

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 108 (2010)  
**Heft:** 6

**Artikel:** ICM-Umfrage : Nachgeburtsbetreuung weltweit  
**Autor:** Eddy, Alison / Guililand, Karen / Dixon, Lesley  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-949667>

### **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:** 09.02.2026

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

## Referenzen

Brezinka C. (2006). Pathologische Plazentaperiode. In H. Schneider, P. Husslein und K. Schneider (Eds.), *Die Geburtshilfe* (3ed., pp 858–869) Heidelberg: Springer.

Cotter A.M., Ness A., Tolosa J.E. (2009). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Review). The cochrane collaboration (1–29). Abgerufen Dezember 2009, unter <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001808/frame.html>

Orji E., Agwu F., Loto O., Olaleye O. (2007). A randomized comparative study of prophylactic oxytocin versus ergometrine in the third stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008); 101, 129–132.

Althabe F., Bergel E., Buekens P., Sosa C., Belizán J. (2006). Controlled cord traction in the third stage of labor. (Review) *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. (2006); 126–127. Elsevier Ireland Ltd.

Fenton J.J., Baumeister L., Fogarty J. (2005). Active Management of the third stage of labour among American Indian women, *Fam Med*; 37(6): 410–4.

Festin M., Lumbiganon P., Tolosa J., Finney K., Ba-Thike K., Chipato T., et al. (2003). International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour, *Bulletin of the World Health Organisation* (2003); 81: 286–291.

Kashanian M., Fekrat M., Masoomi Z., Ansari N. (2008). Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial [Electronic version]. *Midwifery*, 26 (2), 241–245. Abgerufen Dezember 2009 unter: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WN9-4T72K33-1&\\_user=10&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1173404815&\\_rerunOrigin=google&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=e420ed8a5d30311ece13c58d3e6f30c2](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4T72K33-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1173404815&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e420ed8a5d30311ece13c58d3e6f30c2)

McDonald S., Abbott J., Higgins S. (2004). Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial [Electronic version]. (Review) The cochrane collaboration. Abgerufen Dezember 2009 unter: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000201/frame.html>

McDonald S. (2007). Management of the third stage of labor, *Midwifery Womens Health* (2007); 52: 254–261.

National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2007). *Intarpartum care: normal labour third stage*. Abgerufen Dezember 2009 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>

Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A., Estabrooks C. (2002). Ingredients for change: revisiting conceptual framework. *Quality and safety in health care*, 11, 174–180.

Schwarz C. (2009). CTG: Wer braucht es wofür. *Hebamme.ch*, 3, 4–7.

Winter C., Macfarlane A., Deneux-Tharaux C., Zhang W., Alexander S., Brocklehurst P., et al. (2007). Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *BJOG*; 114: 845–854 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17567419>

## ICM-Umfrage

# Nachgeburtsbetreuung

Mit einer international durchgeföhrten Untersuchung wollte die Internationale Hebammenvereinigung ICM mehr über die übliche Hebammenpraxis während der Nachgeburtspériode herausfinden. Auch Hebammen aus der Schweiz nahmen an der Umfrage teil.

**Alison Eddy, Lesley Dixon,  
Karen Guilliland,  
Holly Powell Kennedy**

Als Nachgeburtspériode wird die Zeitspanne bezeichnet, die unmittelbar nach der Geburt des Kindes beginnt und bis nach der Geburt der Plazenta dauert. Zwei Betreuungsmethoden der Phase sind gebräuchlich:

1. *Das aktive Management* (üblich in vielen entwickelten Ländern): Dabei wird vor der Geburt der Plazenta ein Uterotonikum gegeben, die Nabelschnur frühzeitig abgeklemmt und durchtrennt, und ein kontrollierter Zug an der Nabelschnur zur Beschleunigung der Plazentalösung ausgeübt (ICM & FIGO, 2006).
2. *Das physiologische oder abwartende Management*: Diese Betreuung wird unterschiedlich beschrieben. Im Wesentlichen werden keine Uterotonika verabreicht, die GeburtshelferInnen warten, unterstützen durch die Gravitationskräfte und/oder mütterlichen Einfluss, bis sich die Plazenta spontan löst und geboren wird.

### Wenig Wissen über abwartendes Management

In vielen Entwicklungsländern haben Geburtshelferinnen und Frauen nur eingeschränkten oder gar keinen Zugriff auf Uterotonika. In solchen Situationen müssen die Betreuenden wissen, wie sie die physiologische Reaktion der Mutter in der 3. Geburtsphase verstärken können, um die Geburt sicher und ohne Blutungsrisiko zu beenden.

Viele medizinische und Hebammenausbildungen unterrichten weder Theorie noch Praxis des physiologischen Managements, daher fehlt oft auch das Verständnis dafür. Folge davon kann eine unzulängliche Betreuung der 3. Geburtsphase sein und zu erhöhtem Blutungsrisiko und Blutverlust führen, falls uterotonische Medikamente fehlen. Um den Problemkreis anzusprechen, haben der ICM und der internationale Gynäkologen- und Geburtshelferverband FIGO begonnen, gemeinsam Richtlinien zur Best Practice des physiologischen Managements bei Uterotonikamangel in Entwicklungsländern zu veröffentlichen. Der fertiggestellte Entwurf

wurde inzwischen den Vorständen beider Organisationen zur Ratifizierung vorgelegt.

Zur Abstützung der Richtlinien beschaffte eine Arbeitsgruppe des ICM Hintergrundsinformationen. Dazu gehörte ein systematischer Review in Form eines «Delphi Survey» bei Praxisexpertinnen, um herauszufinden, wie sie üblicherweise die Plazentaphase physiologisch betreuen. Um den «Delphi Survey» durchzuführen, wurde ein Instrumentarium geschaffen, getestet und eingesetzt. Es stellt eine Reihe von Fragen zur physiologischen Betreuung der Nachgeburtspériode, darunter solche zu

- Anzeichen der Plazentalösung
- Welche Handgriffe wendet die Betreuerin an?
- Was tut sie mit der Nabelschnur?
- Lage und Rolle der Mutter
- Rolle des Kindes
- Handlungen der Betreuerin nach der Plazentageburt
- Welcher Zeitrahmen wird für die physiologische Plazentaphase als normal angesehen?
- Wie viele Jahre Praxiserfahrung hat die Betreuerin?
- Wie oft hat sie im vergangenen Jahr eine physiologische Plazentageburt betreut?

Gemäss Delphi-Vorgaben wurde der Fragebogen zunächst von einer Gruppe internationaler «ExpertInnen» bestehend aus Hebammen, Geburtshelfern und einer traditionellen GeburtshelferIn beantwortet. Die Resultate zeigten in vielen Punkten einen gewissen Konsens, in einigen Bereichen aber auch divergierende Ansichten.

### Erste internationale Umfrage

Der ICM-Vorstand beschloss darauf, eine grössere Gruppe Praktikerinnen zu befragen. Die 91 ICM-Mitgliedsverbände erhielten den Fragebogen zugesandt, zwecks Weiterleitung an interessierte Hebammen mit Erfahrung in physiologischer Nachgeburtsbetreuung. Dies war die erste internationale Befragung des ICM seit seinem Bestehen.

Der Fragebogen wurde ins Französische und Spanische übersetzt. Er konnte im Internet online ausgefüllt werden und enthielt eine Reihe von Multi-Choice-Fragen. Nur die englischsprachige Version erlaubte zusätzlich, Anmerkungen anzufügen.

# weltweit

## Resultate

82 Hebammen aus der ganzen Welt antworteten. Sie zeigten damit, dass die Nachgeburtphase für Hebammen weltweit ein relevantes Thema ist. Die Mehrheit waren erfahrene Praktikerinnen (61 oder 85% 10+ Jahre, 77% oder 56 15+ Jahre Erfahrung). Mehr als die Hälfte aller Antwortenden gaben an, im vergangenen Jahr häufig oder oft (während mehr als 40% der Arbeitszeit) eine physiologische Nachgeburt betreut zu haben.

## Konsensbereiche

In folgenden Bereichen herrschte unter den Befragten weitgehend Übereinstimmung:

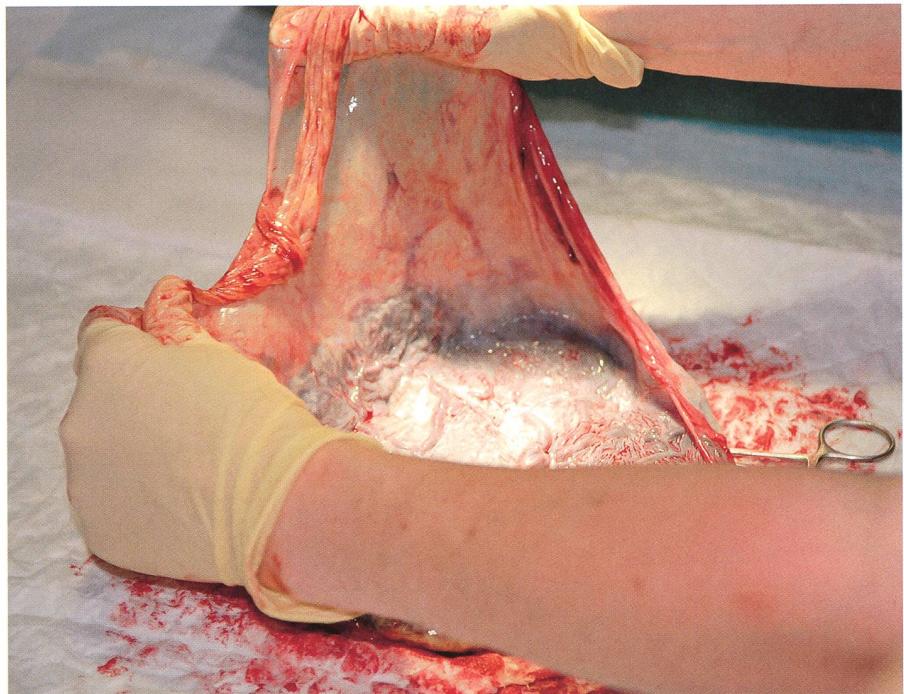
- Folgende Anzeichen zeigen der Hebamme die Plazentalösung an: Veränderung von Grösse und Position des Uterus sowie Blutschwund und Unwohlsein der Mutter
- Die Mutter spielt eine aktive Rolle beim Gebären der Plazenta (das heisst sie wird nicht «entbunden»)
- Es ist wichtig, dass Mutter und Baby unmittelbar nach der Geburt nicht getrennt werden
- Haut-zu-Haut-Kontakt und erstes Anlegen zu ermöglichen sind wichtig
- Uterusmassage nach der Plazentageburt nur im Falle einer Blutung

## Bereiche ohne klaren Konsens

In einigen Bereichen war ähnlich wie bei der Delphi-Gruppe kein klarer Konsens auszumachen. Möglicherweise existieren Kontextfaktoren, welche die Entscheidungsprozesse einer Hebamme beeinflussen und vom angewandten Umfrageformat nicht vollständig erfasst wurden.

Dabei handelt es sich um folgende Bereiche:

- Optimaler Zeitpunkt für das Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur: Obwohl die meisten Umfrageteilnehmerinnen die Nabelschnur normalerweise nicht sofort abklemmen und durchschneiden, gab es bezüglich des optimalen oder üblichen Zeitpunkts keine Übereinstimmung.
- Optimale Geburtsposition für die physiologische Plazentaphase: Obwohl die Befragten aufrechte Gebährhaltungen und Hautkontakt wichtig finden, trat keine bevorzugte Gebärposition in den Vordergrund.
- Handlungen, wenn es um Praktiken wie den kontrollierten Zug an der Nabelschnur oder den Credé-Handgriff geht: Eine Anzahl Hebammen gab an, diese Praktiken anzuwenden. Das Umfrageformat erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf Gründe oder Faktoren, welche zur Anwendung



dieser Praktiken führen, die generell nicht als Teil einer physiologischen Plazentaperiode angesehen werden.

Auf die Frage nach der Dauer einer physiologischen Nachgeburtspause lautete die häufigste Antwort zwischen «21 und 30 Minuten». Die Antworten reichten von «weniger als 10 Minuten» (7,3%, n=6) bis «über eine Stunde» (2,5%, n=2). Eine Mehrheit von 68% (n=56) war sich einig, dass eine physiologische Nachgeburtspause «zwischen 0 und 40 Minuten» dauern kann.

## Diskussion

Das Resultat ermöglicht ein umfassenderes Verständnis und besseres Wissen davon, wie Hebammen weltweit Frauen in der physiologischen Nachgeburtspause betreuen. Limitierend wirkte sich aus, dass das Multi Choice-Format die Antwortmöglichkeiten einschränkt. Nur die englischsprachigen Teilnehmerinnen konnten freie Textantworten geben. Das Format erlaubte keine tiefergehende Untersuchung der vielen Faktoren, die Betreuung und Entscheidfindung in einem klinischen Szenario beeinflussen können. Beispielsweise können eine kurze Nabelschnur oder die Wünsche der Gebärenden Entscheidungen und den Zeitpunkt des Abnabelns beeinflussen.

Während das Format zwar substanzellere Schlussfolgerungen einschränkte, hat die Befragung dennoch einen wichtigen und brauchbaren Einblick in die internationale Hebammenpraxis ermöglicht. Sie hat Unterschiede in der Praxis erhellend, die eingehender diskutiert und erforscht werden sollten. Die Resultate sprechen für die Tatsache, dass sich Hebammen weltweit für die physiologische Nachgeburtspause als natürlichen Ab-

schluss einer normalen Geburt interessieren, diese praktizieren und auch viel über sie wissen. Als Berufsstand sind wir herausgefordert, zu formulieren und zu dokumentieren was wir tun und wissen, damit wir unsere Praxis bei physiologischen Abläufen auf gesicherte Informationen stützen.

## Danksagung

Wir möchten uns bei allen Hebammen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, die Umfrage zu beantworten, sowie bei den ICM-Angestellten, welche das Umfrage-Instrumentarium übersetzt und verteilt haben. ▶

Quelle: What do midwives do when providing physiological/expectant care during the third stage of labour? ICM Newsletter Autumn/Winter 2009, Volume 1. Übersetzung und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel.

## Literatur zu Plazenta und Nabelschnur

Pisacane A.: Neonatal prevention of iron deficiency. BMJ 1996; 312: 136-7.

Mercer J. S.: Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. J. Midwifery Women's Health. 2001; 46: 402-14. Review.

Enkin et al.: A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford press 2000.

Janus L. (1997): Wie die Seele entsteht? Heidelberg: Mattes.

Janus L. (2000): Der Seelenraum des Ungeborenen. Düsseldorf: Walter.

Alberti B. (2005): Die Seele fühlt von Anfang an. München: Kösel.

Renggli F. (2003): Der Ursprung der Angst – antike Mythen und das Trauma der Geburt. Düsseldorf: Walter.

R. Laing: Die Tatsachen des Lebens (orig. The Facts of Life, 1976).

Zusammengestellt von Zuzka Hofstetter

## Mikronährstoffe

## Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit ist speziell auf die Bedürfnisse von Schwangeren und Stillenden zugeschnitten. Es deckt den erhöhten Bedarf an Mikronährstoffen der Mutter und unterstützt eine gesunde Entwicklung des Kindes. Es enthält 13 Vitamine sowie 10 Mineralstoffe und Spurenelemente in einer ausgewogenen und schonenden Formulierung.

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit ist in Ihrer Apotheke oder Drogerie erhältlich. Packung à 100 Tabletten zu Fr. 39.–. Unverbindliche Preisempfehlung.

Bestellen Sie die informative Themenbroschüre oder lernen Sie mehr über den gezielten Einsatz von Mikronährstoffen in der Schwangerschaft und Stillzeit auf [www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit](http://www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit)



## Burgerstein Grossesse &amp; Allaitement

## Des micronutriments pour la mère et l'enfant

Burgerstein Grossesse & Allaitement est spécialement conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes et qui allaitent. Il couvre les besoins accrus en micronutriments de la mère et soutient un développement sain de l'enfant. Il contient 13 vitamines ainsi que 10 minéraux et oligo-éléments dans une forme galénique équilibrée et qui agissent en douceur.

Burgerstein Grossesse & Allaitement est en vente en pharmacie et droguerie. Emballage de 100 comprimés à fr. 39.–. Recommandation de prix sans force obligatoire.

Commandez la brochure informative ou profitez des conseils sur l'utilisation ciblée des micronutriments durant la grossesse et l'allaitement sur le site [www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit](http://www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit)

## ARDO setzt auf Wachstum

## Mit eigenen Stillhilfeprodukten

Das Schweizer Familienunternehmen Ardo medical AG ergänzt ab 1. April 2010 seine bestehenden Stillhilfeprodukte durch ein neues, komplettes Sortiment an Milchpumpen und Stillhilfen. Die Produkteinführung erfolgt gleichzeitig in 40 Ländern, darunter Deutschland, Österreich und die Schweiz. Mit der Einführung der neuen Produkte endet zugleich der internationale Vertrieb der Ameda Stillhilfen durch ARDO.

**Individuell und flexibel**

Die Handmilchpumpe Amaryll ermöglicht durch den ergonomisch drehbaren Hebel auch Linkshänderinnen und Frauen mit kleinen Händen ein angenehmes Abpumpen. Die Milchpumpe Calypso gibt es in zwei Versionen: Standard und Mobil als Calypso-to-go. Darüber hinaus bietet ARDO diverse Pump-

und Upgrade-Sets, Milchbeutel mit integriertem Wärmeindikator und weiteres Zubehör an. Neben individuell passenden Brustglocken mit weichem Massage-einsatz sorgt vor allem das Konzept der «IndividualPhases» für die Abstimmung von Pump-rhythmus und Vakuumstärke auf die persönlichen Bedürfnisse der Mütter. Eine detaillierte Produktübersicht finden Sie unter [www.ardo.ch](http://www.ardo.ch)

**Einmaliges Garantiemodell – hohe Qualität**

Mit dem neuen Sortiment bringt ARDO auch ein neues Garantiekonzept in den Markt. Die elektrische Milchpumpe Calypso enthält eine durch LED visualisierte Betriebsstundenüberwachung. ARDO kann dadurch volle Garantie für die Versorgung von zwei Säuglingen gewähren. Die üb-



liche Gewährleistungszeit wird damit teilweise um mehrere Jahre erweitert.

**Höchste Standards in Nachhaltigkeit und Verantwortung**

Hochwertigkeit und nachhaltige Fertigung sind für ARDO als WHO-Kodex-konformer Hersteller besonders wichtig. Die Produktion findet in der Schweiz

statt und die Komponenten werden grossenteils in der Region gefertigt. Zudem garantiert ARDO Bisphenol A (BPA)-freie Stillprodukte.

Marliese Pepe-Truffer  
Marketingleiterin, IBCLC

 **ARDO**  
Your Professional Way to Care  
[www.ardo.ch](http://www.ardo.ch)