflagen einzulassen.

Zeitliche Flexibilität und persönliches Engagement, als Hebamme auch Bereitschaft für Hausgeburten, sind wichtig.

Es erwartet dich eine vielfältige, interessante und verantwortungsvolle Arbeit, **Pensum ca. 70%**, mit komplexer Aus- und Weiterbildung im fachlichen und persönlichen Bereich sowie Beteiligung an der Weiterentwicklung unserer Frauengesundheitsidee.

Bewerbungen **schriftlich** an
Gruppenpraxis Paradies, Paradiesstrasse 11,
4102 Binningen/BL

Bestellcoupon

Senden Sie mir bitte folgende Unterlagen und Muster:
Bitte geben Sie die gewünschte Stückzahl an.

- Muster: Bio-Säuglingsmilchnahrung 1
- Muster: Bio-Säuglings-Folgemilch 2
- Muster: Bio-Getreidenahrungen für Flasche und Brei Karton à 28 Stück assortiert
- Holle Babynahrungs-Ratgeber
- Holle Fachinformation

Name: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort:

Coupon einsenden an: Holle baby food GmbH, Baselstrasse 11, CH-4125 Riehen
Tel.: 061/645 96 00, Fax: 061/645 96 09, E-Mail: babyfood@holle.ch
Internet: <http://www.babyclub.de>, www.holle.ch

Zentralpräsidentin/
Présidente centrale
Lucia Mikeler Knaack
Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

Sektionen/Sections

Aargau-Solothurn:

Gabriela Felber Piso, Domherrenstr. 13, 4622 Egerkingen, Tel. 062 398 07 53
gabriela.felber@hotmail.com
Regula Pfeuti – Giger, Ob. Torfeldstr. 12 5033 Buchs, Tel. 062 822 45 83
E-mail: regula.p@bluemail.ch

Bas-Valais:

Fabienne Salamin, Rond Point Paradis 15 3960 Sierre, Tél. et fax 027 455 59 40
sfab@bluewin.ch

Beide Basel (BL/BS):

Sandra Aeby, Hechtweg 31 4052 Basel, Tel. 061 693 31 71
E-Mail: sandra_aeby@yahoo.com
Monika Barth, Auf dem Hummel 30 4059 Basel, Tel. 061 361 35 15
E-Mail: monika.barth@bluewin.ch

Bern:

Carole Lüscher, Schlossmatte 33 3032 Hinterkappelen
Tel. 031 901 36 66, Natel 078 689 29 78
E-Mail: carole.tom@tiscali.ch

Fribourg:

Corinne Bulliard
Ferlens, 1692 Massonnens
Tel. 026 653 25 25, Natel 078 629 90 07
e-mail: bulliardc@bluewin.ch

Genève:

FSSF Genève, Case postale 658 1211 Genève 4, Tél. 022 885 09 11
e-mail: fssf.ge@bluewin.ch

Oberwallis:

Dagmar Itting, Dorf, 3983 Goppsberg
Tel. 027 927 42 37, Natel 079 454 68 55
E-Mail: dittig@bluewin.ch

Ostschweiz

(SG/TG/AR/AI/GR):
Daniela Thöny, Pardellgasse 14 7304 Maienfeld, Tel. 081 302 32 10
Silvia Bättig, Tiefengasse 848 9473 Gams, Tel. 081 771 19 63
silvia.baettig@bluewin.ch

Schwyz:

Susanne Bovard, Hinterfeld 5b 8852 Altendorf, Tel. 055 442 37 83
E-Mail: peter.bovard@schweiz.org

Ticino:

Cinzia Biella-Zanelli, Massarescio 6516 Cugnasco, Tel. 091 840 91 15

Vaud-Neuchâtel (VD/NE):

Anne Burkhalter, Rue de la Chapelle 3 1860 Aigle, Tél. P 024 466 55 14
F 024 466 55 16
e-mail: anne.burkhalter@bluewin.ch
Yvonne Meyer, Ste-Hélène 1660 Château-d'Oex
Tél. P 026 924 51 47, F 076 393 56 39
e-mail: ymeyer@hecv.ch

Zentralschweiz

(LU/NW/OW/UR/ZG):
Susanna Weingart-Schäubli
Bankstrasse 16, 6280 Hochdorf
Tel. 041 910 06 76
E-Mail: susanna.weingart@bluewin.ch
Anja Distel-Widmer, Äussere Güterstr. 3 6300 Zug, Tel. P 041 910 12 38
G 041 709 77 40, Natel 078 600 50 31
E-Mail: anja.widmer@orangemail.ch

Zürich und Umgebung

(ZH/GL/SH):
Ruth Riggensbach, Sonnenberg 33 8636 Wald, Tel. 055 246 66 56
E-Mail: rist@active.ch
Corinne Lindegger, Schmidgasse 32 8640 Rapperswil, Tel. 055 210 59 22
E-Mail: lindegger@tele2.ch

Tertiarisierung Hebammenausbildung

Die Kantone Bern, Graubünden, St. Gallen und Zürich haben im Dezember 2003 das gemeinsame Projekt «Überführung der Diplomausbildung zur Hebammme auf die tertiäre Stufe» abgeschlossen. Angestreb wurde eine einheitliche und koordinierte Ausbildung auf tertiärem Niveau. Das Projekt endete mit der Verabschiedung der drei Schlussberichte durch die Steuerungsgruppe.

Ihre Titel und Inhalte:

1. Die modulare Hebammenausbildung der Hebammenschulen Bern, Chur, St.Gallen und Zürich

Berufsbild, Kompetenzen und Ausbildungsziele, inhaltliche Schwerpunkte, Beschreibung der Module, Strukturierung und Planung der Ausbildung, Qualifikationssystem, Aufnahmebedingungen und -verfahren, Diplomverfahren, detaillierte Beschreibung aller Module.

2. Rahmenbedingungen für die modulare Hebammenausbildung

Pädagogische Leitgedanken, Diskussionspapier für oder gegen die schulisch-praktischen Module (Transfermodule), Synthese der Diskussionen zu Freiräumen und Grenzen der Hebammenschulen, Überlegungen zur Anerkennung von Kompetenznachweisen, von Modulen und vom Ausbildungsprogramm, Ansätze zur Koordination der Praktikumsplatz-Bewirtschaftung, Daten und Statistiken zur Entwicklung der Hebammenschulen von 1999–2002.

3. Schlussbericht zum Projekt

Kurzer Rückblick zum Projekt, Beschreibung der Projektziele, des Projektverlaufs

und der Projektresultate, Empfehlungen und Dank an alle Teilnehmerinnen.

Diskutiert wird nun die Weiterführung des Projekts im Sinne einer Umsetzung der neuen Hebammenausbildung im Jahre 2005. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Situation, z. B. in zwei Kantonen die Übernahme der Gesundheitsberufe durch die Erziehungsdirektion, das neue Berufsbildungsgesetz mit Verordnung, die noch nicht ausformulierten Mindestanforderungen für die tertiäre Ausbildungsstufe. Das SRK

und das BBT bleiben in dieser Phase der Diskussion weiterhin sehr wichtige Partner.

Bericht 1 und 2 können auf folgenden Internetseiten heruntergeladen werden:
www.hebammme.ch
www.hebammenschule.ch,
www.rebege.zh.ch, www.azi.ch
www.bgs-chur.ch.

Alle Berichte können auch bei den Hebammenschulen bestellt werden.

Weitere Informationen: Marie-Claude Monney Hunkeler, Tel. 026 477 25 22, mcl.conseil@bluewin.ch

Patricia Blöchlinger

Qualitätskommission

Herzlichen Dank!

Die QK bedankt sich für die vielen hilfreichen Kommentare und die aktive Beteiligung an der Testung des neuen geburtshilflichen Dossiers.

72 freipraktizierende Hebammen aus sämtlichen Sektionen haben uns geantwortet!

Viele eurer Anregungen und Kritiken haben auch zu Änderungen geführt. Bald können wir das überarbeitete Dossier veröffentlichen.

Katharina Stoll
Präsidentin Qualitätskommission

Commission de qualité

Un très grand merci!

La commission de qualité tient à vous remercier pour les nombreux commentaires utiles et votre active participation à la phase-test du nouveau dossier obstétrical.

Septante-deux sages-femmes de toutes les sections nous ont répondu.

Nombre de vos suggestions et critiques ont conduit à des changements. Le dossier retravaillé sera prochainement publié.

Katharina Stoll
Présidente Commission de qualité

AARGAU-SOLOTHURN062 398 07 53
062 822 45 83**Neumitglied:**

Bandlow Bernadette, Baden, 1990, Chur.

Treffen Spitalhebammen

Liebe Kolleginnen, das nächste Treffen findet statt und wir freuen uns auf eine anregende Diskussion mit euch!

*Mittwoch 19. Mai, 17.30 Uhr
Kantonsspital Aarau Haus 35*Themen: Wassergeburt, Akupunktur in der Geburtshilfe
Liebe Grüsse von Antoinette und Jeannine.*Regula Pfeuti***Freipraktizierende Hebammen**

Wir treffen uns am Mittwoch,

12. Mai, 17 Uhr im Goldige Öpfel, Aarau

*Hannah Küffer***BERN**

031 901 36 66

Neumitglieder:

Bircher Karin, Adelboden, 2002, Bern; Jordi Heidi, Lützelflüh, Hebamme i.A. an der Hebammenschule Bern.

VAUD-NEUCHÂTEL024 466 55 14
026 924 51 47**Nouveaux membres:**

Cand Claire-Lise, Rances VD, Elève à l'école de Lausanne; Ley-Letta Barblina, St-Légier, 1987, Bern; Lux Cosima, Nyon, 1999, Université Yalensis USA; Luzieux France, Soyhières, 2003, Genève; Stucki Sophie, La



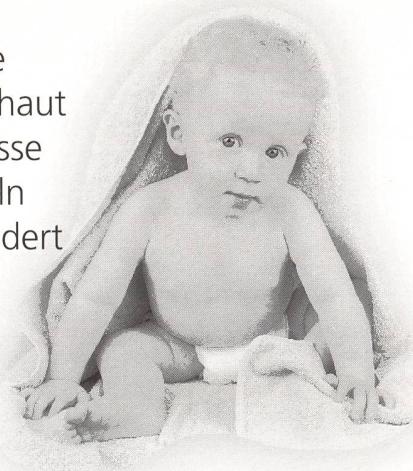
Foto: Hampi Krahenbühl

ZÜRICH UND UMGEBUNG055 246 66 56
055 210 59 22**ZENTRAL SCHWEIZ**041 910 06 76
041 910 12 38**Freipraktizierende Hebammen**

Wir treffen uns am 27. Mai, 20 Uhr im Restaurant Sonne, Emmenbrücke.

*Esther Fischer-Brun**Nancy Bellwald-Pedegai***OXYPLASTIN®**

Schützt die zarte Babyhaut vor der Nässe der Windeln und verhindert damit Rötungen, die zum Wundsein führen.



1 g Salbe enthält: Zinkoxyd 460 mg, weisses Wachs 1 mg, Geraniumöl 1,2 mg, Thymianöl 1,2 mg, Verbenenöl 1,2 mg, Wollfett, Rizinusöl, Wasser.



Dr. Wild & Co. AG Basel

Gratis OXYPLASTIN®-Muster für die Mütterberatungsstellen

Bitte einsenden an: Dr. Wild & Co. AG, Postfach 4644, 4002 Basel

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____

Mütterberatungsstelle: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Wo Hebammenherzen höher schlagen

Nebst eigenen Produkten in Bio-Qualität vertreibt *farfalla* exklusiv die bewährten *Original IS Aromamischungen* speziell geeignet für den Hebammenbereich. Besuchen Sie uns am Hebammenkongress.



Farfalla Essentials AG · Florastrasse 18 · 8610 Uster
Tel 044/905 99 00 · E-Mail info@farfalla.ch · www.farfalla.ch

Bitte senden Sie mir den/die Farfalla Produktenkatalog

Broschüre *Original IS Aromamischungen*

Name/Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

farfalla

He-04



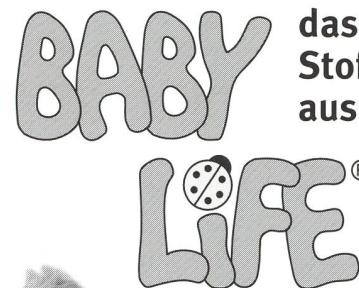
Elektrische Frauenmilchpumpe Schmid

seit 1942

Kostengünstig in Miete

- Klein und handlich
- Bedienung äusserst einfach
- individuelle Anpassung der Saugkraft
- Brustgläser für Normal, Flach- und Hohlwarzen
- Saugt rhythmisch wie das Kind
- Regt die Milchproduktion an

Info: **R. Schmid, Holzwiesweg 38, 8047 Zürich**
Tel. 01 492 76 10 • Fax 01 491 10 11
E-Mail: info@aesgo.ch



das wachsende Stoffwindelhöschen aus Baumwolle schont die Babyhaut und das Portemonnaie!



- keine Hautprobleme
- wird mit dem Baby grösser
- einfach anzuwenden
- preisgünstig
- kochecht
- kein Abfallberg

Sie ist so einfach anzuwenden wie die Wegwerfwindel

Erhältlich im Babyfachhandel, Ökoläden

Infos: Lifetex AG
Muttenzerstrasse 1
4127 Birsfelden
Tel. 061/373 87 30
Fax 061/373 87 31
www.babylife.info

Die für Hebammen praktisch anwendbare Körper- und Atemtherapie

Ausbildung Körper- und Atemtherapie LIKA®

Berufsbegleitende Aus- und Weiterbildungsangebote auf der Basis der psychodynamischen Interpretation des Atems und der chinesischen Meridianlehre.

Ausbildungslehrgang LIKA:

Beginn: September 2004

Kostenloser Info-Abend: **19. Mai**, 19 bis 21 Uhr

Massagelehrgang:

Beginn: August 2004 (4 Wochenenden)

Jahreskurs:

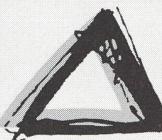
Bewegungspädagogik LIKA

Beginn: September 2004 (5 Wochenenden)

Kostenloser Info-Abend: **26. Mai**, 19 bis 21 Uhr

Verlangen Sie unser Aus- und Weiterbildungsprogramm!

L I K A



LIKA® GmbH

Gesamtleitung Edith Gross
Lindhofstr. 92, 5210 Windisch
Tel. 056 441 87 38
Fax 056 442 32 52
info@lika.ch, www.lika.ch

Schule für klassische Homöopathie Zürich

Sie verfügen über eine Ausbildung im medizinischen Bereich und Sie interessieren sich für eine

Ausbildung in klassischer Homöopathie

Wir bieten Ihnen die **3-jährige, berufsbegleitende Ausbildung**. Schulbeginn: 2004 in Zürich

Verlangen Sie unsere ausführlichen Ausbildungsunterlagen: Tel. 041 760 82 24 • Fax 041 760 83 30

• Internet: www.groma.ch/skhz.htm

anspruchsvoll – zeitgemäß – praxisorientiert



Rikepa Demo

Warum wo anders suchen, wenn Sie bei uns alles finden!

Wir sind spezialisiert auf Geburtshilfliches Lehr- u. Demonstrationsmaterial wie: Becken-, Fetal-, Uterus-, Plazentamodellen uvm Stillen-, Geburtsatlanten, Simulatoren, Doppler CTG Geräte, Waagen, Instrumente, Matten, Bälle, Praxisbedarf und viel mehr.

Wir garantieren für unsere Preise und Qualität

Fragen Sie nach unseren monatlichen Angeboten. Fordern Sie unseren kostenlosen Katalog an!

Odenwaldring 18A • 64747 Breuberg • Germany
fon: +49 6165 912204 • fax: +49 6165 912205
E-Mail: rikepademo@aol.com • www.rikepademo.de

250€

228 GUMMIENTCHEN TÄGLICH.

Die Schweizer Hebamme und alles rund um die Geburt.

Stellen- und Kommerzinserate

künzler - bachmann

VERLAG V MEDIEN

Künzler-bachmann AG • Verlag - Annoncen - Verlag-Service
Günterwilenstrasse 8a • CH-9001 St. Gallen • Postfach 1162
e-mail info@kbmedien.ch • Internet <http://www.kbmedien.ch>
Tel. 071-226 92 92 • Fax 071-226 92 93 • Direktwahl für Stelleninserate 071-226 92 70

Homöopathie für Kinder



• ohne Zucker
• gut verträglich



Erhältlich in Ihrer Apotheke
und Drogerie.

Bitte lesen Sie die Packungsbeilage.

www.omida.ch

OMIDA
HOMÖOPATHIE
GENAU RICHTIG

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 Einschneiden
- > 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

Dr. Hauschka
Kosmetik

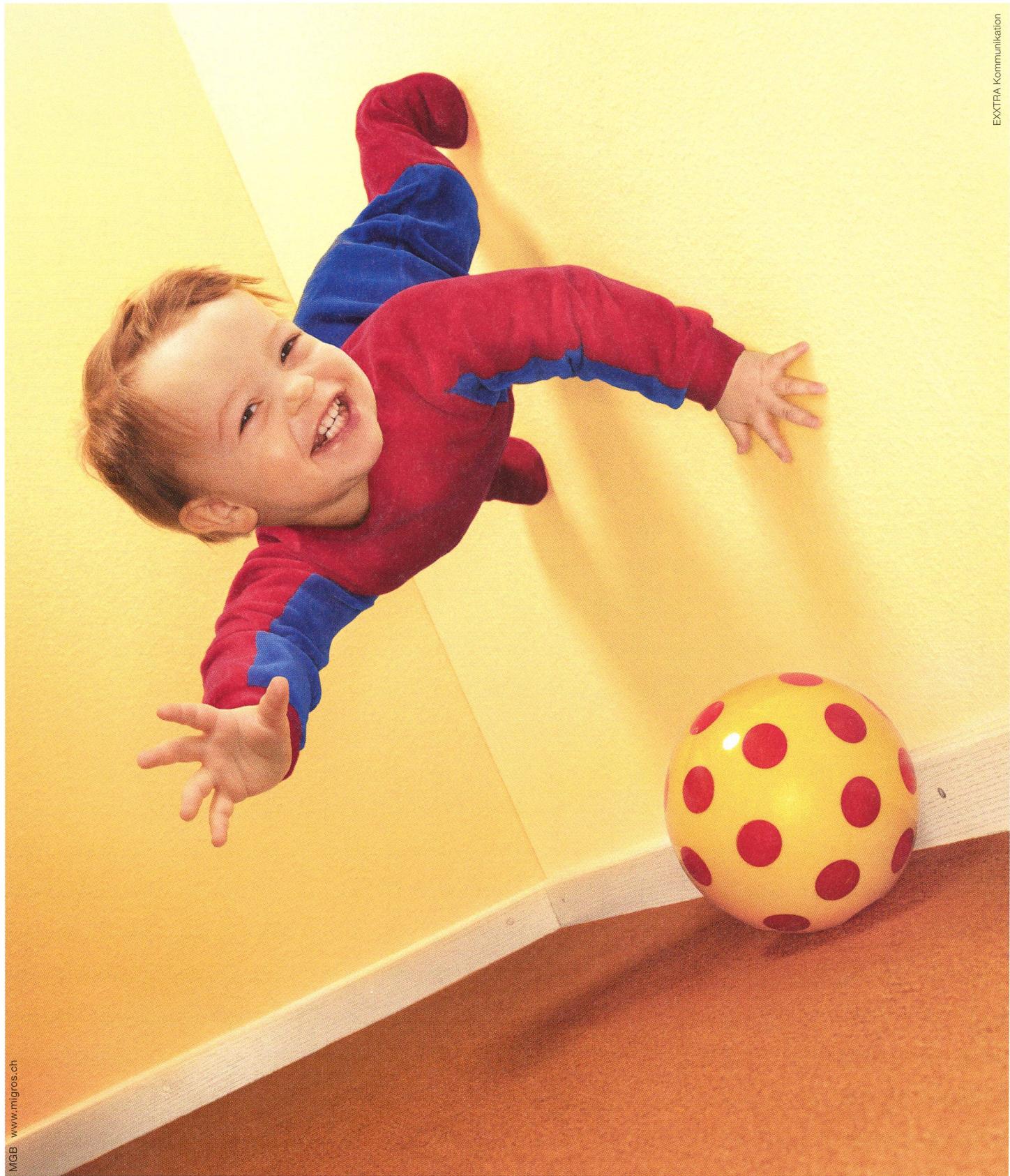


Wenn die Sonne lacht

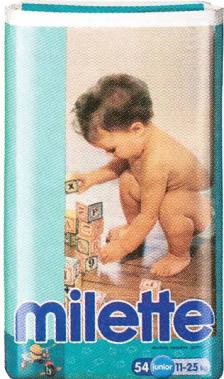
Dr. Hauschka Natürliche Sonnenpflege für Kinder

Erhältlich in Apotheken, Drogerien, im Bio-Fachhandel
und bei den Dr. Hauschka Naturkosmetiker/innen.

Aus der Natur für den Menschen



MGB www.migros.ch



So viel Bewegungsfreiheit verlangt nach optimalem Auslaufschutz.

Milette Baby-Windeln garantieren höchsten Tragekomfort. Dank neu entwickelter Passform und verbesserter Saugkörperstruktur kann sich Ihr Baby frei bewegen, ohne dass etwas daneben geht. Eine Packung Milette Junior à 54 Windeln kostet Fr. 26.–.

MIGROS
SO ODER SO

Attraktives Kursangebot

Ich möchte Euch die folgenden zweitägigen Kurse ans Herz legen:

Kurs 13:

Traumabewältigung

mit Christiane und Alexander Sautter. Beide sind ausgebildete Heilpraktiker und systemische Familientherapeuten (nach Virginia Satir) und zugleich auch Selbstbetroffene. Sie bieten uns nicht nur ihr wissenschaftlich fundiertes Wissen sondern auch ihr Erfahrungswissen an. Daraus besteht die Gelegenheit, sich diesem schwierigen Thema in einer guten Atmosphäre zu nähern.

21.–23. Juni, Neukirch

Arbeit mit einer Dolmetscherin sind die Themen dieser 2-tägigen Weiterbildung.
13./14. September, Olten

Kurs 15 und Kurs 20 sind eine Gelegenheit! Beide Kurse werden vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt und kosten dadurch pro Tag nur Fr. 100.–.

Schade, wenn wir das nicht nutzen. Die Unterstützung geht für uns verloren. Greift zu!

Und hier noch ein eintägiger Kurs, der am 15. Juni in Olten stattfindet:

Kurs 12:

Ohnmacht – ohne Macht

Ruedi Ziltener und Carmen Zimmermann vermitteln uns Impulse zur Auseinandersetzung und Hilfestellungen in diesen schwierigen Situationen.

Homöopathie in der Geburtshilfe

Teil 6: Der Säugling, das Impfproblem:

18./19. Juni

Teil 8a (Life Anamnese):
19. Juni, 13 bis 19.45 Uhr

Teil 8b (Supervision):
20. Juni, 9 bis 16 Uhr

Teil 8a und 8b können unabhängig voneinander besucht werden.

Heidi Zimmermann,
Bildungsbeauftragte SHV

Kurs 15:

Transkulturelle Kompetenz und GV für Migrantinnen

Die Weiterbildung für Hebammen, die Frauen aus diversen Ländern auf die Geburt vorbereiten.

30. Juni / 1. Juli, Aarau

Kurs 20:

Beratungsgespräche mit Migrantinnen und der Dialog zu dritt

Mögliche Auswirkungen der Migration auf ein Beratungsgespräch und die

Informations

Page «formation continue FSSF» dans le journal: vous trouverez dorénavant chaque mois des informations et des rappels de cours concernant la formation continue sur cette page qui est spécialement à notre disposition.

Congrès: les chargées de formation seront présentes au Congrès avec un stand. Outre le matériel d'info sur les cours, nous afficherons la liste des cours envisagés pour 2005–2006. Venez plébisciter, poser des questions, suggérer, dire vos priorités! Nous nous réjouissons de votre visite.

Rappel des prochains cours

• Contraception, le 4.6.2004 à Fribourg: révision des connaissances et des nouvelles méthodes. Que conseiller à qui? Contraception du post-partum. Avec Catherine Stangl, conseillère en planning.

• Comment animer un cours ou un groupe?: 2 jours, les 11.6.2004 et 3.12.2004 à

Genève: accroître ses compétences en animation de groupe en préparation à la naissance ou dans un autre groupe de travail avec des femmes, des couples. Avec Christine Wyss, animatrice en travail social de groupe.

• Parentalité: aspects juridiques, sociologiques et relationnels, le 6.09.04 à l'IRSP, Lausanne: apports théoriques et dialogue avec une juriste, une sociologue et une thérapeute de famille.

• Migration: l'entretien à trois, le 16.09.04 à Yverdon: cours spécialement destiné à celles qui travaillent avec des femmes de langues étrangères. Trois intervenants aborderont la question de l'interprétariat, de l'anamnèse et de l'utilisation du carnet de maternité pour femmes migrantes dans un enseignement interactif avec jeux de rôle, vidéo etc.

Ce cours est subventionné par l'OFSP, profitez-en!: prix unique de CHF 100.–.

Formazione continua organizzata dalla sezione Ticino

Titolo del corso: Il linguaggio del Corpo

Relatrice: Sig.ra Luciana Vigato, che è terapeuta della psicomotricità, esperta in comunicazione non verbale e formatrice. Ha molti anni di esperienza lavorativa in diversi campi.

Data: 7 e 14 giugno 2004 dalle 8.45 alle 16.30 con 1 h pausa pranzo

Luogo: CPC Mendrisio

Costo: membri 240.– Fr.; Non membri 290.– Fr.; In formazione 180.– Fr.;

Iscrizioni e informazioni:

Pamela Canepa Koch, 6718 Olivone, tel. 091 872 26 15, pamela.canepa@ticino.com

Kursanmeldungen schriftlich an das Zentralsekretariat des SHV in Bern

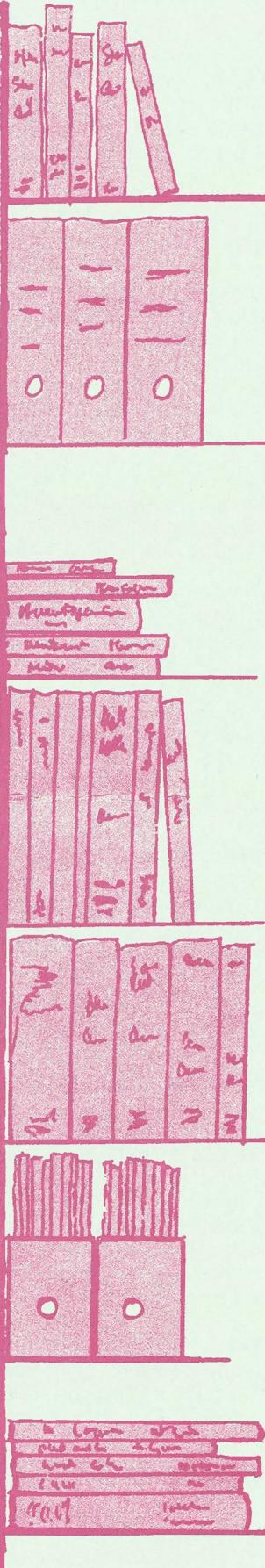
Sie finden das ganze Kursprogramm auf www.hebamme.ch

Bildungsbeauftragte Deutschschweiz: **Heidi Zimmermann**
Freiheitsgasse 12, 9320 Arbon, Tel. 071 446 01 95 (Mo 8–12),
E-Mail: hezi@freesurf.ch

Inscriptions aux cours au secrétariat central de la FSSF à Berne

Vous trouverez le programme complet des cours sur www.sage-femme.ch

Chargée de formation Suisse romande et Tessin: **Sylvie Uhlig Schwaar**
Jolimont 16, 2300 La Chaux-de-Fonds, Tél. 032 914 31 61 (lu – me),
e-mail: uhligschwaar@bluewin.ch



HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Ultraschall-Screening
Sichtweisen von Frauen zum Ultraschall
Screening auf singuläre Nabelschnurarterie

Geburt

Hebammengeleitete Geburtsbetreuung

Liebe Hebammen, liebe Hebammenschülerinnen und -studentinnen,

in dieser Ausgabe des HeLiDi finden Sie dieses Mal drei Zusammenfassungen sowie eine Abstract-Übersetzung. Insbesondere der Artikel über das Hebammenspezifische in der Hebammentätigkeit macht nachdenklich, nicht zuletzt mit Blick auf das im letzten Jahr begonnene Projekt des ersten hebammengeleiteten Kreißsaals in Deutschland. Mit dem Artikel zum Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft konnten wir dieses Mal eine sehr gute Untersuchung aus dem deutschsprachigen Kontext aufnehmen, der nicht nur für diejenigen interessant sein dürfte, die in der Schwangerenvorsorge tätig sind.

Außerdem liegt mit dem systematischen Review zu den Sichtweisen von Frauen zum Ultraschall eine der wenigen Übersichtsarbeiten vor, in der qualitative Studien gesichtet wurden. Wer sich durch die Zusammenfassung zu einem Blick in die Originalarbeit motiviert fühlt, wird dort einen noch besseren Eindruck gewinnen, wie ein solches Unterfangen gelingen kann.

Wir wünschen (trotz der Länge, die die Zusammenfassungen diesmal haben) viel Spaß beim Lesen!

Die Herausgeberinnen

Katja Stahl, MSc, Wandsbeker Marktstraße 38, 22041 Hamburg,
Telefon 0 40/88 18 97 69, E-Mail: kch.stahl@gmx.de
Dr. Mechthild Groß, Oststadtkrankenhaus,
Podbielskistraße 380, 30659 Hannover,
Telefon 05 11/ 9 06 35 90, E-Mail: gross.mechthild@mh-hannover.de
Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen,
Telefon 0 77 33/25 36, E-Mail: Gabriele.Merkel@t-online.de
Jutta Posch, Georg-Elser-Straße 2, 79100 Freiburg,
Telefon 0 76 1/3 42 32, Telefax 07 61/3 42 32, E-Mail: jutta.posch@web.de

Schwangerschaft

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Evidenz und Versorgungswirklichkeit

Jah A 2002 Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 96: 649–654

Zusammenfassung

Der Autor untersuchte in einer Literaturübersicht das Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft. Dieses Screening ist seit 1980 mit je einer Untersuchung pro Trimenon fester Bestandteil der deutschen Schwangerenvorsorge. Ziel dieser Übersicht war es

1. die Effektivität des Ultraschall-Screenings nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu untersuchen

2. darauf aufbauend die Ergebnisse des Ultraschall-Screenings in Deutschland zu analysieren

3. Implikationen für die zukünftige Gestaltung des Screenings zu geben.

Der Autor betont, dass das Ultraschall-Screening vom diagnostischen Ultraschall bei Vorliegen einer bestimmten Indikation klar abzugrenzen ist.

Einbezogen wurden in die Literaturübersicht sowohl internationale Studien (Cochrane Reviews, HTA-Review, weitere systematische Reviews, relevante Einzelstudien) sowie Studien aus dem deutschsprachigen Raum.

Nach Angaben des Autors kann es als gesichert gelten, dass mit dem Ultraschall-Screening potenziell eine frühere Erkennung von Mehrlingen möglich ist, wobei kein bedeutender Vorteil mit Blick auf das Geburtsergebnis nachgewiesen werden konnte. Darüber hinaus geht aus den Studien hervor, dass eine genauere Bestimmung des Geburtstermins und dadurch eine Senkung der Rate der Einleitungen aufgrund einer Terminüberschreitung um etwa 40% möglich ist. Schließlich können mithilfe des Ultraschall-Screenings Fehlbildungen potenziell häufiger und früher erkannt werden. Allerdings variierte die Rate korrekt erkannter Fehlbildungen zwischen den einzelnen Studien erheblich. Darüber hinaus sind die Erkennungsraten für die einzelnen Organsysteme ebenfalls unterschiedlich. So werden z.B. Herzfehler eher seltener erkannt als ZNS-Fehlbildungen.

Der Autor weist darauf hin, dass die häufig gemachte Annahme, dass Kinder mit nichtletalen Fehlbildungen infolge des Ultraschall-Screenings eine bessere Prognose hätten, bisher durch Studien nicht bestätigt werden konnte. Die Bilanz für den Gesamteffekt des Screenings zeigt, dass, wenn auch für einzelne Fehlbildungen eine Verbesserung der Prognose angegeben wird, dieser Nutzen aufgehoben werden kann durch die Nachteile, die Kinder mit falsch positiven Befunden durch Folgemaßnahmen (z.B. elektive Frühgeburt) erleiden.

In den gesichteten Metaanalysen konnte kein Nutzen des Ultraschall-Screenings nach der 24. SSW, wie es in Deutschland routinemäßig durchgeführt wird, hinsichtlich des kindlichen oder mütterlichen Geburtsergebnisses nachgewiesen werden. Zur Effektivität des Ultraschall-Screenings im ersten Trimenon wird erst in Kürze eine große randomisierte, kontrollierte Studie vorliegen, bisher liegen hierzu keine ausreichend aussagekräftigen Evidenzen vor.

Die deutschen Mutterschaftsrichtlinien sehen routinemäßig pro Trimenon ein Ultraschall-Screening vor, zur Erkennung von Mehrlingen, der genaueren Terminbestimmung zur Vermeidung einer Terminunklarheit, der Aufdeckung einer intrauterinen Mangelentwicklung (IUGR) sowie der Erkennung von Fehlbildungen. Der Autor weist darauf hin, dass häufig ungeprüft davon ausgegangen wird, dass Ergebnisse aus klinischen Studien auch in der täglichen Praxis erreicht werden können. Die Zahlen aus deutschsprachigen Studien zeigen hingegen, dass dies für das Ultraschall-Screening nicht gilt. Lediglich hinsichtlich der Erkennung von Mehrlingen sind die Ergebnisse zufriedenstellend. Für die sonographische Terminbestimmung weist die hessische Perinatalerhebung zwar einen Anstieg der Ultraschalluntersuchungen zwischen 1990 und 1999 von 32% auf 86% aus, die Zahl der Einleitungen aufgrund einer Terminüberschreitung blieb hingegen auf unverändert hohem Niveau (5,5–6,0%). Eine Senkung um 40%, wie in den klinischen Studien, wurde hier also nicht erreicht.

Bei der Aufdeckung der intrauterinen Mangelentwicklung (IUGR) zeigt sich ein ähnliches Bild. Während in klinischen Studien bis zu 90% der betroffenen Kinder erkannt werden konnten, waren dies im klinischen Alltag der deutschen Schwangerenvorsorge nur 30%. Darüber hinaus betont der Autor, dass selbst bei korrekter Aufdeckung einer IUGR, die Kinder durch die Diagnose keinen Vorteil haben, sondern vielmehr von einer höheren Interventionsrate, iatrogenen Frühgeburtlichkeit und häufigerer postpar-

taler Verlegung in eine Kinderklinik betroffen sind. Er gibt an, dass von Seiten der Vertreter der evidenzbasierten Medizin (EbM) dieses Screening abgelehnt wird.

Mit Blick auf die Fehlbildungsdiagnostik berichtet der Autor, dass die Zahlen ähnlich unbefriedigend sind. Während in klinischen Studien Erkennungsraten zwischen 70–85% angegeben werden, liegen sie im klinischen Alltag zwischen 30–40%. Dieser Anteil hat sich auch über den Zeitraum von 1987 bis 1994 nicht verbessert, was den Autor zu der Folgerung bringt, dass die technische Weiterentwicklung der Ultraschallgeräte nicht automatisch zu einer verbesserten Diagnostik führt, wie dies häufig angenommen wird. Seine Literatursichtung hat vielmehr ergeben, dass die Expertise und Erfahrung des Untersuchers die ausschlaggebenden Kriterien für die Erkennungsraten darstellen.

Im Zusammenhang mit dem Fehlbildungsscreening spricht der Autor noch einen ethischen Aspekt dieses Vorgehens an. Da sich bei diesem Screening bei positivem Befund die Frage nach den Konsequenzen stellt, sind falsch positive Befunde besonders problematisch. Die Möglichkeit einer intrauterinen Behandlung ist bis heute eine Seltenheit, im Allgemeinen ist der Schwangerschaftsabbruch die einzige mögliche Intervention. Aus zwei von ihm gesichteten deutschen Untersuchungen geht hervor, dass die Rate der falsch positiven Fehlbildungsdiagnosen bei 2–5% liegt. Gleichzeitig gibt er an, dass mehr als die Hälfte der Kinder mit angeborenen Fehlbildungen nach falschnegativen pränataldiagnostischen Diagnosen geboren werden, was die Eltern dann besonders unvorbereitet trifft und ihnen die Akzeptanz ihrer Kinder erschwert.

Der Autor kommt nach der Literaturdurchsicht zu dem Schluss, dass das Potenzial des Ultraschall-Screenings zur Verbesserung der perinatalen Mortalität und Morbidität sowohl von ÄrztInnen wie auch von Schwangeren überschätzt wird. Um den in klinischen Studien nachgewiesenen Nutzen gewährleisten zu können, ist eine hohe Qualität des Screenings erforderlich. Die aktuelle Qualität des Screenings wird diesem Anspruch in seinen Augen nicht gerecht und er sieht insbesondere in drei Bereichen Handlungsbedarf: der Qualitätssicherung, der Aufklärung zur informierten Entscheidung sowie der Evidenzbasierung der Interventionen in der Schwangerenvorsorge.

In den Augen des Autors entspricht das jetzige 3-Stufen-Konzept jeglicher Screening-Logik, da die erste Stufe die geringste Sensitivität aufweist und dort unerkannte Befunde auf den weiteren Stufen auch durch den erfahrensten Untersucher nicht mehr korrigiert werden können. Zur Qualitätssicherung fordert er daher eine Durchführung des Screenings ausschließlich durch erfahrene Untersucher bei laufender Qualitätssicherung. Er räumt ein, dass dies im Konflikt steht mit der dezentralen Organisation der Schwangerenvorsorge, die bislang keine echte Qualitätssicherung des Screenings vorsieht. Er hält seine Forderung gleichwohl mit Blick auf die Effektivität der Vorsorge für notwendig.

Mit Blick auf die Aufklärung und informierte Entscheidung weist der Autor darauf hin, dass den Schwangeren das Screening quasi als obligatorisch dargestellt wird, was er angesichts des begrenzten Nutzens und der ethischen Problematik für unangemessen hält. Er fordert eine Entkoppelung von Honorierung und Teilnahme am Screening (bisher hängt die ärztliche Liquidation der Schwangerenvorsorgepauschale von der Durchführung des Ultraschalls ab), eine Stärkung der unabhängigen Beratungsstellen sowie Weiterbildungsmaßnahmen für ÄrztInnen und Hebammen, um die Beratungssituation zu verbessern und eine informierte Entscheidung der Schwangeren zu ermöglichen.

Für die weitere Gestaltung der Schwangerenvorsorge hält es der Autor für notwendig, ein größeres Gewicht auf den Wirksamkeitsnachweis der durchzuführenden Maßnahmen zu legen, um so von einer Ansammlung tradierter Vorsorgerituale zu einem Katalog gezielter evidenzbasierter Maßnahmen zu gelangen. Schließlich fordert er eine größere Distanz der Entscheidungs-

gremien zu den unmittelbar involvierten Leistungserbringern, wie dies z.B. in Großbritannien mit dem UK National Screening Committee realisiert ist.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

Sichtweisen von Frauen zum Ultraschall in der Schwangerschaft: ein systematischer Review

Garcia J Bricker L Henderson J Martin MA Mugford M Nielson J Roberts T 2002 Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth* 29(4): 225-50 (MIDIRS 2003; 13: 50)

Bei diesem Review handelt es sich um eine komplexe Arbeit. Die Intention dieser Zusammenfassung ist es, sowohl sein inhaltliches Potenzial darzustellen als auch das methodische Vorgehen bei einem Review zu beschreiben, der eher auf qualitativen Daten und nicht, wie sonst üblich, auf quantitativen Daten beruht. In dem Review werden die Sichtweisen und Erfahrungen von Frauen mit Ultraschall in der Schwangerschaft und seinen Ergebnissen untersucht. Es gab nur wenige vergleichbare Vorarbeiten, an denen sich die AutorInnen hinsichtlich des Vorgehens orientieren konnten. Sie versuchten daher, die maximale Zahl an themenrelevanten Studien aufzuspüren und sie einer systematischen Durchsicht zu unterziehen. Dabei mussten sie sowohl Zeit- wie auch Platzbegrenzungen berücksichtigen. Eine detaillierte Literaturrecherche erbrachte 200 seit 1981 publizierte Studien. Die Literaturverzeichnisse dieser Studien wurden auf weitere Arbeiten sowie Erwähnungen von laufenden oder zukünftig geplanten Studien hin geprüft. Studien, die sich mit Aborten in der Frühschwangerschaft beschäftigten, wurden ausgeschlossen. Studien, die sich mit den Erfahrungen der Partner mit Ultraschall in der Schwangerschaft beschäftigten, wurden in den Review aufgenommen. Auf diese Weise fanden 74 Studien Eingang in den Review, die in einer detaillierten Tabelle aufgeführt wurden.

Nach Aufnahme in den Review wurden die Studien mit Blick auf die »Beantwortung« folgender Fragen analysiert:

- Was wissen Frauen über die Gründe für eine Ultraschalluntersuchung und darüber, was eine solche Untersuchung zu leisten im Stande ist?
- Was schätzen Frauen an der Ultraschalluntersuchung?
- Was denken Frauen über die Art und Weise, in der die Ultraschalluntersuchung durchgeführt wurde?
- Was sind die Auswirkungen der Ergebnisse?
- Welche gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen kann die Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft haben?

Jede dieser Fragen wird in dem Review unter Bezugnahme auf die entsprechenden Studien behandelt. Die Studien sind darüber hinaus in einer Tabelle aufgelistet, die Informationen enthält über Erscheinungsjahr, Durchführungsort, TeilnehmerInnen, Stichprobengröße, Methode, Ergebnisse sowie einen Kommentar der Reviewer zu jeder Studie. Auf diese Weise können Einzelheiten über bestimmte Studien schnell aus der Tabelle entnommen werden, während die Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Studien und die gemeinsamen Themenbereiche, die sich im Reviewprozess herauskristallisiert haben, in verständlicher Form im Text behandelt werden.

Mit Blick auf die ersten beiden Fragen stellten die AutorInnen fest, dass die Frauen im Allgemeinen nicht gut über das Ziel der Ultraschalluntersuchung informiert waren. Ebenso erhielten die Frauen zu wenig Informationen über das Vorgehen bei der Untersuchung sowie über das, was die Untersuchung zu leisten vermag und was nicht. Es zeigte sich, dass der Bildungsstand das Verstehen beeinflusste. Insgesamt äußerten sich die Frauen positiv über das Stattfinden der Untersuchung und nur sehr wenige Frauen entschieden sich gegen einen Ultraschall. Da sich die Publikation der Studien über einen Zeitraum von 20 Jahren erstreckte, wurden technische Fortschritte, die durchführenden Personen sowie das Vorwissen der Frauen berücksichtigt. So zeigte sich in früheren Studien eher eine Angst der Frauen vor möglichen schädlichen

Auswirkungen auf sie selbst oder das Ungeborene, während neuere Studien eher auf eine Tendenz zu einem Gefühl der Sicherheit und Bindung hinwiesen.

In früheren Studien wurde die Art und Weise, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, eher negativ empfunden, insbesondere mit Blick auf die Person, die den Ultraschall vornahm und das Warten auf die »schlechten Nachrichten«. Auch hier zeigte sich in neueren Studien, dass dies nur noch in geringerem Ausmaß der Fall war. Insgesamt war dies in 17 der 74 Studien ein Thema.

Wie bei anderen Routinescreenings bestand auch hinsichtlich des Ultraschalls in der Schwangerschaft Einigkeit darüber, dass stärker darauf geachtet werden muss, den Frauen die Grenzen der Ergebnisse eines solchen Screenings mit Blick auf falsch positive bzw. falsch negative Ergebnisse verständlich zu machen. Fünf Studien beschäftigten sich mit der Aufdeckung fetaler Fehlbildungen sowie den Auswirkungen, das Ungeborene auf einem Monitor sehen zu können. Die Ergebnisse reichten von der Ansicht, dass einige Frauen aufgrund der Visualisierung mit einem möglichen Verlust des Ungeborenen schlechter umgehen konnten, bis zu der Ansicht, dass das Sehen des Ungeborenen ihnen im Umgang mit dieser Möglichkeit geholfen hat. Es wurden keine weiteren Bereiche psychologischer Auswirkungen, wie mütterliche Besorgnis oder Beziehungsaufbau zum Kind, untersucht, da dies Teil eines anderen Reviews war.

Die Frage nach den gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen des Ultraschalls während der Schwangerschaft zielte auf den Stellenwert des Ungeborenen innerhalb der Gesellschaft ab. Die AutorInnen stellten fest, dass zu diesem Thema kaum Studien verfügbar sind. Ein Aspekt, auf den sie gestoßen sind, war eine ablehnendere Haltung der Untersuchenden zu Schwangerschaftsabbrüchen. So wurden Ultraschallbilder von Ungeborenen auch von AbtreibungsgegnerInnen als ein Mittel genutzt, die Öffentlichkeit auf ihre Ansichten hinsichtlich der Rechte des Ungeborenen aufmerksam zu machen.

Abschließend diskutieren die AutorInnen den historischen Aspekt des Einsatzes von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft im Kontext der Reviewergebnisse sowie die möglichen Auswirkungen, die die zunehmende Vertrautheit mit dieser Untersuchung auf Frauen und betreuende Fachkräfte haben kann, insbesondere wenn Ultraschalluntersuchungen eingesetzt werden, um fetale Fehlbildungen aufzudecken.

Von Bedeutung ist schließlich noch die Diskussion der Schwierigkeiten, die sich bei der Durchführung eines solchen Reviews sowohl hinsichtlich der Vorgehensweise als auch hinsichtlich der Qualität der Studien ergeben haben. Die systematische Vorgehensweise wurde zusätzlich erschwert durch die unterschiedlichen Praktiken in verschiedenen Ländern und durch die vielfältigen methodischen Ansätze der einzelnen Studien.

Kommentar der Abstract-Autorin (Sally Marchant): Die Durchführung eines solchen Reviews ist eine große Herausforderung und kann mit Blick auf die unglaublich umfangreiche und verschiedenartige Literatur fast schon entmutigend sein. Den AutorInnen ist es gelungen, positive Empfehlungen an die betreuenden Fachkräfte auszusprechen ebenso wie Licht in den noch sehr dunklen Tunnel, in dem sich Reviewer qualitativer Studien befinden, zu bringen. Für diejenigen, die sich für dieses Thema interessieren, sind die übersichtlichen Tabellen sowie die detaillierteren Informationen über die Studien eine sehr gute Informationsquelle.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Entdeckung einer singulären Nabelschnur-Arterie in der Schwangerschaft: Ist das von Bedeutung?

Gornall AS Kurinczuk JJ Konje JC 2003 Antenatal detection of a single umbilical artery: Does it matter? *Prenatal Diagnosis* 23(2): 117-23; (MIDIRS 2003; 13: 250)

Das Vorhandensein einer singulären Nabelschnur-Arterie ist als Soft-Marker für angeborene Fehlbildungen, Aneuploidie, Frühge-

burt und niedriges Geburtsgewicht anerkannt. Die meisten der vorhandenen Daten stammen aus Fallstudien oder besonders ausgewählten Populationen und sind daher allerdings wahrscheinlich wenig repräsentativ. In dieser retrospektiven Fall-Kontroll-Studie wollten wir erstens die Inzidenz einer singulären Nabelschnurarterie in einer unselektierten Studiengruppe feststellen und zweitens die klinische Signifikanz dieses Soft-Markers überprüfen. Über eine Periode von 40 Monaten identifizierten wir 107 Fälle aus 35066 Geburten, was eine Inzidenz von 3,1 pro 1000 Geburten und späteren Fehlgeburten ergibt. Die antenatale Erkennungsrate war nur 30%. Verglichen mit Feten mit normaler Nabelschnurgefäßversorgung wurden Feten mit einer singulären Nabelschnurarterie eher früher geboren und wogen weniger. Sie kamen 1,7 mal so häufig durch Kaiserschnitt auf die Welt und 19% der Kinder hatten eine angeborene Fehlbildung. Die perinatale Mortalität war 49 pro 1000 Geburten, was sechsmal so hoch war wie die allgemeine Rate im Krankenhaus.

Das Vorhandensein einer singulären Nabelschnurarterie ist im Vergleich zu Feten mit drei Nabelschnurgefäßen mit einem schlechteren perinatalen Ergebnis verbunden. Unglücklicherweise ist die antenatale Erkennungsrate niedrig. Die Anerkennung der Bedeutung dieses Soft-Markers in der Beratung und im Management von Schwangerschaften sollte den Anreiz schaffen, die Erkennungsrate zu verbessern.

Übersetzung: Claudia Oblässer, A-Baden

Geburt

Was ist das Hebammenspezifische an hebammengeleiteter Geburtsbetreuung?

Hughes D Deery R 2002 *Where's the midwifery in midwifery-led care? What makes midwife-led care different? How do you know if you are doing it?* Practising Midwife 5: 18–19 (MIDIRS 2002; 12: 450–1)

Die Autorinnen dieses Artikels sind Teilnehmerinnen einer laufenden Aktionsforschung und geben einen Einblick in erste Erkenntnisse und Gedanken, die sich bisher ergeben haben. Das Forschungsprojekt wurde initiiert auf dem Hintergrund, dass die klare räumliche Trennung der gut funktionierenden hebammengeleiteten Geburtsabteilung von der ärztlich geleiteten Abteilung im Rahmen von Umstrukturierungen aufgehoben wurde und es zahlreiche Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen dieser Zusammenlegung auf die Zukunft der hebammengeleiteten Betreuung gab.

Die Autorinnen berichten, dass sie zu Beginn des Projektes annahmen, zu wissen, was eine hebammengeleitete Betreuung ausmacht und dass sie sich deutlich von der ärztlich geleiteten Betreuung unterscheidet. Sie gingen davon aus, dass in dem Projekt folgende Themen untersucht werden sollten:

- Der Einfluss einer räumlichen Zusammenlegung auf die Autonomie von Hebammen in einer hebammengeleiteten Geburtsabteilung
- Die bestehenden territorialen Abgrenzungen und Machtbeziehungen im Rahmen der Hebammentätigkeit und ihr Einfluss auf die hebammengeleitete Betreuung
- Ob und wie Technologie die hebammengeleitete Betreuung infiltriert
- Wie und warum Hebammen handeln, wenn sie hebammengeleitete Betreuung anbieten (oder sabotieren).

Bald nach Beginn des Forschungsprojekts stellten die Autorinnen fest, dass viele ihrer Annahmen nicht korrekt waren. Es zeigte sich, dass es keine klare Definition hebammengeleiteter Geburtsbetreuung gab, sowohl was strukturelle als auch prozessuale Variablen angeht.

In der noch laufenden Literaturrecherche kristallisiert sich heraus, dass es zahlreiche Arbeiten zu den strukturellen Kriterien einer hebammengeleiteten Betreuung gibt (Richtlinien zu Vorgehensweisen und Interventionen, Einschluss- und Ausschlusskriterien für Frauen) sowie zu den Geburtsergebnissen (Apgar-Werte, Rate der Spontangeburten, Episiotomieraten etc.). Es gibt

hingegen so gut wie keine Arbeiten, in denen die Prozesse beschrieben oder untersucht werden, wie diese strukturellen Charakteristika und Ergebnisparameter zusammenhängen, d.h. die beschreiben, was Hebammen in einer hebammengeleiteten Abteilung tatsächlich tun. In der verfügbaren Literatur entsteht nach Angaben der Autorinnen der Eindruck, dass die Ergebnisparameter ausschließlich mit den Ein- und Ausschlusskriterien und Verlegungsvorschriften zusammenhängen und nicht mit der tatsächlich geleisteten Art der Betreuung.

Aus den Autorinnen verfügbaren Literatur geht kaum oder gar nicht hervor, was eine hebammengeleitete Geburtsbetreuung tatsächlich ausmacht oder wie sie sich qualitativ von einer ärztlich geleiteten Abteilung unterscheidet. Es entsteht der Eindruck, dass der Erfolg der hebammengeleiteten Geburtsbetreuung nur mit der Interpretation und der Umsetzung struktureller Kriterien (Richtlinien und Einschlusskriterien) zu tun hat und nicht so sehr mit den interpersonellen Qualitäten und Kompetenzen, die die Hebammme in den Betreuungsprozess einbringt. In den Augen der Autorinnen scheint die Essenz der Hebammentätigkeit in der Literatur über hebammengeleitete Geburtsabteilungen nicht behandelt zu werden. Ebenso wenig gibt sie Einblicke, wie der Betreuungsprozess durch Hebammen zu positiven Geburtsergebnissen beitragen kann.

Die Autorinnen haben in den deskriptiven, quantitativen und den wenigen qualitativen Studien zwar Hinweise gefunden, welche Faktoren eine hebammengeleitete Betreuung charakterisieren. Hierzu gehören u.a. die Kontinuität der Betreuungsperson, die persönliche Beziehung, das Gefühl der Frau, in Kontrolle ihrer Situation zu sein, eine entspannte Atmosphäre, Unterstützung der Entscheidungsfindung der Frau oder das Einbeziehen des Partners. Allerdings wird in diesen Studien nicht auf den Prozess, wie dies erreicht wird, eingegangen. Es wird nicht gesagt, wie es den Hebammen gelingt, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen, wie sie die Entscheidungsfindung unterstützen, den Partner einbeziehen oder wie es gelingt, der Frau das Gefühl der Kontrolle über ihre Situation zu geben. Die Autorinnen betonen, dass es einer Identifikation und Definition dieser Variablen bedarf, um sie weiterentwickeln zu können und in der Argumentation für eine erfolgreiche Etablierung und den Ausbau hebammengeleiteter Abteilungen ins Feld führen zu können.

Im Rahmen ihrer Aktionsforschung haben die Autorinnen Beobachtungsdaten erhoben, die darauf hindeuten, dass hebammengeleitete Einrichtungen weniger durch äußere Faktoren bedroht werden (ärztlicher Machtanspruch, zunehmendes Eindringen der Geburtstechnologie) als sie ursprünglich angenommen hatten. Der schwache Punkt hebammengeleiteter Einrichtungen bestand eher darin, dass es keine konsistente oder kohärente Philosophie oder kein Set von Vorgehensweisen gab, durch die sie sich von der Hebammenbetreuung in ärztlich geleiteten Einrichtungen unterschied. Eine hebammengeleitete Einrichtung war definiert durch ihre Einschlusskriterien für die aufzunehmenden Frauen, ihre räumliche Lage, die Hebammen, die dort arbeiten und ein Fehlen bestimmter Technologien (PDA, Infusionen, CTG-Geräte). Abgesehen von diesen Kriterien konnten die Autorinnen kaum Aspekte beobachten, durch die sich die Betreuung in hebammengeleiteten Abteilungen qualitativ von der Betreuung in ärztlich geleiteten Abteilungen unterschied.

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass eine hebammengeleitete Betreuung von Geburt als einem normalen, physiologischen Prozess ausgehen sollte und dass die Fertigkeiten, Einstellungen, Ausbildung und strukturellen Einrichtungen dieser Philosophie entsprechen sollten. Am Ende ihres Artikels stellen sie die Frage an Hebammen in hebammengeleiteten Einrichtungen, ob diese ebenfalls der Ansicht sind, dass es eine wesentliche Qualität gibt, die ihre Arbeit von der in einer ärztlich geleiteten Einrichtung unterscheidet und was diese Qualität ausmacht. Für die Diskussion dieser Frage stellen sie eine E-Mail-Adresse zur Verfügung (workathome@freenetname.co.uk).

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

CRANIOSACRALE

BIODYNAMIK

CRANIOSACRAL-THERAPIE

3-jährige fundierte Fachausbildung nach Sutherland/Sills
Anerkannt vom Schweiz. Berufsverband für Craniosacral-Therapie (SBCT)

Besuchen Sie unsere

Informationsabende zur Ausbildung:

Überblick, Inhalt und Ziel der Ausbildung,
unsere Ausrichtung (Sutherland, Sills, Becker)

Mi, 09.06.2004, 19.00-21.30 Uhr
Mi, 29.09.2004, 19.00-21.30 Uhr

Im Institut, die Abende sind kostenlos

Ausbildungsbeginn: März 2005

Gerne senden wir Ihnen ausführliche Unterlagen!

Institut für ganzheitliche Energiearbeit



Austrasse 38, 8045 Zürich
T 01 461 66 01, F 01 461 66 54
info@energiearbeit.ch
www.energiearbeit.ch

CranioSacrale BeHandlung

ein Schnupperwochenende für Hebammen.

Seminare im Juni, August oder November 2004
in Zarten bei Freiburg (Deutschland).

Stichworte:

- Stressreduzierung
- Verfeinern der Wahrnehmung über die Hände
- Erleben der entspannenden und regenerierenden Wirkungen der CS-Therapie in Paar-Übungen
- persönliche Ressourcen aktivieren
- Bedeutung der L-a-n-g-s-a-m-k-e-i-t

Nähere Informationen über Ingrid Maier

Telefon 0049 7661 905467

St.-Peter-Strasse 7, D-79199 Zarten

hp.i.maier@t-online.de

Ausbildung in Zürich zum/zur

dipl. Atemtherapeuten/ -therapeutin, Atempädagogen/-pädagogin

nach Professor Ilse Middendorf

Diese fundierte, umfassende Ausbildung findet in Zürich beim Hauptbahnhof statt.

Schnuppertage für Interessenten/-innen werden an der Schule angeboten.

Weitere Angebote:

- **Grundkurse** für Einsteiger/-innen:
Einführung in die Arbeit mit dem Atem
- **Einzelsitzungen** zur Selbsterfahrung und zum Kennenlernen der Atemtherapie/Atempädagogik

Infos und Unterlagen:

Institut für Atem, Bewegung und Therapie

Yvonne Zehnder GmbH

Sekretariat K. Dörner, Tel./Fax 01 721 13 20

E-Mail: doerner@ateminstitut.ch



das Original seit 1972

DIDYMOS®

Enika Hoffmann
Das Babytragetuch.



- diagonal elastisch für rundum sicheren Halt
- aus reinen Naturfasern in kbA-Qualität
- Tuchlängen von 270 bis 520 cm ab sFr. 115.-
- vorteilhafte Spreiz-Anhock-Haltung
- ausführliche Bindeanleitungen als Broschüre und auf DVD für Hebammen kostenlos
- kompetente Beratung vor und nach dem Kauf
- drei Jahre Garantie
- Wir liefern in 1-2 Tagen
- keine Produktion in Billiglohn-ländern

Für Hebammen: ein Vorführtuch in Gr. 6

alle
Anleitungen
jetzt auch auf
DVD



DIDYMOS®

Sonja Hoffmann
Grundbachstr. 16

3665 Wattenwill

Tel.: 0 33 356 40 42

Fax: 0 33 356 40 43

www.didymos.ch

CranioSacral-Kurse für Hebammen

In enger Zusammenarbeit mit dem Kinder-Osteopathen Norbert Neumann, der Physiotherapie Bernhard & Harrer, Biel und dem Ausbildungsleiter des Instituts für Integrative CranioSacral Therapie (ICST), Claus Heitmann, entstand diese einzigartige, speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von Hebammen abgestimmte Weiterbildung. Die sehr sanften, vorwiegend aus der Osteopathie stammenden Techniken, unterstützen Hebammen ausgezeichnet bei der Begleitung von Schwangeren, sowie Müttern und Säuglingen während und direkt nach der Geburt. Im Speziellen werden auch Problemschwangerschaften und Problemgeburen behandelt. Unsere Schule ist im Schweizerischen Dachverband für Craniosacral Therapie (SDVC).

Wenn Ihr Interesse geweckt haben, fordern Sie bitte unsere Informationsbroschüre «Weiterbildung für Hebammen» an. Gerne beraten wir Sie auch persönlich und senden Ihnen auf Anfrage eine Therapeuten/-innen-Liste zu.

Nächster unverbindlicher Einführungskurs: 19. und 20. Juni 2004 in Biel. Weitere Termine und Orte auf Anfrage.

Institut für Integrative CranioSacral Therapie & UBH Seminare, Chemin des Voitats 9, 2533 Eviard b. Biel, Telefon: (41+) 032-325 50 10, Fax: (+41) 032-325 50 11, Kurs- uns Praxisräume in Biel, nahe SBB Bahnhof.

SitaMa Zentrum
SEMINARZENTRUM AM BODENSEE
SEMINARE UND VORTRÄGE FÜR HEBAMMEN

Informationsvortrag über die 12-tägige
Spirituelle Ausbildung für Geburtsbegleiter
25.05.2004, 20 - 22 Uhr

Die weibliche Kraft in ihren Wandlungsphasen | Ein Seminar für Frauen, um sich zu erinnern, zu versöhnen, zu integrieren und innerlich zu wachsen.
07.-09.05.2004, Start 07.09.04 um 19 Uhr, 500 SFr

Kongress des Schweizerischen Hebammenverbandes, SHV in Zürich | 12./13.05.2004 mit unserem Messestand

Die Weisheit von Geburt und Sterben | 2-tägiges Seminar: Der geistige Hintergrund von Geburt und Sterben; Heilung von Geburtstraumen
19./20.06.2004, 380 SFr
26./27.06.2004 in Wuppertal, 240 Euro

Trauerarbeit und Sterbebegleitung
Tagesseminar, um Eltern beim Abschiednehmen zu begleiten
18.07.2004 von 10-19 Uhr, 240 SFr

Spirituelle Ausbildung für Geburtsbegleiter | Begleitung für Mütter u. Kinder
12-tägige Ausbildung in 4 Blöcken:
09.-11.09.2004, 12.-14.11.2004
14.-16.01.2005, 17.-19.03.2005, 6.000 Euro/9.600 SFr

... Wir senden Ihnen gerne ausführliche Informationen zu ...

Leitung: Sita Kleinert | Amriswilerstr. 53a | CH 9314 Steinebrunn
fon: 0(041) 71 / 470 04 34 | e-mail: sitama@bluewin.ch



Berufsverband Schweizerischer Stillberaterinnen IBCLC
Association suisse des consultantes en lactation IBCLC
Associazione svizzera consulenti per l'allattamento IBCLC
Associazion da cussigliadas per mammas che tezzan IBCLC

Kongress Stillen 2004 3. und 4. September Forum Fribourg

Rte du Lac 12, CH-1763 Granges-Paccot



Themenauswahl:

- Prä- und perinatale Einflüsse auf die frühe Mutter-Kind Beziehung
- Erste emotionale Hilfe
- Milchbanking – ein sinnvolles Instrument
- Die Fähigkeiten von Frühgeborenen
- Brusterkrankungen und viele andere

Simultanübersetzung D-F-D aller Vorträge, exkl. Workshops

Kosten:

Ab CHF 280.00 bis CHF 360.00 / 187.00 € bis 240.00 €

Vorprogramm und Anmeldeunterlagen ab März 2004:
BSS/AFCL, Postfach 686, CH-3000 Bern 25
Fax: 041 671 01 71, Email: office@stillen.ch www.stillen.ch

Reservieren Sie sich diesen wichtigen Termin in Ihrer Agenda und...

- ... treffen Sie Fachleute aus dem In- und Ausland
- ... hören Sie von neuen Erkenntnissen
- ... nehmen Sie Anregungen für Ihre tägliche Arbeit mit
- ... tauschen Sie sich mit Kolleginnen aus.



Stillen...

Zum Schutz der Brustwarze

Multi-Mam® Lanolin

Zur Linderung bei Schrunden und Rhagaden

Multi-Mam® Kompressen

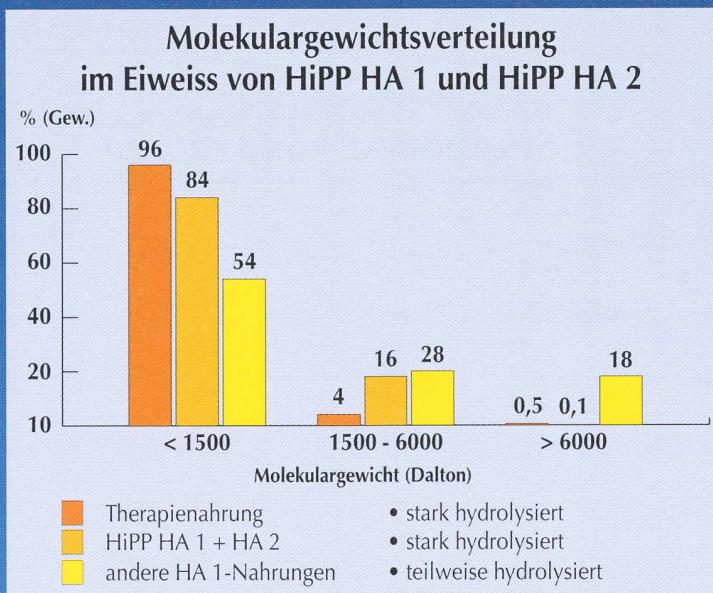
Die Brust muss vor dem Stillen nicht abgewischt werden. Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

HiPP HA

stark hydrolysiert und gut im Geschmack



Wichtiger Hinweis:
Stillen ist die beste Ernährung für ein Baby. Säuglingsanfangsnahrung sollte nur auf Rat von Ärzten oder anderen Fachleuten verwendet werden.



HiPP HA 1 eignet sich besonders gut für Säuglinge mit erhöhtem Allergierisiko, wenn Muttermilch nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht.

HiPP HA 1 ist eine klinisch geprüfte Anfangsnahrung mit stark hydrolysiertem Molkeneiweiß.

Mit der stark hydrolysierten und noch besser sättigenden Folgenahrung HiPP HA 2 kann eine mit HiPP HA 1 begonnene Allergieprophylaxe konsequent fortgesetzt werden.

Ausführliche Informationen über unsere Produkte und Muster senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Rufen Sie uns an: **0 41/6 66 25 99**

oder mailen Sie uns: **information@ipp.ch**

Prévention tabac pour femmes enceintes

► Dépliant pour immigrantes

Dans le cadre de la campagne nationale «Fumer, ça fait du mal – Let it be», différentes brochures destinées aux jeunes parents ont déjà paru sous le titre global «Bébé non-fumeur – pour l'amour du bébé». Il s'agit plus précisément de:

- Je vais être maman/papa
- Nous venons de fonder une famille
- Qui dit «fumer», dit «enfumer»

Un bref descriptif de ces documents se trouve sous <http://www.letitbe.ch/html/fr/kampagne/kampagne.html>, où il est également possible de les télécharger.

Cette série est complétée par un dépliant destiné à la population étrangère. Il



contient une page en albanais, anglais, portugais, serbo-croate, espagnol et turc.

Le dépliant est gratuit. Les responsables de la campagne comprennent sur le soutien des sages-femmes, qui ont un accès direct aux étrangères enceintes et à leur famille.

«Fumer, ça fait du mal – Let it be» est un projet commun de quatre organisations actives dans le domaine de la santé: la Ligue suisse contre le cancer, la Ligue pulmonaire suisse, l'Association suisse de prévention du tabagisme et l'Office fédéral de la santé publique.

Commandes: tél. 0848 88 77 88 (12 cts/minute) ou courriel: info@letitbe.ch

Naissance opérative ou césarienne

► Impact psychologique important sur une grossesse ultérieure

Des chercheurs anglais ont étudié un groupe de 393 femmes ayant subi une délivrance instrumentale ou une césarienne à dilatation complète (bébé à terme et en présentation céphalique). L'objectif était d'évaluer les conséquences d'une délivrance opérative sur une future grossesse et le mode d'accouchement désiré à cette occasion. 283 femmes (72 %) ont finalement répondu au questionnaire qui leur a été adressé par la poste, trois ans après leur précédent accouchement.

Parmi elles, 140 (49 %) ont eu une grossesse pendant ces trois années et 91 (32 %) ont préféré ne pas avoir un nouvel enfant. Il est intéressant de noter que dans les deux groupes (délivrance instrumentale ou césarienne), la peur de l'accouchement était

indiqué comme raison pour éviter une grossesse ultérieure (51 % après délivrance instrumentale et 42 % après une césarienne).

Celles qui ont eu un enfant ultérieurement, et qui avaient subi une délivrance instrumentale, désiraient majoritairement accoucher par voie basse (87 %) et c'est ce qui s'est passé la plupart du temps (78 %). Les chercheurs ont observé un taux élevé de délivrance par voie basse après césarienne parmi celles qui ont tenté une délivrance par voie basse (94 %).

En conclusion, les auteurs de la recherche soulignent que l'impact psychologique d'une délivrance opérative ne doit pas être sous-estimé.

Source: R. Bahl, B. Strachan, D. J. Murphy: «Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study», in BMJ 2004; 328: 311.

Recherche épidémiologique

► Pas de risque accru de cancer du sein après une IVG

Une collaboration internationale a permis de reprendre les données de 53 études épidémiologiques entreprises dans 16 pays et regroupant 44 000 femmes ayant eu un cancer du sein. Les résultats

de cette étude montrent qu'il n'y a pas augmentation du risque d'avoir un cancer du sein après une grossesse s'étant terminée par une fausse couche ou une IVG.

Source: The Lancet 2004; 363: 1007-16.

Projet «Directives» à la FSSF

► On cherche des conseillères

Dans le cadre du management de la qualité de la FSSF, un projet de développement d'un «conseil des directives» pour la fédération existe depuis le début de l'année. Ces directives, aussi nommées guidelines ou standards, sont des aides à la décision, développées systématiquement pour des procédures adaptées à tout problème (par ex. «naissance dans l'eau», «transfert» ou «suivi de grossesse»). Ces directives doivent être basées sur les preuves et ont, selon le Conseil de l'Europe, un rôle très important en matière de management de la qualité.

Un groupe de projet, composé de quatre sages-femmes de Suisse centrale, développe ensemble des conditions-cadres pour un conseil des

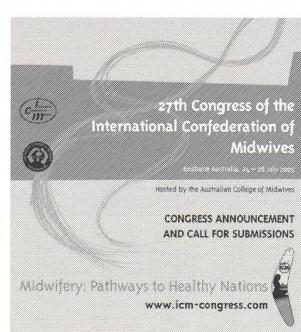
directives et une directive d'essai.

Nous cherchons maintenant encore 3 à 4 spécialistes de toute la Suisse, et surtout aussi de Suisse romande et du Tessin, qui seraient prêts à examiner nos résultats de manière critique, c'est-à-dire à lire et commenter les documents élaborés. Cela devrait leur prendre 2 à 3 heures. Les conditions pour cette collaboration sont des connaissances de l'Evidence Based Medicine, la recherche et/ou le management de la qualité, en particulier les directives. Comme les documents sont en allemand, des connaissances de cette langue sont indispensables.

Si vous pouvez vous imaginer une collaboration dans ce cadre, adressez-vous à Patricia Blöchliger, alte Landstrasse 51, 6314 Unterägeri, tél. 041 750 49 94, Courriel: patricia.bloechlinger@bluewin.ch

Congrès ICM 2005

► Soumettez vos articles!



Le 21^e congrès mondial de l'ICM aura lieu du 24 au

28 juillet 2005 à Brisbane en Australie. Les organisatrices lancent aujourd'hui déjà un appel et invitent les sages-femmes intéressées à soumettre le fruit de leurs récentes recherches à cette occasion.

Le délai pour l'envoi des résumés est fixé au 21 mai 2004. Le temps presse!

Pour plus d'information: <http://www.midwives2005.com>

Coûts de la santé

► Progression de 4% en 2002

Les coûts du système de santé ont augmenté de 4% en 2002 par rapport à 2001 selon une estimation de l'Office fédéral de la statistique (OFS), passant de 46,1 à 48 milliards de francs (soit 11,2% du PIB). Notre pays continue ainsi à consacrer une part croissante de ses ressources aux biens et services de santé. Le système de santé comprend plusieurs fournisseurs de soins dont les prestations ne sont en général pas couvertes par l'assurance-maladie de base (LAMal) ou d'autres assurances sociales: soins de dentistes, de psychothérapeutes, médicaments non prescrits, etc. De plus, les frais des établissements médico-sociaux et des soins à domicile ne sont remboursés que partiellement. En fin de compte, et après déduction des participations des assurés aux frais (franchise et quote-part), l'assurance-maladie LAMal ne contribue en 2002 qu'à hauteur de 32,3% au règlement de la facture totale du système de santé. Les deux autres financeurs principaux sont les ménages (31,5%) et l'Etat (17,9%). Les coûts du système de santé ne doivent donc pas être confondus avec ceux de l'assurance-maladie.

La augmentation des coûts de la santé a des causes complexes liées, d'une part, à l'offre et d'autre part, à la demande de services de santé. Tous les acteurs y contribuent: les patients, les fournisseurs de soins, les assureurs-maladie et les autorités sanitaires. Les comportements de chacun concourent au mouvement de hausse des coûts. Du côté de l'offre, on mentionnera le degré croissant de professionnalisme et de technicité, l'augmentation du nombre de médecins en pratique privée, ainsi que l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments à prix élevés. Du côté de la demande, l'évolution structurelle de la population et des ménages, le rétrécissement du tissu de solidarité sociale

(entraide, bénévolat, etc.) et l'amélioration de l'accès de l'ensemble de la population à des soins de qualité contribuent également à ces augmentations.

Après une période marquée par une diminution du financement de l'Etat, la tendance s'inverse très nettement dès l'année 2001. Ainsi, l'Etat finance 17,9% de l'ensemble des coûts de la santé en 2002 contre seulement 15,2% en 2000. Les ménages privés bénéficient principalement de cette évolution, leur part de financement passant de 32,9% en 2000 à 31,5% en 2002. La part de financement des ménages comprend des prestations non payées par les assurances sociales ainsi que la participation aux frais dans l'assurance-maladie (franchise et quote-part).

Le pourcentage des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut constitue un indicateur pertinent de la charge économique ou de l'utilisation de ressources du système de santé. Selon les chiffres de l'OCDE pour 2001, les Etats-Unis présentent les dépenses les plus élevées avec un taux de 13,9%. La Suisse avec 10,9% (11,2% en 2002) et l'Allemagne avec 10,7% occupent respectivement les 2e et 3e rangs. Le Canada (9,7%) et la France (9,7%) viennent ensuite. La Turquie (4,8%) et la Slovaquie (5,7%) figurent par contre en queue de liste. Si la corrélation attendue entre richesse économique et dépenses de santé se trouve plutôt confortée par l'analyse du haut et du bas du classement, les taux modestes de quelques pays anglo-saxons et scandinaves ne manquent pas d'étonner: Irlande (6,5%), Royaume-Uni (7,6%) et Finlande (7%). En fait, ces pays n'intègrent probablement pas ou de manière incomplète les coûts des fournisseurs de soins du secteur privé.

Source: communiqué de presse de l'OFS, 5 mars 2004.



Ecole Chantepierre, Lausanne

► Bienvenue aux nouvelles diplômées!

Quatorze nouvelles sages-femmes ont reçu leur diplôme à Lausanne, en février 2004, au terme de leur formation complémentaire de 18 mois. Ces nouvelles diplômées sont: Sandra Albigetti, Noemi Bernasconi, Isabelle Braimi, Mireille Caron, Carole Depraz, Flo-

rence Duc, Gaëlle Fleisch, Françoise Jeanneret, Anne-France La Villa-Cacciam, Sandra Meierhans, Carmela Monorchio, Sandra Roman-Gomez, Elisabeth Urvoy-Bandin et Céline Von Dach. Nous leur souhaitons beaucoup de joie dans la pratique de leur profession!

IAMANEH

► Des fonds pour des publications

IAMANEH Suisse s'engage en faveur de l'amélioration et de la protection de la santé des femmes et des enfants en Afrique de l'Ouest, en Europe de l'Est et en Suisse. Dans le cadre du projet suisse «Migration et santé reproductive» des cours de préparations à la naissance adaptés aux femmes migrantes ne parlant pas ou peu le français sont initiés et coordonnés dans les cinq régions. A côté de ces activités, le Bureau de coordination gère jusqu'à mi-2005 des fonds pour fi-

nancer partiellement des publications. Si vous avez l'intention de publier une brochure (ou un dépliant, ou tout autre imprimé), servant à la diffusion d'informations concernant la santé reproductive en faveur des migrantes ou du personnel de santé, vous pouvez recevoir d'avantage d'information sur les conditions d'obtention de ces fonds au numéro: 061 205 60 80 ou: mkuenzler@iamaneh.ch. Délai pour le dépôt de ces demandes: 14.6./20.9.2004 et 13.1.2005.

Congrès national

► Maternité et migration

«Désir et réalité du système suisse de la santé», le 25 novembre 2004, à Berne. Exposés et discussions en table ronde, présentations de projets et de faits. Invités: professionnels de la santé et de la migration,

journalistes, représentants de la politique et toute personne intéressée.

Information auprès de: IAMANEH Suisse, Bureau Suisse de Coordination pour la Migration et la Santé reproductive, tél. 061 205 60 82/83, Courriel: mkuenzler@iamaneh.ch