

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 117 (2019)
Heft: 7-8

Artikel: 125 Jahre Empowerment [Jubiläumskongress]
Autor: Azer, Miryam / Honigmann, Silvia / Meier Magistretti, Claudia
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948992>

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: 28.04.2026

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



Unter dem Titel «Frau – Hebamme – Gesellschaft» fand im Mai der Jubiläumskongress des Schweizerischen Hebammenverbandes in Luzern statt. Sieben Referentinnen und Referenten sprachen über unterschiedliche Themen wie berufliche Perspektiven, Salutogenese, Geburtseinleitung, ambulantes Management bei vorzeitigem Blasensprung am Termin sowie Gestationsdiabetes. Ausserdem wurden im Rahmen des Festaktes verschiedene Sektionsmitglieder geehrt.

TEXT:
MIRYAM AZER

«125 Jahre Schweizerischer Hebammenverband – das ist ein Grund zum Feiern! Davor wollen wir uns aber noch in professionelle Themen vertiefen.» Mit diesen Worten eröffneten Carmen Zimmermann-Steiger und Karien Näpflin-Defloor, beide Co-Präsidentinnen der Sektion Zentralschweiz und Mitglieder des Organisationskomitees, den Schweizerischen Hebammenkongress. Er fand am 23. Mai im KKL in Luzern statt und trug den Titel «Frau – Hebamme – Gesellschaft». Die über 700 Anwesenden konnten von spannenden Referaten im wunderschönen Konzertsaal profitieren, verschiedene Workshops besuchen und sich an den vielfältigen Ständen der Aussteller informieren. Moderatorin Milena Haller führte durch den Kongresstag, den der Festakt unter dem Motto «Let's celebrate!» abrundete.

Grosse Zerreisproben in der Verbandsgeschichte

Barbara Stocker Kalberer, Präsidentin des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV), blickte in ihrer Begrüssung auf die Verbandsgeschichte zurück. «Als vor 125 Jahren unsere Vorfahren in Zürich zum ersten Hebammentag einluden, hätten sie wohl kaum zu träumen gewagt, dass der damalige Hebammenverein tatsächlich über so viele Jahre Bestand haben würde.» Die Hebammen von damals kämpften für eine wissenschaftliche Anerkennung ihres Berufs, ein besseres gesellschaftliches Ansehen und für eine bessere Bezahlung ihrer Arbeit. Und sie wollten eine schweizweit gültige und einheitliche Hebammenausbildung ins Leben rufen. «Nicht immer ist es in der Geschichte des Verbandes rosig zu und her gegangen», betonte

Barbara Stocker Kalberer. Er sei oftmals vor grosse Zerreihsproben gestellt worden. Sie selbst habe sich beim Lesen der alten Delegiertenversammlungsprotokolle vorzustellen versucht, wie das Leben der Frauen in den Weltkriegsjahren gewesen sei, wie die Hebammen mit der Abwanderung der Frauen in die Spitäler umgegangen seien und wie sie es geschafft hätten, sich immer wieder den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Wer mehr über die Geschichte des SHV erfahren möchte, kann die eigens für das Jubiläumsjahr kreierte Festschrift auf der Geschäftsstelle bestellen.

«Als vor 125 Jahren unsere Vorfahren in Zürich zum ersten Hebammentag einluden, hätten sie wohl kaum zu träumen gewagt, dass der damalige Hebammenverein tatsächlich über so viele Jahre Bestand haben würde.»

BARBARA
STOCKER KALBERER

«Sie schaffen Bedingungen, damit jede Geburt ein einzigartiger Moment ist und bestmöglich abläuft.»

ANDREA GMÜR-SCHÖNENBERGER

Die Themen, welche die Hebammen heute beschäftigen, unterscheiden sich laut Barbara Stocker Kalberer nicht sehr von denjenigen im Gründungsjahr des Verbandes. Sicher anders als früher sei aber, dass die Weiterbildungen heute nicht mehr nur von Ärzten, sondern von Hebammen und – im Sinne der interprofessionellen Vernetzung – von Vertreterinnen anderer Fachrichtungen gehalten würden.

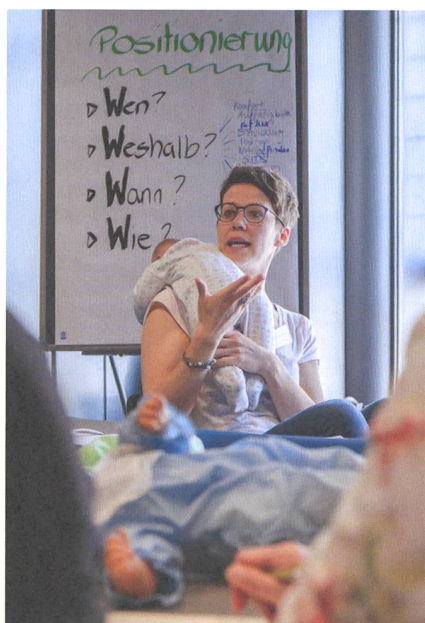
«Sie sind die unverzichtbaren Frauen für alle Fälle!»

Hebamme sei mehr als ein Beruf, nämlich eine Berufung, sagte Nationalrätin Andrea Gmür-Schönenberger in ihrem Grusswort. Bei ihren eigenen vier Geburten hätten sie Hebammen unterstützt und ihr die Hand gehalten, das seien unvergessliche, eindrückliche und bereichernde Momente gewesen. Und diese Gesten würden die

Hebammen für unzählige Frauen in der Schweiz und auf der Welt tun. «Sie schaffen Bedingungen, damit jede Geburt ein einzigartiger Moment ist und bestmöglich abläuft.»

Damals sei ihr so richtig bewusst geworden, wie unglaublich vielfältig und anspruchsvoll der Hebammenberuf sei. Die Hebammen begleiten Frauen nicht nur an unterschiedlichen Orten, sondern gehen auch flexibel auf die Wünsche der Eltern ein und erfüllen bereits vor der Geburt zahlreiche Aufgaben. «Kurz: Sie sind die unverzichtbaren Frauen für alle Fälle!» Anspruchsvoll sei es zudem, im richtigen Moment die richtige Entscheidung zu fällen. Und auch die Ausbildung zur Hebamme stelle viele Anforderungen. Das Studium sei anerkannt, aber der Kampf für eine gerechte Entlohnung der Hebammenarbeit gestalte sich immer noch mühselig. «Im Wissen, wie erfahren Sie auch mit Zangen Geburten umgehen, bin ich überzeugt, dass Sie selbst in diesem Bereich Ihre Ziele mit Ausdauer und Hartnäckigkeit erreichen werden.»

Miryam Azer



Christine Simonet zeigte den anwesenden Workshopteilnehmerinnen, worauf bei der Positionierung von Neugeborenen und Säuglingen zu achten ist.

Milena Haller (links vorne) moderierte den Kongresstag; Barbara Stocker Kalberer (Mitte), Präsidentin des SHV, bedankte sich bei den Helferinnen.



Fotos: Anje Kroll-Witzler

Stillen nach Gestationsdiabetes



Anja Kroll-Witzer

Silvia Honigmann

Stillen ist die ideale Ernährung für Neugeborene und bietet sowohl dem Säugling als auch der Mutter zahlreiche gesundheitliche Vorteile (Victora et al, 2016). Frauen nach Gestationsdiabetes (GDM) und ihre Kinder profitieren vom Stillen ganz besonders, denn es hat positive Auswirkungen auf die kardio-metabolische Gesundheit, es verbessert die Glukosetoleranz, erhöht die Sensitivität für Insulin, vermindert das Risiko, an Diabetes Typ II zu erkranken und senkt beim Kind das Risiko für die Entwicklung von Adipositas und Diabetes (Much et al, 2014). Aber gerade Mütter nach GDM stillen deutlich

Frauen nach Gestationsdiabetes und ihre Kinder profitieren vom Stillen ganz besonders.

weniger häufig und weniger lange als stoffwechselgesunde Frauen. Faktoren, die das Stillen negativ beeinflussen, sind u. a. die Therapiemodalität des GDM, die mütterliche Adipositas und ein suboptimaler Stillbeginn (Matias et al., 2014).

Vorgehensweise nach der Geburt ist entscheidend

Aus diesen Gründen sind nach GDM eine umfassende Begleitung der Frau und eine gezielte Vorbereitung auf das Stillen sehr wichtig. Diese sollten möglichst ressourcenorientiert und selbstwirksamkeitsstärkend gestaltet sein, denn Zweifel der Frau an ihrer Stillfähigkeit vermindern die Aussichten auf das erfolgreiche Stillen.

Ein Schlüsselement für das erfolgreiche Stillen bei Betroffenen ist die Vorgehensweise nach der Geburt und in den ersten Tagen post partum. In der aktuellen Praxis wird zur Vorbeugung einer Hypoglykämie beim Neugeborenen noch viel zu oft eine Frühernährung mit Säuglingsmilch verordnet. Die Leitlinie zur Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter (Segeer et al., 2017) erkennt den Wert des Stillens und empfiehlt: «Neugeborene diabetischer Mütter sollen innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt Nahrung erhalten, am besten durch direktes, prolongiertes Anlegen. Das Anlegen im Alter von rund 30 Minuten, das auch nach einem Kaiserschnitt möglich ist, stabilisiert nachhaltig die kindlichen Blutglukosekonzentrationen und senkt die Rate an Hypoglykämien. Ist ein Anlegen nicht möglich, soll das Kind Formula oder abgepumpte Muttermilch erhalten.»

Das Kolostrum präpartal manuell gewinnen

Die präpartale Kolostrumgewinnung ist eine Methode, die für diabetische Mütter ausgearbeitet wurde, um eine zusätzliche Verabreichung von Säuglingsmilch in den ersten Tagen zu vermeiden. Die Schwangeren werden dazu angeleitet, Kolostrum ab der 37. Schwangerschaftswoche manuell

Die präpartale Kolostrumgewinnung ist eine Methode, die für diabetische Mütter ausgearbeitet wurde, um eine zusätzliche Verabreichung von Säuglingsmilch in den ersten Tagen zu vermeiden.

zu gewinnen. Dieses wird in Spritzen tiefgekühlt aufbewahrt und zur Geburt mitgenommen. Eine erste Studie (Forster et al., 2017) zeigt, dass die Methode keinen negativen Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer oder eine Verlegung auf die Intensivstation hat, aber durchaus einen positiven Effekt auf das Stillen in der Wochenbettphase.

Silvia Honigmann, Prof. h. c., BSc Ernährung und Diätetik, Still- und Laktationsberaterin IBCLC, MAS Gesundheitsförderung und Prävention, Berner Fachhochschule Gesundheit

Literatur

Forster, D. A., Moorhead, A. M., Jacobs, S. E., Davis, P. G., Walker, S. P., McEgan, K. M., Opie, G. F., Donath, S. M., Gold, L., McNamara, C., Aylward, A., East, C., Ford, R. & Amir, L. H. (2017) Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy: a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet*; 389:2204–2213.
 Matias, S. L., Dewey, K. G., Quesenberry, C. P. Jr & Gunderson, E. P. (2014) Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr*; 99:115–121.
 Much, D., Beyerlein, A., Roßbauer, M., Hummel, S. & Ziegler, A.-G. (2014) Beneficial effects of breastfeeding

in women with gestational diabetes mellitus. *Molecular Metabolism*; 3:284–292.
 Segeer, H., Bührer, C., Kapellen, T., Mattern, E., Ramsauer, B., Somville, T. & Trotter, A. (2017) Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter. Leitlinie der GNPI, DGPM, DDG, DGHWi, dem DHV, der DGKJ und DGGG (2k-Level, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/006, Juli).
 Victora, C. G., Bahl, R., Barros A. J. D., França, G. V. A., Horton, S. & Krasevec, J. et al. (2016) Breastfeeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet*; 387:475–90.

Die Bedeutung der Hebamme für die frühkindliche Entwicklung aus Sicht der Salutogenese

Hebammen können Weichen stellen. Die Qualität der Begleitung von Müttern vor und während der Schwangerschaft, unter der Geburt und in der nachgeburtlichen Betreuung ist entscheidend für die gesundheitliche, psychische, kognitive und soziale Entwicklung der Babys, der Mütter, Väter und ihrer Familien. Studien zeigen, dass diese allererste Zeit im Leben die Gesundheit und die Entwicklungschancen der Kinder bis hin ins Jugendlichenalter bestimmen kann.

Weniger eindeutig scheint sich die Frage beantworten zu lassen, welche Faktoren ausschlaggebend sind, um Qualität und eine förderliche Begleitung von Müttern und ihren Familien zu gewährleisten. Eine wichtige Rolle spielen hier die Haltung und die Praxis der Hebammen, die aus Sicht der Salutogenese eng mit dem sogenannten Kohärenzsinn verbunden ist. Der Kohärenzsinn ist eine Messgrösse, die gesunde Entwicklungen nicht nur beschreiben und beeinflussen, sondern auch voraussagen kann. Er beinhaltet eine relativ stabile, aber auch dynamische Grundhaltung des Vertrauens in bestimmte Aspekte der eigenen Fähigkeiten und der nutzbaren Ressourcen.

Einen «Sinn für Kohärenz» entwickeln

Erst seit relativ kurzer Zeit ist bekannt, dass die Geburt eines Kindes ein Zeitraum ist, in dem sich der Kohärenzsinn der Mütter – und damit die Chancen auf Gesundheit und gute Entwicklung für die Kinder – positiv beeinflussen und stärken lässt. Diese vielschichtige Fähigkeit wird im neuen Konzept des «Sense For Coherence» («Sinn für Kohärenz») definiert und gegenwärtig erforscht. Gestützt auf Ergebnisse aus internationalen Studien kann bereits aufgezeigt werden, wie sich gesundheits- und entwicklungsfördernde Hebammenbegleitung von Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern im Einzelnen gestaltet und wie sie sich auf die Babys, Kinder und ihre Familien auswirkt. Anhand des impliziten Professionswissens von Hebammen werden die Elemente einer solchen Begleitung in der Schwangerschaftsvorbereitung, unter der Geburt und im Wochenbett beschrieben, und es wird aufgezeigt, wie sich der «Sinn für Kohärenz» in der Praxis realisiert. Dabei wird dargestellt, wie eine entwicklungs- und gesundheitsförderliche Hebammenpraxis auch mit neuen technischen Verfahren beschrieben und damit anschlussfähiger für das medizinische System werden kann.

Wo bestehen Lücken in der Praxis?

Salutogene Praxis sollte breit verankert und allen Familien zugänglich sein. Dass dem noch nicht so ist, wurde am Schweizerischen Hebammenkongress anhand von aktuellen Daten aus der Deutschschweiz dargestellt. An einer aktuellen Studie zu

Salutogene Praxis sollte breit verankert und allen Familien zugänglich sein.

Angeboten der Frühen Förderung wurde aufgezeigt, welche Familien tatsächlich Zugang zu (guter) Hebammenversorgung haben und welche Familien – besonders in Bezug auf die postnatale Betreuung – unterversorgt sind. Dabei stand die Sicht der Mütter im Zentrum und es wurde ausgeführt, welche Erfahrungen aus der Hebammenbegleitung Eltern rückblickend als nützlich und wirksam beurteilen. Abschliessend wurden Möglichkeiten aufgezeigt, wie gesundheitsfördernde Hebammenpraxis verstärkt so gestaltet werden kann, dass sie allen Müttern zu Gute kommt, und wie Hebammen ihre Schlüsselrolle als Vertrauenspersonen in der Frühen Förderung nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der psychosozialen Begleitung von Familien umfassend nutzen können.

Claudia Meier Magistretti, Prof. Dr.,
Psychologin FSP, Hochschule Luzern –
Soziale Arbeit

Der Kohärenzsinn ist eine Messgrösse, die gesunde Entwicklungen nicht nur beschreiben und beeinflussen, sondern auch voraussagen kann.

Gestationsdiabetes: Screening, Behandlung, Prävalenz

Der Assoziation zwischen mütterlichem Diabetes mellitus (Dm) und ungünstigem Ausgang der Schwangerschaft war schon früh eine erkannte Problematik. Die hohe perinatale Mortalität, ein übermässiges Geburtsgewicht dieser Kinder mit Organomegalien (Herz, Pankreas und andere Drüsen) sowie Adaptationsstörungen wurden damals auf den gestörten mütterlichen Zuckerstoffwechsel zurückgeführt (Miller, 1946). Dass eine mütterliche Hyperglykämie mit einer fetalen Hyperglykämie korreliert und viele der beobachteten fetalen und neonatalen Komplikationen damit erklärbar wurden, untersuchte Pedersen. Diese «Pedersen-Hypothese» stellt weiterhin die Basis des Verständnisses der pathophysiologischen Konsequenzen eines Diabetes in der Schwangerschaft dar (Pedersen, 1952).

Die Screeningtest wurden über die Jahre angepasst

Um diesen «prädiabetischen» Zustand in der Schwangerschaft besser erfassen zu können, wurden 1964 basierend auf einem 100 g oralen Glucosetoleranztest (oGTT) erstmals statistisch berechnete Blutzuckergrenzwerte festgelegt und damit ein Schwangerschaftsdiabetes bzw. Gestationsdiabetes mellitus (GDM) definiert (O'Sullivan & Mahan, 1964). Diese Screeningtests erfuhren im Verlaufe der Jahre Anpassungen, einerseits bedingt durch den Wechsel von initial aus Vollblut zu später aus Plasma bestimmten Zuckerwerten und andererseits bedingt durch den Einsatz von enzymatischen Methoden der Glucosemessung. Entsprechend sind die diagnostischen Grenzen mehrfach verändert worden (Mishra et al., 2016). Eines hatten aber all diese verschiedenen Screeningmethoden gemeinsam: den Fokus. D. h., die diagnostischen Grenzen waren so ausgelegt, dass sie das Risiko für die zukünftige Entwicklung eines Dm Typ 2 mehr abbildeten als eigentliche Schwangerschaftskomplikationen. Somit ist nicht verwunderlich, dass weniger als 5% der Schwangerschaften mit einem GDM diagnostiziert wurden.



Luigi Raio Bulgheroni

Die Prävalenz eines GDM variierte je nachdem, ob mehr oder weniger Risikofaktoren vorliegen bzw. ob man ein generelles oder nur ein selektives Screening durchführt (Mishra et al., 2016). Erst mit den Erkenntnissen einer grossen, randomisierten Studie, der sogenannten HAPO-Studie, konnte diese «Unschärfe» korrigiert werden (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2008). Deren Resultate wurden etwas später von der International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group als Empfehlung für das Screening nach GDM herausgegeben (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, 2010).

Künftig werden mehr Schwangere die Diagnose GDM erfahren

In der Schweiz wurden diese Empfehlungen kurze Zeit später ebenfalls übernommen (Boulvain, 2011) und 2018 im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz und Österreich) harmonisiert (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft, DDG & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG, 2018). Es wird ein generelles Screening mit einem 75g oGTT empfohlen, wobei in einer definierten Risikopopulation ein vorbeste-

hender Diabetes mittels eines Nüchternblutzuckers oder einem 2 Stunden 75 g oGTT oder einer Bestimmung vom Langzeitzucker HbA1c im ersten Trimenon ausgeschlossen werden sollte. Die dabei empfohlenen Normwerte entsprechen denjenigen einer nicht schwangeren Population.

Die Anwendung dieser neuen Richtlinien hat dazu geführt, dass 10 bis 15% der schwangeren Frauen die Diagnose GDM erfahren werden. Metaanalysen zeigen aber klar, dass mit einem sauberen Screening gefolgt von einer konsequenten interprofessionellen und interdisziplinären Betreuung der Frau Schwangerschaftskomplikationen kurzfristig tatsächlich gesenkt werden können (Hartling et al., 2013). Langfristig weiss man noch nicht, wie hoch das Risiko für Dm Typ 2 ist in diesem nach den HAPO-Kriterien selektionierten Kollektiv tatsächlich ist.

Bereits im ersten Trimenon ein Screening durchführen

Ungelöst ist ebenfalls das Geburtsmanagement. Es ist naheliegend, dass die generell schon hohe Rate an Einleitungen durch diesen Strategiewechsel noch weiter steigen wird. Etwas unschön ist die Tatsache, dass keine guten, randomisierten Studien existieren, die helfen zu verstehen, wann und

In den S3-Leitlinien Gestationsdiabetes wird von einer Einleitung vor 39+0 Wochen abgeraten und eher gegen 40 Wochen empfohlen.

ob überhaupt medikamentös eingeleitet werden muss bei GDM. Dies gilt insbesondere für Frauen mit einer guten metabolischen Einstellung. Es existieren nur Konsensempfehlungen mehrheitlich auf Daten, die auf nicht nach HAPO-Empfehlungen untersuchten Kollektiven basieren. In

Die innovative Vitamin D3 Applikation – sicher und einfach wie noch nie

NEU
FÜR BABIES
ENTWICKELT



www.luvit.ch

PRÄZISE DOSIEREN, DIREKT IN DEN MUND

- Exakt vordosiertes Vitamin D3 (200 I.E.)
- Einfache Anwendung: 1 mal pumpen = genau 1 Tropfen
- Formulierung ohne Alkohol, Pumptropfer ohne Glas

LUVIT
VITAMIN D3



SWISS MADE

Drossapharm AG, 4002 Basel

Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche Ernährung.
Bitte Packungsbeilage beachten.

den S3-Leitlinien Gestationsdiabetes (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DGG & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG, 2018) wird von einer Einleitung vor 39+0 Wochen abgeraten und eher gegen 40 Wochen empfohlen. Dies gilt auch für Frauen mit suboptimaler Einstellung. Hier wäre es besser, die Zeit zu nutzen, um die materno-fetale Metabolik zu optimieren. Neuere Erkenntnisse zeigen, dass bereits im ersten Trimenon ein Screening durchführbar wäre (Amylidi et al., 2016; Mosimann et al., 2016). Damit könnte man durch frühere Interventionen eine ungünstige epigenetische Beeinflussung des Kindes vermindern (Ismail-Beigi et al., 2016) und für die Mutter das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie und/oder Geburtstraumata weiter reduzieren.

Luigi Raio Bulgheroni, Prof. Dr. med., ist seit 1999 an der Frauenklinik der Universität Bern und mehrheitlich auf dem Gebiet der maternalen und fetalen Medizin tätig

Literatur

- Amylidi, S., Mosimann, B., Stettler, C., Fiedler, G. M., Surbek, D. & Raio, L. (2016)** First-trimester glycosylated hemoglobin in women at high risk for gestational diabetes. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 95(1):93–7.
- Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2018)** S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- Boulvain, M., Brändle, M., Drack, G., Hoesli, I., Honegger, C., Lehmann, R., Raio, L., Singer, M., Troendle, A., Zimmermann, R. & Surbek, D. (2011)** Screening nach Gestationsdiabetes. *Expertenbrief* 37. www.sggg.ch
- Hartling, L., Dryden, D. M., Guthrie, A., Muise, M., Vandermeer, B., Donovan, L. (2013)** Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U. S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Review. Ann Intern Med*; Jul 16; 159(2):123–9. doi:10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00661.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel (2010)** International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*; 33:676–682.
- Ismail-Beigi, F., Catalano, P. M. & Hanson, R. W. (2006)** Metabolic programming: fetal origins of obesity and metabolic syndrome in the adult. *Am J Physiol Endocrinol Metab*; 291:E439–40.
- Miller, H. C. (1946)** The effect of diabetes and prediabetic pregnancies on the fetus and newborn infant. *J Pediatr*; 29:455–461.
- Mishra, S., Rao, C. R. & Shetty, A. (2016)** Trends in the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. *Scientifica*; Article ID 5489015. <https://doi.org/10.1155/2016/5489015>
- Mosimann, B., Amylidi, S., Risch, L., Wiedemann, U., Surbek, D., Baumann, M., Stettler, C. & Raio, L. (2016)** First-Trimester Placental Growth Factor in Screening for Gestational Diabetes. *Fetal Diagn Ther*; 39(4):287–91.
- O'Sullivan, J. B. & Mahan, C. M. (1964)** Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Diabetes*; 13; 278–285
- Pedersen, J. (1952)** Diabetes and pregnancy: blood sugar of newborn infants. (Ph.D.-Thesis. Copenhagen: Danish Science Press, 230.)
- The HAPO Study Cooperative Research Group (2008)** Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med*; 358:1991–2002.

Ambulantes Management bei vorzeitigem Blasensprung am Termin

In der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel wird seit November 2012 den schwangeren Frauen das ambulante Vorgehen nach vorzeitigem Blasensprung (VBS) am Termin angeboten. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Frauen möglichst lange Zeit in ihrer vertrauten Umgebung verbringen können, der physiologische Verlauf der Geburt gefördert und der Klinikaufenthalt verkürzt wird.

Entscheidet sich ein Paar für das ambulante Management, erhält es standardisierte Informationen für das Verhalten in der häuslichen Umgebung, Hygienehinweise sowie eine Instruktion, bei Auftreten welcher Symptome es sich sofort wieder vorstellen muss. Alles Wesentliche ist in einem Informationsflyer für zu Hause zusammengefasst.

Positive Auswirkungen auf Frauen und Behandlungsteam

Die Hebammen sind die ersten Ansprechpersonen im Prozess. Sie evaluieren mittels Assessment und Diagnostik, welche Frauen sich für das ambulante Management qualifizieren. Anschliessend beurteilt die Ärztin oder der Arzt die Situation und informiert die Frauen über die Möglichkeit des ambulanten Managements. Die Hebammen unterstützen das Paar in der Entscheidungsfindung und informieren über das Vorgehen. Meldet sich die Frau nicht innerhalb von 12 Stunden mit regelmässigen Wehentätigkeit, kommt sie zur ambulanten Kontrolle. Spätestens 24 Stunden nach VBS werden die Schwangeren stationär aufgenommen und bei fehlender Wehentätigkeit eingeleitet.

Ende 2013 wurden die Erfahrungen der Frauen und des Behandlungsteams zum ambulanten Management erhoben. Die Befragung von 15 Frauen erfolgte mittels telefonischen Interviews, die nach thematischer Analyse ausgewertet wurden. Das

Eine Standardisierung der Informationsabgabe und gezieltere Unterstützung in der Entscheidungsfindung können das Vorgehen verbessern.

Behandlungsteam – 25 Hebammen, 12 Ärztinnen und Ärzte – wurde mittels Fragebogen befragt.

Die Resultate zeigten, dass das ambulante Management positive Auswirkungen auf die Frauen sowie auf das Behandlungsteam hat. Die Frauen berichteten von einer Steigerung ihres Wohlbefindens. Geschätzt wird die Wahlmöglichkeit zwischen ambulantem und stationärem Management, wobei sich Erstgebärende eher unsicher fühlen und mehr Unterstützung benötigen. Die Möglichkeit, sich jederzeit melden zu können und kompetente Auskunft am Telefon zu erhalten, vermittelten Sicherheit für die Zeit zu Hause. Gezeigt hat sich, dass eine Standardisierung der Informationsabgabe und gezieltere Unterstützung in der Entscheidungsfindung das Vorgehen verbessern können.

Physiologischer Verlauf der Geburt wird gefördert

Das Behandlungsteam fühlt sich in der Umsetzung grösstenteils sicher. Unsicherheiten wurden v. a. in Bezug auf die Kriterienliste genannt wie z. B. die Beurteilung des «fixen Köpfchens» oder der «strengen» Einschlusskriterien. Mit dem Hintergrund, für die Sicherheit von Frau und Kind zu sorgen, wurde die Kriterienliste bisher bewusst eng gefasst. In der Zwischenzeit zeigte jedoch eine retrospektive Dokumentenanalyse keine Unterschiede im maternalen und neonatalen Outcome zwischen ambulantem und stationärem Management. Es werden einzig eine signifikant kürzere Aufenthaltsdauer in der Geburtsabteilung beim ambulanten Management und somit deutlich geringere Kosten sichtbar.

Mit dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die befragten Frauen das Angebot schätzten und dass beide befragten Berufsgruppen das Vorgehen mit dem ambulanten Management nicht mehr missen möchten. Von Seiten der medizinischen Behandlung fördert das ambulante Management den physiologischen Verlauf der Geburt, weil weniger Interventionen initiiert werden, und es entlastet Ressourcen wie Personal und Räumlichkeiten.

Catherine Rapp, *Hebamme BSc, MAS*
Zürcher Fachhochschule in Managed Health Care, Hebamme und Schichtverantwortliche am Universitätsspital Basel in der Geburtsabteilung

Die Vertreibung aus dem Paradies? Geburtseinleitung heute

Die Geburtseinleitung bleibt mit einer Häufigkeit von 22 bis 25% eine Intervention, die sehr viele Schwangere betrifft. Die Idee dabei ist, dass eine Einleitung immer dann zur Anwendung kommen kann, wenn das vermutliche Ergebnis der Massnahme besser ist als es ohne Geburtseinleitung gewesen wäre. Es gibt allerdings eine Menge zu bedenken:

- Wie wahrscheinlich wäre denn ein schlechtes, ein gutes oder ein «besseres» Outcome mit und ohne Geburtseinleitung? Was genau heisst «besser»? Schneller? Gesünder? Angenehmer? Sicherer? Für wen – Mutter, Kind oder Fachleute?
- Wen betreffen die Risiken? Alle Schwangeren? Alle Kinder? Oder nur bestimmte – und falls das der Fall ist, welche?
- Falls eine Einleitung entschieden wird, wann soll sie durchgeführt werden? Vor, am, nach dem errechneten Termin? Wie lange vorher oder nachher?

- Wie soll eingeleitet werden? Medikamentös, naturheilkundlich, mechanisch? Mit welchen Medikamenten, in welcher Dosierung, wie oft? Oder in einer Kombination der Methoden? Nacheinander, in welcher Reihenfolge? Wo? In der Klinik, zu Hause?
- Gibt es offene Fragen zur Geburtseinleitung, Wirkungen oder Nebenwirkungen, die man nicht kennt? Gefahren?
- Weiss die individuelle Schwangere all das, bevor mit der Einleitung begonnen wird?
- Wie viel Mitsprache hat sie, wie ergebnisoffen war die Beratung?

Wie valide sind die häufigsten Indikationen?

Die Indikation Terminüberschreitung wird nicht aufgrund eines realen Problems getroffen, sondern aufgrund einer statistischen Wahrscheinlichkeit. Diese berechnet sich aus dem Risiko, dass ein ungeborenes Kind *in utero* versterben könnte. Dieses

Risiko steigt jenseits der 42+0 Schwangerschaftswochen (SSW) allerdings auf sehr niedrigem Niveau.

- V. a. Makrosomie: Diese Indikation klingt für die Schwangeren recht bedrohlich und bestätigt sich in der Realität oft nicht.
- Plazentainsuffizienz: Der Nutzen einer Einleitung ist nicht eindeutig belegt.
- Gestationsdiabetes: Hier sind die internationalen Empfehlungen sehr heterogen.

Die Indikation Terminüberschreitung wird nicht aufgrund eines realen Problems getroffen, sondern aufgrund einer statistischen Wahrscheinlichkeit.

Einleitungsmethoden und Sichtweisen der Frauen

Welche Methoden der Geburtseinleitung gibt es?

- Medikamente: Oxytocin, Prostaglandin (Dinoproston), Misoprostol
- Mechanische Methoden: Eipollösung, Dilatation, Ballonkatheter, Amniotomie
- Naturheilkundliche Methoden: Rizinus, Homöopathie, Akupunktur, Hypnose, Aromatherapie

Die Perspektive der Frauen wurde bislang wenig im Forschungskontext berücksichtigt. In einer Umfrage (Schwarz et al., 2016) wurde deutlich, dass die meisten Frauen gern mehr über die Einleitungsindikation, über Alternativen zur Einleitung und über die Methoden gewusst hätten. Ebenfalls mehrheitlich fühlten sich die Frauen nicht genügend in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Christiane Schwarz, Dr., Hebamme, MSc Public Health und Heilpraktikerin, Deutschland

Literatur

Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P. & Berger, B. (2016) Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*; 35, April, 3-10. www.sciencedirect.com



Welche aktuellen Studien sollten bekannt sein?

- **Grobman, W. A., M.D., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M. et al. (2018)** Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med*; 379:513–523. www.nejm.org
Das grosse ARRIVE Trial führte in der Fachwelt zu intensiven Diskussionen über die Frage, ob Schwangerschaften generell vor 40+0 Schwangerschaftswochen eingeleitet werden sollten, um die Kaiserschnitttrate zu senken, denn das war die Schlussfolgerung der Autoren. Allerdings gibt es in dieser Studie schwerwiegende methodische Schwächen.
- **Keulen, J. K. J., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., van der Post, J. A. M., de Miranda, E. (2018)** Timing induction of labour at 41 or 42 weeks? A closer look at time frames of comparison: A review. *Midwifery*; Vol. 66, 111–118. www.midwiferyjournal.com
Für diese Übersichtsarbeit analysierten die Autorinnen 22 randomisierte kontrollierte Studien. Sie fanden keine Evidenz für einen Nutzen von genereller Geburtseinleitung vor 42+0 Schwangerschaftswochen.

Strategien für Hebammen – neue Berufsfelder und neue berufliche Perspektiven

«Ausgangspunkt der Bildungsreformen war das Verständnis, dass sich die Anforderungen an den Beruf in vielfältiger Hinsicht gewandelt haben und sich weiter verändern werden», sagte Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Professorin für Pflege- und Hebammenwissenschaft, Hochschule Osnabrück (D), zu Beginn ihres Referates. Es gehe einerseits um den Erhalt des Wissens bspw. zur Förderung normaler/physiologischer Geburten und andererseits um die Wissenserweiterung und -vermehrung im Hinblick auf neue gesellschaftliche, (sozial)medizinische und demografische Herausforderungen. Dieses erfordert ein verändertes und erweitertes Kompetenzprofil für Hebammen.

Berufsanforderungen und Versorgungspraxis verknüpfen

Friederike zu Sayn-Wittgenstein beschrieb drei hochschulische Qualifizierungen: den Bachelor, den Master und die Promotion, die zum Doktorgrad führt. Diese sind im Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen mit je einem spezifischen Bildungsniveau festgehalten. Diese dienen der Vergleichbarkeit beruflicher Qualifikationen und Kompetenzen in Europa.

- Das Ziel des Bachelorstudiums ist die Vermittlung von theoretischem und praktischem Wissen zur Befähigung für die professionelle Berufsausübung. Eine Wissensvertiefung findet zudem durch die berufliche Tätigkeit statt. Im Bachelorstudiengang wird also gelernt, wie man mit Problemen grundsätzlich umgeht.
- Im Masterstudiengang entwickeln die Hebammen die Qualifikationen in der perinatalen Versorgung weiter und wenden das im Bachelorstudiengang erworbene Rüstzeug auf einer höher gelagerten Ebene an.
- In der Promotion wird eine originäre Fragestellung bearbeitet. Mit der Befähigung, eigenständig wissenschaftlich zu forschen, eröffnet sich für Hebammen u. a. ein Karriereweg an Hochschulen. Als notwendig für die Umsetzung dieser Abschlüsse erachtet Friederike zu Sayn-Wittgenstein die Verknüpfung von Berufsanforderungen und wissenschaftsgestützter Versorgungspraxis. Ein weiterer wichtiger Schritt bestehe darin, eine systematische Nachwuchsförderung durch strukturierte Promotionsprogramme aufzubauen, um damit eine Alternative für den derzeit üblichen Weg der Individualpromotionen zu schaffen. Für die (Master-)Studiengänge brauche es zukünftig Dozentinnen und Dozenten sowie Studiengangsleiterinnen und Studiengangsleiter, die promoviert sind.

«Um die Qualität in der Geburtshilfe zu stärken und zu sichern, brauchen wir die Weiterentwicklung des Hebammen-Kreislaufs.»



Anja Kroll-Witzler

Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Zwei Rollen im Modell

«Advanced Midwifery Practice»

Als Beispiele für den Aufbau von neuen Berufsrollen für Hebammen mit Masterabschluss stellte Friederike zu Sayn-Wittgenstein das bereits im Ausland existierende Modell «Advanced Midwifery Practice» vor. Es wird seit vielen Jahren international mit zwei Ausrichtungen diskutiert, die für Hebammen mit Masterabschluss in Frage kommen:

- Clinical Midwife Specialists bieten Beratung und Führung zur Unterstützung komplexer Betreuungssituationen und arbeiten innerhalb desselben regulatorischen Rahmens wie examinierte Hebammen.

- Advanced (Nurse) Practitioner üben eine autonome, erweiterte Tätigkeit aus, erstellen Diagnosen, verschreiben Medikamente und andere Behandlungen und bewegen sich in einem erweiterten regulatorischen Rahmen.

Für die deutschsprachige Schweiz haben die Berner Fachhochschule und die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften folgende Rollen für Hebammen mit Masterabschluss erarbeitet: Hebamme MSc Fachexpertin, Hebamme MSc Leadership und Management sowie Hebamme MSc Forschung und Entwicklung (siehe «Obstetrica» Nr. 12/2017).

Das Betreuungskonzept

Hebammen-Kreislauf vorantreiben

«Um die Qualität in der Geburtshilfe zu stärken und zu sichern, brauchen wir die Weiterentwicklung des Hebammen-Kreislaufs», erklärte Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Dieses Modell, in dem Hebammen in einem Krankenhaus eigenverantwortlich die Organisation übernehmen und selbstständig tätig sind, besteht in Deutschland seit 2003. Es entspricht der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der Schweiz. Von ca. 860 geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland haben derzeit ca. 20 Krankenhäuser einen Hebammen-Kreislauf umgesetzt. «Meines Erachtens braucht es Hebammen mit Masterabschluss – im Sinne einer Clinical Midwife Specialist –, die in den Krankenhäusern die nachhaltige Umsetzung dieses komplexen Versorgungskonzeptes unterstützen bzw. vorantrei-

ben», so Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Um dieses erreichen zu können, müssten mittel- und langfristig grundsätzliche Bedingungen für eine Disziplinbildung Hebammenwissenschaft erfüllt sein. Dazu gehöre die Verstetigung der Studienangebote auf allen Stufen des Bologna-Zyklus, insbesondere die Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch Promotoren, der Ausbau von Forschungscompetenz auf allen Qualifizierungsstufen und die Theorieentwicklung.

Für die Entwicklung der AMP-Rollen müssten die Probleme identifiziert und die Fragestellungen mithilfe der Forschung bearbeitet werden. Bei der sich anschließenden Umsetzung müssten alle Akteurinnen und Akteure – auch die Kostenträger – beteiligt sein. Die Ergebnisse sollten modellhaft in der Praxis umgesetzt, evaluiert und gegebenenfalls modifiziert werden, um sie zu verstetigen. Friederike zu Sayn-Wittgenstein schloss mit den Worten: «Die Passion, die für den Beruf, nämlich die Begleitung von Frauen in dieser sensiblen Lebensphase mitgebracht wurde, muss die gesellschaftlichen Fakten, die Diversität von Frauen und von Entwicklungen im Blick und aktuell halten, um adäquat und professionell handeln zu können. Das Spannungsfeld samt Herausforderungen besteht darin, dass erst im Prozess überhaupt erkannt werden kann, wie bunt und sich ausdifferenzierend die gesellschaftliche Wirklichkeit ist.»

Miryam Azer

«Die Passion, die für den Beruf, nämlich die Begleitung von Frauen in dieser sensiblen Lebensphase mitgebracht wurde, muss die gesellschaftlichen Fakten, die Diversität von Frauen und von Entwicklungen im Blick und aktuell halten.»

125 Jahre SHV: ein würdiger Festakt mit internationalem Beitrag

«Zusammenkommen ist ein Anfang, Zusammenbleiben ist ein Fortschritt, Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.» Mit diesem Zitat von Henry Ford eröffnete Mervi Jokinen, Präsidentin der European Midwives Association (Europäischer Hebammenverband, EMA), ihr Referat im Rahmen des Festaktes des Schweizerischen Hebammenkongresses. Die EMA repräsentiere 37 Mitgliedorganisationen aus 30 Ländern und gebe damit über 120 000 Hebammen in Europa eine Stimme, wobei die Anzahl Mitglieder pro Land sehr unterschiedlich sei. Die Vision der EMA ist, die allgemeine und reproduktive Gesundheit von Frauen zu stärken – also nichts anderes als das, was der Schweizerische Hebammenverband (SHV) tue, betonte Mervi Jokinen.

Forschungsarbeiten in Englisch verfassen

Die EMA-Präsidentin kam auf verschiedene Gebiete zu sprechen, in denen sich die EMA engagiere, u. a. auf die Ausbildung. Sie gab zu bedenken, dass das Bologna-Modell mit Bachelor, Master und Doktorat nicht in jedem Land angewendet werde und dass in den verschiedenen Ländern Punkteunterschiede bestehen würden. Im Gegensatz zum Bologna-Modell anerkenne der Europäische Qualifikationsrahmen auch andere Abschlüsse an.

Die EMA habe keine Ressourcen für eigene Forschung, sei aber aktiver Pate von EU-Projekten. «Ich denke, dass die Forschung in Europa sehr stark ist. Wenn die Forschungsarbeiten aber nicht auf Englisch formuliert sind, überschreiten sie leider die Landesgrenzen nicht. Englisch ist die Vergleichsgrösse», betonte Mervi Jokinen. Sie ist davon überzeugt, dass Hebammenvertreterinnen an internationalen Tischen sitzen müssen. Die EMA ist bspw. Mitglied des Health Policy Forums und des European Alcohol Forums und arbeitet mit Frauengruppen, anderen Branchenberufen sowie dem European Board of Obstetricians and Gynaecologists (Europäische Kommission für Frauenärzte und Gynäkologen) zusammen. Denn: «Wir Hebammen können es nicht alleine schaffen, wir brauchen dazu die Frauen neben uns», so Mervi Jokinen.

In den Tagen vor dem Jubiläumskongress wurde an der Weltgesundheitsversammlung laut der EMA-Präsidentin mehrmals betont, dass die Krankenschwestern und Hebammen im Mittelpunkt stehen. Sie zitierte Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), folgendermassen: «Krankenschwestern und Hebammen spielen nicht nur eine



Sektionsmitglieder und ehemalige Verbandspräsidentinnen geehrt



Die ehemaligen Präsidentinnen des SHV freuten sich über die Ehrung.



Diese Sektionsmitglieder wurden mit persönlichen, von den Sektionspräsidentinnen verfassten Worten für ihr Wirken geehrt.

Fotos: Anje Kroll/Witzer

Barbara Stocker Kalberer, Präsidentin des SHV, ehrte die ehemaligen Präsidentinnen des SHV: Erika Balmer (1987–1988), Irene Lohner (1988–1989) (nicht anwesend), Annemarie Wagner-Zogg (1989–1992), Ruth Brauen (1992–1997), Clara Bucher (1997–2001), Lucia Mikeler Knaack (2001–2009) und Liliane Maury Pasquier (2009–2013) (nicht anwesend).

Im Vorfeld des Schweizerischen Hebammenkongresses waren die Sektionspräsidentinnen aufgefordert worden, je ein Sektionsmitglied zu nennen, das für besondere Verdienste geehrt werden sollte. Barbara Stocker Kalberer und Franziska Schläppy, Zentralvorstandsmitglied, verlasen die von den Präsidentinnen verfassten persönlichen Dankesworte. Geehrt wurden Bea Angehrn, Sektion Geburtshaus- und Hausgeburts-Hebammen; Christine Brändli, Sektion Aargau-Solothurn; Ruth Brauen, Section Vaud-Neuchâtel-Jura; Heidi Caprez, Sektion Zentralschweiz; Francesca Coppa Dotti, Sezione Ticino; Helene Creo, Sektion Glarus; Petra Graf Heule, Sektion Zürich und Schaffhausen; Madeleine Grüniger, Sektion Ostschweiz; Marianne Haueter, Sektion Bern; Penny Held, Sektion Beide Basel; Ines Lehner, Sektion Oberwallis; Liliane Maury Pasquier, Section Genève; Daniela Sintado, Section Valais romand; Elisabeth Wyler, Section Fribourg. Die Sektion Schwyz verzichtete darauf, jemanden zu nennen und bedankten sich bei allen Hebammen ihrer Sektion gleichermaßen. Alle Mitglieder des Zentralvorstandes des SHV trugen zu Ehren von Christine Brändli einen selbstgedichteten Text vor und bedankten sich so für ihre 25-jährige Tätigkeit für den Verband.

entscheidende Rolle bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für Millionen Menschen auf der ganzen Welt, sondern auch bei der Umgestaltung der Gesundheitspolitik, der Förderung der Gesundheit in Gemeinden und der Unterstützung von Patienten und Familien.»

**«Wir sind wertvoll für
jedes nationale System»**

Als Herausforderungen sieht Mervi Jokinen im Kontext von Gesundheit2020 das Empowerment der Frauen: Diese sollen während Schwangerschaft und Geburt mehr Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen erlangen, die sich auf ihre Gesundheit auswirken. Die EMA-Präsidentin beobachtet oft Unterschiede zwischen der privaten und der öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie das Fehlen von Hebammen in Teams der Grundversorgung und in einigen Ländern sogar im Gesundheitswesen. «Diese Unterschiede sollte es nicht mehr geben, deshalb sollten wir politischer werden und geschlossen vorgehen. Unsere Herausforderung besteht darin, der WHO Informationen zu liefern, denn wir sind wertvoll für jedes nationale System, wenn wir unsere Rolle übernehmen.»

Als aktuelle Schwerpunkte für europäische Hebammen sieht sie v. a. die Autonomie als definierte Handlungsfreiheit, die es ermöglicht, die Rolle der Fachfrau zu erfüllen, die Kontinuität der Pflege und Pfleger/innen, die Menschenrechte sowie die perinatale psychische Gesundheit. «Wir sind stolz auf die Vergangenheit und glauben an unsere Zukunft, sagen wir bei EMA», waren Mervi Jokinens Schlussworte.

Der Festakt wurde vom Frauenchor *donne cantabile* umrahmt. Die 40 anwesenden Frauen sangen unter der Leitung von Franziska Wigger Stücke und Lieder aus unterschiedlichen Stilrichtungen.

Miryam Azer



Mervi Jokinen



**Felicia Burckhardt gewinnt
den Posterwettbewerb**



Antje Kroll-Witzer

Die glückliche Gewinnerin Felicia Burckhardt zusammen mit Roger Molleman, Leiter Kundendienst und Verkauf bei Swica.

Dieses Jahr waren am Schweizerischen Hebammenkongress in Luzern elf Poster in drei Kategorien ausgestellt:

1. Poster von einer studierenden Hebamme (Bachelorthesis)
2. Poster im Bereich der Hebammenforschung (quantitative und qualitative Studie oder eine Literaturübersicht)
3. Poster im Zusammenhang mit einem interprofessionellen Projekt zu den Themen Frauen-, Neugeborenen- und Kleinkindergesundheit (Voraussetzung: Mindestens eine Autorin / ein Autor muss Hebamme sein)

In der Kategorie «Poster im Zusammenhang mit einem Hebammenprojekt mit Evaluation» ging nichts ein.

Für die ersten zwei Kategorien bekleideten die Jury Bénédicte Michoud Bertinotti, Hebamme, MSc, Ausbilderin, Haute Ecole de Santé Vaud; Claudia Putscher-Ulrich, MSc Midwifery, MBA Health Services Management, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Tamara Bonc-Brujevic, Hebammenexpertin MSc am Stadtspital Triemli, Zürich. Die Poster der dritten Kategorie beurteilten Prof. Dr. med. Luigi Raio Bulgheroni, Frauenklinik der Universität Bern, mehrheitlich auf dem Gebiet der maternalen und fetalen Medizin tätig; Dr. med. Markus Hodel, Chefarzt der Geburtshilfe und Fetomaternalen Medizin, Frauenklinik Luzern; Christina Diebold, Hebamme FH, MAS und Pflegeexpertin Stufe 1, Luzerner Kantonsspital. Von den elf Poster hat nur eines die nötige Punktzahl erreicht: «Wieder schwanger nach einer Totgeburt – Die Bedürfnisse von Müttern an die fachspezifische Begleitung vor, während und nach der Geburt eines weiteren Kindes» von Felicia Burckhardt in der Kategorie Hebammenforschung. Sie gewann den von der Swica gestifteten Preis im Wert von CHF 1000.–.

Miryam Azer

Das Gewinnerposter ist abrufbar unter www.hebamme.ch

Buchempfehlungen

Thomas Harms
Keine Angst vor Babytränen

Psychosozial-Verlag
 2018, 208 Seiten, CHF 23.90
 ISBN 978-3-8379-2809-9



Wie sie durch Achtsamkeit das Weinen Ihres Baby sicher begleiten

Thomas Harms, Begründer der Emotionellen Ersten Hilfe (EEH), hatte den Wunsch, aus seiner langjährigen Erfahrung ein Buch für Eltern zu schreiben. Er beschreibt das Weinen von Babys, dessen Ursachen, Auswirkungen und einen heilsamen Umgang damit verständlich und gut gegliedert in drei Teilen.

Die Erläuterungen werden mit Beispielen aus der Praxis untermauert. Das Buch schliesst mit einem Ressourcenkoffer mit konkreten Übungen für den Alltag.

Es ist ein zentrales Anliegen des Autors, dass Eltern das Weinen als Ausdruckssprache ihres Babys wahrnehmen und entschlüsseln lernen. Auch macht Thomas Harms den Unterschied zwischen bindungsbasierter Weinbegleitung und «das Baby einfach schreien lassen» deutlich.

Als Mutter mit eigener Erfahrung mit einem intensiv schreienden Baby und als Hebamme und Fachberaterin EEH liest sich das Buch aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Die ausführlichen Beschreibungen der verschiedenen Formen des Babyweins helfen, es in seiner ganzen Vielfalt besser zu verstehen. Dieses Verständnis ermöglicht Hebammen, die in der Nachsorge tätig sind, bei Bedarf eine Brücke zwischen Eltern und Baby zu schlagen. Das Buch kann ihnen auch dazu dienen, Belastungsspiralen frühzeitig zu erkennen und grundlegende Informationen über das Babyweinen oder auch einfache Übungen weiterzugeben und die Eltern in deren Anwendung zu unterstützen.

Für Mütter in Not scheint das Buch zu umfassend. Der dritte Teil des Buches über die Praxis des betreuten Babyweins kann ihnen jedoch als Begleitliteratur zu einer Fachberatung dienen.

Das Buch ist eine hilfreiche Vorbereitung für Eltern, bevor es zu einer Krise kommt, um grundlegende Informationen über das Babyweinen und Instrumente im Umgang damit zu bekommen. In diesem Sinne sei es auch Hebammen ans Herz gelegt, die in der Vorsorge tätig sind. Alles in allem ist das Buch ein wichtiger Beitrag, Mythen und Praktiken im Umgang mit dem Babyweinen zu durchleuchten, und es zeigt stattdessen neue fachlich fundierte und erprobte Handlungsmöglichkeiten auf.

Rahel Küffer,
Hebamme und Fachberaterin Emotionelle Erste Hilfe

Tanja Sahib
Darauf waren wir nicht vorbereitet

Books on Demand
 2018, 236 Seiten, € 20,-
 ISBN 978-3746074733



Psychische Krisen rund um die Geburt eines Kindes verstehen und überwinden

Tanja Sahib ist Psychologin, Traumatherapeutin und Mutter. In einer Beratungsstelle begleitet sie Frauen und Familien vor und nach der Geburt. Ihr Ratgeber richtet sich an Eltern und deren Angehörige, die rund um die Geburt Traurigkeit oder Angst empfinden, wenn sich das erwartete Glücksgefühl nicht einstellt.

Die Autorin bietet den Lesenden systematisch-lösungsorientierte Fragen, Antworten und Übungen an, die Unterstützung für erste Schritte aus der Verzweiflung aufzeigen sollen, um bei peripartalen Krisen wieder Lebensmut zu erhalten. Einige Kapitel werden durch Zitate von Betroffenen, die ihre Erlebnisse als Praxisbeispiele schildern, ergänzt.

- Teil 1 zeigt mögliche Ängste in der Schwangerschaft und im Wochenbett auf. Babyblues und Wochenbettdepression werden erläutert.
- Teil 2 beschreibt die Anteilnahme des sozialen Umfeldes der Betroffenen mit der entsprechenden Dynamik.
- Teil 3 ist ein Erste-Hilfe-Set, das Tipps zur Verbesserung von Erschöpfungszuständen gibt.
- Teil 4 beschreibt den Lebensabschnitt des Eltern-Werdens.
- Teil 5 bietet Einblick in den Forschungsstand zu Depressionen und Informationen zu Psychotherapie und Psychopharmakotherapie.

Das Buch ist übersichtlich gegliedert und gut verständlich. Es enthält handschriftliche Tabellen und Zeichnungen – es ist den Lesenden überlassen, ob sie dies ansprechend finden. Zu empfehlen ist dieser Ratgeber für betroffene Eltern, ergänzend zur therapeutischen Begleitung professioneller Personen. Hebammen können sich einen Einblick in die psychotherapeutische Arbeit zur Überwindung perinataler Krisen betroffener Mütter verschaffen.

Anna-Tina Weber-Tramèr,
Hebamme HF MAS

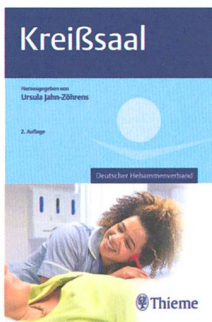
Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.)

Kreißsaal

Thieme Verlag

2018, 536 Seiten, 2. Auflage, CHF 56.90

ISBN 978-3-13-240223-2, auch erhältlich als E-Book



Das Handbuch für die Hebammenpraxis wurde vom Deutschen Hebammenverband herausgegeben. Die Autorinnen sind acht Hebammen, tätig in unterschiedlich grossen Kliniken. Das Handbuch gliedert sich in acht Kapitel, beginnend mit der Anamnese bis hin zum Neugeborenen. Die einzelnen Kapitel, die «Teile» genannt werden, enthalten viel theoretisches Wissen, aber auch Praxistipps, Hinweise wie Merke, Cave, Info und

Praxis. Die Inhalte fokussieren auf pathologische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe.

Das Buch ist kompakt geschrieben, enthält Grafiken, Tabellen und Bilder. Es ist lesefreundlich und übersichtlich dargestellt. Am Ende jedes Kapitels wird eine Literaturliste abgebildet, auf die sich die Inhalte in den Kapiteln berufen. Toll wäre es, wenn diese Literaturhinweise dem Text zugeordnet wären, wie dies ansatzweise in einigen Kapiteln der Fall ist. Denn manche Lesenden würden ab und an wohl gerne einigen Inhalten vertiefter nachgehen. Trotz des im Schweizer Sprachraum ungewohnten, veralteten Titels «Kreißsaal» ist das Buch als Handbuch für die Praxis empfehlenswert. Kann doch anhand des Sachregisters ein Thema kurz und prägnant nachgeschlagen und in Erinnerung gerufen werden.

Regula Hauser,

redaktionelle Beirätin, MPH, Leiterin Weiterbildung, Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fabienne Becker-Stoll, Kathrin Beckh, Julia Berkic
Bindung – eine sichere Basis fürs Leben

Kösel

2018, 384 Seiten, CHF 28.90

ISBN 978-3-466-31081-4

**Das große Elternbuch für die ersten 6 Jahre**

Die drei Bindungsforscherinnen haben aufbauend auf die Pionierarbeit von John Bowlby, Mary Ainsworth sowie Karin und Klaus Grossmann ein fundiertes Ratgeberwerk zum Thema Bindung während den ersten sechs Entwicklungsjahren von Kindern für Eltern geschrieben. In einem einleitenden Kapitel legen sie die Entstehung von Bindung und deren Wichtigkeit dar. Die Themen «Kommunikation zwischen Eltern und Kindern», «Feinfühligkeit als Grundhaltung», «Gefühle wahrnehmen und reflektieren» sowie «Mit emotionalen Grundbedürfnissen in Einklang leben» werden erklärt und mit dem Thema Bindung in Beziehung gesetzt.

Darauf aufbauend wird dann pro Kapitel ein Lebensjahr oder Abschnitt in der frühkindlichen Entwicklung konkret mit den spezifischen, oben genannten Themen der jeweiligen Entwicklungsphase besprochen. Stellenweise ergänzen die Autorinnen die Bindungsthemen durch zugrundeliegende Erkenntnisse aus der Gehirnforschung. Sie beziehen auch die Bindungsmuster in der Partnerschaft der Eltern sowie der Herkunftsfamilie ein. Den Themen Trennung und Stress und wie Bindung trotzdem weiterhin gelingen kann wird in einem separaten Kapitel Rechnung getragen. Bildliche Darstellungen unterstützen wichtige Aussagen im Text.

Das Buch ist verständlich, nachvollziehbar und gut geschrieben. Beim Lesen des kompletten Ratgebers fallen viele Wiederholungen auf. Dadurch erscheint der Stil teilweise etwas langfädig. Am meisten überzeugt das Buch durch die unterstützende Haltung ohne moralischen Zeigefinger. Während der Dauer der frühkindlichen Phase kann es Eltern im Beziehungsprozess zu ihrem Kind / ihren Kindern unterstützen. Fazit: Ein motivierendes und unterstützendes Buch im Bindungsprozess für Eltern, das Mut macht und unterstützt, sich auf diesen spannenden und manchmal herausfordernden Prozess einzulassen und ihn bedürfnisadäquat zu gestalten.

Anita Jakob,

Hebamme FH, MAS, Dozentin Berner Fachhochschule