

Amniozentese und Amnioskopie

Autor(en): **Padel, K.**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **70 (1972)**

Heft 3

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951381>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

Haftungsausschluss

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

79. Delegiertenversammlung des Schweizerischen Hebammenverbandes am 29./30. Mai 1972 in Biel

Die Sektion Biel freut sich, die Delegierten und Gäste des Schweizerischen Hebammenverbandes zur diesjährigen Tagung zu empfangen.

Programm:

Montag, den 29. Mai 1972

- 09.00—12.30 Uhr Empfang im Bahnhof Biel, Waartsaal 1. Klasse und Begleitung in die Hotels. Wer mit seinem Auto kommt, kann direkt in sein Hotel fahren. Grosser Parking beim Kongresshaus.
- 13.00 Uhr Beginn der Delegiertenversammlung im Vereinsaal des Kongresshauses.
- 19.30 Uhr Bankett und Unterhaltung im Kongresshaus. Grosser Saal im 1. Stock.

Dienstag, den 30. Mai 1972

- ca. 09.30 Uhr Treffpunkt Schiffplände für eine Seerundfahrt mit dem Schiff, mit Halt in Twann.
- 11.30 Uhr «Bären» Twann: Mittags-Imbiss: Egli-filets, die grosse Spezialität vom Bieler-

ca. 14.00 Uhr

see. Für Nichtfischesser offerieren wir einen andern Teller.
Rückkehr nach Biel per Schiff oder Bahn, rechtzeitig für Ihre Anschlüsse.
Genauerer vernehmen Sie in der April-Nummer der Hebammen-Zeitung.

Preis der Festkarte

- laut Beschluss an der Präsidentinnen-Konferenz Fr. 60.—
Festkarte ohne Hotel und Frühstück Fr. 40.—
Zuschlag für Einzelzimmer Fr. 10.—

300 Betten sind reserviert auf dem Platz Biel. Die ersten 300 Anmeldungen haben also eine Chance in ein paar Minuten in ihrem Hotel zu sein, wenn sie müde vom Tanz und Geplauder mit ihren Kolleginnen das Kongresshaus verlassen. Alle andern werden in der Umgebung, jedoch kaum weiter als 3 km von der Stadtgrenze entfernt, untergebracht.
Anmeldefrist: vom 1.—25. April 1972. Die Einzahlungsscheine für die Anmeldungen werden der nächsten Nummer der «Schweizer Hebamme» beiliegen.

Für die Sektion Biel:

Frau Trudy Schneider, Präsidentin

Aus der Universitätsfrauenklinik Bern
(Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

Amniozentese und Amnioskopie

von Dr. K. Padel

Amniozentese und Amnioskopie sind zwei Methoden zur Erfassung von Gefahrenzuständen oder Schäden beim ungeborenen Kind.

Amniozentese

Der Embryo ist in der Gebärmutterhöhle umgeben von seinen Eihäuten. Ab der 12.—14. Schwangerschaftswoche befindet sich in diesem Fruchtwassersack genügend Flüssigkeit, dass wir sie von aussen, durch die Bauchdecken der Mutter und durch die Gebärmuttermuskulatur hindurch punktieren können.

1950 hat BEVIS die erste Amniozentese vorgenommen.

Die Gefahren dieser Methoden sind:

- Infektion.
- mütterliche und fetale Blutungen bei Punktion der Plazenta.
- Fehlgeburt.
- Anstechen des Feten.

Bei richtiger Technik können diese Gefahren praktisch alle vermieden werden.

Vorbedingung ist in jedem Fall die Lokalisation der Plazenta (Ultraschall Termographie, Isotopen-Technik, Palpation).

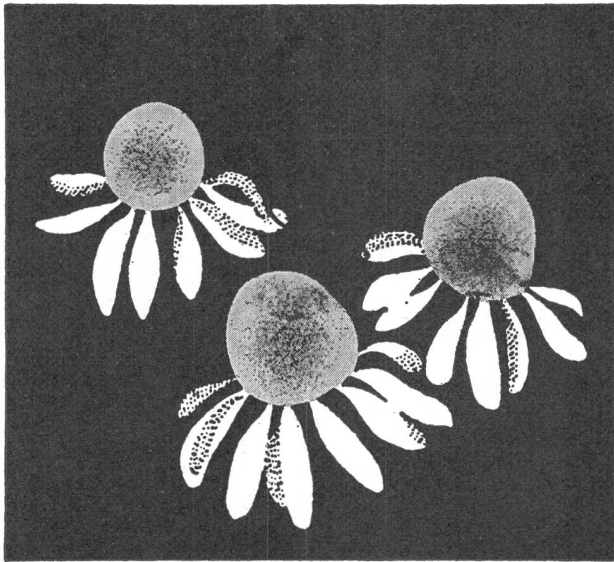
Das Punktat können wir

- a) chemisch und spectrophotometrisch direkt untersuchen. Diese Methode dient vor allem zum Nachweis der Rhesus-Unverträglichkeit, sie gibt auch Auskunft über das Ausmass der dadurch erfolgten Schädigung. Durch den Nachweis verschiedener Substanzen im Fruchtwasser wie z. B. Kreatinin, Harnstoff, Glucose und andere, können Aussagen über den Reifegrad der Frucht gemacht werden. Das Fehlen von normalerweise vorhandenen Enzymen weist auf einen Enzymdefekt.
- b) Zentrifugieren und die immer vorhandenen Zellen, die von der Oberfläche der Frucht oder vom Fruchtwassersack abgeschilfert sind, untersuchen um Aussagen über das Geschlecht zu machen. Befinden sich kindliche Erythrocyten im Fruchtwasser, kann die Blutgruppe bestimmt werden.
- c) Verwenden zur Anlegung von Zellkulturen, indem die gewonnenen Zellen gezüchtet werden. Es können damit Chromosomen-Analysen und Enzym-Bestimmungen durchgeführt werden.

Indikation zur Amniozentese

Rhesus-Unverträglichkeit

Bei jeder rhesus-negativen Schwangerschaft wird bei der ersten Untersuchung im Blut nach Antikörpern gegen rhesus-



Die altbewährte Kamille
in moderner Form

KAMILLOSAN®

Liquidum* Salbe* Puder

* kassenzugelassen

entzündungshilfend,
reizmildernd, adstringierend,
desodorierend

- standardisiert
- hygienisch
- praktisch
- sparsam und bequem
im Gebrauch

Muster stehen zur Verfügung!



TREUPHA AG BADEN

positive Erythrocyten gesucht. Sind keine vorhanden, können wir annehmen, dass die Schwangere noch nie mit rhesus-positivem Blut in Kontakt kam. Der Foet ist nicht gefährdet. Um eine (sehr seltene) Sensibilisierung während der Schwangerschaft zu erfassen, kontrollieren wir in der 28., 32. und 40. Woche erneut ob Rhesus-Antikörper im mütterlichen Blut aufgetreten sind.

Der Nachweis von Rhesus-Antikörpern beweist, dass die Mutter gegen rhesus-positives Blut sensibilisiert ist. Ueber die zu erwartende Schädigung kann keine Aussage gemacht werden. Dies gilt zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und unabhängig von der Höhe des Antikörper-Titers.

Um uns über die Gefahr für den Feten zu informieren, brauchen wir das durch *Amniozentese* gewonnene Fruchtwasser. Die im Blut der Mutter zirkulierenden Rhesus-Antikörper können die plazentare Schranke durchdringen und gelangen so in den fetalen Kreislauf. Die nun stattfindende Antigen (= rhesus-positiv Erythrocyten des Feten) — Antikörper-Reaktion führt zur Haemolyse der foetalen Erythrocyten. Je mehr Erythrocyten zerfallen, je grösser der Grad der foetalen Anaemie, desto mehr Bilirubin (Abbauprodukt der Erythrocyten) wird frei. Zum grossen Teil wird dieses vermehrt anfallende Bilirubin via Placenta ans mütterliche Blut abgegeben. Solange das Kind nicht geboren ist, bekommt es keinen Kernikterus (= Ansammlung des Bilirubins im Gehirn). Die Gefährdung besteht allein durch die Anaemie. Zum Teil gelangt aber das im Blut des Kindes zirkulierende Bilirubin auch ins Fruchtwasser und zwar proportional zum Bilirubin-Spiegel, also auch proportional zum Schweregrad der Haemolyse und folglich zum Schweregrad der Anaemie.

Mit Hilfe des Bilirubin-Spiegels im Fruchtwasser können wir die foetale Anaemie überwachen.

Zum Nachweis des Bilirubins dienen chemische und spektrophotometrische Methoden.

Zur Behandlung der foetalen Anaemie gibt es bis heute nur eine Möglichkeit: Die Transfusion von Blut in die foetale Bauchhöhle. Von dort gelangt das Blut durch Resorption via Lymphgefässe in den foetalen Kreislauf. Die Ueberlebensdauer der transfundierten Erythrocyten beträgt 2—3 Wochen, so dass die Behandlung je nach Reifegrad des Feten nach Ablauf dieser Zeit eventuell wiederholt werden muss.

Zu welchem Zeitpunkt diese Behandlung notwendig wird, sehen wir aus dem Bilirubin-Spiegel des Fruchtwassers. Die Toleranzgrenze sinkt mit dem Alter der Schwangerschaft, denn die kindliche Leber beteiligt sich zunehmend an der Elimination des Bilirubins.

Finden wir bei der ersten Schwangerschaftskontrolle Rhesus-Antikörper im Blut der Schwangeren mit einem Titer von über 1 : 8 (Werte von 1 : 8 werden monatlich kontrolliert), werden wir eine erste Amniozentese ungefähr in der 24. Schwangerschaftswoche vornehmen, damit die Schwangere, falls der Bilirubin-Spiegel im Fruchtwasser eine akute Gefährdung des Foeten anzeigt, zum frühestmöglichen Zeitpunkt für die intrauterine Bluttransfusion angemeldet werden kann. Dieser Zeitpunkt liegt ungefähr in der 26. Schwangerschaftswoche.

Zeigt der Bilirubin-Spiegel einen geringeren Grad der foetalen Gefährdung an, wird die Amniozentese je nach Höhe der Werte wöchentlich oder zwei-wöchentlich wiederholt.

Reifegrad des Feten

Aus Gründen wie z. B. der absinkenden Toleranzgrenze des Bilirubin-Spiegels im Fruchtwasser mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft, kann es von ausschlaggebender Bedeutung sein über das fetale Alter genaue Angaben machen zu können. Im Laufe der Entwicklung produziert und scheidet der Foet bestimmte Substanzen je nach Ausreifungsgrad aus. Durch quantitative Bestimmung dieser Substanzen, z. B. von Kreatinin, Harnstoff, Glucose u. a., kann auf das Alter der Schwangerschaft geschlossen werden.

Falls der Foet keine Haemolyse hat, kann auch das Bilirubin zur Altersbestimmung verwendet werden.

Bei einer schweren Anaemie des Foeten, bedingt durch eine Rhesusinkompatibilität, oder bei Toxikose der Mutter, kann es wünschenswert erscheinen, die Schwangerschaft vor Termin zu beenden. Bei Frühgeburten kommt es aber, wenn die Lungen nicht ausgereift sind, zur Bildung von hyalinen Membranen. Die dadurch bedingte Atemstörung kann zum Tode des Neugeborenen führen.

Es gilt also für den Geburtshelfer, das Risiko der intrauterinen Gefährdung mit demjenigen der Gefährdung durch Unreife bei Frühgeburt abzuwägen.

Seit kurzer Zeit ist nun bekannt, dass mit dem Nachweis von Lecithin und Sphingomyelin (zwei Lipidsubstanzen) im Fruchtwasser verlässliche Angaben über den Ausreifungsstand der foetalen Lunge gemacht werden können.

Ergibt die quantitative Bestimmung von Lecithin und Sphingomyelin einen Quotienten von 1 oder weniger (ist der Anteil von Sphingomyelin gleich oder grösser als derjenige von Lecithin), dann ist die foetale Lunge mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht ausgereift und es muss postpartal mit dem Auftreten von hyalinen Membranen gerechnet werden.

Der Entscheid, wann die Geburt bei diesen Risikofällen eingeleitet werden soll, wird dadurch wesentlich erleichtert.

Entwicklungsstörungen

a) Zytogenetische Untersuchungen.

Werden die durch Zentrifugieren des Fruchtwassers gewonnenen Zellen gezüchtet, können aus den Zellkulturen Chromosomenanalysen gemacht werden. Es ist dadurch möglich, Missbildungen, bedingt durch Chromosomenanomalien z. B. bei Mongoloismus oder bei Schädigung durch Rötelninfektion der Mutter (Rötelnvirus verursacht Chromosomenbrüche) bei den ungeborenen Kindern zu diagnostizieren.

b) Biochemisch und histochemische Untersuchungen.

In den zentrifugierten oder gezüchteten Zellen, z. T. auch direkt im Fruchtwasser, können Stoffwechselstörungen nachgewiesen werden, die unter Umständen zu schwersten Schädigungen des Kindes führen werden.

c) Geschlechtsbestimmung durch färberische (Darstellung des Chromatinkörperchens), neuerdings auch durch fluoreszenztechnische Methoden (Darstellung des Y-Chromosoms), ist es möglich das Geschlecht des Feten zu bestimmen.

Rezessiv geschlechtsgebunden vererbte Krankheiten (z. B. Haemophilie, progressive Muskeldystrophie) können dadurch mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % vorausgesagt werden.

Ob und wann die Diagnose der Entwicklungsstörung die Indikation zur Schwangerschaftunterbrechung stellen soll oder gar muss, ist eine offene Frage.

Technisch ist es vor der Mitte des 4. Monats nicht möglich zu einem Resultat zu kommen (frühestmögliche Amniozentese in der 12. Schwangerschaftswoche bei ca. 50 cc Fruchtwasser; Zeitbedarf für das Anlegen von Zellkulturen und anschliessende Untersuchung 2—3 Wochen).

Eine Schwangerschaftsunterbrechung wird nur derjenige ausführen können, für den der Foet im 4. Monat kein Lebewesen darstellt. Sieht man im 4-monatigen Foeten bei dem die Organogenese abgeschlossen ist und der schon rein äusserlich Menschengestalt besitzt, ein Lebewesen, dann ist eine Interruptio eugenische Euthanasie.

Amnioskopie

Mit der Amnioskopie können Gefahrenzustände des Kindes in der Spätschwangerschaft erkannt und die Geburt gezielt eingeleitet werden. Dazu führt man ein röhrenförmiges Instrument, das Amnioskop, durch den Muttermund in die Gebärmutter ein. Das erlaubt uns, durch die durchsichtigen Eihäute folgende Eigenschaften des Fruchtwassers zu beurteilen: ist es klar, milchig-trüb, verfärbt, ist überhaupt Fruchtwasser vorhanden.

Normales Fruchtwasser ist klar oder milchig-trüb, Vernixflocken sind vorhanden und erscheinen weiss.

Nur wenn ein eindeutig normaler Befund erhoben wird, kann die spotane Geburt abgewartet werden.

Ein pathologischer Befund erlaubt noch keine exakte Diagnose. Grünlich verfärbtes Fruchtwasser entsteht durch Vermischung mit Mekonium. Zum Mekoniumabgang aber kommt es unter anderem, wenn die Sauerstoffversorgung des Foeten aus irgend einem Grund ungenügend ist. Dadurch gelangt er in eine Azidose, die ihrerseits die Darmperistaltik auslöst. Gefährlich ist dabei nicht die Grünverfärbung des Fruchtwassers, sondern die ihr ursächlich zu Grunde liegende ungenügende Sauerstoffversorgung.

Eine gelblich-grünliche Verfärbung entsteht durch das Bilirubin.

Warum ist man auch nicht früher darauf gekommen?
So einfach, so sicher, so bequem

Sterilon-Spray

(in Deutschland Rotersept-Spray)

die ideale Keimfrei-Haltung der Brust stillender Mütter.
Weniger Risse, weniger Schmerzen, preisgünstig.

Hersteller:

Pharmaceutische Fabrik Roter, Hilversum

Literatur und Muster durch:

E. Wachter, pharmazeutische Präparate, 9000 St. Gallen
Telefon 071/22 56 08

Wird ein pathologischer Befund erhoben, dann wird unverzüglich die Blase gesprengt und eine Blutprobe aus dem kindlichen vorangehenden Teil entnommen zur pH-Bestimmung (MBU = Mikroblutuntersuchung).

Die vorgeburtliche Sterblichkeit kann mit dieser Methode auf unter 1% gesenkt werden, denn

1. werden Gefahrenzustände früher erkannt und
2. wird nicht mehr unnötig früh die Geburt eingeleitet.

Technik

Das mit einem Mandrin verschlossene Amnioskop wird anstelle des untersuchenden Fingers in den Muttermund eingeschoben. Gelingt das nicht, kann die Portio mit einem Speculum eingestellt und fixiert und das Amnioskop jetzt unter Sicht eingeführt werden. Nach vorsichtigem Weiterschieben gegen die Kreuzbeinhöhle wird der Mandrin entfernt und das Rohr soweit nach oben gekippt, bis der vorangehende Teil sichtbar wird.

Beurteilt wird das Fruchtwasser gegen die helle Haut oder grössere Vernixflocken.

Die Amnioskopie bietet folgende Gefahren:

- Wird eine Placenta praevia nicht rechtzeitig erkannt, können Blutungen ausgelöst werden.
- Es kann, vor allem wenn der untere Eipol noch nicht abgelöst ist, zum Einreissen der Fruchtblase kommen.
- Unsteriles Vorgehen führt unter Umständen zur Infektion.

Schwierigkeiten können auftreten wenn:

- Der Cervikanal noch geschlossen ist.
Meist gelingt die Erweiterung mit dem Finger. Bei einer

Erstgebärenden mit schwerer Toxikose kann es wünschenswert sein, die Erweiterung mit Hegar-Stiften zu erzwingen. Das Risiko einer Blasensprengung ist entsprechend grösser.

- Vernix- und Mekoniumflocken im Fruchtwasser schwimmen.

Eine gegen unsere Blickrichtung schrägstehende Vernixflocke erscheint dunkel wie Mekonium. Nach Bewegung des Fruchtwassers durch Bewegung des Amnioskopes kommt es zur Drehung der Flocken, die, falls es sich um Vernix handelt, weiss aufleuchten.

- Der Cervixschleimpropf im Amnioskop stecken bleibt. Wir erhalten dann den Eindruck von milchig-trübem Fruchtwasser, das als normal bewertet wird. Durch vorsichtiges Austupfen kann man sich leicht Klarheit verschaffen. Gelingt es nicht den Propf herauszuwischen, kann man ihn mit dem Mandrin in den Uterus hineinstossen.

- Der vorangehende Teil gegen die Symphyse zu abgewichen ist.

Durch Druck von aussen gegen die Kreuzbeinhöhle, kann er vor das Amnioskop gebracht werden.

- Die Eihäute an der Haut des Kindes liegen.

Wird das Amnioskop seitlich am vorangehenden Teil vorgeschoben, kann geklärt werden, ob tatsächlich kein Fruchtwasser mehr vorhanden ist.

- Wenn die verwendete Lichtquelle nicht rein weiss ist. Die Prüfung der Lichtquelle erfolgt am einfachsten, indem Milchwasser durch das Amnioskop gegen die Handfläche beurteilt wird.

Agiolax



**Pflanzliches
Darmregulans,
wirkt mild, angenehm
und sicher!**

**Granulat aus quellfähigem Psyllium-
samen, darmwirksamen Anthrachinon-
Glykosiden (Cassia angustifolia) und
anderen pflanzlichen Gleitstoffen.**

**Habituelle Obstipation
Stuhlregulierung post partum,
bei Bettlägerigen, bei Übergewicht
Schwangerschafts-obstipation
Entleerungsstörungen
bei Anus praeternaturalis**

**Kassenzulässig!
Dosen mit 100 und 250 g Granulat**

BIO/MED

**Dr. Madaus & Co, Köln
Für die Schweiz:
Biomed AG, Zürich**

Indikation zur Amnioskopie

Hauptindikationen

Verdacht auf Uebertragung und Toxikose.

Uebertragung bedeutet Gefahr für das Kind, da die alternde Placenta den Stoffwechsellau zwischen Mutter und Kind zunehmend schlechter bewältigt. Es treten funktionelle Störungen auf, sowie auch Veränderungen ihrer Gestalt (Nekrosen).

Eine Uebertragung bedeutet eine Verlängerung dieser ungünstigen Stoffwechsellaage (eine Folge davon ist z. B. die Gewichtsunterentwicklung beim Kind).

Wir beginnen mit der Amnioskopie 7 Tage nach dem errechneten Termin, bei alten Erstgebärenden am Termin.

Die Kontrolle erfolgt jeden 2. Tag bis zur spontanen Geburt. Tritt eine Grünverfärbung auf, oder fehlt das Fruchtwasser, wird die Blase gesprengt und eine MBU vorgenommen.

Die durch die Blasensprengung ausgelöste Wehentätigkeit, verbessert den Stoffwechsel zwischen Mutter und Kind durch die vermehrte Durchblutung der Uterusmuskulatur während der Kontraktionen.

Die durch die *Toxikose* bedingte Vasokonstriktion führt zu einer Verschlechterung der Uterusdurchblutung und dadurch direkt zu einer Gefährdung des Kindes.

Daneben wird durch die Toxikose auch das Placentargewebe verändert, was zur Beeinträchtigung ihrer Funktion führt. Die Gefährdung nimmt mit zunehmendem Alter der Schwangerschaft zu.

Wir beginnen mit der Amnioskopie bei leichteren Fällen 4 Wochen, bei schweren Toxikosen 6 Wochen vor Termin.

Die Kontrolle erfolgt alle 2 Tage, in schweren Fällen evtl. häufiger.

Bei Besserung der Symptome, muss die Amnioskopie noch mindestens 1 Woche weiter vorgenommen werden.

Weitere Indikationen

— *Placenta praevia*: Es kann der Grad der *Placenta praevia* bestimmt werden. Bei Blutung kann durch gezielte Blasensprengung eine Kompression der blutenden Stelle mit dem kindlichen Kopf erreicht werden, ohne allzu grosse Gefahr einer weiteren Ablösung (nur in Operationsbereitschaft).

— *Blasensprengung*: Das Einreissen der Eihäute kann schonend (kleines Loch) und ohne Gefährdung des Kindes vorgenommen werden. Es ist möglich, wenn notwendig, die Blase hoch zu sprengen.

— Verdacht auf vorzeitigen Blasensprung: Wenn die Vorblase steht, kann die Schwangere ohne Gefahr für einen Vorfall oder eine Infektion aufstehen, auch wenn ein hoher Blasensprung stattgefunden hat.

— Verdacht auf intrauterin abgestorbenes Kind: Beim frisch abgestorbenen Kind kommt es praktisch immer zu Mekoniumabgang. Wir werden die Blase sprengen und die Diagnose mit der MBU stellen.

Ist das Kind mehr als 1 Tag abgestorben, wird das Fruchtwasser fleischwasserähnlich verfärbt.

Ist das Kind schon längere Zeit abgestorben, ist der Schädel weich und die Haut livid.

— Alteration der kindlichen Herztöne bei stehender Blase: Wird bei einer Schwangerschaftskontrolle zufällig eine deutliche Veränderung der kindlichen Herzfrequenz festgestellt, wird der Verdacht einer möglichen Schädigung durch Amnioskopie abgeklärt.

— Schliesslich kann die amnioskopische Verifizierung der Fruchtblase die Diagnose einer intrauterinen Schwangerschaft sichern, wenn bei missgebildetem oder myomatösem Uterus Verdacht auf eine extrauterine Gravidität besteht.

Dein Wille geschehe, wie im Himmel also auch auf Erden . . .

Lukas 11, 1

Das ist das Anliegen dieser dritten Bitte: Dass überall, auf Erden wie im Himmel der Wille des Vaters geschehe. Das hört sich zunächst ganz schön an, aber in der Praxis ist es manchmal unerhört schwer. Wir haben nicht nur unseren eigenen Willen lieb, wir haben auch Zutrauen zu ihm. Wir meinen, niemand meine es so gut mit uns und niemand wisse so gut was wir brauchen, als wir selber. In diesem Selbstvertrauen liegt ein Misstrauen Gott gegenüber. Wir haben Mühe, uns ihm bedingungslos auszuliefern, denn wir fürchten irgendwie, wir könnten dabei schlechter wegkommen, als wenn wir selber entscheiden. Uns fehlt das unbedingte Vertrauen, dass der Vater es am besten macht, am besten weiss was wir brauchen, sogar besser als wir selber.

Es gibt nur einen Weg aus diesem Dilemma heraus, und er heisst Liebe. Da, wo man liebt, vertraut man sich auch grenzenlos an. Da wird Hingabe, und um diese geht es ja bei dieser Bitte, zur Freude, zum Bedürfnis, zur Erfüllung. Das weiss jede Braut. Wo man liebt, ist es selbstverständlich zu sagen: «Wo du hingehst, will ich auch hingehen.» Und eben darum bitten wir in dieser dritten Bitte, dass es immer mehr so werde, dass wir gerne unseren eigenen Willen eins machen mit dem Willen Gottes. Dass unser Vertrauen zu Gott ein so unbedingtes werde, dass wir nichts anderes mehr wünschen, als dass Er unser Leben in seine Hand nehme im Grossen wie im Kleinen

Aus: «Herr, lehre uns beten», von W. J. Oehler

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Sr. Thildi Aeberli, Grubenweg 1,
5034 Suhr, Tel. 064 24 56 21

Zentralsekretärin:

Frl. Margrit Kuhn,
Kantonsspital Frauenklinik,
5001 Aarau, Tel. 064 24 48 41

Zentralkassierin:

Frau Cely Frey-Frey, Egg 410,
5728 Gontenschwil, Tel. 064 73 14 44

Fürsorgefonds-Präsidentin:

Sr. Elisabeth Grütter, Laupenstrasse 20a,
3000 Bern, Tel. 031 25 89 24

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Bern:

Frl. Verena Ramseier, Eggwil
Frl. Christine Rosser, Walkringen
Frau Bez-Bögli, Münsingen

Sektion Aargau:

Frau Margrit Voser-Odermatt,
Schindellegi SZ

Sektion Luzern:

Sr. Rita Keller, Kantonsspital, Luzern

Sektion Zürich:

Sr. Elisabeth Reich, Oberin,
Maternité Triemli, Zürich

Sektion Basel-Stadt:

Frau Elisabeth Amrein-Waldi, Basel
Sr. Anni Hefti, Basel

Sektion Baselland:

Frau Theres Krähenbühl-Diener,
Muttenz

Wir heissen die «jungen Hebammen» herzlich willkommen und freuen uns auf ihre Mitarbeit im SHV.

Uebertritte

von Sektion Baselland in Sektion
Basel-Stadt:

Sr. Lotti Fritsch, Basel
Sr. Anita Mitterer, Basel
Frau Edith Naef-Reutegger, Basel