Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 110 (2012)

Heft: 7-8

Artikel: Hebammenkongress 2012 in Schwyz : Selbstbewusste Hebamme : selbstbewusste Frau

Autor: Wettstein, Wolfgang

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949381

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: 04.02.2026

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

Editorial

Liebe Leserin, liebe Leser

Hebammenkongress: Die Organisatorinnen erwarten einen Strom von Hebammen, die sich auf ein Thema einlassen wollen. Zufrieden, inspiriert und motiviert sollen sie danach in ihren Alltag zurückkehren. Ein hoher Anspruch, gibt es doch sehr viele Angebote für Hebammen mit einem sehr breiten Interessensspektrum. Was interessiert Hebammen heute wirklich? Sind es Studien, Erfahrungsberichte oder Workshops? Was erwarten Hebammen von ihrem Kongress?

Über die Jahre stelle ich eine eher rückläufige Teilnehmerinnenzahl fest. Die vielen Angebote für die obligaten Fortbildungstage könnten eine Konkurrenz darstellen. Weiter ist die Arbeitssituation der Hebammen zunehmend intensiv und so müssen sich Hebammen denn auch mal ausspannen. Die Kosten für den Kongress wiederum bedenken wahrscheinlich eher junge Hebammen, die das Studium eben erst abgeschlossen haben. Das Thema, mehr oder weniger ansprechend, beeinflusst natürlich den Entscheid für oder gegen die Teilnahme am Kongress.

Für mich sind diejenigen Hebammen auffallend, die aus Tradition zum Kongress kommen. Sie wollen Hebammen treffen, sich in der Industrieausstellung umsehen und das Ambiente mit hunderten von Hebammen zusammen geniessen. Auch ich werde in 10 Jahren eine dieser Hebammen sein!

Im Verbandsjahr des SHV ist der Hebammenkongress der Höhepunkt. Ich möchte ihn mit seinem Rahmenprogramm nicht missen.

In den folgenden Spalten und Seiten dürfen Sie sich in das Kongressthema vertiefen oder Ihre Erinnerungen auffrischen. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen und sage: Auf bald am Hebammenkongress 2013 in Thun!

Marianne Indergand-Erni
Vizepräsidentin SHV

Hebammenkongress 2012 in Schwyz

Selbstbewusste Hebamme

Vertrauen, Bewusstsein, Autonomie: Hebammen wissen, dass diese drei Faktoren für eine Geburt unabdingbar sind. Aber wie kann man sicherstellen, dass sie auch zum Tragen kommen? Darauf gingen am diesjährigen Kongress drei Hebammen, eine Philosophin und zwei Mediziner ein. Die Abstracts der Referentinnen und Referenten finden Sie auf den folgenden Seiten. Und: der Hausmeister Herr Baumann, der so gekonnt durch den Kongress führte – es gab einige Nachfragen von begeisterten Kongressteilnehmerinnen –, ist im wirklichen Leben Animationskünstler, Moderator und Gesprächsleiter, heisst Oliver Haindl und ist unter http://olivenhain.ch in der virtuellen Welt zu finden.

Wolfgang Wettstein, Redaktor Hebamme.ch

- selbstbewusste Frau

Prix Isabelle Sauvin 2012

Zum Gedenken an die im Dezember 1999 verstorbene frei praktizierende Genfer Hebamme Isabelle Sauvin vergab der SHV an der Delegiertenversammlung in Schwyz zum vierten Mal den «Prix Isabelle Sauvin» für SHV-Qualitätszirkelarbeiten und Guidelines. Isabelle Sauvin hat sich für den SHV und die Anliegen der frei praktizierenden Hebammen (fpH) ausserordentlich eingesetzt. Die Preise wurden an der Delegiertenversammlung im Mai 2012 in Schwyz verliehen. Den Preis haben dieses Jahr Yvonne Meyer, Katharina Tritten Schwarz und Sakari Lemola erhalten für die «Empfehlungen (Guidelines) zu Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft» aus dem Jahr 2011.

Acht Posters im Wettbewerb

Dieses Jahr wurden acht Posters am Hebammenkongress in Schwyz vorgestellt. Die Jury setzte sich aus Patricia Blöchlinger, Ella Benninger, Juliane Führer und Tamara Bronc-Brujenec, zusammen. Die Preise wurden von der SWICA Gesundheitsorganisation gesponsert.
Der 1. Preis ging an *Patricia Gillen,* University of Ulster, School of Nursing, *Sue Brailey* und *Ans Luyben,* Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit (BFH), für ihre Arbeit «Erfahrungen von Hebammen mit Mobbing während ihrer Ausbildung».
Der 2. Preis wurde zwei Mal vergeben, nämlich an *Linda Birri und Corina Guler,* Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, für Ihre Bachelor-Thesis «Die Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest. Erhöhtes Risiko für Trisomie 21» und an *Ursula Greuter* von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen, «Episiotomierate 2006–2010 bei durch frei praktizierende Hebammen betreuten Geburten».

Informationen zum Referat von Anne-Marie Mettraux-Berthelin, Hebamme, Mitbegründerin des Geburtshauses «Le Petit Prince»

Zärtlichkeit, Sicherheit und Autonomie: Haptonomie vor, während und nach der Geburt

Die Haptonomie (gr. «Lehre von der Berührung» ist eine von alternativmedizinischen Ärzten, Hebammen und Heilpraktikern angebotene Methode zur Geburtshilfe und -begleitung, zur Psychotherapie und Krankenbehandlung (Haptosynesie) sowie zur Sterbebegleitung. Sie wurde in den 1940er Jahren von dem Niederländer Frans Veldman entwickelt und ist heute vorwiegend in Frankreich verbreitet.

Bei der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung soll durch sanfte Berührungen eine Kontaktaufnahme mit dem Kind schon im Mutterbauch erreicht werden. Dabei werden die Eltern vom Therapeuten angeleitet. Haptonomie fördert die Entwicklung der Bindung zwischen dem Kind und den Eltern, insbesondere auch zwischen Vater und Kind. Gleichzeitig ermöglicht sie einen harmonischen und schmerzfreien Ablauf der Geburt.

(Siehe dazu den Kongressbericht von Josianne Bodart Senn in französischer Sprache, S. 4 – 5.

Mehr Informationen unter:
www.le-petit-prince.ch

Anne-Marie Mettraux-Berthelin

Selbstbewusst gebären (lassen!)

Wie Hebammen dazu beitragen können, dass Mutter und Kind gestärkt aus Schwangerschaft und Geburt hervorgehen.

Beatrix Angehrn Okpara, geb.1961, verheiratet, Sohn geboren 1998. 19 Jahre ausserklinische Hebamme, MSc, Krems A, 2010; in Ausbildung MBA. Mitglied der Geschäftsleitung Geburtshaus Zürcher Oberland AG (Ressort Finanzen und Politik), mehr als 20 Mitarbeiterinnen (13 Hebammen), Betreuung von über 200 Familien pro Jahr durch die Mutterschaft (über 2400 Geburten seit 1993). 2012 Aufnahme in die Spitalliste des Kantons Zürich (stationär). Seit 2011 im Vorstand der IGGH (Tarifverhandlungen DRG).

Beatrix Angehrn Okpara
Hübelistrasse 28, 8636 Wald
E-Mail: beatrix@bluewin.ch

In den letzten Jahrzehnten hat die moderne Schulmedizin die Geburtshilfe entscheidend geprägt. Trotz der unbestritten positiven Errungenschaften für die durchschnittlich 15 Prozent Risiko-Schwangeren (Wagner, 2001), stellt sich die Frage nach den Auswirkungen dieser Art der Geburtshilfe auf die grosse Mehrheit der gesunden Schwangeren. Wie kann deren Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit gestärkt werden? Obwohl in der Forschung wichtige Erkenntnisse über die Vorteile einer natürlichen Geburt für Mutter und Kind vorliegen, nimmt die Zahl der natürlichen Geburten jedes Jahr weiter ab. Ein Plädoyer für die Aufwertung der Hebammenarbeit und für eine Betreuung nach evidenzbasierten Richtlinien (Goer H., 2007).

Der Titel «Selbstbewusst gebären (lassen)!» spricht zwei Ebenen an: diejenige der betreuenden Fachpersonen und diejenige der werdenden Mutter. Wer gebärt – und wer lässt dies zu? In der Geburtsmedizin wird die Verantwortung oftmals vollumfänglich an die Betreuenden übertragen bzw. von diesen übernommen. Selbstvertrauen aber entsteht nur dort, wo Selbstbewusstsein ist. Aus diesem Bewusstsein für die eigenen Fähigkeiten oder Bedürfnisse heraus entsteht Selbstvertrauen.

Geburtsmedizin oder Geburtshilfe?

Wo die Geburtsmedizin dazu neigt, sich auf Risiken (Duden, 2006) zu fokussieren, legt die Geburtshilfe den Schwerpunkt bewusst auf die Stärkung der natürlichen Ressourcen der Schwangeren und schafft so die Basis für ein positives Geburtserlebnis. Diese Unterscheidung erscheint mir zentral und war auch der Grund, warum ich mich in meiner Masterarbeit (Angehrn, 2010) intensiv mit den Themen Vertrauen, Sicherheit und natürliche Geburt auseinandergesetzt habe.

Wo Vertrauen ist, entsteht Sicherheit

In einer qualitativen Studie, bei der verschiedene Paare sowie deren (klinische oder ausserklinische) Betreuungspersonen vor und nach der Geburt interviewt wurden, hat sich folgendes gezeigt: Vertrauen und Sicherheit sind wichtige Aspekte bei der Begleitung von werdenden Eltern und für deren Wahl des Geburtsortes.

Paare, die sich für eine Spitalgeburt entschieden hatten, verstanden unter Sicherheit primär die medizinische Sicherheit; die Institution Spital gab ihnen Vertrauen. Im Gegensatz dazu verstanden diejenigen Paare, die eine ausserklinische Geburt wählten, unter Sicherheit in erster Linie die emotionale Stärkung und das Sichgeborgen-Fühlen. Den Begriff Vertrauen bezogen sie auf die Hebammen; medizinische Sicherheit wurde von ihnen erst sekundär genannt.

Paare, die eine ausserklinische Geburt wählten, erhielten von ihrer Umgebung und den betreuenden Ärztinnen kritische Rückmeldungen und wurden dadurch in ihrer Wahl verunsichert. Paare, die das Spital wählten, waren mit solchen Fragen nicht konfrontiert. Die Forschungsergebnisse bestätigten auch, dass bei der Entscheidung für eine natürliche Geburt die Aspekte Vertrauen und Sicherheit eine wichtige Rolle spielen.

Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit entscheidend

Das Vertrauen in die Betreuenden wie auch das Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit zu fördern ist deshalb ein zentrales Thema im Begleiten in der Schwangerschaft und schafft bestmögliche Voraussetzungen, damit Mutter und Kind die natürliche Geburt gemeinsam sicher meistern.

Schlussbemerkung/Empfehlung

Nicht nur Öffentlichkeitsarbeit und gezielte Aktionen zur Stärkung des Hebammenberufes sind dringend nötig, sondern auch evidenzbasierte Informationen (Schwarz, Stahl, 2011) zu Schwangerschaft und Geburt. Dazu wäre eine breite öffentliche Diskussion wünschenswert. Als Fachexpertinnen für die natürliche Geburt können wir Hebammen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten – wenn auch wir Vertrauen in unsere eigenen Fähigkeiten haben und bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, indem wir die benötigten Kompetenzen gegenüber der Ärzteschaft/dem Gesundheitswesen selbstbewusst einfordern. ◂

Literatur

Ackermann-Liebrich (1993). Schweizerischer Nationalfonds (SNF), Hausgeburten versus Spitalgeburten: Ackermann-Liebrich, BMJ. 233 (13): 1313–1318.

Angehrn Beatrix (2010). Vertrauen in die Gebärfähigkeit, Masterarbeit zur Erlangung des Masters of Science in Midwifery, Donauuniversität Krems, Österreich.

P Buckelhurst (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study, BMJ 2011 www.bmj.comTcontentT343/bmj.d7400 (31.3.2012).

Duden Barbara (2006). Akademiegespräch in Bozen am 16.09.2006: Wie viel Unsicherheit vertragen Patient und Arzt? Risikomedizin und das Risiko der Medizin.

Eileen K. Hutton, PhD, Angela H. Reitsma, BSc, BHSc (Midwivery), and Karyn Kaufman, Dr PH (2009). Outcomes Associated wit Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwifes in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study Birth 36: 3 September.

Goer H., Leslie MS., Romano A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. The Journal of Perinatal Education, 16 (Suppl. 1), 32S–64S.

Hodnett ED., Downe S., Edwards N., Walsh D. (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Systematic Reviews; 1: CD000012.

Janssen PA., Saxell L., Page LA., Klein MC., Liston RM., Lee SK. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned home birth with midwife or physician, Can Med Assoc S 2009.

Schwarz Ch., Stahl K. (2011). Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung, 1. Auflage, Elwin Staude Verlag GmbH, Hannover.

Wagner Marsden (2001). Fische können das Wasser nicht sehen – Die Notwendigkeit einer Humanisierung der Geburt; Journal of Gynecology and Obstetrics, Deutsche Übersetzung von Richard Holmes, bearbeitet von Clarissa Schwarz.

Hebammen und Mütter – eine starke Verbindung!

Wie könnte eine starke, eine stärkende Verbindung zwischen Hebammen und den von ihnen begleiteten Frauen aussehen? Und wie können wir das Ziel erreichen, nicht selbst in den Verbindungen zu den Frauen bei der Arbeit auszubrennen? Mit Wahrnehmungsübungen können Sie erforschen, wie eine starke Verbindung zu sich selbst Einfluss auf Begegnungen nimmt. Veränderungen in den verschiedenen Bereichen der Hebammentätigkeit werden angeregt mit dem «50:50-Blick»: starke Hebamme und starke Frau.

Viresha J. Bloemeke, geb. 1951, Hebamme. 12 Jahre Hausgeburtshilfe mit Geburtsvorbereitung, Mutter-Kind-Gruppen und Wochenbettbetreuung. Körper- und Traumatherapeutin. Heilpraktikerin für Psychotherapie in freier Praxis. viva. Gesundheit in Wandelzeiten, in Hamburg. Tätigkeit als Referentin auf Tagungen und in der Erwachsenenbildung und Autorin

Viresha J. Bloemeke
Weckmannweg 8, D-20257 Hamburg
E-Mail: viresha.bloemeke@viva-wandelzeiten.de
www.viva-wandelzeiten.de

Das Ich, das Du und der Zwischenraum

Eine starke Verbindung braucht zunächst starke Einzelpersonen: Die Verbindung zu sich selbst und Selbstfürsorge stehen also am Anfang. Mit Selbst-Bewusstsein entsteht die Voraussetzung für Begegnung, für Ich und Du und den Zwischenraum. Bewusst-sein für die eigenen Grenzen und die des anderen stärkt die Autonomie in einer Beziehung.

Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare (Chr. Morgenstern). Das gilt nicht nur für den Körper, sondern auch für das Feld, die «Ausstrahlung» des Einzelnen. Die Qualität unserer Grenzen hat sich mit den Lebenserfahrungen zu unserem Schutz entwickelt.

Das 50:50-Prinzip

Gesunde Grenzen für eine starke Verbindung bedeuten, dass die Hebamme im Kontakt mit einer Frau immer mindestens 50 Prozent der Aufmerksamkeit bei sich behält – gleichzeitige Präsenz.

In der Schwangerschaft

Fürsorge statt Vorsorge: Für-sorglichkeit in einer starken Verbindung, bedeutet nicht, für etwas zu sorgen, das die Frau selbst kann. Die Hebamme schafft bei der Fürsorge von Schwangeren den Raum – mindestens 50 Prozent –, damit die werdende Mutter sich auch ihrer selbst, ihrer Bedürfnisse und Standpunkte bewusst sein kann.

Eine starke Verbindung setzt voraus, dass die Hebamme sich mit dem Einsatz ihres Wissens und mit den Alternativen auseinandersetzt, die eine auf die jeweilige Schwangere abgestimmte Begleitung verlangt. Sie hat einen Standpunkt, sie lehnt sich nicht zu weit vor.

Bringt die Hebamme Aufrichtigkeit, Beweglichkeit und Klarheit in die Begegnung und ermöglicht den Erhalt von Eigenkompetenz, so sind beide Seiten nicht so leicht aus dem Gleichgewicht zu bringen und erleben Stärkung.

Beim Geburtsvorbereitungskurs

Die Hebamme stellt ihr Konzept für die Geburtsvorbereitung und den in ihren Augen wichtigen und begründbaren Inhalt vor, erfragt die Vorstellungen der TeilnehmerInnen, nimmt diese mit auf oder begründet ein Nein, unterstützt die Selbstfürsorge bei jeder Übung, bei jedem Thema, lässt Raum, nach Alternativen zu suchen und bleibt dabei verantwortlich als Leiterin.

So kann es keine «schwierigen KursteilnehmerInnen» oder im Kreisssaal «unkooperative Patientinnen» geben. Eine Gebärende, die während ihrer Geburt die Chefin bleibt, ist sich ihrer Bedürfnisse bewusst ist und kann sich sicher vertreten. Sie setzt aktiv ihre Möglichkeiten ein und kann an ihren Grenzen auch aktiv die Unterstützung der Fachleute annehmen.

Die Gebärende braucht dafür ein fachliches Gegenüber, das klar geäusserte Bedürfnisse nicht als persönlichen Angriff versteht.

In der Wochenbett- und Stillzeit

Auch nach der Geburt können Sie weiter den 50:50-Vorschlag anstreben.

Schlussbemerkungen

Wenn Sie starke 50:50-Verbindungen erreichen wollen, müssen einige von Ihnen vielleicht ein bisschen Macht aufgeben oder andere wiederum weniger Spielball sein und einen stabileren Standpunkt einnehmen.

Eine Frau, die in einer starken Verbindung zu sich selbst steht und ebenso begleitet durch die Geburt geht, hat für das Neugeborene und seine mitgebrachten Selbstregulationsfähigkeiten auch mehr Bewusstsein. ◀

Für Hebammen relevante Literatur

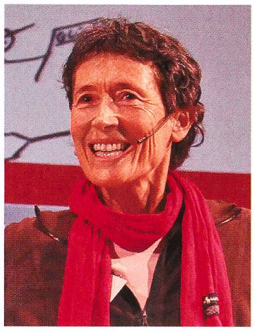
V.J. Bloemeke (Neuauflage 2011). Alles rund ums Wochenbett, Kösel Verlag.
V.J. Bloemeke (3. Auflage 2012). Es war eine schwere Geburt – wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können, Kösel Verlag.
Hippokrates Verlag (2006). Psychologie und Psychopathologie für Hebammen.
Hippokrates Verlag (2. Auflage 2012). Geburtsvorbereitung, Kurskonzepte zum Kombinieren.
Julie Henderson (3. Auflage 2010). Embodying Well-Being, AJZ Verlag.
Julie Henderson (2007). Das Buch vom Summen, AJZ Verlag.
Luise Reddemann (2005). Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt, Herder Spektrum.

Für Hebammen relevante Webseiten

www.viva-wandelzeiten.de
www.zapchen.de
www.gfg-bv.de
www.luise-reddemann.info
www.ibp-hamburg.de

Glück ist nicht nur Glückssache … Werden Sie Ihre eigene Glückspilotin!

Die Startrampe zum Glück ist im Innern. Wer sich selbst wahr- und ernstnimmt, sitzt bereits im Cockpit auf dem Glücksflug. Zur guten Ankunft und Landung gehört nur noch ein passgenaues Handeln. Wie das gelingt, legt die Philosophin Ute Lauterbach hier und in ihren Büchern dar.



Ute Lauterbach ist Autorin und Philosophin. 1988 stieg die Studienrätin für Philosophie und Englisch in den philosophisch-therapeutischen Bereich um. Sie gründete das «Institut für psycho-energetische Integration» im Westerwald.

Ute Lauterbach,
Zum Johannistal 1, D-57610 Altenkirchen,
Tel. 0049 (0)2681-2402
E-Mail: info@ute-lauterbach.de
www.ute-lauterbach.de

Was ist Glück?

Es gibt tausend individuell verschiedene Definitionen von Glück. Deshalb habe ich eine gefunden, die immer passt: «Glücklich sind wir, wenn wir denken und fühlen, was wir gerne denken und fühlen.» Also wenn unser Kopf frei und unser Herz weit ist.

Was macht uns unglücklich?

Offenbar alles, was unser Denken und unsere Emotionen in eine unerwünschte Richtung jagt, uns im Gedankenkarussell absetzt und unsere Gelassenheit vertreibt.

Beispiel

Alfons nimmt immer den Hund, Wuffti, mit ins Bett. Gerda will das nicht. Sie ist darüber unglücklich. Sie hockt im Gedankenkarussell und hat den Kopf nicht mehr frei. Ihr Herz schlägt nicht mehr so stark für Alfons. Jetzt braucht sie ihren Glückspiloten. Der sollte in dem Moment auf unserer inneren Bühne erscheinen, wenn uns die Gelassenheit abhanden kommt.

Wie werde ich meine eigene Glückspilotin?

Ich fliege erfolgreich zum Glück mit der Frage: «Was würde mir in der Angelegenheit, die mir die Gelassenheit raubt, den Kopf freier und das Herz weiter machen?» Ich finde eine Antwort, die ich in die Tat umsetzen kann. Und setze sie um.

Auf Gerda angewandt

Gerda antwortet als ihre eigene Glückspilotin so: «Unterm Strich hättest du den Kopf freier, wenn du in einem anderen Zimmer schliefest. So entgehst du der Wuffti-Problematik und Alfons' Geschnarche.»

Genauer hinschauen

Auf dem Lösungsweg hinterfragen wir den Gelassenheitsschwund. Gerda mag es also nicht, wenn Alfons den Köter mit ins Bett nimmt. Was genau missfällt ihr denn an diesem Verhalten? Ihre Antwort lautet: «Mein Eigenraum wird verletzt. Mein Bett ist mein Bett und kein Zoo.»

Erkenntnis führt zu neuem Verhalten

Gerda erkennt, dass sie sich nicht gut abgrenzen kann. Sie könnte auch in anderen Hinsichten lernen, nachhaltiger «nein» zu sagen. Ihr Glückspilot weiss: «Um den Kopf freier zu bekommen, musst du dich besser abgrenzen. Wem gegenüber und wie? Wie kannst du selbst dafür sorgen, dass du einen dir entsprechenden Eigenraum gewinnst?»

Ist Glück also Glückssache?

Nein, wir haben es selbst in der Hand, für unser Glück aktiv zu werden und täglich etwas dafür zu tun. Wer zum Glückspiloten wird und sich selbst folgt, hat Chancen auf dauerhaftes Glück.

Sich selbst leichter wahrnehmen mit Hilfe der Bewusstseinsskala

Die Bewusstseinsskala vom Nullinger zum Fullinger: Abstrakt angewandt, destilliert die Bewusstseinsskala den gemeinsamen Nenner scheinbar disparater Weltanschauungen heraus (= Beitrag zum Weltfrieden). Praktisch und introspektiv angewandt, erlaubt die Bewusstseinsskala genau wahrzunehmen, wo wunde Punkte und Projektionen sind. So schenkt sie Eindeutigkeit im Glücksmanagement durch eine fundierte Selbstkenntnis (= Beitrag zum inneren und privaten Frieden). Der Gewinn: Wir können schnell und präzise herausfinden, wie unsere individuelle Flugrichtung zum Glück aussieht. In Gerdas Fall: die bessere Abgrenzung.

Als Fazit ein paar neue Glücksdefinitionen

Glück ist Ankunft bei sich selbst.
Glück ist zu wollen, was ist.
Glück ist, nichts persönlich zu nehmen. Nur Liebeserklärungen.
Glück ist manchmal sogar, auf Glück zu verzichten.
Glück ist, das Scheitern als spannenderes Gelingen begreifen zu können.
Glück ist, den Vorteil am Nachteil sehen zu können.
Glück ist auch, auf allen Hochzeiten zu tanzen und sich ins Glück zu lesen. ◀

Zwischen den Stühlen: Medizinische Leitlinien – Orientierungshilfe oder Handlungsbremse?

Dr. med. Sven Hildebrandt, Frauenarzt und Geburtshelfer aus Dresden, Deutschland. Mitbegründer des Geburtshauses, der Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden (www.hebammenpraxis-buehlau.de)
Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (DAFIGB) (www.dafigb.de)
Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) (www.isppm.de)

E-Mail: info@dr-sven-hildebrandt.de

Das Paradigma der «Evidenzbasierten Medizin» – Chancen und Grenzen

Ein Paradigma ist eine wissenschaftliche Grundannahme, unter der verschiedene Phänomene betrachtet werden. Paradigmen sind – entgegen einer verbreiteten Anschauung – keine «biblischen Wahrheiten», sondern sich im historischen Kontext verändernde Denkmodelle. Paradigmenwechsel erfolgen immer in Krisensituationen der Wissenschaft («Die Erde ist eine Kugel und dreht sich um die Sonne»).

Das Paradigma der «Evidenzbasierten Medizin» gilt heute als Grundlage ärztlichen Denkens (und strahlt damit auf das Handeln der Hebammen aus). Medizinische Entscheidungen dürfen danach nicht auf der Grundlage individueller Erfahrungswerte, sondern ausschliesslich auf der Basis kollektiven, empirisch gefundenen Wissens getroffen werden. Wissenschaftliche Evidenz im Sinne statistisch gesicherter Ergebnisse ist das Mass aller Dinge. Ausdrückliches Element der evidenzbasierten Medizin ist die Einbeziehung der Patientin/Klientin in den Entscheidungsprozess. «Ärztlicher Rat» bedeutet nicht mehr ein gottgleiches Credo und dessen Verweigerung ein Sakrileg. Die Schwangere ist aufgefordert, eine «informierte Patientenentscheidung» auf der Grundlage der ihr von den Fachpersonen bereitgestellten Datenlage zu treffen.

Die evidenzbasierte Medizin hat heute vor allem in Hebammenkreisen einen schlechten Ruf. Das liegt jedoch nicht am Denkansatz selbst, sondern an dessen dogmatischer Umsetzung. Deswegen ist es wichtig, bei aller, zum grossen Teil berechtigten, Kritik zunächst auf die grosse Bedeutung dieses Paradigmas einzugehen: Zum ersten Mal verfügen wir mit der evidenzbasierten Medizin über ein breites wissenschaftliches Fundament medizinischer Handlungsweisen, das uns vor falschen Annahmen, Manipulationen durch Interessenbindung und vor Mythenbildung schützt. Die informierte Einbeziehung der Schwangeren in alle Entscheidungsprozesse bedeutet zwar einen deutlich höheren Aufklärungs- und Dokumentationsaufwand, entlastet uns jedoch zugleich, weil sie die möglichen Folgen der Entscheidung selbst zu tragen hat.

Dennoch müssen wir nüchtern die Grenzen der evidenzbasierten Medizin sehen und uns vor jedem Dogmatismus hüten. Die wichtigsten Kritikpunkte sind:

- der einzelne Mensch wird in grossen Stichproben nicht abgebildet
- Trugschlüsse bei den Endpunkten (so genannte «Surrogat-Marker»)
- Vernachlässigung anderer methodischer Ebenen der Wissenschaft: Individualerfahrung, Individualbedürfnisse und Emotionen bleiben unberücksichtigt
- Interessengebundenheit und selektives Interesse der Forschung (Pharmaindustrie)
- Publikations-Bias: ungünstige Ergebnisse werden seltener veröffentlicht
- Eminenz-Bias: Entgegen der wissenschaftlichen Grundprinzipien der evidenzbasierten Medizin greifen akademische Autoritäten mit ihrer Individualmeinung immer wieder in Leitlinien ein
- Übersetzungsfehler bzw. Schreibfehler
- Selektions-Bias: falsche Stichprobe
- Performance-Bias: ungleiche Wichtung der Kontrollgruppen
- zu kleine Stichproben
- Interpretationsfehler

Die Menge der Kritikpunkte an der evidenzbasierten Medizin sollte nicht den Eindruck erwecken, diese sei überflüssig und unangemessen. Wie gesagt: Die Einführung der evidenzbasierten Medizin ist aus mehreren Gründen ein grosser Fortschritt für wissenschaftliche Denkweisen in der Heilkunde, darf aber niemals dogmatisch umgesetzt werden.

Leitlinien

Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, dass medizinische Leitlinien eine zwingende Handlungsvorschrift für Ärztinnen, Ärzte und Hebammen darstellen. Anders als bei Gesetzen und Verordnungen (gesetzliche Vorgaben mit staatlicher Strafverfolgung im Falle eines Verstosses) sowie bei Richtlinien (berufsrechtliche Vorgaben, die bindend für das Verhalten sind) hat eine medizinische Leitlinie den Charakter einer wissenschaftlich begründeten Orientierungshilfe für die individuelle Entscheidungsfindung. Sie entbindet Ärzte und Hebammen nicht von dem für den konkreten Einzelfall notwendigen Abwägungsprozess.

Diese falsche Interpretation des Charakters von Leitlinien hat einen Umgang mit der Leitlinienkultur befördert, der hoch problematisch und dringend veränderungswürdig ist. Man muss ganz klar sagen: Wer blind eine Leitlinie befolgt, ohne die Gültigkeit der dort getroffenen Annahmen für den individuellen Einzelfall zu prüfen und ggf. zu korrigieren, verhält sich gegen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin. Wer sich nicht leitlinienkonform verhält, muss also nicht zwingend mit Restriktionen rechnen, solange er sein Verhalten konkret begründen kann.

Allerdings darf nicht verschwiegen werden, dass im Falle des Vorwurfes eines Behandlungsfehlers sich die Gutachter oft nicht an diesen Grundsatz erinnern und versäumen, ihrerseits den Abwägungsprozess zu rekapitulieren, sondern das Verhalten der Beschuldigten unreflektiert an den Leitlinien messen. Dieses grosse Problem ist ein ärgerliches Fehlverhalten gutachterlich tätiger Kolleginnen und Kollegen und sollte unbedingt kritisch diskutiert werden. Es ist jedoch zu befürchten, dass es in den nächsten Jahren nicht verändert werden kann. Daraus abzuleiten, dann lieber doch einfach unkritisch die Leitlinie umzusetzen, wäre ein völlig falsches Signal. Trotzdem müssen wir vorsorgen, in dem wir unsere Erwägungen und die mündige Einbeziehung der Schwangeren exzellent und selbst für den starrsinnigsten Gutachter nachvollziehbar dokumentieren.

Forensisch sicherer Umgang mit Leitlinien

Wir haben also allen Grund, mit grösster Vorsicht und individueller Abwägung an die Umsetzung der Leitlinien heranzuge-

hen. Das bedeutet, dass wir in der konkreten Situation keinesfalls blind tun dürfen, was in der Leitlinie steht. Auch das Argument, der Gutachter würde uns ja an den Leitlinien messen, trifft aus den genannten Gründen nicht zu.

Bei Einhaltung folgender Regeln ist ein sorgfältiger und zugleich forensisch sicherer Umgang mit Leitlinien gewährleistet:

1. Kompetenz
   Wir sollten die Grundaussagen aller für unsere Berufsausübung relevanten Leitlinien in ihrer aktuellen Fassung kennen.
2. Einrichtungsspezifische Konkretisierung
   Nach kritischer Diskussion insbesondere problematischer oder gar falscher Inhalte sollte eine für die einzelne Geburtseinrichtung individuell angepasste einrichtungsspezifische Leitlinie erstellt werden. Hierbei ist es wichtig, dass alle Abweichungen von der «übergeordneten» Leitlinie ausführlich und mit möglichst hoher wissenschaftlicher Qualität begründet werden.
3. Einrichtungsspezifischer Beratungs-Leitfaden
   Das ganze geburtshilfliche Team sollte sich auf der Grundlage der einrichtungsspezifischen Leitlinie auf eine gemeinsame Sprache und auf eine von allen vertretene Grundhaltung verständigen. Auf dieser Grundlage kann eine Art standardisierter Beratungsablauf erarbeitet werden, der die Grundlage für die individuelle Aufklärung der Schwangeren darstellt. Hilfreich könnte hierbei ein für Laien verständliches Merkblatt sein, das man der Schwangeren nach (niemals anstelle von!) der Beratung aushändigt.
4. Sorgfältige Beratung der Schwangeren
   Dies ist die Grundlage für eine auf die konkrete Situation und die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Aufklärung der Schwangeren. Sie ist immer dann notwendig, wenn es für die Schwangere mehrere Handlungsoptionen gibt. Beispielsweise ist es bei 41+0 SSW obligat, dass die Schwangere über die kontroverse Diskussion hinsichtlich der Geburtseinleitung informiert wird, dass ihr wertungsfrei alle Argumente pro und kontra jeder Strategie erläutert werden und sie auf dieser Grundlage eine mündige Entscheidung treffen kann. Der gleiche Grundsatz gilt übrigens für den Umgang mit den B-Streptokokken oder für das antepartale CTG.
5. Dokumentation
   Wenn alle genannten Regeln eingehalten wurden und die Beratung auf der Grundlage einrichtungsspezifischer Leitlinien anhand eines standardisierten Beratungs-Leitfadens erfolgte, ist die Dokumentation denkbar einfach. Sie enthält lediglich den Verweis auf die Vorlagen und eine möglichst ausführliche Darstellung der getroffenen Entscheidung. Diese muss von der Schwangeren nicht unterschrieben werden. Kommt es zu einer Beratung ohne einrichtungsspezifischer Vorgabe, sollten alle dargelegten Argumente und insbesondere die Abweichungen von den Empfehlungen der Leitlinien sorgfältigst und ausführlichst dargestellt werden. Jeder Gutachter muss sofort erkennen, dass man sich mit der Problematik detailliert und auf hohem wissenschaftlichen Niveau beschäftigt hat, dass die Schwangere wertungsfrei über alle Aspekte aufgeklärt wurde und dass sie auf dieser Grundlage eine mündige Entscheidung gefällt hat, deren potenzielle Folgen sie «billigend in Kauf» nimmt. Bei derart sorgfältiger Dokumentation wird der Beweis eines Behandlungsfehlers nicht gelingen. ◀

Skin-to-Skin: Früher Hautkontakt bei der Sectio-Geburt

Praktische Erfahrungen mit dem kontinuierlichen Hautkontakt Mutter-Kind.

Durch frühen Hautkontakt bei Sectio können das Atemnotsyndrom und damit die Trennungen Mutter-Kind reduziert werden. Die primären Bedürfnisse des Babys sind Halt, Körperkontakt und soziale Interaktion. Wochenbett: Der Mütterlichkeits-Score ist besser, Regulationsstörungen sind seltener.

Cyril Lüdin ist seit 25 Jahren praktizierender Pädiater in Muttenz (BL) mit Schwerpunkt Regulationsstörungen und Psychosomatik. Er ist verantwortlicher Kinderarzt am Bethesda-Spital in Basel und in Ausbildung zum Fachberater in Emotioneller Erster Hilfe (EEH) für Eltern und Babys bei Thomas Harms. Cyril Lüdin ist Vater von vier erwachsenen Kindern.

Dr. med. Cyril Lüdin
Kinder und Jugendmedizin FMH
Hauptstrasse 68, 4132 Muttenz
E-Mail: cyril@luedin.eu

Wissenschaftliche Studien haben die Vorteile eines kontinuierlichen und langen Hautkontaktes («Känguruhen») gezeigt. Leider wird dieses Wissen in unseren Geburtskliniken erst in rudimentären Ansätzen umgesetzt.

Ausgangspunkt für unser Projekt im Bethesda-Spital in Basel waren die unbefriedigend häufigen Verlegungen von gestressten Babys mit einem Atemnotsyndrom nach primärer Sectio.

Seit 1. Februar 2009 gestaltet sich der Sectio-Ablauf nun wie folgt: Die Hebamme zeigt der Mutter das Neugeborene für eine erste Kontaktnahme. Nach Kontrolle durch den Pädiater wird das Kind der Mutter Haut auf Haut quer auf den Oberkörper gelegt. Bei der Umlagerung der Mutter ins Bett bleibt das Neugeborene auf ihrem Oberkörper. Somit besteht durchgehend Hautkontakt auch während des Transports in die Überwachungsstation. Auch nach Verlegung auf die Abteilung fördern wir das «Känguruhen» in den ersten Stunden, ja Tagen, das Kind darf in den Windeln bei der Mutter liegen. Ich verglich die beiden Kollektive 2008 und 2009 mit 1087 resp. 1095 Geburten.

Resultate

2008 mussten wegen Atemnot 10 Babys, 2009 noch 3! (2010 ebenfalls 3) verlegt werden. Das entspricht einer Reduktion um 75%. 2008 mussten wir insgesamt 24 Babys (2,1%) verlegen. 2009 nur noch 18 (1,6%). Das entspricht einer Reduktion um 25%.

Weitere Effekte

Hypothermie: Unterkühlte Kinder beobachten wir praktisch nicht mehr.
Hypoglykämie: 2010 behandelten wir kurzfristig noch 6 Kinder wegen einer Hypoglykämie. Davon 3 nach Sectio.
Neugeborenen-Ikterus: nur 14 Babys (1,5%) benötigten 2010 eine Fototherapie
Stillfrequenz: Lediglich 8% (74 von 932) der Mütter erhielten kurzfristig eine Pumpe zur Anregung. Über 95% der Babys verlassen die Klinik voll gestillt.

Physiologischer Hintergrund

Eine grosse Bedeutung in unseren Bemühungen spielt das Nonapeptid Oxytocin.

Oxytocin in der postnatalen Periode

Ein Kind, das seiner Mutter gleich nach der Geburt auf die Haut gelegt wird, stimuliert auf seinem Weg zur Mamille die Oxytocin-Produktion von Kind und Mutter. Diese «mentale» Gelassenheit geht mit einer körperlichen/muskulären Entspannung und einer höheren Hauttemperatur (Vasodilatation) einher.

Oxytocin verbessert den Surfactant Release des Babys, bei der Mutter die Uterus-Kontraktion. Zudem kommt es bei beiden durch Vagustonisierung zu vermehrter Aktivität des GIT (Gastrin und Cholecystokinin-Ausschüttung) und des Speicherstoffwechsels (Somatostatin, Insulin).

Oxytocin-Ausschüttung über die Aktivierung der Sinneszellen der Haut

Nach Blockade der afferenten Fasern durch die Spinalanästhesie werden die Sinneszellen der Haut am Oberkörper noch durch Wärme, leichten Druck und Streichelbewegungen aktiviert. Selbst Nahrungsaufnahme, Geruchswahrnehmung, aber auch Musik und Licht stimulieren Oxytocin.

Wechselseitige Vorgänge bei Mutter und Kind – eine primitive Form des Spiegelns.

Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass Mutter und Kind durch Aktivierung der Spiegelneuronen im sensorischen und motorischen Kontext unbewusst den Gesichtsausdruck und die lautlichen Äusserungen der jeweils anderen Person imitieren. Wenn Oxytocin in Reaktion auf einen gleich nach der Geburt bestehenden Hautkontakt abgegeben wird, werden auch klassische Formen des Spiegelns begünstigt. Zum Beispiel imitieren Mutter und Kind in dieser Situation die Vokalisierungen der jeweils andern Person – also ihre «Anliegen» häufiger.

Fazit

Wir müssen den Kindern nach Sectio den primären Haut-zu-Haut-Kontakt ermöglichen! Damit können wir die Verlegungsrate um über 50 Prozent reduzieren und die Mutter-Kind-Bindung optimieren. ◂

Relevante Literatur

Bauer Joachim (2006). Warum ich fühle, was Du fühlst. München, Wilhelm Heyne Verlag.
Brisch Karl Heinz (2007). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart, Klett Cotta Verlag.
Chamberlain David (neue Auflage 2010). Woran Babys sich erinnern. München, Kösel Verlag.
Harms Thomas (2000). Auf die Welt gekommen. Berlin, Ulrich Leutner Verlag.
Hüther Gerald, Krens Inge (2008). Das Geheimnis der ersten neun Monate. Weinheim, Beltz Taschenbuch.
Lang Christine (2009). Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe. München, Urban & Fischer Verlag.
Odent Michel (2001). Die Wurzeln der Liebe. Düsseldorf, Walter Verlag.

Interessante Websites

www.isppm.ch
www.eltern-kind-bindung.net