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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 87 (1989)

Heft: 1

Artikel: Von der Hausgeburt zur heutigen Klinikgeburt

Autor: Spörri, Theresa

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951057

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 14.07.2025

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

Liebe Kollegin,

Wie gefällt Ihnen das neue Gesicht unserer Verbandszeitung? «Endlich!» werden die einen sagen, – «Schade!» die anderen, die ihre vertraute und liebgewonnene Hebammenzeitung mit einer fremden und neuen Zeitschrift vertauscht sehen.

Auf der ersten Seite stehen neu die Adressen der Sektionspräsidentinnen, und wie Sie dem Impressum entnehmen, wird die «Schweizer Hebamme» nicht mehr in Bern bei der Druckerei Haupt gedruckt, sondern im Atelier Grand in Le Mont-sur-Lausanne.

Der Druckerei Haupt und ihren Mitarbeitern möchten wir für die gute Zusammenarbeit und ihren grossen Einsatz während der letzten Jahre ganz herzlich danken!

Ein modernes Titelblatt, mattes und festeres Papier, die neue Schrift, die feinen Linien zwischen den Spalten: Dies alles soll unsere Zeitung ansprechender und angenehmer zu lesen machen. Wir möchten ein Blatt gestalten, das unsere Leserinnen gerne zur Hand nehmen und wir hoffen, dass Sie es in dieser Form bald liebgewinnen werden. Auf Ihr Echo sind wir gespannt. Schreiben Sie uns doch Ihre Meinung.

★

Die «Schweizer Hebamme» ist eine Zeitung von und für uns. Die vorliegende und die nächste Nummer – die ersten beiden im neuen Gewande- «leben» weitgehend von Beiträgen aus unserem eigenen Kreise. Wir erhalten Einblick in Aufgaben, Ziele und Probleme von Kolleginnen, die an je anderen Orten «ihre Hebamme stellen». Das kann uns (wieder) vor Augen führen, wie vielfältig unser Beruf ist, und auf wie vielfältige Weise sich unsere beruflichen und menschlich-ethischen Vorstellungen verwirklichen lassen. Diese beiden Nummern sollen ein Beitrag dazu sein, dass wir uns besser verstehen, uns näherkommen und uns miteinander solidarisieren – anstatt uns gegenseitig zu bekämpfen.

Wir danken ganz herzlich den vielen Kolleginnen, die sich spontan bereit erklärt haben, von ihrer Tätigkeit zu berichten. Sie verhelfen unserer Zeitung zu einem neuen Start im gewünschten Sinne.

Barbara Lüthi-Reutlinger

Von der Hausgeburt zur heutigen Klinikgeburt

Theresa Spörri,

Oberhebamme an der Universitätsklinik Zürich

Der Fortschritt in der medizinischen Forschung und Technik sowie der Wandel, den der Wert und die Stellung der Frau in der Gesellschaft erfahren haben, haben die Geburtshilfe in unserem Jahrhundert sehr verändert.
Den Tod und das Leiden der Frau rund um die Geburt wollte man anfangs Jahrhundert nicht mehr länger mit fatalistischem Gleichmut hinnehmen. Das Leben und das Wohl der Frau rückten in den Mittelpunkt des medizinischen Interesses. Sie gewann an Selbstbestimmungsrecht, das sie später (und zum Teil bis heute) zum Wohle ihres Kindes dann wieder aufgeben musste.
In einem kurzen historischen Abriss zeigt uns Frau Spörri die Entwicklung von der Hausgeburt um die Jahrhundertwende bis zur Klinikgeburt heute.

Einleitung

Vor der Jahrhundertende wurden nur unverheiratete oder arme Frauen im Krankenhaus entbunden. In Kansas hiess es etwa zur Zeit des Ersten Weltkrieges: «...das Krankenhaus scheint im allgemeinen als letzte Zuflucht angesehen zu werden.». In Wisconsin wurden in jenen Jahren praktisch keine Krankenhausentbindungen vorgenommen. In Chicago fanden um 1920 nicht einmal 10 Prozent der Geburten im Krankenhaus statt. Heute sind jedoch in allen westlichen Ländern, mit Ausnahme der Niederlande, die Krankenhausgeburten zur Regel geworden; und selbst dort kamen 1976 zwei Drittel aller Frauen im Krankenhaus nieder.
Warum? Was konnte diese Millionen von Frauen bewogen haben, die herkömmliche Geborgenheit einer Hausgeburt mit der nüchternen Umgebung einer Krankenhausstation zu vertauschen?

Da wir heute kaum eine Vorstellung davon haben, wie es in den zwanziger Jahren in Arbeiterwohnungen aussah, fehlt es uns am rechten Verständnis für das Widerstreben der Ärzte, dort Entbindungen vorzunehmen. Man findet ein Bett vor, in dem der Mann, die Frau oder ein bis zwei Kinder geschlafen haben: es ist von Urin durchtränkt, das Bettzeug ist dreckig und die Wäsche der Patientin beschmutzt; sie hat nicht gebadet. Statt saubere Kleidung gibt es ein paar alte Lumpen, oder der Ausfluss läuft in ein Nachthemd, das seit Tagen nicht gewechselt wurde.
Adolf Weber, ein Alsfelder Arzt mit mehrjähriger geburtshilflicher Erfahrung in Bauernhäusern und Krankenhäusern, schilderte die Vorzüge des Krankenhauses folgenderweise: «Die Mutter lag in einem gut gelüfteten, desinfizierten Zimmer. Licht und Sonnenschein drangen ungehindert durch ein hohes Fenster herein; ausserdem konnte es durch elektrisches Licht taghell erleuchtet werden, und man konnte sehen, was man tat.»

Erfindung der Zange

Durch die Erfindung der Zange und wehenfördernden Mittel wurde die Hausgeburt gefährlicher. So wurde Anfangs zwanzigstes Jahrhundert der Missbrauch von Pituitrin, einem wehenförderndern Mittel, beschrieben. Pituitrin wurde 1906 von dem Edinburgher Henry Hallet Dali entdeckt und seit 1909 in der Geburtshilfe verwendet, nachdem ein englischer Arzt namens Blair Bell darüber geschrieben hatte. Es war in der Tat geeignet, langsame Entbindungen zu beschleunigen, derart, dass das Kind regelrecht durch den Geburtskanal geschossen wurde. Obwohl das Mittel als unselige Nebenwirkung gelegentlich Gebärmutterrisse verursachte, wurde es neben der Zange überaus häufig verwendet. In der Strassburger Klinik von Hermann Fehling z.B. gingen die Zangenentbindungen durch Pituitrin um einen Drittel zurück.
Die überaktive Geburtshilfe bei Hausentbindungen wurde also zu einem schwerwiegenden Problem.
Es wurden zu Hause nicht nur zuviele Zangenentbindungen vorgenommen, sondern sie wurden auch mit mangelhafter Sach-

kenntis ausgeführt. Vielen Ärzten gelang es nähmlich nicht, das Kind mit der Zange zu holen, so dass die Mutter schliesslich ins Krankenhaus kam. Die Diagnose lautete in der Regel: «FFO»-failed forceps outside (missglückte Zangengeburt). Die grosse Zahl der FFOs war der Hauptgrund für den allgemeinen Rückgang der Hausentbindungen.

Entsprechend waren Ende der dreissiger Jahre die führenden Ärzte bestrebt, die meisten Frauen im Krankenhaus zu entbinden. So hiess es im englischen Bericht über Müttersterblichkeit 1937: «Eine Verminderung der Todesfälle im Anschluss an anormale Geburten wird nur möglich sein, wenn die praktizierenden Ärzte einsehen, dass sie – von dringenden Notfällen abgesehen – im Hause der Patientin keine geburtshilflichen Operationen versuchen dürfen, die auch die Fähigkeit erfahrener Geburtshelfer in gut ausgerüsteten Krankenhäusern auf eine harte Probe stellen.

Die Hebammen leisteten im allgemeinen keinen Widerstand gegen die Krankenhausentbindung. Denn das Krankenhaus rettete ihren Berufsstand. Die Hebamme Alice Gregory zum Beispiel half um die Jahrhundertwende in einer Woolwicher Entbindungsklinik, die gleichzeitig als Hebammenschule diente. Alice Gregory hegte tiefe Verachtung für die traditionellen Hebammen, die sich stets in dem Glauben wiegen, weder sie noch ihre Patientinnen kämen ohne eine Menge Brandy und Gin aus.

1936 schrieb die deutsche Hebamme Lisbeth Burger: «Dass die Frauen gern in die Klinik gehen, kann ich verstehen. Dort ist alles parat. Sie sparen Arbeit, Aufregung und Kosten. Wenn die Wohnung eng und klein ist, kommt noch anderes hinzu. Anderseits aber ist es doch so unpersönlich.»

Frauen wünschen Mitbestimmung

Die wachsende Bereitschaft der Frauen aus der Mittelschicht, zur Entbindung ins Krankenhaus zu gehen, ist wohl die wichtigste Entwicklung, die sich in unserer Geschichte während der zwanziger und dreissiger Jahre vollzieht. Morris Vogel schreibt, die Krankenhäuser seien in diesen Jahren zu Mittelpunkten medizinischer Praxis geworden, nicht nur in der Geburtshilfe, sondern auch in allen anderen Bereichen. Es ist wohl eher so, dass eine Vielzahl von Umständen zusammentreffen muss, damit es zu einem kollektiven Sinneswandel von solcher Grössenordung kommen kann; das Leben in beengten Grosstadtwohnungen; die bittere Armut in Europa unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg, die die Krankenversicherer veranlasste, für Krankenhausgeburten zu zahlen; die Verbreitung der medizinischen Erkenntnis, dass Erstgebärende etwas anfälliger für Komplikationen sind als Frauen, die schon mehrere Kinder geboren haben. Trotzdem gab es einen ausschlaggebenden Grund:
Dieser Hauptgrund war, dass die Frauen Anfang des 20. Jahrhunderts mehr Sicherheit bei der Entbindung erwarteten. Die traditionellen Frauen hatten geburtshilfliche Risiken mit der gleichen fatalistischen Resignation hingenommen, die die Menschen auf dem Lande gegenüber allen Risiken an den Tag legten, welche sich ihrer Einflussnahme entzogen – Hagel – Sturm, Pest und Krieg. Die neuzeitliche Geisteshaltung dagegen war durch aktives Eingreifen angesichts widriger Umstände gekennzeichnet. In den zwanziger Jahren nun bestand die erfolgversprechendste Weise, mit den widrigen Umständen bei Entbindungen fertigzuwerden, im Kaiserschnitt. Und da die Sicherheit, die er bot, nur im Krankenhaus vorhanden war, begannen sich die Frauen für die Krankenhausentbindungen zu entscheiden.

In dieser Zeit kam es zur Aufwertung des Geburtserlebnisses.
Versetzen wir uns in die Lage der Mutter, die vor der Entbindung steht. Ab 1930 war das folgende Szenario möglich: Dank der Geburtenregelung war es wahrscheinlicher als noch hundert Jahre zuvor, dass ihre Schwangerschaft erwünscht war.

Gleichgültig ob man für oder gegen Anästhesie ist: Für die Frau bedeutete diese Neuerung, dass sie nicht gegen ihren Willen unter den Wehenschmerzen zu leiden brauchte. Sie konnte auch entscheiden, wie lange ihre Geburt dauern sollte, selbst wenn kein medizinischer Grund vorlag, die Entbindung abzukürzen. War sie schliesslich erschöpft, konnte sie Hilfe verlangen, und sie wurde durch einen chirurgischen Eingriff entbunden. Mit anderen Worten, 1930 waren die technischen Voraussetzungen dafür gegeben, dass die Mutter jeden Aspekt des Geburtsverlaufes kontrollieren konnte.
Doch eine von Frauen kontrollierte Geburt hat es nie gegeben. Das hatte seinen Grund darin, dass es den Ärzten jetzt nicht mehr nur darum ging, die Mutter am Leben zu erhalten, sondern auch darum, ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen. Vor 1930 hatte die Medizin sich kaum um die «Perinatologie» gekümmert. Die Geburtshelfer vom 16. bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts hatten alle Hände voll zu tun, der Mutter die Qualen einer überlangen Geburt zu ersparen, und ab 1880 waren sie ausserdem bemüht, sie vor einer Infektion zu schützen.
Doch Mitte der zwanziger Jahre durften diese Zielsetzungen als erfüllt gelten. Der Kaiserschnitt hatte gefährliche Vaginalprozeduren wie Wendung, Hohe Zange und Embryotomie ersetzt. Und nur noch wenige Frauen starben am Kindbettfieber.

Erste Priorität: Wohl des Kindes

In den dreissiger Jahren begannen die Ärzte dann plötzlich, andere Prioritäten zu setzen: Die Zahl der Totgeburten sollte verringert und die lebenden Kinder sollten unbeeinträchtigt zur Welt gebracht werden – weder im Geburtskanal verletzt noch durch Sauerstoffmangel hirngeschädigt. Die Ärzte griffen jetzt häufiger ein, weil sie bemerkten, dass am Ende eines «natürlichen» Geburtsablaufes das Kind häufig eine Schädigung davontrug. Um dieses Risiko zu verringern, machten sie – zu Recht oder zu Unrecht – ihr ärztliches Urteil geltend, statt den Wunsch der Gebärenden nach Kontrolle des Geburtsablaufes zu berücksichtigen.
Die Ironie des Schickals will es, dass die Frauen heute wieder jede Selbstbestimmung während der Entbindung eingebüsst haben. Jede Phase der Geburt wird durch Vorschriften und ärztliche Konventionen geregelt. Und doch, was für ein Unterschied. Als Entschädigung für die verlorene Selbstbestimmung legt man den Frauen heute rosige, gesunde Babies in den Arm.

Wie wir gesehen haben, schickte man die Frauen in die Krankenhäuser, um sie vor den fanatischen Anhängern von Zange und Pituitrin zu schützen, denen sie zu Hause unter Umständen ausgeliefert gewesen wären. Vor 1930 führte die Möglichkeit des Kaiserschnitts auch nicht dazu, dass im Krankenhaus insgesamt häufiger eingegriffen wurde. Vielmehr war es die «Entdeckung des Fötus», die in den letzten vierzig Jahren die massive Zunahme geburtshilflicher Interventionen bewirkte.
Genau lässt sich diese prise de conscience zwar nicht datieren, doch begann mit Gewissheit Ende der zwanziger und Anfang

der dreissiger Jahre ein Trend, das Kind bei der Entbindung zu schonen. Besonders in Amerika fing man jetzt an, neben den «mütterlichen Indikationen» auch die «fetale Indikation» gelten zu lassen.
Dass sich das Augenmerk nun intensiv auf die «Perinatologie» richtete, die Sorge um das Kind während der letzten beiden Schwangerschaftsmonate und der ersten Woche nach der Geburt, führte zu zahlreichen Veränderungen in der Geburtshilfe, die heute alle heftig diskutiert werden.

Die Klinikgeburt heute

Es dürfte interessant sein zu zeigen, welch jungen Datums, historisch gesehen, die normalen Ereignisse in einer heutigen Entbindungsklinik sind. In der Regel passiert folgendes: Die Schwangere trifft mit Wehen und in Begleitung mit ihrem Ehemann ein. Die Hebamme kontrolliert ihr Gewicht, Länge, Blutdruck, Puls, Temperatur und Urin. Der Bauchumfang und der Fundusstand werden gemessen. Ein Krankenblatt wird angelegt. Während 30 Minuten wird der Herzschlag des Feten mittels CGT - Monitor überwacht. Die vaginale Untersuchung wird von der Hebamme durchgeführt.

Routinemässig wird das untere Drittel der Schamgegend rasiert. Einen Einlauf bekommt sie nur nach Notwendigkeit. Nach diesen Massnahmen wird sie dem Arzt vorgestellt. Er führt je nach Situation einen Ultraschall durch. Weiter werden routinemässig Blutuntersuchung vorgenommen und eine Verweilkanüle wird eingelegt. Der Fetus wird während der ganzen Geburt permanent überwacht. Die Mutter hat die Möglichkeit, dank der neusten Erfindung, der Externen Telemetrie «herum zu laufen, sich zu bewegen wie sie sich am wohlsten fühlt. Durch die Verbesserung der CTG - Monitoren ist man heute nicht gezwungen die Fruchtblase frühzeitig zu öffnen, um eine permanente Kontrolle über den Feten zu haben.
Die Austreibungphase erfolgt in den meisten Fällen in halbsitzender Lage und bei den meisten Frauen wird eine Episiotomie vorgenommen. Treten Komplikationen auf, die den Geburtsverlauf gefährden könnten, (etwa eine vorzeitige Plazentalösung usw.) wird eine Schnittentbindung durchgeführt.
Am Ende dieser Vorgänge, die in den zwanziger Jahren als «Interventionsorgie» verdammt worden wären, kommt ein gesundes Baby zum Verschein. Heute ist man bestrebt, auf die individuellen Bedürfnisse der Gebärenden, soweit sinnvoll, einzugehen, ohne dass das ungeborene Kind Schaden erleidet. Die heutigen technischen Möglichkeiten erlauben uns, sowohl den Feten, als auch die Mutter optimal und doch individuell zu betreuen.

An einer Universitätsklinik sind wir heute mit vielen anderen Problemfällen konfrontiert als um die Jahrhundertwende. Nicht die «risikolose Schwangerschaft und Geburt» machen uns Kopfzerbrechen, sondern Schwangere, welche an seltenen Krankheiten leiden, wie etwa Gefässkrankheiten, Gerinnungsstörung, Herzfehlern, Infektionskrankheiten usw.
Zudem überweisen uns die kleineren Spitäler Schwangere mit Frühgeburtsbestrebung, was noch nicht überall selbstverständlich ist.

Mit dem Sinneswandel und dem Fortschritt wird heute der Frühgeburt grosse Beachtung geschenkt. Für das Überleben des Frühgeborenen spielt die Vermeidung des Transportes in der Isolette eine entscheidende Rolle. So ist es wichtig, dass die Schwangere rechtzeitig in ein Zentrum verlegt wird mit einem Neonatologie - Anästhesie - Geburtshelferteam, welches rund um die Uhr anwesend ist.
Der Schwangerenvorsorge wird ebenfalls grosse Bedeutung zugemessen. So werden Mangelentwicklung, Fehlbildungen, usw. rechtzeitig erkannt mittels Ultraschall. Ohne Fortschritt und spezielle Überwachung hätten all diese Problemfälle früher keine Überlebenschancen gehabt.

Für die Hebamme hat sich im Laufe der Zeit viel geändert. Sie hat heute in der Klinik nicht nur gesunde Gebärende sondern auch kranke. So muss sie den medizinischen, pflegerischen und geburtshilflichen Anforderungen gerecht werden und dementsprechend ausgebildet sein.
Was immer die Zukunft an Fortschritt und Technik uns bringen mag, als Hebammen dürfen wir nie vergessen, die Bedürfnisse der Gebärenden wahrzunehmen und zu respektieren. □

Hebamme in einem Landspital

Veronika Vogel-Metzker, Hebamme in Dielsdorf

Als «Landspital» gelten heute die Kliniken unterschiedlichster Grösse abseits der Ballungszentren. Die Arbeitsbereiche der in diesen Spitälern angestellten Hebammen weichen hinsichtlich der Art der Dienste und des Arbeitsanfalls stark voneinander ab. Deshalb werde ich hier konkret die Arbeit einer Hebamme im Spital Dielsdorf/ZH beschreiben.

In diesem Spital kommen jährlich zwischen 300-400 Kinder zur Welt. Dielsdorf ist ein Belegarztspital. Einer der drei tätigen Gynaekologen übernimmt je für 24 Stunden den Bereitschaftsdienst und muss immer erreichbar sein.

Die Hebammen arbeiten in drei Schichten (eine Hebamme pro Schicht). Sie handeln weitgehend selbständig. Die Hebamme nimmt die Schwangere auf und betreut sie normalerweise bis zum Durchtritt des kindlichen Kopfes. Erst dann wird der Gynaekologe gerufen. Wie gross der Bereich ist, in dem die Hebamme ohne ärztliche «Aufsicht» tätig ist, hängt teilweise auch von ihrer Bereitschaft ab, die ihr von alters her zustehenden Kompetenzen und Aufgaben wahrzunehmen (soweit dies das Gesetz überhaupt noch zulässt) und die entsprechenden Verantwortung zu tragen. Ob die «Schnittstellen» zwischen den Aufgaben der Hebamme und denjenigen des Arztes reibungslos gefunden werden, hängt (wie überall) von deren Charakter ab. Üblicherweise verordnet und verabreicht die Hebamme selbständig allfällige Medikamente. Bei der Geburt leitet sie die Austreibungsperiode, führt den Dammschutz durch, nicht jedoch die Episiotomie (leider!). Es ist der Initiative der einzelnen Hebamme überlassen, wieweit sie auf Ideen und Vorstellungen der Paare eingeht.

Tritt eine Pathologie auf, so entscheidet die Hebamme je nach Schweregrad selbständig, welche Sofortmassnahmen zu ergreifen sind, und wann der Arzt informiert werden muss. Das setzt voraus, dass die Hebamme pathologische Vorfälle sofort er-