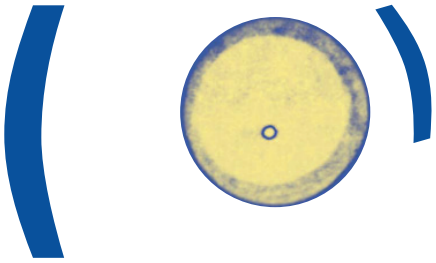
Sektion Ostschweiz

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett

- Grundlagen der Hebammenarbeit
- Professionelle ambulante Wochenbett-betreuung
- Checkliste für die Hebammenarbeit im frühen und späten Wochenbett

Impressum

Herausgeberin Sektion Bern
Schweizerischer Hebammenverband SHV
3000 Bern
www.bernerhebamme.ch
shv-sektionbern@bluewin.ch

Autorinnen Sabine Graf, Boll, sabinegraf@lorraine.ch (Kapitel 1 bis 6)
Anja Hurni, Bern, anjahurni@hotmail.com (Kapitel 3 und 4)

Lektorat Matthias Hui, Bern
Layout SatzPunkt, Hanspeter Walser, Bern

1. Auflage Bern, April 2014
alle Rechte vorbehalten
© 2014 SHV Sektion Bern

Die Hebammenempfehlungen werden alle zwei Jahre aktualisiert, erstmals 2016 und bei Bedarf früher.

Inhalt

1 Einleitung und Hintergrund 4
1.1 Empfehlungen für Hebammen – eine Notwendigkeit 4
1.2 Empfehlungen für die Wochenbettbetreuung – Vorgehensweise und Gliederung 5
1.3 Literatur 6

2 Grundlagen der Hebammenarbeit 7
2.1 Einleitung 7
2.2 In der Hebammenarbeit verwendete Konzepte 7
2.3 Die Aufgabe und Rolle der Hebamme: Betreuung als gekonnte Nicht-Intervention 11
2.4 Das Spezifische der Hebammenarbeit: Hebammenkompetenzen und -fertigkeiten 12
2.5 Die ganzheitliche Betreuung durch die Hebamme: Vernetzung mit und Abgrenzung zu anderen Fachpersonen und -disziplinen im Gesundheitswesen 13
2.6 Die Qualitätssicherung der professionellen Hebammenarbeit 14
2.7 Die Problematik des heutigen Versorgungsmodells und die Stärkung der Hebammenrolle 16
2.8 Literatur 18

3 Professionelle ambulante Wochenbettbetreuung 20
3.1 Einleitung 20
3.2 «Es ist wichtig, wie wir geboren werden»: Die Bedeutung der Zeit nach der Geburt 20
3.3 Die Zeit nach der Geburt über das Wochenbett hinaus – eine Begriffsklärung 21
3.4 Die Gesundheit von Mutter und Kind nach der Geburt 22
3.5 Die Bedürfnisse von Frauen, Kindern, Familien in der Zeit nach der Geburt 23
3.6 Die Hebammenleistungen in der Wochenbettbetreuung 24
3.7 Literatur 26

4 Checkliste für die Hebammenarbeit im frühen und späten Wochenbett 28
4.1 Gliederung und Gebrauch der Checkliste 28
4.2 Schwerpunkte im Prozessverlauf 29
4.3 Pflege, Beratung und besondere Aufmerksamkeit 31
4.4 Erläuterungen, Links und Broschüren 37
4.5 Literatur 40

5 Weiterführende Literatur und Links 42

6 Anhänge 44
6.1 Anhang Biosoziales Ökosystem 44
6.2 Anhang Leitfaden Zusammenarbeit mit Mütter- und Väterberatung 45
6.3 Anhang Übergaberapport 47
6.4 Anhang Gesetzliche Grundlagen 48
6.5 Anhang Vernehmlassung Empfehlungen 49

1 Einleitung und Hintergrund

1.1 Empfehlungen für Hebammen – eine Notwendigkeit

Die Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV stellt mit dem vorliegenden Dokument seinen Mitgliedern erstmals Empfehlungen für die Hebammenarbeit zur Verfügung. Die Hebamme ist die Expertin für die physiologische Geburtshilfe. Sie ist die einzige Gesundheitsfachfrau, die Frauen während der ganzen Phase von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit nach der Geburt professionell und umfassend begleitet, berät und versorgt. Bisher fehlen in der Schweiz Empfehlungen für freipraktizierende Hebammen, die sich explizit an der Hebammengeburtshilfe und an der Physiologie orientieren.

Die Aufgabe von Berufsverbänden ist es unter anderem, Qualitätsanforderungen im Arbeitsfeld der jeweiligen Profession zu definieren. Dies sehen auch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, Art. 58) und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 77) vor. Die Sektion Bern SHV kommt mit diesen Empfehlungen den gesetzlichen Anforderungen nach. Sie empfiehlt ihren Mitgliedern, sich an diesem Dokument zu orientieren.

Weiter bieten die Empfehlungen einem breiteren Publikum Aufschluss über die Arbeit von Hebammen. Immer wieder kann festgestellt werden, dass das Berufsfeld der Hebamme in der Öffentlichkeit wenig bekannt ist. Mit dem vorliegenden Papier stehen Kundinnen, Fachpersonen aber auch VertreterInnen von Institutionen, Verwaltungen, Versicherungen und Politik Informationen über die Hebammenarbeit zur Verfügung.

Gemäss dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (2013) hat die Zahl der in der Schweiz zugelassenen freipraktizierenden Hebammen seit 2004 um mindestens 45% zugenommen. Der grösste Teil der Hebammendienstleistungen wird in der ambulanten Wochenbettbetreuung erbracht (Schweizerischer Hebammenverband, 2012). Es ist anzunehmen, dass dieser Trend vor allem auch durch die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung (DRG) im Januar 2012 in den nächsten Jahren anhält (König & Pehlke-Milde, 2010).

Im April 2012 erteilte der Vorstand der Sektion Bern den beiden Autorinnen Sabine Graf und Anja Hurni den Auftrag, Empfehlungen für die Wochenbettbetreuung auszuarbeiten. Die beiden Autorinnen sind qualifizierte Hebammen mit einer langjährige Praxistätigkeit im Berufsfeld der freipraktizierenden Hebammen sowie mit einem wissenschaftlichen Bildungshintergrund. Während der Erarbeitungsphase bestand ein enger Austausch mit dem Sektionsvorstand.

Zusammengefasst sind die vorliegenden Empfehlungen eine Orientierungshilfe für Hebammen und verwandte Gesundheitsberufe in der Wochenbettbetreuung. Für Kundinnen und Berufsfremde geben sie Auskünfte zu den Inhalten und zum Qualitätsverständnis in der Hebammenarbeit. Die Empfehlungen orientieren sich am Bedürfnis der Frau, des Kindes und der Familie, basieren auf Primär- und Sekundärliteratur und auf praktischen Erfahrungen von Fachexpertinnen. Der Fokus richtet sich auf die Physiologie sowie auf salutogenetische, frauenzentrierte und evidenzbasierte Konzepte. Die Empfehlungen sollen zudem als Grundlage und als Argumentationshilfe in der Konzeption der primären Grundversorgung von Mutter und Kind dienen.

Die «Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett» wurden im Frühling 2014 von der Hauptversammlung der Sektion Bern SHV genehmigt. Sie stehen allen Mitgliedern kostenlos zur Verfügung. Eine breite Anwendung durch alle Interessierte ist die Absicht.

Der Vorstand Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes
Bern, im April 2014

Genehmigt für die Sektion Ostschweiz am 14.08.2014, der Vorstand Sektion Ostschweiz

1.2. Empfehlungen für die Wochenbettbetreuung – Vorgehensweise und Gliederung

Zu Empfehlungen, Leitlinien und Standards existieren verschiedene Begriffsbestimmungen, Stellenwert und Unterschiede variieren. Wir haben uns für die Definition von «Empfehlungen» an Schäfers (2007) orientiert. Demnach sollten Empfehlungen den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln, sind aber nicht zwingend wissenschaftlich abgeleitet. Erstellt werden sie durch Berufsverbände, eine Verbindlichkeit besteht nicht. Es handelt sich bei den hier vorliegenden Empfehlungen also weder um Richtlinien noch um Leitlinien mit rechtlich verbindlichem Charakter. Trotzdem können sie in Schadensfällen als Massstab zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers zugezogen werden (Schäfers, 2007).

Für die Erarbeitung wurde erst eine Bestandaufnahme des vorhandenen Materials gemacht. Dabei lag die Priorität bei Dokumenten aus der Schweiz und aus dem deutschsprachigen Raum, auch englische Vorlagen wurden beigezogen. Unterlagen vom Schweizerischen Hebammenverband (SHV) und von den Fachhochschulen in der Deutschschweiz (BFH und ZHAW) wurde konsultiert, ebenso Veröffentlichungen des Internationalen Hebammenverbandes (ICM), der deutschsprachigen Hebammenverbände sowie von Fachgesellschaften verwandter Disziplinen. Weiter wurde Primär- und Sekundärliteratur aus unserem Fachgebiet herangezogen. Wichtig war uns, das Fachwissen und die praktischen Erfahrungen von freipraktizierenden Hebammen einzubeziehen. Als bedeutende Vorlage dienten weiter die Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dies ist ein bedeutendes unabhängiges Institut des Departement of Health in Grossbritannien. Aufgabe des NICE ist es, möglichst umfassende und verlässliche Empfehlungen für PatientInnen, die medizinische Fachwelt und die Öffentlichkeit zu den aktuellen «Best Practices» abzugeben, die auch den Kriterien der Evidence Based Medicine genügen. Insbesondere die NICE-Guidelines Postnatal Care (2006) dienten als wertvolle Grundlage.

Die hier vorliegenden Empfehlungen für Hebammen gliedern sich inhaltlich in drei Teile (Kapitel 2 bis 4).

Kapitel 2 versteht sich als integrale Grundlage. Zur Hebammenarbeit allgemein werden Überlegungen, Hintergründe und Zusammenhänge dargestellt. Haltungen, Theorien und Kompetenzen werden beschrieben. Dieser Teil lässt sich ebenfalls noch zu erarbeitenden Empfehlungen für weitere Praxisfelder der Hebammenarbeit (z. B. Schwangerschaft, Geburt) voranstellen.

Kapitel 3 und 4 beziehen sich auf die Wochenbettbetreuung. Dabei werden in Kapitel 3 Hintergründe und Strukturen der Wochenbettbetreuung sowie Argumente für die Empfehlungen dargelegt. Mit Kapitel 4 liegt eine Checkliste vor, die konkrete Handlungen und deren zeitliche Abläufe darstellt. Sie dient somit der konkreten, praktischen Hebammenarbeit in der Wochenbettbetreuung. Kapitel 3 und 4 bilden eine Einheit und können unabhängig von Kapitel 2 angewendet werden.

Die ausgearbeiteten Empfehlungen wurden in eine Vernehmlassung gegeben, wobei Hebammen in verschiedenen Berufsgebieten, Fachleute anderer Disziplinen sowie Eltern einbezogen wurden. Die Liste der VernehmlassungspartnerInnen ist im Anhang (siehe 6.5) ersichtlich. Ebenfalls wurde der Entwurf allen Mitgliedern der Sektion zur Stellungnahme zugestellt. Die zum Teil sehr ausführlichen Rückmeldungen wurden geprüft und in die nun vorliegenden Empfehlungen einbezogen. An dieser Stelle möchten wir uns bei allen, die mit ihren wertvollen, ergänzenden und kritischen Rückmeldungen diese Arbeit unterstützt haben, ganz herzlich bedanken!

Sabine Graf und Anja Hurni
Bern, im Februar 2014

1.3 Literatur

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Art. 58 vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2013). Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201307010000/832.10.pdf.

König, C. & Pehlke-Milde, J., Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG).* Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05065/05105/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFfXx6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

National Institute for Health and Care Excellence NICE (2006). Postnatal Care. *Routine postnatal care of women and their babies.* London: The National Collaborating Centre for Primary Care And Royal College Of General Practitioners. Abgefragt am 28.01.2014 unter http://guidance.nice.org.uk/CG37/NICEGuidance/pdf/English.

Schäfers, R. (2007). Schwangerenvorsorge. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl., S. 137 – 170). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2012). *Statistik frei praktizierender Hebammen der Schweiz. Statistikbericht 2012.* ZHAW Gesundheit, Institut für Hebammen. Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/stats.cfm.

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, SBFI (2013). *Erläuternder Bericht zum Gesundheitsberufegesetz (GesBG).* Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.sbfi.admin.ch/berufsbildung/01539/02070/index.html.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Art. 77 vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2014). Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/201401010000/832.102.pdf.

2 Grundlagen der Hebammenarbeit

2.1 Einleitung

Dieses Kapitel ist ein Grundlagenpapier, das den Empfehlungen für die Wochenbettbetreuung vorangestellt ist. Darin werden Theorien und Haltungen zur Hebammenarbeit im Allgemeinen beschrieben. Es beinhaltet Konzepte für die Hebammengeburtshilfe und definiert Kompetenzen, Instrumente und Qualitätskriterien in der Hebammenarbeit. Die Hebamme wird als Fachexpertin für die physiologische Geburtshilfe verstanden, deren Arbeit sich an salutogenetischen, frauenzentrierten und evidenzbasierten Konzepten orientiert. Die Bedeutung von Bedürfnissen und der Individualität der betreuten Frauen, Kinder und Familien wird als entscheidendes Merkmal der Hebammenarbeit erläutert.

Im weiteren wird die Rolle der Hebamme in den medizinischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Strukturen diskutiert. Spannungsfelder, in denen sich das Mutter-Werden, Eltern-Werden und damit auch die Hebamme bewegen, werden deutlich und Lücken im heutigen Betreuungsmodell aufgezeigt.

2.2 In der Hebammenarbeit verwendete Konzepte

Grundlagen für die professionelle, physiologie- und bedürfnisorientierte Hebammenarbeit sind Erkenntnisse und Konzepte aus verschiedenen Fachdisziplinen, welche die Bedürfnisse von Müttern, Kindern und ihren Familien sowie die Kompetenzen und Hebammenfertigkeiten beschreiben. Die hier aufgeführten Konzepte dienen als Orientierung sowohl für Hebammen als auch für Frauen / Familien in den Prozessen der Primärzeit. Die Primärzeit (primal period) «ist die Zeit, in der der Mensch noch vollständig von seiner Mutter abhängig ist» (Odent, 1989, S. 150). Es ist die Phase der menschlichen Entwicklung, in der grundlegende Kompetenzen wie Vertrauen, Bindungsfähigkeit und Stressregulation geprägt und somit Grundbausteine für die Gesundheit gelegt werden. Die Primärzeit umfasst das Leben als Fötus, die Zeit der Geburt und das erste Lebensjahr (Odent, 2014).

Die Salutogenese: Wie entsteht Gesundheit?
Das Konzept der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky entworfen (1997). Es definiert Gesundheit als einen kontinuierlichen Lebensprozess, bei dem der Organismus eines Menschen in seiner physischen und psychischen Ganzheit unaufhörlich zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit pendelt. Die Salutogenese stellt die Frage: Wie entsteht Gesundheit? Im Gegensatz dazu stellt die Pathogenese die Frage: Wie entsteht Krankheit? Sowohl die Biographie einer Person als auch äussere Faktoren (z. B. gesellschaftliche Strukturen, Umweltbedingungen) beeinflussen die Gesundheit. Der Lebensstil und die geistige Orientierung werden als zentrale Elemente der Gesundheit betrachtet. Ressourcen sind dabei Faktoren, die das Kontinuum gesund – krank – gesund in Richtung Gesundheit bewegen. Stressoren sind Faktoren, die das Kontinuum in Richtung Krankheit bewegen und Spannung verstärken. Eine gesunde Balance von Ressourcen und Stressoren (inneren wie äusseren) sowie das Lösen von Spannung sind grundlegend wichtig für die Gesundheit.

Weiter definierte Antonovsky (1997) das *Kohärenzgefühl* (Sense of Coherence) als Instrument der Salutogenese. Die Gesundheit wird durch die Stärkung des Kohärenzgefühls gefördert. Dieses setzt sich zusammen aus
- dem Gefühl zu verstehen, was geschieht (Verstehbarkeit, Orientierung),
- dem Gefühl, dass einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen (Handlungsfähigkeit),
- dem Gefühl, dass sich Anstrengung und Engagement lohnen und einen Sinn haben (Bedeutsamkeit, Motivation).

Mit dem Konzept von Salutogense und Kohärenzgefühl verfügt die Hebamme über ein wertvolles Instrument für die Diagnose, die Prognose sowie für Betreuungsmöglichkeiten.

Das Kontinuum: Menschen folgen entwicklungsbiologischen Prinzipien
Eines ergibt sich aus dem anderen: Gemäss dem Konzept des Kontinuums (Liedloff, 2009) folgen alle Menschen – insbesondere Neugeborene und Kleinkinder – kontinuierlichen entwicklungsbiologischen Prinzipien, um sich körperlich, emotional und geistig optimal entwickeln zu können. Es gibt also eine entwicklungsbiologisch geprägte, genetisch verankerte Erwartung des Kindes, genährt, gewärmt, gehalten, geschützt und geliebt zu werden. Hebammen unterstützen die Entwicklung des Kindes, wenn sie sich in ihrer Betreuung am Prozessgeschehen orientieren, sich von diesen existentiellen Bedürfnissen leiten lassen und das Bonding (siehe unten) fördern.

Das Kontinuum Mutterschaft: Von der Konzeption bis zum Ende der Stillzeit
Das «Kontinuum Mutterschaft» erfasst die gesamte Lebensphase des Mutter-Werdens einer Frau. Diese beginnt mit der Konzeption, beinhaltet Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Geburt / Stillzeit. Sie dauert bis zum Abstillen und / oder bis zur Wiedererlangung einer neuen Identität als Frau und Mutter. Die einzelnen Phasen sind nicht voneinander trennbar, sie stellen einen zyklisch verlaufenden, kontinuierlichen Prozess dar. In diesem Zusammenhang hat Sayn-Wittgenstein (2007) das Konzept des Betreuungsbogens in der Hebammenarbeit entwickelt. Dieser umfasst die Zeitspanne von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit. Die Kontinuität in der Begleitung und Betreuung ist mitentscheidend für den gesunden Verlauf des ganzen Prozesses.

Die Kompetenzordnung: Fürsorge im biosozialen Ökosystem
Das Konzept der Kompetenzordnung bezieht sich auf das Modell des biosozialen Ökosystems, das Verena Schmid (2011), gestützt auf Kühnel (1990), entwickelt hat. Das Modell basiert auf der Bedeutung der gegenseitigen Abhängigkeit von Mensch und Umwelt und auf der Einheit von Mutter und Kind. Jeder Mensch ist Teil eines Ökosystems, das aus nahen Beziehungen, dem nahen und weiteren sozialen Umfeld, der natürlichen Umwelt und dem kulturellen, spirituellen Hintergrund besteht. Beziehungen, Handlungen, Empfindungen, Haltungen führen zu wechselseitigen Wirkungen auf das ganze System. Das biosoziale Ökosystem der Primärzeit lässt sich modellhaft in konzentrisch angelegten Kreisen darstellen (siehe Anhang 6.1). Im Zentrum steht das fürsorge- und schutzbedürftige Kind. In einem ersten Kreis um das Kind herum befindet sich die Mutter mit ihren Fähigkeiten, das Kind zu versorgen. In einem nächsten Kreis ist der Platz des Vaters oder anderer enger Bezugspersonen. In weiteren Kreisen befinden sich die Familie, das soziale Umfeld, usw. Dabei gilt eine Kompetenzordnung. Im ausgeglichenen Ökosystem ist das Kind optimal geschützt und genährt (primär von der Mutter, Wirkung von aussen nach innen) und in seinen Kompetenzen anerkannt und gefördert (Wirkung nach aussen). Dies ist nur möglich, wenn auch die Mutter genährt und gehalten ist, d. h. wenn die sie umgebenden Kreise (Vater des Kindes, Mutter der Mutter, nahes Umfeld, sozio-kulturelle Faktoren) ihr Halt, Schutz und Nahrung bieten. Die Aufgabe der Hebamme ist es, die Mutter in ihrer Fähigkeit zu unterstützen, für ihr Kind zu sorgen. Dies kann auch bedeuten, dazu beizutragen, dass das Umfeld gut für die Mutter sorgt.

Das Band zwischen dem Kind und der Mutter: Bonding – Bindung – Selbstanbindung
Mit der Geburt vollzieht sich auf der körperlichen Ebene ein Prozess der Ent-Bindung. Das unmittelbar darauf folgende Bonding und die Entwicklung einer möglichst sicheren *Mutter-Kind-Bindung* ist der psychoemotional und biosozial notwendige, weiterführende Prozess. Die in den 50er-Jahren begründete Bindungsforschung (Bowlby, 1969, Ainsworth, 1973) geht davon aus, dass mit der Geburt bereits angeborene Kompetenzen existieren, die ein aktives Bindungsverhalten des Kindes mit sich bringen. Bindung wird als elementares Bedürfnis beschrieben, das für das Überleben des Neugeborenen ebenso bedeutend ist wie seine Bedürfnisse nach Nahrung und Wärme. Neuere Erkenntnisse zeigen, dass diese Fähigkeiten und Bedürfnisse sich schon pränatal entwickeln und prägend beeinflusst werden. Die Bindungsfähigkeit der Mutter wird beeinflusst von ihrer eigenen Bindungserfahrung, der körperlichen Selbstwahrnehmung, dem Schwangerschaftserleben, dem Verlauf von Geburt und Wochenbett, sozialen und emotionalen Umständen und der angebotenen Unterstützung. Die Bindungsfähigkeit sichert die Bereitschaft der Mutter, ungeachtet des Aufwandes und möglicher Opfer für ihr Kind zu sorgen. Eine sichere Bindung ist für eine gesunde Entwicklung des Kindes massgeblich verantwortlich, insbesondere für das Erlangen von emotionalen und sozialen Kompetenzen, für Fähigkeiten zur Konflikt-, Stress- und Krisenbewältigung, sowie für die psychomotorische Reifung (Lang, 2009).

Entscheidend für die Entwicklung einer sicheren Bindung ist das ungestörte *Bonding* unmittelbar nach der Geburt. In den ersten Stunden bewirken unter anderem hormonelle und neurophysiologische Vorgänge, dass die Sensibilität für das Bindungsverhalten sowohl bei der Mutter als auch beim Kind hochgradig aktiviert ist. Diese Vorgänge setzen sich in den ersten Lebenstagen und -wochen fort, in dieser Zeit werden die Grundlagen für eine sichere Mutter-Kind-Bindung gelegt (Lang, 2009). Die Mutter ist biologisch von diesen Vorgängen unmittelbar beeinflusst. Diese wirken jedoch auch auf das weitere Bindungsgeflecht. Der Vater und / oder andere nahe Bezugspersonen können entscheidend für eine sichere Bindung sorgen.

Für eine sichere Mutter-Kind / Eltern-Kind-Bindung ist die emotionale Kontaktfähigkeit und die Feinfühligkeit der Mutter / der Eltern bedeutend. Diese werden durch die Fähigkeit zur *Selbstanbindung* beeinflusst (Harms, 2008). Die Selbstanbindung beinhaltet die Wahrnehmung des eigenen Körper-Selbst und die Fähigkeit, sich auch in Stress- und Krisensituationen an den eigenen Körper «zurück zu binden», den Informationsfluss des eigenen Körpers bewusst wahrzunehmen und damit die neuro-emotionalen Vorgänge in Richtung Entspannung zu führen. Diese Entspannung der Mutter ermöglicht dem Kind, eigene Ressourcen zur Entspannung und zum Stressabbau zu aktivieren.

Die professionelle Berührung und die Körperarbeit:
Stärkung der Kompetenzen von Mutter, Kind und Hebamme

Der Begriff des Leibes steht, in Abgrenzung zum Begriff des Körpers, für das, was ich als mir zugehörig spüre, ohne mich der fünf Sinne zu bedienen. Den Körper kann ich sehen, berühren, empfinden oder vermessen. Der Leib ist das, was sich mir aufdrängt, mich betroffen macht (Schmitz, 2009). Eigenleibliche Empfindungen beziehen sich z. B. auf Hunger, Müdigkeit, sexuelles Verlangen, aber auch auf Angst oder Schrecken. Der Leib ist ein Zustand, kein Ding, er ist Vermittler zwischen der Natur- und der Kulturseite des Menschen. Mit der Betonung des Leibes erhalten die unwillkürlichen Lebenserfahrungen Bedeutung (Dörpinghaus, 2010).

Die bewusste Aufmerksamkeit für leibliche Selbsterfahrung der Mutter während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Zeit danach fördert deren Eigenkompetenz. Taktil-kinästhetische Berührung und Körperarbeit innerhalb des Hebammenhandelns dienen dem bewussten Einbezug der Körperrealität von Mutter und Kind. Sie bieten einen Zugang zur Körperintelligenz und stärken ursprüngliche Kompetenzen und Ressourcen (Gassmann & Gschwend, 2009). Damit werden die Vertrauensbildung und das Gefühl von Sicherheit in der Beziehung zwischen Mutter und Kind gestärkt. Für die Hebamme stellt die professionelle Berührung im Sinne einer leiblich-sinnlichen Wahrnehmung ein spezifisches Instrument dar, das ihr ermöglicht, komplexe Bezüge herzustellen und eine Person als ganze wahrzunehmen. Professionelle Berührung unterstützt die Hebamme in der Beziehung zu Mutter und Kind, um ihre Aufgaben situativ und individuell wahrzunehmen sowie angemessen agieren zu können. Professionelle Berührung ist mehr als instrumentell-technische Diagnostik, sie ist immer auch Intervention (Sayn-Wittgenstein, 2007). Voraussetzungen für professionelle Berührung und Körperarbeit durch die Hebamme sind das Bewusstsein über eigene Körperrealitäten sowie über die Qualität von Präsenz und Berührung. Eine respektvolle, empathische Haltung ist ein wesentlicher Teil der professionellen Berührung. In diesem Sinne sind die Körperarbeit mit der Mutter und das Infant-Handling zentrale Instrumente der origninären Hebammenarbeit. Infant Handling bedeutet die Unterstützung der Entwicklung von Säuglingen und Kindern durch Berührung und Interaktion auf der Basis ihrer eigenen Wahrnehmungs- und Bewegungsressourcen (Maietta & Hatch, 2011).

Die erweiterte Pflege und Fürsorge: Das Prinzip Caring

Der englische Begriff «Caring» beschreibt ein weit umfassenderes Konzept (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, & Johnson, 1990), als der deutsche Begriff «Pflege» abzudecken vermag. Fürsorglich, mitfühlend, sich interessierend, pflegend, behütend, schützend, umsorgend, liebevoll, sozial sind Attribute, die im Begriff enthalten sind. Damit umschreibt Caring die komplexe Rolle der Hebamme: Sie steht in einer empathischen Beziehung zur Frau als Pflegende, Beratende, Fürsorgende, jedoch auch als Hüterin der natürlichen Prozesse, als Vermittlerin und Fürsprechende in schwierigen Situationen. Die Hebamme schafft den notwendigen Raum, damit die (werdende) Mutter ihre Integrität im Spannungsfeld von Hingabe an die natürlichen Prozesse und Aufrechterhalten autonomer Kontrolle bewahren

kann. Für «Caring» gibt es keine befriedigende deutsche Übersetzung, in diesem Dokument wird in der Regel der Begriff «Betreuung» verwendet.

Die individuelle, bedürfnisorientierte und frauenzentrierte Betreuung als Empowerment
Die Frau wird als Expertin für ihr Leben anerkannt. Die Bedürfnisse der Mutter und des Kindes stehen im Zentrum. Die Kompetenzen bleiben bei der Frau und beim Kind. Alle Wahrnehmungen, Massnahmen, Beratungen und Interventionen der Hebamme richten sich primär daran aus. Die Bedürfnisse müssen gezielt ermittelt und erfragt werden. Dazu dienen Instrumente der Kommunikation, insbesondere das empathische Gespräch, das aktive Zuhören, das Stellen von weiterführenden Fragen und das Spiegeln des im Gespräch Wahrgenommenen. Das Ziel der Betreuung ist die Unterstützung in der Selbsthilfe und die Förderung des Empowerment (Loos, 2008). Empowerment (Ermächtigung) basiert auf der Annahme, dass alle Menschen über individuelle Ressourcen verfügen, derer sich Betroffene und Betreuungspersonen bewusst werden müssen. Die individuellen Stärken, Fähigkeiten und Potenziale von Menschen können dann entfaltet werden, wenn andere Menschen ihnen diese zutrauen (Stark, 1996).

Individuelle, bedürfnisorientierte und frauenzentrierte Betreuung bedingt also eine respektvolle Haltung gegenüber der Frau und eine Klarheit über die eigene Rolle und die Machtposition als Hebamme. Der Frau wird zugetraut, über ihr Leben selbst zu bestimmen und richtig zu handeln. Dieser Prozess erfordert Zeit und Raum.

Die informierte Entscheidungen ermöglichen
Das Konzept der informierten Entscheidung basiert auf grundlegenden Wertvorstellungen: Die Frauen haben das Recht auf Information über ihre Betreuung und müssen in Entscheidungen, welche ihren Körper betreffen, mit einbezogen werden. Die Frauen sind die primäre Entscheidungsinstanz bei allem, was während ihrer Schwangerschaft, Geburt und in der Zeit nach der Geburt mit ihnen geschieht. Bei der informierten Entscheidung (Informed Choice) handelt es sich um ein ethisches Konzept, das auch die International Confederation of Midwives ICM (1993) in ihre Empfehlungen aufgenommen hat. «Informiert» impliziert, dass der Frau vollständige, auf ihre individuelle Situation Bezug nehmende und für sie verständliche Informationen über Vorteile, Risiken und zu erwartende Resultate für jede ihr offen stehende Wahlmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden (Brailey, 2005).

Die evidenzbasierte Betreuung: Der Einbezug von neuestem Wissen
Die alten, dem hippokratischen Eid folgenden Grundsätze erlangen heute wieder grosse Bedeutung: Eine Hebamme verpflichtet sich, nach bestem Wissen und Gewissen zu arbeiten, zu gutem Leben beizutragen und Schaden abzuwenden. Die evidenzbasierte, auf empirisch nachgewiesener Wirksamkeit beruhende Betreuung wird von Enkin, Keirse & Neilson (2006, S. 28) definiert als der «bewusste, gewissenhafte und explizite Einsatz der derzeit besten verfügbaren Evidenz bei Entscheidungen über die medizinische Versorgung einzelner PatientInnen». Nach David L. Sackett, einem der bedeutenden Vorreiter auf diesem Gebiet, meint die Arbeitsweise der Evidence Based Practice (EBP) die Integration der derzeit besten erhältlichen Evidenz mit der klinischen Expertise der Fachfrau/des Fachmannes und den Werten der betreuten Person bei Entscheidungen in der Versorgung. (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 1999). Es geht also bei der Betreuung darum, die Bedürfnisse der im Mittelpunkt stehenden Person mit dem neusten Wissensstand und dem eigenen Assessement zu verbinden. Jede Intervention muss auf einer klaren Diagnose beruhen, sie muss sinnvoll und begründbar sein und sie soll bewusst durchgeführt werden. Jede Intervention setzt eine «informierte Entscheidung» der Frau voraus.

Der Prozess der Hebammenarbeit: Vom Assessment bis zur Evaluation
In der Hebammenarbeit stehen verschiedene Handlungs- und Problemlösungsinstrumente zur Verfügung. Diese dienen dazu, in der Betreuung strukturiert vorzugehen sowie Frauen und ihre Familien ganzheitlich zu erfassen und zu betreuen. Cignacco beschreibt den Prozess der Hebammenarbeit als «ein logischer, klientinnenzentrierter, zielgerichteter, universell anwendbarer und systematischer Denk- und Handlungsansatz (...). Im Rahmen dieses Prozesses werden aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme sowie Ressourcen und Gesundheitsförderungsmöglichkeiten eingeschätzt, diagnostiziert sowie gezielte Interventionen geplant, ausgeführt und bewertet ...» (Cignacco, 2006, S. 261). Cignacco hat diesen Prozess ausführlich dargestellt: Zuerst wird eine systematische Einschätzung der

Situation, das *Hebammenassessement* erstellt. Dabei beobachtet, befragt und untersucht die Hebamme Frauen, Kinder und Familien. Die darauf basierende *Hebammendiagnose* bildet den Ausgangspunkt, um zusammen mit der Frau oder der Familie den Bedarf an Betreuung und Beratung festzulegen. Ebenfalls gemeinsam werden Ziele und Kriterien für die Bewertung der Ergebnisse festgelegt. Ausgehend davon wird ein *Plan zur hebammenkundlichen Betreuung* entwickelt. Bei den eingesetzten *Hebammeninterventionen* und Massnahmen werden die Ressourcen der Frauen genutzt. Kontinuierlich wird der Gesundheitszustand der Frauen und der Familien eingeschätzt. Schlussendlich wird überprüft, ob und wie die angestrebten Ziele erreicht wurden, dazu dient die *Hebammenevaluation* (Cignacco, 2006, S. 261 – 263).

Die Ethik als Orientierung in Wertevorstellungen
Der Internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives ICM) hat 1993 den internationalen Ethik-Kodex für Hebammen verabschiedet und veröffentlicht. Dieser Kodex anerkennt die Frau als Person, strebt nach Gerechtigkeit für alle Menschen und setzt sich für eine allen zugängliche Gesundheitsversorgung ein. Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft. Der Ethik-Kodex wurde in deutscher Übersetzung vom Schweizerischen Hebammenverband SHV an der Delegiertenversammlung von 1994 angenommen (SHV, 1994). Es gibt für Hebammen also breit abgestützte moralisch-ethische Werte, die sie ihrer Arbeit zugrunde legen sollen.

2.3 Die Aufgabe und die Rolle der Hebamme: Betreuung als gekonnte Nicht-Intervention

Aufgabe der Hebamme ist es, dafür zu sorgen, dass die Phase des Mutter-Werdens geschützt vonstatten gehen kann, d. h. dass die physiologischen Prozesse möglichst ungestört in den dafür vorgesehenen Rhythmen verlaufen können. Die Hebamme verfügt über das spezifische Wissen und über das Verständnis für diese Prozesse, sie beobachtet, begleitet und fördert diese. Als Fachexpertin in der Hebammengeburtshilfe versteht sie die Phasen der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit nach der Geburt als eine Abfolge im Kontinuum Mutterschaft. Sie betreut Mutter (Eltern) und Kind in jeder Phase und betont dabei die Normalität des Geschehens. Somit nimmt sie auch die Rolle der Hüterin, der Aufklärerin und der Vermittlerin ein. Die Hebamme begleitet die Mutter (die Eltern) und das Kind mit der notwendigen Fürsorge, Pflege und Anleitung im Sinne der gekonnten Nicht-Intervention. Duden (1998) beschreibt die «gekonnte Nicht-Intervention» im Zusammenhang mit dem Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe im Europa (speziell in England) der Nachkriegszeit. Bis Anfang der 50er-Jahre wurde Geburt als körperlicher Vorgang verstanden, der in der Regel problemlos verläuft. Die gekonnte Nicht-Intervention galt als das Ideal in der englischen Geburtshilfe. In wenigen Jahrzehnten fand darauf ein Wandel statt – hin zum Verständnis, dass Geburt ein medizinisches Geschehen ist, das kontrolliert werden muss.

Originäre Hebammenarbeit basiert auf der professionellen Beziehung zur Frau / zur Familie. Dabei steht die Frau mit ihrem Kind, ihrer Familie und mit ihrer Individualität im Zentrum. Die Beziehung ist empathisch, gleichberechtigt und partnerschaftlich. Ein wichtiger Aspekt in dieser Beziehung ist das Vertrauen in die Fähigkeiten der Frau und des Kindes sowie in die natürlichen Vorgänge der Prozesse. Die Hebamme begegnet der Frau mit der Zuversicht, dass die Prozesse des Mutter-Werdens grundsätzlich gesund verlaufen. Ein weiterer Aspekt der Beziehung kann mit «aktiver Präsenz» (engaged presence) der Hebamme umschrieben werden (Downe, Simpson & Trafford, 2007). Diese beinhaltet eine bestätigende, nährende, ermutigende und unterstützende Anwesenheit sowie ein tiefes Verständnis für die Frau und die Situation. Daraus folgt eine gemeinsame Verantwortlichkeit in der Betreuung und nicht eine stellvertretende Übernahme von Entscheidungen und Vorgehensweisen für die Frau durch die Fachperson. Informationen, Aufklärung und Anleitung sind individuell und zeitlich angepasst, verständlich und nachvollziehbar vermittelt; so dienen sie den Prinzipien der informierten Entscheidung.

2.4 Das Spezifische der Hebammenarbeit: Hebammenkompetenzen und -fertigkeiten

Die hoch komplexen Vorgänge im Prozess des Mutter-Werdens / der Familienwerdung bedingen ein breites Fachwissen, das laufend erweitert, neu beurteilt und in die Praxis umgesetzt werden muss. Dabei ist die Erfahrung der Hebamme eine entscheidende Ressource. In ihrer Arbeit orientiert sie sich grundsätzlich an den beschriebenen Konzepten (Abschnitt 2.2) und an der evidenzbasierten Medizin.

Kenntnisse über die physiologischen Systeme und die Prozesse im Kontinuum Mutterschaft – wie Anpassungsprozesse, hormonelle und neurophysiologische Systeme – sind Grundlagen. Das Wissen um Einflüsse des Verhaltens aber auch der Umwelt auf diese Prozesse ist bedeutend. Wichtig sind ausserdem Kenntnisse der spezifischen Kompetenzen des Kindes bereits als Ungeborenes, während der Geburt sowie als Neugeborenes und als Säugling. Sie sind Voraussetzung für die Bindungsförderung und das Infant-Handling. Das Bewusstsein über die Bedeutung von Berührung ist grundlegend für die Anwendung von Körperarbeit und manuellen Behandlungen. Ein weiteres wichtiges Instrument sind Kompetenzen in der Betreuung bei Verlust- und Krisensituationen.

Neben dem genauen Erfassen der körperlichen Veränderungen und neben den klinischen Untersuchungen ist das Erheben der Gesundheitsgeschichte (Loos & Ackaert Kössler, 2013) eine wichtige Hebammenfertigkeit. Die Kompetenzen, gezielt wahrzunehmen und zu beobachten, aktiv zuzuhören und empathisch zu kommunizieren, sind grundlegende Instrumente. Darauf aufbauend werden Ressourcen und Stressoren eruiert, ein Assessement erstellt und gemeinsam mit der Frau mögliche Massnahmen und Lösungen gefunden, die ihrem individuellen Bedarf angepasst sind.

Die Definition des Berufes der Hebamme und deren Kompetenzen und Fertigkeiten auf der Bachelorstufe sind im «Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc» beschrieben. Dieses wurde von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH (2007), der Fachkonferenz Gesundheit FKG und der Berufskonferenz Hebamme BKH verabschiedet. Es stützt sich auf Definitionen des ICM, der WHO, der FIGO (Féderation Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) und des SHV. Um den hohen Anforderungen im Hebammenberuf gerecht zu werden und zu bleiben, dies insbesondere als freipraktizierende Hebamme, ist im Laufe der Berufsausübung eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung Voraussetzung.

Das Arbeitsfeld und die Kompetenzen der freipraktizierenden Hebamme sind in der Schweiz durch gesetzliche Vorgaben bestimmt. Auf nationaler Ebene beschreiben das Krankenversicherungsgesetz (KVG), die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV) die Leistungen der Hebammen, die durch die Grundversicherung gedeckt sind. Auf kantonaler Ebene sind, meist in einem Gesundheitsgesetz, die Kriterien und Bedingungen für die Berufszulassung und die Berufsausübung der Hebammen geregelt. Die Auflistung der relevanten gesetzlichen Grundlagen ist im Anhang (siehe 6.4) zu finden. Der Schweizerische Hebammenverband SHV hat auf seiner Homepage (www.hebamme.ch) «Empfehlungen für freipraktizierende Hebammen» publiziert. Weiter finden sich dort Rechtsabklärungen, Stellungnahmen und weitere Empfehlungen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Hebamme eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung einnimmt. Ihre Aufgaben und Tätigkeiten zeichnen sich durch hohe Komplexität und Verantwortung aus. Das Kompetenzprofil der Hebamme umfasst fachliche wie überfachliche Kompetenzen. Die Hebamme ist Fachfrau für das Kontinuum Mutterschaft, für die Phase der Familienwerdung sowie für Lebensabschnitte mit frauenspezifischen Gesundheitsveränderungen. Somit betreut, versorgt und berät die Hebamme die Frau vor und während der Schwangerschaft, bei Abort und Fehlgeburt, in der Geburtsvorbereitung, während der Geburt, dem frühen und späten Wochenbett, während der Rückbildung, während der Stillzeit sowie bei Fragen zu Konzeption und Kontrazeption.

2.5 Die ganzheitliche Betreuung durch die Hebamme: Vernetzung mit und Abgrenzung zu anderen Fachpersonen und -disziplinen im Gesundheitswesen

Die professionelle Funktion der Hebamme hat einen Bedarf an Vernetzung und Kooperation zur Folge und erfordert klare Abgrenzungen zur Rolle und zu Kompetenzen anderer Fachpersonen, die in der Betreuung während des Kontinuums Mutterschaft tätig sind.

Eine kontinuierliche Hebammenbetreuung beugt einer fragmentierten medizinischen Versorgung in den einzelnen Phasen des Mutter-Werdens vor. Im gängigen Versorgungsmodell ist es durchaus möglich, dass eine schwangere Frau bis zum Ende der Stillzeit von vielleicht zwanzig verschiedenen ExpertInnen aus ungefähr sechs verschiedenen Fachdisziplinen betreut wird. Als geburtshilfliche Expertin ist die Hebamme die einzige Fachperson, die eine umfassende, kontinuierliche Begleitung und Versorgung von der Konzeption bis zum späten Wochenbett / Ende der Stillzeit anbietet. Diese Leistungen erbringt sie in Eigenkompetenz und -verantwortung. Somit wirkt ihre Arbeit der Gefahr entgegen, dass es bei einer fragmentierten Begleitung einerseits zu Unterversorgung (durch nicht ausreichende Pflege, Behandlung oder Beratung) oder andererseits zu Überversorgung (durch hochtechnische und medizinische Interventionen bei einem gesunden Zustand) kommt.

Verschiedene internationale Untersuchungen zeigen, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung zu tieferen Interventionsraten und zufriedeneren Frauen führt – dies bei gleich guten Gesundheitsergebnissen für Mutter und Kind wie in ärztlich geleiteten Modellen (Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). Eine neue Übersichtsstudie (Cochrane Review) von Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane (2013) zeigt nun bei Hebammenbetreuungsmodellen im Vergleich zu den üblichen Modellen die besseren Gesundheitsergebnisse für Frauen und Kinder auf. Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass allen Frauen eine hebammengeleitete Begleitung und Pflege angeboten werden soll, verbunden mit der Ermutigung zur Annahme dieses Angebots. Die Vorteile sind bezüglich Sicherheit, Effektivität, körperlichem und psychosozialem Outcome klar gegeben. Andere Fachpersonen und -disziplinen sind für Teilaspekte des Kontinuums zuständig, es soll eine konstruktive, vernetzte Zusammenarbeit mit ihnen praktiziert und gefördert werden.

Die Hebamme kennt ihren Kompetenzbereich und seine Grenzen. An den Schnittstellen der verschiedenen Fachdisziplinen kommt der Hebamme eine Schlüsselrolle zu. Für gesunde Frauen und Kinder übernimmt sie die vollumfängliche, kontinuierliche Zuständigkeit und verantwortet dabei die Massnahmen zur Förderung des regelrichtigen Verlaufes. Bei regelabweichendem oder pathologischem Verlauf koordiniert sie die Zusammenarbeit mit zuständigen Fachpersonen (z. B. aus Gynäkologie, Medizin, Psychologie, Körpertherapie) und überweist die Frauen bei Bedarf an diese. Dabei verantwortet sie notwendige hebammenspezifische Massnahmen und fördert weiterhin die regelrichtigen Anteile der Prozesse.

Die Hebamme arbeitet mit Kolleginnen, anderen Fachpersonen und -institutionen zusammen wie Mütter- und Väterberatung, Stillberaterinnen, Doulas, Geburtsvorbereiterinnen, Pflegefachfrauen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, HausärztInnen, KörpertherapeutInnen, TherapeutInnen der Komplementärmedizin, SozialarbeiterInnen, Spitex und Spitälern (Geburt- und Wochenbettabteilungen, Pränatalabteilungen, Ambulatorien, Neonatologien) und Labors. Das Ziel dieser Zusammenarbeit besteht in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Frau, des Kindes und der Familie sowie in der Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung. Weitere Teile des Netzwerkes sind unter anderem: Disziplinäre und interdisziplinäre Qualitätszirkel, definierte Kommunikationsstrukturen mit Fachpersonen und Institutionen, Organisation im Hebammenverband und weiteren Fachverbänden, Besuche von Tagungen, Seminaren, Fortbildungen.

Ein unterschiedliches Wissenschaftsverständnis ist nach Dörpinghaus (2010) ein weiterer Aspekt bei der Abgrenzung der Hebammengeburtshilfe von der Geburtsmedizin. Im Gegensatz zu einem medizinisch-reduktionistischen Denken, das die Subjektbetrachtung ausschliesst, basieren die Hebammenfertigkeiten, -diagnosen, -prognosen sowie -handlungen auf einer leibphänomenologischen Perspektive. Das heisst, Leib und Subjektivität sind untrennbar miteinander verbunden. Ohne diesen Ansatz sind die hochkomplexen Prozesse des Mutter-Werdens nicht befriedigend und

vollständig verstehbar. Auch in der Medizin, insbesondere in der Psychosomatik, werden zunehmend Alternativen zur fragmentierten, reduktionistischen Sichtweise beschrieben. Mit der «Integrierten Medizin» (Uexküll & Armin, 2002) liegt ein Modell vor, das auch die Geburtshilfe einbezieht und in dem PatientInnen konsequent als Subjekte mit einer individuellen Geschichte ins Zentrum gestellt werden.

2.6 Die Qualitätssicherung der professionellen Hebammenarbeit

Das Verständnis von Qualität unterliegt kulturellen Wertvorstellungen und ist einem ständigen Wandel unterworfen. Durch Wissenszuwachs im Fachgebiet ändern sich die Qualitätsanforderungen stetig. Im Gesundheitsbereich hat die Qualitätssicherung das Ziel, die Versorgung der Klientinnen kontinuierlich zu verbessern. Die Leistungen sollen fachlich kompetent, wirksam, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden. Nachfolgend sind die Instrumente, Kriterien und Massnahmen erläutert, die vom Schweizerischen Hebammenverband SHV und der Sektion Bern den einzelnen Hebammen zur Verfügung gestellt werden.

Die freipraktizierende Hebamme ist vertraglich verpflichtet, die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln (siehe gesetzliche Grundlagen, Anhang 6.4). Qualitätssicherung muss für die betreuten Frauen, für gesetzliche VertreterInnen und für VertragspartnerInnen (Versicherungen) nachvollziehbar sein. Qualitätskriterien müssen definiert werden und messbar sein. Die Hebammenarbeit muss beschrieben, dokumentiert und evaluiert werden.

Der Schweizerische Hebammenverband SHV hat stellvertretend für seine freipraktizierenden Mitglieder 2001 einen Qualitätsvertrag mit santésuisse, dem Branchenverband der Krankenversicherer, abgeschlossen, in dem verschiedene Massnahmen festgelegt wurden. Im Qualitätsmanagement des SHV (2006) werden die Massnahmen beschrieben und die Instrumente dargestellt, die zur Qualitätssicherung entwickelt wurden. Diese Dokumente sind auch auf der Homepage www.hebamme.ch zu finden.

Zu den Massnahmen und Instrumenten im Qualitätsmanagement des SHV zählen ständige strukturelle Einrichtungen wie die Stelle einer Qualitätsbeauftragten, die Expertinnengruppe Best Practice und auf Sektionsebene Qualitätsverantwortliche und Qualitätszirkel. Vom Verband wurden verschiedene Empfehlungen und Guidelines für freipraktizierende Hebammen ausgearbeitet wie auch Rechtsabklärungen zu Themenbereichen mit Klärungsbedarf. Weiter stellt der Verband ein «Geburtshilfliches Dossier» zur einheitlichen Dokumentation der erbrachten Leistungen zur Verfügung.

Ein weiterer wichtiger Qualitätsbeleg der Hebammenarbeit stellt die statistische Erfassung und Auswertung der erbrachten Leistungen der freipraktizierenden Hebammen durch den Verband dar. Hebammen sind gesetzlich verpflichtet, ihre Daten abzuliefern. Die ausgewerteten Daten stehen sowohl auf der persönlichen Ebene, auf der Sektionsebene wie gesamtschweizerisch zur Verfügung – sie ermöglichen auch der einzelnen Hebamme wichtige Rückschlüsse auf ihre Arbeit. Die alle drei Jahre stattfindende Klientinnenbefragung des Verbandes bildet die Zufriedenheit der betreuten Frauen ab und stellt eine Grundlage zur Verbesserung der Qualität in der Hebammenarbeit dar. Für Frauen, die unzufrieden sind oder Schwierigkeiten mit der Betreuung einer Hebamme erleben, wurde eine unabhängige Anlaufstelle, eine sogenannte Ombudsstelle, eingerichtet.

Regionale oder kantonale Qualitätszirkel dienen dem Austausch und der Analyse der Arbeit unter freipraktizierenden Hebammen und geben Gelegenheit, voneinander zu lernen. Durch das Erstellen von evidenzbasierten Arbeitsmaterialien für die Praxis erweitern und aktualisieren Hebammen in Qualitätszirkeln ihr Fachwissen und machen die Ergebnisse auch anderen Kolleginnen zugänglich. Zusätzlich bietet der Verband jedes Jahr ein breites Spektrum an Fort- und Weiterbildungen an.

Bezüglich «Kritischer Ereignisses» in der Hebammentätigkeit hat sich der Verband einer Kriseninterventionsstelle angeschlossen, damit eine betroffene Hebamme unterstützt wird bei der Erarbeitung von Handlungsoptionen und

beim Ergreifen von Massnahmen. Der Umgang mit kritischen Ereignissen und Fehlern ist ein wichtiges Kriterium der Qualitätssicherung. Für die freipraktizierende Tätigkeit besteht das Angebot des Vereins «Fälle-für-Alle», der 2010 als Vernetzung von Hebammen aus Österreich, Deutschland, der Schweiz und Italien gegründet wurde. Eines der Hauptziele ist es, die Betreuung von Frauen und Familien möglichst sicher zu gestalten. Auf der Plattform www.fälle-für-alle.org können anonym Fehler und kritische Ereignisse beschrieben werden. Die Mitglieder können die gemeldeten Ereignisse einsehen, diskutieren und daraus lernen. Aufgrund dieser kritischen Ereignisse werden durch den Verein Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung abgegeben. Diese Plattform soll einen Beitrag leisten zur Etablierung einer positiven Fehlerkultur.

Verschiedene Sektionen des SHV haben Konzepte und Empfehlungen für Hebammen entwickelt, die freiberuflich tätig werden wollen. Die Sektion Bern SHV (2013) stellt seinen Mitgliedern dafür den «Leitfaden für den Einstieg in die Freiberuflichkeit» zur Verfügung und offeriert den Neueinsteigerinnen ein Coaching durch eine erfahrene Hebamme.

Weiter verfügt die Sektion Bern über eine ständige Kommission der freipraktizierenden Hebammen, die eng mit dem Vorstand zusammenarbeitet. Diese lädt mehrmals im Jahr alle freipraktizierenden Hebammen zu Sitzungen ein, mit dem Ziel des Austausches und der Bearbeitung von Fragen zur Berufsausübung. Die Kommission arbeitet mit Behörden und Verwaltung zusammen, wie auch interdisziplinär mit anderen Fachbereichen. Dadurch sollen der fachliche Austausch gepflegt und die Rahmenbedingungen für die Hebammenarbeit auf kantonaler Ebene verbessert werden. Zum Kindesschutz arbeiten Hebammen im Auftrag der Sektion in interdisziplinären Regionalgruppen mit dem Ziel, die im Frühbereich tätigen Gesundheitsfachleute für das Thema zu sensibilisieren und zu schulen. Der Vorstand der Sektion Bern trifft sich zu regelmässigen Sitzungen mit der Leitung der Mütter- und Väterberatung Kanton Bern. Auch hier ist das Ziel, die Kontinuität und Qualität in der Behandlungskette für Wöchnerinnen zu verbessern und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu optimieren. Die hier von der Sektion Bern zur Verfügung gestellten «Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett» stellen ebenfalls ein Instrument der Qualitätssicherung dar.

Für die Messbarkeit der Betreuungsqualität der Hebammenarbeit hat der Schweizerische Hebammenverband (2006) folgende konkrete und allgemein anerkannte Kriterien festgelegt:
- Bedürfnisorientierung: Dienstleistung entspricht den Wünschen der Klientin
- Partizipation: Einbezug der Klientin und ihrer Familie
- Kontinuität: Betreuung durch eine Person, bzw. umfassende Weitergabe der Informationen
- Verfügbarkeit: Erreichbarkeit, richtiger Zeitpunkt, ausreichendes Personal
- Indikation: richtige Massnahme für jeweiliges Problem
- Rationalität: Kosten-Nutzen-Verhältnis
- Wirksamkeit: Wird das gewünschte Ziel erreicht?
- Sicherheit bezüglich Umgebung, Material, Durchführung der Massnahmen
- Dokumentation aller erbrachten Leistungen und Beobachtungen
- Gewährleistung von Datenschutz und Schweigepflicht

Folgende Aktivitäten der freipraktizierenden Hebamme dienen der Qualitätssicherung:
- Nutzung der angebotenen Strukturen und Instrumente
- Klärung des Auftrages bezüglich der Hebammenleistungen mit der betreuten Frau
- regelmässige Fort- und Weiterbildung
- Teilnahme an Qualitätszirkel
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- aktive Mitgliedschaft in Verbänden, Fachorganisationen, etc.

Im Interesse eines qualitativ hochstehenden Hebammenwesens für die Klientinnen sind alle freipraktizierenden Hebammen gefordert, sich an der Qualitätssicherung mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten und Massnahmen zu beteiligen.

2.7 Die Problematik des heutigen Versorgungsmodells und die Stärkung der Hebammenrolle

Die Rahmenbedingungen für Hebammen in der gängigen Gesundheitsversorgung von Mutter, Kind und Familie entsprechen in einigen Belangen nicht den Voraussetzungen für eine eigenverantwortliche, kontinuierliche und bedürfnisorientierte Hebammenbetreuung mit hoher Qualität. Die gesetzlichen Grundlagen basieren auf aus heutiger Sicht mangelhaften, veralteten Versorgungsmodellen und sie beruhen nicht auf dem Kompetenzprofil der Hebamme. Sie entsprechen in vielen Fällen nicht dem effektiven Bedarf der Familien an Hebammenleistungen. In der Leistungsvergütung ist insbesondere die Dauer der Wochenbettbetreuung nicht flexibel handhabbar und häufig ungenügend. Dazu kommt ein nicht mehr zeitgemässer Tarifvertrag, der Hebammenleistungen aufgrund von Daten von 1992 vergütet. Forschungserkenntnisse fliessen nicht in die Rahmenbedingung der heutigen Versorgungsmodelle ein. Diese basieren auf vorwiegend medizinischen Perspektiven, sind auf die Somatik reduziert und führen zu einer fragmentierten Betreuung. Weiter bestehen ungenügende Versorgungskonzepte für die Betreuung in Risikosituationen (z. B. postnatale Depression, Kindesschutz, Migrantinnen), und Präventionsarbeit wird kaum gewichtet. Gesunde Frauen sind während der Schwangerschaft und der Geburt in der Tendenz überbetreut durch hochspezialisierte ÄrztInnen. In der Zeit nach der Geburt besteht im Gegensatz dazu tendenziell eine Unterbetreuung. Dadurch werden unnötig hohe Kosten generiert, oft am falschen Ort mit fraglichem Nutzen. Eine weitere bedeutende Lücke in der heutigen geburtshilflichen Grundversorgung stellen die ungenügenden, zum Teil fehlenden interdisziplinären Netzwerke dar.

Dieser Mangel an Ressourcen in den Versorgungsmodellen führt dazu, dass die Hebammenkompetenzen nicht vollständig genutzt werden. Die Hebammenbetreuung ist limitiert und kann oft nicht bedürfnis- und frauen-/familienorientiert angeboten werden. Die Bedeutung des Kontinuums Mutterschaft für die Gesunderhaltung und die Prävention wird dabei zu wenig anerkannt und ausgeschöpft.

Somit sind die Möglichkeiten für freipraktizierende Hebammen, eine professionelle, bedürfnisorientierte Arbeit zu leisten, oft strukturell eingeschränkt. Dies führt zu Spannungsfeldern und grossen Herausforderungen für die Hebammen. Vor dem Hintergrund gegebener Versorgungsstrukturen ist es wichtig, dass die Hebamme der Klientin die Rahmenbedingungen und möglichen Dienstleistungen erläutert und mit ihr den Auftrag für die zu erbringenden Hebammenleistungen und deren Vergütung vorgängig klärt. Dies geschieht auch zum eigenen Schutz. Mit dieser Auftragsklärung kann Missverständnissen entgegengewirkt werden, sie dient unter Umständen auch bei allfälligen juristischen Auseinandersetzungen.

Hebammen setzen sich dafür ein, dass die Bedeutung des Kontinuums Mutterschaft für die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie sowie für die Gesellschaft ernst genommen wird. Damit den hier vorliegenden Empfehlungen Rechnung getragen werden kann, müssen das Arbeitsfeld der Hebamme und ihre ökonomischen Ressourcen angepasst werden. Mit dem Ziel, notwendige Anpassungen zu erreichen, hat der Schweizerische Hebammenverband SHV deshalb Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen.

Eine vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Bestandsaufnahme (König & Pehlke-Milde, 2010) des Betreuungsangebotes für Wöchnerinnen kommt zum Schluss, dass in zukünftigen Versorgungsmodellen Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich über den gesamten Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Kindheit berücksichtigt werden sollten. Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit müssten weiter entwickelt und in Teilen standardisiert werden. Zudem sollte die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsangebote finanziell unterstützt und wissenschaftlich begleitet werden können.

Strategische und gesundheitspolitische Massnahmen zur längerfristigen Sicherstellung und nachhaltigen Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung sind notwendig. Forschungsresultate aus anderen Ländern zeigen interessante Resultate, zum Beispiel zu Modellen von «Midwifery led care» oder zur hebammengeleiteten Betreuung (Hatem et al., 2008). Zur Erreichung dieser Ziele braucht es eine gesellschaftspolitische Diskussion über die Rolle der Hebamme in der geburtshilflichen primären Grundversorgung. Auch ein Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

(Künzi & Detzel, 2007) schlägt Reformen vor, bei welchen medizinische Leistungen vermehrt an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal übertragen werden sollen. Anlass zur Hoffnung auf Reformen gibt auch der Bericht «Gesundheit 2020» (BAG, 2013), der vom Bundesrat im Januar 2013 verabschiedet wurde. Diese Diskussionen stellen für Hebammen eine Chance dar, ihre autonome Rolle in der Betreuung gesunder Frauen und Kinder wieder vermehrt einzunehmen. Um diese Chance zu nutzen, müssen die Hebammen bei den laufenden gesundheitspolitischen Prozessen präsent sein und Einfluss nehmen.

Lücken in der Wochenbettbetreuung und die Bedeutung der Hebamme in der Prävention und Gesundheitsförderung werden in Abschnitt 3.6 dargestellt.

2.8 Literatur

Ainsworth, M.D.S. (1974). The development of infant-mother-attachment. In B. M.Caldwell & H.N. Riciutti, *Review of child developmental research* (vol. 3, pp 1–94). Chicago: Universitary of Chicago Press.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* (A. Franke, Übers.) Tübingen: dgvt-Verlag.

Bolby, J. (1969). *Attachement and loss.* London: Hogarth Press and Institute for Psycho-Analysis.

Brailey, S. (2005). Informiert wählen. Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung. *hebamme.ch*, 10(05), 4–9.

Bundesamt für Gesundheit, BAG (2013). *Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen.* Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de.

Cignacco E., Georg J. (2006). Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit, Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomen* (S. 255–273). Bern: Hans Huber Verlag.

Dörpinghaus, S. (2010): *Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis.* Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Downe, S., Simpson, L. & Trafford, K. (2007). Expert intrapartum maternity care: a meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing,* 57(2), 127–140. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04079.x.

Duden, B. (1998). Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: J. Schlumbohm, B. Duden, J. Gélis, & P. Veit (Hrsg.), *Rituale der Geburt* (S. 149–168). München: C.H. Beck Verlag.

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2006). Was ist «effektive Betreuung»? In M. Gross & J. Dudenhausen (Hrsg.), *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt* (2. Aufl., S. 28). Bern: Hans Huber Verlag.

Gassmann, MC., & Gschwend, H. (2009). Die ursprünglichen Kompetenzen der Frauen stärken, Modul «Körperarbeit». *hebamme.ch,* 11(09), 8–10.

Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung. Krisenintervention. Eltern-Baby-Therapie.* Berlin: Leutner Verlag.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 8(4): CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

Haueter, M. (2010). Experiences of first-time mothers in Switzerland during the first 4 or 5 months of child's life. Unpublished Master Thesis. School of Nursing, Midwifery and Community Health, Glasgow Caledonian University. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/231336994_Glasgow_Caledonian_University_School_of_Nursing_Midwifery_and_Community_Health_MSc_Midwifery_EXPERIENCES_OF_FIRST-TI-ME_MOTHERS_IN_SWITZERLAND_DURING_THE_FIRST_4_OR_5_MONTHS_OF_CHILD'S_LIFE.

International Confederation of Midwives ICM (2008). *International Code of Ethics for Midwives. Core Docuements.* Abgefragt am 30.09.2013, unter http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf.

König, C. & Pehlke-Milde, J., Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW (2010). Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05065/05105/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFfXx6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

Kühnel, S. (1990). Plädoyer für ein ökologisches Modell in der Geburtshilfe. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 3(90), 81–87.

Künzi, K., & Detzel, P (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 27, Neuchâtel. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=2951.

Lang, Ch. (2009). *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe.* München: Urban & Fischer Verlag.

Liedloff, J. (2009). *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück. Gegen die Zerstörung unserer Glücksfähigkeit in der frühen Kindheit* (509.–532. Tausend der deutschen Ausgabe). München: C.H. Beck Verlag.

Loos, I. (2008). Die Frau als Expertin für ihr Leben anerkennen. *hebamme.ch,* 2(08), 10–11.

Loos, I. & Ackaert Kössler, A. (2013). Skillseinheit 4 Gesundheitsassessment: Gesundheitsgeschichte erheben. In Berner Fachhochschule & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.), *Skills für Hebammen 1 Schwangerschaft*. Bern: hep Verlag.

Lorenz, R. (2005). *Salutogenese* (2. Aufl.). München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Maietta, L. & Hatch, F. (2011). *Kinaesthetics Infant Handling* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science,* 13(1), 1–14.

Odent, M. (1989). *Von Geburt an gesund. Was wir tun können, um lebenslange Gesundheit zu fördern.* München: Kösel Verlag.

Odent, M. (2014). *Primal Health Research Databank. Definition.* Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.primalhealthresearch.com.

Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH. Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc. (2007). Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/2_bachelor/hebamme/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf.

Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (1999). *Evidenzbasierte Medizin. EBM Umsetzung und Vermittlung.* Dt. Ausg.: R. Kunz & L. Fritsche. München: Zuckschwerdt Verlag.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 8. Art. No.: CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

Sayn-Wittgenstein zu, F. (Hrsg.). (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland.* Bern: Hans Huber Verlag.

Schmitz, H. (2009). *Kurze Einführung in die neue Phänomenologie.* Freiburg i.B.: Karl Alber Verlag.

Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell.* Hannover: Staude Verlag.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2001). *Rahmenvertrag betreffend Qualitätssicherung zwischen dem Schweizerischen Hebammenverband SHV und santésuisse.* Abgefragt am 30.09.13 unter www.hebamme.ch, Bereich für Mitglieder, fph Tarifvertrag.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2006). *Das Qualitätsmanagement des Schweizerischen Hebammenverbandes.* Abgefragt am 30.09.2013 unter www.hebamme.ch, Bereich für Mitglieder, fpH Qualität.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (1994). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen.* Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf.

Schweizerischer Hebammenverband SHV Sektion Bern (2013). *Leitfaden für den Einstieg in die Freiberuflichkeit*. Abgefragt am 30.09.2013 unter www.hebamme.ch, Bereich für Mitglieder, fph Allgemein.

Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis.* Freiburg: Herder Verlag.

Tew, M. (2007). *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe.* Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Uexküll von, T. & Armin von, A. (Hrsg.). (2002). *Integrierte Medizin. Modell und Klinische Praxis.* Stuttgart: Schattauer Verlag.

3 Professionelle ambulante Wochenbettbetreuung

3.1 Einleitung

Die vorliegenden Empfehlungen bieten eine Orientierung für freipraktizierende Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung. Sie fördern die professionelle, eigenverantwortliche Hebammenarbeit, indem sie Kompetenzbereiche und Fertigkeiten darstellen und begründen und damit eine Grundlage für die Qualitätssicherung bilden.

Die zentrale Bedeutung der Zeit nach der Geburt, die Gesundheit von Mutter und Kind sowie deren Bedürfnisse werden thematisiert. Die Hebammentätigkeiten im frühen und späten Wochenbett werden in einer Checkliste (Kapitel 4) detailliert und chronologisch aufgeführt. Die Empfehlungen orientieren sich an salutogenetischen, frauenzentrierten und evidenzbasierten Konzepten. Sie richten sich an wissenschaftlichen Untersuchungen und am Erfahrungswissen der Hebammen aus und nicht an strukturellen Vorgaben wie Krankenkassenleistungen.

Grundlagen, Konzepte und Qualitätskriterien für die Hebammenarbeit sind in Kapitel 2 ausführlich dargestellt. Dieses versteht sich als integraler Hintergrund zu den Empfehlungen für die ambulante Wochenbettbetreuung. Dort werden auch Problemkreise in der Grundversorgung von Mutter und Kind diskutiert.

Die vorliegenden Empfehlungen bieten auch Klientinnen und Gesundheitsfachleuten sowie weiteren Interessierten eine Darstellung der Hebammenarbeit im frühen und späten Wochenbett.

3.2 «Es ist wichtig, wie wir geboren werden»: Die Bedeutung der Zeit nach der Geburt

Während in vergangenen Zeiten die Zeit nach der Geburt als eine Phase des Übergangs und der Regeneration von zahlreichen Ritualen, Verhaltensvorschriften und der Sorge durch die Gemeinschaft geprägt war, ist diese Zeit heute gleichsam entkleidet. Dabei kann das Wochenbett weder losgelöst von den individuellen Erfahrungen der Frau in der Schwangerschaft und während der Geburt noch von der allgemeinen gesellschaftlichen Bewertung des Mutterseins betrachtet werden (Friedrich, 2007). In unserer heutigen Kultur haben die Zeit nach der Geburt und das Eltern-Werden wenig Bedeutung. Dies wird unter anderem deutlich an ungenügendem Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaub, fehlenden Kinderbetreuungsangeboten, fehlenden Angeboten für Familien mit Migrationshintergrund.

Die Zeit nach der Geburt ist eine klassische **«Sensible Phase»**, wie sie Maria Montessori (1991) definiert hat. Das heisst ein Zeitfenster im Lebensverlauf, in dem besondere Empfindlichkeiten zum Erwerb bestimmter Fähigkeiten aktiviert sind. Dieses Zeitfenster ist von vorübergehender Dauer, dann klingt die spezielle Sensibilität wieder ab. Wird diese Phase verpasst, können die entsprechenden Fähigkeiten nur noch durch Willenskraft und Anstrengung erlernt werden. Während der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett besteht beim Menschen eine spezifische Bereitschaft zum Erwerb von wesentlichen menschlichen Fähigkeiten wie Bindungsfähigkeit, Fürsorglichkeit und Verantwortungsübernahme. Ein ganzes System von natürlichen Ressourcen für eine gesunde Eltern-Kind-Bindung steht bereit, es kann jedoch nur optimal genutzt werden, wenn gewisse Bedingungen erfüllt sind. Dafür sollten die physiologischen und psychosozialen Prozesse von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zwar professionell begleitet werden, aber möglichst ungestört ablaufen können. Für das Wochenbett heisst das konkret: genügend Zeit und Raum geben, das Bonding fördern, Ruhe verordnen, notwendige Pflege und Fürsorge gewährleisten, äussere Reize minimieren. Im Sinne der **Salutogenese** (siehe Kapitel 2) muss darauf geachtet werden, dass das **Kohärenzgefühl** und somit die Eigenkompetenz bei den werdenden Eltern und dem neugeborenen Kind gestärkt werden.

In der Praxis existieren jedoch ungenügende Strukturen des Schutzes und der Fürsorge, so dass Eltern in dieser entscheidenden Lebensphase häufig auf sich gestellt sind. Unsere heutige Gesellschaft behandelt diese sensible Phase unter kurzfristigen Gesichtspunkten ohne nachhaltiges Konzept. Wenn wir nach Lösungsansätzen suchen für gesellschaftliche Probleme wie elterliche Überforderung, Vernachlässigung der Kinder und Gewalt an Kindern, dürfen wir das Potential der Primärzeit (umfasst das Leben als Fötus, die Zeit der Geburt und das erste Lebensjahr; Odent, 2014) nicht ausser Acht lassen. Wollen wir gemäss den heute vorhandenen wissenschaftlichen Grundlagen aus Neurobiologie und Bindungsforschung für eine menschliche, zivilisierte Zukunft sorgen, müssen wir auch bei uns

Menschen die natürlichen Ressourcen respektieren und die sensiblen Phasen der Primärzeit schützen (Gassmann & Graf, 2008).

Die Zeit nach der Geburt stellt für alle Beteiligten eine Übergangsphase im Leben dar. Das Kind entwickelt sich im Laufe der Primärzeit zu einer nicht mehr existenziell abhängigen, autonomen Person, die Frau wird zur Mutter und das Paar zu Eltern. Die Hebamme ist als *Expertin des Übergangs* und als Begleiterin der ihr anvertrauten Frauen und Familien gefordert, damit in unserer Gesellschaft – im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung – die Stärkung der Frau in ihrer Mutterrolle gelingen und elterliche Kompetenz wachsen können.

3.3 Die Zeit nach der Geburt über das Wochenbett hinaus – eine Begriffsklärung

Das **Kontinuum Mutterschaft** (siehe Kapitel 2) bezeichnet das Mutter-Werden als eine vitale, kontinuierlich verlaufende Lebensphase der Frau. Die Prozesse während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes folgen aufeinander, bilden eine Einheit und beeinflussen den gesamten Verlauf.

Die Zeit nach der Geburt als Teil dieser Prozesse ist für Mutter und Kind wie auch für den Vater und die Familie prägend. Es ist eine physiologische **Phase der Wandlung** für Mutter und Kind, gesteuert von zum Teil generalisierbaren somatischen, emotionalen und psychosozialen Entwicklungen. Wandlung bedingt eine Auflösung alter Ordnungsmuster, ein physiologisches Chaos. Somit ist die Zeit nach der Geburt geprägt von Auf-Lösung, Offenheit, Verwirrung und Neuorientierung. Dieser Prozess braucht seine Zeit und seinen Raum. Miteinbezogen und mit betroffen sind je nach Familiensituation der Vater des Kindes, Geschwister, weitere Bezugspersonen in- und ausserhalb der Familie sowie das grössere soziale Umfeld. Verläuft diese Phase gesund, trägt dies dazu bei, dass sich die Beteiligten in einer neuen, gefestigten und gesunden Familienstruktur wieder finden (Odent, 2001).

Es existieren keine empirischen Belege dafür, dass das **«Wochenbett»** auf eine Dauer von zehn Tagen eingegrenzt werden sollte (Bick, 2012). Forschungen zeigen, dass die physiologischen Prozesse des Mutter-Werdens vier Monate in Anspruch nehmen (Mercer, 2004), neuere Untersuchungen sprechen von einem Jahr (Barclay, Everitt, Rogan, Schmied, & Wyllie, 1997 und Haueter, 2010). Nebst der langen Zeit, die dieser Prozess in Anspruch nimmt, ist auch die soziale Unterstützung während dem Prozess enorm wichtig. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die soziale Unterstützung der wichtigste und einflussreichste Faktor in der Rollenentwicklung zur Mutter ist (Emmanuel, Creedy, John Gamble & Brown, 2009).

In der Regel wird der Begriff «Wochenbett» eher undifferenziert verwendet und meint je nach Situation unterschiedliche **Zeitspannen nach der Geburt**. Verena Schmid beschreibt die Physiologie dieser Prozesse als in Phasen verlaufend (Schmid, 2010). Analog zur Schwangerschaft können diese in drei Trimenons (dreimonatige Zeitabschnitte) beschrieben werden. Gemäss Schmid (2010) benötigt der Reifungsprozess zur Familie für alle Beteiligten auch nach der Geburt rund neun Monate. Wir schlagen eine Unterteilung der Zeit nach der Geburt vor, welche den physiologischen Prozessen entspricht.

Frühes Wochenbett	bis 10 Tage	→ 1. Trimenon
Spätes Wochenbett	bis 12 Wochen	
Phase der Neuorientierung	bis 9 Monate	→ 2. und 3. Trimenon

Folgende Umstellungen und Neufindungen müssen im Laufe des Prozesses in der Zeit nach der Geburt bewältigt werden (Bloemeke, 2004, S. 13):

- das Kennenlernen und Knüpfen eines lebenslangen Bandes mit einem neuen Menschen
- das Annehmen dessen vorläufiger, lebensnotwendiger Abhängigkeit von Liebe, Nahrung und Pflege rund um die Uhr
- die Verarbeitung und Integration des Geburtserlebnisses
- körperliche Umstellungs- und Heilungsprozesse
- Erfahrungen mit der Milchbildung und die Entscheidung für oder gegen das Stillen
- die Anpassung an die neue Familiensituation

Das Wissen um die physiologischen Prozesse (Kontinuum Mutterschaft), um die Bedürfnisse der Mutter, des Kindes und der Familie sowie um die Studienlage (siehe Kapitel 2) gilt es in die Praxis umzusetzen. Dem Prozess des Elternwerdens und der Gesundheit der Mutter und des Kindes dient eine niederschwellige, kontinuierliche Betreuung, die auf Beziehung basiert. Die Hebamme mit ihren spezifischen Kompetenzen ist dafür die geeignete Fachexpertin. Daraus folgen entsprechende Forderungen: Die Hebammenbetreuung sollte flexibler gestaltet sowie situations- und bedürfnisangepasst auf die Monate nach der Geburt ausgedehnt werden können.

3.4 Die Gesundheit von Mutter und Kind nach der Geburt

Der Verlauf des Kontinuums Mutterschaft und somit auch des Wochenbettes beeinflusst die Gesunderhaltung von Mutter und Kind im weiteren Lebensverlauf (Odent, 1989). Die sichere Bindung von Mutter und Kind ist eine zentrale Voraussetzung für optimale Entwicklungsprozesse des Kindes (Grossmann & Grossmann, 2003). Ebenfalls entscheidend dafür sind die Bindungsstrukturen zu weiteren nahen Bezugspersonen. Das biographische Ereignis Geburt hat auch eine psychosexuelle und soziokulturelle Dimension. Das Wiedererlangen und Neufinden der Integrität und der Identität als Frau und Mutter werden durch physiologisch verlaufende Heilungs- und Regenerationsprozesse in der Wochenbettzeit gefördert.

In der Realität sind die Voraussetzungen für einen gesundheitsfördernden Verlauf in der Zeit nach der Geburt jedoch häufig nicht gegeben. In den NICE-Guidelines (2006) werden zahlreiche Untersuchungen aufgelistet, die zeigen, dass bei den Müttern oft noch Wochen und Monate nach der Geburt **gesundheitliche Probleme** fortbestehen. Die häufigsten Probleme sind Müdigkeit, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, sexuelle Probleme, Hämorrhoiden, Dammschmerzen, Inkontinenz, Depressionen und Stillschwierigkeiten (NICE, 2006). Eine Studie von MacArthur, Lewis & Knox (1993) belegt das Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen während mindestens sechs Wochen nach der Geburt bei 47 % der untersuchten Mütter. Eine andere Studie aus Schottland stellt solche Beeinträchtigungen bis zu acht Wochen nach der Geburt bei 76 % der Mütter fest (Abdalla, Stroud, Naji, Templeton & Russell, 1995). Spätere Untersuchungen (Brown & Lumley, 1998 und Saurel-Cubizolles, Romito, Lelong & Ancel, 2000) bestätigen die Erkenntnisse und belegen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch bis zu sieben Monate nach einer Termingeburt fortbestehen. In allen industrialisierten Ländern ist der Anteil an postnatalen (nachgeburtlichen) Depressionen hoch, er liegt zwischen 10 % und 15 % (Riecher-Rössler & Rohde, 2005). Die Erkrankung hat auch einschneidende Folgen für die Entwicklung des Kindes (Sinclair & Murray, 1998, Luoma, Tamminen, Kaukonen, Laippala, Puura, Salmelin & Almqvist, 2001). Häufig werden diese Beschwerden nicht erkannt und infolgedessen nicht adäquat behandelt (Bick, MacArthur, Knowles & Winter, 2004).

Die positiven Auswirkungen des **Stillens** auf die Bindung von Mutter und Kind sowie auf die körperliche und emotionale Gesundheit von Kindern sind heute unbestritten. Die WHO empfiehlt, einen Säugling während sechs Monaten voll zu stillen (WHO, 2001). Die Stillhäufigkeit hat in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten insgesamt zwar zugenommen, 2007 stillten fast 90 % der Frauen ihr Kind in den ersten Wochen. Nach drei Monaten sind es jedoch nur noch 55 % (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Ausschliesslich mit Muttermilch ernährt werden im sechsten Lebensmonat lediglich 14 % der Kinder. Somit sind weitere Anstrengungen im Bereich Stillförderung angezeigt (Dratva, Merten & Ackermann-Liebricht, 2005).

Heute führen **Verunsicherung und Überforderung von Eltern** im Umgang mit ihren Säuglingen zu therapiebedürftigen Situationen. Das steigende Angebot an Literatur und Therapieangeboten (z. B. Emotionelle Erste Hilfe) zur Problematik von Babys, die übermässig schreien, spricht für sich. Mangelnde Ressourcen, Stress und gesundheitliche Beeinträchtigung der Mutter führen dazu, dass ein Teil der Eltern nicht in der Lage ist, ihre Kinder mit dem zu versorgen, was sie für eine gesunde Entwicklung benötigen (Harms, 2008).

Im Bereich des **Frauen- und Kindesschutzes** kommt der Hebamme zunehmend ein wichtiger Stellenwert zu. Durch die auf Beziehung beruhende Betreuung und die Nähe der Hebamme zur Familie ist sie eine frühe und niederschwellige Ansprechperson. Damit bieten sich grosse Chancen, dass die Hebamme in der Früherkennung von postnataler Depression oder häuslicher Gewalt (Schlaginhaufen, 2013, Fink-Forster, 2013) eine entscheidende Rolle einnimmt. Für diese Rolle benötigt die Hebamme vertieftes Fachwissen, Unterstützung und vernetzte Strukturen. Diese gilt es auszubauen.

Wie oben beschrieben zeigt die Forschung über den Gesundheitszustand von Frauen nach der Geburt, aber auch von Säuglingen und der ganzen Familie deutlich einen **Handlungsbedarf**. Der Bedarf an professioneller, qualitativ hochstehender Beratung, Pflege und Fürsorge ist gross und erstreckt sich über mehrere Monate nach der Geburt. Eine kurzfristige und rein medizinisch ausgerichtete Kontrollfunktion der Hebamme reicht nicht aus. König & Pehlke-Milde (2010) zeigen für die Schweiz den Handlungsbedarf insbesondere im Versorgungsangebot auf: Dieses ist fragmentiert, eine persönliche Kontinuität der Betreuung nicht gewährleistet, und in gewissen Regionen kann ein Mangel an freipraktizierenden Hebammen gezeigt werden.

Kontinuierliche, bedürfnisorientierte Betreuung in der Zeit nach der Geburt, Förderung der Eigenkompetenzen der Mutter sowie eine gezielte Unterstützung der Stillbeziehung fördern langfristig die körperliche und psychoemotionale Gesundheit von Mutter und Kind. Die internationale Definition der Hebamme der ICM (International Confederation of Midwives, 2013) beinhaltet Gesundheitsförderung als entscheidende Qualifikation, Schäfers (2011) beschreibt die Rolle der Hebamme in der Gesundheitsförderung rund um die Mutterschaft ausführlich. Untersuchungen belegen die Bedeutung der Hebamme in der **Prävention und Gesundheitsförderung** (Bick, 2005 und Richards & Williams, 2007). Die Möglichkeiten dieser entscheidenden Rolle der Hebamme werden häufig nicht ausgeschöpft.

3.5 Die Bedürfnisse von Frauen, Kindern, Familien in der Zeit nach der Geburt

Gesundheitliche sowie psychosoziale Probleme und Beschwerden nach der Geburt sind üblich. Dennoch gibt es noch wenige Untersuchungen, die sich dem konkreten Bedarf von Frauen, Kindern und Familien im frühen und späten Wochenbett sowie in der frühen Elternschaft widmen (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Frauen gehen heute in der Regel drei oder vier Tage nach einer Spital- oder Geburtshausgeburt mit ihren Kindern nach Hause. Wenige Frauen verlassen die Klinik oder das Geburtshaus bereits einige Stunden nach einer ambulanten Geburt und werden von Hebammen unmittelbar danach zu Hause weiter betreut. Ungefähr ein Prozent der Kinder werden zu Hause geboren; nach der Geburt gibt es keinen Ortswechsel und der Übergang in das frühe Wochenbett sowie die Betreuung durch die Hebamme verlaufen fliessend (SHV, 2012).

Die ersten zehn Tage sind geprägt von grossen Schwankungen bei Mutter und Kind, es finden wichtige Prozesse der körperlichen und emotionalen Umstellung statt. Die Weichen für einen erfolgreichen Stillverlauf werden gestellt. Wundheilung, hormonelle Umstellung und Involutionsprozesse bei der Mutter, Adaptationsprozesse beim Kind, das Bonding und die Hygiene stehen im Vordergrund.

Im Frühwochenbett konzentriert sich der Betreuungs- und Beratungsbedarf von Müttern und ihren Partnern häufig auf das Kind. Zur Erlangung von Sicherheit im Umgang mit dem Neugeborenen werden Hilfe, Beratung und psychische Unterstützung gewünscht (König & Pehlke-Milde, 2010). Zudem kann bei den Frauen ein hoher, zum Teil

nicht eingelöster Bedarf an Beratung bezüglich der eigenen Gesundheit festgestellt werden. Beachtung finden sollte auch die Feststellung, dass nur ein geringer Anteil der Frauen sich trotz vorhandener Beschwerden und Probleme fachliche Hilfe holt (Sayn-Wittgenstein, 2007). «Frauen wollen über das emotionale Wohlergehen, Erholung und Gesundheit generell, über Müdigkeit und Stillen informiert werden. Dadurch können sie besser mit ihren Symptomen umgehen und suchen früher Hilfe, wenn die Beschwerden nicht deutlich nachlassen.» (Loos, 2000, S. 8).

Untersuchungen weisen darauf hin, dass spezifische und im persönlichen Gespräch vermittelte Information, Beratung und Präventionsmassnahmen sowie individuelle Begleitung in den Phasen der Umstrukturierung und Neufindung erwünscht und notwendig sind. Sie bewirken Wohlbefinden, Kontrollgewinn und fördern die Selbstbestimmung und Gestaltungsfähigkeit werdender Eltern – d. h. das Kohärenzgefühl wird gestärkt. Hebammen werden von Frauen, beziehungsweise von werdenden Eltern als für diese Tätigkeit kompetent eingestuft und erlebt (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Im Übergang zur Elternschaft und im Prozess der Familienwerdung stehen meist Mutter und Kind im Vordergrund. Zunehmend werden die Bedürfnisse der werdenden Väter thematisiert und somit deren Bedeutung für eine umfassende Betreuung sichtbar. Baumgartner (2013) zeigt, dass Gefühle, Veränderungen und Rollenkonflikte für Männer im Prozess des Vaterwerdens einschneidend sind. Der aktive Einbezug von werdenden Vätern und Angebote zu ihrer Unterstützung sind somit in die Hebammenbetreuung zu integrieren.

Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen in schwierigen sozialen Verhältnissen haben zusätzliche, spezifische Bedürfnisse. Der kulturelle, sprachliche und ökonomische Hintergrund beeinflusst diese entscheidend. Spezifisches Wissen und entsprechende Fortbildungen dienen der Hebamme bei der Betreuung dieser Familien.

Eine Betreuung im Wochenbett nach Kindsverlust stellt hohe Anforderungen an die Hebamme. Auch hierfür können notwendige spezifische Kenntnisse und Kompetenzen in Fortbildungen erweitert werden. Insbesondere in dieser schwierigen Situation sind Fürsorge und die Pflege der Wöchnerin in den normalen Umstellungs- und Heilungsprozessen wichtig. Die Betonung der Physiologie in den körperlichen Vorgängen dient der Mutter im Begreifen und Integrieren des Verlustes.

3.6 Die Hebammenleistungen in der Wochenbettbetreuung

Die Hebammenleistungen in der Schweiz umfassen schwerpunktmässig die Pflege, Fürsorge und Beratung im frühen Wochenbett, also während den ersten 10 Tagen nach der Geburt. Diese Leistungen werden aus der Grundversicherung vergütet und sind somit zeitlich eingeschränkt. Besteht nach dieser Zeit nicht eine erste stabile, gesunde Situation, setzt die Hebamme die Pflege und Beratung auf ärztliche Verordnung und in Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachdisziplinen fort, bis die Ziele des frühen Wochenbettes erreicht sind. Danach besteht das Angebot der Mütter- und Väterberatung, das eine Begleitung und Beratung der jungen Familie bis fünf Jahre nach der Geburt beinhaltet (siehe Anhang 6.3).

Die Hebamme ist die professionelle Ansprechperson während der ganzen Rückbildungs- und Stillzeit. In dieser Zeit sind die Leistungen aus der Grundversicherung begrenzt: Die Hebamme bietet eine Abschlusskontrolle 6 bis 10 Wochen nach der Geburt und maximal drei Stillberatungen, verteilt auf die ganze Stillzeit, an. Das Angebot von Rückbildungskursen durch die Hebamme begleitet den Prozess des Mutter-Werdens ab ungefähr dem 2. Trimenon (10 bis 12 Wochen nach der Geburt). Dieses Angebot wird durch die Grundversicherung nicht vergütet.

Beim Abweichen vom physiologischen Verlauf wird die Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachdisziplinen (Gynäkologie, Medizin, Psychologie / Psychiatrie) organisiert und koordiniert, bei Bedarf wird eine entsprechende Überweisung veranlasst.

Die Aufgabe der Hebamme umfasst fachliche Kontrollen und gezielte, angepasste Anleitung. Die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung, die Pflege und die Sorge für Schutz und Ruhe stehen im Vordergrund. Beratung zu den Bedürfnissen und dem Verhalten des Kindes ist ein wichtiger Teil. Beratung, Körperarbeit und prophylaktische Massnahmen zu Heilung, körperlichen Rückbildungsvorgängen, Muskelschonung und -aufbau (insbesondere Beckenboden und Bauch), Haltung und Bewegung der Mutter gehören mit dazu. In der Beratung sind Alltags- und Ruherhythmen, der Wiedereinstieg ins Berufsleben, Sexualität und Partnerschaft weitere wichtige Themen.

Die im nachfolgenden Kapitel 4 aufgelisteten Hebammenleistungen richten sich nach dem Bedarf von Mutter, Kind und Familie im frühen und späten Wochenbett. Die Vergütung der Hebammenleistungen aus der Grundversicherung sind im KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), in der KVV (Krankenversicherungsverordnung) und in der KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung) definiert und geregelt (siehe Anhang 6.4).

Die gesetzlichen Grundlagen sowie der Tarifvertrag zwischen SHV und santésuisse stellen jedoch ungenügende Rahmenbedingungen dar, um die beschriebenen Leistungen umfassend abdecken zu können (vergleiche auch Abschnitt 2.7). Das heisst konkret, dass aus der Grundversicherung zu wenig Leistungen und ungenügend Zeit vergütet werden, um die Betreuung adäquat gewährleisten zu können. Insbesondere die Beschränkung der Wochenbett-Betreuung auf die ersten zehn Tage nach der Geburt, die zeitliche Begrenzung dieser Besuche und das Nichtvergüten eines Vorgespräches während der Schwangerschaft sowie von erbrachten Pikett-Leistungen im frühen Wochenbett stellen oft inakzeptable Strukturen sowohl für die betreute Frau als auch für die Hebamme dar.

Zur Zeit bewegt sich die Hebamme in diesen vorgegebenen Strukturen. Daraus entsteht eine dringende Notwendigkeit, dass die freipraktizierende Hebamme mit der Klientin den ihr erteilten Betreuungsauftrag klärt. Das heisst, sie muss der Klientin die Rahmenbedingungen erläutern und die begrenzten Möglichkeiten aufzeigen. Für Leistungen, die aufgrund von Assessement und Diagnose dem Bedarf der Wöchnerin und/oder des Kindes entsprechen und die nicht im Leistungskatalog der Hebamme enthalten sind (z. B. über die zehn Tage hinaus) holt die Hebamme eine ärztliche Verordnung ein. Zusatzleistungen können unter Umständen aus der Zusatzversicherung gedeckt werden, oder die Klientin muss diese privat vergüten.

3.7 Literatur

Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother – an analysis of women's experience of early motherhood, *J Adv Nurs,* 25(4), 719–728.

Baumgartner, S. (2013). *Die Zeit postpartum aus der Perspektive der Väter – «It is a women`s world.».* Bachelor-Thesis, Heb 10, Typ 1, Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Studiengang Hebamme, Bern. Abgefragt am 17.02.14 unter http://www.gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/hebamme/publikationen.html.

Beldon, A. & Crozier, S. (2005). Health promotion in pregnancy: the role of the midwife, *J R Soc Promot Health,* 125(5), 216–220. Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16220735.

Bick, D. (2012). *Effective postnatal care.* Unveröffentlichte ppt Präsentation (Dezember 2012) an der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Studiengang Hebamme, Bern.

Bick, D. (2005). Postnatal care: meeting the public health challenge. Chapter 11. In P. Lúanaigh & C. Carlson (Hrsg.). *Midwifery and Public Health: Future Directions, New Opportunities.* Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Bick, D., MacArthur Ch., Knowles H., & Winter H. (2004). *Evidenzbasierte Wochenbettbetreuung und -pflege. Praxishandbuch für Hebammen und Pflegende.* Bern: Hans Huber Verlag.

Bloemeke V.J. (2004). *Alles rund ums Wochenbett.* (3. Aufl.). München: Kösel Verlag.

Brown, S. & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey, *British Journal of Obstetrics & Gynaecology,* vol. 105, no. 2, 156–161.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). *Indikator 2.7: Stillen.* Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07864/index.html?lang=de.

Dratva, J., Merten S., & Ackermann-Liebricht U. (2005). Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten. Nationale Studie 2003. Kapitel 2 – Ernährung verschiedener Bevölkerungsgruppen in *5. Schweizerischer Ernährungsbericht* des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.blv.admin.ch/dokumentation/00327/04527/05229/05231/index.html?lang=de.

Emmanuel, E., Creedy, D.K., John, W.S., Gamble, J. & Brown, C. (2009). Maternal role development following childbirth among Australian women, *Journal of advanced nursing,* 64(1), 18–26.

Forster Fink, R. (2013). Was hat die Hebamme mit häuslicher Gewalt zu tun? *hebamme.ch,* 2013(11), 35–37.

Friedrich, J. (2007). *Wochenbett heute – effektiv, optimiert und rationalisiert?* Unveröffentlichte Kursunterlagen der Berner Hebammenfortbildung zum Thema «Wochenbett – die vergessene Bedeutung einer prägenden Lebensphase». Bern.

Gassmann, M.C., & Graf, S. (2008). *Grundversorgung in der Begleitung der (werdenden) Eltern und Familien. Aspekte aus der Sicht der Hebammengeburtshilfe.* Unveröffentlichte Stellungnahme z.H. des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV. Erhältlich bei sabinegraf@lorraine.ch.

Glazener, C. M., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A., & Russell, I. T. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment, *British Journal of Obstetrics & Gynaecology,* vol. 102, no. 4, 282–287.

Grossmann K. E. & Grossmann K. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie.* Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung. Krisenintervention. Eltern-Baby-Therapie.* Berlin: Leutner Verlag.

Haueter, M. (2011). *Mutter werden... glücklich sein... schnell zurück zur Normalität... Was ist, wenn dies nicht gelingt?* Colloque Santé, 13. April 2011. Themenreihe «Psychosoziale Gesundheit».

International Confederation of Midwives ICM (2013). *ICM International Definition of the Midwife.* Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/.

König, C. & Pehlke-Milde, J., Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG).* Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05065/05105/index.html?lang=de &download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFfXx6fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--.

Loos, I. (2000). Nach sechs Wochen bin ich wieder fit, *hebamme.ch,* 1(00), 4–8.

Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 40(12), 1367–74.

MacArthur, C., Lewis, M., & Knox, E. G. (1993). Comparison of Long-Term Health-Problems Following Childbirth Among Asian and Caucasian Mothers, *British Journal of General Practice*, vol. 43, no. 377, 519–522.

Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing,* 35(5), 649–651.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment, *Journal of Nursing Scholarship,* Vol. 36, No 3, 226–232.

Montessori, M. (1991). *Kinder sind anders* (6. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

National Institute for Health and Care Excellence NICE (2006). *Postnatal Care. Routine postnatal care of women and their babies.* London: The National Collaborating Centre for Primary Care And Royal College Of General Practitioners. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://guidance.nice.org.uk/CG37/NICEGuidance/pdf/English.

Odent, M. (1989). *Von Geburt an gesund. Was wir tun können, um lebenslange Gesundheit zu fördern.* München: Kösel Verlag.

Odent, M. (2001). *Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht.* Düsseldorf & Zürich: Walter Verlag.

Odent, M. (2014). *Primal Health Research Databank. Definition.* Abgefragt am 28.01.2014 unter http://www.primalhealthresearch.com.

Richards, J. & Williams, L. (2007). More than a midwife? Supervision of extended roles, *RCM Midwives,* 10(6), 274–275. Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17596080.

Riecher-Rössler, A., & Rohde, A. (2005). Diagnostic classification of perinatal mood disorders. In A. Riecher-Rössler & M. Steiner (Ed.). *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders* (pp. 6–27). Basel - Freiburg - Paris: Karger Verlag.

Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Lelong, N., & Ancel, P. Y. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy 48, *BJOG*, vol. 107, no. 10, 1202–1209.

Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen.* Stuttgart: Schattauer Verlag.

Schlaginhaufen, R. (2013). Das Kindeswohl schützen – praktische Hinweise. *hebamme.ch,* 2013(11), 32–34.

Schmid, V. (2010). *Praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit.* Unveröffentlichte Kursunterlagen, Lehrgang 2008–2010. Bern: bildungsforum geburt & primärgesundheit, Florenz: Scuola Elementale di Arte Ostetrica. Erhältlich bei sabinegraf@lorraine.ch.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2012). *Statistik frei praktizierender Hebammen der Schweiz. Statistikbericht 2012*. ZHAW Gesundheit, Institut für Hebammen. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/stats.cfm.

Sinclair, D., & Murray, L. (1998). Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports, *British Journal of Psychiatry,* Vol. 172, 58–63.

World Health Organization WHO (2001). Kramer, S. & Kakuma, R. *The optimal duration of exclusive breast feeding. A systematic review.* Geneva: WHO, Department of Nutrition for Health and Development NHD, (Document WHO/NHD/01.08). Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.who.int/nutrition/topics/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf.

4 Checkliste für die Hebammenarbeit im frühen und späten Wochenbett

4.1 Gliederung und Gebrauch der Checkliste

Die Checkliste ist eine Zusammenstellung aus den Empfehlungen der NICE-Guideline Postnatal Care (2006), aus Primär- und Sekundärliteratur, aus Empfehlungen von Hebammen-Qualitätszirkeln und aus den Erfahrungen von Expertinnen in der Wochenbettbetreuung.

Massgebende Grundlagen sind in den Kapiteln 2 und 3 beschrieben. Insbesondere der Grundsatz, dass jede Massnahme, Beratung, Anleitung und Intervention individuell und bedarfsorientiert erbracht wird, ist in den vorangehenden Kapiteln ausführlich erläutert worden. Beratungen haben das Ziel, dass die Frau/die Eltern fähig sind, eine «informierte Entscheidung» (siehe Abschnitt 2.2) zu treffen, wenn dies erforderlich ist. Das heisst, Informationen nehmen auf die individuelle Situation Bezug, sind vollständig, verständlich vermittelt und zeigen die Wahlmöglichkeiten auf. Diese Grundlagen werden für den Gebrauch der Checkliste vorausgesetzt.

Für die Hebammenarbeit nach dem 10. Tag können Stillberatungen, die Nachkontrolle oder ärztlich verordnete Besuche als Grundleistung verrechnet werden. Auf die strukturellen Rahmenbedingungen und auf die von den Krankenkassen vergüteten Leistungen im Wochenbett geht Abschnitt 3.6 detailliert ein, die gesetzlichen Grundlagen sind im Anhang ersichtlich (siehe 6.4).

Die Checkliste gliedert sich in 2 Teile:
- **Schwerpunkte** bei der Betreuung **im Prozessverlauf** (zeitliche Dimension): Abschnitt 4.2
- **Pflege, Beratung und besondere Aufmerksamkeit** im frühen Wochenbett (erste 10 Tage nach Geburt, auf ärztliche Verordnung auch nach dem 10. Tag), bei der Nachkontrolle und den Stillberatungen: Abschnitt 4.3

Alle mit * versehenen Punkte sind von der **NICE-Guideline Postnatal Care** empfohlen und wurden so übernommen.

In Abschnitt 4.4 sind **Erläuterungen, Links und Broschüren** zu verwendeten Begriffen und aufgeführten Empfehlungen sowie Prophylaxen aufgelistet. Diese werden in der Checkliste mit ° gekennzeichnet. Die Erläuterungen sind alphabetisch geordnet. Weitere Broschüren und nützliche Links sind in Kapitel 5 zu finden.

Die verwendete Literatur findet sich in Abschnitt 4.5.

4.2 Schwerpunkte im Prozessverlauf

Phase der Neuorientierung in den drei Trimenons			
Zeitspanne	**Schwerpunkte Prozess**	**Bedürfnisse Mutter, Kind, Familie**	**Aufgaben Hebamme**
1. Trimenon bis ca. 3 Monate	• Un-Ordnung, Unsicherheit • Rückbildungs- und Anpassungsvorgänge • Beziehung Mutter-Kind-Vater • Anpassung im neuen Familiensystem suchen • Gleichgewicht und Orientierung suchen	• Bindung Mutter-Kind-Vater festigen • Stillbeziehung etablieren, Ernährung sicherstellen, Unterstützung bei Stillschwierigkeiten • Rückbildungsvorgänge und Wundheilung abschliessen • Kenntnisse zu Gesundheit Mutter und körperlichen Veränderungen • Rhythmen im Alltag finden • Unterstützung bei Schwierigkeiten und Anpassungsstörungen	• Betreuung und Beratung im Wochenbett • über Verlauf physiologische Prozesse aufklären • Stillberatung und Nachkontrolle anbieten • evtl. Betreuung auf ärztliche Verordnung • über weitere Betreuungs- und Unterstützungsangebote informieren
2. Trimenon bis ca. 6 Monate	• Anpassung, Harmonie • Ankommen im Alltag als Familie • Gleichgewicht und Orientierung finden	• Bindung Mutter-Kind-Vater festigen • Kenntnisse zu Stillen, Entwicklung Kind • Kenntnisse zu Gesundheit Mutter, Sexualität, Empfängnisregelung • Unterstützung bei Schwierigkeiten und Anpassungsstörungen	• Stillberatung anbieten • evtl. Betreuung auf ärztliche Verordnung • Angebot Rückbildungskurs • evtl. spezielle Beckenbodenarbeit • über weitere Betreuungs- und Unterstützungsangebote informieren
3. Trimenon bis ca. 9 Monate	• von der Mutter zur Frau • erneute Loslösung Säugling – Mutter • In Bewegung kommen: Orientierung auf die Umwelt	• vom Stillen zum Essen • vom Tragling zum Krabbelkind • Beziehungen im Familiensystem festigen • Integration Geburtserfahrung • Kenntnisse zu Sexualität, Zyklus • Informationen zu Sport und Berufstätigkeit	• Stillberatung anbieten • evtl. Betreuung auf ärztliche Verordnung • Angebot Rückbildungskurs • evtl. spezielle Beckenbodenarbeit • über weitere Betreuungs- und Unterstützungsangebote informieren

Hier werden grundsätzliche Schwerpunkte aufgeführt – die Phasen verlaufend fliessend und sind individuell.

Frühes Wochenbett			
Zeitspanne	**Schwerpunkte Prozess**	**Bedürfnisse Mutter, Kind, Familie**	**Aufgaben Hebamme**
1. Tag	• Bonding • Stillen/Ernährung Kind • Euphorie, Staunen • plötzliche Veränderungen nach Geburt • Spannungsfeld: grosse Offenheit ↔ Prozess des Schliessens	• Ruhe und Zeit • Nähe Mutter/Kind/Vater • Körperkontakt • Nestschutz: Bettruhe, Erdung • Befriedigung Grundbedürfnisse	• Hüterin von Prozess und Nestschutz • Pflege und Fürsorge • Stillen/Ernährung Kind: aufklären, unterstützen und anleiten • Körperarbeit°: Lagerung Mutter und Kind • kognitive Kommunikation minimieren

2. bis 4./5. Tag	• hormonelle Veränderungen • beginnende Milchbildung, Stillen • Rückbildungsvorgänge und Regeneration • Heilung der Geburtswunden • Empfindung von fehlendem Halt und fehlenden Grenzen, körperlich wie emotional • Wirkung von körperlicher Anstrengung, Schlafmangel, eventuellen Schmerzen • Spannungsfeld: von Euphorie zu Erschöpfung	• Ruhe und Zeit • Nähe Mutter/Kind/Vater • Körperkontakt • Nestschutz: Bettruhe, Erdung • Halt und Gehaltensein • Bestätigung und Unterstützung im normalen natürlichen Prozessverlauf • Unterstützung in Spannungsfeldern: Eigenkompetenz ↔ Entfremdung, Schutzbedürfnis nach innen ↔ Stolz und Mitteilungsbedürfnis nach aussen	• Hüterin von Prozess und Nestschutz • Pflege und Fürsorge • Stillen/Ernährung Kind: aufklären, unterstützen und anleiten • Pflege Brust und Brustwarzen • unterstützende und lindernde Massnahmen bei Milcheinschuss und Geburtswunden • Körperarbeit°: Rebozo, Arbeit an Füssen und mit Knochen: Becken, Kreuzbein • gezielte, dem Prozess angepasste Informationen • Unterstützung bei «Babyblues»
5./6. bis 10. Tag	• Milchbildungsprozess, Stillen • Rückbildungsvorgänge und Regeneration • Heilung der Geburtswunden • erstes Begreifen von Ereignis Geburt • in die Senkrechte aufkommen • in den Alltag finden	• Kenntnisse zu Ernährung, Pflege und Umgang Kind, Stillen • Bewusstsein in Körperwahrnehmung und -veränderungen • Bewusstsein in Haltung, Gleichgewicht, Bewegung • Finden von Rhythmus und Mass • Orientierung im weiteren Verlauf	• Stillbeziehung und Stillen nach Bedarf unterstützen • Stillen/Ernährung Kind: aufklären, unterstützen und anleiten • Pflege und Umgang Kind: aufklären und anleiten • über Rhythmen Kind aufklären, Hilfestellungen geben • Körper, Pflege, Hygiene, Alltag: aufklären und anleiten • Körperarbeit°: Wahrnehmung, Haltung, Massage • Raum geben für Geburtserlebnis • über weiteren Verlauf informieren • allfälligen weiteren Betreuungsbedarf erfassen

Spätes Wochenbett			
Zeitspanne	**Schwerpunkte Prozess**	**Bedürfnisse Mutter, Kind, Familie**	**Aufgaben Hebamme**
ca. 10 Tage bis 10 (12) Wochen	• Bindung zum Kind etablieren • Stillen/Ernährung Kind sicherstellen • körperliche Rückbildung: Beckenorgane, muskuläre und knöcherne Strukturen, Bänder, Gewebe • Rückbildungsvorgänge und Wundheilung abschliessen • Geburtserlebnis integrieren • Finden von Halt und Sich-Schliessen • Finden von neuen Rhythmen	• Sicherheit im Umgang mit Kind und Ernährung Kind erlangen • Informationen zu eigener Gesundheit • Unterstützung in Alltagsgestaltung • familiäre und soziale Unterstützung sicher stellen • Kenntnisse von Hilfestellungen, Ansprechpersonen und Kontaktmöglichkeiten (fachlich, therapeutisch) in schwierigen Situationen	• Stillbeziehung und Stillen nach Bedarf unterstützen • bei Ernährung Kind mit Formulamilch beraten • über Verlauf physiologische Prozesse aufklären • zu schonendem und gesundheitsförderndem Bewegen und Verhalten im Alltag anleiten (siehe Beckenboden°) • Stillberatung und Nachkontrolle anbieten • über Mütter- und Väterberatung informieren und evtl. überweisen (siehe Anhang 6.3) • über weitere Betreuungs- und Unterstützungsangebote informieren

4.3 Pflege, Beratung und besondere Aufmerksamkeit

Schwangerschaft: Vorgespräch Wochenbett	
ca. 34. bis 36. SSW	• Gesundheitsgeschichte° und Ressourcen erfassen • Kompetenzen, Bedürfnisse und Informationsbedarf erfassen • über spezifische Prozesse und Rhythmen von Mutter und Kind im frühen Wochenbett sowie über physiologischen Verlauf aufklären • über Ruhe- und Schutzbedürfnis von Mutter und Kind aufklären • familiäre und soziale Unterstützung thematisieren: Partner, Familie, FreundInnen, Haushalthilfe, usw. • über notwendige Vorbereitungen informieren • über Rahmenbedingungen der Hebammenleistungen aufklären • über Mutterschutz°, Arbeitsrecht, Stillen und Arbeit informieren • Fragen beantworten • Hebammensuche siehe: hebammennetz.ch und buendner-hebamme.ch • weiteres Informationsmaterial abgeben

Frühes Wochenbett: Geburt bis 10 Tage

Mutter: Gesundheit	**Mutter und Kind: Stillen / Ernährung**	**Kind: Gesundheit**
Pflege • Bonding und emotionale Bindung* zum Kind fördern • Allgemeinzustand erfassen und beurteilen: körperliches und emotionales Befinden, Energie, eventuelle Schmerzen • Grundbedürfnisse sichern: Körperkontakt, Essen, Trinken, Ausscheiden, Schlafen • zu Hygiene von Körper, Händen, Intimbereich anleiten • zu Lagerung und Entlastung anleiten • Uterus: Selbstwahrnehmung / Höhenstand, Lage, Tonus, Konsistenz, Druckdolenz* erfassen und beurteilen • Blutung auf Farbe, Menge, Konsistenz beurteilen* • beurteilen von: – allfälligen Geburtsverletzungen* – Miktion: Regelmässigkeit, Beschwerden, Schmerzen, Kontinenz* – Verdauung und Stuhlgang*: Regelmässigkeit, Beschwerden, Schmerzen, Hämorrhoiden, Kontinenz → bei Bedarf fürsorgende, heilungsfördernde und schmerzlindernde Massnahmen* ergreifen • Kreislauf erfassen und beurteilen: BD*, Puls, Atmung, Schwindel • zur angepassten Mobilisation so bald als möglich auffordern* • zu beckenbodenschonendem Verhalten° anleiten • Körperarbeit°: prozessangepasst • bei Nachwehen lindernde Massnahmen anbieten	**Pflege** • Hautkontakt zwischen Mutter und Kind fördern* • Ansetzen nach Bedarf unterstützen* • zu Pflege und Hygiene Brust und Brustwarzen anleiten • zu Brustmassage anleiten • Entwicklung von guter Stillbeziehung in den ersten zwei Tagen evaluieren* • während Milcheinschuss: Milchfluss unterstützen*, Stillrhythmus anpassen*, Brustmassage* und lindernde Unterstützung (z. B.Wickel) empfehlen • bei schmerzenden Brustwarzen Ansetztechnik evaluieren* • wunde Brustwarzen therapieren • Stillsituation evaluieren, Bedarf an zusätzlicher Unterstützung erfassen* **Beratung** • über Vorteile von Kolostrum, Ansetzen nach Bedarf und Bedeutung Stillen auf Bindung aufklären* • über physiologischen Verlauf von Milchbildungsprozess und Milcheinschuss aufklären • über Ansetztechnik und Stillpositionen aufklären und entsprechend anleiten* • über initialen leichten Schmerz beim Ansetzen, der jedoch nicht andauern soll, informieren* • über Stillrhythmus und Stilldauer aufklären* • über Zeichen erfolgreicher Stillmahlzeit aufklären*	**Pflege** • Bonding und emotionale Bindung* zum Kind fördern • Allgemeinzustand, Vitalzeichen, Verhalten erfassen und beurteilen • Kontakt, Ausdruck, Präsenz, Verhalten beim Trinken, Schlaf-Wachphasen, Schreien: erfassen und beurteilen • Haut auf Farbe, Beschaffenheit, Irritationen erfassen und beurteilen • Ausscheidungen erfassen und beurteilen • Tonus und Reflexe erfassen und beurteilen • zu Windelwechsel, Pflege Windelbereich, Pflegeprodukte° aufklären und anleiten* • zu trockener Nabelpflege° anleiten* • zu Körperpflege, Hygiene und Bad anleiten • zu Infant-Handling°, Tragen, Babymassage anleiten • Gewichtskontrolle nach Bedarf • physiologischer NG-Ikterus beurteilen und evaluieren, Massnahmen zur Förderung von günstigem Verlauf empfehlen • umfassender NG-Status innerhalb 72 h*, über Ziele und Befunde aufklären* • Blutentnahme NG-Screening° (Guthrie-Test)* 72 – 92 h pp, über Ziele aufklären (siehe Beratung) • bei Blutentnahme schmerzlindernde Massnahmen: Fuss wärmen, Lagerung, Stillen, Glucose

Mutter: Gesundheit	Mutter und Kind: Stillen / Ernährung	Kind: Gesundheit
• bei Schmerzen lindernde Massnahmen und Therapien anbieten* • bei Zustand nach Sektio regelmässige Nahtkontrolle und Klammern (Fäden) entfernen ca. 6 Tage nach Geburt • Anti D-Prophylaxe innert 72 h pp bei Bedarf* • emotionalen Zustand, soziale Unterstützung und Coping-Strategien erfassen* • zu selbstpflegenden Massnahmen anleiten: sanfte Körperübungen°, Ruhe gönnen, Unterstützung aus sozialem Umfeld, Gefühle nahestehenden Personen anvertrauen* **Beratung** • über physiologische Prozesse und Erholung nach Geburt* aufklären • über Bedürfnis nach Ruhe und Schutz aufklären • über körperliche, emotionale und hormonelle Situation und physiologischen Verlauf aufklären* • zu häufigen Beschwerden beraten: – Heilung der Geburtsverletzungen* – Miktion und Harninkontinenz* – Verdauung und Stuhlgang – Müdigkeit* – Kopfschmerzen* – Rückenschmerzen* • über emotionale Veränderungen und physiologischen Verlauf* aufklären, Gespräch über Befinden und soziale Unterstützung* • bei Abweichung im emotionalen Befinden Mutter: Frau und Partner / Familie zu Mitteilung an Fachperson ermutigen* • Grenzen von physiologischen Abläufen beschreiben* **Besondere Aufmerksamkeit** • bei Diagnose von Rektusdiastase Beratung und therapeutische Massnahmen • bei leichter Harninkontinenz zu Beckenbodenübungen anleiten* • bei Obstipation ballaststoffreiche Kost* und genügende Flüssigkeitszufuhr empfehlen*, leichte Laxantien bei Bedarf verordnen* • bei Hämorrhoiden Obstipation vermeiden* • bei grossen, geschwollen Hämorrhoiden oder rektalen Blutungen Beratung und therapeutische Massnahmen*	• über physiologischen Gewichtsverlauf Kind aufklären • über Prophylaxe und Behandlung von Brustentzündung° aufklären • bei Ernährung mit Formulamilch zu Zubereitung, Menge und Hygiene anleiten* **Besondere Aufmerksamkeit** • bei Flach- oder Hohlwarzen: aufklären, dass dies keine Kontraindikation für Stillen ist, entsprechend anleiten* • bei schläfrigem Kind Hautkontakt fördern, Massage / Stimulierung Füsse Kind* • bei Wahrnehmung Mutter von ungenügender Mildchproduktion Gewicht Kind evaluieren, Stillmahlzeit beobachten, Vertrauen Mutter in Milchproduktion stärken durch Bestätigung und Ermutigung* • bei ungenügendem Trinken von Brust Milch ausstreichen, mit Becher oder Schoppen verabreichen, zusätzliche Nahrung nur bei medizinischer Indikation* • bei persistierend wunden Brustwarzen Soor ausschliessen • bei persistierenden Stillproblemen Zungenband beurteilen, bei Verdacht auf ursächliche Verkürzung, Beizug ärztliche Fachperson* • bei Milchstau oder beginnender Brustentzündung° lindernde Massnahmen wie z. B. Wärme / Kälte, Brustmassage, Wickel • bei Brustentzündung° zu weiterem Stillen ermutigen, Stillpositionen evaluieren, Trinkverhalten Frau evaluieren, Analgesie (Paracetamol)* • bei persistierender Brustenzündung an ärztliche Fachperson überweisen*	• Vitamin K° verabreichen*: 2 mg p.o., 4 h und 4 Tage pp, über Ziele aufklären (siehe Beratung) • relevante Sicherheitsaspekte für Kind in Umgebung erfassen und evaluieren* **Beratung** • über Bedürfnisse Kind aufklären: Erholung nach Geburt, Ruhe, Schutz • über körperliche, emotionale und soziale Kompetenzen Kind aufklären (Förderung Bindung)* • Eltern bei körperlichen Untersuchungen Kind einbeziehen, über Ziele und Befunde aufklären* • über Wärmebedarf informieren • über normale Ausscheidung aufklären, Eltern auffordern, Abweichungen mitzuteilen* • Eltern befähigen: Allgemeinzustand einschätzen, Auffälligkeiten identifizieren, auffordern, sich zu melden bei Unsicherheit, bei Bedarf* • über Verlauf physiologischen NG-Ikterus und Ziele von Evaluation aufklären* • über NG-Screening° (Guthrie-Test) aufklären, Informed Choice unterstützen* • über Vitamin-K-Prophylaxe° aufklären, Informed Choice unterstützen* • über Prophylaxe von plötzlichem Kindstod (SIDS)° aufklären* • über Co-Sleeping° aufklären* • über Nuggi informieren • zu relevanten Sicherheitsaspekten für Kind in Umgebung aufklären und beraten* **Besondere Aufmerksamkeit** • bei Verdacht auf Mundsoor: evaluieren und therapeutische Massnahmen • bei Windeldermatitis: auf Candida albicans abklären*, therapeutische Massnahmen, Antimykotikum* • bei Ernährung mit Formulamilch und Obstipation: Zubereitung und Menge Milch, Häufigkeit Trinken evaluieren* • bei Durchfall Verlegung prüfen* • bei Fieber ≥ 38 °C Ursachen abklären* • bei Infektzeichen, verminderten Reflexen Verlegung prüfen • bei vorzeitigem NG-Ikterus° (innerhalb 48 h) Verlegung prüfen*

Mutter: Gesundheit	Mutter und Kind: Stillen / Ernährung	Kind: Gesundheit
• identifizieren, therapieren und evaluieren von häufigen Beschwerden*: – Schmerz bei Dammnaht: Damm entlasten, Phytotherapie, kalte Kompressen*, Paracetamol*, non-steroidale Analgetika (falls nicht kontraindiziert)* – inadäquate Nahtversorgung, klaffende Wunde, verzögerte Wundheilung, Zeichen von Infektion* – leichte Kopfschmerzen: Diagnose auf Ursachen, Therapie anpassen* – Rückenschmerzen: auf Spannungs- und Haltungsschmerzen untersuchen* • Risiken und Symptome von übermässiger Blutung, Infektion, Präeklampsie und Thromboembolie ausschliessen (anamnestisch und klinisch)* • bei persistierend starker Blutung, übermässiger Müdigkeit: Hämoglobin kontrollieren, Therapie Anämie bei Bedarf* • bei pathologischem Zustand für weitere Abklärungen überweisen, insbesondere – persistierender Harninkontinenz* – Stuhlinkontinenz* – starke oder persistierende Kopfschmerzen und / oder andere Symptome von Präeklampsia* • bei operativer Geburt, schwieriger Geburt: Erleben und Wahrnehmung erfassen, Bedarf an Unterstützung erheben, Hilfestellung geben • Risiken oder Hinweise auf häusliche Gewalt° erfassen, über Beratungsstellen informieren*, geeignete Überweisung prüfen		• bei Verdacht auf NG-Ikterus°: – Verlauf beurteilen und evaluieren* – Eltern auffordern, sich zu melden bei Verschlimmerung* – nach 24h: Allgemeinzustand, insbesondere Wachheit*, Farbe, Wärme, Ausscheidung*, Tonus, Reflexe erfassen und Situation evaluieren – regelmässiges Stillen empfehlen, allenfalls Kind wecken* – keine Indikation für Zufütterung mit Formula oder Wasser* • bei reellem Verdacht auf pathologischen Ikterus°: Blutentnahme, Bilirubin bestimmen*, Verlegung prüfen • bei übermässigem Schreien°: mögliche Ursachen erfassen und evaluieren, Eltern unterstützen, Hilfestellungen geben*, über Massnahmen und Therapien informieren • mögliche Kindesmisshandlung° wahrnehmen und bei Verdacht zuständige Stellen beiziehen

Mutter: Gesundheit	Mutter und Kind: Stillen / Ernährung	Kind: Gesundheit
ab ca. 7. Tag	ab ca. 7. Tag	ab ca. 7. Tag
Beratung über Gesundheit Mutter und Rückbildungsvorgänge im weiteren Verlauf / über frühes Wochenbett hinaus aufklären und beraten: • Körperwahrnehmung und körperliche Veränderungen • Aktivität*, Bewegung, körperliche Tätigkeiten, angepasste Körperübungen*, Sport, Baden • Ernährung*, Gewichtsverlauf • Rückbildungskurs empfehlen • Wiederaufnahme Sexualität, mögliche funktionelle Störungen und Empfängnisregelung* • bei ungenügender Röteln-Immunität: Empfehlung Impfung*, Informed Choice unterstützen • soziale Unterstützung und Vernetzungsmöglichkeiten für junge Familien* • postnatale Depression°: Häufigkeit, Unterstützungsmöglichkeiten • Mutterschutz°, Arbeitsrecht • Informationsmaterial, Broschüren° abgeben	**Beratung** über Stillen und Ernährung Kind im weiteren Verlauf / über frühes Wochenbett hinaus aufklären und beraten: • Stillen, Ernährung und Gewichtsverlauf Kind • Stillempfehlungen° • Stillen und Arbeiten° • Gewinnung von Muttermilch und deren Aufbewahrung* • Informationsmaterial, Broschüren° abgeben	**Beratung** über Gesundheit und Entwicklung Kind im weiteren Verlauf / über frühes Wochenbett hinaus aufklären und beraten: • Kompetenzen, Bedürfnisse und Entwicklung • pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen • Hüftultraschall°, bei Bedarf an Fachperson überweisen • Hörscreening°, bei Bedarf an Fachperson überweisen* • Prophylaxe mit Vitamin D3° • Impfen° und Allergieprophylaxe • übermässiges Schreien des Babys° • Informationsmaterial, Broschüren° abgeben

Nach 10 Tagen: Evaluation

- Assessement: umfassende Diagnose erfassen, Prognose erstellen, weitere Betreuung bei Bedarf auf ärztliche Verordnung und/oder Stillberatung
- emotionalen Zustand erfassen*, Befragung mittels EPDS°
- an Mütter- und Väterberatung weiterleiten, bei Bedarf überweisen (siehe Anhang 6.3)

Nachkontrolle: 6 bis 10 Wochen

Pflege

Körperlichen, emotionalen und sozialen Zustand erfassen, beurteilen und evaluieren:

- Allgemeinbefinden und Energie
- Untersuchung: BD, Puls, Uterusrückbildung, Lochien, Beckenbodenfunktion, Bauchdecke, Schmerzen, Narben, Harn-, Stuhl-, Windinkontinenz
- Urinstatus und Hb-Bestimmung bei Bedarf
- Zeichen von postnataler Depression, psychischen Zustand mittels EPDS° erfassen

Beratung

- physiologischer Verlauf körperlicher, emotionaler und sozialer Vorgänge
- Ernährung, Gewichtsverlauf, evtl. Nahrungsergänzung prüfen
- Energie, Schlaf, Motivation, Copingstrategien
- Stillbeziehung, Ernährung Kind
- Entwicklung Kind, physiologischer Verlauf und Rhythmen
- Rückbildungskurs, Beckenbodenarbeit, Körperarbeit°
- Geburtserlebnis integrieren
- Partnerschaft, Sexualität und Empfängnisregelung
- Sexualität und Stillen
- Mutterschaftsurlaub°, Wiederaufnahme berufliche Tätigkeit
- Mutterschaftsschutz°, Arbeitsrecht, Stillen am Arbeitsplatz
- zusätzliche Stillberatung bei Bedarf

Besondere Aufmerksamkeit

- Energie und Müdigkeit:
  - bei persistierender Müdigkeit, bei Beeinträchtigung Selbstpflege oder Fürsorge Kind: körperliche, emotionale oder soziale Gründe erfassen und evaluieren*, Massnahmen ergreifen
  - Anämie bei anamnestischer Indikation oder Symptomen abklären, bei Bedarf therapieren
- bei auffälligen Werten aus EPDS°: Situation evaluieren, beraten, Hilfestellung anbieten, Überweisung an Fachperson prüfen
- bei persistierender Blutung ärztliche Überweisung prüfen*
- Funktionsstörung in der Sexualität:
  - bei Angst vor Geschlechtsverkehr: mit der Frau Ursachen und Gründe erfassen und evaluieren*
  - bei sexueller Störung und Dammverletzung: Wundheilung und Narbenbildung beurteilen und evaluieren*
  - Gleitmittel zur Vermeidung von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr empfehlen*
- bei Stillschwierigkeiten: Stillbeziehung evaluieren, Ursachen erfassen, Massnahmen ergreifen, Überweisung an weitere Fachperson für Stillberatung prüfen
- bei übermässigem Schreien des Babys°: Situation evaluieren, Ursachen erfassen, Massnahmen ergreifen, Überweisung an Fachperson für Therapie prüfen

Stillberatung: während ganzer Dauer der Stillzeit

Pflege

Assessement zur aktuellen Situation: Gesundheit Mutter, Stillbeziehung, Problematik erfassen, Diagnose erstellen, Lösungswege erarbeiten

- bei Bedarf Gewichtszunahme des Kindes erfassen und evaluieren
- bei Beschwerden der Brüste oder Brustwarzen geeignete Massnahmen und Therapien ergreifen (siehe Brustentzündung°)
- bei Milchstau oder Brustentzündung° geeignete Massnahmen und Therapien ergreifen
- bei Beschwerden von Damm, Naht, Bauchorganen, Bauchdecke, Beckenboden, Rücken, Kopf: Körperarbeit°, geeignete Massnahmen ergreifen und adäquate Überweisung prüfen

Beratung

- Bedürfnisse und Rhythmen des Kindes, Schlaf- und Wachphasen
- Probleme in der Stillbeziehung
- Stillrhythmus
- allfällig ungenügende Gewichtszunahme des Kindes
- Gewinnung von Muttermilch und geeignete Aufbewahrung
- Organisation von Stillen und Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit
- Sexualität und Stillen
- Einführung von Beikost
- Abstillen
- persistierende Müdigkeit, Erschöpfung: Situation evaluieren, Hilfestellung geben, Überweisung an Fachperson prüfen
- Schwierigkeiten bei Integration Geburtserlebnis, traumatisches Geburtserlebnis: Situation evaluieren, beraten und Hilfestellung geben, Überweisung an Fachperson prüfen

4.4 Erläuterungen, Links und Broschüren

Broschüre zu **beckenbodenschonendem Verhalten**, herausgegeben vom SHV Sektion beider Basel: *Den Beckenboden schonen. Ihre Hebamme empfiehlt.* Zu beziehen bei www.baslerhebamme.ch oder www.bernerhebamme.ch

Brustentzündung: Als federführende Fachgesellschaft hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine Leitlinie zum Thema *Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit* herausgegeben (Jacobs et al, 2013). Es handelt sich um eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie zur Therapie wunder Brustwarzen, der verstärkten initialen Brustdrüsenschwellung, der Mastitis puerperalis und des Milchstaus.

Das **Co-Sleeping** fördert das Stillen, ist aber ein Risikofaktor für SIDS, insbesondere bei Alkohol-/Drogenkonsum oder auf dem Sofa. Empfohlen ist ein Abstand von mindestens einer Armlänge zum Kind (Bernhard, 2011). Siehe auch *plötzlicher Kindstod* (unten).

Die **Edinburgh postnatale Depression Skala (EPDS)** wird international breit angewendet und bietet ein standardisiertes, validiertes Instrument für Fachpersonen in der Betreuung nach der Geburt. Die Befragung der Wöchnerin mittels EPDS ermöglicht es, erhöhte Risiken für eine postpartale Depression zu identifizieren. Bei einem erhöhten EPDS-Wert empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachpersonen. Die Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen, Deutschland, hat die EPDS auf ihrer Webseite aufgeschaltet und erläutert: *EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen*. http://www.marce-gesellschaft.de/materialien_files/FolieEPDS.pdf. Weitere **Informationen**, Adressen und Links **zum Thema postnatale Depression** liefert http://www.postnatale-depression.ch. Ein **Faltblatt** zum Abgeben hat promente sana herausgegeben: http://sggg.ch/files/fckupload/file/Informationsbl%C3%A4tter/pms_flyer_pnd_def.pdf.

Gesundheitsgeschichte: Hier wird der aktuellen Lehrmeinung folgend anstelle von Anamnese der Begriff Gesundheitsgeschichte verwendet. Weitere Erläuterungen dazu liefert die *Skillseinheit Gesundheitsassessement* (Loos & Ackaert, 2013) der Berner Fachhochschule (BFH) und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

Häusliche Gewalt: Frauen- und Kindesschutz nimmt in der Hebammenarbeit einen wichtigen Stellenwert ein (siehe Abschnitt 3.4). In der hebamme.ch Nr. 11/2013 werden die aktuelle Situation, Chancen und Problematiken zum Thema diskutiert und Handlungswege, praktische Hinweise sowie weiterführende Literatur aufgezeigt (Loos, 2013, Schlaginhaufen, 2013, Forster Fink, 2013).
Fachstellen für häusliche Gewalt und Kindesschutz in der Schweiz sind zu finden unter http://www.ebg.admin.ch/themen/00466/index.html?lang=de oder unter http://kinderschutz.ch/cmsn/de/category/rubriken/portr%C3%A4t-service/beratung-und-service/beratung-und-information.
SG: www.kindesschutz.sg.ch
TG: www.guter-start-ins-kinderleben.tg.ch
AR: www.ar.ch/suche «KESB»
AI: www.ai.ch/Gesundheits- und Sozialdepartement, KESB
GR: www.gr.ch/Institutionen/Verwaltung/DJSG/KESB

In der Schweiz besteht keine offizielle Empfehlung bezüglich Durchführung eines **Hörscreenings**. In vielen Spitälern wird ein solches durchgeführt oder empfohlen. Mehr Informationen bieten Swissmom unter http://www.swissmom.ch/baby/medizinisches/beim-kinderarzt/das-neugeborenenscreening/hoerscreening/ oder ein Artikel von Ptok (2011).

Ein Screening zur Erfassung einer Hüftdysplasie mittels **Hüftultraschall** wird in der Schweiz nicht durchgeführt. Viele Spitäler wie auch KinderärztInnen empfehlen diese Untersuchung oder führen sie durch. Bei einer Risikoanamnese ist der Nutzen einer Durchführung des Hüftultraschalles unbestritten. Weitere Informationen bietet ein Artikel von Witschi (2005).

Impfen: Folgende **Broschüren** sind zum Abgeben an die Eltern erhältlich:
Kinder impfen? Ja! Wieso? Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), Stand Juli 2012. Gratis erhältlich unter http://www.bag.admin.ch/shop/00047/00139/?lang=de
Kinderimpfungen – eine Entscheidungshilfe. Herausgegeben von der Stiftung für Konsumentenschutz (SKS). Erhältlich unter: http://www.konsumentenschutz.ch/shop/

Infant-Handling: Wird in Abschnitt 2.2 beschrieben. Literatur dazu ist in Abschnitt 4.5 zu finden (Maietta & Hatch, 2004).

Kindsmisshandlung: Siehe *Häusliche Gewalt* (oben) und auch Broschüren *Schreien des Babys* (unten).

Körperarbeit: Absicht und Wirkung der Körperarbeit werden in Abschnitt 2.2 beschrieben. Unter Körperarbeit in der Checkliste werden konkret folgende Anleitungen und Massnahmen verstanden: Arbeit zu Wahrnehmung, Atmung, Lagerung, Haltung, Bewegen im Alltag, Massagen, einfache Körperübungen, Rebozo und weitere Angebote, die der Hebamme zur Verfügung stehen. Beispiele gezielter Körperübungen im Wochenbett liefert Heller (2002), die Methode des Rebozo wird von de Keijzer & van Tuyl (2010) anschaulich beschrieben. Weitere Literatur zum Thema findet sich in Kapitel 5.

Mutterschutz: Informationen zu Mutterschaftsurlaub, Stillen und Arbeiten sind zu finden bei:
Kündigungschutz und Arbeitsverbot: Bundesamt für Sozialversicherungen, unter http://www.bsv.admin.ch/kmu/ratgeber/00903/00905/index.html?lang=dee
Mutterschaftsentschädigung: FAQ: Bundesamt für Sozialversicherungen, unter http://www.bsv.admin.ch/themen/eo/00056/01784/index.html?lang=de
Broschüren zum Abgeben:
Mutterschaft – Schutz der Arbeitnehmerin, herausgegeben vom Staatssekretariat für Wirtschaft SECO bietet ausführliche Information bezüglich der gesetzlichen Grundlagen, die Schwangere und Wöchnerinnen betreffen. Zu beziehen unter: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen, Artikel Nr. 710.233.D
infoMutterschaft: erwerbstätig und schwanger – Ihre Rechte am Arbeitsplatz. *Die häufigsten Fragen zum Mutterschaftsurlaub*. Zu beziehen unter: http://www.infomutterschaft.ch

Trockene **Nabelpflege:** Der SHV (2006) hat dazu eine Guideline veröffentlicht. Diese wurde nach Literaturrecherche und Analyse der WHO-Empfehlungen sowie aufgrund der aktuellen Situation in der Praxis erarbeitet. Die empfohlene Vorgehensweise wird beschrieben und begründet.

Neugeborenen-Ikterus: Zum Vorgehen bieten die revidierten Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (Arlettaz et al., 2006) Orientierung.

Informationen zum **Neugeborenen-Screening Schweiz** sind über die Homepage http://www.neoscreening.ch/de zu finden. Entsprechende **Broschüren** in diversen Sprachen zum Abgeben können heruntergeladen werden.

Pflegeprodukte für die Pflege im Windelbereich: NICE erwähnt in ihrer Guideline *Postnatal Care* (2006) ausdrücklich das Abraten von Feuchttüchern mit chemischen Zusätzen.

Prophylaxe von **plötzlichem Kindstod** (SIDS): Die neusten Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) bezüglich «Bedsharing» und plötzlichem Kindstod sind in der Zeitschrift Paediatrica veröffentlicht worden (Jenni et al, 2013).

Übermässiges **Schreien des Babys**: Eine Übersicht zu Faktoren, die das frühe Säuglingsschreien beeinflussen, liefert die *Freiburger Säuglingsstudie* (Bensel, 2006). Diese kommt zum Schluss, dass Stillmuster, Responsivität der Mutter, kulturabhängige Betreuungsmethoden das Schreien des Kindes signifikant beeinflussen und rät zur

«(...) gezielten Wiederentdeckung von ausgewählten, sinnvollen, durch Evolution erprobte Verhaltensantworten (...)» (Bensel, 2006, S. 17). Weitere Literatur zum Thema findet sich in Kapitel 5.
Broschüren: Schweizerische Stiftung Kinder und Gewalt (Hrsg.). *Hilfe! Mein Baby hört nicht auf zu schreien.* http://www.kinderundgewalt.ch/pdf/Faltprospekt_Ratgeber_d.pdf
Hannig, B. (2002). *Tränenreiche Babyzeit. Warum weinen Babys mehr als Eltern erwarten*. Zu beziehen unter: http://www.brigitte-hannig.de/verlag.htm

Stillempfehlungen: In der Schweiz stehen keine offiziellen Stillempfehlungen zur Verfügung. Empfehlungen zur Förderung des Stillens bieten die «La Leche League» Schweiz, http://www.lalecheleague.ch oder die Initiative «Baby Freundliches Spital» der UNICEF, http://www.unicef.ch/de/so-helfen-wir/kampagnen/baby-freundliches-spital. Die Empfehlungen der WHO (2003) *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* sind nach wie vor gültig. Verschiedenen Empfehlungen vor allem bezüglich Dauer der Stillzeit werden zum Teil kontrovers diskutiert und können die Mütter / die Eltern verunsichern. Zur Frage *Abstillen oder weiter Stillen?* stellt Wehrstedt (2011) in ihrem Artikel Argumente, Hinweise und Literatur zur Verfügung.
Die **Broschüre** *Stillen? Stillen!* der La Leche League Schweiz bietet eine gute Übersicht zu Tipps und häufigen Fragen. Sie ist in fünf Sprachen erhältlich. Zu beziehen bei: info@lalecheleague.ch.

Empfehlungen zur **Vitamin K-Prophylaxe** beim Neugeborenen stellen die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften in der Schweiz (Schubiger et al., 2003) oder die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (Madeleyn et al., 2011) zur Verfügung.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im März 2012 neue Empfehlungen zur Prophylaxe mit **Vitamin D3** in der Bevölkerung herausgegeben. Diese beinhalten auch Empfehlungen für Neugeborene und schwangere sowie stillende Frauen.

4.5 Literatur

Arlettaz, R., Blumberg, A., Buetti, L., Fahnenstich, H., Mieth, D., & Roth-Kleiner, M. (2006). Abklärung und Behandlung von ikterischen Neugeborenen ab $35^{0}/_{7}$ Schwangerschaftswochen. Revidierte Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie. *Paediatrica*, Vol 17, No 3, 26–29. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.neonet.ch/assets/pdf/Paediatrica_d.pdf.

Bensel, J. (2006). Freiburger Säuglingsstudie: Welche Faktoren beeinflussen das frühe Säuglingsschreien? *Die Hebamme,* 2006(19), 12–18.

Bernhard, H. (2011). Empfehlung zum Co-Sleeping: eine kontrovers geführte Diskussion. *Die Hebamme,* 156–162.

Bundesamt für Gesundheit BAG, (2012). *Vitamin D-Mangel. Datenlage, Sicherheit und Empfehlungen für die Schweizer Bevölkerung.* Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05065/05104/index.html.

Forster Fink, R. (2013). Was hat die Hebamme mit häuslicher Gewalt zu tun? *hebamme.ch,* 2013(11), 35–37.

Hannig, B. (2002). *Tränenreiche Babyzeit. Warum weinen Babys mehr als Eltern erwarten.* Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.). Karlsruhe: Eigenverlag.

Heller, A. (2002). *Nach der Geburt. Wochenbett und Rückbildung.* Stuttgart: Thieme Verlag.

Jacobs, A., Abou-Dakn, M., Becker, K., Both, D., Gatermann, S., Gresens, R., ... Wöckel, A. (2013). *S3-Leitlinie Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit.* AWMF Leitlinien-Register Nr. 015/071, Langfassung deutsch. Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-071l_S3_Therapie_entz%C3%BCndlicher_Brustentz%C3%BCndungen_Stillzeit_2__2013-02_01.pdf.

Jenni, O., Bucher, H.U., Gosztonyi, L., Hösli, I., Honigmann, S., Sutter, M. & Aeschlimann, C. (2013). Bedsharing und plötzlicher Kindstod: Aktuelle Empfehlungen. *Paediatrica,* 24(5), 11-13. Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/vol_24_05_2013_d_mit_inseraten.pdf.

Keijzer de, M. & Tuyl van, T. (2010). *The Rebozo Technique Unfolded. Workbook Rebozo Massage.* ISBN 978-90-811202-3-4.

Loos, I. (2013). Frauen- und Kindesschutz – die Chancen in der Hebammenarbeit. *hebamme.ch* 2013(11), 28-31.

Loos, I. & Ackaert Kössler, A. (2013). Skillseinheit 4 Gesundheitsassessment: Gesundheitsgeschichte erheben. In: Berner Fachhochschule & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Hrsg.) *Skills für Hebammen 1 Schwangerschaft*. Bern: hep Verlag.

Madeleyn, R., Maris, B., Meinecke Ch., Längler, A., & Soldner, G. (2011). *Merkblatt zur Vitamin-K-Prophylaxe* (3. Auflage). Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (Hrsg.). Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.gaed.de/fileadmin/gaad/PDF/Aktuelles/Merkbl%C3%A4tter/Merkblatt-Vitamin-K.pdf.

Maietta, L. & Hatch, F. (2011). *Kinaesthetics Infant Handling* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

National Institute for Health and Care Excellence NICE (2006). *Postnatal Care. Routine postnatal care of women and their babies.* London: The National Collaborating Centre for Primary Care And Royal College Of General Practitioners. Abgefragt am 30.09.2013 unter http://guidance.nice.org.uk/CG37/NICEGuidance/pdf/English.

Ptok, M. (2011). Früherkennung von Schwerhörigkeiten im Neugeborenen- und Säuglingsalter. *Deutsches Ärzteblatt,* 108(25). Abgefragt am 30.09.2013, unter http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=93891.

Schlaginhaufen, R. (2013). Das Kindeswohl schützen – praktische Hinweise. *hebamme.ch,* 2013(11), 32–34.

Schubiger, G., Laubscher, B. & Banziger, O. (2003). *Vitamin K-Prophylaxe bei Neugeborenen: Neue Empfehlungen.* Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie, Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.). Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.neonet.ch/assets/doc/Vitamin_K_2003_d.pdf.

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2006). *Guideline Nabelpflege beim Neugeborenen*. Abgefragt am 28.01.14 unter http://www.hebamme.ch/x_data/lit_pdf/Guideline_Nabelpflege_d.pdf.

Wehrstedt, C. (2011). Abstillen oder Weiterstillen? Entscheidungsgrundlagen von Frauen in entwickelten Ländern. *Die Hebamme,* 2011, 178 – 182.

Witschi, A. (2005). Hüft-Ultraschall bei allen Neugeborenen? *Infomed screen,* 9 (8). Abgefragt am 30.09.2013 unter http://www.infomed.ch/screen_template.php?articleid=1041&screenissueid=1.

World Health Organization WHO (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO. Abgefragt am 28.01.14 unter http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf.

5 Weiterführende Literatur und Links

Literatur

Antener, K., Bühler, U., Gassmann, M.-C., Gschwend Zurlinden, H., Käsermann, F., Löliger, A., ..., Thalhammer, E. (2005). *Wochenbett bei Kindsverlust. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze für die Hebammenarbeit.* Hebammen-Qualitätszirkel «Wochenbett bei Kindsverlust» (Hrsg.), Bern. Zu beziehen bei: Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod (FpK), Bern, fachstelle@fpk.ch.

Blom, R. (2005). *Wenn Babys häufig schreien.* Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben & Urachaus.

Brunner, S. (2013). *Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern. Leitfaden für Fachpersonen im Frühbereich.* Stiftung Kinderschutz Schweiz (Hrsg.). Erhältlich bei http://kinderschutz.ch/cmsn/de/content/kindsmisshandlung-%E2%80%93-kindesschutz-dreileitf%C3%A4den-zu-fr%C3%BCherfassung-und-vorgehen-der-berufliche. Abgefragt am 28.01.14.

Bund Deutscher Hebammen (2004). *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis.* Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz – Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Hans Huber Verlag.

El Agamy, A. (2014). *Was geschieht bei der Geburt? Wissen zu Geburtsvorbereitung und -vorgang. verstehen – vorbereiten – rückbilden.* Bern: hep Verlag.

Fachgruppe frei praktizierende Hebammen Graubünden (2011). *Leitfaden Wochenbett.* Abgefragt am 30.09.2013 unter: http://www.buendner-hebamme.ch.

Harder, U. (2005). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (2. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Harms, T. (2000). *Auf die Welt gekommen*. Berlin: Leutner Verlag.

Heller, A. (2002). *Nach der Geburt. Wochenbett und Rückbildung.* Stuttgart: Thieme Verlag.

Johnson, D. H. (Hrsg.) (2012). *Klassiker der Körperwahrnehmung.* Bern: Hans Huber Verlag.

Johnson, T., Zettelmaier, M., Warner, P., Hayashi, R., Avni, M., & Luke, B. (2000). A Competency Based Approach to Comrehensive Pregnancy Care, *Women's Health Issues* 10(5), 240–247.

Public Health Schweiz (2012). *Positionspapier «Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter».* Abgefragt am 28.01.14 unter http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/6DB445865A/E439F82291.pdf.

Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst.* München & Jena: Urban & Fischer Verlag.

Wimmer-Puchinger, B. & Riecher-Rössler, A (2006). *Postpartale Depression – Von der Forschung zur Praxis.* Wien: Springer Verlag.

World Health Organization WHO (2013). *WHO recomendations on postnatal care of the mother and newborn.* Genf: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 150664 9.

Links

Eltern Club Schweiz der Pro Juventute: www.elternclubschweiz.ch

Eltern werden, mit Kindern wachsen. Website des Vereins, bietet Zeitschrift, Artikel, Veranstaltungen: www.mit-kindern-wachsen.de

Elternbriefe der Pro Juventute: www.elternbriefe.ch

ElternLehre. Mehr wissen – sicherer erziehen. Broschüren zum Abgeben. www.elternlehre.ch

Elternnotruf: Beratung und Hilfe bei Erziehungsfragen, Krisen, Konflikten. Telefon: 0848 35 45 55, www.elternnotruf.ch.

Emotionelle Erste Hilfe: www.eeh-schweiz.ch

Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod: www.fpk.ch

Familientreff Bern: www.familientreff.ch

Forum Geburt: www.forum-geburt.ch

Kinderbetreuung zu Hause in Notsituationen. Website des Schweizerischen Roten Kreuzes: www.srk-bern.ch/de/hilfe/kinderbetreuung-zu-hause

La Leche League Schweiz: www.lalecheleague.ch

Mütter- und Väterberatung Kanton Bern: www.mvb-be.ch

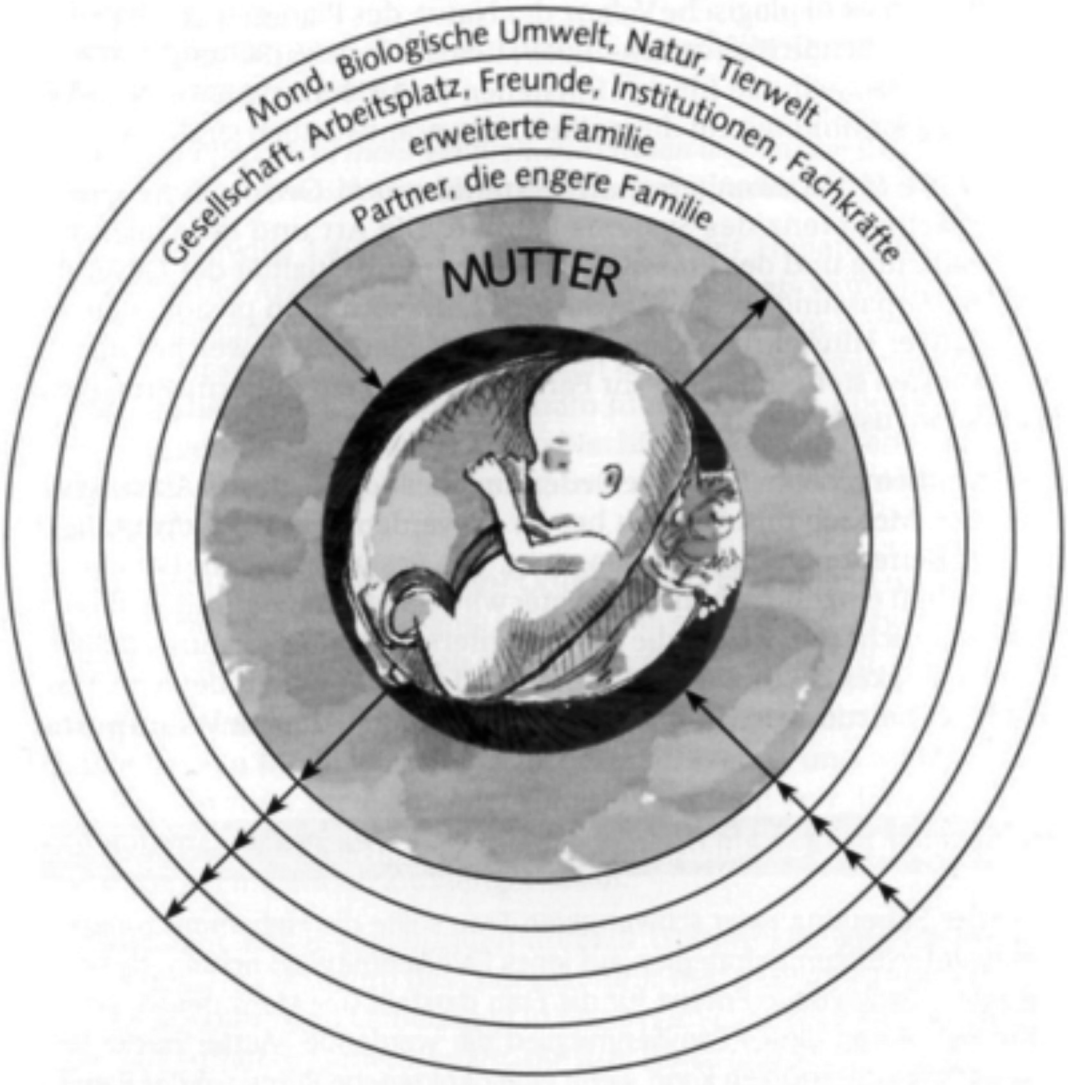
Rebozo: www.rebozo.nl

Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens: www.stiftungstillen.ch

Starke Väter! vernetzen sich: Website diskutiert Themen zu Vater-Werden, Familie, Beruf, Gesundheit, stellt Anregungen, Tipps und Broschüren zur Verfügung. www.vaeter.nrw.de

6 Anhänge

6.1 Anhang Biosoziales Ökosystem



Quelle:

Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell* (S. 185). Hannover: Staude Verlag

Abdruck der Grafik mit freundlicher Genehmigung des Verlages und der Autorin hier aufgeführt.

6.2 Anhang Leitfaden Zusammenarbeit mit Mütter- und Väterberatung

Sektion Ostschweiz
Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras

Fachstelle
Mütter- und Väterberatung
Ostschweiz

Junge Familien - gut beraten.
Unterstützung in Fragen rund um die Mütter- und Väterberatung

Leitfaden für die Übergabe der Hebammen an die Mütter- und Väterberaterinnen – gemeinsam für einen guten Start!

Die Hebamme informiert jede Familie über das Angebot der Mütter- und Väterberatung an ihrem Wohnort

Das Angebot der Mütter- und Väterberatung steht allen Eltern offen, es ist freiwillig und wird von den Gemeinden finanziert. Es kann aber nur genutzt werden, wenn die Eltern die Information erhalten. Gesundheitsförderung und Prävention ist auch nach der Wochenbettbetreuung wichtig und zieht sich über die vielen verschiedenen Themen, mit denen die Eltern und Familien konfrontiert werden bis zum 5.Lebensjahr weiter. Um Eltern auch in schwierigen Phasen zu begleiten, braucht es einen Beziehungsaufbau, der in guten Zeiten gelegt wird. Darum ist es wichtig, dass die Mütter- und Väterberaterin zu den Eltern Kontakt aufnehmen kann und umgekehrt.

Angebote der Mütter- und Väterberatungsstellen für Eltern mit Kindern zwischen 0 und 5 Jahren

- Beratung zu Stillen, Ernährung, Entwicklung, Pflege, Erziehung, psychosoziale Fragen rund um die Elternschaft
- Immer mehr Mütter- und Väterberatungsstellen können interkulturelle Dolmetscherinnen ohne Kostenfolge für die Eltern einsetzen
- Grosses Angebot von Eltern-Informationsbroschüren, z.B. Stark durch Beziehung, Ernährung etc.
- Vermittlung von Adressen rund um den Säuglings- und Kleinkindbereich, z.B. Eltern-Kind-Treffs, finanzielle Unterstützung, Entlastungsangebote, Elternbildungskurse
- Buchstart
- Pro Juventute Elternbriefe
- Möglichkeit im Wartezimmer andere Eltern kennenzulernen, teilweise kombiniert mit Elternkafi
- Oder einfach nur hören, dass man es gut macht und sich das Kind gut entwickelt…

Übergaberapport: das Herzstück einer erfolgreichen Zusammenarbeit

Die Übergabe ist ein zentrales Instrument, um sicher zu stellen, dass relevante Informationen nahtlos weitergegeben werden. Das **Ampelsystem** soll die Übergabe zwischen der Hebamme und der Mütterberaterin einfach und klar regeln:

Sektion Ostschweiz

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras

Fachstelle
Mütter- und Väterberatung
Ostschweiz

Junge Familien - gut beraten.
Unterstützung in Fragen rund um die Mütter- und Väterberatung

Grün: die Familiensituation ist unauffällig. Ernährung, Gewicht und Pflege des Kindes sind problemlos und der Alltag spielt sich ein.

➔ Info über das Angebot und Adresse der Mütter- und Väterberatung, Flyer abgeben
➔ Eintrag im Gesundheitsheft mit Unterschrift der Hebamme

Orange: Der Prozess ist noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen. Es empfiehlt sich eine weitere Kontrolle in den nächsten Tagen durch die Mütter- und Väterberaterin

- **Ernährung** Stillen oder Schoppen: z.B. mangelnde Gewichtszunahme, ev. Ernährungsprotokoll führen
- **Psychosoziale Situation:** z.B. Bindungsaufbau verzögert, Schreibaby
- **Gesundheit und Pflege:** z.B. Nabel, Soor, Hautprobleme

➔ Sicherstellen eines Beratungstermins bei der Mütter- und Väterberatung
➔ Rapport der Hebamme an Beratungsstelle via Tel, Rapportblatt oder Mail empfohlen
➔ Eintrag im Gesundheitsheft mit Unterschrift der Hebamme

Rot: Pathologischer Verlauf. Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Mütter- und Väterberatung unabdingbar. Aktiv von Hebamme zur zuständigen Mütter-Väterberaterin.

➔ ausführlicher Rapport an die Mübe via Telefon zur Klärung des weiteren Vorgehens
➔ Vernetzung von involvierten Fachstellen und Fachpersonen, ev. runder Tisch
➔ Empfehlenswert ist ein gemeinsamer Besuch Hebamme / Mübe bei der Familie

Eine gute Zusammenarbeit ist nicht nur einseitig

- Ein **Rapport per Telefon fördert die Zusammenarbeit und den Kontakt** zwischen Hebamme und Mütter- und Väterberaterin. Der Rapport kann im Einverständnis der Mutter auch per Mail geschehen. Ein **Formular des Übergaberapportes** liegt diesem Schreiben bei.
- Ist die Hebamme daran interessiert, wie sich eine Situation entwickelt hat? Die Eltern sind fast immer einverstanden für ein kurzes **Feedback von der Mütter- und Väterberaterin an die Hebamme.**
- Gemeinsame **Fallbesprechungen** sind immer möglich.
- Erfährt die Mütter- und Väterberaterin von einer **weiteren Schwangerschaft**, wird sie die Eltern auf die Möglichkeit einer **Begleitung durch eine Hebamme** hinweisen.
- Nach Absprache ist es möglich, in einer Mütter- und Väterberatungsstelle **zu hospitieren** und somit die Zusammenarbeit zu vertiefen.

zuständige Mütter-Väterberaterin, Flyer + Übergaberapport-Vorlage siehe www.mvbo.ch und www.ovk.ch: Hier sind auch viele nützliche **Infos und Merkblätter** herunterzuladen.

Ausgearbeitet von U. Arnold, B. De Pascalis, M. Grüninger, R. Plattner, verabschiedet von der Fachgruppe St.Gallen 2014

6.3 Anhang Übergaberapport

Sektion Ostschweiz

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras

Fachstelle Mütter- und Väterberatung Ostschweiz

Junge Familien - gut beraten.
Unterstützung in Fragen rund um die Mütter- und Väterberatung

Übergaberapport – gemeinsam für einen guten Start

Name, Vorname des Kindes:_____

Familienname der Eltern (sofern abweichend)_____

Strasse:_____Ort:_____

Telefon:_____ Natel: _____

Sprache deutsch: O andere Muttersprache: _____

Datum der Geburt:_____ Ort: _____SSW:_____ Para:_____

Geburtsverlauf: O Einleitung O SG O Operative Geburtsbeendigung O I°Sectio O II°Sectio

Spezielles im Wochenbett: O Wundheilungsstörung O Anämie O Depression

_____

_____

Das Neugeborene Geburtsgewicht: _____g letztes Gewicht am:_____ _____g

O voll gestillt O teilweise gestillt O pumpt O Stillhütchen O Adaptierte Milch

Spezielle Situation (Ernährung, Pflege, Bonding, FG)_____

_____

_____

_____

Bemerkungen: (Familiensituation)

_____

_____

Involvierte Fachpersonen/-stellen (z.B. Kinderarzt, Kispi, Fapla, Sozialdienste, Sozialhilfe, KESB, Babysprechstunde, PsychologIn , Stillberaterin, Entlastungsdienst etc.)

_____

_____

Kontakt durch Mübe bitte: O Tel. so bald als möglich O Tel. innerhalb 10 Tagen

O Mübe hat bereits Termin abgemacht mit Eltern O gemeinsamer Besuch Heb/ Mübe

Hebamme:
Name und Telefonnummer

Unterschrift der Mutter:

6.4 Anhang Gesetzliche Grundlagen

Kranken- und Unfallversicherungsgesetz KVG

Im Artikel 22a ist ausgeführt, dass die Leistungserbringer (siehe Artikel 35) ihre statistischen Daten der zuständigen Bundesbehörde zur Verfügung stellen müssen.

Im Artikel 29 sind die Leistungen bei Mutterschaft aufgeführt.

Im Artikel 35 sind alle Leistungserbringer aufgelistet, welche zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind.

Im Artikel 42 sind die Formalitäten bezüglich Rechnungsstellung und Vergütung geregelt. Gemäss dem gültigen Tarifvertrag mit santésuisse gilt für die Hebammen das System «Tiers payant».

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Im Artikel 45 ist die Zulassung der Hebamme als Leistungserbringerin definiert.

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung **KLV**)

Im Kapitel 4, Artikel 13–16, sind die besonderen Leistungen bei Mutterschaft aufgeführt.

Weitere Gesetze

Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz HMG)
4. Abschnitt: Vertrieb, Verschreibung und Abgabe)

Verordnung über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung VAM)
3a. Kapitel, Art. 27a: Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Tarife und Preise

Analysenliste
(Kapitel 5.3, Anhang C, von Hebammen verordnete Analysen)
Für Analysen, welche nicht auf der Liste der Hebammen aufgeführt sind, muss die Hebamme auf Verlangen der Krankenkasse eine ärztliche Verordnung vorweisen.

Mittel- und Gegenständeliste (MiGel)

Arzneimittel, Spezialitätenliste (SL)

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT)

Weitere Dokumente oder Links zum Tarifvertrag sind auf www.hebamme.ch im Bereich für Mitglieder zu finden.

6.5 Anhang Vernehmlassung der Empfehlungen Wochenbettbetreuung

Die aufgeführten Personen wurden zur Vernehmlassung der «Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett» eingeladen. Absicht war, Rückmeldungen und Einschätzungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu erhalten. Neben Hebammen, die in unterschiedlichen Bereichen beruflich tätig sind (freie Praxis mit langjähriger und noch wenig Erfahrung, Klinik, Lehre), wurden auch eine Mutter, eine Fachärztin der Geburtshilfe und Psychosomatik einer Universitätsklinik, ein niedergelassener Facharzt der Gynäkologie und Geburtshilfe, die Leiterin Mütter- und Väterberatung Kanton Bern sowie der Schweizerische Hebammenverband SHV eingeladen. Alle zehn Anfragen wurden beantwortet.

- David Ehm, Dr. med. FMH für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bern
- Ruth Erhard, Hebamme, Fachbereichsleiterin Geburtshilfe Thun
- Luzia Häfliger, Geschäftsleiterin Mütter- und Väterberatung Kanton Bern
- Janine Junker, Mutter, Juristin, Bern
- Inge Loos, Hebamme MSc und Pflegewissenschaftlerin, Dozentin Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Studiengang Hebamme, Bern
- Gabi Salm, freipraktizierende Hebamme (Schwangerschaft, Wochenbett), Seedorf
- Sara Schmid, freipraktizierende Hebamme (Wochenbett), Hünibach
- Schweizerischer Hebammenverband SHV, Expertinnengruppe Best Practice
- Sibil Tschudin, PD Dr. med., leitende Ärztin Abteilung Gyn. Sozialmedizin/Psychosomatik Frauenklinik Universitätsspital Basel
- Fanny Wäfler, freipraktizierende Hebamme (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett), Langenthal

Die Empfehlungen wurden allen Mitgliedern der Sektion Bern verschickt, mit der Einladung zu Rückmeldungen. Wertvolle Ergänzungen und Anregungen gingen namentlich ein von:
- Susanne Clauss, Hebamme, Geschäftsführerin Geburtshaus Luna, Biel
- Renate Rothenbühler-Stucki, freipraktizierende Hebamme (Wochenbett), Oberwil b. Büren
- Christin Tlach, Hebamme, Geschäftsleiterin 9punkt9, Bern

Eine laufend enge Zusammenarbeit bestand mit Marianne Haueter, Hebamme MSc und Präsidentin SHV Sektion Bern.

Ein ganz herzliches Dankeschön an dieser Stelle allen Teilnehmenden für die Zeit, für die wertvollen Anregungen und Ergänzungen sowie für die konstruktive Kritik!