

# **Gesundheitsförderung von Wöchnerinnen**

**Vorschläge zu einer bedürfnisorientierten und  
evidenzbasierten Wochenbettbetreuung  
nach der Spitalentlassung**

---

Karin Rooke

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit

Studiengang Hebamme HF

Bern

2008

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>ii</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Befindlichkeit und Bedürfnisse von Müttern</b>	<b>3</b>
3.1	<i>Begriffsdefinition</i>	3
3.2	<i>Gesundheitliche Situation von Müttern nach der Geburt</i>	3
3.3	<i>Wünsche von Müttern an die Wochenbettbetreuung</i>	7
<b>4</b>	<b>Richtlinien zur Nachbetreuung von Wöchnerinnen</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Betreuung von Wöchnerinnen in anderen Ländern</b>	<b>13</b>
5.1	<i>Nachbetreuungsmodelle in anderen Ländern</i>	13
5.2	<i>Gesundheitliche Auswirkungen der Wochenbettbetreuung</i>	14
<b>6</b>	<b>Das Wochenbett in der Schweiz</b>	<b>16</b>
6.1	<i>Mutterschaftsschutz</i>	17
6.2	<i>Betreuungsangebote für Mütter nach der Spitalentlassung</i>	17
6.3	<i>Hebammenbetreuung im häuslichen Wochenbett</i>	18
6.3.1	<i>Statistiken zu Geburt und Wochenbett in der Schweiz</i>	18
6.4	<i>Umfrage bei freipraktizierenden Hebammen</i>	19
6.4.1	<i>Einleitung</i>	19
6.4.2	<i>Methode</i>	19
6.4.3	<i>Ergebnisse</i>	20
6.4.4	<i>Diskussion</i>	25
6.4.5	<i>Aussagekraft der Umfrage</i>	26
<b>7</b>	<b>Gesundheitsförderung in der Hebammenarbeit</b>	<b>26</b>
7.1	<i>Das salutogenetische Modell</i>	27
7.2	<i>Bedeutung der Salutogenese für die Hebammenarbeit im Wochenbett</i>	28
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>36</b>
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>38</b>
	<b>Anhang 1</b>	<b>41</b>
	<b>Anhang 2</b>	<b>42</b>

# 1 Abkürzungsverzeichnis

ARHP	Association of Reproductive Health Professionals (amerikanische non-profit Organisation)
EPDS	Edinburgh postnatal depression scale
GesV	Gesundheitsverordnung
Hb	Hämoglobin
HWI	Harnwegsinfektion
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
MVB	Mütter- und Väterberatung
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Grossbritannien)
PDA	Periduralanästhesie
pp.	post partum (nach der Geburt)
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation), eine Unterorganisation der UNO (United Nations Organisation)

## 2 Einleitung

Heutzutage wird als selbstverständlich angenommen, dass Mütter nach einer normalen, komplikationslosen Schwangerschaft und Geburt wohlauf und glücklich sind. Daraus leitet unsere leistungsorientierte Gesellschaft hohe Erwartungen an Mütter mit ihren Neugeborenen ab. Es ist demnach normal, dass eine gesunde Frau intuitiv auf alle Bedürfnisse des Neugeborenen eingehen kann und schon bald nach dem Wochenbettaufenthalt im Spital auch die anfallenden Alltagsaufgaben wie die Betreuung älterer Geschwisterkinder, die Haushaltsführung und die Pflege sozialer Kontakte selber übernimmt. In einer Studie aus dem Kanton Zürich geben 61 Prozent der Frauen an, nach dem Spitalaufenthalt keine Unterstützung oder Zeit für die weitere Erholung gehabt zu haben (Maurer und Voegeli 1994, zitiert nach Beck und Knoth 2004). Viele Frauen sind auf sich alleine gestellt und es liegt in ihrer Eigenverantwortung, sich Hilfe zu organisieren.

Die ursprüngliche Bedeutung des Wochenbettes, die sich schon im Wort selbst widerspiegelt, umschreibt eine längere Zeit des Ausruhens, Erholens, Umsorgtseins und Kennenlernens von Mutter und Kind. Früher war das Wochenbett der einzige Urlaub im Leben einer Frau (Stadelmann 2003). Von dieser fürsorglichen Atmosphäre ist in heutigen, westlichen Gesellschaften mit oft fehlendem sozialem Netz nur noch für wenige Tage etwas zu spüren, wenn Väter einige Zeit von der Arbeit frei nehmen können oder Grossmütter Unterstützung bieten.

Mit welcher Selbstverständlichkeit können wir aber voraussetzen, dass Mütter im Wochenbett und in der Zeit darüber hinaus gesund sind und es auch bleiben? In Regionen der Welt, in denen hohe medizinische Standards lebensbedrohliche Morbiditäten und die Sterblichkeit von Müttern auf wenige Einzelfälle senken konnten, dürfte man doch guten Glaubens annehmen, dass sich Frauen nach der Geburt gesund fühlen. Dem ist jedoch nicht so. Denn im Verlauf einer Studie, die sich eigentlich mit den gesundheitlichen Folgen des Einsatzes der Periduralanästhesie bei Gebärenden beschäftigte, deckten MacArthur und Mitarbeiterinnen (1991a) zufällig ein bisher unbekanntes Ausmass postpartaler Beschwerden auf, an denen Mütter teilweise auch noch Jahre nach der Geburt litten. Dazu gehörten Müdigkeit, Depressionen, Rückenschmerzen, Brustprobleme, Dammschmerzen, Inkontinenz, Hämorrhoiden, sexuelle Probleme, um nur einige Beispiele zu nennen. Die Publikation der Ergebnisse führte zu der Erkenntnis, dass das Gebiet der mittel- bis langfristigen postpartalen Gesundheit von Müttern ein medizinisch völlig vernachlässigtes Forschungsfeld ist, das kaum im Bewusstsein von Fachleuten wie Hebammen und Geburtshelferinnen und Geburtshelfern ist. Den Frauen wird demzufolge auch keine angemessene Unterstützung geboten.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick zu geben über das gesundheitliche Befinden von Frauen, die ein Kind geboren haben und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Wöchnerinnen, mit Fokus auf schweizerische Verhältnisse, verbessert werden können.

Von Interesse sind an dieser Stelle vor allem körperliche und psychische Beschwerden, die über die als Wochenbett definierte Zeit von sechs bis acht Wochen andauern. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil die gängige Fachliteratur davon ausgeht, dass nach dieser Zeitspanne die Umstellungsprozesse von der Schwangerschaft zur Mutterschaft abgeschlossen sind. Grosse Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Müttern nach der Spitalentlassung finden sich hauptsächlich im nicht-deutschen Sprachraum.

Damit die Gesundheit und das Wohlbefinden von Wöchnerinnen verbessert werden können, müssen nebst den Kenntnissen über die vorhandenen Probleme auch die Wünsche und Erwartungen der Mütter an die Wochenbettbetreuung bekannt sein. Die Präsentation der Richtlinie des britischen NICE zur Wochenbettbetreuung von Mutter

und Kind, die sich auf die bestmöglich verfügbare Evidenz stützt, hat diesen Aspekten grosse Bedeutung beigemessen und wird in dieser Arbeit vorgestellt.

Eine hohe Bedeutung kommt in der Diskussion um die „richtige“ Betreuung von Wöchnerinnen im häuslichen Wochenbett der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen zu. In dieser Arbeit werden deshalb verschiedene Betreuungsmodelle aus unterschiedlichen Ländern vorgestellt. Eine Literaturübersicht soll zeigen, welche Interventionen in der Begleitung von Wöchnerinnen einen nachgewiesenen positiven Effekt auf die Gesundheit der Frauen haben. Eine zentrale Rolle nimmt die Frage ein, bis zu welchem Zeitpunkt nach der Geburt eine Frau und ihr Kind Betreuung erhalten sollen, in welchen Abständen und mit welchem Inhalt. Über den Inhalt der Wochenbettbetreuung macht diese Arbeit jedoch aus Kapazitätsgründen nur einige wichtige Kernaussagen.

Nebst der Darstellung internationaler Literatur soll auch auf die schweizerischen Verhältnisse in der Wochenbettbetreuung nach dem Spitalaufenthalt fokussiert werden. Die gesetzlichen Grundlagen und die involvierten Fachpersonen und Institutionen werden beschrieben. Eine Umfrage bei zehn freipraktizierenden Hebammen aus der Deutschschweiz soll ein Bild über die aktuelle Gesundheitssituation von Müttern abgeben. Dass dabei nur auf die ersten zehn Tage postpartum eingegangen werden kann, liegt daran, dass Hebammen in der Schweiz nur in dieser Zeit Hausbesuche abstellen können, die von den Krankenkassen übernommen werden. Die Umfrage liefert zudem interessante Verbesserungsvorschläge zur Wochenbettbetreuung in der Schweiz. Die Schlussfolgerungen werden für den schweizerischen Kontext gezogen.

Zusammenfassend werden in dieser Arbeit folgende Fragestellungen bearbeitet:

- Wie sieht die gesundheitliche Situation von Müttern nach der Spitalentlassung aus?
- Welche Betreuung wünschen sich Wöchnerinnen nach dem Spitalaufenthalt und welche Angebote gibt es?
- Wie lange sollen Frauen nach der Geburt von Hebammen betreut werden und welchen Inhalt weist evidenzbasierte Wochenbettbetreuung auf?
- Welche Wochenbettbetreuung bieten freipraktizierende Hebammen in der Schweiz an und wo besteht Handlungsbedarf?

### **Eingrenzung des Themas**

In der vorliegenden Arbeit geht es um gesundheitliche Probleme von Wöchnerinnen in industrialisierten Ländern mit einer guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Abdeckung des Themas für Entwicklungsländer bedürfte einer eigenen Arbeit, da in diesen Ländern ganz andere Voraussetzungen herrschen mit schlechtem Zugang zum Gesundheitssystem, mangelnder Hygiene und schlechterem Allgemeinzustand der Frauen. Diese Umstände ziehen ganz andere gesundheitliche Probleme von Müttern nach sich.

Es geht nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen/Ereignisse wie starke Blutungen, Wochenbettfieber, usw., sondern um weniger dramatische, aber dennoch bedeutende Auswirkungen von gesundheitlichen Problemen von Müttern nach der Geburt ihres Kindes. Die Arbeit beschäftigt sich mit so genannt „gesunden“ Wöchnerinnen. Kranke Wöchnerinnen oder Frauen mit frühgeborenen Kindern bedürfen einer speziellen Betreuung.

Das Stillen, das einen wichtigen gesundheitsfördernden Aspekt bei Mutter und Kind aufweist, ist in der Schweiz mit nur kurzer Stilldauer eine besondere Problematik, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Die Qualität der Wochenbettbetreuung im Spital ist nur am Rande Thema dieser Arbeit. Die bei freipraktizierenden Hebammen durchgeführte Umfrage lässt keine allgemeingültigen Aussagen für die Schweiz zu. Sie liefert jedoch wichtige Hinweise zur Wochenbettbetreuung und möglichen Verbesserungen.

### 3 Befindlichkeit und Bedürfnisse von Müttern

Der erste Teil dieses Kapitels erklärt, wie das Wochenbett zeitlich abgegrenzt und inhaltlich definiert wird. Im zweiten Abschnitt werden die gängigsten postpartalen Beschwerden von Frauen aufgeführt. Der dritte Teil widmet sich den Wünschen und Erwartungen von Müttern an die sie im Wochenbett betreuenden Hebammen und Geburtshelferinnen und Geburtshelfer.

#### 3.1 Begriffsdefinition

Die WHO (1998) definiert das Wochenbett als Zeitraum zwischen einer Stunde nach Geburt der Plazenta und 28 Tagen pp. Auch wenn von der WHO nicht offiziell anerkannt, endet laut ihrem Bericht „Postpartum care of the mother and newborn“ das Wochenbett in vielen Ländern erst sechs Wochen nach der Geburt. Laut Mändle et al. (2003) dauert das Puerperium (Wochenbett) ab Geburt der Plazenta bis acht Wochen pp. Oft wird das Wochenbett in der Literatur in zwei Phasen unterteilt: das Frühwochenbett, das bis zum zehnten Tag pp. dauert und das sich daran anschliessende Spätwochenbett. Im Frühwochenbett ereignen sich die grössten Veränderungen und geschehen die meisten Komplikationen.

Inhaltlich umfasst das Wochenbett körperliche und seelische Umstellungsprozesse der Frau (Mändle et al. 2003):

- Rückbildungsvorgänge am gesamten Organismus der Frau
- Heilung von Geburtswunden
- Ingangkommen und Aufrechterhaltung der Milchbildung
- Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung
- Hormonelle Umstellung und Einsetzen der Ovarialtätigkeit

Die medizinische Fachliteratur (z.B. Lauper 2004) beschränkt sich in der inhaltlichen Beschreibung der Wochenbettzeit auf körperliche Vorgänge und lässt die seelische Komponente ausser Acht.

#### 3.2 Gesundheitliche Situation von Müttern nach der Geburt

Das Interesse am Wohlergehen von Müttern im Wochenbett und in der Zeit darüber hinaus beschränkte sich bis in die frühen 1990-er Jahre auf schwere, oft lebensbedrohliche Ereignisse wie postpartale Blutungen, tiefe Venenthrombosen, Eklampsien, postpartale Infektionen oder Lungenembolien. Erst die Arbeit von MacArthur und Mitarbeiterinnen (1991a) erfasste zum ersten Mal annähernd das Ausmass an postpartalen Beschwerden, an denen Mütter nach der Geburt leiden. Bis dahin gab es unter Fachleuten – Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hausärztinnen und Hausärzten – kaum ein Bewusstsein für diese Thematik und deshalb auch keine angemessene Behandlung der Beschwerden. In der Folge beschäftigten sich immer mehr wissenschaftliche Arbeiten mit der postpartalen Gesundheit von Müttern (z.B. Glazener et al. 1995; Brown und Lumley 1998; Saurel-Cubizolles et al. 2000; Thompson et al. 2002; Borders 2006; Cheng et al. 2006).

Tabelle 1 auf der folgenden Seite zeigt die häufigsten gesundheitlichen Probleme, die Frauen nach der Geburt eines Kindes betreffen. Es werden die Resultate von drei internationalen Studien mit einer hohen Teilnehmerinnenzahl dargestellt (Glazener et al. 1995, Brown und Lumley 1998, Saurel-Cubizolles et al. 2000).

Tabelle 1: Häufigkeit gesundheitlicher Probleme von Müttern zu verschiedenen Zeitpunkten post partum (Selbsteinschätzung der Frauen).

Symptom Angaben in Prozent	2-8 Wochen pp <sup>1</sup>	2-18 Mte. pp <sup>1</sup>	5 Mte. pp <sup>2</sup>	6-7 Mte. pp <sup>3</sup>	12 Mte. pp <sup>2</sup>
Müdigkeit/Erschöpfung	59	54	48	69	67
Weinerlichkeit/Depressionen	21	17	19	20	35
Schlafstörungen	*	*	27	*	34
Angst	*	*	35	*	56
Rückenschmerzen	24	20	47	43	65
Brustprobleme (stillende Mütter)/Mastitis	28	12	*	17	*
Brustprobleme (abgestillt)	8	8	*	*	*
Hämorrhoiden	23	15	16	25	26
Verstopfung (Stuhlinkontinenz)	20	7	14 (3)	13 (5)	26
Varizen	*	*	18	*	20
Dammschmerzen	22	10	*	21	*
Vaginaler Ausfluss / vaginale Infektionen	15	8	5	12	*
Kopfschmerzen	22	15	21	*	38
Probleme in der Sexualität	*	*	16	26	20
Inkontinenz (Urin)	6	8	8	11	14
Harnwegsinfektionen	3	5	2	*	5
Wundschmerzen nach Sectio	*	*	*	61	*
Nahtprobleme bei vaginal operativer Entbindung	11	*	*	*	*
Anämie	25	7	*	*	*
Pathologische Blutungen	7	5	*	*	*
Hypertonie	3	1	*	*	*
Partnerschaftsprobleme	*	*	*	18	*
Kontrazeption	*	*	*	8	*
Ständiges Wiedererleben der Geburt	*	*	*	5	*
Keine gesundheitlichen Probleme	13	24	*	6	*

<sup>1</sup> aus Glazener et al. 1995 (Grossbritannien): die Umfrage wurde mittels Fragebogen bei 1116 Frauen (8 Wochen pp, resp. 438 Frauen (2-12 Mte. pp) durchgeführt.

<sup>2</sup> aus Saurel-Cubizolles et al. 2000 (Italien und Frankreich): die Umfrage wurde in Interviewform oder mittels Fragebogen durchgeführt. Italien: 723 Teilnehmerinnen, Frankreich: 632 Teilnehmerinnen. Die oben aufgeführten Zahlen stammen aus Frankreich.

<sup>3</sup> aus Brown und Lumley 1998 (Australien): die Umfrage wurde mittels Fragebogen bei 1336 Frauen durchgeführt

\*keine Angaben vorhanden

Ein Vergleich der drei Studien zeigt, dass eine Mehrheit der Frauen nach der Geburt weit über die Wochenbettzeit von acht Wochen hinaus an gesundheitlichen Beschwerden leidet. Nur sechs Prozent bis knapp ein Viertel aller Mütter bezeichnen sich selbst als gesund. Überraschend sind die Ergebnisse der Studie von Saurel-Cubizolles und Mitautorinnen (2000): Sie stellten gar eine Zunahme der Gesundheitsprobleme zwischen dem fünften und zwölften Monat post partum fest, während in anderen Studien (Glazener et al. 1995, Thompson et al. 2002) beobachtet wurde, dass postpartale Leiden mit der Zeit abflachten oder ganz verschwanden. Saurel-Cubizolles et al. (2000) erklären das Ergebnis ihrer Studie damit, dass die Babys mit dem Älterwerden fordern-

der werden und vom sozialen Umfeld der Erwartungsdruck an die Mütter steigt, sich von den Geburtsstrapazen erholt zu haben.

Saurel-Cubizolles et al. (2000) untersuchten auch den Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Müttern und finanziellen Problemen, bzw. Partnerschaftskonflikten. Es zeigte sich, dass beide Faktoren einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden hatten.

Geht es der Mutter gesundheitlich schlecht, betrifft dies nicht nur sie selbst, sondern auch ihr Umfeld, insbesondere die Kinder: ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist schlechter, sie haben häufiger Wutanfälle und soziale Defizite, z.B. im Zusammenspiel mit anderen Kindern (Cheng et al. 2006).

Wie Glazener et al. (1995) herausgefunden haben, erhalten Mütter immer weniger professionelle Hilfe gegen die Beschwerden, je länger die Geburt zurück liegt (66% acht Wochen pp. gegenüber 48% zwei bis 18 Monate pp.). Dies könne zwei Gründe haben: entweder sei die gesundheitliche Situation der Frauen besser geworden, oder es gebe weniger Möglichkeiten, professionelle Hilfe zu bekommen oder eine Kombination von beidem.

Im Folgenden wird auf die in Tabelle 1 beschriebenen Probleme genauer eingegangen.

### **Müdigkeit/Erschöpfung**

Als häufigstes Problem nennen die Mütter in allen Studien zu jedem beobachteten Zeitpunkt die Müdigkeit/Erschöpfung. Zwischen 50-70% leiden darunter, mit steigender Tendenz ein halbes bis ein Jahr nach der Geburt. Sowohl Brown und Lumley (1998) als auch Glazener et al. (1995) zeigten, dass Müdigkeit unabhängig von der Parität und der Geburtsmethode ein Problem für die Mütter darstellt. Im Gegensatz dazu fanden MacArthur et al. (1991) häufiger Müdigkeit bei älteren Müttern und Alleinerziehenden. Die Annahme, dass Mütter mit mehreren Kindern müder sein müssten als Mütter mit einem Kind, hat sich nicht bestätigt. In der Studie von Thompson et al. (2002) gaben Frauen mit einem Kaiserschnitt acht Wochen pp. häufiger Müdigkeit als Problem an als Frauen mit einer Spontangeburt (67% gegenüber 58%). In verschiedenen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen Müdigkeit und postpartalen Depressionen festgestellt (Glazener et al. 1995, Brown und Lumley 2000).

### **Depressionen**

Die Prävalenz postpartaler Depressionen schwankt je nach Studie zwischen 17 und 35%. Wie oben erwähnt, tritt bei Übermüdung häufiger eine Depression auf als bei genügend Schlaf. Brown und Lumley (2000) untersuchten den Zusammenhang zwischen physischen Gesundheitsproblemen von Müttern sechs bis sieben Monate nach der Geburt und auftretenden Depressionen. Sie fanden heraus, dass folgende physische Probleme mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von postpartalen Depressionen einhergehen: Müdigkeit, Harninkontinenz, Rückenschmerzen, sexuelle Probleme, häufiger kleine Erkrankungen und Erkältungen als gewöhnlich, Stuhlgangprobleme und Beziehungskonflikte.

### **Rückenschmerzen**

Die Angaben zur Häufigkeit von auftretenden Rückenschmerzen post partum schwanken gemäss obiger Tabelle zwischen 20 und 65%. Glazener et al. (1995) stellten fest, dass Frauen nach einem Kaiserschnitt am häufigsten unter Rückenschmerzen litten (35% der Frauen mit Sectio gegenüber 21% nach vaginaler Geburt), die Anzahl gebohrer Kinder jedoch keine Rolle spielte. MacArthur et al. (1991b), fanden einen Zusammenhang zwischen Rückenbeschwerden und der Anwendung der Periduralanästhesie (PDA). Es zeigte sich, dass Frauen nach einer PDA deutlich häufiger über Rückenleiden klagten als Frauen, die keine PDA unter der Geburt hatten. Häufiger an



Rückenschmerzen litten auch Frauen nach einer Spinalanästhesie, nach einer langen Austreibungsphase und Frauen, die der asiatischen Ethnie angehören. Thompson et al. (2002) konnten diese Ergebnisse nicht bestätigen: Der Einsatz der PDA führte nicht zu häufigeren Rückenschmerzen. Auch berichteten Erstgebärende häufiger über Rückenschmerzen als Mehrgebärende. Die Beschwerden waren dafür bei Erstgebärenden schneller rückläufig als bei Mehrgebärenden. Eine schwedische Studie von Brynhildsen und Mitarbeiterinnen (1998) zeigt, dass fast alle Frauen, die bereits während der Schwangerschaft an Rückenbeschwerden litten, auch in einer nächsten Schwangerschaft davon betroffen waren.

### **Brustprobleme**

Unter Brustproblemen verstehen Glazener et al. (1995) Milchstau, wunde Brustwarzen, Schlupfwarzen und Mastitis. Brustprobleme treten in dieser Studie zwei bis acht Wochen nach der Geburt mit 28% am häufigsten auf und nehmen im Lauf der ersten anderthalb Jahre pp. auf zwölf Prozent ab. Da Probleme in diesem Bereich von Frauen oft als Abstillgrund genannt werden, kommt ihnen eine spezielle Bedeutung zu.

### **Hämorrhoiden und Verstopfung**

Bis zu einem Viertel aller Mütter leiden gemäss Saurel-Cubizolles et al. (2000) ein Jahr nach der Geburt unter Hämorrhoiden oder Verstopfung. Die Annahme, dass durch die Schwangerschaft und Geburt verursachte Hämorrhoidalbeschwerden bald nach der Geburt verschwinden, ist demnach falsch.

Von einem Hämorrhoidalleiden spricht man, wenn es durch die Hämorrhoiden im Analkanal und Mastdarm zu Blutspuren am Toilettenpapier, tropfenden oder spritzenden Blutungen, Nässen, Juckreiz, Prolapsgefühl und Störungen der Feinkontinenz kommt (Tamme 2007). Ein Vergleich zwischen Kaiserschnitt und vaginal operativer Entbindung zeigte, dass Frauen nach einer Vakuum oder Forzepsentbindung acht Wochen nach der Geburt häufiger an Hämorrhoiden litten als Frauen nach einer Sectio (Thompson et al. 2002). Primiparität, eine lange Austreibungsphase und grössere Babys sind zusätzliche Risikofaktoren für die Entstehung von Hämorrhoiden (MacArthur et al. 1991b). Hämorrhoiden und Varikosis treten häufig gemeinsam auf.

### **Dammschmerzen**

Acht Wochen bis ein halbes Jahr nach der Geburt leiden rund ein Fünftel aller Mütter an Dammschmerzen. Sowohl Glazener et al. (1995) als auch Brown und Lumely (1998) stellten eine höhere Rate an Dammschmerzen bei Erstgebärenden im Vergleich zu Mehrgebärenden fest. Ein fünffach erhöhtes Risiko für Dammbeschwerden haben Frauen nach einer vaginal operativen Entbindung im Vergleich zu Frauen mit einer Spontangeburt. Auch die Dauer der Geburt spielt eine Rolle. Dammschmerzen traten häufiger auf bei Geburten, die über sechs Stunden dauerten als bei Geburten unter sechs Stunden (30% gegenüber 17%, Brown und Lumley 1998). Knapp ein Prozent der Frauen, die mit intaktem Damm geboren hatten, klagten über Dammschmerzen; Frauen mit einem Dammriss ohne Naht hatten in 21% der Fälle Beschwerden, bei Dammrissen mit Naht 30% und bei Episiotomien 45%. Vergleicht man Frauen mit einem Dammriss, der genäht wurde mit Frauen, die eine Episiotomie hatten, haben letztere ein doppeltes Risiko für Dammbeschwerden.

### **Kopfschmerzen**

Kopfschmerzen gehören mit zu den häufigsten postpartalen Beschwerden. Je nach Studie und Zeitpunkt schwanken die Zahlen zwischen 20% (bis acht Wochen pp.), 15% (zwei bis 18 Mte. pp.) und 38% (ein Jahr pp.). Glazener et al. (1995) stellten keinen Unterschied bezüglich der Parität oder dem Geburtsmodus fest. Saurel-Cubizolles und Mitarbeiterinnen (2000) untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen finanziellen Problemen nach der Geburt eines Kindes und dem gesundheitlichen Wohlergehen der Frauen gibt. Sie fanden heraus, dass u.a. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Inkontinenz, Schlafstörungen, Depressionen und Müdigkeit häufiger auftraten, wenn fi-

nanzielle Engpässe vorhanden waren. In der Studie von MacArthur et al. (1991b) wurden nur Frauen berücksichtigt, die nach der Geburt neu an Kopfschmerzen litten, weshalb die Prävalenz mit knapp vier Prozent deutlich unter den Resultaten der oben aufgeführten Studien liegt. Die Autorinnen fanden heraus, dass Frauen nach einer PDA häufiger Kopfschmerzen hatten. Jüngere Mütter und Frauen mit mehr als einem Kind hatten ebenfalls häufiger Kopfweh. Im Gegensatz dazu verzeichnen Thompson et al. (2002) keinen Zusammenhang zwischen dem Einsatz der PDA und Kopfschmerzen.

### **Postpartale Harninkontinenz**

Die Zahlen zeigen eine deutlich steigende Tendenz, je länger die Geburt zurückliegt (sechs Prozent acht Wochen pp., 14% zwölf Monate pp.). Pathophysiologische Erklärungen zu diesem Phänomen finden sich in den Studien keine. Eine dänische Studie zur postpartalen Inkontinenz von Hvidman und Kollegen (2003) untersuchte, welchen Einfluss eine belastete Anamnese vor und während einer Schwangerschaft auf die postpartale Inkontinenz hat und welchen Zusammenhang der Geburtsmodus und das Stillen mit dem Problem hat. Die Resultate zeigen, dass 23% der Frauen fünf Wochen nach der Geburt an Harninkontinenz leiden, sechs Monate später nur noch drei Prozent. Es konnte eine starke Korrelation zwischen postpartaler Inkontinenz und belasteter Anamnese festgestellt werden: 37% der Frauen hatten bereits vor der Schwangerschaft eine Harninkontinenz, 52% während der Schwangerschaft. Acht Prozent hatten nach der Geburt zum ersten Mal eine Harninkontinenz. Frauen mit einer Sectio litten zu neun Prozent, Frauen mit einer vaginalen Geburt zu 25% an Harninkontinenz. Das höchste Risiko für postpartale Harninkontinenz hatten Frauen mit einer vaginalen Geburt und Inkontinenz während der Schwangerschaft (63%). Kein Zusammenhang bestand zwischen medikamentöser Wehenunterstützung, Episiotomie, Kindsgewicht und Stillen. Hingegen korrelierte eine Damмнаht mit erhöhter postpartaler Harninkontinenz.

### **Sexuelle Probleme**

Fünf bis sieben Monate pp. geben je nach Studie 16 bis 26% der Frauen Probleme in der Sexualität an. Ein Jahr pp. sind es immer noch 20%. Saurel-Cubizolles et al. (2000) unterscheiden zwischen schmerzhaftem Geschlechtsverkehr und fehlender sexueller Lust. Brown und Lumley (1998) definieren den Begriff inhaltlich nicht genauer. Olsson und Mitarbeiterinnen (2005) führten Gruppendiskussionen mit Frauen durch, um mehr über ihre Gedanken über das Sexualeben nach der Geburt eines Kindes zu erfahren. Es zeigte sich, dass viele Frauen Mühe mit dem veränderten Körperbild hatten: sie fühlten sich weniger attraktiv, waren besorgt über Veränderungen ihrer Vagina, die ihnen grösser und weniger straff schien, und die Brüste schienen ihnen kleiner nach Beendigung des Stillens. Auch war es für die Frauen schwierig, die zwei Funktionen der Brust – Sex und Stillen – gleichzeitig zu erfüllen. Die Lust am Sexualeben war oft geringer nach der Geburt eines Kindes. So war es für die Frauen wichtig, die spärliche freie Zeit zum Schlafen oder Lesen zu nutzen anstelle von Sex. Nichtsdestoweniger sei es aber wichtig, Zeit mit dem Partner zu verbringen.

## **3.3 Wünsche von Müttern an die Wochenbettbetreuung**

Mutterwerden ist mit grossen physischen, psychosozialen und sozialen Veränderungen für die Frau und ihre Familie verbunden (Wilkins 2005). Dieser Prozess läuft selten harmonisch ab und kann Schwierigkeiten in der Identitätsfindung als Mutter mit sich bringen. Im ersten Jahr nach der Geburt ist das Risiko, dass eine Frau an psychischen Leiden erkrankt, grösser als in allen anderen Lebensphasen (Moore 1997 und Nicolson 1998, zitiert nach Wilkins 2005). Um die Gesundheit der Mutter und ihrer Familie zu fördern und der Frau den emotionalen Übergang zum Mutterwerden zu erleichtern, ist es wichtig zu wissen, was Mütter nach der Geburt eines Kindes brauchen und welche Erwartungen sie an die Wochenbettbetreuung im Spital oder zu Hause haben. Im Fol-

genden werden die Ergebnisse von verschiedenen Studien zu diesem Thema vorgestellt.

### **Welche Unterstützung brauchen Frauen, die erstmals Mutter geworden sind?**

Die qualitative Studie von Wilkins (2005) liefert interessante Resultate zu den Wünschen der Frauen im Wochenbett. Sie führte sechs Wochen pp. mit acht erstgebärenden Frauen Interviews durch, in denen sie die Mütter zu ihren Erfahrungen in den ersten paar Wochen nach der Geburt befragte. Wilkins wollte herausfinden, was Frauen als hilfreich empfinden, um leichter in die Mutterrolle hineinwachsen zu können.

Das alles überragende Thema, das frische Wöchnerinnen beschäftigte, war „es richtig zu machen“ (im Umgang mit dem Kind). Um dieses Ziel erreichen zu können, durchliefen die Frauen verschiedene emotionale Phasen: So wurden sie von „Expertinnen für ihr Leben vor der Geburt“ zu „Anfängerinnen im Zusammenleben mit ihrem Neugeborenen“. Sie hatten keine Erfahrungen, an die sie anknüpfen konnten. Dies löste Gefühle von Selbstzweifeln, Schuld und Hoffnungslosigkeit aus. Dazu kam das Gefühl der Isolation zur Aussenwelt. Die Frauen zogen es vor, lieber zu Hause zu bleiben als unter Leute zu gehen aus Angst, „Fehler“ im Umgang mit dem Kind zu machen und dafür kritisiert zu werden. Die Frauen nahmen ihre Umgebung – Fachpersonen, Familie oder andere Mütter – als viel kompetenter wahr im Umgang mit ihren Kindern als sich selbst. Dies konnte einen positiven wie negativen Effekt auf dem Weg zum Mutterwerden haben, je nachdem, ob die Mütter Hilfe annehmen konnten und wollten oder nicht. In einer nächsten Phase, als die Frauen Fertigkeiten im „es richtig machen“ im Umgang mit dem Neugeborenen entwickelt hatten, war es ihnen möglich, Struktur und Routine in ihr Alltagsleben zu integrieren. Sie hatten gelernt, die Bedürfnisse ihrer Kinder vorauszusehen. Dadurch konnten sie ihr Leben wieder organisieren und planen. Damit kam das Vertrauen zurück, in die Aussenwelt gehen zu können. In der letzten Phase im Übergang zur intuitiven Mutterschaft wurden sich die Frauen bewusst, dass sie die Bedürfnisse ihrer Babys voraussehen und darauf reagieren konnten, ohne ständig Rat und Bestätigung für ihre Handlungen zu brauchen.

Wilkins fand folgende Punkte, die für Frauen förderlich oder hinderlich sein können auf ihrem Weg zur intuitiven Mutterschaft:

#### *Förderlich:*

- Erste Tage pp.: Erlernen von neuen Fertigkeiten unterstützt durch Beratung von Hebammen und Versicherung, „es richtig zu machen“
- Bestätigung, das etwas normal ist
- Praktische, individuell angepasste Unterstützung
- Fachliche Beratung Tag und Nacht auf Wochenbettabteilung
- Kontinuierliche Betreuung
- Personal, das Zeit hat für die Betreuung
- Praktische Tipps, Checklisten für zu Hause
- 24h-Telefonsupport für zu Hause
- Peer Support Gruppen (z.B. Müttertreff): die Frauen fühlen sich verstanden, anderen geht es gleich wie ihnen, sie dürfen Fragen stellen oder Fehler machen, ohne dafür von anderen kritisiert zu werden.

#### *Hinderlich:*

- Schrofes, unfreundliches und gestresstes Pflegepersonal. Dadurch fragen die Mütter nicht um Hilfe und erhalten keine Bestätigung, dass sie „Es richtig machen“.
- Viele und vage Infos von Fachpersonen und wohlgesinnten Freunden können Gefühle von Panik, Hilflosigkeit, Verlust an Selbstwertgefühl und mentaler Müdigkeit hervorrufen.

### **Was möchten Frauen nach der Geburt wissen?**

Farbman Moran und Martin (1997) befragten 1161 Frauen, wie sie mit den Informationen, die sie im Wochenbett erhalten hatten, zufrieden waren. Über drei Viertel aller Frauen wollten mehr Informationen, als ihnen effektiv zuteil wurden. Allgemein war das Informationsbedürfnis bei Erstgebärenden höher als bei Mehrgebärenden, vor allem über das Handling mit dem Neugeborenen. Am wichtigsten waren dabei das Erkennen von Krankheitszeichen, Schlaf-Wach-Rhythmus und Beruhigen des schreienden Kindes. Informationslücken zu den eigenen Bedürfnissen betrafen Körperübungen / Ernährung, Müdigkeit und die Wiederaufnahme normaler Aktivitäten. Mehrgebärende hatten ein höheres Informationsbedürfnis zum Umgang mit den Geschwistern des Neugeborenen, Körperübungen / Ernährung und Müdigkeit. Punkte Babypflege standen die gleichen Themen im Vordergrund wie bei Müttern, die ihr erstes Kind bekommen haben.

Einfluss auf das Informationsbedürfnis hatten auch das Alter der Mutter und das soziale Umfeld. Jüngere Mütter (< 25 Jahre) wünschten mehr Beratung in der Selbstpflege als ältere. Wenn Unterstützung aus dem sozialen Umfeld da war, sank das Informationsbedürfnis. Erstgebärende mit einem Spitalaufenthalt unter 24h pp. hatten ein geringeres Informationsbedürfnis als diejenigen mit längerem Aufenthalt. Mehrparas mit kurzem Aufenthalt wünschten mehr Beratung über Depression und das Sexualleben.

### **Welche Betreuung brauchen Wöchnerinnen im Spital?**

Eine Untersuchung an einem grossen Schweizer Universitätsspital förderte weitere wichtige Erkenntnisse für eine verbesserte postpartale Betreuung von Wöchnerinnen im Spital zu Tage (Frei 2006). Für die Mütter wie deren Betreuerinnen war der Aufbau einer Vertrauensbasis von zentraler Bedeutung und wurde die kontinuierliche Betreuung geschätzt. Sie förderte das Selbstvertrauen der Mütter in der Findung ihrer Mutterrolle. Mängel zeigten sich bei der Betreuung der Mütter: deren psychischen und physischen Bedürfnissen wurde zuwenig Beachtung geschenkt, das Neugeborene stand mehrheitlich im Zentrum. Die Unterstützung des Familienprozesses durch vermehrten Einbezug des Vaters, beispielsweise indem er beim Entlassungsgespräch dabei war, wurde zuwenig gefördert. Dem Bedürfnis der Wöchnerinnen nach Ruhe und Erholung konnte aufgrund der Alltagsroutine nicht genügend nachgekommen werden.

### **Welchen Einfluss hat der sozioökonomische Status auf den Lernbedarf?**

Sword und Watt (2005) gingen der Frage nach, wie sich das Informationsbedürfnis zwischen dem Zeitpunkt der Spitalentlassung und vier Wochen pp. verändert je nach finanzieller Situation der Familie. Sowohl tiefe Einkommensgruppen wie besser verdienende Wöchnerinnen hatten vier Wochen nach der Geburt einen höheren, nicht abgedeckten Lernbedarf als am Spitalentlassungstag. Dies wird von den Autorinnen der Studie darauf zurückgeführt, dass erst nach einer gewissen Anpassungszeit zu Hause Wissenslücken zu Tage traten. Die befragten Frauen wünschten sich mehr Erklärungen zu den Themen Krankheitszeichen beim Kind, Pflege und Verhalten des Kindes, physische Veränderungen bei der Mutter und Selbstpflege, emotionale Veränderungen und öffentliche Unterstützungsangebote. Frauen aus Familien mit tiefen Einkommen hatten bei Spitalentlassung einen signifikant höheren Lernbedarf als Frauen aus besser verdienenden Einkommenschichten. Der Trend verstärkte sich vier Wochen pp. noch.

**Mithilfe im Haushalt, bei der Kinderbetreuung, usw.**

Hilfe für zu Hause wünschten sich in der australischen Untersuchung von Thompson und anderen (2002) 40% aller Wöchnerinnen acht Wochen pp. und 37% der Wöchnerinnen 24 Wochen pp. Am meisten erwähnt wurden Mithilfe im Haushalt (51% resp. 60%), Kinderbetreuung (35% resp. 47%), Beratung in der Kinderpflege und –ernährung (28% resp. 25%), emotionale Unterstützung (27% resp. 44%) und medizinische Beratung (25% 8 Wochen und 24 Wochen pp.).

Saurel-Cubizolles und andere (2000) zeigten auf, dass sich Mütter qualitativ gute Kinderbetreuungsangebote wünschten.

**Was verstehen schwangere Frauen, was Hebammen unter Betreuungsqualität?**

Proctor (1998) untersuchte, was schwangere Frauen und Wöchnerinnen im Vergleich zu Hebammen unter dem Begriff „Betreuungsqualität rund um die Mutterschaft“ verstehen. Allgemein unterschätzten die Hebammen das Bedürfnis der Frauen nach Informationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Den Frauen war es wichtig, dass die Hebammen ihnen Informationen unaufgefordert zukommen liessen, vor allem wenn die Frauen nicht sicher waren, was sie fragen sollten. Sie brauchten auch Bestätigung und Hilfe in der Entscheidungsfindung, was den Hebammen nicht bewusst schien. In Bezug auf die postpartale Betreuung waren den Frauen viele Themen wichtig, meistens im Zusammenhang, Vertrauen im Umgang mit dem Neugeborenen entwickeln zu können und daheim kompetent zu sein. Sie wünschten sich praktische Tipps zur Behebung von Dammbeschwerden und Milchstau. Den Frauen war die Sicherheit auf der Wochenbettabteilung ein besonderes Anliegen (z.B. beschränkter Zugang für Besucher und kontrollierte Eingänge). In Bezug auf das Stillen wünschten sich Wöchnerinnen gute Ratschläge, Unterstützung, Geduld, Ermutigung und einheitliche Beratung zu Stillpositionen.

**Welches Hebammen-Betreuungsmodell wünschen sich Frauen?**

Morgan et al. (1998) zeigten auf, dass das Gefühl, die Kontrolle über das eigene Leben innezuhaben und in die Entscheidungsfindung einbezogen zu sein, für Frauen wichtiger zu sein scheint als die Kontinuität der betreuenden Hebamme. Ebenso seien einheitliche Grundhaltungen der Pflegenden, Freundlichkeit und Bestärkung der Fähigkeiten der Mutter wichtig für die Zufriedenheit mit der postnatalen Betreuung.

## 4 Richtlinien zur Nachbetreuung von Wöchnerinnen

Die WHO (1998) kritisiert die ungenügende Datenlage darüber, welchen genauen Zweck Hausbesuche im Wochenbett erfüllen sollten, wie oft diese erfolgen sollten und wie wirkungsvoll diese für die Gesundheit von Mutter und Kind sind. Die Autoren des Berichts „Postpartum care of the mother and newborn“ geben in Bezug auf die Häufigkeit der postpartalen Untersuchungen folgende Empfehlung ab: sechs Stunden pp.–sechs Tage pp., sechs Wochen pp., sechs Monate pp. Dies unter der Voraussetzung von begrenzten personellen und finanziellen Mitteln. Eine kontinuierliche Betreuung von Mutter und Kind in den ersten Tagen nach der Geburt sind laut WHO sehr erwünscht. Dabei sollten folgende Bedürfnisse erfüllt werden:

*Information/Beratung zu:*

- Babypflege und Stillen
- Körperlichen Veränderungen, einschliesslich Anzeichen möglicher Probleme
- Selbstpflege – Hygiene und Heilungsprozesse
- Sexualleben
- Antikonzeption
- Ernährung

*Unterstützung durch:*

- Gesundheitsfachpersonal
- Partner und Familie: emotional, psychologisch
- Hilfe bei Komplikationen
- Zeit, um sich um das Neugeborene kümmern zu können
- Haushaltshilfe
- Mutterschaftsurlaub
- Soziale Reintegration in die Familie und das soziale Netz
- Schutz vor Missbrauch und Gewalt

Im Jahr 2003 veröffentlichte die WHO einen aktualisierten Leitfaden zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ziel war es, evidenzbasierte Grundlagen für die Anwendung der Richtlinien auf nationaler Ebene zu schaffen.

**Länderspezifische Leitlinien**

Welchen Inhalt die postpartale Betreuung aufweisen soll, wird in einigen Ländern auf nationaler Ebene definiert. Beispiele von Leitlinien sind:

- Richtlinien des britischen NICE zur Wochenbettbetreuung der Mutter und ihres Kindes (2006)
- Richtlinien des britischen NICE zur vor- und nachgeburtlichen psychischen Gesundheit (2007)
- Richtlinien der amerikanischen ARHP zur postpartalen Beratung von Frauen im Wochenbett (2006)
- Leitfaden zur frühen Intervention bei mentalen Gesundheitsproblemen in der Perinatalzeit (Kowalenko et al. 2000) aus Australien

In der Schweiz existieren keine spezifischen Richtlinien zur postpartalen Betreuung von Frauen und ihren Kindern. Hebammen, die Wochenbettbetreuung zu Hause anbieten, orientieren sich gemäss der später in dieser Arbeit vorgestellten Umfrage (siehe dazu Kapitel 6.4) an einer Checkliste, die vom Schweizerischen Hebammenverband (SHV) erstellt wurde und/oder verlassen sich auf ihre meist langjährige Erfahrung in der Wochenbettbetreuung.

Die Richtlinien des britischen NICE basieren auf der bestmöglich verfügbaren Evidenz und sind deshalb von hoher Qualität. Da dieser Leitfaden auch für die Schweiz von grossem Interesse ist, wird im folgenden Abschnitt ein Überblick über dessen Inhalt gegeben.\*

**Die NICE-Richtlinien – eine Inhaltsübersicht**

Die NICE-Richtlinien verfolgen fünf Ziele:

Hebammen und andere relevante Berufsgruppen werden beraten,

- über Ziel, Zweck, Inhalt und die angemessenen Zeitpunkte der Betreuung von Wöchnerinnen und Neugeborenen
- über diagnostische und therapeutische Massnahmen im Zusammenhang mit der postpartalen Gesundheit von Mutter und Kind aufgrund wissenschaftlich belegter Grundlage
- welche Informationen, Beratung und Unterstützung Familien in der postpartalen Zeit zuteil werden sollten
- wie die Wochenbettbetreuung geplant wird
- wie die bestmögliche Kommunikation mit den Frauen und ihren Angehörigen aussieht

---

\* Unter der Internetadresse [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) sind verschiedene Versionen in unterschiedlicher Länge frei zugänglich

Die Richtlinien geben Ratschläge, wann von der Routinepflege abgewichen werden soll und zusätzliche Massnahmen erforderlich sind. Es werden drei Dringlichkeitsstufen definiert:

1. Notfallmassnahmen in lebensbedrohlichen Situationen
2. Dringende Massnahmen in ernstesten Situationen
3. Nicht dringende Massnahmen (Hebamme sollte weiterhin beobachten und Massnahmenbedarf einschätzen)

Die Richtlinien zeigen auf, nach welchen Prinzipien die Wochenbettbetreuung von Mutter und Kind gestaltet werden sollte. So sollte der Umgang mit den Frauen und ihren Familien immer durch Freundlichkeit, Respekt und Würde gekennzeichnet sein. Die Ansichten und Werthaltungen der Frau und ihrer Angehörigen sollten immer respektiert werden. Die informierte Entscheidung soll den Frauen ermöglichen mit zu entscheiden, welchen Inhalt die Wochenbetreuung aufweisen soll und zu welchem Zeitpunkt diese stattfindet. Die Information sollte dem individuellen Bedarf angepasst sein (z.B. Fachausdrücke in Laiensprache übersetzen, usw.).

Weitere wichtige Schlüsselemente des NICE-Leitfadens sind:

- Erstellen eines dokumentierten, individuellen Pflegeplans in Zusammenarbeit mit der Frau, idealerweise während der Schwangerschaft oder so bald wie möglich nach der Geburt. Der Plan sollte bei jedem Kontakt zwischen Hebamme und Wöchnerin überprüft und aktualisiert werden. Inhalt sollte sein:
  - ⇒ wichtige Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und unmittelbarer postpartaler Periode;
  - ⇒ Angaben zu den Betreuungspersonen, mit denen die Frau in Schwangerschaft und unter der Geburt Kontakt hatte
  - ⇒ Plan für die Wochenbettzeit
- Standardisierte, schriftliche Informationen, die bei Spitalentlassung an die weiter betreuenden Fachpersonen weitergeleitet werden
- Zeitgerechte Information an die Wöchnerinnen, die ihnen die Kompetenz gibt, die eigene Gesundheit und diejenige ihres Kindes zu fördern und Probleme zu erkennen und darauf reagieren zu können
- Informationen über potenziell lebensgefährliche Situationen und Kontaktmöglichkeiten (Fachpersonen, Notfallnummern), wenn diese Symptome auftreten
- Fachpersonen sollten nach den Vorgaben der Baby Friendly Initiative der WHO das Stillen unterstützen
- Bei jedem Wochenbettbesuch sollten die Frauen nach ihrem psychischen Wohlbefinden gefragt werden. Zudem sollten sie und ihre Angehörigen ermuntert werden, jede ungewöhnliche Änderung in ihrem Befinden und Verhalten der Hebamme zu melden

Die Dauer der Wochenbettbesuche sollte sich je nach Bedarf auf bis zu acht Wochen nach der Geburt erstrecken.

## 5 Betreuung von Wöchnerinnen in anderen Ländern

Frauen und ihre Neugeborenen werden in industrialisierten Ländern im Wochenbett ausnahmslos in irgendeiner Form weiter begleitet. Viele Frauen gebären im Spital und verbringen die ersten Tage nach der Geburt auf der Wochenbettstation der Geburtsklinik. Danach werden sie je nach Land unterschiedlich weiter betreut. Im folgenden Abschnitt werden Beispiele von verschiedenen Betreuungsmodellen im häuslichen Wochenbett aufgezeigt. Das Kapitel 5.2 geht der Frage nach, wie die Gesundheit von Mutter und Kind durch die unterschiedlichen Betreuungspraktiken beeinflusst wird.

### 5.1 Nachbetreuungsmodelle in anderen Ländern

#### Niederlande

In Holland spielt die Hausgeburtshilfe auch heute noch eine zentrale Rolle. So finden immer noch 30% der Geburten zu Hause statt (De Vries 2004). Geht eine Frau zur Geburt ins Spital, kehrt sie nach komplikationsloser Spontangeburt zwei Stunden pp. wieder heim. Im Wochenbett wird sie und ihr Kind bis zu zehn Tage pp. von der Hebamme und einer speziell ausgebildeten Assistentin, der Wochenbettpflegerin (hol.: *kraamverzorgenden*) betreut. Die Hebamme geht in der Regel jeden zweiten Tag vorbei und macht je nach Bedarf fünf bis sechs Wochenbettbesuche. Die Wochenbettpflegerin (bezahlt von der Krankenkasse) ist jeden Tag zwei bis drei Stunden bei der Familie und kümmert sich um verschiedenste Dinge: Haushalt, Einkaufen, Kochen, Beobachten der Gesundheit von Mutter und Kind und Unterstützung in der Babypflege und -ernährung. Sie ist sozusagen „Auge und Ohr für die betreuende Hebamme“ (De Vries 2004). Sechs Wochen pp. führt die Hebamme die Nachkontrolle durch; dazu gehören Blutdruck, Hb, vaginale Untersuchung, Beratung über Verhütungsmittel und Stillberatung.

#### Grossbritannien

In England ist es üblich, dass jede Frau nach Spitalentlassung von einer Hebamme betreut wird. Sie geht in den ersten zehn bis 14 Tagen zu den Frauen nach Hause. Die Hausbesuche können bei Bedarf bis auf 28 Tage pp. ausgedehnt werden. Die Hebamme macht durchschnittlich sieben Hausbesuche. Sie gibt die Frauen danach an sogenannte *health visitors* ab, die die weitere Betreuung übernehmen. Auch Hausärzte besuchen die Frauen routinemässig zu Hause und übernehmen die Abschlussuntersuchung sechs bis acht Wochen pp. (MacArthur et al. 2002).

#### Deutschland

Hebammen können Wöchnerinnen gemäss der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung bis acht Wochen nach der Geburt betreuen. Die Kosten werden von den Krankenkassen voll übernommen. In den ersten zehn Tagen pp. werden tägliche Hausbesuche übernommen, ab dem 11. Tag bis zum Ablauf von acht Wochen pp. bis zu 16 Besuche oder telefonische Beratungen. Nach acht Wochen sind jeweils zwei persönliche oder telefonische Stillberatungen möglich. Ansonsten braucht es ab diesem Zeitpunkt für die weitere Betreuung ein ärztliches Rezept (Kerlen-Petri 2007).

#### USA

Kehren die Frauen nach dem Aufenthalt auf der Wochenbettabteilung der Geburtsklinik nach Hause, haben sie in der Regel keine weitere Betreuung zu Hause. Lediglich sechs Wochen pp. gehen sie in die gynäkologische Nachuntersuchung (Borders 2006).



## 5.2 Gesundheitliche Auswirkungen der Wochenbettbetreuung

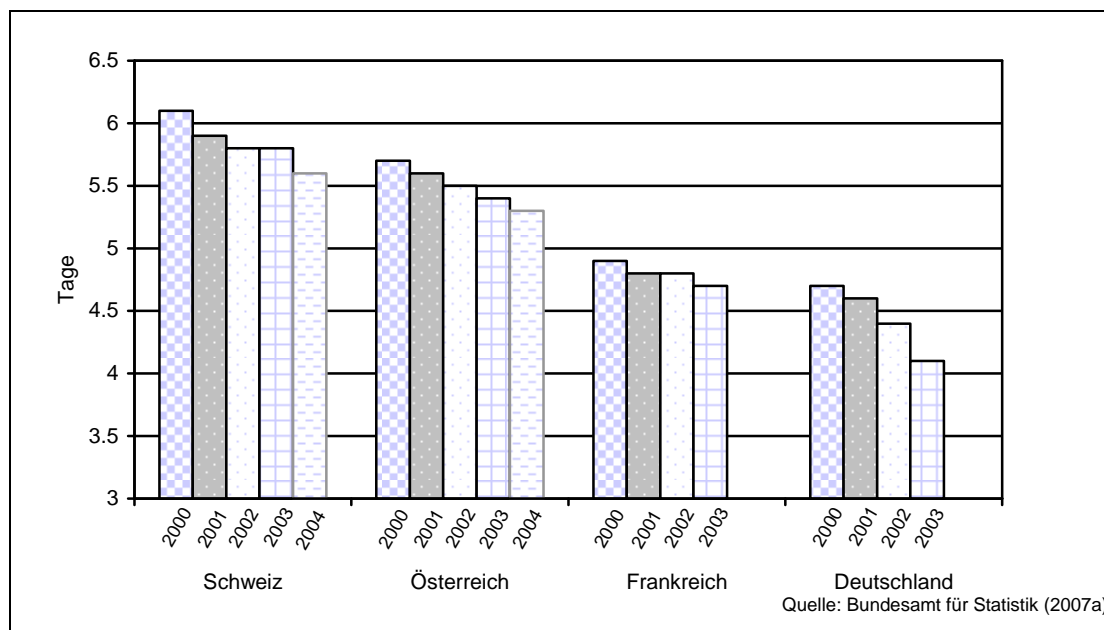
Verschiedenste Studien setzten sich mit der Frage auseinander, welche Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind zu erwarten sind, wenn die bisherige postpartale Betreuung in einem gegebenen Gesundheitssystem verändert wird. Nachfolgend findet sich eine Zusammenfassung ausgewählter Untersuchungen.

### Immer kürzere Spitalaufenthalte

Eine der auffälligsten Veränderungen in der postpartalen Betreuung von Wöchnerinnen ist der Trend zu immer kürzeren Klinikaufhalten nach der Geburt (siehe Grafik 1). Während noch bis in die fünfziger Jahre eine Spitalaufenthaltsdauer von 12 bis 14 Tage üblich war, sind es heute in einigen Fällen laut Enkin et al. (1998) nicht mehr als ein bis zwei Tage. Er und seine Mitautoren kritisieren diese Entwicklung mit folgenden Worten:

Die allgemein akzeptierte „richtige“ Aufenthaltsdauer nach der Geburt hat sich von Zeit zu Zeit stark geändert und unterscheidet sich heutzutage ebenso grundlegend von einer Institution zur anderen. Dies scheint mehr durch Modeerscheinungen und die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten festgelegt zu sein als durch eine systematische Überprüfung der Bedürfnisse von Wöchnerinnen und ihrer Neugeborenen. (1998:408)

Grafik 1: Wochenbettdauer im Spital nach Spontangeburt in verschiedenen Ländern



Braveman et al. (1995) kommen in ihrer Literaturreview „Frühentlassung von Neugeborenen und ihren Müttern“ zum Schluss, dass zuwenig verfügbare Evidenz vorhanden ist, um gesunden Müttern und Babys generell zur Frühentlassung raten zu können (unter Frühentlassung wird eine Hospitalisationsdauer zwischen  $\leq 24$  Std. und  $\leq 3$  Tagen pp. verstanden). Eine Frühentlassung sei höchstens in den Situationen sicher, in denen Mutter und Kind sorgfältig ausgewählt und vorbereitet würden und medizinisch, psychosozial und ökonomisch als risikoarm eingestuft werden könnten. Sorgfältig ausgewählte Frauen, die von sich aus eine Frühentlassung wünschten und intensive Nachsorge zu Hause erhalten, könnten von einem verbesserten Wohlbefinden profitieren. Hingegen sei nicht bekannt, wie viele Wochenbettbesuche zu Hause dazu nötig wären.

Am Universitätsspital in Genf wurde eine randomisiert kontrollierte Studie durchgeführt, in der die Frühentlassung (24 – 48 Std. pp.) mit Hebammen-Nachbetreuung zu Hause bis zehn Tage pp. mit der üblichen Spitalaufenthaltsdauer von vier bis fünf Tagen verglichen wurde (Boulvain et al. 2004). Es waren nur gesunde Schwangere und Wöchnerinnen mit gesunden Kindern zur Studie zugelassen. 28 Tage pp. wurde in beiden Gruppen die gleiche Stillhäufigkeit gefunden, die frühentlassenen Mütter hatten jedoch weniger Stillprobleme und waren mit der Unterstützung zufriedener als die spätentlassenen Mütter. Punkte Zufriedenheit mit der Betreuung, Spitalwiedereintritten der Mütter, postnataler Depression und mütterlichem Gesundheitszustand wurden keine Unterschiede festgestellt. Es wurden mehr Wiedereintritte von Neugeborenen in den ersten sechs Monaten pp. in der Gruppe der Frühentlassenen registriert (12% gegenüber 5%).

### **Auswirkung gezielter Interventionen**

In England und Australien wurden verschiedenste Studien zur Effektivität der postnatalen Betreuung durchgeführt. Morell und Mitautoren (2000, England) gingen der Frage nach, ob zusätzlich zur Hebammenbetreuung das Angebot einer Wochenbettpflegerin im ersten Monat pp. ähnlich dem holländischen System (siehe auch Kapitel 5.1) die Gesundheit der Mütter positiv beeinflusst. Die Wochenbettpflegerinnen machten bis zu zehn Wochenbettbesuche von bis zu drei Stunden Dauer. Sie verbrachten die meiste Zeit mit Haushaltsarbeiten (38%), führten Gespräche mit der Mutter (23%), kümmerten sich ums Neugeborene (9%) oder die Geschwister (8%), sprachen mit der Mutter über das Neugeborene (6%) oder über das Stillen (3%). Die Studie fand keine Unterschiede zwischen der konventionellen postpartalen Betreuung (nur Hebamme) und dem Modell mit Mütterpflegerin in Bezug auf die mütterliche Gesundheit (physisch wie psychisch). Hingegen war die Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Mütterpflegerinnen sehr hoch.

MacArthur et al. (2002, England) verglichen die traditionelle Wochenbettbetreuung (siehe Kapitel 5.1) mit einer neu gestalteten Hebammenbetreuung, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Wöchnerinnen orientierte. Neu wurde die Zeitdauer der routinemässigen Betreuung auf 28 Tage ausgedehnt und die letzte Nachuntersuchung fand zehn bis zwölf Wochen nach der Geburt statt. Die Hebammen benutzten bei ihren Hausbesuchen eine Checkliste, die mögliche Symptome von postpartalen Beschwerden enthielt (Anhang 1). Diese Checkliste gingen die Hebammen mit den Frauen bei ihrem ersten Hausbesuch, dann am zehnten und 28. postpartalen Tag sowie bei der letzten Nachuntersuchung durch. So konnten individuelle Bedürfnisse festgestellt werden, auch wenn sie von den Frauen nicht spontan erwähnt oder von den Hebammen nicht bemerkt wurden. Zusätzlich wurde die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) am 28. Tag pp. und bei der Entlassungsuntersuchung eingesetzt, um Hinweise auf eine mögliche postpartale Depression zu erhalten (Anhang 2). Vier Monate nach der Geburt zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen bei der physischen Gesundheit der Mütter. Hingegen war die psychische Gesundheit signifikant besser in der Interventionsgruppe (neu gestaltete Nachbetreuung). Die Zufriedenheit mit der Nachbetreuung war in beiden Gruppen gleich. Die Interventionsgruppe stufte die Betreuung signifikant häufiger als „besser als erwartet“ ein.

Shaw et al. (2006) untersuchten in einer systematischen Literaturreview 22 randomisiert kontrollierte Interventionsstudien zur Effektivität postpartaler Betreuungsprogramme. Die Autoren wollten wissen, welche Auswirkungen verschiedene Interventionen (z.B. Hausbesuche von Pflegefachpersonen, telefonische Beratung, usw.) auf die Gesundheit der Mütter und ihre Kenntnisse im Umgang mit dem Säugling hatten. In risikoarmen Populationen wurde keine Evidenz gefunden, dass Interventionen irgendwelcher Art eine Wirkung auf die Mütter zeigten. In Hochrisiko-Gruppen – z.B. Erstgebärende mit tiefem Einkommen oder Frauen aus sozial schwierigem Umfeld – zeigten

gezielte Interventionen positive Wirkung in Bezug auf die Kenntnisse und das Vertrauen im Umgang mit dem Kind.

In einer gross angelegten, australischen Studie mit über 10'000 Teilnehmerinnen von Lumley und Mitautorinnen (2006) wurde untersucht, wie sich ein Interventionsprogramm auf individueller Basis und auf Gemeindeebene auf die Gesundheit der Mütter auswirkte. Die neu gestaltete, postpartale Betreuung umfasste vielerlei Massnahmen: eine bessere Erkennung und Behandlung postpartaler Depressionen, auf Gemeindeebene eine bessere Vernetzung der Mütter mit Neugeborenen, mehr Angebote zur externen Kinderbetreuung und Infrastrukturverbesserungen für Familien (Wickelgelegenheiten und spezielle Parkplätze für Familien mit Kinderwagen in Einkaufszentren). Sechs Monate nach der Geburt wurden keine gesundheitlichen Unterschiede zwischen denjenigen Frauen gefunden, die im Interventionsprogramm waren und denjenigen, die konventionelle Nachbetreuung erhielten.

### **Gynäkologische Nachuntersuchung 6 Wochen postpartum**

Bick und MacArthur (1995) gingen in einer Erhebung der Frage nach, ob Frauen die empfohlene gynäkologische Nachuntersuchung sechs Wochen nach der Geburt eines Kindes wahrnahmen, welche Untersuchungen durchgeführt wurden und ob diese den Bedürfnissen der Frauen entsprachen. Von 1'278 an der Studie teilnehmenden Frauen machten 91% von der gynäkologischen Nachkontrolle Gebrauch. 93% dieser Frauen wurden abdominal abgetastet, 70% hatten eine Vaginaluntersuchung. Zwar wurden Frauen mit einer Vaginalgeburt und einer Geburtsverletzung signifikant häufiger vaginal untersucht, aber immer noch mehr als zwei Drittel der Frauen mit intaktem Damm und fast die Hälfte der Frauen mit einer elektiven Sectio wurden ebenfalls vaginal untersucht. Eine Hb-Kontrolle wurde nur bei 16% der Frauen durchgeführt. Bei Frauen, die eine übermässige postpartale Blutung erlitten hatten, ein tiefes Hb am dritten postpartalen Tag aufwiesen oder über ungewöhnliche postpartale Müdigkeit klagten, wurde häufiger eine Blutuntersuchung durchgeführt. Aber über drei Viertel der Frauen mit diesen Risikofaktoren hatten dennoch keine Hb-Kontrolle. Bei über einem Drittel der Frauen wurde eine Urinuntersuchung durchgeführt. Frauen mit Stressinkontinenz wurden aber nicht häufiger im Hinblick auf Harnwegsinfekte als mögliche Ursache von Inkontinenz hin untersucht.

Die früher in dieser Arbeit aufgeführten gesundheitlichen Probleme, die Frauen nach der Geburt häufig lange beeinträchtigen (siehe Kapitel 3.2), wurden von den Frauen in der gynäkologischen Sprechstunde sechs Wochen pp. nur wenig thematisiert. Die Autorinnen der Studie ziehen den Schluss, dass die Routinekontrolle die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frauen nicht abdeckt und deren Inhalt, Zeitpunkt und Bedeutung für die Gesundheit der Frauen überdacht werden müsse.

## **6 Das Wochenbett in der Schweiz**

Frauen werden in der Schweiz nach der Niederkunft von staatlicher Seite auf verschiedenen Ebenen unterstützt. Die gesetzlichen und versicherungstechnischen Rahmenbedingungen werden genauer erläutert. Ob die gebotene staatliche Unterstützung die Gesundheit der Mütter genügend schützt, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht umfassend beurteilt werden. Die Einführung der Mutterschaftsentschädigung im Jahr 2005 dürfte zumindest positive Auswirkungen vermuten lassen. Welche Nachbetreuungsangebote Wöchnerinnen nach der Spitalentlassung zur Verfügung stehen und die wichtigsten Statistiken zur Wochenbettbetreuung in der Schweiz werden dargestellt. Eine Umfrage bei freipraktizierenden Hebammen, die Wochenbettbetreuung zu Hause anbieten, gibt einen Einblick in ihre Tätigkeit und ihre Sicht, wie es den Frauen im Wochenbett daheim ergeht.

## 6.1 Mutterschaftsschutz

Wird eine Frau in der Schweiz Mutter, gelten für sie besondere gesetzliche Bestimmungen, die unter dem Begriff „Mutterschaftsschutz“ zusammengefasst werden können. Der Mutterschaftsschutz erstreckt sich über die Zeit der Schwangerschaft und Geburt bis 16 Wochen postpartum. An dieser Stelle wird nur auf die wichtigsten Bestimmungen für die Zeit nach der Geburt eingegangen:

### Mutterschaftsentschädigung

Seit dem 1. Juli 2005 haben angestellte und selbständig erwerbende Frauen Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung während 14 Wochen nach der Geburt. Sie beträgt 80% des Erwerbseinkommens vor der Niederkunft (in der Erwerbsersatzordnung geregelt).

### Arbeitsgesetz

Wöchnerinnen dürfen während acht Wochen nach der Geburt nicht beschäftigt werden. Stillen am Arbeitsplatz ist erlaubt. Während des ersten Lebensjahres des Kindes gilt die für das Stillen benötigte Zeit als Arbeitszeit, sofern die Frau am Arbeitsplatz stillt. Sonst wird ihr die Hälfte der Abwesenheitszeit als Arbeitszeit angerechnet.

### Obligationenrecht

Schwangeren Frauen und Wöchnerinnen bis 16 Wochen postpartum darf ein unbefristetes Arbeitsverhältnis nicht gekündigt werden.

### Krankenversicherungsgesetz

Der stationäre Aufenthalt in einem Spital (neu auch in Geburtshäusern) nach der Geburt wird ohne Kostenbeteiligung (Franchise oder Selbstbehalt) von der obligatorischen Grundversicherung übernommen. Zusätzlich werden eine Nachkontrolle zwischen der sechsten und zehnten Woche pp. bei einer Gynäkologin oder Hebamme sowie drei Stillberatungen vergütet. In einem separaten Tarifvertrag haben der SHV und die Krankenversicherer festgehalten, welche Leistungen die freipraktizierenden Hebammen mit den Krankenkassen abrechnen können. Für das Wochenbett gilt:

- Bis und mit zehnter postpartaler Tag ein Hausbesuch täglich, ab dem elften Tag nur mit ärztlichem Zeugnis
- Zweitbesuche bis zum zehnten Tag pp., maximal fünf Besuche
- Abschluss-Kontrolluntersuchung (spätestens in der zehnten Woche pp.)
- Drei Stillberatungen ab dem elften Wochenbetttag

Braucht die Mutter zusätzlich zur Hebamme Hilfe – z.B. eine Haushaltshilfe – übernimmt dies die obligatorische Grundversicherung in der Regel nicht. Dazu braucht es eine eigens abgeschlossene Zusatzversicherung.

### Kantonale Schutzbestimmungen

Einige Kantone richten an Arbeitnehmerinnen und –nehmer Geburtszulagen aus (z.B. LU, UR, SZ).

## 6.2 Betreuungsangebote für Mütter nach der Spitalentlassung

Von Gesetzes wegen ist die Nachsorge im Frühwochenbett (bis zehn Tage pp.) den Hebammen übertragen (siehe auch Kapitel 6.3). Danach übernehmen in der Regel die Mütter- und Väterberatung (MVB) der Gemeinden die weitere Betreuung von Mutter und Kind. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig. Die MVB beraten Mütter und Väter zu den Themen Entwicklung und Ernährung des Kindes (inkl. Stillberatungen), Gesundheit und Erziehung bis zum Alter von fünf Jahren.

Acht bis zwölf Wochen nach der Niederkunft wird den Frauen oftmals ein Rückbildungskurs empfohlen. Die Kurse werden von Spitalern, freipraktizierenden Hebammen und Physiotherapeutinnen angeboten.

Neben der institutionalisierten Nachsorge gibt es unzählige private Initiativen, die sich um das Wohl von Müttern und ihren Kindern kümmern wie MuKi-Turnen, Kaffeetreffs für Mütter usw.

### 6.3 Hebammenbetreuung im häuslichen Wochenbett

Gebiert eine Frau in der Schweiz, kann sie zwischen folgenden Geburtsmodellen wählen:

#### *Geburt im Spital*

- ⇒ ambulante Geburt: Spitalentlassung vier bis 24 Std. nach der Geburt mit obligater Nachbetreuung durch eine Hebamme
- ⇒ Frühe Spitalentlassung 24 – 96 Std. nach der Geburt mit obligater Nachbetreuung durch eine Hebamme
- ⇒ Reguläre Spitalentlassung  $\geq$  96 Std. (ab fünftem Tag) nach der Geburt mit Hebammenbetreuung auf Wunsch der Frau oder bei Komplikationen

#### *Geburt ausserhalb des Spitals*

- ⇒ Geburt in einem Geburtshaus mit obligater Nachbetreuung durch eine Hebamme
- ⇒ Hausgeburt mit obligater Nachbetreuung durch eine Hebamme

Die gesetzliche Grundlage für die Hebammenarbeit im häuslichen Wochenbett findet sich auf eidgenössischer Ebene in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Art. 16, Absatz 2:

Leistungen der Hebammen:

[...] Die Leistungen sind nach der Entbindung zu Hause, nach der ambulanten Geburt und nach der vorzeitigen Entlassung aus dem Spital oder aus der Einrichtung der teilstationären Krankenpflege durchzuführen.

Auf kantonaler Ebene regelt beispielsweise im Kanton Bern die Gesundheitsverordnung (GesV) den Tätigkeitsbereich der Hebamme, Art. 25, Buchstabe c:

Hebammen und Entbindungspfleger sind berechtigt

c Die Wöchnerinnen und Neugeborenen zu pflegen.

#### 6.3.1 Statistiken zu Geburt und Wochenbett in der Schweiz

Im Jahr 2004 kamen 73'082 Kinder lebend zur Welt. Über 97% aller Geburten fanden im Spital statt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Geburt und Wochenbett) lag bei 6,5 Tagen. Frauen mit einer Spontangeburt waren durchschnittlich 5,6 Tage in der Klinik, Frauen mit einem Kaiserschnitt blieben 8,4 Tage. 60% der im Spital geborenen Kinder kamen spontan zur Welt, 8,1% vaginal-operativ und 29,2% per Sectio. Wie die Grafik 1 auf Seite 14 zeigt, wird die Spitalaufenthaltsdauer in der Schweiz wie auch in anderen Industrienationen laufend kürzer. Im Vergleich zu unseren Nachbarländern bleiben Frauen in der Schweiz für die Geburt und die ersten Tage im Wochenbett am längsten im Spital (Bundesamt für Statistik 2007a).

Der SHV führt eine eigene Statistik zur Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen. Verfügbar sind zurzeit Zahlen aus dem Jahr 2006. Wie viele Hebammen Wochenbettbetreuung anbieten, geht aus der Statistik nicht hervor. In der Freiberuflichkeit (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) arbeiten insgesamt 690 Hebammen (inklusive Hebammenpraxen und Geburtshäuser).

Postpartal wurden rund 34'300 Mütter von freipraktizierenden Hebammen betreut. Das entspricht gemessen an der Anzahl Geburten im Jahr 2006 von 73'371 einem Prozentsatz von knapp 47% (BFS 2007b, SHV 2007). Tabelle 2 zeigt, zu welchen Zeitpunkten die Frauen betreut wurden. Am meisten Frauen wurden in den ersten zehn Tagen pp. betreut (rund 32'000) und in diesem Zeitraum wurden auch die häufigsten Kontrollen durchgeführt (ca. 121'500).

Ärztlich verordnete Wochenbettkontrollen nach dem zehnten Wochenbetttag (12'887) machten 8,4% aller postpartalen Kontrollen (153'461) aus. Bei 1'190 von 3'031 Frauen wurde eine Pathologie diagnostiziert. Die häufigsten Pathologien betrafen die Sectio- oder Dammmaht, psychosoziale Probleme (psychische Dekompensation, Depression, Migration, Adoleszenz, Toxikomanie, Gewalt, Verdacht auf Kindsmisshandlung) und Pathologie der Uterusinvolution.

Tabelle 2: Anzahl Kontrollen in der Nachgeburtszeit durch frei praktizierende Hebammen

Zeitpunkt	Anzahl betreute Frauen	Anzahl Kontrollen total	Durchschnittliche Anzahl Kontrollen
2 – 24 Std. pp.	2'955	4'476	1,51
24 – 96 Std. pp.	10'661	23'369	2,19
5 – 10 Tage pp.	30'532	93'683	3,07
Erste 10 Tage pp.	31'975	121'528	3,80
> 10 Tage pp.	3'031	12'887	4,25
Stillberatung	10'509	17'334	1,72
Abschlusskontrolle 6 Wochen pp.	1712	1712	
<b>Total pp.</b>	<b>34'305</b>	<b>153'461</b>	<b>4,48</b>

Quelle: SHV 2007

## 6.4 Umfrage bei freipraktizierenden Hebammen

### 6.4.1 Einleitung

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Wöchnerinnen nach der Spitalentlassung ist in der Schweiz lückenhaft. Deshalb wurde eine Umfrage bei freipraktizierenden Hebammen durchgeführt, die Frauen und ihre Kinder im Wochenbett zu Hause begleiten. Die Umfrage soll zeigen, wie die Hebammen die Gesundheit der Frauen nach der Geburt eines Kindes wahrnehmen und welche Probleme die Mütter am meisten beschäftigen. Es wird gezeigt, wie die Hebammen auf die Bedürfnisse der Frauen eingehen. Ein weiteres Thema ist die Qualität der Nachbetreuung: Die Hebammen nehmen eine Einschätzung vor und bringen Verbesserungsvorschläge.

### 6.4.2 Methode

An der telefonischen Umfrage nahmen zehn frei praktizierende Hebammen teil. Die Auswahl der Hebammen erfolgte zufällig mit Hilfe der vom SHV jährlich aktualisierten Broschüre, in der alle freipraktizierenden Hebammen aufgelistet sind. Es wurden Hebammen aus verschiedenen Regionen der Deutschschweiz befragt. Pro Hebamme fanden zwei telefonische Kontakte statt: Beim ersten Anruf wurde die Hebamme nach kurzer Einführung angefragt, ob sie bei der Umfrage teilnehmen wolle und ein Interviewtermin vereinbart. Beim zweiten Telefonat wurde die Umfrage durchgeführt. Den Hebammen wurde zugesichert, dass die Antworten anonymisiert sind. Allen Hebammen wurden die gleichen Fragen gestellt (Fragebogen siehe Anhang 3). Es wurden zehn Fragen gestellt, sieben geschlossene und drei offene. Die ersten zwei Fragen

betrafen allgemeine Angaben zu den Hebammen und den betreuten Wöchnerinnen. Anschliessend wurde erfragt, welche Themen Wöchnerinnen zu Hause am meisten beschäftigen und wie die Hebammen die gesundheitliche Situation der Frauen einschätzten. Es wurde nach Methoden gefragt, wie die freipraktizierenden Hebammen die Wöchnerinnen unterstützten. Abschliessend wurde nach Ideen für eine verbesserte, postpartale Betreuung gesucht. Die Antworten wurden stichwortartig protokolliert. Die Stichworte wurden in Häufigkeitstabellen zusammengefasst oder in eine Lickert-Skala eingetragen.

### 6.4.3 Ergebnisse

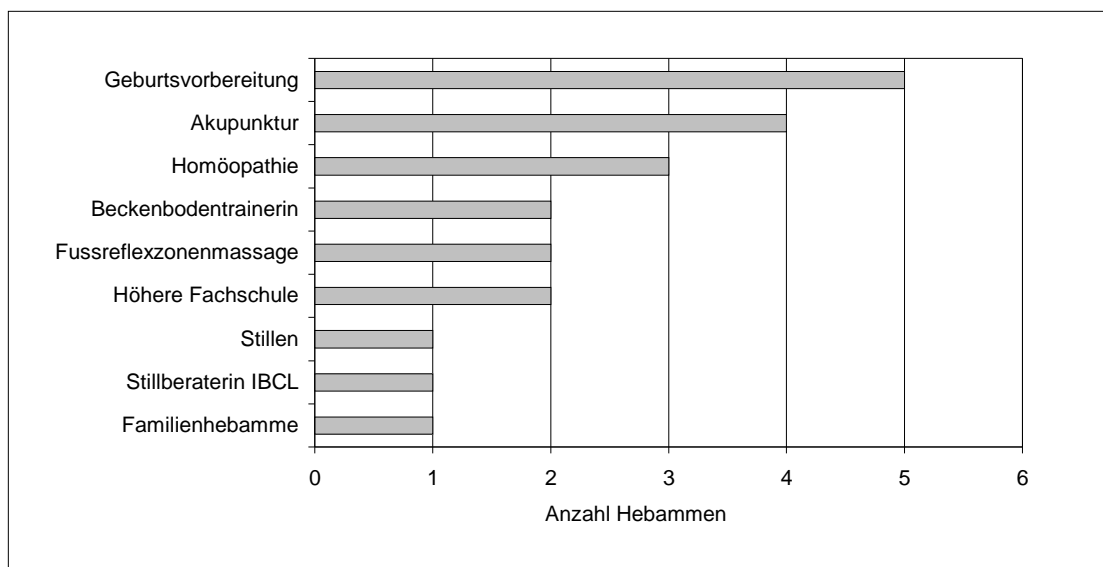
#### Allgemeine Angaben zu den befragten Hebammen

Insgesamt wurden 15 Hebammen telefonisch kontaktiert. Zwei Hebammen konnten nie persönlich erreicht werden und drei angefragte Hebammen wollten nicht teilnehmen. Eine Hebamme konnte aus privaten Gründen nicht teilnehmen, eine, weil sie erst seit wenigen Wochen freiberuflich tätig war und somit über wenig Erfahrung verfügte und eine, weil sie beruflich überlastet war.

Die zehn interviewten „Wochenbett-Hebammen“ waren zwischen 29 und 49 Jahre alt (Durchschnitt 40-jährig) und zwischen einem und 17 Jahren in der Freiberuflichkeit (durchschnittlich acht Jahre). Sie arbeiteten zwischen 70 und 100%, zwei ausschliesslich als frei praktizierende Hebammen (als Wochenbetthebamme und als Hebamme im Geburtshaus bzw. Hausgeburtshebamme). Die meisten Hebammen waren also nebst ihrer selbständigen Tätigkeit als frei praktizierende Hebamme noch in einem Angestelltenverhältnis (geburtshilfliches Ambulatorium, Gebärsaal, Wochenbettabteilung im Spital, Stillberaterin im Spital, Angestellt in Geburtshaus, usw.). Freiberuflich arbeiteten die befragten Hebammen zwischen fünf und 100%, im Durchschnitt waren es 50%. Ausnahmslos alle Hebammen hatten sich während ihrer beruflichen Laufbahn weitergebildet (siehe Grafik 2), die meisten auf mehreren Gebieten.

Die zehn befragten Hebammen betreuten im Jahr 2007 885 Frauen im Wochenbett (durchschnittlich 88 Frauen pro Hebamme, Minimum 20, Maximum 270 Frauen).

Grafik 2: Weiterbildung der freipraktizierenden Hebammen



#### Beschreibung der betreuten Wöchnerinnen

Die Hebammen gaben an, mehrheitlich erst- oder zweitgebärende Frauen betreut zu haben, was der gesamtschweizerischen Situation entspricht. Die Mütter waren zwi-

schen 20 und 40 Jahre alt (Ausnahmen:16-jährig oder über 44-jährig). Die Hebammen schätzten, dass zwei Drittel der Frauen Schweizerinnen und ein Drittel Ausländerinnen waren. Das Ausbildungsniveau war sehr unterschiedlich.

### Fragen von Wöchnerinnen an die Hebammen

Mütter im Wochenbett beschäftigten die verschiedensten Themen rund um das Neugeborene, zur eigenen Gesundheit und zum sozialen Umfeld. Die folgende Aufstellung zeigt, welche Fragen die Wöchnerinnen an die Hebammen herantrugen.

#### Fragen zum Kind

- Handling/Babypflege: Nabelpflege, Wickeln, Baden
- Gewichtsentwicklung
- Schlaf- und Essverhalten
- Bauchweh/Schreien
- Ikterus

#### Fragen zur mütterlichen Gesundheit

- Stillen (Milchmenge, wunde Mamillen)
- Ernährung
- Geburtsverletzungen
- Rückbildung
- Beckenboden
- Kopfschmerzen

#### Fragen zum sozialen Umfeld

- Ältere Kinder, Entwicklungspsychologie
- Partnerschaft
- Alltagsveränderungen
- Umstellung auf Mutterschaft

Die häufigsten Fragen drehten sich rund ums Stillen und die Babypflege. Beim Stillen war die Milchregulation im Vordergrund, meist in der Angst, nicht genügend Milch für das Kind zu haben. Die Brustpflege war ebenfalls ein wichtiges Thema für die Frauen, da oft wunde Brustwarzen auftraten. Bei der Babypflege ging es um Baden, Wickeln, Nabelpflege, usw. Waren ältere Kinder in der Familie, interessierten sich die Mütter für Themen wie soziales Verhalten der Kinder und Entwicklungspsychologie. Allgemein stellten die Hebammen eine grosse Verunsicherung bei den Frauen nach dem Spitalaustritt fest. Der Schichtwechsel auf der Wochenbettstation verbunden mit widersprüchlichen Informationen erschwerte den Frauen den Start zu Hause. Eine Hebamme erwähnte, dass Frauen, die in der Stadt lebten, viel stärker verunsichert seien, um beurteilen zu können, ob das Verhaltensmuster des Neugeborenen normal sei oder nicht. Sie führte dies auf die Anonymität des Stadtlebens zurück und glaubte, dass die soziale Unterstützung in ländlichen Gebieten besser funktioniert. Eine Hebamme differenzierte ihre Antwort in Bezug auf Erst- und Mehrgebärende: Erstgebärende hätten mehr allgemeine Fragen zur Babypflege, Stillen und körperlichen Veränderungen, während Mehrgebärende Themen wie „die Liebe zwischen mehreren Kindern teilen“, Einbezug älterer Geschwister und Schlafmanko beschäftigten.

### Häufigste gesundheitliche Probleme von Wöchnerinnen aus Sicht der Hebammen

Mit Abstand am häufigsten haben Wöchnerinnen gemäss der Umfrage mit wunden Mamillen zu kämpfen. Zunehmend beobachten die Hebammen Stillprobleme, weil die Mütter während der initialen Milchdrüsenanschwellung aus dem Spital entlassen werden und den Säugling oft nicht korrekt an die Brust ansetzen können. Die Stillbeziehung klappt nur selten auf Anhieb und brauche fachlich kompetente Unterstützung.

Müdigkeit ist ein weiteres, oft genanntes Gesundheitsproblem von Wöchnerinnen. Die befragten Hebammen sehen verschiedene Gründe dafür: Schlafstörungen, Schläfrigkeit wegen verschobenem Schlaf-Wach-Rhythmus des Neugeborenen und der Blutverlust unter der Geburt mit daraus resultierendem tiefem Hb.



Unter den Punkt „psychische Überbelastung“ gehören Aussagen wie „Verantwortung für das Kind nicht tragen können“, „Ich schaffe das nicht, das Kind zu ernähren und zu versorgen“ oder „reduzierte Belastungsfähigkeit wegen Schlafmanko“.

Probleme mit der Sectionaht nehmen gemäss Aussagen einer Hebamme laufend zu, dies aus dem einfachen Grund, weil auch die Sectionrate ständig steige.

Selten begegnen die Hebammen Problemen wie postpartaler Depression, Lochialstau oder Mastitis.

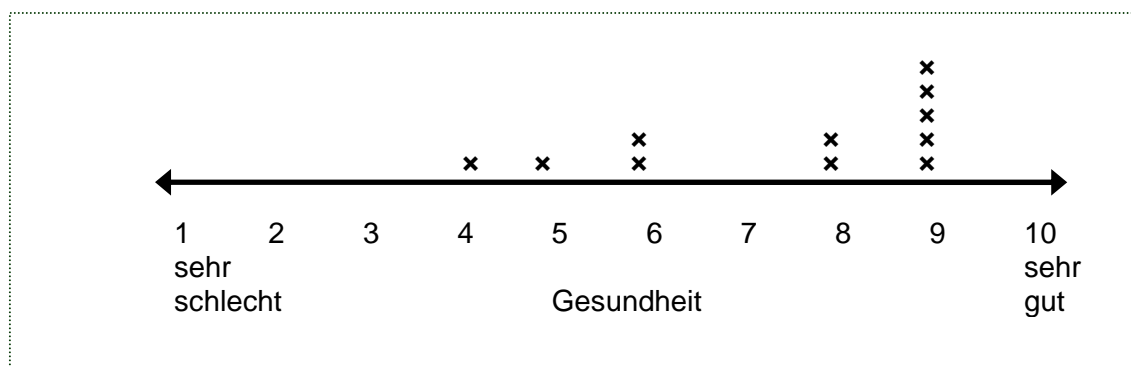
Tabelle 3: Welche gesundheitlichen Probleme nehmen Hebammen am meisten wahr?

Gesundheitliches Problem	Anzahl Hebammen, die Problem erwähnten
Wunde Brustwarzen/Rhagaden	10
Stillprobleme durch initiale Milchdrüsen-schwel-lung/Milchstau	3
Müdigkeit verschiedenster Ursache	7
Psychische Überbelastung / verlängerter Baby Blues	4 / 4
Probleme mit Damrnaht	4
Probleme mit Sectionaht	3
Appetitlosigkeit	1
Verspannungen	1
Organisation Haushalt	1
Verarbeitung des Geburtserlebnisses	2

Die Hebammen wurden befragt, wie sie den allgemeinen Gesundheitszustand der Wöchnerinnen beurteilten. Unten stehende Lickert-Skala zeigt, dass die Einschätzung sehr unterschiedlich ausfällt. Eine Hebamme unterschied zwischen einem sehr guten physischen Zustand (Lickert-Skala neun) und nur mittelmässiger psychischer Gesundheit (Lickert-Skala fünf). Sie begründete dies damit, dass die Frauen zwar körperlich recht schnell wieder fit seien, ein fehlendes soziales Netz den Frauen aber oft das Gefühl des Alleingelassenseins gebe, verstärkt durch die Unsicherheit im Umgang mit dem Neugeborenen und den Schlafmangel, was die Psyche stark beeinflusse.

Tiefe Punktzahlen wurden ausnahmslos mit psychischen Defiziten begründet wie zu hohe Ansprüche der Wöchnerinnen an sich selber und damit verbundenem Überforde-rungsgefühl oder Übermüdung.

Grafik 3: Einschätzung der Gesundheit von Wöchnerinnen durch Hebammen



### Vorgehen bei Wochenbettbesuchen

Die meisten der zehn befragten Hebammen wählen bei ihren Hausbesuchen ein prag-matisches Vorgehen und versuchen im Gespräch mit der Wöchnerin zu erfahren, wel-che Bedürfnisse vorhanden sind. Daran orientiert sich der Inhalt des Besuches: es werden Informationen vermittelt, praktische Tipps abgegeben, eine Handlung wird vor-gezeigt oder die Hebamme schaut zum Beispiel einer Mutter beim Kinderbad zu und

gibt Ratschläge ab. In speziellen Fällen (z.B. bei Schreikindern) geben die Hebammen teilweise Adressen von Osteopathinnen und Osteopathen ab. Sie orientieren die Eltern über die Mütter-Väter-Beratungsstellen, Kinderärztinnen und Kinderärzte und andere Institutionen. Checklisten (z.B. Wochenbettblatt des SHV) mit allen relevanten Themen benutzen vier Hebammen. Eine, weil sie die Wochenbettbetreuung gemeinsam mit einer Kollegin teilt und so jederzeit ersichtlich ist, wer was bereits angesprochen hat. Zwei sind noch nicht lange im Beruf und nutzen sie als Erinnerungshilfe. Die übrigen sechs Hebammen schöpfen laut ihren Aussagen aus ihrer langjährigen Berufserfahrung und benutzen keine Checklisten.

### Welche Themen schneiden Hebammen unaufgefordert von sich aus an?

Sieben Hebammen sprechen bei Verdacht auf psychische Probleme die postpartale Depression an. Eine Hebamme erwähnte, dass es für sie schwierig sei, „die Grenze zum Pathologischen zu erkennen.“ Ausserdem sei sie in einer abgelegenen Bergregion tätig, wo sie einer betroffenen Frau keine professionelle Hilfe anbieten könne. Zwei Hebammen informieren Frau und Partner über Symptome der postpartalen Depression und über den Unterschied zum Babyblues. Sie fordern vor allem auch die Männer auf, auf Symptome zu achten und bei Bedarf Hilfe zu holen. Eine Hebamme war der Meinung, dass eine Frau von sich aus darüber reden sollte. Die Hebamme sei keine Psychologin und müsse nicht alles machen.

Das Thema Sexualität und Verhütung wird von den Hebammen unterschiedlich gehandhabt. Die meisten Hebammen erklären den Frauen wenn möglich im Beisein des Partners, dass Stillen kein geeignetes Verhütungsmittel ist. Über Verhütungsmethoden informiert nicht jede Hebamme. Drei fühlen sich nicht kompetent genug, eine ist aus Rücksicht vor kulturellen Unterschieden zurückhaltend. Drei Hebammen reden auch über mögliche Veränderungen im Sexualleben und dass die Paare nicht, wie oft im Spital empfohlen, bis sechs Wochen pp. mit Geschlechtsverkehr warten müssen, sondern sich ganz nach ihren Bedürfnissen richten sollen. Über das Tabuthema Inkontinenz reden die Frauen gemäss den Erfahrungen der freipraktizierenden Hebammen sehr offen. Oft seien es die Mütter selber, die Fragen dazu stellten. Dies würde erklären, warum nicht mehr als drei von zehn Hebammen das Thema von sich aus ansprechen.

Tabelle 4: Von Hebammen angesprochene Themenbereiche

Thema	Anzahl Hebammen, die Thema besprechen
Info über Mütter-Väter-Beratung	7
Postpartale Depression (bei Verdacht auf Probleme)	7
Infos über Depression	2
Sexualität und Verhütung	5
Soziale Unterstützung (für Haushalt, Kinderhüten, usw.)	5
Rückbildung	5
Möglichkeit der Stillberatung	3
Inkontinenz	3
Schlafmangel	2
Kinderarzt	2
Impfen	1

### Beurteilung der postpartalen Betreuung

Die Hebammen wurden befragt, wie sie die postpartale Betreuung in der Schweiz einschätzen. Drei Hebammen äusserten sich speziell zur Wochenbettbetreuung im Spital. Eine verteilte eine ungenügende Note, zwei ein genügend. Die häusliche Wochenbettbetreuung wurde als gut bis sehr gut eingestuft. Wurde allgemein gefragt (nicht unter-

schieden nach Spital oder daheim) fiel die Beurteilung zwischen genügend und gut aus.

<b>Beurteilung postpartale Betreuung</b>	<b>ungenügend</b>	<b>genügend</b>	<b>gut</b>	<b>sehr gut</b>
- Allgemein	0	3	3	0
- Im Spital	1	2	0	0
- Daheim	0	0	2	1

### **Veränderungsvorschläge für die Wochenbettbetreuung**

Die befragten Hebammen hatten eine Reihe von Vorschlägen für eine verbesserte postpartale Betreuung von Wöchnerinnen.

- **Ausdehnung der Wochenbettbetreuung**  
Sechs Hebammen sind für eine Ausdehnung der Wochenbettbetreuung durch Hebammen über den zehnten postpartalen Tag hinaus. Zwei Hebammen machten keine genaueren Angaben über die aus ihrer Sicht notwendige Zeitspanne. Eine Hebamme wünschte eine Ausdehnung auf zwei bis drei Wochen, zwei Hebammen auf drei Wochen und eine Hebamme auf drei bis vier Wochen.
- **Aufklärung der Frauen über Hebammenarbeit**  
Drei Hebammen finden, dass zu wenig bekannt ist, was Hebammen alles anbieten. Die Frauen wüssten zu wenig über die Möglichkeit der ambulanten Hebamme im häuslichen Wochenbett. Deshalb müsste vermehrt Öffentlichkeitsarbeit stattfinden (Medien) und die Gynäkologinnen und Gynäkologen sollten vermehrt einbezogen werden. Sie seien es, die Kontakte zu den Schwangeren hätten und Informationen über die Wochenbettbetreuung abgeben könnten. Nur sei von der Ärzteschaft ein Desinteresse zu beklagen. Die Hebammen sollten bereits während der Schwangerschaft einbezogen werden.
- **Hebammen sollten vermehrt auf Wochenbettabteilungen im Spital arbeiten**  
Die Pflegefachpersonen könnten die Bedeutung des Wochenbettes zu wenig erfassen. Leider hätten sich die Hebammen zu sehr aus diesem Bereich zurückgezogen.
- **Die Krankenkassen-Grundversicherung sollte eine Haushaltshilfe bezahlen.**
- **Elternvorbereitungskurse**  
Inhalte: was kommt auf uns zu mit der Geburt eines Kindes, Partnerschaftsveränderungen, usw.
- **Qualitätsmanagement**  
Die Frauen, die die Dienstleistungen der Hebammen in Anspruch nehmen, sollten die Möglichkeit haben, die Arbeit der freipraktizierenden Hebammen zu beurteilen. Dies würde die Qualität der Hebammenarbeit fördern.
- **Wochenbettbetreuung im Spital**  
Anstelle täglicher Routinekontrollen, die aus übertriebenem Sicherheitsbedürfnis stattfänden, sollten auch im Spital lieber vermehrt Bauchmassagen, Fussreflexzonenmassagen, usw. durchgeführt werden.
- **Weiterbildung für Hebammen**  
Spitäler sollten sich grosszügiger zeigen und Weiterbildungen von Hebammen mitfinanzieren. Hebammen sollten spezifische Weiterbildungen zum Thema Verhütung absolvieren
- **Erleichterter Einstieg in die Freiberuflichkeit**

Erfahrene Hebammen sollten ihr Wissen an Neueinsteigerinnen weitergeben, es herrsche aber oft grosser „Futterneid“, was dies verunmögliche.

- Stellenwert des Wochenbettes erhöhen durch Vaterschaftsurlaub von mehreren Wochen
- Geburtsvorbereitung durch Hebammen  
Geburtsvorbereitungskurse, die ohne Einbezug von Hebammen stattfinden (z.B. nur mit Physiotherapeutinnen), sollten nicht möglich sein.
- Hebammenzentralen  
Die Vernetzung der freipraktizierenden Hebammen würde die Organisation einer Wochenbetthebamme sehr erleichtern. Dies könnte beispielsweise durch eine Telefonzentrale oder via Webseite geschehen.

#### 6.4.4 Diskussion

Ein direkter Vergleich der Umfrageergebnisse mit der Literatur ist nicht möglich, da die befragten Hebammen lediglich Beobachtungen im frühen Wochenbett vornehmen konnten. In der Schweiz ist eine Weiterbegleitung von Wöchnerinnen über den zehnten Tag pp. hinaus nur auf spezielle Indikation mit ärztlichem Zeugnis möglich. Dennoch lassen sich einige Hinweise auf spätere, postpartale Gesundheitsprobleme, wie sie in der Literatur beschrieben werden (siehe dazu Kapitel 3.2), bereits im Frühwochenbett finden. Sehr häufig werden Brustprobleme (wunde Mamillen), Müdigkeit verschiedenster Ursachen, psychische Überbelastung und Dammschmerzen von den Hebammen genannt.

Inkontinenzprobleme und Schwierigkeiten im Sexualleben wurden von den Hebammen nicht beobachtet. Dies dürfte darauf zurück zu führen sein, dass für die meisten Wöchnerinnen und ihre Partner so kurz nach der Geburt Geschlechtsverkehr noch kein Thema war und Inkontinenz 10 Tage nach der Geburt als normal angesehen wurde. Wochenbettdepressionen wurden von den Hebammen keine beobachtet. Dies kann einerseits am zu kurzen Beobachtungszeitraum, aber auch am fehlenden Fachwissen der Hebammen liegen. Viele psychiatrische Erkrankungen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bleiben unerkannt. In einer Untersuchung von Cooper et al. (1988, zitiert nach Bick et al. 2004) wurde festgestellt, dass ein Viertel der innerhalb der ersten zwölf Monate pp. aufgetretenen Wochenbettdepressionen in den ersten vier Wochen einsetzten. Ein in grossen Untersuchungen (siehe Kapitel 3.2) oft genanntes Gesundheitsproblem sind Kopfschmerzen. In der hier durchgeführten Umfrage wurde dieser Punkt von keiner Hebamme als Hauptproblem bezeichnet. Eventuell messen die Wöchnerinnen und Hebammen anderen Fragen und Schwierigkeiten mehr Gewicht bei, so dass dieses Problem gar nicht zur Sprache kommt.

In der Umfrage bezieht sich das Informationsbedürfnis bei denjenigen Frauen, die ihr erstes Kind bekommen haben, vor allem auf Fragen rund um das Neugeborene. Diese Beobachtung stimmt mit den Ergebnissen von Farbman Moran und Martin (1997) überein. Auch dass Mehrgebärende weniger Fragen zur Kinderpflege haben dafür aber mehr zu den älteren Geschwistern konnte in dieser Umfrage festgestellt werden. Interessanterweise beobachtete keine Hebamme, dass Mütter das Thema Müdigkeit von sich aus als Problem erwähnten und Fragen dazu hatten. Dies könnte damit erklärt werden, dass es sowohl für Mütter wie Hebammen normal ist, dass man nach der Geburt müde ist und es demzufolge auch keiner speziellen Massnahmen bedarf.

Eine Symptomliste mit möglichen postpartalen Beschwerden von Müttern und die EPDS, wie sie von MacArthur et al. (2002) in ihrer Studie von den Hebammen benutzt wurden, verwendete keine der befragten Hebammen. Das Ansprechen von gesund-

heitlichen Problemen geschah auf Initiative der Mutter oder aufgrund der Beobachtung und Erfahrung der Hebamme. Über die postpartale Depression informierten nur zwei Hebammen routinemässig. Die Mehrheit sprach das Thema bei Verdacht auf Probleme an.

Die an der Umfrage teilnehmenden Hebammen hatten zahlreiche Verbesserungsvorschläge für die Wochenbettbetreuung. Einige dieser Ideen wurden in ausländischen Studien bereits auf ihre Wirksamkeit untersucht (Haushaltshilfen, Ausdehnung der Wochenbettbesuche auf 28 Tage pp., bessere Infrastruktur für Familien, usw.; siehe auch Kapitel 5.2). Mit Ausnahme der Studie von MacArthur et al. (2002), die eine verbesserte psychische Befindlichkeit feststellte, zeigten sich bei risikoarmen Bevölkerungsgruppen keine positiven Effekte. Die Zufriedenheit der Mütter stieg jedoch in einigen Interventionsstudien, z.B. bei der Einführung von Wochenbettpflegerinnen (Morell et al. 2000).

In der Umfrage konnte nicht auf die Bedürfnisse und Erwartungen eingegangen werden, die Mütter an Hebammen im häuslichen Wochenbett herantragen. Dazu hätten die Frauen direkt befragt werden müssen.

#### 6.4.5 Aussagekraft der Umfrage

Die hier dargestellten Resultate der Umfrage bei freipraktizierenden Hebammen geben einen Eindruck, welche Fragen und Probleme Frauen im Wochenbett an die Hebammen herantragen und wie die Hebammen diese wahrnehmen und darauf eingehen. Im Rahmen dieser Arbeit konnte es nicht das Ziel sein, für die Schweiz allgemein gültige, statistisch abgesicherte Aussagen zu machen. Dennoch liefern die Ergebnisse interessante Aspekte, die weiter zu verfolgen es sich lohnt. Eine direkte Befragung der Wöchnerinnen wäre dabei notwendig. Der Zeitpunkt der Befragung sollte so gewählt werden, dass langfristige Probleme aufgedeckt werden können, also mindestens ein halbes Jahr pp.

## 7 Gesundheitsförderung in der Hebammenarbeit

Wie kann die Hebamme eine Frau und ihre Familie gesund erhalten oder die Gesundheit verbessern? Das ist die zentrale Fragestellung, an der sich alle Überlegungen und Handlungen einer Hebamme orientieren, sei es während Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), das die Ausbildungsinhalte der Hebammen in der Schweiz definiert, überträgt der Hebamme sechs Funktionen. Funktion vier greift den Punkt der Gesundheitsförderung explizit auf:

**„Die diplomierte Hebamme fördert die Gesundheit von Mutter, Kind und Familie.“**

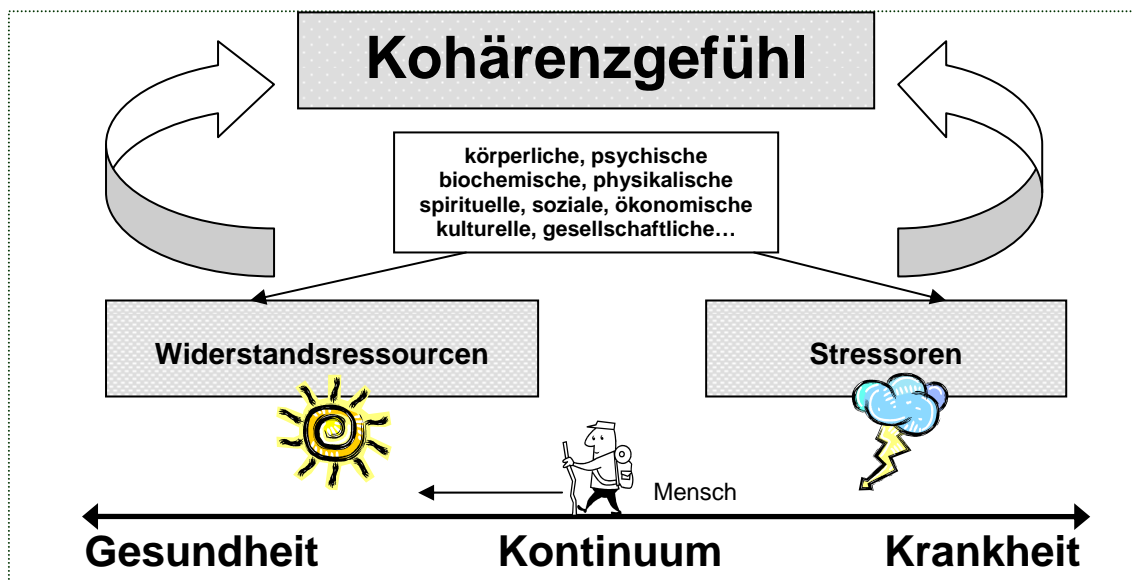
Hebammen arbeiten bewusst oder unbewusst mit vielen verschiedenen Konzepten, die zur Gesundheit ihrer Klientinnen beitragen (z.B. durch Empowerment, Informed consent, usw.) Ein theoretisches Modell, das eine Definition von Gesundheit und deren Entstehung liefert und dem gesundheitsfördernden Aspekt der Hebammenarbeit besonders umfassend entspricht, ist das Konzept der Salutogenese des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Er veröffentlichte das salutogenetische Modell in seinem Buch *Health, Stress and Coping* im Jahr 1979.

## 7.1 Das salutogenetische Modell

Antonovsky definiert Gesundheit als ein Kontinuum zwischen den Polen vollständiger Gesundheit und vollständiger Krankheit (siehe Grafik 4). Der Mensch kann in keiner Phase seines Lebens vollständige Gesundheit oder Krankheit erreichen. Er befindet sich immer irgendwo zwischen den beiden Polen. Das heisst, dass jeder Mensch gesunde und kranke Anteile in sich trägt. Im Gegensatz zur positivistischen Denkweise der Pathogenese, die sich dafür interessiert, warum Menschen krank werden, befasste sich Antonovsky genau mit der gegenteiligen Frage. Er suchte nach den Ursprüngen von Gesundheit. Er liess sich von der Frage leiten:

Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position? (Antonovsky 1997:15)

Grafik 4: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von Antonovsky



Antonovsky stellte fest, dass es Menschen gibt, die, obwohl sie in ihrem Leben unvorstellbar viel Leid erfahren hatten, trotzdem in einem guten Gesundheitszustand sind. Sie verfügen nach seinem Konzept über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine Grundhaltung des Menschen gegenüber der Welt und dem eigenen Leben:

Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die das Mass ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann. (Antonovsky 1997:16)

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen

- **Gefühl der Verstehbarkeit:** die Fähigkeit, bekannte und unbekannte Stimuli einordnen und erklären zu können.
- **Gefühl der Handhabbarkeit:** die Erkenntnis, Ressourcen zur Verfügung zu haben, mit denen man den Anforderungen des Lebens begegnen kann. Wer ein hohes

Ausmass an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder ungerecht behandelt fühlen.

- **Gefühl der Sinnhaftigkeit:** das Gefühl, dass die Anforderungen, die an das eigene Leben gestellt werden, als Herausforderung wahrgenommen werden, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Die Konfrontation des Menschen mit **Stressoren**, die ihm jederzeit und überall begegnen, resultiert in einem Spannungszustand, mit dem der Mensch umgehen muss. Das Ergebnis dieser Auseinandersetzung muss laut Antonovsky aber nicht immer pathologisch sein; es kann auch neutral oder sogar gesund sein. Es kommt darauf an, wie der Mensch den Spannungszustand verarbeitet. Dazu stehen ihm so genannte **Widerstandsressourcen** zur Verfügung: Geld, Ich-Stärke (körperlich/intellektuell), kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung, usw. Es handelt sich hierbei also um Phänomene, die zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam sind.

## 7.2 Bedeutung der Salutogenese für die Hebammenarbeit im Wochenbett

Eine Mutter erlebt nach der Geburt grosse körperliche und seelische Veränderungen. Der Körper muss sich von den Geburtsstrapazen erholen und für die Ernährung des Kindes sorgen. Die Mutter muss lernen, ihr Kind zu pflegen, seine Signale an die Umwelt zu beobachten und zu verstehen und darauf reagieren zu können. Das Kind muss sich an das Leben ausserhalb des schützenden Mutterleibes anpassen. Die neue Rolle als Mutter, das veränderte Familiengefüge und die damit verbundenen Umwälzungen im sozialen Netz bedeuten eine grosse emotionale Herausforderung. Damit die Frau und ihre Familie diese Umstellungsphase mit all ihren Stressoren bewältigen können, brauchen sie fachliche und emotionale Unterstützung. Durch die Hebammenarbeit können Stressoren aufgedeckt und Widerstandsressourcen gestärkt werden. Das Kohärenzgefühl wird gesteigert, indem der Frau Wissen über die Umstellungsprozesse im Wochenbett vermittelt werden und mit ihr zusammen nach Bewältigungsstrategien gesucht wird. Untenstehende Tabelle zeigt Beispiele von Stressoren und Widerstandsressourcen, mit denen Frauen im Wochenbett leben. Es wird erklärt, wie die Hebamme einen Beitrag zu einem gestärkten Kohärenzgefühl leisten kann.

Tabelle 5: Stressoren, Widerstandsressourcen und Stärkung des Kohärenzgefühls von Wöchnerinnen nach der Spitalentlassung

<b>Stressoren</b>	<b>Widerstandsressourcen</b>	<b>Stärkung des Kohärenzgefühls durch Hebammenarbeit</b>
Müdigkeit/ Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wissen der Hebamme</li> <li>– Wissen um mögliche Gegenstrategien</li> <li>– Soziales Umfeld</li> <li>– Kurze Ruhepausen am Tag</li> <li>– Tagebuch führen</li> <li>– Bewegung/Sport</li> <li>– Allmähliche Reduktion des nächtlichen Stillens</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufklärung durch Hebamme, dass Geburt anstrengendes Ereignis ist und die Betreuung des Neugeborenen viel Energie erfordert (Stillen, unterbrochene Nachtruhe). Frau ermutigen, Hilfe aus Umfeld anzunehmen, der eigenen und der Gesundheit des Kindes zuliebe. Ermutigen, über unerfüllte Erwartungen über das Muttersein zu reden. Wichtigkeit körperlicher Betätigung für psychisches Befinden aufzeigen. Abklären, ob andere Ursachen als „einfache Erschöpfung“ vorhanden sind: Ausschluss Depression, Anämie, Infektion, Schilddrüsenerkrankung, usw., dazu ev. Überweisung an Ärztin,</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tagesplanung mit Frau erstellen und bewusste Einplanung von Ruhepausen (z.B. nach Stillen) und Spaziergängen oder anderer körperlicher Betätigungen. Soweit möglich Struktur in den Tag bringen.</li> <li>– Tagebuch führen: steht Erschöpfung in Zusammenhang mit Tageszeit, bestimmter Tätigkeit?</li> <li>– Verwandte, Freunde zu Hilfe holen zum Hüten, damit Mutter lediglich stillt und sich sonst ausruhen kann</li> <li>– Ernährung: ausgewogen und regelmässig</li> <li>– Kind ad libitum stillen</li> </ul>
Depression	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wissen der Hebamme</li> <li>– EPDS</li> <li>– Soziales Umfeld</li> <li>– Fachleute (Psychiaterinnen) und Institutionen</li> <li>– Selbsthilfegruppen</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufklärung durch Hebamme, dass Wochenbett für Mütter eine sensible Zeit ist, in der sich eine postpartale Depression entwickeln kann. Symptome aufzeigen. Aufklärung unbedingt in Anwesenheit des Partners/Familie/Bezugspersonen. Sie können am ehesten Veränderungen feststellen. Screening aller Wöchnerinnen auf Depression durch Hebammen sechs, zehn bis 14 und 20 bis 26 Wochen pp. mittels EPDS.</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei Verdacht auf Depression: Information an Frau unter Einbezug von Partner/Familie: sofortige Entlastungsmöglichkeiten suchen</li> <li>– Überweisung an Ärztin bei EPDS-Score von <math>\geq 12</math></li> <li>– Literatur zur Verfügung stellen, Informationen über Selbsthilfegruppen abgeben.</li> </ul>
Rückenschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wissen der Hebamme</li> <li>– Bewegung</li> <li>– Medikamente</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Information an Frau, dass Bettruhe nicht besser ist als angemessene körperliche Betätigung</li> <li>– Beratung über korrekte Körperhaltung beim Heben und bei Versorgung des Kindes</li> </ul>



Stressoren	Widerstandsressourcen	Stärkung des Kohärenzgefühls durch Hebammenarbeit
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen über richtige Körperhaltung</li> <li>- Physiotherapie, andere Therapieformen</li> <li>- Ärztin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abklärung psychologischer Faktoren der Rückenschmerzen: psychischer Stress/Depression</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ermutigung, dass Frau trotz Rückenschmerzen tägliche Aktivitäten soweit möglich fortsetzen soll, richtige Körperhaltungen üben</li> <li>- Analgesie (Paracetamol)</li> <li>- Überweisung an Arzt bei Verdacht auf schwere Rückenerkrankungen oder für Rezeptausstellung für Physiotherapie oder andere Therapieformen oder stärkere Analgetika.</li> </ul>
<p>Brustprobleme (wunde Mamil- len)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen über Brustfunk- tion</li> <li>- Wissen über Ursachen wunden Mamillen</li> <li>- Wissen über Behand- lungsmöglichkeiten</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung über Brustfunktion (Milchproduktionsprozesse) mögliche Ursachen von wunden Mamillen</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suche nach möglichen Gründen für die Brustprobleme gemeinsam mit der Frau</li> <li>- Stilltechnik beobachten und ev. verbessern</li> <li>- Je nach Ursache: vorübergehende Massnahmen wie Salben, Brusthütchen, Stillpause, usw. vorschlagen</li> </ul>
<p>Hämorrhoiden/ Verstopfung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen über Ursachen und Therapie</li> <li>- Ballaststoffreiche Ernäh- rung</li> <li>- Flüssigkeit</li> <li>- Bewegung</li> <li>- Laxantien</li> <li>- Hämorrhoidensalbe</li> <li>- Sitzbad</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information an die Frau über Ursachen von Hämorrhoiden: z.B. Geburt, Obstipation, Ge- websschwäche</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidung von Obstipation durch geeignete Ernährung (viel trinken, ballaststoffreich, kein oder wenig Schwarztee/Kaffee/dunkle Schokolade, dafür Feigen/Pflaumen/Linsen), ausrei- chend Bewegung</li> <li>- Milde Laxantien anwenden</li> <li>- Hämorrhoiden: Analgesie durch Kühlung, Fett- und Hämorrhoidensalben, Sitzbäder mit Ei- chenrinde</li> </ul>
<p>Dammschmer- zen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen über Ursachen und Therapie</li> <li>- Sitzbad mit oder ohne Zusätze</li> <li>- Leichte Massage mit Johanniskrautöl</li> <li>- Fadenentfernung</li> <li>- Beckenbodenübungen</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Wissensdefizit der Frau nochmals erklären, wie es zu Dammriss/Dammschnitt gekom- men ist (z.B. bei Besprechung des Geburtsverlaufs)</li> <li>- Mit Frau zusammen Damm mittels Spiegel anschauen (Abbau von Angst),</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung: wenig sitzen, liegend stillen, Naht betupfen oder leichte Massage mit Johannis- krautöl, unaufgelöste Fäden ab siebtem Tag pp. ziehen, leichte Beckenbodenübungen zur Förderung der Durchblutung empfehlen / Ausschluss einer HWI</li> </ul>

<b>Stressoren</b>	<b>Widerstandsressourcen</b>	<b>Stärkung des Kohärenzgefühls durch Hebammenarbeit</b>
Kopfschmerzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen der Frau</li> <li>- Hebamme, Ärztin</li> <li>- Analgesie</li> <li>- Schlaf</li> <li>- Flüssigkeit</li> <li>- Entspannungsübungen</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ursachen für Kopfschmerzen suchen: kennt Frau diesen Schmerz von früher; Ausschluss anderer Diagnosen als Spannungskopfschmerz/Migräne (z.B. Kopfschmerz durch Durapunktion bei PDA, Präeklampsie, Kopftrauma) durch anamnestische Fragen</li> <li>- Wichtigkeit der Flüssigkeitszufuhr betonen</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entspannungsübungen zeigen</li> <li>- Analgesie (Paracetamol)</li> <li>- Einbezug Familie/Freunde zur Entlastung</li> <li>- Ev. Überweisung an Ärztin</li> </ul>
Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebamme, Ärztin</li> <li>- Flüssigkeit</li> <li>- Analgesie</li> <li>- Antibiose</li> <li>- usw. (je nach Diagnose)</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau mögliche Ursachen und Therapien erklären, Symptome erfragen zur (Verdachts-)Diagnosestellung: Stress-, Dranginkontinenz, HWI, Harnverhalt, Fisteln</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je nach Ergebnis Therapie durch Hebamme oder Ärztin</li> <li>- Bei Stressinkontinenz Beckenbodenübungen, Überweisung an Spezialistin</li> </ul>
Kürzere Spitalaufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulante Hebamme</li> <li>- Soziales Umfeld</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufklärung über mögliche Probleme nach früher Spitalentlassung (körperliche Erschöpfung, Stillprobleme, Unsicherheiten in der Babypflege, usw.) und Unterstützungsmöglichkeit durch ambulante Hebamme (Information bereits in Schwangerschaft)</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebammenbetreuung der Wöchnerin zu Hause</li> <li>- Einbezug des sozialen Umfeldes</li> </ul>
Partnerschaftskonflikte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen über Partnerschaftsveränderungen</li> <li>- Gesprächsbereitschaft</li> <li>- Hebamme</li> </ul>	<p><u>Verstehbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elternkurse in der Schwangerschaft durch Hebammen/erfahrene Eltern, um realistisches Bild über das Leben mit Neugeborenen und Kindern zu vermitteln</li> </ul> <p><u>Handhabbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansprechen der Paarbeziehung bei Hausbesuchen im Wochenbett durch Hebamme</li> <li>- Paar ermutigen, über Beziehungsprobleme zu sprechen und nach Lösungen zu suchen</li> <li>- Bei gravierenden Problemen Paartherapie vorschlagen</li> </ul>

## 8 Diskussion

### Gesundheitliche Situation von Müttern

Mütter weisen nach der Geburt weit über die als Wochenbett definierte Zeit von sechs bis acht Wochen pp. gesundheitliche Defizite auf. Auch nach eineinhalb Jahren sind Müdigkeit, Erschöpfung, Weinerlichkeit, Depression, Rücken- und Kopfschmerzen, Hämorrhoiden und Dammbeschwerden Probleme, die jede zweite bis zehnte Mutter betreffen (Glazener et al. 1995). Studien aus dem deutschsprachigen Raum finden sich zu diesem Thema nicht. Da die in dieser Arbeit vorgestellten Studien aus industrialisierten Ländern mit hohem medizinischem Standard stammen, dürfte eine Übertragung der Resultate auf die Schweiz legitim sein. Auch die bei freipraktizierenden Hebammen durchgeführte Umfrage stützt diese Aussage.

Die Häufigkeit der langfristigen postpartalen Beschwerden wird nach wie vor unterschätzt. Dies hat mehrere Gründe: Einerseits sprechen Frauen nicht von sich aus mit Fachpersonen (Hebammen, Ärztinnen, Ärzte) über die vorher erwähnten gesundheitlichen Probleme. Denn die meisten Frauen stellen die Bedürfnisse ihrer Familien über ihre eigenen. Oder es ist ihnen peinlich, über Tabuthemen wie Dyspareunie oder Inkontinenz zu sprechen. Oder sie glauben, dass postpartale Beschwerden einfach dazu gehören (Borders 2006). Andererseits ergreifen Gesundheitsfachpersonen trotz häufiger Kontakte selten die Initiative, um mit Wöchnerinnen über ihre postpartalen Beschwerden zu reden (MacArthur 1999, Brown und Lumley 1998). Das Neugeborene steht im Zentrum der Aufmerksamkeit, die Bedürfnisse der Frauen werden ungenügend angesprochen (Frei 2006). Über die Gründe, warum Fachleute zuwenig auf die Bedürfnisse der Frauen eingehen, kann nur spekuliert werden: mangelndes Bewusstsein für die Problematik, Wissensdefizite über die Behandlung postpartaler Gesundheitsprobleme sind nur zwei mögliche Ursachen.

### Fazit

Es müssen Strategien entwickelt werden, die Frauen ermutigen, über ihre eigenen gesundheitlichen Probleme zu reden. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass Fachleute Frauen gezielt ansprechen und anhand von Checklisten mögliche postpartale Beschwerden aufdecken (Anhang 1). Dazu gehört auch das Screening nach der postpartalen Depression mittels der EPDS (Anhang 2). Die Fachpersonen ihrerseits sollten durch Weiterbildung ein geschärftes Bewusstsein entwickeln und sich Wissen über Therapiemöglichkeiten postpartaler Beschwerden aneignen, die sie entweder selber durchführen können oder indem sie die Frauen an geeignete Stellen weitervermitteln. Die Forschung auf dem Gebiet der evidenzbasierten postpartalen Betreuung muss gefördert werden.

### Wünsche und Bedürfnisse von Müttern

Werden Mütter von Neugeborenen befragt, was sie sich von der Wochenbettbetreuung wünschen, steht vor allem für Mütter, die ihr erstes Kind geboren haben, das Erlernen von Fertigkeiten im Umgang mit dem Kind im Vordergrund. Sie wünschen sich, dass Hebammen oder Pflegefachpersonen ihnen unaufgefordert individuell angepasste Informationen zukommen lassen. Freundliches, kompetentes und geduldiges Personal, das Tag und Nacht zur Verfügung steht, ist den Müttern ebenfalls sehr wichtig. In Bezug auf das Stillen erwarten die Frauen gute Ratschläge, Unterstützung, Geduld, Ermutigung und einheitliche Beratung. Sie wünschen sich, als kompetente Mütter nach Hause gehen zu können. Allgemein unterschätzen in der Studie von Proctor (1998) die Hebammen das Informationsbedürfnis der Frauen.

Im häuslichen Wochenbett zeigt sich, dass vier Wochen nach der Geburt ein höherer, nicht abgedeckter Lernbedarf besteht als bei Spitalentlassung (Sword und Watt 2005). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass erst im Alltag zu Hause ohne ständige Präsenz von Fachleuten Wissenslücken zu Tage treten. Die Frauen wünschen sich

mehr Informationen zu den Themen Krankheitszeichen beim Kind, Pflege und Verhalten des Kindes, körperliche Veränderungen und Selbstpflege, emotionale Veränderungen und öffentliche Unterstützungsangebote.

Der Anteil Frauen, der sich acht Wochen pp. Hilfe für zu Hause wünscht, ist in der australischen Studie von Thompson et al. (2002) mit 40% hoch. Am meisten erwähnt werden Mithilfe im Haushalt, Kinderbetreuung, Beratung in der Kinderpflege und -ernährung und emotionale Unterstützung.

Über die spezifischen Erwartungen von Frauen an die Wochenbettbetreuung zu Hause gibt es in der Schweiz keine Untersuchungen. Da die Aufenthaltszeit im Spital nach der Geburt kürzer wird und Frauen immer häufiger während dem Milcheinschuss mit seinen häufig anzutreffenden Stillproblemen nach Hause entlassen werden, muss diesem Thema ein grosses Gewicht beigemessen werden.

### **Fazit**

Dem grossen Informationsbedürfnis, das Frauen im Wochenbett haben, muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine freundliche, kompetente und einheitliche Beratung sind wichtige Grundvoraussetzungen, dass sich Frauen sicher und wohl fühlen. Es erleichtert ihnen den Weg vom schwanger sein zum Mutter werden. Hebammen müssen sich hartnäckig und konsequent dafür einsetzen, dass die Bedürfnisse nach Unterstützung und Information im häuslichen Wochenbett erfüllt werden können. Dies kann auf politischer Ebene geschehen (Übernahme der Kosten von Haushaltshilfen durch die Krankenkassen) oder in einer guten Zusammenarbeit zwischen den freipraktizierenden Hebammen und den weiter betreuenden Institutionen (Mütter-Väter-Beratung). Um geeignete Dienstleistungen von Seiten der Hebammen anzubieten, müssen Studien zu den Bedürfnissen von Frauen im häuslichen Wochenbett durchgeführt werden. Zurzeit ist dazu eine Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel im Gange (Blöchliger P 2007, mündliche Information).

### **Wochenbettbetreuung zu Hause**

Eine hohe Bedeutung hat in der Wochenbettbetreuung die Frage, wie lange und wie oft die Mütter und ihre Kinder zu Hause von Hebammen betreut werden sollen. Brauchen die Frauen überhaupt Unterstützung nach der Spitalentlassung? Bringt es ihnen gesundheitliche Vorteile?

Die WHO (1998) kritisiert die ungenügende Datenlage darüber, welchen genauen Zweck Hausbesuche im Wochenbett erfüllen sollen, wie oft diese erfolgen sollen und wie wirkungsvoll diese für die Gesundheit von Mutter und Kind sind.

Ein grundsätzliches Problem bietet auch die Definition des Begriffs „Wochenbett“: Zeitlich umschreibt er zwar recht genau die Zeitspanne ab Geburt bis sechs bis acht Wochen pp. Die inhaltlichen Komponenten der seelischen und körperlichen Umstellungsprozesse (Rückbildung, Heilung von Geburtswunden, Milchbildung, Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung, die hormonelle Umstellung und das Einsetzen der Ovarialtätigkeit) lassen sich aber nicht in ein derart rigides Korsett zwängen. Sie laufen bei jeder Frau in ihrem eigenen Tempo ab. Am Beispiel der Rückkehr von Menstruation und Ovulation lässt sich dies sehr gut aufzeigen: So haben 15% aller stillenden Mütter sechs Wochen nach der Geburt wieder einen Eisprung, 45% nach zwölf Wochen und 85% nach 24 Wochen (Geist 2005). Die Heilung von Geburtswunden dauert wie ausführlich dargestellt nicht nur acht Wochen, sondern kann sich über Monate hinziehen. Diese inhaltlich ungenaue Eingrenzung des Wochenbettbegriffs führt dazu, dass nicht eindeutig definiert werden kann, wie lange eine Frau, ihr Kind und ihre Familie nach der Geburt begleitet werden sollen.

Trotz oder gerade wegen dieser Unsicherheiten gibt es starke Argumente für die Wochenbettbetreuung nach dem Spitalaufenthalt:

- Die immer kürzeren Spitalaufenthalte nach der Geburt, die sich aufgrund ökonomischer Überlegungen ergeben und nicht etwa, weil die Mütter dies so wünschen, bewirken, dass Mütter nach Hause entlassen werden, bevor sich das Stillen einge-

- spielt hat, die Geburtswunden verheilt sind und sie Sicherheit in der Pflege ihres Kindes erlangt haben.
- Die soziale Einbettung von Müttern in ein Umfeld, das Erfahrung mit Kindern hat, ist heute nicht mehr immer gegeben. Den Frauen fehlt es an Vorbildern, an denen sie sich orientieren können. Die Hebamme kann diese Lücke füllen.
  - Die lange anhaltenden gesundheitlichen Probleme von Wöchnerinnen rechtfertigen eine Betreuung der Frau über den zehnten Wochenbetttag hinaus. Die psychische Befindlichkeit und die Zufriedenheit steigen, wenn Frauen während eines Monats pp. von Hebammen begleitet werden (MacArthur et al. 2002). Auch die Unterstützung durch eine Mütterpflegerin (in Anlehnung an die holländische Version der *kraamverzorgenden*), einen Beruf, den man in Deutschland erlernen kann, könnte Frauen entlasten und zu einer höheren Zufriedenheit führen (von Ochsenstein-Nick 2006). Für eine längere Betreuung sprechen auch die Erfahrungen von Schweizer Hebammen, die häusliche Wochenbettbegleitung anbieten. Die Mehrheit der Hebammen befürwortet eine Ausdehnung der Wochenbettbesuche auf mindestens zwei Wochen bis maximal vier Wochen nach der Geburt.
  - Der Informationsbedarf über Kinderpflege und Belange des eigenen Wohlergehens steigt nach dem Spitalaustritt.

Keine Untersuchung befasste sich bisher mit der Frage, wie lange die Wochenbettbetreuung zu Hause aus der Sicht der Frauen dauern sollte. Die NICE-Richtlinien zur postpartalen Betreuung von Müttern und ihren Kindern schlagen vor, Familien je nach Bedarf bis zu acht Wochen pp. zu betreuen. In Deutschland ist dies bereits möglich. Zu den gesundheitlichen Auswirkungen gibt es aus Deutschland jedoch (noch) keine Untersuchungen.

#### **Fazit**

Die Begleitung von Frauen im Wochenbett zu Hause ist mehr denn je notwendig. Es gibt wissenschaftlich untermauerte Belege dafür, dass sich die psychische Gesundheit der Frauen verbessert, wenn sie während mindestens einem Monat pp. von Fachpersonen begleitet werden. Die Zufriedenheit der Frauen steigt, wenn sie zudem Unterstützung in Haushaltsarbeiten und bei der Kinderbetreuung erhalten. Durch weitere Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Effektivität der Wochenbettbetreuung müssen die Hebammen weitere Argumente für eine längere, staatlich finanzierte Betreuungszeitspanne finden.

#### **Inhalt der häuslichen Wochenbettbetreuung**

Obwohl es nicht Ziel dieser Arbeit ist, einen Leitfaden über den Inhalt der Wochenbettbetreuung zu Hause zu entwickeln, sollen an dieser Stelle einige Punkte erwähnt werden, die eine wichtige gesundheitsfördernde Rolle spielen:

Die NICE-Richtlinien zur postpartalen Betreuung schlagen vor, einen dokumentierten, individuellen Pflegeplan für die Zeit nach der Geburt in Zusammenarbeit mit der Frau, idealerweise während der Schwangerschaft oder so bald wie möglich nach der Geburt zu erstellen. Schwangere Frauen sind in der Schweiz laut Aussagen von freipraktizierenden Hebammen schlecht über das Angebot häuslicher Wochenbettbetreuung informiert. Die Mehrheit der Frauen wird in der Schwangerschaft von Geburtshelferinnen und nicht von Hebammen betreut. Dementsprechend haben auch nur 47% aller Wöchnerinnen nach der Spitalentlassung eine Hebamme für zu Hause.

#### **Fazit**

Frauen, die Geburtsvorbereitungskurse besuchen, sollten dort Informationen zum Wochenbett erhalten und Unterstützung im Erstellen eines postpartalen Pflegeplans erhalten; Geburtshelferinnen sollten schwangere Frauen über die Möglichkeit der Wochenbettbetreuung durch frei praktizierende Hebammen nach dem Spitalaufenthalt aufklären.

#### **Vorbereitung auf das Wochenbett**

Frauen fühlen sich oft schlecht auf das Leben als Mutter mit einem Neugeborenen vorbereitet. Gesundheitsförderung im Wochenbett beginnt demnach nicht erst im Wochenbett selbst, sondern bereits präkonzeptionell und während der Schwangerschaft. Einige postpartale Probleme könnten zudem durch geeignete Betreuung während der Schwangerschaft vermieden werden (z.B. kontrollierte Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, Förderung des Stillens und Körperaktivität wirken präventiv auf die Entwicklung von Adipositas im späteren Leben einer Frau, Dammvorbereitung bei Erstgebärenden reduziert das Risiko für einen Dammriss).

#### **Fazit**

Das Angebot von Elternvorbereitungskursen wäre prüfenswert, um unrealistische Vorstellungen über das Leben mit einem Kind abzubauen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten als Eltern aufzubauen. Präventionsarbeit in der Schwangerschaft verhilft Frauen zu einer besseren Gesundheit nach der Geburt.

#### **Informationsfluss zwischen Betreuungspersonen**

Die Betreuung von werdenden Müttern ist in der Schweiz stark segmentiert: In der Schwangerschaft gehen sie meist zu einer Geburtshelferin oder zu einem Geburtshelfer, die Geburt findet im Spital mit ihr unbekanntem Fachpersonal statt und im Wochenbett wird sie erneut von ihr fremden Pflegefachfrauen oder Hebammen betreut. Zu Hause kommt dann nochmals eine andere Hebamme vorbei bis die Mütter mit ihren Säuglingen letztlich zur MVB gehen.

#### **Fazit**

Um die Begleitung der Frau nach der Spitalentlassung optimal zu gestalten, müssen standardisierte, schriftliche Informationen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Spital an die weiter betreuende Hebamme weitergeleitet werden. Diese wiederum leitet wichtige Daten an die MVB weiter. Dies immer mit dem Einverständnis der Mütter.

#### **Zusammenarbeit zwischen Betreuungspersonen**

Wie bereits erwähnt, werden Frauen im Wochenbett von verschiedenen Fachpersonen betreut. In der Schweiz sind dies Hebammen, die MVB und Ärztinnen und Ärzte. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie auch untereinander ist nicht immer zufrieden stellend.

#### **Fazit**

Es müssen Plattformen geschaffen werden, um das allen beteiligten Akteuren gemeinsame Ziel der Gesundheitsförderung von Müttern und ihren Kindern zu erreichen. Eine Möglichkeit ist die gemeinsame Weiterbildung zum Thema Wochenbett. Nicht zuletzt hängt es auch vom persönlichen Engagement jeder einzelnen ab, wie erfolgreich sich die Zusammenarbeit gestaltet. Der Einsatz von Hebammen für die ganzheitliche Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen könnten zu einer besseren Gesundheit und Zufriedenheit der Frauen beitragen.

## 9 Schlussfolgerungen

Die Wochenbettbetreuung fristet in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern – als Beispiel sei hier Grossbritannien genannt – ein Mauerblümchendasein. Nur 47% aller Wöchnerinnen nehmen trotz immer kürzerer Spitalaufenthalte die Leistungen einer freiberuflichen Hebamme für die ersten Tage nach der Geburt zuhause in Anspruch. Die postpartale Betreuung ist in der Schweiz auf lediglich zehn Tage beschränkt. Dabei würden die vielfältigen, lange anhaltenden postpartalen Beschwerden von Wöchnerinnen die unterstützende Begleitung einer Hebamme durchaus über einen längeren Zeitraum von mindestens zwei Monaten rechtfertigen. Evidenzen über die Wirksamkeit postpartaler Betreuungsangebote über eine längere Zeit sind vorhanden. Vor allem die psychische Befindlichkeit verbessert sich, wenn Frauen länger von Hebammen begleitet werden. Die Zufriedenheit der Frauen im Wochenbett wächst zusätzlich, wenn nebst der Hebamme auch „Mütterpflegerinnen“ Arbeiten im Haushalt und in der Kinderbetreuung übernehmen. Bezug nehmend auf das Hauptziel dieser Arbeit, Möglichkeiten zur Verbesserung der postpartalen Gesundheit von Müttern im schweizerischen Kontext aufzuzeigen, werden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

### Schlussfolgerungen für die Hebammenarbeit

- Elternvorbereitungskurse anbieten, starker Partnereinbezug.
- Präventionsarbeit in der Schwangerschaft zur Vermeidung postpartaler Probleme (Dammmassage, Gewichtskontrolle, usw.).
- Information an schwangere Frauen über die Möglichkeit einer Wochenbetthebamme zu Hause sicherstellen. Dies sollte auch auf Verbandsebene mit der Ärzteschaft diskutiert werden.
- Pränatale Vorbereitung der Frau auf die Zeit nach der Geburt durch individuelle Planung der Wochenbettzeit.
- Dem grossen Informationsbedürfnis von Müttern mit Säuglingen nachkommen.
- Benutzen von Symptomlisten postpartaler Beschwerden und der EPDS zum Aufdecken postpartaler Probleme.
- Bewusstseinsbildung und Schulung in der Therapie postpartaler Beschwerden.

### Schlussfolgerungen für die Hebammen-Verbandsarbeit

- Standards für einen verbesserten Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern entwickeln (Hebamme-Ärzterschaft-Spital-MVB-andere).
- Erstellen einer Richtlinie für die Betreuung von Wöchnerinnen durch freipraktizierende Hebammen in Anlehnung an die NICE-Richtlinie.
- Engagement für längere Betreuung von Wöchnerinnen durch Hebammen bis mindestens einen Monat pp.
- Engagement für bezahlte Haushaltshilfen/Mütterpflegerinnen.

### Schlussfolgerungen für die Forschung

- Das Wissen über erfolgreiche Therapien postpartaler Beschwerden von Frauen erweitern.
- Bedürfnisse von Frauen bezüglich des Inhalts und des Zeitraums der Wochenbettbetreuung erforschen.
- Wissen über Wirksamkeit der Wochenbettbetreuung erweitern.
- Männerspezifische Aspekte rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternsein besser erforschen (lassen).

### Schlussfolgerungen für die Hebammenausbildung

- Ausbildungsinhalte über langfristige postpartale Beschwerden und Therapiemöglichkeiten. Anwendung der EPDS schulen.



## 10 Literaturverzeichnis

- Antonovsky A 1997 *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
- Association of Reproductive Health Professionals (ARHP) 2006 *Postpartum counseling. A quick reference guide for clinicians* ARHP, Washington DC
- Beck M, Knoth S 2004 Nachbetreuung von Wöchnerinnen *Schweizer Hebamme* **10**:4-12
- Bick D, MacArthur C 1995 Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination *Midwifery* **11**:69-73
- Bick D, MacArthur C, Knowles H, Winter H 2004 *Evidenzbasierte Wochenbettbetreuung und -pflege. Praxishandbuch für Hebammen und Pflegenden* Hans Huber, Bern
- Borders N 2006 After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery *J Midwifery Womens Health* **51**(4):242-248
- Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O 2004 Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial *Br J Obstet Gynaecol* **111**:807-813
- Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C 1995 Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature *Pediatrics* **96**:716-726
- Brown S, Lumley J 1998 Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey *Br J Obstet Gynaecol* **105**:156-161
- Brown S, Lumley J 2000 Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum *Br J Obstet Gynaecol* **107**:1194-1201
- Brynhildsen J, Hansson A, Persson A, Hammar M 1998 Follow-up of patients with low back pain during pregnancy *Obstet Gynecol* **91**:182-186
- Bundesamt für Statistik (BFS) 2007a *Gebären in Schweizer Spitälern. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung* Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Bundesamt für Statistik (BFS) 2007b *Die Bevölkerung der Schweiz 2006* Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Cheng CY, Fowles ER, Walker LO 2006 Postpartum maternal health care in the United States: a critical review *Journal of Perinatal Education* **15**(3):34-42
- De Vries R 2004 *A pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands* Temple University Press, Philadelphia
- Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP 1998 *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer* Ullstein Medical, Wiesbaden
- Farbman Moran C, Martin DP 1997 What do women want to know after childbirth? *Birth* **24**(1):27-34

- Frei IA 2006 Postnatale Betreuung erstgebärender Frauen unter der Lupe: "Ja, ich fand es sehr streng, eine anstrengende Zeit" *Hebamme.ch* **2**:5-8
- Geist C 2005 Physiologische Veränderungen im Wochenbett In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde- Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 3. Aufl Hippokrates Verlag, Stuttgart S 427-441
- Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT 1995 Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment *Br J Obstet Gynaecol* **102**:282-287
- Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB 2003 Postpartum urinary incontinence *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* **82**:556-563
- Kerlen-Petri K 2007 Betreuung im späten Wochenbett. Je länger, je lieber *Hebammenforum* **4**:248-254
- Kowalenko N, Barnett B, Fowler C, Matthey S 2000 The perinatal period: early interventions for mental health. Vol. 4 In: Kosky R, O'Hanlon A, Martin G, Davis C (Hrsg) *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health* Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People, Adelaide
- Lauper U 2004 Wochenbett In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 937-944
- Lumley J, Watson L, Small R, Brown S, Mitchell C, Gunn J 2006 PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers): a community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth *BMC Public Health* **6**:37
- MacArthur C, Lewis M, Knox EG, Crawford JS 1991a *Health after Childbirth* HMSO, London
- MacArthur C, Lewis M, Knox EG 1991b Health after Childbirth *Br J Obstet Gynaecol* **98**:1193-1195
- Mac Arthur C 1999 What does postnatal care do for women's health? *The Lancet* **353**: 343-344
- MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Braunholtz DA, Gee H 2002 Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial *The Lancet* **359**:378-385
- Mändle C 2003 Die Physiologie des Wochenbetts In: Mändle C, Opitz-Kreuter S, Wehling A (Hrsg) *Das Hebammenbuch* 4. Aufl. Schattauer, Stuttgart S 303-311
- Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A 2000 Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial *BMJ* **321**:593-598
- Morgan M, Fenwick N, McKenzie C, Wolfe CDA 1998 Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction *Quality in Health Care* **7**:77-82

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2006 *Routine postnatal care of women and their babies* NICE, London Clinical guideline 37
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007 *Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance* NICE, London Clinical guideline 45
- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E 2005 Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth *Scand J Caring Sci* **19**:381-387
- Proctor S 1998 What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives *Birth* **25**(2):85-93
- Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY 2000 Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy *Br J Obstet Gynaecol* **107**:1202-1209
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV) 2007 *Tätigkeitserfassung der freipraktizierenden Hebammen der Schweiz. Statistik 2006* Schweizerischer Hebammenverband, Bern
- Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J 2006 Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health *Birth* **33**(3):210-220
- Stadelmann I 2003 *Die Hebammensprechstunde* 15. Aufl Eigenverlag, Ermengerst
- Sword W, Watt S 2005 Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? *Birth* **32**(2):86-92
- Tamme C 2007 Hämorrhoiden in Schwangerschaft und Wochenbett *Deutsche Hebammenzeitschrift* **4**:61-64
- Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA 2002 Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth *Birth* **29**(2): 83-94
- von Ochsenstein-Nick J 2006 Alte Idee – neu erfunden *Deutsche Hebammenzeitschrift* **8**:30
- Wilkins C 2005 A qualitative study exploring the support needs of first-time-mothers on their journey towards intuitive parenting *Midwifery* **22**:169-180
- World Health Organization 1998 *Postpartum care of the mother and newborn. WHO Technical Report Series* WHO, Geneva (WHO/RHT/MSM/98.3)
- World Health Organization 2003 *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice* WHO, Geneva

## Anhang 1

### Symptomcheckliste postpartaler Beschwerden

Bitte sagen Sie mir, ob bei Ihnen seit der Geburt Ihres Kindes eines der folgenden Probleme aufgetreten ist. Dabei handelt es sich um Beschwerden, die bei sehr vielen Frauen im Wochenbett vorkommen. Wenn ich Ihre Beschwerden kenne, kann ich Sie besser beraten oder eine entsprechende Behandlung empfehlen.

Ist seit der Geburt Ihres Kindes eines der folgenden Probleme aufgetreten:

Symptom	Datum:		Datum:	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Pathologische Blutung				
Schmerzen im Dammbereich oder Dyspareunie				
Probleme mit der Sectionnaht				
Stillprobleme				
Harnwegsprobleme (fragen Sie nach Stressinkontinenz, HWI, Miktionsproblemen)				
Darmprobleme (fragen Sie nach Obstipation, Hämorrhoiden, Stuhl- oder Windinkontinenz)				
Depression				
Erschöpfung				
Rückenschmerzen				
Kopfschmerzen				

(aus Bick et al. 2004)

## Anhang 2

### Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS):

#### Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen

##### Warum soll man Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt auf Depressionen untersuchen?

Emotionale Krisen sind in der Schwangerschaft und nach der Geburt häufig, komplex und können verschiedene Erscheinungsformen haben. Postpartale Depression ist die häufigste psychische Erkrankung, die mit der Geburt einhergeht und 15% aller Mütter sind betroffen. Dies kann Langzeitfolgen für die Frauen, ihre Partner, die Babies und andere Kinder haben. Da Gesundheitsberufe, die mit Müttern zu tun haben, auch mit depressiven Müttern als erstes in Kontakt kommen, ist es wichtig dass sie einen Fragebogen zur Hand haben, der ihren klinischen Eindruck ergänzt und in der Entscheidung für weiteres Vorgehen hilfreich ist.

##### Untersuchung der Frauen auf schwangerschaftsassozierte Depression: Die EPDS

International ist die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) in der Zeit nach der Geburt in breiter Verwendung. Dieser Fragebogen wurde von Cox, Holden & Sargovsky (1987) eingeführt und wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt zu entdecken (Hebammenbesuch, Stillberaterinnen, Kinderärzte, praktische Ärzte). Dieser Fragebogen schließt körperliche Symptome aus, die nach der Geburt häufig vorkommen (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und in dieser Phase nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind.

Als ein Screening-Instrument soll die EPDS die Stimmungslage der letzten 7 Tage erheben. Hohe Scores sind nicht von vornherein mit der Diagnose Depression gleichzusetzen, ebenso können Frauen niedrige Scores haben und trotzdem unter einer Depression leiden. Die EPDS stellt keine klinische Diagnose Depression und soll auch nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation dienen. Die EPDS kann auch nicht voraussagen, ob jemand einmal in der Zukunft eine Depression haben wird, sie kann nur eine gegenwärtige Verstimmung erfassen.

##### Richtlinien zur Anwendung der EPDS

Die EPDS ist ein 10 Fragen umfassender Selbstaussfüllerfragebogen. Frauen werden gebeten, eine von vier Antwortmöglichkeiten zu wählen, die dem möglichst nahe kommt, wie sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Jede Frage hat einen Punktwert von 0 bis 3 und die Werte der 10 Fragen werden zusammengezählt. Die höchste Punktezahl ist somit 30 und würde eine sehr schwere Depression bedeuten, das Minimum wäre 0 und würde völliges Fehlen jeglicher Symptome bedeuten.

**Wichtig:** bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben.

Der Wert der EPDS liegt darin, dass sie einfach auszufüllen ist, dass sie in Bezug zu anderen standardisierten psychiatrischen Instrumenten validiert wurde und dass sie von den Frauen gut akzeptiert wird. Die Verwendung erlaubt den Müttern über ihre Gefühle zu sprechen und den Professionellen auf einfühlsame Weise das Thema postpartale Depression anzusprechen.

Die EPDS kann zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt angewendet werden. Sehr hohe Scores in der ersten Woche nach der Geburt zeigen einen Baby-Blues an. Dieser kann in eine Depression übergehen, wenn er sehr schwer ist. Eine Anwendung 6-8 Wochen nach der Geburt ist sinnvoll, eine Wiederholung nach 3 und 6 Monaten wurde empfohlen, am besten ist es, die EPDS die ersten 12 Monate nach der Geburt wiederholt anzuwenden. Es sollen mindestens 2 Wochen vergehen, bevor man die EPDS wiederholt.

##### Wissenschaftliche Ergebnisse

Zahlreiche Studien haben verschiedene Werte evaluiert, ab denen eine Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt (so genannte Cut-off-Werte).

Es gibt jedoch die Übereinkunft, dass Frauen mit Werten  $\geq 13$  eine 60-100%ige Wahrscheinlichkeit haben, unter einer Depression zu leiden. Sehr hohe Werte können bei einer akuten Krise oder einer Frau mit Persönlichkeitsstörung vorliegen, bei denen eine Abklärung erfolgen soll.

Obwohl die EPDS für die Verwendung postpartal entwickelt wurde, wurde sie auch für die Zeit der Schwangerschaft validiert und wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt.

Studien, die die EPDS verwenden, haben diese in den unterschiedlichsten Settings angewandt, durch Hebammen, Kinderschwestern, Psychologen und Forscher. Die EPDS korreliert gut mit anderen Depressionsinventaren wie der Beck Skala (BDI) und dem Gesundheitsfragebogen (GHQ).

Die Informationen dieses Dokumentes sind mit Erlaubnis reproduziert von *The Edinburgh Postnatal Depression Scale – A Health Professional's Guide*, verfasst und publiziert von *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program*. Das Copyright bleibt bei *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program*.

Für Details betreffend den Gebrauch, Kopien und Verteilen der Information besuchen Sie bitte die Website: <http://www.beyondblue.org.au/postnataldepression>  
Übersetzt aus dem Englischen und adaptiert für Österreich von claudia.klier@meduniwien.ac.at



# Befindlichkeitsbogen (EPDS) (Cox / Holden / Sagovsky)



So fühlte ich mich während der letzten Woche:  
(Scores in Klammer)

**1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:**

- Genauso oft wie früher  0  
 Nicht ganz so oft wie früher  1  
 Eher weniger als früher  2  
 Überhaupt nie  3

**2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:**

- So oft wie früher  0  
 Eher weniger als früher  1  
 Viel seltener als früher  2  
 Fast gar nicht  3

**3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:**

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

**4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:**

- Nein, nie  0  
 Ganz selten  1  
 Ja, manchmal  2  
 Ja, sehr oft  3

**5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:**

- Ja, ziemlich oft  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nein, fast nie  1  
 Nein, überhaupt nie  0

**6. Mir ist alles zuviel geworden:**

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen  3  
 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen  2  
 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen  1  
 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen  0

**7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:**

- Ja, fast immer  3  
 Ja, manchmal  2  
 Nein, nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

**8. Ich war traurig und fühlte mich elend:**

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, ziemlich oft  2  
 Nein, nicht sehr oft  1  
 Nein, nie  0

**9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:**

- Ja, sehr oft  3  
 Ja, ziemlich oft  2  
 Nur manchmal  1  
 Nein, nie  0

**10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:**

- Ja, oft  3  
 Manchmal  2  
 Selten  1  
 Nein, nie  0

**Gesamtscore**

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).  
 Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0–3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0–30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0–9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10–12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

Quelle: <http://www.marce-gesellschaft.de/verweise/FolieEPDS.pdf>