**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband
**Band:** 115 (2017)
**Heft:** 3

**Artikel:** Mut zuneuen Wegen
**Autor:** Rooke, Karin
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-949715

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 13.07.2025

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

# Mut zu neuen Wegen

Seit einigen Jahren praktizieren die Hebammen am Asanaspital in Leuggern AG mehrheitlich die abwartende Begleitung der Plazentarperiode. Die Erfahrungen geben ihnen Recht: Die Pathologien haben nicht zugenommen. Die Hebammen schätzen das abwartende Management unter anderem, weil ihre Beobachtungsgabe geschult wird und weil der jungen Familie die nötige Ruhe gegönnt werden kann.

Karin Rooke

Oberstes Ziel in der Plazentarperiode ist es, den Blutverlust so gering wie möglich zu halten. Dabei gilt ein Blutverlust von bis zu 500 ml als physiologisch. Um dies zu erreichen, gibt es zwei grundsätzlich verschiedene Vorgehensweisen.

Die aktive Leitung der Plazentarperiode:

- Unmittelbar nach der Geburt der Schultern / des Kindes / nach dem Abnabeln werden der Frau 3 bis 6 IE Syntocinon entweder intravenös oder in Kurzinfusion oder intramuskulär verabreicht.
- Das Neugeborene wird sofort oder früh abgenabelt (spätestens 1,5 Minuten postpartum).
- Es werden keine Lösungszeichen abgewartet / nach der 1. Wehe oder nach positiven Lösungszeichen.
- Mittels kontrolliertem Zug an der Nabelschnur wird die Plazenta gewonnen («controlled cord traction» nach Brandt Andrews).
- Zeitfenster: bis zu 30 Minuten.

Die abwartende Leitung der Plazentarperiode:

- Abnabeln nach Auspulsieren der Nabelschnur oder nach Geburt der Plazenta.
- Beobachtung der Frau (Hautfarbe, Puls, Blutung).
- Positive Lösungszeichen abwarten (mindestens zwei): Uteruskantungszeichen nach Schröder, Nabelschnurzeichen nach Küstner, Nabelschnurvorrücken nach Ahlfeld, Afterbürde u. a.
- Frau wird ermuntert, aktiv die Plazenta durch Mitschieben zu gebären. Die Nabelschnur wird dabei in Führungslinie gehalten.
- Zeitfenster: bis 60 Minuten postpartum

In Anlehnung an unsere geburtshilfliche Philosophie am Spital Leuggern, die gebärenden Frauen in ihrem eigenen, individuellen Geburtsrhythmus zu begleiten und zu unterstützen sowie Interventionen so gering wie möglich zu halten, schien es nur konsequent, diese Haltung auch auf die Plazentarperiode zu übertragen.

**Einmal Syntocinon, dann bis zum Schluss**

Mit der Umstellung vom aktiven zum abwartenden Management wurde uns Hebammen bewusst, wie stark die Geburt der Plazenta vom Geschehen während der Geburt des Kindes abhängt. Wird bspw. unter der Geburt Syntocinon verabreicht – unabhängig ob bereits in der Eröffnungsphase oder erst in der Austreibungsphase – wird mit höchster Wahrscheinlichkeit auch in der Plazentarperiode Syntocinon weiter laufengelassen oder gar die Laufgeschwindigkeit erhöht. Das Ziel muss deshalb sein, den Einsatz von synthetischem Oxytocin wo immer möglich zu senken (siehe Kasten). Eine Reihe von Voraussetzungen führen am Spital Leuggern dazu, diesem Ziel näher zu kommen:

- Der Geburtsfortschritt muss sich nicht strikte an die Regel «1 cm Muttermundseröffnung pro Stunde» halten. Wir alle erleben bei der Begleitung von Gebärenden, wie unterschiedlich das Geburtstemperament der Frauen ist.
- Nach spontanem Blasensprung wird den Frauen bis zu 48 Stunden Zeit gegeben, um eine spontane Wehentätigkeit zu entwickeln, bevor mit einer medikamentösen Einleitung begonnen wird (Voraussetzung: unauffällige/s Kardiotokografie und Labor sowie klares Fruchtwasser).
- Eine routinemässige Einleitung bei Terminüberschreitung ist nicht vor ET+10 vorgesehen.
- Kein routinemässiges Legen eines venösen Zugangs. Die «Versuchung», Syntocinon zu verwenden, wird dadurch wesentlich verkleinert.

Autorin

**Karin Rooke,** Hebamme am Asanaspital Leuggern AG, Kursleiterin für Geburtsvorbereitung.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass keine Zunahme von Pathologien in der Plazentarperiode aufgetreten sind. Die Rate eines übermässigen Blutverlustes hat sich nicht verändert. Die Hebammen schätzen die Möglichkeit des abwartenden Managements und machen viele positive Erfahrungen: Nach der kraftvollen Endphase der Geburt kehrt Ruhe ein und die Eltern lernen ihr Kind zum ersten Mal kennen. Mit der zurückhaltenden Vorgehensweise der Plazentagewinnung greifen wir so wenig wie möglich in den Prozess der Familienwerdung ein. Unsere Beobachtungsgabe wird geschult, falls notwendig kommen alternative Möglichkeiten zur Plazentagewinnung zur Anwendung: Kind ansetzen, aufrechte Positionen, Akupunktur, Aromatherapie usw. Zudem wird die Offenheit gegenüber neuen Sichtweisen gefördert. Auch profitiert das Neugeborene vom höheren Hämoglobingehalt durch das Abnabeln nach Auspulsieren der Nabelschnur oder gar erst nach der Geburt der Plazenta.

**Der Versuchung widerstehen**

Selbstverständlich müssen wir uns gewissen Gegebenheiten unterordnen und vom Idealbild immer wieder abweichen. So müssen wir an uns arbeiten, Geduld zu haben. Der Versuchung immer wieder widerstehen, nicht doch unnötig in den naturgegebenen Prozess einzugreifen, und sei die Handlung auch noch so klein. Nicht jeder Belegarzt unterstützt das abwartende Gewinnen der Plazenta mit der gleichen Überzeugung. Das beeinflusst automatisch auch unser Handeln. Weiterbildungen sind für Hebammen und Ärzte wichtig, um ein Umdenken zu ermöglichen.

Der Zeitdruck löst Handlungsdruck aus: Sei es, dass wir noch parallele Aufgaben erfüllen müssen, sei es, dass der Arzt wieder in die Praxis muss. Hier werden nach wie vor die grössten Kompromisse eingegangen. Länger als eine Stunde wird in der Regel auch ohne pathologische Blutung nicht gewartet.

**Sich weiterbilden und von anderen profitieren**

Es gibt interessante Fachartikel und Fortbildungen zum Management der Nachgeburtsphase, die Mut machen, andere Wege zu gehen. Besonders inspirierend fanden wir eine Weiterbildung von Esther Göbel, Hebamme im Geburtshaus Bühlau in Dresden (D). Auszugsweise seien an dieser Stelle einige ihrer Gedanken und Vorschläge wiedergegeben: «‹So, jetzt müssen wir nur noch ihre Plazenta holen.› Solche und ähnliche Sätze zeigen Nichtachtung und Nichtwissen für diese Zeit der Geburt. In keiner anderen Geburtsphase möchte ich behaupten, intervenieren wir mit so einer Selbstverständlichkeit und mit dem Bewusstsein, dass wir etwas Richtiges tun. Die Plazentarperiode ist das Stiefkind unter den Phasen der Geburt. Umso mehr lohnt es sich, über den Sinn dieser Phase nachzudenken und die Erkenntnisse in unser Management im alltäglichen Geschehen im Kreissaal einfliessen zu lassen.» (Göbel, 2016)

Folgendes ist Esther Göbel wichtig:

- Die Plazenta ist kein «Mutterkuchen», am ehesten eine «Kindertorte». Sie ist kindliches Gewebe. Sie ist das erste Liebes- und Beziehungsobjekt, das wir in der Gebärmutterzeit haben.
- Die Plazentarperiode verlangt die gleiche Vorbereitung, Zeit und Aufmerksamkeit wie die anderen Geburtsphasen. Eine Mythenbildung, die Plazenta müsse in den ersten 30 bis 45 Minuten nach der Geburt geboren werden, setzt Zeitdruck für alle.
- Pschyrembel hat den Begriff von der «Misshandlung des Uterus» in der Nachgeburtsperiode geprägt und diese als Hauptursache der Atonie (85 Prozent) bezeichnet.
- Nicht das Abwarten erhöht die Blutungsgefahr, sondern die Manipulation.
- Das Abnabeln vor der Geburt der Plazenta ist eine Handlung, die wir so gelernt haben, ohne dabei zu wissen, welchen Informationskanal wir gerade durchtrennen. Könnte es nicht möglich sein, dass das Kind seiner

### Geburtenabteilung am Asanaspital Leuggern

- Öffentlich-rechtliches Regionalspital
- Rund 730 Geburten im Jahr 2016
- Belegarztsystem
- 1 Hebamme pro Schicht, 3 Schichten pro 24 Stunden
- 3 Beleghebammen
- 6 manuelle Plazentalösungen im 2016

### Synthetisches Oxytocin

Syntocinon gehört heute zu den meist verwendeten Medikamenten unter der Geburt. Seine unmittelbare Wirkung sind wir uns bewusst, da wir gerade wegen seiner wehenverstärkenden Eigenschaften oft und gerne darauf zurückgreifen. Was aber wissen wir über die langfristigen Auswirkungen von künstlichem Oxytocin? Interessante Gedankenanstösse dazu liefert das Buch von Michel Odent, «Generation Kaiserschnitt – Wie die moderne Geburtspraxis die Menschheit verändert». Darin beschreibt er, dass die Nebenwirkungen von synthetischem Oxytocin bislang unterschätzt oder sogar ignoriert zu werden scheinen. Er zitiert Forschungsergebnisse, die einen negativen Einfluss auf die Stillzeit und die psychomotorische Entwicklung des Kindes festgestellt haben: Der Beginn, die Qualität und die Dauer des Stillens werden negativ beeinflusst, die Stillreize beim Neugeborenen sind vermindert, und die primitiven Reflexe von Neugeborenen werden unterdrückt.

Plazenta das Signal gibt: Es geht mir gut, du kannst dich lösen. Erfahrungen am unabgenabelten Kind lassen darauf schliessen, dass Kind und Plazenta miteinander kommunizieren.

**Empfehlungen für die Nachgeburtsperiode**

Esther Göbel schlägt folgendes Management zur Begleitung der physiologischen Nachgeburtsperiode und als Atonieprophylaxe vor:

- Die Hebamme soll für eine baldige Beruhigung der allgemeinen Turbulenzen nach der verständlichen Freude über die Geburt des Kindes sorgen. Mit Ruhe und Achtsamkeit sollten sich Hebammen der letzten Geburtsphase zuwenden, ähnlich der Geburt des zweiten Zwillings.
- Eine komfortable Gebärhaltung erlaubt es der Frau, sich auf diese Geburtsarbeit zu konzentrieren. Das Kind ruht dabei unabgenabelt an der Brust, vielleicht möchte es schon gestillt werden.
- Den Fundusstand und die Uteruskontraktion mit «leichter Hand» kontrollieren, der Uterus darf durch diese Berührung nicht stark stimuliert werden. Die Hand liegt fühlend oberhalb des Fundus am Nabel der Frau, der Fundus hat eine symmetrische breite Form. Diese verändert sich mit dem Ablösungsprozess kontinuierlich. Der Uterus nimmt eine schmale, durch das asymmetrische Wehenzentrum zur rechten Seite gekantete Gestalt an, wodurch der Fundus steigt (Schröder-Zeichen).
- Beurteilung des Füllungszustandes der Blase mit der gleichen Behutsamkeit. Eine übervolle Harnblase muss unbedingt vermieden werden.
- Wenn die Plazenta nicht zeitnah geboren wird, lagern sie die Gebärende bequem, aber so, dass jede Blutung sofort bemerkt werden kann. Die Hebamme soll die Frau warm zudecken, Wärmeflasche an die Füsse, warmen süssen Kaffee oder Tee zu trinken geben. Es ist eine gute Zeit, um in verschiedenen Positionen zu stillen, was die Lösung der Plazenta begünstigt.
- Die Hebamme wartet nun ruhig neben der Frau ab und bringt sie erneut in Kontakt mit ihrem Uterus. Dies kann rein emotional oder durch dankbares Auflegen ihrer Hand auf die Gebärmutter erfolgen. Diese Berührung sollte nur energetisch und gemeinsam mit der Gebärenden geschehen. Keine Manipulation der Hebamme am Uterus.
- Die Aktivität der Hebamme besteht in der Beobachtung der Frau: Puls fühlen, Gesicht und Mimik betrachten, Präsenz sowie die Farbe ihrer Lippen.
- Ungefähr in fünf bis zehnminütigem Abstand schaut die Hebamme unter die Decke, kontrolliert die Blutung und beurteilt sanft und mit leichter Hand die Blasenfüllung sowie Uterusform und Kontraktion. Auch das Befragen der Frau nach ihrem Gefühl für den Fortschritt der Plazentageburt und ihre Wünsche bezüglich der Lagerung ist hilfreich.
- Solange keine Anzeichen einer Blutung vorliegen, die Gebärmutter gut kontrahiert ist, der Kreislauf stabil bleibt und die Frau auch sonst einen guten Eindruck macht, sollten vorerst keine therapeutischen Massnahmen erfolgen. Die Aufgabe der Hebamme besteht im Begleiten dieser Phase. Keine «Zeit nutzen» für andere Sachen.
- Die Hebamme kontrolliert die Zeichen der erfolgreichen Plazentalösung etwa alle zehn Minuten oder auf Hinweise der Frau: Gestaltwandel des kontrahierten Uterus (Schröder-Zeichen), Vorrücken eines locker angebrachten Bandes oder Heftpflasters (Ahlfeld), erneuter Mastdarmdruck und Pressdrang. Die anderen klassischen Lösungszeichen vereinbaren sich nicht mit der Forderung nach keinerlei Manipulation am Uterus (z. B. Küstner, Strassmann).
- Zug an der Nabelschnur und der Credé'sche Handgriff dürfen nur angewendet werden, wenn der Uterus gut kontrahiert ist, die Blase leer und die Hebamme sich der vollständigen Lösung der Plazenta absolut sicher ist.

Der Einfluss des Abnabelns auf die Lösung der Plazenta ist laut Esther Göbel viel zu wenig erforscht. «Es muss uns bewusst sein, dass wir damit in den naturgegebenen Ablauf eingreifen. Es ist nicht vorgesehen, dass die Nabelschnur in den ersten fünf Minuten nach der Geburt zerreisst, ohne dass starke Gewalt angewendet werden müsste.»

**Referenz**

**Göbel, E. (2016)** Intervention in der Nachgeburtsphase oder die ungeliebte Phase. Vortragsunterlagen, Badboller Hebammentagung.

Zusammengestellt von Prof. Valerie Fleming, Senior Researcher, Forschungsstelle Hebammenwissenschaft der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Forschung und Praxis interessieren sich schon lange für die Plazentaperiode, welche die Geburt des Kindes bis zur Ausstossung der Plazenta umfasst und nicht isoliert von der Geburt und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Frau sowie von den äusseren Einflüssen betrachten werden sollte. Diese Zusammenstellung ermöglicht eine kritische Auseinandersetzung mit vier aktuellen Forschungs- und Strategiepapieren zur Plazentaperiode. Dabei wird insbesondere die allgegenwärtige Frage des aktiven oder physiologischen Managements diskutiert.

Gemeinsame Stellungnahme der International Confederation of Midwives (ICM) und der International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) (2008)

**Management der Plazentaperiode zur Verhinderung der postpartalen Hämorrhagie**

http://internationalmidwives.org › Who we are › Partners and Affiliates › Partners › Figo › Documents › ICM-Figo Statement Post-partum haemmorrhage

Der Titel dieser Stellungnahme alleine ist schon interessant, weil er auf die Vermeidung eines Traumas fokussiert. ICM und FIGO sind wichtige Partner der weltweiten Safe-Motherhood-Initiative zur Verminderung von Todesfällen und Beeinträchtigungen bei Müttern. Dieser globale Ansatz spiegelt sich in ihren Leitbildern, die alle die Förderung der Gesundheit, der Menschenrechte und des Wohlergehens der Frau gemein haben, insbesondere in den Regionen, in denen Frauen einem hohen Sterblichkeitsrisiko oder einem hohen Risiko einer schweren Beeinträchtigung im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes ausgesetzt sind. Die Stellungnahme führt aus, dass FIGO und ICM evidenzbasierte und wirksame Interventionen förderten, die bei richtiger Anwendung und ordnungsgemässer Einverständniserklärung die Inzidenz von Müttersterblichkeit und Morbidität in der Welt verringern könnten, und schreibt im Weiteren die Risiken von postpartalen Blutungen vor allem Frauen mit Anämie zu.

Weiter wird aufgeführt, dass sich nach der Überprüfung der verfügbaren Evidenz die FIGO und der ICM einig seien, dass das aktive Management der Plazentaperiode nachweislich die Inzidenz der postpartalen Hämorrhagie (PPH), die Menge des Blutverlustes und den Einsatz von Bluttransfusionen reduziere. Diese Aussagen werden mit verlässlichen Quellen aus der Cochrane Library gestützt, beziehen sie aber interessanterweise auch auf die Studie von Joy et al. aus dem Jahr 2003 über die Verwendung von Misoprostol zur der Reduktion von PPH, die in den jüngsten Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kritisiert wurde (Chu et al., 2012). Es ist daher höchste Zeit, diese Leitlinien zu aktualisieren.

Chu, C. et al. (2012)

**Überdenken der WHO-Leitlinien: Überprüfung des Beweises für den Einsatz von Misoprostol zur Prävention der postpartalen Hämorrhagie**

Journal of the Royal Society of Medicine, 105, 336–347

Dieser Artikel beschreibt klinische Studien zur Wirksamkeit von Misoprostol in der Prävention von primären postpartalen Blutungen (PPH) bei Haus- und Spitalgeburten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und unterzieht sie einer kritischen Bewertung. Von 172 identifizierten Studien erfüllten sechs die Einschlusskriterien. In sämtlichen Studien wurde der Interventionsgruppe 600 µg Misoprostol verabreicht. In drei Studien wurde die Verabreichung von Misoprostol verglichen mit dem aktiven Management der Plazentaperiode (AMTSL), zwei untersuchten das abwartende Management, und in einer Vergleichsgruppe war es den Geburtshelfern freigestellt, das Management zu wählen. Die drei AMTSL-Studien zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Inzidenz an PPH oder Überweisungen an besser ausgerüstete Zentren, und nur eine Studie zeigte beim Einsatz von Misoprostol eine signifikante Reduktion von schweren PPH. Hingegen konnte eine Studie zum abwartenden Management mit freier Wahl der Managementpraxis durch die Geburtshelfer eine signifikante Reduktion der Inzidenz an PPH mit Misoprostol feststellen. Jedoch wurden die Studienergebnisse durch den Einsatz von alternativen Uterotonika in der Kontrollgruppe, verwirrenden Managementpraktiken und subjektiven Bewertungen sowie – mit einer Ausnahme – durch den Ausschluss von besonders gefährdeten Frauen verzerrt. In den Forschungsberichten, welche die WHO zu der fundierten Entscheidung bewegten, Misoprostol in der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel aufzuführen, fehlt die Inzidenz an PPH sowohl in den Kontroll- als auch in den Interventionsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass andere Faktoren als der Einsatz von Misoprostol von entscheidender Bedeutung sind. Die Autoren vermuten insbesondere, dass die Studienergebnisse möglicherweise von den Fähigkeiten der Geburtshelfer beeinflusst worden sind (Seite 445). Die wichtige Botschaft für Hebammen ist daher, in ihrer Praxis zuversichtlich und kompetent zu sein.

Autor unbekannt (2008)

**Aktives Management in der Plazentaperiode: eine globale Diskussion**

Midwifery News, Dezember, 26–38

Dieser Artikel aus Neuseeland fasst eine globale virtuelle Diskussion zu diesem Thema zusammen. Die Befürworter beider Seiten hatten Gelegenheit, ihre Gedanken, Ideen und Beweise in der Diskussion vorzubringen. Wie im bereits genannten Artikel stützte sich diese Diskussion auf die WHO gemeinsam mit der John Hopkins University. Der neuseeländische Hebammenverband unterstützte die Erhebung von retrospektiven Daten aus einer Kohorte von 7277 Frauen, die eine normale vaginale Geburt hatten. Bei 30 Prozent wurde ein physiologisches Management in der Plazentaperiode angewendet. Die Autoren behaupten, dass in dieser Studie die physiologische Gruppe weniger Blutverlust erlitt. Leider stehen für diese Aussagen keine statistischen Auswertungen, sondern nur die Rohdaten zur Verfügung. Es scheint hitzige Diskussionen gegeben zu haben, die mit der Frage abgeschlossen wurden, ob es ethisch vertretbar sei, einen Weg zu fördern (d.h. aktives Management), der nicht global verfügbar ist. Wie andere Autoren auch sind sie jedoch der Ansicht, dass im Bereich von Public Health dringend Massnahmen ergriffen werden müssen.

Begley, C. et al. (2015)

**Aktives Management im Vergleich zum physiologischen Management in der Plazentaperiode**

Cochrane Review

Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit des aktiven Managements mit dem abwartenden Management in der Plazentaperiode zu vergleichen. Dazu wurden das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (30. September 2014) und die Referenzlisten der abgerufenen Studien durchsucht. Die Suchparameter beschränkten sich auf randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien, die das aktive Management im Vergleich dem abwartenden Management in der Plazentaperiode betrachteten. Sieben Studien mit 8247 Frauen, die alle in Spitälern durchgeführt wurden, wurden in die Auswertung mit eingeschlossen, sechs von ihnen in einkommensstarken Ländern und eine in einem Land mit niedrigem Einkommen. Vier Studien verglichen das aktive mit dem abwartenden Management und drei stellten das aktive Management einer Mischung von Managementpraktiken gegenüber. Es fehlte aber die Bewertung der Qualität der Evidenz nach Grade (Schema zur Beurteilung von Evidenzen und Empfehlungen) zu den primären Endpunkten. Die Evidenz deutet darauf hin, dass das aktive Management bei Frauen mit unterschiedlichen Blutungsrisiken zu einer Reduktion des durchschnittlichen Risikos einer PPH zum Zeitpunkt der Geburt (mehr als 1000 ml) führte. Die Autoren dieser gut durchgeführten Überprüfung empfehlen daher ein aktives Management in der Plazentaperiode. Die Datenbank Cochrane Library verfügt über eine der grössten wissenschaftlichen Sammlungen. Sie veröffentlicht nur gut durchgeführte Forschungsarbeiten, die ausschliesslich auf randomisierte Studien fokussiert sind.

Bei diesen Betrachtungen müssen die Schwierigkeiten berücksichtigt werden, welche die Durchführung wirklich gut kontrollierter Studien zu diesem Thema mit sich bringen. Es muss eine epidemiologische Studie in grossem Massstab durchgeführt werden!

**Impressum**

**Editeur** | **Herausgeberin** Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Les articles signés ne reflètent pas forcément l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise à autorisation de la rédaction | Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des SHV wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion **Rédaction** | **Redaktion** Rédactrice romande: Cynthia Khattar, c.khattar@sage-femme.ch | Redaktorin Deutschschweiz: Miryam Azer, m.azer@hebamme.ch **Secrétariat de la FSSF** | **Geschäftsstelle SHV** Rosenweg 25 C, 3007 Bern, T +41 (0)31 331 35 20 **Changement d'adresse** | **Adressänderungen** adress@hebamme.ch **Redaktioneller Beirat** | **Conseil rédactionnel** Bénédicte Michoud Bertinotti, Marie Blanchard, Sandrine Hernicot, Christina Diebold, Silvia Meyer, Regula Hauser **Photos** | **Fotos** Couverture | Titelseite Corina Brouillard, steinerbrouillard.ch **Graphisme** | **Layout** www.atelierrichner.ch **Abonnement annuel** | **Jahresabonnement** Non-membres CHF 109.–, 2,5% TVA inclue, étranger CHF 140.–, prix du numéro CHF 13.20, 2,5% TVA inclue + porto. L'abonnement est automatiquement renouvelé pour un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF au 31 octobre de l'année en cours. | Nichtmitglieder CHF 109.–, inkl. 2,5% MWST, Ausland CHF 140.–, Einzelnummer CHF 13.20, inkl. 2,5% MWST + Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird. **Régie d'annonces** | **Inseratemarketing** kömedia AG, Geltenwilenstrasse 8a, CH-9001 St. Gallen, T +41 (0)71 226 92 92, info@koemedia.ch, www.kömedia.ch **Impression** | **Druck** Vogt-Schild Druck AG, Gutenbergstrasse 1, CH-4552 Derendingen, www.vsdruck.ch **Papier** PlanoArt 100 gm², sans bois, extra-blanc mat, sans acide, certifié FSC | PlanoArt 100 gm², holzfrei, hochweiss matt, säurefrei, FSC-zertifiziert | WEMF-beglaubigt | ISSN 1662-5862