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: 73 (1975)

Heft: 8

Artikel: Panoramawandel in der Geburtshilfe

Autor: Wulf, K.-H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950937

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: 11.07.2025

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

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes
Bern, 1. August 1975 Monatsschrift 73. Jahrgang Nr. 8

Panoramawandel in der Geburtshilfe

K.-H. Wulf*

Die sprunghafte Entwicklung der klinischen Medizin in den letzten Jahrzehnten einerseits und die lebhafte Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens, die neue Approbationsordnung und die Stellung des Arztes in der Gesellschaft von heute andererseits zwingen uns mehr denn je und gelegentlich mehr, als uns lieb ist, die Stellung unserer Fächer, hier also die der Geburtshilfe, in der Krankenversorgung, in der Lehre und in der Forschung neu zu überdenken. Zu überdenken heisst für mich nicht primär in Frage stellen, sondern nüchterne Bestandesaufnahme: Woher sind wir gekommen? — Wo stehen wir? — Wohin wird oder soll es gehen?

Die Frühgeschichte unseres Fachs möchte ich nur streifen, sie ist für viele Geburtshelfer lange Zeit ein Stück unbewältigter Vergangenheit geblieben. Welch Wunder? — Wer sieht seine beruflichen Vorfahren schon gern in makabrer Nähe von «solchen Weibern, welche zwar Hebammen genannt wurden, allein dieses Namens in der Tat nicht würdig waren — der grösste Teil der Weiber verabscheute dieses Geschäft so sehr, dass gewöhnlich die ärmste und niedrigste Person im Dorf, die Kühe- oder Gänsehirtin, mit einer notdürftigen Zulage zur Hebamme gekürt wurde». (E. v. Siebold, 1810.)

Ein verachterter Berufsstand, der mancherlei zweifelhafte Elemente anzog; fürwahr, nobel ist diese Wurzel unseres Stammbaums nicht.

Die praktische Geburtshilfe lag allein in den Händen dieser sogenannten Wehenmütter, sie war eine reine Weiberkunst. Aerzte wurden nur selten als Ratgeber hinzugezogen, von der direkten Mithilfe bei der Geburt waren sie ausgeschlossen. Nur in verzweifelten Situationen wurde der Arzt zu Hilfe gerufen, dann meist ein Chirurg, dem allzuoft nur noch die Perforation und Zerstückelung der Frucht oder die Sectio in mortua blieb. Schuld an diesem beklagenswerten Zustand waren sicherlich nicht allein die Hebammen: «Die Herren Doctores der Medizin überliessen die Geburtshilfe, mit welcher sie nicht verstanden, sich Lorbeeren zu erringen, gerne den Hebammen, ja, sie lehnten es als standesunwürdig ab, Hilfe bei Entbindungen zu leisten», so Ortlof von Bayerland um 1500 in seinem Frauenbüchlein.

Aus dieser Misere konnten auch der Erlass von Hebammenverordnungen und die Einrichtung von Hebammenschulen nicht herausführen. In Würzburg setzt sich in der Mitte des 18. Jahrhunderts Fürstbischof Friedrich Karl, Reichsgraf von Schönborn für eine Reform der Hebammenausbildung ein. Er ernennt 1739 den fürstlichen Leibchirurgen und späteren Demonstrator der Anatomie und Oberwundarzt des Juliusspitals Christoph Stang zum sogenannten Hebammenmeister.

Eine nachhaltige Verbesserung des Hebammenwesens trat wohl erst ein, als Stang 1769 abgelöst wurde von seinem Schwiegersohn. Carl Casper v. Siebold, der älteste Spross der berühmten Würzburger Gelehrtenfamilie, ist wohl als der erste Lehrstuhlinhaber unseres Fachs in Würzburg anzusehen.

Zuvor waren vergleichbare Institutionen schon in Paris, Strassburg und Göttingen eingerichtet worden. Zu der wünschenswerten Eigenständigkeit innerhalb der Medizin hat auch von Siebold der Geburtshilfe nicht verhelfen können. Das eigentliche Dilemma lag darin, dass die wissenschaftlich ausgebildeten Aerzte als Männer kaum Gelegenheit hatten, Geburtsvorgänge zu beobachten, ihnen fehlte also der Erfahrungsschatz der Hebammen, dass andererseits aber Hebammen, wie Frauen überhaupt, die Heilkunst nicht erlernen und ausüben durften. Diese unglückselige Verkettung hat die Entwicklung der Geburtshilfe zu einer selbständigen klinischen Disziplin erheblich verzögert.

Die Geschichte der Frauenheilkunde in der Neuzeit ist geprägt durch die Entwicklung der Geburtshilfe zu einem eigenständigen Fach innerhalb der Medizinischen Fakultäten und, um ein Schlagwort zu benutzen, durch den allmählichen Uebergang von der sogenannten Hebammengeburtshilfe zur Geburtshilfe des Arztes. Dieser Prozess war langwierig, durch zahlreiche Vorurteile und Kompetenzstreitigkeiten belastet, er ist bis heute nicht abgeschlossen. Noch 1521 wird in Hamburg-Altona ein gewisser Dr. Veites öffentlich auf dem Marktplatz verbrannt, weil er als Bademutter verkleidet Frauen in Kindsnöten geholfen hatte; und noch um 1800 erklärt Adam Elias v. Siebold, vierter Sohn des Carl Casper, dass es für einen Mann nicht schicklich sei, sich mit allen Verrichtungen, die bei einer Schwangeren notwendig sind, abzugeben — die praktische Geburtshilfe zieme sich nicht für Männer.

Nun, gottlob, dem Geburtshelfer und Arzt droht heute nicht mehr der Scheiterhaufen. — Dem aufmerksamen und kundigen Beobachter der geburtshilflichen Szenerie wird jedoch nicht entgehen können, dass der Emanzipierungsprozess des Mannes auf dem Kreissaal vielerorts noch heute nicht abgeschlossen ist. Auch der Gesetzgeber lässt bis zum Tage ein klärendes Wort vermissen — er ist hier deutlich im Zugzwang.

In dem § 3 des noch gültigen Hebammengesetzes von 1938 steht im ersten Absatz: Jede Schwangere ist verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme hinzugezogen wird. Das aber bedeutet im Klartext, und so wird auch heute noch in der Praxis verfahren: Bei der Entbindung muss eine Hebamme anwesend sein, der Arzt allein darf, Notfälle ausgenommen, eine Entbindung nicht übernehmen. Diese Gesetzgebung wird einer modernen Geburtshilfe nicht gerecht, sie erschwert den zwingenden Weg von der reinen Hebammengeburtshilfe zur Geburtshilfe des Arztes mit ihren grösseren Möglichkeiten für die Sicherheit von Mutter und Kind.

Um es vorwegzunehmen und schon hier nicht missverstanden zu werden, ich bin natürlich nicht für die männliche Hebamme, auch dafür gibt es Beispiele, noch weniger für die Abschaffung des Hebammenstandes überhaupt, auch halte ich es nicht für richtig, dass der Arzt selbst, wie vielfach in den Vereinigten Staaten, wo ein tradiertes Hebammenwesen nicht existiert, den eigentlichen Geburtsbeistand, etwa den Dammschutz und die Entwicklung des Kindes, selbst leistet. Für mich lautet die Frage nicht Arzt oder Hebamme, sie sind keine Alternativen, sondern Partner in der Geburtshilfe mit wohl definierten Aufgaben.

Die moderne Geburtshilfe bedarf zur Nutzung aller ihrer Möglichkeiten des Arztes und der Hebamme. Auf die Verteilung der Rollen und den Wechsel im Berufsbild von Arzt und Hebamme komme ich zurück. Man kann natürlich auch hier das Kind mit dem Bade ausschütten, wie in dem jetzt vorliegenden

---

* *Wir danken Herrn Prof. Wulf sowie dem Verlag Georg Thieme Stuttgart für die freundliche Ueberlassung des Artikels.*
Auszug aus der Antrittsvorlesung vor der Med. Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1974, erschienen in «Geburtshilfe und Frauenheilkunde», Heft 5, Mai 1975.

Gesetzesentwurf über nichtärztliche Heilberufe geschehen, indem, wie ich meine, aus falsch verstandener Liberalität und Fehlinterpretation des Grundgesetzes auf die Hinzuziehungspflicht der Hebamme gänzlich verzichtet werden soll.

Der Weg zur Eigenständigkeit der Geburtshilfe begann mit der Errichtung von Lehrstühlen, führte dann zur Eröffnung der ersten ärztlich geleiteten Entbindungsklinik, zur Trennung der operativen Geburtshilfe von der Chirurgie und schliesslich zur Errichtung eigener Abteilungen für Gynäkologie im Rahmen der vorhandenen geburtshilflichen Klinik, d. h. zur Etablierung der Frauenheilkunde unter einem Dach bestehend aus geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilungen. Die Vereinigung der Gynäkologie und Geburtshilfe zu einem gemeinsamen klinischen Fach wird heute gelegentlich als Ausdruck falsch verstandener Spezialisierungstendenzen auch bei uns in Frage gestellt, sicher zum Nachteil der Patientinnen und der im Fach Frauenheilkunde auszubildenden Studenten und Aerzte. Die generelle institutionelle Trennung jeder Frauenklinik in Gynäkologie und Geburtshilfe ist weder von der Sache her gerechtfertigt, noch von der Organisation her machbar. Das schliesst nicht aus, dass an grossen Frauenkliniken, insbesondere auch an Universitäts-Frauenkliniken, spezielle Forschungseinheiten und auch klinische Abteilungen für Geburtshilfe und Perinatologie eingerichtet werden könnten.

Die Trennung von Geburtshilfe und Chirurgie ist heute wohl unumstritten, trotzdem gibt es noch aus vorwiegend organisatorisch-geographischen Gründen gerade in diesem Lande zahlreiche sogenannte gynäko-chirurgische Abteilungen. Solche Einrichtungen sollten nicht zuletzt im Interesse der betroffenen Chirurgen, die durch die Ansprüche der modernen Geburtshilfe neben ihrer operativen Tätigkeit einfach überfordert sind, baldmöglichst aufgelöst werden.

Das 20. Jahrhundert zeigt einen sehr schnellen und durchgreifenden Szenenwechsel im geburtshilflichen Panorama. Kennzeichen dieser Entwicklung ist vor allem der fast komplette und sehr rasch vollzogene Uebergang von der Hausgeburt zur Klinikgeburt, damit verbunden der Rückgang der Zahl freipraktizierender Hebammen und der geburtshilfetreibender niedergelassener Aerzte.

Tabelle 1, Klinikgeburten (Statistisches Bundesamt).

1923	5,5 %	1970	95,1 %
1960	66,3 %	1973	97,8 %

Dieser Prozess musste Niederschlag finden auch in der Berufsausbildung von Arzt und Hebamme. Das Berufsbild der Hebamme hat sich mit der modernen Geburtshilfe erheblich gewandelt. Persönlich meine ich, die Tätigkeit als Hebamme ist dadurch nicht weniger attraktiv geworden, gewiss ist einiges an Selbständigkeit verlorengegangen, dafür aber ein Mehrfaches an interessanten neuen Betätigungsfeldern gewonnen worden. Natürlich müssen auch Ausbildungsprogramme und Lernziele entsprechend ausgerichtet sein. Was wir in der modernen Geburtshilfe brauchen, ist eine Art Hebammenschwester, vertraut mit den Grundlagen der Krankenpflege und Schwangerenbetreuung, darüber hinaus geschult in den modernen Ueberwachungsverfahren. Ein solches Ziel ist nur durch erhöhte Leistungsanforderung zu erreichen. Es erscheint sehr fraglich, ob die jetzt diskutierten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zum vorher erwähnten Gesetz über nichtärztliche Heilberufe dieser Aufgabe wirklich gerecht werden können.

Betroffen von dem Panoramawandel in unserem Fach sind auch der studentische Unterricht und die Facharztausbildung. Studiengang und Ausbildungsziel waren orientiert an dem Berufsbild des praktischen Arztes und Geburtshelfern. Entsprechend enthielt der Unterrichtsplan zahlreiche Lehrveranstaltungen in Geburtsmechanik, Phantomübungen und operativer Technik. Das gehört der Vergangenheit ebenso an wie der praktische Arzt und Geburtshelfer. Der Ausbildungsplan des Medizinstudenten und damit das Basiswissen des Arztes wird diktiert von dem, was man von der Mehrzahl der Aerzte nach dem Staatsexamen erwarten muss — dazu gehört heute und in Zukunft nicht mehr die praktische Geburtshilfe. Wer als Praktiker oder als Arzt für Allgemeinmedizin in geographischer Ausnahmesituation auch in Zukunft mit geburtshilflicher Tätigkeit rechnen muss, der muss sich auf diese Aufgabe nach dem Studium gezielt vorbereiten.

Die neue Approbationsordnung trägt dieser Entwicklung weitgehend Rechnung — der Lernzielkatalog enthält keine spezielle Geburtshilfe. Der Student wird ausgebildet in der allgemeinen Geburtshilfe und Gynäkologie, d. h. in der Lehre der geschlechts-spezifischen Funktionen, darüber hinaus detalliert in den Vorsorgemassnahmen unseres Fachs und in der Erstversorgung bei Notsituationen: Eklampsie, Blutungen. Die spezielle Geburtshilfe wird in Zukunft Aufgabe sein der Weiterbildung zum Facharzt, vielleicht noch der fakultativen Internatszeit derjenigen Studenten, die damit schon vor dem Examen ihr besonderes Interesse an unserem Fach bekunden.

Natürlich ist es misslich, wenn ein in der Geburtshilfe unkundiger Arzt überraschend mit einer geburtshilflichen Situation konfrontiert wird. Derartige Notsituationen sind heute absolute Seltenheiten, sie begegnen dem Arzt in Ausnahmefällen als Mitreisendem auf der Bahn, im Flugzeug, auf dem Schiff, er befindet sich dann in ähnlicher Situation wie der in der Traumatologie unerfahrene Arzt als Zeuge eines Verkehrsunfalls. Auch bei solchen Konstellationen wird es wahrscheinlich besser sein, wenn der Arzt in der Lage ist, erste Hilfe zu leisten, als dass er sich, auf sein theoretisches Rüstzeug stützend, das er als Nichtgeburtshelfer nie hat praktisch untermauern können, an geburtshilfliche Situationen heranwagt, die er nicht beherrscht. Im allgemeinen wird er bei den heutigen Transportmöglichkeiten durch Sofortmassnahmen die Zeit bis zur endgültigen Versorgung in einer geburtshilflichen Klinik überbrücken können. Persönlich bedaure ich diese Entwicklung nicht, ich sehe auch in der Verlagerung der Ausbildungsschwerpunkte keine Gefahr für die geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung.

Parallel zum Uebergang von der Hausentbindung zur Klinikentbindung und den damit verbundenen Reformen im Berufsbild von Arzt und Hebamme verlief etwas wie eine Revolution hinsichtlich der instrumentellen und apparativen Ausrüstung geburtshilflicher Abteilungen. Aus unseren Kreissälen sind Intensivstationen geworden mit allen räumlichen, personellen und technischen Konsequenzen. Moderne Geburtshilfe ist enorm aufwendig geworden, das haben inzwischen auch die Kostenträger spüren müssen. Der Geburtshelfer des eingehenden zwanzigsten Jahrhunderts konnte sein Instrumentarium mit sich führen, sein Hebammenkoffer enthielt ein Stethoskop, eine oder auch mehrere geburtshilfliche Zangen, einen Beckenzirkel, vielleicht noch ein Schustermass. Sein wesentliches diagnostisches und therapeutisches Rüstzeug waren seine erfahrenen Hände. Auch die geburtshiflichen Kliniken brauchten keinen weiteren apparativen Aufwand zu treiben, sie besassen natürlich die Möglichkeit zur Schnittentbindung und verfügten darüber hinaus über ein trauriges Arsenal von Werkzeugen zur Embryotomie bei geburtsunmöglichen Situationen: Instrumente, die heute soweit noch vorhanden in den Archiven ruhen und deren Einsatz gottlob zur Rarität geworden ist. Ein Blick in einen modernen Kreissaal zeigt den Wandel. Schon an der Standardausrüstung lässt sich nur unschwer erkennen, dass die Hausgeburtshilfe keine Chancen mehr besitzt. Wir sind auch aus Kostengründen und aus anderen Gründen der Effizität auf eine weitgehende Zentralisierung oder bessere Regionalisierung der Geburtshilfe angewiesen.

Die moderne Geburtshilfe benötigt ein gegliedertes System von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen mit differenzierten Aufgaben. Wir selbst haben in Anlehnung an die Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärzt-

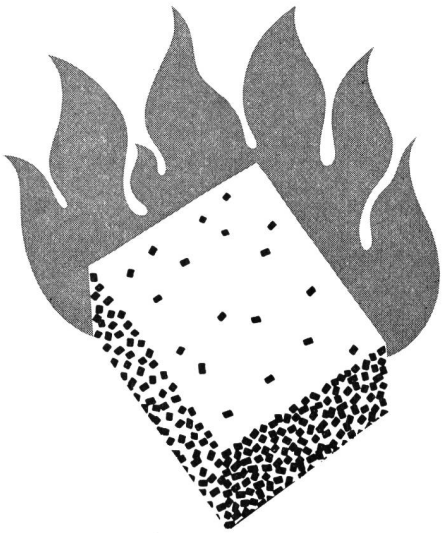
lichen Dienstes, wie sie der 75. Deutsche Aerztetag herausgegeben hat, ein Modell für die stationäre Versorgung in der Geburtshilfe entwickelt. Der Vorschlag sollte als Zielvorstellung gelten, er enthält drei Krankenhaustypen unterschiedlicher Leistungskapazität: das Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, das Schwerpunktkrankenhaus und das Zentralkrankenhaus. Die Charakterisierung der einzelnen Typen und die Einstufung vorhandener oder noch zu erstellender Abteilungen in dieses System erfolgt allein nach ihrer funktionellen Kapazität, d. h. der personellen, insbesondere der ärztlichen Besetzung einschliesslich der interdisziplinären Versorgung, der apparativen Ausstattung und der Labormöglichkeiten. Bettenzahlen und Geburtenfrequenzen spielen nur insofern eine Rolle, als bei Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern wegen des enormen Aufwandes schon aus den Gründen der Rentabilität und zur Sicherung eines ausreichenden Erfahrungsschatzes eine Mindestzahl von Geburten erforderlich ist. Niedrige Geburtenfrequenzen dürfen jedoch nicht Alibi sein für eine unzureichende Leistungsfähigkeit, ebensowenig wie eine hohe Geburtenzahl allein Legitimation für einen ausreichenden Standard der Betreuung sein kann. Sicherlich ist auch unser Modell wie die Organisation der Gesundheitsfürsorge überhaupt ein Kompromiss, ein Kompromiss zwischen den auf Grund des jeweiligen Standes der Forschung als optimal erachteten, an einzelnen Zentren sicher auch realisierbaren Forderungen und den für die Gesamtheit der Bevölkerung aus geographischen, personellen, letztlich auch finanziellen Gründen bestehenden Möglichkeiten. Denn wer wollte bezweifeln, dass das Maximum an ärztlicher Betreuung, das Höchstmass an Sicherheit für Mutter und Kind, nur dann gegeben ist, wenn alle Geburten in einem nach euesten Erkenntnissen ausgerüsteten und organisierten klinischen Zentrum erfolgen könnte. Wir halten jedoch eine weitergehende Zentralisierung der praktischen Geburtshilfe weder für machbar noch für erforderlich, ja nicht einmal für wünschenswert. Eine extreme Zentralisierung ist nicht erstrebenswert, da sie den individuellen Kontakt zwischen Arzt und Patientin im regionalen heimatlichen Milieu unnötig in Frage stellt; die Zentralisierung ist nicht machbar, da wir schon aus finanziellen, auch personellen Gründen in absehbarer Zeit nicht in der Lage sein werden, ein so dichtes Netz von Zentralkrankenhäusern zu errichten; die Zentralisierung ist auch nicht erforderlich, da ein grosser Teil der geburtshilflichen Risiko- und Notsituationen vorausschaubar und somit selektierbar ist. Voraussetzung für einen wirkungsvollen Selektionsprozess ist die Kenntnis eines lückenlosen Risikokatalogs und die Möglichkeit, die Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Beides scheint mir heute gegeben, das perinatale Risiko ist weitgehend kalkulierbar, das ist unsere Chance. — In der Regionalisierung der Krankenhäuser, verbunden mit einer sinnvollen Selektion, sehen wir den Schlüssel für eine erfolgreiche Geburtshilfe von heute und morgen.

Die Geburtshelfer sind es von jeher gewohnt, die Effizienz ihres Handelns in Mass und Zahl zu fassen. Als Hinweis für die geburtshilfliche Betreuung in einem Lande galt Generationen von Geburtshelfern die sogenannte Müttersterblichkeit. Die Müttersterblichkeit hat nach dem zweiten Weltkrieg auch bei uns abgenommen von etwa 200 auf 50 pro 100 000 Lebendgeborene, sie betrug 1973 nach vorläufigen Angaben des Statistischen Bundesamtes noch 46,4; gegenüber vergleichbaren Ländern besteht allerdings immer noch ein beträchtlicher Rückstand. Parallel mit der Abnahme der Mortalität ist es zu einer für die einzelnen Zeiträume charakteristischen Verschiebung des Anteils einzelner Ursachen oder Ursachengruppen an der Gesamtsterblichkeit gekommen. Im 19. Jahrhundert war die Puerperalsepsis die gefürchtete Geisel, sind stand als Todesursache weitaus an erster Stelle. 1847 legt dann Semmelweis seine These über die infektiöse Genese des Kindbettfiebers vor.

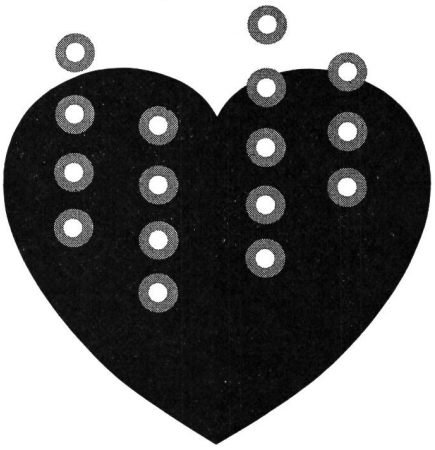
(Fortsetzung folgt)

®Gly-Coramin
ist doppelt wirksam

Glukose versorgt den Organismus innert kürzester Zeit mit zusätzlichen Kalorien.



Coramin vertieft die Atmung und führt den Gefässen und damit auch dem Herzmuskel vermehrt Sauerstoff zu; der Kreislauf wird angeregt.



Deshalb
- nach körperlichen Anstrengungen, bei erhöhter Leistung
- zur Anregung von Atmung und Kreislauf: in der Rekonvaleszenz, bei älteren Leuten

stets Gly-Coramin
Lutschtabletten
Brausetabletten

GCO 2 74 CHd

C I B A