

Was ist eine Normal-Geburt?

Autor(en): **Michel, Gerlinde**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **97 (1999)**

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951331>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

E D I T O R I A L

WHO-Studie

Das Normale ist ein sperriger Begriff, entzieht sich der Beschreibung. Ist, was ich für normal halte, auch für die anderen normal? Wo hört das Normale auf, normal zu sein? Die Grenzen zum nicht mehr Normalen bleiben immer

flussend, variieren je nach Standpunkt. Deshalb ist es um so verdankenswerter, dass sich eine von der WHO eingesetzte Arbeitsgruppe diesen Schwierigkeiten gestellt hat im Versuch, die Normalgeburt



zu beschreiben und eine Definition zu finden, die von Hebammen und ärztlichen GeburtshelferInnen aus möglichst vielen Ländern verstanden und akzeptiert werden kann. Am Bericht haben Ärzte und Hebammen gleichgewichtig und gleichberechtigt mitgearbeitet. Erstmals liegt somit ein Referenzwerk zur Normalgeburt vor, auf welches sich Hebammen in aller Welt beim Abstecken und Rückfordern ihres Kompetenzbereichs beziehen können. Wir wollten wissen, was Schweizer Hebammen unter einer «Normalgeburt» verstehen, wie weit sich ihre Sichtweise mit derjenigen der WHO-Gruppe deckt (s. Seite 6). Die Reaktion einer der befragten Hebammen lässt eine weitere Bedeutungsnuance des Begriffs «normal» aufscheinen. Sie stiess sich im Kontext von Geburt am Wort «normal» und wollte es durch «natürlich» ersetzen. Eine Geburt sei nichts Normales, sondern eine Sonder-situation, welche nur wenige Male oder gar nie im Leben einer Frau eintrifft. Wer dieses Verständnis vom Ereignis «Geburt» hat, wird auch die Brücke zum Beitrag über Empathie in dieser Nummer schlagen können. Die empathisch arbeitende Hebamme trägt ganz entscheidend zum normalen – oder eben natürlichen – Verlauf der Geburt bei. Und sie lässt eine Frau die Geburt als einen ihr eigenen, ganzheitlichen Prozess erfahren.

Gerlinde Michel

Was ist eine Normal-

Wie lässt sich die Normalgeburt definieren? Welche Betreuungspraktiken gehören zu einer Normalgeburt, welche sind überflüssig oder sogar schädlich? Diesen vor allem auch für die nicht industrialisierten Länder zentralen Fragen hat sich eine paritätisch aus Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern zusammengesetzte WHO-Arbeitsgruppe gewidmet.

Gerlinde Michel

TROTZ umfangreicher Forschung und jahrelangen Diskussionen existiert weder ein standardisiertes noch weltweit akzeptiertes Konzept davon, was eine «normale» Geburt ist. Zwar wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Techniken und Praktiken entwickelt und generell eingesetzt, welche eine Geburt einleiten, beschleunigen, regulieren, unterstützen und überwachen, immer mit dem Ziel, die Sicherheit von Mutter und Kind zu erhöhen, und gelegentlich auch, um Arbeitsabläufe in geburtshilflichen Institutionen zu rationalisieren. In den industrialisierten Ländern wird die Wünschbarkeit solcher Interventionen jedoch zunehmend in Frage gestellt. Gleichzeitig bemühen sich die Entwicklungsländer, Bedingungen für eine sichere Geburt für Mütter und ihre Kinder zu schaffen. Dabei werden oft Methoden unkritisch übernommen, die weder notwendig noch angemessen oder hilfreich sind. Hier sah die WHO Handlungsbedarf. In einem Bericht sollte einerseits eine Definition von «Normalgeburt» erarbeitet und andererseits erprobte und bewährte Normen und Praktiken für die Betreuung einer komplikationslosen Geburt beschrieben werden.

Von Ägypten bis Uruguay

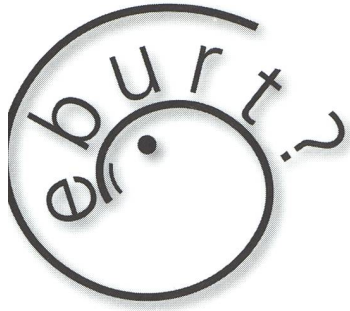
Auf Initiative der WHO kamen im März 1996 je sechs Hebammen und Gynäkologen aus 12 verschiedenen Ländern bzw. 4 Kontinenten zusam-

men, um diesen Bericht zu verfassen. Als vorbereitendes Papier hatten eine Hebamme, Petra ten Hoop-Bender, Generalsekretärin des ICM, und Prof. Pieter Treffers, holländischer Gynäkologe im Ruhestand, eine Übersicht über die wichtigsten Untersuchungen und Forschungsarbeiten zum Thema zusammengestellt. Dabei stützten sie sich vor allem auf das wichtige Werk von Enkin et al., «Effective Care in Pregnancy and Childbirth» (neu in deutscher Sprache erschienen [1]), und auf die Cochrane Database. Die WHO-Arbeitsgruppe legte dann nach einer intensiven Arbeitswoche den Entwurf zu ihrem Bericht vor, welcher später durch die WHO veröffentlicht wurde [2].

Abschied von Routinemassnahmen

Grundlage für die Studie war die von der Arbeitsgruppe formulierte Definition, was eine normale Geburt auszeichnet:

- spontaner Wehenbeginn
 - risikoarmer Beginn und Fortsetzung der Geburt
 - Spontangeburt aus Kopflage zwischen der 37. und 42. Schwangerschaftswoche
 - nach der Geburt sind Mutter und Kind gesund
- Dabei gilt es zu beachten, dass auch viele Risikoschwangerschaften in eine



Karl Weingart



Bei einer normalen Geburt sollte es einen triftigen Grund geben, um in den natürlichen Geburtsverlauf einzugreifen.

normale Geburt münden; die Definition gilt deshalb auch für diese Gruppe.

Als begleitende Philosophie für die Arbeitsgruppe diente das Credo: *Bei einer normalen Geburt sollte es einen triftigen Grund geben, um in den natürlichen Geburtsverlauf einzugreifen.* Mit einer solchen Haltung lässt sich die pathologische Brille, durch welche der Geburtsvorgang allzuoft gesehen wird, beiseite legen und zuwarten, ob alles normal verläuft. Auch erlaubt diese Grundhaltung, Abstand davon zu nehmen, alle Massnahmen, die bei einer pathologischen Geburt gerechtfertigt sind, auch bei einer Normalgeburt routinemässig anzuwenden. Alte, eingeschliffene Routinemassnahmen gehören so der Vergangenheit an, und der gebärenden Frau kommt eine eher «massgeschneiderte» Betreuung zugeute.

Nützlich, ineffektiv oder schädlich

Als logische Folge dieser Philosophie leitet die Studie, immer gestützt auf existierende Studien und Untersuchungen, im Schlussteil vier Kategorien von Betreuungsformen her:

- Betreuungsformen, die erwiesenermassen nützlich sind und Unterstützung verdienen.
- Betreuungsformen, die eindeutig schädlich oder schlicht ineffektiv sind und aufgegeben werden sollten.
- Betreuungsformen, für die es unzu-

reichende Beweise ihrer Nützlichkeit gibt und die deshalb mit Vorsicht angewendet werden sollten, während ihre Erforschung weiterläuft.

- Betreuungsformen, die häufig unangebracht sind.

Der mittlere, umfangreichste Teil liefert die Begründungen für diese Einteilung und beschreibt in vier Kapiteln generelle und phasenspezifische Aspekte des Geburtsvorgangs. Beeindruckend ist hier die Fülle von Material, Studien und Forschungsberichten, welche die Arbeitsgruppe beizog. Als Beispiel sei hier das Kapitel 3.5.1, «Frühzeitige Amniotomie» übersetzt: «Dieser Eingriff wurde als Routinemassnahme eine Stunde nach Klinikaufnahme bei Wehentätigkeit empfohlen (O'Driscoll et al. 1973). In einer kontrollierten Studie liess sich eine beträchtliche Zunahme von Typ-I-Verlangsamung des kindlichen Herzschlags nach früher Amniotomie nachweisen (Schwarz et al. 1993). Verschiedene randomisierte Studien legen nahe, dass eine Amniotomie zu Beginn des Geburtsvorgangs zu einer Reduktion der Geburtsdauer um durchschnittlich 60 bis 120 Minuten führt, ohne Auswirkung auf den Gebrauch von Schmerzmitteln oder die Anzahl operativer Geburtsbeendigungen. Die Versuche machen nicht evident, dass die Amniotomie eine positive oder negative Auswirkung auf das Wohlergehen des Neugeborenen hätte (Fraser et al. 1991, 1993, Barrett et al. 1992). Weder

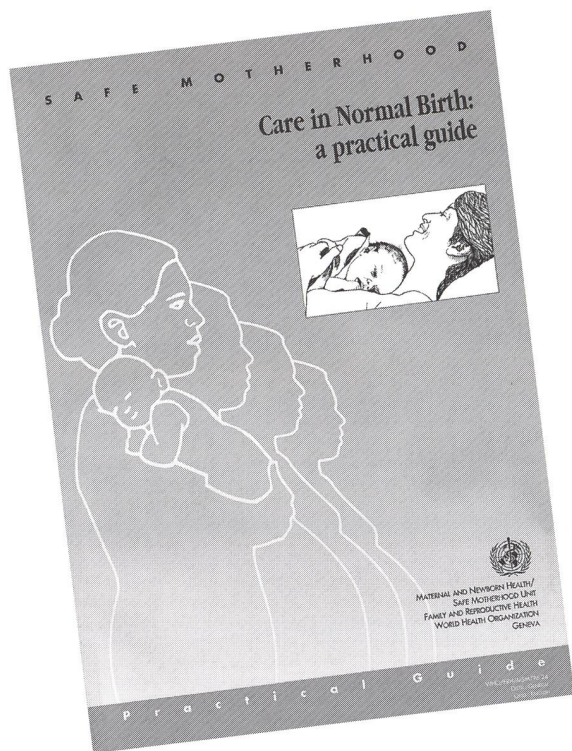
ist die Schlussfolgerung möglich, dass eine frühe Amniotomie einen klaren Vorteil gegenüber dem abwartenden Geburtsmanagement hat, noch lässt sich das Gegenteil beweisen. Deshalb sollte bei der Normalgeburt ein klarer Grund dafür bestehen, weshalb nicht die spontane Ruptur der Fruchtblase abgewartet wird.» (S. 23, Übers. durch die Redaktion)

Betreuungskategorien

Kategorie A der nützlichen und empfohlenen Betreuungsformen enthält 22 Empfehlungen, die von der sorgfältigen Geburtsplanung einschliesslich wo und mit wem bis zur routinemässigen Untersuchung der Nachgeburt reichen. Viele dieser Empfehlungen mögen für westliche Länder absolut normal und selbstverständlich klingen, sind es aber für nicht industrialisierte Länder noch nicht in jedem Fall.

Kategorie B der schädlichen oder ineffektiven Betreuungsformen enthält nicht ganz unerwartet zahlreiche Routinemassnahmen wie beispielsweise Rasieren der Schamhaare, Einlauf, Venflon und Infusion. Eine Umfrage bei einigen Hebammen versucht die Praxis einiger dieser Massnahmen im schweizerischen Kontext zu erhellen (s. S. 7 f.).

Kategorie C ist auch insofern eine interessante Kategorie, als sich hier Hinweise auf noch zu beackende Forschungsfelder finden, welche teilweise



auch gut von Hebammen bearbeitet werden könnten. Als Beispiele seien die Schmerzbekämpfung mit alternativen Methoden, frühes Abnabeln und Brustwarzenstimulation während der Plazentarperiode aufgeführt (s. auch Umfrage S. 7 f). An der Perinatal Epidemiological Unit in Oxford UK wird zurzeit das sog. HOOP-Trial durchgeführt, eine randomisierte Untersuchung, welche die Auswirkungen von verschiedenen Methoden bei der Entwicklung von Kopf und Schulter auf den Damm untersucht.

Kategorie D, Praktiken, die öfters und unnötigerweise angewendet werden, enthält etliche Eingriffe, die bei Risikogeburten sinnvoll sind, sich aber im Laufe der Zeit als Routinemassnahmen in die Betreuung der Normalgeburt eingeschlichen haben, ohne Indikation oder wissenschaftliche Evaluation. Zu Kategorie D gehören zum Beispiel Ess- und Trinkverbot während der Geburt, Periduralanästhesie, Wehentropf, routinemässiger Dammschnitt und Pressen ohne Pressdrang.

Hebammen und Gynäkologen

Abgerundet wird die Studie durch eine umfangreiche Literaturliste der grösstenteils englischsprachigen Studien und Untersuchungen, auf welche sich die Arbeitsgruppe gestützt hat. Wie Petra ten Hoop-Bender beschreibt, arbeitete die Gruppe unter ganz besonderen Bedingungen: «Diese Gruppe von Hebammen und Gynäkologen hat zusammengearbeitet, als hätte es nie auf der Welt Probleme zwischen den beiden Berufen gegeben. Die WHO hat

zum ersten Mal in ihrer Geschichte eine Gruppe eingeladen, die gleichberechtigt mit Hebammen und Gynäkologen besetzt war. Und alle haben ihre eigene Kultur und Erfahrungen mitgebracht in die Sitzungen, aber haben es auch gewagt, sich offen anderen Meinungen und Argumenten zu stellen.» [3] ◀

- [1] Enkin et al., «Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt», hrsg. von Mechtild M. Gross und Prof. Dr. J. W. Dudenhausen. Wiesbaden 1998.
- [2] «Care in Normal Birth: a practical guide». Report of a Technical Working Group. WHO 1996. Erhältlich bei: WHO, 1211 Geneva 27.
- [3] Petra ten Hoop-Bender, «Die Betreuung der normalen Geburt: eine praktische Anleitung», in: «Deutsche Hebammenzeitschrift» 12/97.

Weitere Literatur

- Oakley A, Rajan L, Grant A (1990): *Social support and pregnancy outcome: report of a randomized trial*. Brit J Obst & Gyn 97, 155–62.
- Turnbull et al. (1996): *Randomized controlled trial of efficiency of midwife managed care*. Lancet, 1996, 348, 213–218.
- Barbara Duden, *Rituale der Geburt*. Beck'sches Verlagshaus, 1998.
- Marita Metz-Becker (Hg.), *Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte*. Jonas Verlag Marburg, 1999.
- A. Rockenschaub, *Gebären ohne Aberglaube. Eine Fibel der Hebammenkunst*. Verein Freier Hebammen und Aleanor Verlag Lauter, 1998.
- Karen Cushman, *Alyce und keine andere*. Gabriel Verlag Wien, 1997.

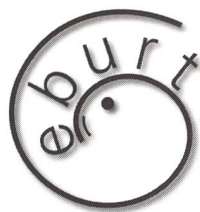
Umfrage

Wie definieren Schweizer Hebammen die Normal-

Basierend auf der WHO-Studie «Care in Normal Birth» arbeitet Barbara Fäh Vljakovic unter Mithilfe der Mitglieder der Zeitungskommission einen Fragebogen aus. Die Antworten erlauben einen Einblick, wie Hebammen hierzulande mit empfohlenen und auch nicht empfohlenen Betreuungspraktiken umgehen.

Frage	Hebamme in Ausbildung	Freipraktizierende Hebamme	Hebamme in Privatspital	Hebamme in Universitätsspital
Nennen Sie 5 Kriterien, die Sie einer normalen Geburt zuordnen würden.	<ol style="list-style-type: none"> 1. gesunde Frau, gesund ernährt 2. Kind am Termin (37.–42. SSW) 3. guter SS-Verlauf ohne Wehen, Blutungen usw. 4. wenn Geburt ohne chem. Medikamente, Forceps, Vakuum stattfindet 5. kein Beizug von anderen Fachpersonen notwendig 	<ol style="list-style-type: none"> 1. gesunde Frau 2. normale Kindslage 3. gesundes Kind, d. h. HT normal, physiolog. Tastbefund 4. positive Einstellung der Frau, des Paares 5. zeitl. Rahmen eingehalten, d. h. Termingeburt, Ablauf der Geburt ohne Erschöpfung der Frau, nach Blasen-sprung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termingeburt 2. normocardes CTG 3. der Frau geht es gut, alle Kontrollen i. O. 4. Einling, Kopflege 5. Muttermunderöffnung und Wehen laufen parallel, Geburtsfortschritt entspricht den Wehen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 37.–42. SSW 2. Figo-Score >7 3. Kindsgewicht zw. 10. und 90. Perzentile 4. keine Fehlbildungen, die Spontangeburt gefährden 5. keine schweren vorbestehenden Krankheiten der Mutter (z. B. juveniler Diabetes, Herz-erkrankungen)
Eine Frau ist am Termin, mit unregelmässigen, schmerzhaften Wehen, die unwirksam sind. Welche Massnahmen können Sie der Frau anbieten, um die Geburt normal anfangen zu lassen?	<ul style="list-style-type: none"> – Gespräch, Normalität der Geburt betonen, Geduld wecken – so lange zu Hause bleiben, wie sich die Frau wohl fühlt – fasten und Hagebuttentee ohne Zucker – Bad 	<ul style="list-style-type: none"> – Gespräch!! Ressourcen erfassen, meinen Standpunkt und meine Einschätzung darlegen, Vertrauensbasis schaffen – Bad mit Aromen – Massage – Mobilisation, Spaziergänge – evtl. Klärung der Paarbeziehung – Homöopathie (weniger) 	<ul style="list-style-type: none"> – warmes Bad, beruhigendes Gespräch – fasten und viel trinken – im Spital: Einlauf – Brustwarzenstimulation – auf Wunsch krampflösendes Zäpfchen 	<ul style="list-style-type: none"> – Bad – Massage – Einlauf – Mobilität gewährleisten
Eine Frau tritt mit Blasen-sprung ein. Welche Massnahmen ergreifen Sie, um die Geburt in der Normalität anfangen zu lassen?	<ul style="list-style-type: none"> – Einlauf – Chaudophyllum C 30 – Wehentee (Ingwer, Pfeffer, Zimt, Kardamon) – Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> – abwarten! – nach ca. 12 Std. Aufklärung über möglichen Verlauf – Frage nach Bedürfnissen, dann je nachdem nach 12 Stunden: Ingwer-, Nägeli, Eisenkrauttee, Reiskörner auf Innenfussknöchel (Pressurpunkt), Fussbad mit Rosmarin, Entspannung und Visualisation, Mobilisation, zu Hause ruhige Atmosphäre schaffen – Druck wegnehmen, entlasten 	<ul style="list-style-type: none"> – bis 24 Std. abwarten (evtl. unter Lc- und CRP-Kontrolle) – Einlauf – wenn kein Erfolg, medikamentöse Geburtseinleitung überlegen 	<ul style="list-style-type: none"> – Bewegung – vor Einleitung soll Frau 24 Std. warten dürfen, ob Wehen eintreten – Homöopathie, wehenfördernder Tee – falls Einleitung, dann Versuch mit Einlauf, bevor der Wehentropf zum Einsatz kommt
Eine Frau am Anfang der Eröffnungsperiode. Sie hat Wehen..., welche Massnahme können Sie sich vorstellen, damit der Geburtsfortschritt normal verläuft?	<ul style="list-style-type: none"> – Bad – Massage, Wickel – Reflexzonenmassage – Präsenz, Gespräch, Anteilnahme, Humor 	<ul style="list-style-type: none"> – Raum geben, den die Frau für die Geburt benötigt – Vertrauen, Selbstvertrauen stärken – mich zurückziehen oder anwesend sein – abwarten 	<ul style="list-style-type: none"> – Wahl lassen, ob liegen oder herumgehen (kein Treppengehen wegen vorzeitiger Erschöpfung!) – Entspannungsbad – verschiedene Lagerungen (Liegen, Ball, Mayastuhl) – Massage mit Calendulaöl 	<ul style="list-style-type: none"> – Mobilität, wechselnde Körperstellungen aufzeigen, zur Bewegung aufmuntern – Massage – Selbstvertrauen stärken, Empathie
Eine Frau mit 8 cm: Welche Massnahmen ergreifen Sie, um die Frau in den bestmöglichen Umständen normal gebären zu lassen?	<ul style="list-style-type: none"> – bestärken, dass alles o.k. ist – falls Krise, Erschöpfung, Ängste: motivieren, aufmuntern – «Ton ändern»: von anteilnehmend begleitend zu motivierend und anspornend – Ziel und Fortschritt hervorheben – wachsam sein, wahrnehmen, beobachten 	<ul style="list-style-type: none"> – Selbstvertrauen stärken – positive Rückmeldungen, Bestätigung – Bedürfnis erfassen – Boden geben durch Unterstützung des Partners – Unterstützung durch Berührung, Aufmunterung, Präsenz – Positionswechsel 	<ul style="list-style-type: none"> – Zuwendung, Vermittlung von Kompetenz und Vertrauen – Anwesenheit des Partners – Betreuung durch Schaukellagerung – Duftlämpchen mit Rosmarin – Rosmarinfussbad – warme Dammkompressen mit Dammöl oder starkem Kaffee 	<ul style="list-style-type: none"> – Mobilität, wechselnde Körperhaltungen, von Frau gewählt – Zuspruch, Mut machen – Abgrenzung vom Schmerz der Frau, damit aktive Begleitung möglich ist – Ruhe bewahren, der Gebärsaal soll ein geschützter Raum sein
Austreibungsperiode: Wie sehen hier Ihre Massnahmen aus?	<ul style="list-style-type: none"> – zeitlich nicht begrenzen, solange Kind o.k. ist – aufrechte Haltung – Ton kurz und klar, nicht zu viele Worte – Wachsamkeit – evtl. Reflexzonenmassage 	<ul style="list-style-type: none"> – siehe letzte Frage – höchste Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und Ruhe, Urteilskraft behalten – Präsenz durch Augenkontakt, sehr deutliche Rückmeldungen 	<ul style="list-style-type: none"> – natürlichen Pressdrang beachten, Pressen so kurz wie möglich halten – Gebärhaltung je nach Wunsch der Frau, auch liegend – Dammschutz, im Wasser Kopfbremse – guter Draht zur Frau 	<ul style="list-style-type: none"> – optimale Körperhaltung: Hohlkreuz vermeiden – Pressdrang abwarten – bei frühem Pressdrang Lageänderung, z. B. zum Vierfüssler
Plazentarperiode?	<ul style="list-style-type: none"> – solange Blutverlust tolerabel: Zurückhaltung, keine cord traction – Kind ansetzen – Hirtentäscheltinktur per os – Sepie, Pulsatilla, Arnika, Berberis (Globuli) 	<ul style="list-style-type: none"> – warten – Kind ansetzen, wenn es will – evtl. mobilisieren – nach 1 Std. Muskatellersalbei riechen – Synthocinon bei grossem Kind oder langer AP, langem Geburtsverlauf, Vorgeschichte mit Blutungen 	<ul style="list-style-type: none"> – abwarten und Blutungskontrolle, bis die Plazenta gelöst ist – kein Zug an der Nabelschnur, kein Manipulieren an der Gebärmutter – Kind ansetzen 	<ul style="list-style-type: none"> – Zeit lassen – Blase soll leer sein – Eisauflage – Kind ansetzen – Frau aufsetzen, evtl. aufstehen lassen
Kind: Welche Massnahmen nehmen Sie sich vor, damit das Kind den bestmöglichen Start erlebt?	<ul style="list-style-type: none"> – Ruhe, keine Hektik, kein Lärm, Stress vermeiden – Kind warm halten – so rasch als möglich Körperkontakt mit der Mutter – Wachsamkeit usw. wie oben 	<ul style="list-style-type: none"> – keine speziellen Massnahmen – an den Bedürfnissen von Mutter und Kind orientieren – begrüßen – trocknen – ansetzen – die Frau den Zeitpunkt bestimmen lassen, wann sie das Kind nehmen will – Kind warm halten 	<ul style="list-style-type: none"> – abtrocknen – Nabelschnur auspulsieren lassen – Kind warm halten – kein grelles Licht – es der Mutter auf den Arm oder Bauch legen, wenn sie dies will – viele Mütter sind mit einem blutverschmierten Neugeborenen auf der Brust überfordert 	<ul style="list-style-type: none"> – ruhige Atmosphäre im Gebs – Wärme – direkt Hautkontakt zur Mutter – nicht sofort abnabeln – falls möglich, Kind an die Brust – Kind nicht sofort baden

Würden Sie Folgendes bei einer normalen



tun (ja/nein)?

Frage	WHO-Bericht	Hebamme in Ausbildung	Freipraktizierende Hebamme	Hebamme in Privatspital	Hebamme in Universitätsspital
<i>Einlauf</i>	routinemässig: schädlich oder ineffektiv, sollte aufgegeben werden	ja, wenn Darm voll, und zum Wehen anregen nein, wenn routinemässig	nein, Selbstregulierung durch Durchfall bei Wehenbeginn	nein	ja, z.B. als wehenförderndes Mittel
<i>Rasieren der Pubes</i>	routinemässig: schädlich oder ineffektiv	nein	nein	nein	ja (wenig)
<i>Venflon stecken</i>	routinemässig: schädlich oder ineffektiv	im Spital ja, ausserhalb nur bei Indikation (z.B. Blutverlust)	nein, nur bei Vorgeschichte (Blutung bei letzter Geburt)	ja	ja, weil oft grosser Arbeitsanfall
<i>Infusion</i>	routinemässig: schädlich oder ineffektiv	nein	nein, nur bei Vorgeschichte	nein	nein
<i>Massage des Dammes</i>	während Phase II: schädlich oder ineffektiv	unter Geburt eher nein, evtl. warme Wickel als Vorbereitung ja	nein	ja	ja, in Geburtsvorbereitung
<i>Synthocinon oder andere Medikamente in der Plazentarperiode</i>	unzureichende Evidenz der Effektivität, mit Vorsicht anwenden	nein Homöopathie und pflanzliche Tinktur ja	nein, nicht routinemässig	ja	ja, sofort nach der Geburt i/V
<i>Nicht pharmazeutische Methoden der Schmerzbekämpfung</i>	erwiesenermassen effektiv, empfohlen	ja	ja, bei Bedarf und Wunsch	ja	ja
<i>Dammschutz</i>	unzureichende Evidenz der Effektivität	ja	je nach Situation	ja	ja
<i>Aktives Manipulieren des Kindes während der Ex-pulsion (z.B. Schulterentwickeln)</i>	unzureichende Evidenz der Effektivität	ja	ja	ja	nein. An meinem Arbeitsplatz ist die Schulterentwicklung üblich. Ich bin der Ansicht, sie wäre bei einer Normalgeburt nicht nötig.
<i>Frühes Abnabeln</i>	unzureichende Evidenz der Effektivität	nein	nein	nein	nein
<i>Brustwarzenstimulation während der Plazentarperiode</i>	unzureichende Evidenz der Effektivität	ja	nein	ja	nein, dies kann auch erreicht werden durch Ansetzen des Kindes
<i>Periduralanästhesie</i>	häufig unangebracht	nein	zu Hause nicht möglich	ja	ja, wenn gezielt eingesetzt, z.B. bei prothraierter Geburt
<i>CTG</i>	häufig unangebracht	im Spital ja zu Hause mit Erfahrung nicht	nein, ja bei vorzeitigem SBS im Spital. Kontrolle > 12–24 Std.	ja	ja
<i>Episiotomie</i>	routinemässig: häufig unangebracht	nein, nur bei Bedarf	ja bei HT-Abfall, Dezelerationen, grünem FW, bei erschöpfter Frau	ja	nein, nur bei zwingender Indikation oder auf Wunsch der Frau
<i>Trinken und/oder essen während der Geburt</i>	routinemässige Restriktion: häufig unangebracht	ja	ja	ja	ja, leichte Kost. An meinem Arbeitsplatz bleiben die Frauen nüchtern.
<i>Freie Wahl der Geburtsstellung</i>	erwiesenermassen effektiv, empfohlen	ja	ja	ja	ja
<i>Handschuhe bei einer vaginalen Untersuchung</i>	erwiesenermassen effektiv, empfohlen	ja	ja	ja	ja

Die Redaktion dankt Barbara Fähr Vljakovic für das Verfassen des Fragebogens und Inge Loos, Regina Rohrer, Theres Salvisberg und Inge Werner für die Durchführung der Befragungen.