Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 102 (2004)

Heft: 10

Artikel: Nachbetreuung von Wöchnerinnen

Autor: Beck, Monika / Knoth, Stefan

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950120

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: 17.08.2025

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

EDITORIAL

Seit den Vorbereitungen für die Petition «Bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen» sind vier Jahre vergangen. Man kann darüber frustriert sein oder man kann zur Kenntnis nehmen, dass Projekte in unserem politischen System Zeit benötigen. Die Vorstudie zur «Nachbetreuung von Wöchnerinnen», veranlasst durch O. Piller als Folge des Postulates von Christine Goll liefert wichtige Grundlagen zum Thema.
Die Vorstudie bestätigt, was ein Teil der Hebammen beobachtet: Der Gesundheitszustand der Mütter mit Neugeborenen ist schlecht, und Sparmassnahmen wurden aus rein ökonomischen Kriterien, ohne Mitbestimmung der Mütter oder Konsultation von Fachleuten, veranlasst.
Mehrere Faktoren sind für den schlechten Gesundheitszustand der Wöchnerinnen verantwortlich, einer ist die schlechte Erholung nach der Geburt.
Die Autoren der Vorstudie empfehlen folgende Massnahmen:

1. *Der Ist-Zustand in der Schweiz muss erhoben werden.*
2. *Es sind interdisziplinäre Standards (medizinische, psychisch-soziale, ökonomische) zur Wochenbettbetreuung zu erstellen*
3. *Betreuungsmodelle, die durch die Grundversicherung übernommen werden, müssen festgelegt werden.*
4. *Die Langzeitwirkung der Nachbetreuungsmodelle muss gemessen werden.*

Dass die Gesundheit der Mütter nicht gut ist, dringt langsam in das Bewusstsein informierter Kreise wie das BAG oder vereinzelte Politikerinnen. Leider arbeitet keine Berufsgruppe und keine Lobby, auch keine Bundesstelle, an den obigen Empfehlungen weiter. Die Hebammen sind weiter gefordert, bei der Arbeit mit den Müttern, durch das Verbreiten der Studienresultate, durch das Veranlassen von Vorstössen durch Politikerinnen, und durch die Mitarbeit bei neuen Projekten zu verbesserten Erholungsmöglichkeiten der Wöchnerinnen beizutragen.
Für die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Vergangenheit und für die bevorstehende in der Zukunft danke ich allen Kolleginnen herzlich.

Blanca Landheer

Eine Literaturreview

Nachbetreuung von

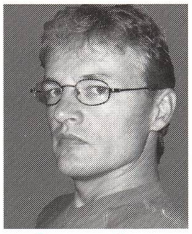
Auslöser für die vorliegende Literaturstudie war die Petition des SHV «Für eine bessere Betreuung von Wöchnerinnen». Die Annahme, dass die körperliche und physische Gesundheit normalerweise acht Wochen nach der Geburt wiederhergestellt ist, wird von vielen Studien klar widerlegt. Trotzdem sind die Kriterien, wann eine Frau aus der Klinik entlassen wird, vor allem finanzieller Natur und nicht evidenzbasiert. Und eine adäquate Nachbetreuung ist nicht gesichert.

Monika Beck, Stefan Knoth

1. Einleitung

Der Schweizerische Hebammenverband deponierte beim Bundesrat eine Petition, die folgende Forderung beinhaltet: Alle Wöchnerinnen haben Anspruch auf eine bezahlte Haushaltshilfe von einigen Stunden pro Tag während mindestens 10 und maximal 14 Tagen nach der Geburt.

Die Petitionärinnen beanstanden, dass die Krankenversicherungen mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz die Kosten für eine Haushaltshilfe nicht mehr übernehmen, und dass die Wöchnerinnen die Klinik bereits nach vier Tagen verlassen müssen («Petition für eine bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen», 2001). Sie gehen davon aus, dass dies ohne gute Nachbetreuung mit gleichzeitiger Entlastung im Haushalt zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgeschäden führen kann.



Monika Beck, MNSc, ist selbstständige Pflegewissenschafterin mit den Arbeitsschwerpunkten klinische Evaluationsforschung, wissenschaftliche Mitarbeit in Bildungsprojekten im Gesundheitswesen, und Lehrtätigkeit.

Stefan Knoth, MNSc, AKP, Berufsschullehrer, selbstständiger Pflegewissenschafter mit Schwerpunkten in der klinischen Forschung, der wissenschaftlichen Mitarbeit bei Bildungsprojekten und in der Lehre.

Der Bundesrat wurde im Petitionstext gebeten, ein Forschungsprojekt in Auftrag zu geben, das den Gesundheitszustand und die Befindlichkeit von Wöchnerinnen untersucht und bessere Betreuungsmodelle prüft («*Mütter werden im Stich gelassen* Petition für eine bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen», 2001). Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), namentlich Otto Piller, Vorsteher des BSV, gab als Reaktion auf die Petition die vorliegende Review in Auftrag, deren Inhalt in gekürzter Form vorgestellt wird.

2. Fragestellung und Zielsetzung

In dieser Review werden folgende Fragen untersucht:

- wie wird der Begriff der Frühentlassung definiert?
- welche Betreuungsmodelle für Wöchnerinnen sind in der aktuellen Literatur beschrieben?
- welche Auswirkungen haben diese auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen?

Den interessierten politischen Instanzen sollen Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf die Petition des Hebammenverbandes zur Verfügung gestellt werden, deshalb interessiert besonders, inwieweit innerhalb der Betreuungsmodelle Entlastung im Haushalt angeboten wird.

3. Literaturauswahl

Die Literatursuche erfolgte zunächst in den Datenbanken CINAHL und Medline nach englisch-deutsch- und fran-

Wöchnerinnen

Die Petition des SHV fordert, dass Wöchnerinnen in den ersten zwei Wochen Anspruch auf eine bezahlte Haushalthilfe haben.
Foto: Gisela Burri

zösischsprachigen Artikeln mit Kombinationen der Suchbegriffe «early discharge», «postpartum», «maternal health», «obstetric*», «home care», «complication», «intervention». Berücksichtigt wurden Artikel von 1995 bis Juli 2002. Zusätzlich wurden weitere relevante Unterlagen, Studien und Hinweise berücksichtigt, insbesondere Referenzartikel der bearbeiteten Studien, Homepages verschiedener Universitäten und Berufsverbände der Geburtshilfe sowie Artikel, die von Mitgliedern des schweizerischen Hebammenverbandes zur Verfügung gestellt wurden. Hauptaugenmerk lag auf Untersuchungen zur allgemeinen Befindlichkeit von Frauen nach vaginaler Geburt oder Kaiserschnittgeburt und von Modellen der Nachbetreuung. Studien mit dem eindeutigen Schwerpunkt auf der kindlichen Entwicklung und dem Stillen wurden aus Kapazitätsgründen ebenso weggelassen wie diejenigen über Wöchnerinnen mit besonderen Risiken.

4. Ergebnisse

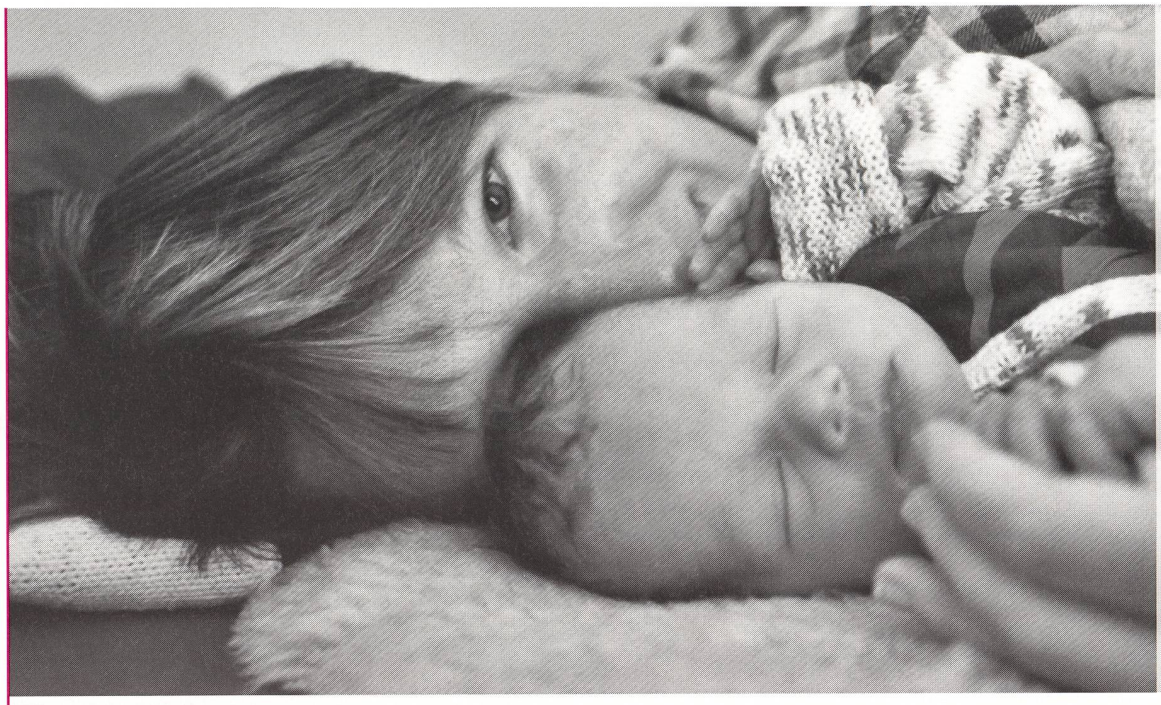
Als erstes sollen der Begriff der Frühentlassung und die Voraussetzungen für deren Sicherheit näher beschrieben werden. Im zweiten Teil werden verschiedene Einschränkungen in der Befindlichkeit der Wöchnerinnen beleuchtet. Im dritten Teil geht es um Modelle der Nachbetreuung und um die Unterstützung im Haushalt.

4.1. Frühentlassung

Der Klinikaufenthalt nach einer Geburt ist in fast allen westlichen Ländern in den letzten Jahrzehnten stark gesunken. Während es Anfang des letzten Jahrhunderts üblich war, nach einer Geburt 10 bis 14 Tage im Spital zu verbringen, werden heute nach normalen Geburten in der Schweiz nur noch vier Tage von den Krankenversicherungen bezahlt («Petition für eine bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen», 2001). Zudem nimmt die Zahl der Frühentlassungen zu.

In Frankreich oder Österreich beträgt der übliche Spitalaufenthalt fünf Tage (Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer, & Dapunt, 1998; Vautrin, Fontaine, Lanba, Guerin, & Engelmann, 2000), in schwedischen Spitälern ist ein Austritt drei Tage nach der Geburt üblich (Persson & Dykes, 2002), in Deutschland hat eine Wöchnerin Anrecht auf einen Spitalaufenthalt von längstens 6 Tagen (Hasseler, 2001). Im Osten Europas dauert der durchschnittliche Spitalaufenthalt nach normaler Geburt eine Woche und nach Kaiserschnittgeburt 10 Tage (Chalmers, 1997). In der Schweiz wird heute unter Frühentlassung ein Austritt aus der Klinik innerhalb von 24 bis 96 Stunden nach der Geburt verstanden *(Wochenbettbetreuungen im Kanton Zürich 1990–2000, 2001)*.

Braveman (1995) stellt fest, dass in der europäischen Literatur und in Studien vor 1980 der Frühaustritt generell als Austritt innert 5 bis 7 Tagen nach Geburt definiert wird. Für



Das Wochenbett ist zwar als Zeit der Krise und Veränderung erkannt, oft fehlt jedoch die Unterstützung zu Hause.
Foto: Geburtshaus Artemis

Kanada wird unter Frühentlassung ein Spitalaustritt innert 6 bis 36 Stunden nach der Geburt beschrieben (Dalby, Williams, Hodnett, & Rush, 1996; Gagnon et al., 1997). In den USA gilt als Frühentlassung ein Spitalaustritt vor 48 Stunden bei vaginaler, bzw. vor 96 Stunden bei Kaiserschnittgeburt (Britton, 1998; Mandl, Homer, Harary, & Finkelstein, 2000; Ruchala & Halstead, 1994), bzw. als «am Tag nach der Geburt» (Lane, Kauls, Ickovics, Naftolin, & Feinstein, 1999; Williams & Cooper, 1996).

Die «American Academy of Pediatrics» definiert «frühe» bzw. «sehr frühe» Entlassung als Aufenthalt von 48 bzw. 24 Stunden oder weniger nach unkomplizierter vaginaler Geburt (Bernstein et al., 2003; Braveman, Egerter, Pearl, Marchi, & Miller, 1995).

Die Dauer der Hospitalisation scheine mehr durch Mode und Verfügbarkeit von Betten bestimmt zu sein als durch eine systematische Einschätzung des Bedarfs von Wöchnerinnen und deren Babys, meinen Enkin et al. (2000, zitiert in Ockenden, 2000). Vor allem in den USA scheint die Ökonomie, nicht der Betreuungsbedarf zu bestimmen, welche Hilfeleistung Wöchnerinnen erhalten (Williams & Cooper, 1996), denn die Art der Versicherung bestimmt die Höchstdauer des Spitalaufenthalts einer Frau nach der Geburt (Lane et al., 1999).

Unter zunehmendem Kostendruck seien es nicht mehr soziale oder medizinische Gründe, die den Entlassungstermin bestimmen, sondern die Politik der Krankenversicherungen (Declercq, 1999). Frühentlassung wurde von einem ökonomischen zu einem gefährlichen Trend, einem, der ernsthafte gesundheitliche Konsequenzen in sich trägt (Bill Clinton, 1996, zitiert in (Declercq, 1999). Die gleiche Meinung vertritt Braveman, wenn sie feststellt, dass die Entscheidung über Frühentlassung nicht demselben Standard entspricht wie zum Beispiel die Entscheidung über die Einführung von neuen Medikamenten oder Geräten (Braveman et al., 1995).

Das Wochenbett ist zwar als Zeit der Krise und der Veränderung erkannt. Oft haben die Frauen aber offenbar keine Unterstützung zuhause. So beschreiben Ruchala & Halstead (1994) die amerikanische Sicht der Mutterschaft als: «wenn das Kind da ist, leben alle immerwährend glücklich». Sie meint, dass diese Sichtweise verantwortlich sei einerseits für die Reduktion der von den Versicherungen bezahlten Aufenthaltsdauer im Spital, anderseits für die mangelnde gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit, die den Müttern nach der Geburt zukomme (Ruchala & Halstead, 1994).

4.1.1. Sicherheit bei Frühentlassung

Frühentlassung scheint als gesundheitlich bedenkenlos für sorgfältig ausgewählte, zustimmende Mütter. Aufgezwungene Entlassung kurz nach der Geburt hingegen kann zu gesundheitlichen Problemen für Mutter und Kind führen, die eine Rehospitalisation oder einen Praxisbesuch erforderlich machen (Grullon & Grimes, 1997). Die Wöchnerin soll zusammen mit ihren Betreuungs- und Pflegepersonen entscheiden, wann sie nach Hause gehen will. Gute häusliche Bedingungen und soziale Unterstützung sind dabei zentrale Faktoren (Braveman et al., 1995; Hasseler, 2001). Standardisierte Entlassungstermine werden abgelehnt (Thilo & Townsend, 1997).

Obwohl in Frankreich der Spitalaufenthalt deutlich länger ist, kommt auch Vautrin zum Schluss, dass idealerweise die Mutter den Zeitpunkt des Austrittes selbst wählen kann und dass ein ausreichendes Nachsorgeangebot vorhanden sein soll (Vautrin et al., 2000).

Für Deutschland wird ein Anstieg der Rehospitalisation nach Frühentlassung beschrieben (Hasseler, 2001), wobei die Autorin als Grund eine mangelhafte Vorbereitung der Wöchnerin und ihres Partners auf die Zeit zu Hause oder eine nicht ausreichende Betreuung im Frühwochenbett vermutet.

Im Rahmen der Diskussion um DRG's (Diagnosis related groups) wird auch die Frühentlassung nach der Geburt diskutiert. Kerlen-Petri bemerkt dazu: «eine zu frühe Entlassung wird die Komplikationsrate steigern, da die häusliche Versorgung oft nicht ausreichend ist», ausserdem befürchtet sie die Verlagerung medizinischer und wirtschaftlicher Probleme in den darauf nicht vorbereiteten ambulanten Bereich (Kerlen-Petri, 2001).

4.2. Befindlichkeit der Wöchnerinnen

In den untersuchten Studien und Artikeln konnten fünf hauptsächliche Bereiche in Bezug auf die Befindlichkeit erkannt werden: (1) Befindlichkeit allgemein; (2) Fatigue; (3) Depressionen; (4) Körperliche Beschwerden und (5) Beziehungsprobleme.

4.2.1. Befindlichkeit allgemein

Die Erwartungen, die in der westlichen Welt an Mütter kurz nach der Geburt gestellt werden, entsprechen nicht den Resultaten neuerer Forschung zum Erleben der Wöchnerin.

Ockenden (2000) stellt fest, dass von den Müttern erwartet wird, ihr Leben nach einer Geburt wie bisher zu gestalten und mit dem Baby umgehen zu können. Doch bei 24 Stunden Präsenzzeit, gekoppelt an einen konstanten Lernprozess im Verstehen des und Sorgen für das Kind, kann es zu extremer Erschöpfung kommen. Bereits nach zwei bis drei Tagen Schlafstörung wird die Fähigkeit, einfache Aufgaben auszuführen, eingeschränkt. Verbunden mit Fatigue/Erschöpfung kann es zu depressiven Zuständen kommen, die Beziehung zwischen Mutter und Kind wird gestört und die Partnerschaft leidet. Einige Mütter wünschen sich eher Pflege für sich selbst, als dass ihnen die Kinderbetreuung abgenommen wird. Sie wollen befähigt werden, die Babypflege selbst zu gewährleisten (Ockenden, 2000).

Zum Ergebnis, dass das Wohlbefinden abhängig ist von Belastungen nach einer Geburt, kommen auch schweizerische Arbeiten. Als wichtigste Belastungsquelle nach der Geburt nannten 30 Schweizer Mütter insbesondere Unsicherheiten im Umgang mit dem Neugeborenen, körperliche Müdigkeit und Anpassung an die Bedürfnisse des Kindes (Felchlin, 2002). Im Bericht über die Studie «Hausgeburten versus Spitalgeburten» aus dem Kanton Zürich (Maurer & Voegeli, 1994) wird festgehalten, dass nach der Entlassung aus dem Spital 61% der Frauen keine Zeit oder Unterstützung mehr zu einer weiteren Erholung haben.

4.2.2. Fatigue

Fatigue scheint für sehr viele Wöchnerinnen das grösste Problem nach der Geburt zu sein.

Ruchala (Ruchala & Halstead, 1994) beschreibt die Auswirkungen von Fatigue auf das Leben der Betroffenen: Für 76% der untersuchten Wöchnerinnen bedeutete Fatigue grosse körperliche Einschränkung und beeinflusste viele andere Lebensbereiche, inklusive Verantwortung für Haushalt und Beziehungen zu Partner und anderen Familienmitgliedern. Sie beschrieben die ersten zwei Wochen nach der Geburt als hektisch, hatten zuwenig Zeit, um alles zu erledigen, was zu erledigen wäre und sahen ihr soziales Leben als inexistent an. 24% der Erstgebärenden und 32% der Mehrfachgebärenden schilderten häufige Perioden des Weinens. Vor allem Erstgebärende unterschätzten die Zeit, die ein Baby benötigt und die Arbeit, die damit verbunden ist. Fatigue wurde von den Wöchnerinnen als Grund für die depressive Verstimmung vermutet. Die meisten Frauen assoziierten die Müdigkeit und die körperliche Verfassung mit dem kurzen Spitalaufenthalt und der damit verbundenen zu kurzen Erholungszeit. In der australischen Untersuchung von Gunn et al. (1998) litten ebenfalls über 50% der Wöchnerinnen unter Müdigkeit und Überforderung. Die Autoren bezeichneten dies als das häufigste Problem in den ersten drei Monaten nach der Geburt (Gunn, Lumley, Chondros, & Young, 1998).

Troy (1999) untersuchte Fatigue und Energielevel in einer Gelegenheitsstichprobe bei 49 erstgebärenden Frauen aller sozialen Schichten im Alter von 22 bis 40 Jahren und stellte fest, dass die Erschöpfung nach 6 Wochen und nach 14 bzw. 19 Monaten nicht abgenommen hat. Ihre Schlussfolgerung lautet: postpartale Erschöpfung nimmt nicht ab, sondern hat progressiven Charakter. Verantwortung für Haushalt und Arbeit ausser Haus sind als kumulierende Belastungen zu verstehen und erklären die Zunahme der Fatigue auch lange nach der Geburt. Es wird festgestellt, dass es sich bei Fatigue und Energielevel um zwei hoch korrelierte Faktoren handelt: nimmt die Fatigue zu, nimmt der Energielevel ab und umgekehrt (Troy, 1999).

4.2.3. Depressionen

Die Geburt eines Kindes bringt für alle Mütter emotionalen Aufruhr und eine vollständige Neukonstruktion des eigenen Lebens mit sich. Physische Erfahrungen wie Schmerz und Erschöpfung sowie eine Vielzahl von Gefühlen wie Freude, Angst und Liebe führen zur Übernahme der Verantwortung für das Wohlbefinden eines abhängigen Menschen. Die meisten Frauen bewältigen diese Situation innert weniger Wochen, aber einige werden zunehmend gestresst (Salis, 2000).

Zusammenfassung

Der Klinikaufenthalt nach einer Geburt ist in fast allen westlichen Ländern in den letzten Jahrzehnten stark gesunken. Es ist unklar, welche Auswirkungen die frühe Entlassung aus der Klinik auf die Befindlichkeit der Wöchnerinnen hat und welche Formen der Nachbetreuung angeboten werden.

Ziel: Im Rahmen einer Literaturreview wird untersucht, wie der Begriff der Frühentlassung definiert wird und welches die Konsequenzen für junge Mütter sind. Insbesondere interessiert, inwieweit innerhalb der Nachbetreuungsmodelle Entlastung im Haushalt angeboten wird.

Ergebnisse: Der Begriff der Frühentlassung wird sehr unterschiedlich definiert, abhängig vom jeweiligen Land und seiner Gesundheitspolitik. Die Befindlichkeit der Wöchnerinnen wird vor allem beeinflusst durch Fatigue und postnatale Depression, deren Prävalenzraten erschreckend hoch sind. Es konnte nachgewiesen werden, dass es sich bei Fatigue nach der Geburt nicht um eine kurzzeitige Störung des Energiehaushaltes handelt, sondern um einen Erschöpfungszustand, der sich über mehrere Monate hinziehen kann. Postpartale Depressionen werden bei der Mehrzahl von Frauen nicht erfasst und demzufolge nicht behandelt. Die Annahme, dass körperliche und psychische Gesundheit normalerweise acht Wochen nach der Geburt wieder hergestellt ist, wird in allen untersuchten Langzeitstudien widerlegt. Trotzdem beruht die Entscheidung über die Entlassung einer Wöchnerin aus der Klinik oft nicht auf wissenschaftlich fundierten Kriterien.

In den untersuchten Nachbetreuungsmodellen wird die praktische Unterstützung im Haushalt kaum beschrieben. Die Hauswirtschaft scheint nicht als Partnerin im interdisziplinären Team betrachtet zu werden.

Schlussfolgerungen: Befindlichkeit und Zufriedenheit der Wöchnerinnen scheinen abhängig davon zu sein, wieweit diese die Kontrolle und die Entscheidungsmöglichkeit über Dienstleistungsangebote, deren Dauer, Häufigkeit und Zeitpunkt haben.

Frühentlassung nimmt zu und muss mit guter Unterstützung und Beratung zuhause verbunden sein. Es ist wichtig, dass der ambulante Bereich darauf vorbereitet ist.

Psychische Störungen nach der Geburt werden in drei Formen eingeteilt: den sogenannten Baby-Blues, die postpartale Depression und die postpartale Psychose.

- Die Häufigkeit des Baby-Blues liegt bei 40–80% und ist aufgrund fehlender bzw. mangelnder Diagnostik schwer zu schätzen. Es handelt sich dabei um Stimmungsschwankungen mit Weinerlichkeit, erhöhter Reizbarkeit und anderen emotionalen Symptomen. Er tritt um den 2.–5. Tag nach der Geburt auf und kann bis zum 10. Tag nach der Geburt dauern.
- Die postpartale Depression hat eine Häufigkeit von 10% und entspricht in ihrer Symptomatik den allgemeinen Kriterien einer depressiven Störung. Sie tritt in den ersten Wochen nach der Geburt auf und kann bis 5 Jahre dauern.
- Die postpartale Psychose tritt bei 0,1% der Wöchnerinnen auf und zeigt sich durch schwere psychotische Störungen. Sie benötigt rasche psychiatrische Betreuung (Bergant & Tran, 2000; Chabrol et al., 2002; Michel, 2001; Salis, 2000).

Petition «Bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen» des SHV

Chronologie

Initiantinnen: Ursula Portmann, Zürich und Blanca Landheer, Winterthur

4.5.01	SHV, Pressekonferenz in Winterthur und Start der gesamtschweizerischen Unterschriftensammlung
25.10.01	Einreichen von 21451 Unterschriften an die Büros des National- und Ständerates. Gespräch bei Otto Piller, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Er verspricht, sich dem Problem anzunehmen.
20.6.02	Ständerat überweist Petition an den Bundesrat zur Kenntnisnahme. Anliegen der Petition seien berechtigt, Lösungen seien aber ausserhalb des KVG zu suchen.
2.9.02	O. Piller (BSV) erteilt Monika Beck Auftrag für Vorstudie
3.12.02	Nationalrat gibt der Petition Folge, indem er das Minderheitspostulat, «Der Bundesrat ist gebeten, einen Bericht über den Gesundheitszustand von Wöchnerinnen und deren Betreuung» zu erstellen, von Christine Goll und Mitunterzeichnenden, überweist.
Sommer 03	Vorstudie «Nachbetreuung von Wöchnerinnen», eine Literaturübersicht von Monika Beck und Stefan Knoth, wird Bundesamt übergeben.
10.03	Publikation der Vorstudie in «Pflege», Huber Verlag Bern.
März 04	Vorstudie wird an Fachstelle Gender Health weitergeleitet. Diese teilt SHV mit, dass für neue Projekte keine Ressourcen vorhanden sind, schlägt aber wegen der Wichtigkeit des Anliegens Gespräch vor
17.6.04	Gespräch bei Fachstelle für Gender Health mit M. Beck, B. Landheer, U. Portmann, SHV. Claudia Meier ist sich der Problematik bewusst, zeigt auf, wo trotz Geldmangel die Problematik der Wöchnerinnen weiter bearbeitet werden könnten: • SHV sollte am Runden Tisch teilnehmen, einer Plattform, wo Familienplanungsthemen diskutiert werden • 2005 ist eine Studie geplant, die Auskunft zu Gesundheitskosten und Geschlecht geben soll, mit Beachtung von Mutterschaft • SHV soll einen weiteren Vorstoss an das Bundesamt inizieren und das BAG auffordern, den Anliegen der Petition entsprechend den Vorschlägen der Vorstudie nachzukommen • Information von santé-suisse und Sanitätsdirektoren über Vorstudie und die darin erwähnte Problematik
6.8.04	B. Landheer ist mit Ch. Goll in Kontakt, um einen neuen Vorstoss an das Parlament vorzubereiten

Holden (Holden, 1991) stellte in einem Experiment (RCT) fest, dass postpartale Depression einen Langzeiteffekt bei der Mutter in Bezug auf Lebensfreude, Beziehung zum Partner, Selbstwahrnehmung als Mutter, aber auch auf die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes und auf die Familie als Ganzes haben kann.

Chabrol et al. (2002) weisen auf die Dauer der postpartalen Depression hin: Ein Drittel bis die Hälfte der Mütter seien nach sechs Monaten immer noch deprimiert und einige davon würden chronische Depressionen entwickeln. Sie erwähnen, dass etwa die Hälfte dieser Depressionen nicht diagnostiziert werden, und dass zirka 30% der diagnostizierten Frauen die Therapieempfehlungen nicht befolgen (Chabrol et al., 2002).

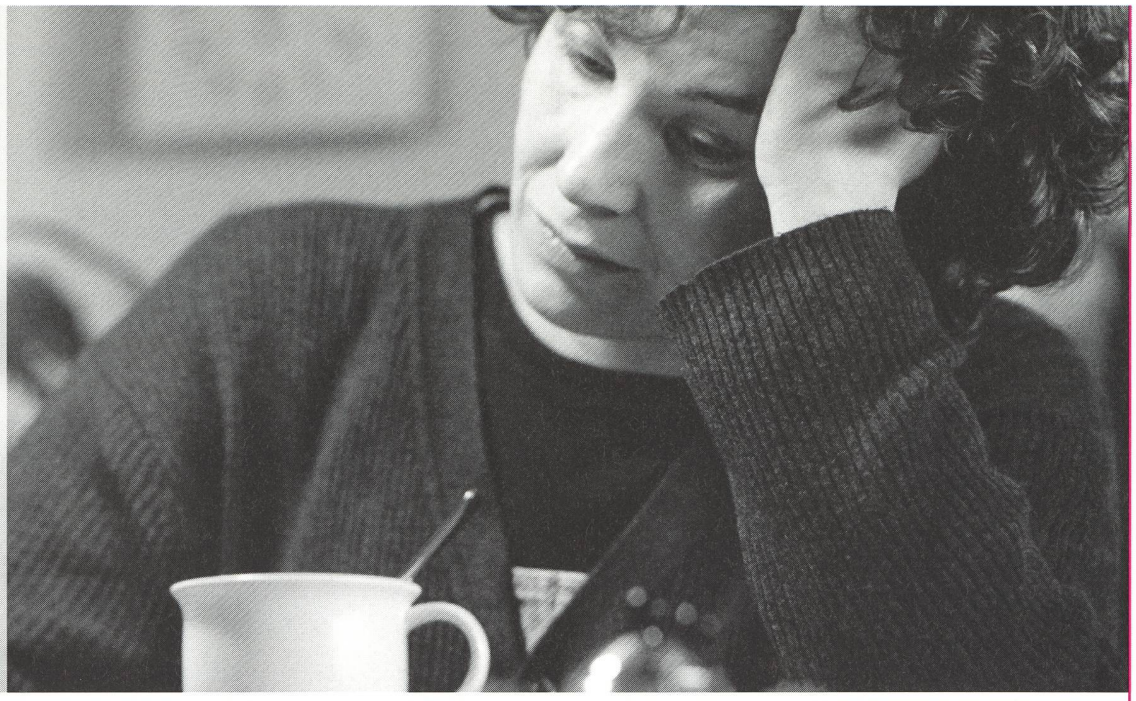
Bergant et al. (1998) halten ebenfalls fest, dass postpartale Depressionen bei der Mehrzahl von Frauen nicht erfasst und demzufolge nicht behandelt werden (Bergant et al., 1998). Sie empfehlen das in den untersuchten Studien meist zitierte Instrument zur Messung der postpartalen Depression, die Edinburgh Postpartal Depression Scale (EPDS), als einfach anwendbar und von den Wöchnerinnen gut akzeptiert. Das Instrument wurde aus dem Englischen u.a. auch in die deutsche und französische Sprache übersetzt und validiert.

4.2.4. Körperliche Beschwerden

Auch körperliche Beschwerden halten sich nicht an Lehrbuchperioden von 6 oder 8 Wochen. In einer Untersuchung von Brown und Lumley (1998, zitiert in Loos, 2000) klagen 94% der Frauen noch nach 7 Monaten über Gesundheitsprobleme. Nach 1.5 Jahren fand Glazener (1998, ebd) noch bei 76% der Frauen Beschwerden. Die häufigsten postpartalen Probleme sind Müdigkeit, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, sexuelle Probleme, aber auch Hämorrhoiden, Dammschmerzen, depressive Verstimmungen und Mastitis. Ähnliche Beschwerden fand Williams (Williams & Cooper, 1996). Loos kommt zum Schluss, dass die Feststellung «nach 6 Wochen bin ich wieder fit» für die Mehrheit der Frauen nicht zutrifft und sich die wenigsten adäquate Hilfe suchen (Loos, 2000).

4.2.5. Beziehungsprobleme

Stress, ausgelöst durch die Geburt eines Kindes, kann Beziehungsprobleme in der Partnerschaft auslösen oder verstärken. Diese Probleme, die oft mit



Studien zeigen, dass postpartale Depressionen bei der Mehrzahl von Frauen nicht erfasst und daher auch nicht behandelt werden.
Foto: Susanna Hufschmid

der postpartalen Depression verknüpft sind, können ernsthafte Konsequenzen für das Wohlbefinden der Familie haben.

In ihrer qualitativen Studie untersuchten Barclay und Lupton (Barclay & Lupton, 1999) die Erfahrungen von Vätern bei der Geburt ihres ersten Kindes. Sie stellten fest, dass die Väter in der Hauptsache mit der Neuaushandlung der Aufteilung zwischen bezahlter Arbeit und Hausarbeit, mit den Erwartungen an ihre Rolle als Vater und mit den Veränderungen in der Beziehung zu ihrer Partnerin konfrontiert waren. Eine enge Beziehung zum Vater des Kindes ist eine wichtige Ressource im Hinblick auf den Spitalaustritt der Mutter (Lemmer 1987; Hall & Carty 1993, zitiert in (Persson & Dykes, 2002).

4.3. Modelle der Nachbetreuung

Schon 1986 gaben das Regionalbüro für Europa und das Regionalbüro für Gesamtamerika der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) an einem gemeinsamen Symposium Empfehlungen für die Zeit des Wochenbetts ab. Einige davon werden hier gekürzt wiedergegeben:

- Die Verbesserung der Schwangerschaftsnachsorge muss eine Gemeinschaftsaufgabe sein. Die Mütter müssen allgemeine und spezielle praktische Unterstützung erhalten, damit sie ihrer massgeblichen Rolle gerecht werden können.
- Die Sozialversicherungssysteme sollten Frauen nicht wegen ihrer Mutterschaft finanziell benachteiligen, ihr sollten Haushaltshilfen zur Verfügung stehen.
- Zum Gesundheitsschutz der Frau und des Babys soll allen Müttern und Babys zu Hause Hilfen zur Verfügung stehen, die den im Krankenhaus gebotenen Hilfeleistungen entsprechen.
- Im Rahmen solcher Programme soll eine frühzeitige Entlassung von Mutter und Kind aus dem Krankenhaus angestrebt werden.
- Die Entlassung aus dem Krankenhaus soll vom Wohlbefinden der Mutter und des Säuglings, von den Wünschen der Eltern sowie der Verfügbarkeit von Hilfe im Haushalt abhängen.

Die meisten Studien zu Nachbetreuungsmodellen messen einerseits die Morbidität und anderseits die Zufriedenheit der Mütter. Die Zufriedenheit wird allerdings nicht einheitlich gemessen, die Ergebnisse sind somit nicht vergleichbar. Meist berücksichtigen die Modelle die Fähigkeit der Mutter, für ihr Kind zu sorgen sowie das Ausmass an sozialer und praktischer Unterstützung nicht (Gagnon et al., 1997).

Braveman et al. (1995) überprüften auf der Basis von 25 Studien Nachbetreuungsmodelle und deren Konsequenzen. Ihre Arbeit wird in vielen der gesichteten Studien zitiert. Die Autorinnen stellten fest, dass routinemässige Nachbetreuung nach früher Entlassung sehr stark variiert. Sie identifizierten drei verschiedene Formen der Nachbetreuung von Wöchnerinnen: (1) keine routinemässigen Dienstleistungen bis auf die standardisierte Untersuchung des Kindes; (2) Praxis- oder klinikbasierte Konsultationen innerhalb der ersten drei Tage nach Austritt und (3) Hausbesuche.

Die Sicherheit eines frühen Austrittes ohne obligatorische Nachbetreuung konnte nicht bewiesen werden. Bei den Formen mit integrierten Hausbesuchen kommen Braveman et al. zum Schluss, dass sich für gut betreute Frauen, die einen Frühaustritt wünschen und die intensive Nachbetreuung zu Hause erhalten, das Wohlbefinden erhöhen kann. Über die Qualifikation und Aufgaben der Fachleute, welche die Hausbesuche durchführen, wird ebenso wenig eine Aussage gemacht wie über die Zahl der notwendigen Besuche. Es wird lediglich festgestellt, dass in keinem der Modelle weniger als zwei Besuche vorgesehen waren (Braveman et al., 1995).

4.3.1. Unterstützung im Haushalt

Nur wenige Nachbetreuungsmodelle schliessen praktische Hilfe zu Hause ein (Arms, 2002 ; Dalby et al., 1996; Morrell, Spiby, Stewart, Walters, & Morgan, 2000) obwohl erwähnt wird, dass die Wöchnerinnen mit den Haushaltspflichten überfordert sind (Hickey, zitiert in Hasseler, 2001). Einer der Gründe der Frauen, die nicht bereit sind, kurz nach der Geburt aus dem Spital auszutreten, sei, dass sie die Verantwortung für den Haushalt nicht so bald übernehmen wollen (Gagnon et al., 1997).

Auch in partnerschaftlichen Beziehungen übernimmt mit der Geburt des Kindes meistens die Frau den grösseren Anteil der Hausarbeit und Kinderpflege.
Foto: Ruth Brauen

Morrell et al.(2000) überprüften in England mit einem Experiment (RCT) ein Nachbetreuungsmodell mit sogenannten «social support workers» und entwickelten vorgängig ein 8-Wochen-Trainingsprogramm für diese. Die Ausbildung ermöglichte den Support Workers, effektive praktische und emotionale Unterstützung zu geben, den Müttern zu helfen, Selbstvertrauen in der Pflege des Kindes zu gewinnen und die Anweisungen der Hebamme bezüglich Ernährung des Kindes zu befolgen. Die Arbeit der Support Workers umfasste 6 bis 10 Besuche von bis zu drei Stunden täglich innerhalb der ersten 28 postnatalen Tage. Die Zufriedenheit mit dieser Unterstützung war sehr gross, auch wenn keine verbesserte Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden konnte. Aufgaben der Support Workers waren Hausarbeit (38%), Gespräche mit der Mutter (23%), Umgang mit dem Säugling (9%), Umgang mit den Geschwistern (8%), Fläschchen geben (7%), über das Kind sprechen (6%) und Gespräche über das Stillen (3%) (Morrell et al., 2000).

Felchlin et al. (2002) haben in der Schweiz 30 Mütter interviewt und stellten unter anderem fest, dass die knapp bemessene Zeit für Haushalt als wichtiger Faktor für einen emotionalen Konflikt genannt wurde. Auch bei Paaren, die vor der Geburt partnerschaftlich den Haushalt versorgten, zeigte sich häufig, dass mit der Geburt des Kindes die Frau den grösseren Teil der Hausarbeit und Kinderpflege übernahm (Felchlin, 2002).

Im holländischen Modell arbeitet die Doula als anerkannter Teil des Wochenbettbetreuungsteams zwischen zwei und acht Stunden pro Tag (je nach Bedarf der Mutter) im Haus, kümmert sich um die Wöchnerin, hilft beim Stillen, besorgt Haushalt, macht Besorgungen und sorgt für die anderen Kinder (Arms, 2002; Edelmann, 2002; Schmitz, 2001). Sie ist hierarchisch den Hebammen unterstellt. In Holland wird grundsätzlich eine Hausgeburt angestrebt, gleichzeitig ist die Nachbetreuung sowohl auf gesundheitlicher wie auch auf hauswirtschaftlicher Ebene klar geregelt (Jabaaij & Meijer, 1996).

5. Diskussion

Die verfügbare wissenschaftliche Literatur wird von nordamerikanischen Veröffentlichungen dominiert. In Europa sind die Arbeiten aus Grossbritannien am stärksten vertreten. Vor allem bei konkreten Studien, z. B. zur Erhebung der Evidenz von Betreuungsmodellen, finden sich kaum Arbeiten aus deutschsprachigen Ländern. Trotzdem lassen sich aus der bearbeiteten Literatur einige Trends und Schwerpunkte ableiten, die nachfolgend besprochen werden.

Die Definition, was unter Früh- bzw. normalem Austritt nach einer Geburt zu verstehen ist, spiegelt die gesundheitspolitischen Gegebenheiten der verschiedenen Staaten wieder und wird entsprechend unterschiedlich beschrieben.

Der Entscheid zur Hospitalisationsdauer nach der Geburt und über die Finanzierungspraxis wird im allgemeinen weniger aufgrund medizinischer oder sozialer Evidenz getroffen, als vielmehr aufgrund ökonomischer oder politischer Argumentationen und Traditionen. Dies, obwohl die Prävalenzraten von Fatigue und postpartaler Depression erschreckend hoch sind. Es wurde nachgewiesen, dass es sich bei Fatigue nicht um eine kurzzeitige Störung des Energiehaushaltes handelt, sondern um einen Erschöpfungszustand, der sich über mehrere Monate hinziehen und im Laufe der Zeit sogar zunehmen kann.

Diese mentalen Gesundheitsstörungen werden häufig nicht erkannt, deshalb muss mit den vorliegenden Zahlen (10% Depression, bis zu 76% Fatigue) vorsichtig umgegangen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um eine Mindestgrösse mit – vor allem für die postpartale Depression – hoher Dunkelziffer handelt. Experimente zu einzelnen Interventionen bei Depressionen zeigen, dass ein Verlauf positiv beeinflusst werden kann, vorausgesetzt, die Depression wird erkannt.

Körperliche Beschwerden und Beziehungsprobleme haben viele verschiedene Ausprägungen. Auch hier lässt sich aufgrund der Studien feststellen, dass viele Symptome und Schwierigkeiten nicht nach einigen wenigen Wochen abklingen, sondern

über Monate und Jahre bestehen bleiben können. Die körperlichen und psychischen Beschwerden schränken die Fähigkeit der Mütter ein, selbst einfache Arbeiten auszuführen. Die Frage, wieweit eine sorgfältige Nachbetreuung in den ersten Wochen diese Langzeitfolgen verhindern oder deren Schweregrad vermindern kann, ist mit den vorliegenden Daten nicht zu beantworten.

Die Annahme, dass körperliche und psychische Gesundheit normalerweise acht Wochen nach der Geburt wieder hergestellt ist, wird in allen untersuchten Studien, die Daten über einen längeren Zeitraum liefern, widerlegt.

Es wird eine Vielzahl unterschiedlichster Betreuungsmodelle für Wöchnerinnen, sowohl im spitalinternen als auch im spitalexternen Bereich beschrieben. Die angebotenen Produkte im ambulanten Bereich sind in erster Linie Telefonkontakte, Praxiskonsultationen und Hausbesuche (durch Hebamme oder Pflegende).

Auffallend ist, dass die US-amerikanische Entlassungspraxis und viele Nachbetreuungsmodelle zum Teil weit unter schweizerischem Standard liegen. In amerikanischen Studien ist die professionelle/institutionalisierte Haushalthilfe inexistent, sich ein soziales Netzwerk aufzubauen und zu nutzen liegt in der Verantwortung der einzelnen Mutter. Dies obwohl die WHO bereits 1986 festgehalten hat, dass die Nachbetreuung eine Aufgabe der Allgemeinheit sei.

Die Kernangebote der Nachbetreuungsmodelle sind (1) Erfassung gesundheitlicher Probleme, insbesondere Fatigue, Depression, körperliche Beschwerden, (2) Schulung im Bezug auf die Ernährung, den Umgang mit dem Kind und das Stillen und (3) praktische Unterstützung im Alltag. Unterschiedlich diskutiert wird die Frage, wer Nachbetreuungsmodelle, insbesondere die Unterstützung im Haushalt, anbieten soll.

Der Nutzen der praktischen Unterstützung im Haushalt wird kaum zum Inhalt von Studien gemacht. Die Haushaltshilfe wird selten erwähnt und nicht als Mitglied des interdisziplinären Teams betrachtet.

Eine Ausnahme bilden die englischen und holländischen Arbeiten, in welchen die Aufgaben der «social support workers» und der Doulas beschrieben werden. Diese Berufsgruppen unterstützen die Mütter bei der Alltagsbewältigung und im Haushalt.

Über die Langzeitwirkung von hauswirtschaftlicher Entlastung in der Zeit nach der Geburt können auf Grund der uns vorliegenden Daten keine Angaben gemacht werden. Der Erfolg einer Frühentlassung wird häufig nur an der Zahl der Rehospitalisationen gemessen, verbunden mit der nicht einheitlich definierten Zufriedenheit der Mütter mit der Betreuung. Letztere wird allerdings oft in Relation zu den Erwartungen gemessen, was bedeutet, dass die Zufriedenheit umso höher ist, je tiefer die Erwartungen waren.

Unabhängig des Betreuungsmodells gibt es klare Hinweise darauf, dass die Befindlichkeit und Zufriedenheit der Wöchnerin davon abhängt, wieweit sie die Kontrolle und Entscheidungsmöglichkeit über Dienstleistungsangebote, deren Dauer, Häufigkeit und Zeitpunkt hat. Diese Tatsache sollte unserer Ansicht nach in der Konstruktion von neuen Modellen der Nachbetreuung im Wochenbett zwingend berücksichtigt werden und muss Vorrang haben vor berufspolitischen Profilierungs- und Abgrenzungsbestrebungen oder rigiden ökonomischen Vorgaben.

Weil Frühentlassung mit guter Unterstützung und Beratung zuhause verbunden sein muss, soll der ambulante Bereich darauf vorbereitet sein. Bezüglich der Festlegung des Entlassungstermins wird empfohlen, die Geburt abzuwarten und das ganze Familiensystem in die Entscheidung einzubeziehen. Nachbetreuung soll individuell gestaltet werden. Es bestehen deutliche Hinweise darauf, dass massgeschneiderte, klientinnenzentrierte Betreuungsmodelle wirksam sind. Allerdings gibt es keine klaren Angaben zur Dauer einer wirkungsvollen Nachbetreuung.

6. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Review wurde durchgeführt, um den Auftrag gebenden politischen Instanzen Informationen zum aktuellen Stand der Nachbetreuung von Wöchnerinnen zu liefern.

Auf der Basis der Ergebnisse wurden von den Autoren Empfehlungen unterbreitet. Die wesentlichsten Empfehlungen umfassen (1) die Schaffung interdisziplinärer Standards zur Wochenbettbetreuung; (2) Schaffung von Richtlinien für Früh- bzw. normale Entlassung , verbunden mit einem Mitentscheidungsrecht der Mütter; (3) Festlegung von Angeboten, die durch Grund- bzw. Zusatzversicherungen übernommen werden; (4) die konsequente Erfassung des Depressionsrisikos mittels eines standardisierten und anerkannten Instrumentes vor der Entlassung und (5) die Durchführung einer Langzeit- oder Follow-up Studie, um Kosten und Nutzen umfassend erheben und belegen zu können.

Die Empfehlung (5) beinhaltet die Konzeption eines Nachbetreuungsmodells und dessen Einführung als Pilotprojekt. Dieses soll mit Kontrollgruppe wissenschaftlich begleitet werden. Die erstellte Studie soll zentrale Dimensionen wie Kosten (Erhebungsrahmen mindestens 1 Jahr), Auswirkungen auf körperliche und psychische Gesundheit im ersten Jahr nach der Geburt, Auswirkungen auf die Familie und Zufriedenheit der Wöchnerinnen beinhalten. Gemäss KVG können nur Leistungen verrechnet werden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wird.

Es ist zu empfehlen, entgegen den meisten in dieser Literaturreview untersuchten Studien, gleich zu Beginn eine Langzeit- oder Follow-up-Studie zu planen und durchzuführen. Nur so

BAG Fachstelle Gender Health

Neue Studie

Ende August 04 ist eine neue Studie erschienen, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellt wurde: «Schwangerschaft, Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit». Die vollständige Studie sowie ein zweiseitiges Faktenblatt sind auf der Homepage des BAG unter «Was gibt es Neues?» zu finden: www.bag.admin.ch/gender/d oder Tel. 031 325 49 48

Gemäss Blanca Landheer, Hebamme, sind folgende Feststellungen in der Studie von besonderer Wichtigkeit für die Hebammen:

- Schwangere sollten, bevor sie krankgeschrieben werden, zuerst die Schutzbestimmungen einfordern. Diese hat der Arbeitgeber zu berappen und sie belasten nicht die Lohnfortzahlung nach der Geburt.
- Stillende sollten ebenfalls vermehrt die Schutzbestimmungen in der Stillzeit erkämpfen. Von Travailsuisse gibt es dazu eine gute Infobroschüre (erhältlich beim SHV).

können die Kosten, aber auch die Nutzen umfassend erfasst werden.

7. Dank

Die Autoren danken Herrn Otto Piller für die Offenheit und die Unterstützung. Speziell danken wir dem schweizerischen Hebammenverband, insbesondere Frau Blanca Landheer, die uns tatkräftig bei der Suche nach spezifischer Literatur aus dem schweizerischen Umfeld unterstützt hat. ◀

Monika Beck, MNSc, Bahnstrasse 23, CH-5033 Buchs/AG monika.beck@dplanet.ch

Stefan Knoth, cand MNSc, Frickermattenstr. 7, CH-5222 Umiken stefan.knoth@bluewin.ch

Diese Studie ist in «Pflege» 2003;16:265–272 erschienen. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Hans Huber Verlags.

Literatur

Arms, S. (2002): Learn More about Birth Holland's lesson. Available: http://www.birthingthefuture.com/birthtoday/hollandslesson.html

Barclay, L. & Lupton, D. (1999): Men found the early months of first time fatherhood challenging. Evidence-Based Nursing, 2(4), 133.

Bergant, A.; Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer, H. & Dapunt, O. (1998): German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 123(3), 35–40.

Bergant, A. & Tran, T. (2000): Postpartale Depression: Frühdiagnostik mit Hilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Hebamme, 3.

Bernstein, H.; Spino, C.; Finch, S.; Stoltz, R.; Wasserman, R.; McCormick, M. & Arbor, A. (2003): Unreadiness at postpartum discharge predicts lower maternal health status during the first 4 weeks postpartum. American Academy of Pedriatrics. Available: www.aap.org

Braveman, P.; Egerter, S.; Pearl, M.; Marchi, K. & Miller, C. (1995): Problems associated with early discharge of newborn infants. Pediatrics, 96(4), 716–726.

Britton, J.R. (1998): Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States. Birth, 25(3), 161–168.

Chabrol, H.; Teissedre, F.; Saint-Jean, M.; Teisseyre, N.; Sistac, C.; Michaud, C. & Roge, B. (2002): Dépistage, prévention et traitement des dépressions du postpartum: une étude controlée chez 859 sujets. L'Encéphale, 28(1), 65–70.

Chalmers, B. (1997): Childbirth in Eastern Europe. Midwifery, 13, 2–8.

Dalby, D.M.; Williams, J.I.; Hodnett, E. & Rush, J. (1996): Postpartum safety and satisfaction following early discharge. Canadian Journal of Public Health, 87(2), 90–94.

Declercq, E. (1999): Making U.S. maternal and child health policy: from «early discharge» to «drive through deliveries» to a national law. Maternal and Child Health Journal, 3(1), 5–17.

Edelmann, L. (2002): Hürden und Hemmnisse in der Wochenbettbetreuung. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 6, 17–20.

Felchlin, A.; L.-D., S. (2002): Die Geburt – ein kritisches Lebensereignis. Unpublizierte Diplomarbeit, Hochschule für angewandte Psychologie, Zürich.

Gagnon, A.J.; Edgar, L.; Kramer, M.S.; Papageorgiou, A.; Waghorn, K. & Klein, M.C. (1997): A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. American Journal Obstet Gynecol, 176(1), 205–211.

Grullon, K.E. & Grimes, D.A. (1997): The safety of early postpartum discharge: a review and critique. Obstetrics and Gynecology, 90(5), 860–865.

Gunn, J.; Lumley, J.; Chondros, P. & Young, D. (1998): Does an early postnatal check-up improve maternal health: results form a randomised trial in Australian general practice. British Journal of Obstet Gynaecol, 105(9), 991–997.

Hasseler, M. (2001): Effects of health political measures on health and well-being of women postpartum and their newborns. Pflege, 14(2), 116–122.

Holden, J.M. (1991): Postnatal depression: its nature, effects, and identification using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Birth, 18(4), 211–221.

Jabaaij, L. & Meijer, W. (1996): Home births in the Netherlands: midwifery-related factors of influence. Midwifery, 12, 129–135.

Kerlen-Petri, K. (2001): Durcheinander, Ratlosigkeit, Gefahr?! Die neue Krankenhausfinanzierung. Hebammenforum, 817.

Lane, D.A.; Kauls, L.S.; Ickovics, J.R.; Naftolin, F. & Feinstein, A.R. (1999): Early postpartum discharges. Impact on distress and outpatient problems. Arch Fam Med, 8(3), 237–242.

Loos, I. (2000): Nach sechs Wochen bin ich wieder fit – dachte ich. Schweizer Hebamme, 1, 4–9.

Mandl, K.D.; Homer, C.J.; Harary, O. & Finkelstein, J.A. (2000): Effect of a reduced postpartum length of stay programm on primary care services use by mothers and infants. Pediatrics, 106(4 Part 2), 937–941.

Maurer, M. & Voegeli, T. (1994, 21. Oktober 1994): Hausgeburten versus Spitalgeburten. Paper presented at the 2. deutsche Arbeitstagung für Haus- und Praxisgeburten, Karlsruhe.

Michel, G. (2001): Hebammen und depressive Mütter. Schweizer Hebamme, 6, 8–9.

Morrell, C.J.; Spiby, H.; Stewart, P.; Walters, S. & Morgan, A. (2000): Costs and effectivness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. British Medical Journal, 321, 593–598.

Mütter werden im Stich gelassen Petition für eine bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen(2001).

Ockenden, J. (2000): After the birth is over... rest and support for new mothers. Pract Midwife, 3(11), 10–13.

Persson, E.K. & Dykes, A.-K. (2002): Parent's experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. Midwifery, 18, 53–60.

Petition für eine bessere Nachbetreuung von Wöchnerinnen (2001).

Ruchala, P.L. & Halstead, L. (1994): The postpartum experience of low-risk women: a time of adjustment and Change. Maternal and Child Nursing Journal, 22(3), 83–89.

Salis, B. (2000): Psychische Störungen nach der Geburt. Hebamme, 3, 159–164.

Schmitz, S. (2001): Babyboom und Hebammenmangel. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 7, 55–57.

Thilo, E.H. & Townsend, S.F. (1997): What are the pitfalls of early discharge? Contemporary OBGYN, 42(1), 72, 75–76, 78.

Troy, N.W. (1999): A comparison of fatigue and energy levels at 6 weeks and 14 to 19 months postpartum. Clinical Nursing Research, 8(2), 135–152.

Vautrin, E.; Fontaine, A.; Lanba, P.; Guerin, V. & Engelmann, P. (2000): Durée du séjour en maternité après un accouchement normal: des points de vue divergents. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 29(1), 94–101.

WHO. (1986, 7.–11. Oktober): Bedarfsgerechte Technologie nach der Geburt. Paper presented at the EURO/PAHO-Symposium, Triest.

Williams, L.R. & Cooper, M.K. (1996): A new paradigm for postpartum care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 25(6), 745–749.

Wochenbettbetreuungen im Kanton Zürich 1990–2000, Fachgruppe freiprakt. Hebammen (2001).

Frühentlassung

▶ Neuere Studien

Cochrane Review: Keine eindeutigen Schlüsse

Seit der dramatischen Verkürzung des Klinikaufenthalts für Wöchnerinnen in der westlichen Welt reisst die Kontroverse über ihre Vor- und Nachteile nicht ab. In der vorliegenden Cochrane Literaturreview sollten Sicherheit, Auswirkungen und Effektivität einer Frühentlassungspolitik für gesunde Mütter und ihre am Termin geborenen Kinder festgestellt werden, und zwar bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden von Mutter und Kind, Befriedigung mit der Wochenbettbetreuung, Gesamtkosten und weiteren Auswirkungen auf die Familien.

Die Autoren durchsuchten die einschlägigen Datenbanken, u.a. das Cochrane Controlled Trials Register (2001), MEDLINE (1966 bis 2001) und CINAHL (1982 bis 2001). In der Review eingeschlossen wurden randomisierte Studien, welche Frühentlassungen gesunder und am Termin geborener Kinder mit einem Geburtsgewicht > / = 2500 g mit Normalentlassungen verglichen.

Resultate: Insgesamt erfüllten 8 Studien mit total 3600 Frauen die Cochrane Kriterien. Die Definition von «Frühentlassung» variierte beträchtlich, ebenso das Angebot an Schwangerschaftsvorsorge und Hebammenbetreuung zu Hause nach der Entlassung. In 6 Studien war die Anzahl Rehospitalisierungen bei der Studien- und Kontrollgruppe ohne signifikante Unterschiede. Die Resultate von 6 Studien wiesen keine unterschiedlichen Auswirkungen der Frühentlassung auf den Stillerfolg nach; die Studiendesigns waren jedoch sehr heterogen.

Schlussfolgerung: Die Resultate lassen keine eindeutigen Schlüsse zu. Es gibt zwar keine Evidenz für nachteiliges Outcome bei Frühentlassung; wegen methodologischen Mängeln der erfassten Studien können nachteilige Folgen jedoch nicht ausgeschlossen werden. Auch bleibt es unklar, wie entscheidend sich die Hebammenbetreuung zu Hause auf Sicherheit und Akzeptanz der Frühentlassung auswirkt. Notwendig sind grosse und sorgfältig aufgebaute Untersuchungen von Frühentlassungsprogrammen mit standardisierter Erfassung des Outcomes inklusive Prozessevalutation, um allfällige Zusatzinterventionen zu berücksichtigen.

Brown S, Small R, Faber B, KRastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst. Rev. 2002; (3):CD002958