

# Geburtshilfliche Schmerzlinderung aus Sicht der Gynäkologen

Autor(en): **Eberhard, J.**

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): **90 (1992)**

Heft 10

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951424>

## **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.

# Geburtshilfliche Schmerzlinderung aus Sicht des Gynäkologen

Vortrag gehalten am 99. Kongress des SHV in Arbon, 8. Mai 1992

PD Dr. med. J. Eberhard, Chefarzt, Frauenklinik, Thurgauisches Kantonsspital Frauenfeld

## 1. Erster Kaiserschnitt im Kanton Thurgau

Da die Schweizer Hebammen im Kanton Thurgau tagen, möchte ich Ihnen als Einleitung die wohl bewegendste geburtshilfliche Geschichte dieser Seeregion erzählen.

Bei uns im Thurgau wurde um das Jahr 1500 der erste, historisch belegte Kaiserschnitt an einer lebenden Frau durchgeführt.

Der Kaiserschnitt ist zwar seit Jahrtausenden bekannt, aus Sagen und von Ritualen an Toten, und es ist auch erwiesen, dass dabei gelegentlich ein noch lebendes Kind entbunden wurde. Berühmte Persönlichkeiten der Geschichte behaupteten auch gerne, dass sie durch Kaiserschnitt entbunden wurden. Natürlich um besonders exklusiv zu sein, obwohl sie meistens, wie z.B. Caesar, nachweislich auf ganz natürliche Art zur Welt gekommen sind.

Der erste Kaiserschnitt im Kanton Thurgau ist historisch gut belegt, besonders durch die Niederschrift von François Rousset, Paris, um 1580. Der Text wurde dann mehrfach in altdeutschen Schriften übernommen. Dieser Text stammt aus einem Wundarztneibuch von D. Amadeus Megerlin, gedruckt von Johann Gerlin um 1666.

«Als im Jahr 1500 Elisabetha Allespachin, die Frau des Jakob Nufer, des Schweineschneiders und Kapaunemachers, im Flecken Siegershausen, das im Thurgau liegt, das erste Mal schwanger ging, ist es dahin gekommen, dass sie etliche Tage lang in den Kindsnöten gelegen. Da hat sie 13 Hebammen und etliche Wundärzte zu sich erfordert, von welchen sie Hülff und Rat zu erlangen, aber umsonst und vergebens erhoffet hat.

Weil nun bei solchem verzweifelt bösem Zustand keine Hoffnung mehr auf Besserung oder Geburt zu machen war, also hat der Ehemann seinem Weibe entdeckt und angezeigt, dass, wenn sie einwilligen und ihm folgen wollte, er mit Gottes Hülff, eine glückliche Prob an ihr wolle thun. Als sie einwilligte, eilet er zum Herren Praelaten nach Frauenfeld, sein Vorhaben kundzutun und Erlaubnis zu erhalten. Der Praelat aber hat sich anfangs difficultieret und wollte in ein so gefährliches Handeln nicht einwilligen. Doch hat er, da kein Ausweg bestand und der Mann auf Gottes Hülff und Segen baute, es endlich geschehen lassen.

Nach erhaltener Erlaubnis eilet der Mann stracks nach Hause. Er ermahnet die Hebammen, dass diejenigen, wel-

che eines beherzten und unverzagten Gemütes wären, wollten in der Stube verbleiben, dem Weibe beizustehen und Hülff zu leisten. Er wolle mit Gottes Hülff sein Weib aus grosser Not erretten und beim Leben erhalten.

Als die Wehweiber dies vernommen, eilten alle ausser zwo und den Wundärzten hinweg. Der Mann verriegelte die Tür, bat Gott um Hülff und Beistand. Er legte sein Weib auf den Tisch und schnitt ihr (Abb. 1), nicht anders als einem Schwein, den Leib auf. Es war aber gleich der erste Schnitt in den Bauch so wohl und glücklich gegangen, dass man das Kind ganz und unverletzt herausnehmen hat können. Das Kind wurde gereinigt, die Wunde, wie man alte Schuhe flicket, zugenäht und hat auch so glücklich geheilet.

Die Frau gebar darauf noch Zwillinge und später vier weitere Kinder.»

## 2. Schmerzerleichterung aus Sicht des Gynäkologen

Ich habe mich gefragt, warum hier im Titel «Gynäkologe» und nicht «Geburtshelfer» steht. Vielleicht aber erklärt gerade dies gewisse Unterschiede im Schmerzverständnis von Arzt und Hebamme. Der Frauenarzt ist erheblich mit-



Abb. 1: Holzstich vom Kaiserschnitt des Jakob Nufer, Siegershausen, Thurgau, um das Jahr 1500

geprägt von der gynäkologischen, d.h. der operativen und onkologischen Schmerzerfahrung.

Der Schmerz ist für den Betroffenen ein unangenehmes, ein unlustvolles Erlebnis.

Vom Schmerz wissen wir heute, dass er stets vielerlei Ursachen hat. Trotzdem wird häufig der Behandlungserfolg einer einzigen, verordneten Behandlungsart zugeschrieben. Diese Vorstellung gilt es zu revidieren, wenn wir folgendes beachten:

### 3. Placebo zur Schmerzlinderung

Starke Kopfschmerzen als Beispiel lassen sich durch eine Placebotablette ohne Wirkstoff in etwa 35% aller Fälle beheben. Dies beeindruckt um so mehr, als auch die stärkste Kopfwehtablette höchstens doppelt so häufig, d.h. zu 70% hilfreich ist.

Angsterregende, geheimnisvolle Behandlungen, wie etwa gefährliche Operationen (4, 12), haben eine noch viel grössere Placebowirkung als eine so kleine, unscheinbare Pille.

Dies zeigte Beecher (3) schon 1961 am Beispiel einer hämodynamisch völlig sinnlosen und gefährlichen Herzoperation nach Fiesci, der Unterbindung der Arteria mammaria bei Angina pectoris. Solange die Herzchirurgen und ihre Patienten an die Wirkung dieser Operation glaubten, konnten bei 80% der Patienten die schrecklichen Angina-pectoris-Schmerzen gelindert werden. Als aber Ärzte und Patienten am Operationserfolg zu zweifeln begannen, verlor sie auch ihre Wirkung.

Solche Beispiele von Placebowirkungen in der Schmerztherapie müssen unser Therapieverhalten mitbestimmen.

Wichtig ist in jedem Schmerztherapiekonzept aber auch die Frage: Wer beurteilt die Schmerzstärke und den Therapieerfolg? Die Antwort ist klar: Der Patient!

Erstaunlich ist, dass auch heute noch viele Medizinalpersonen, Hebammen, Schwestern und Ärzte, dem Schmerzpatienten, d.h. für uns der Gebärenden, die Kompetenz zur Schmerzbeurteilung

absprechen. Ein tief verwurzelttes Misstrauen gegenüber den Äusserungen der Patienten beeinflusst noch immer unser Handeln, obwohl wir besonders aus dem Umgang mit Tumorschmerzen bei Krebspatienten gelernt haben, dass eine erfolgreiche Schmerztherapie erst dann möglich ist, wenn wir den Angaben der Leidenden Glauben schenken und ihre Wünsche in unser Behandlungskonzept integrieren.

Die Zeiten, wo die Hebamme mit gestrecktem Finger auf den leicht kontrahierten Uterus drückt und sagt: «Gute Frau, unsere Wehen tun jetzt noch nicht weh», oder wo der Arzt nach sturen Schemata Spritzen, Durchtritts- oder Vollnarkosen verordnet, sollten für immer der Vergangenheit angehören.

### 4. Leitsätze zur Schmerztherapie

Es gibt einfache Leitsätze, die uns bei der Schmerztherapie (2, 9) führen sollten:

- Schmerzen haben stets mehrere Ursachen.
- Der Therapieerfolg beruht auf mehreren Wirkungsmechanismen.
- Der Patient beurteilt selbst seine Schmerzstärke und den Therapieerfolg.
- Der Glaube an eine Behandlungsmethode steigert den Therapieerfolg.

Bei der Wahl der Schmerztherapie hat diejenige Methode den Vorzug:

- die den besten Therapieerfolg bei geringster Gefährdung von Mutter und Kind erwarten lässt,

- die das Geburtserlebnis möglichst wenig beeinträchtigt,
- die sich nicht stur als allein hilfreiche Methode aufzwingt.

### 5. Ziel der Schmerztherapie

Das Ziel der Schmerzbehandlung muss und darf auch nicht Schmerzfreiheit (1, 2, 7) sein, sondern Erträglichkeit des Schmerzes, Akzeptanz der Behandlung und Zufriedenheit der Gebärenden.

Persönlich glaube ich, dass die Frau unter der Geburt darauf vorbereitet ist, tapfer und mit Stolz ein hohes Mass an Geburtsschmerzen zu ertragen, vielleicht weil sie dadurch eine in unserer christlichen Kultur tief verwurzelte, weibliche Bestimmung erfüllen kann. Lesen Sie dazu Moses 1, Kapitel 3, Vers 16, in der Genesis: «Und zum Weibe sprach Gott: ich will dir viel Mühsal schaffen, wenn du schwanger wirst, unter Mühen sollst du Kinder gebären.»

### 6. Methoden zur Schmerzlinderung

Welche schmerzlindernden Massnahmen stehen der Hebamme und dem Arzt zur Verfügung, wenn die Leitsätze und die Ziele der Schmerztherapie beachtet werden? Die schmerzlindernden Massnahmen lassen sich in folgende Gruppen unterteilen:

- Natürliche einfache Methoden
- Nichtschulmedizinische Methoden
- Schulmedizinische Methoden
- Systemische Medikation
- Leitungsanästhesie

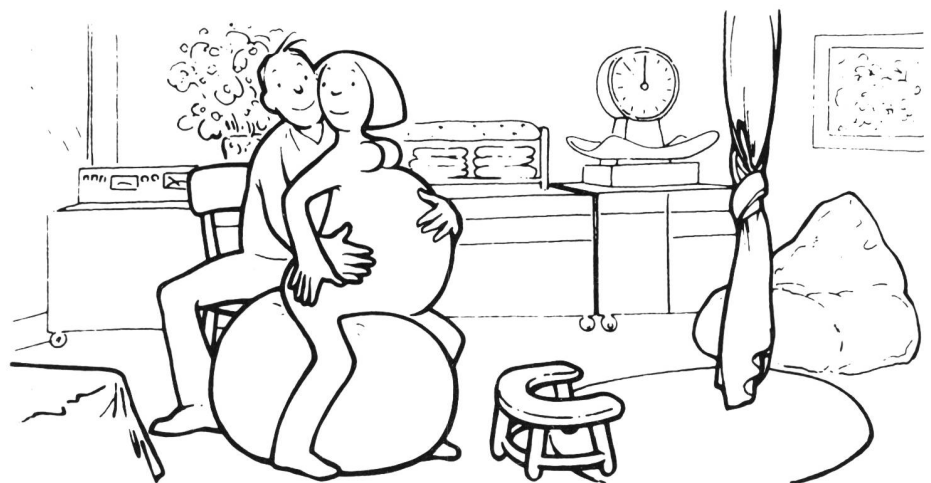


Abb. 2: Gebärsaal

**6.1. Natürliche einfache Methoden zur Schmerzlinderung**

Diese sind einfach, hilfreich, billig und so lange auch ungefährlich, wie sie nicht fanatisch stur als allein und als immer hilfreich den Gebärenden aufgedrängt werden.

Zu den natürlichen Methoden zählen die persönliche Zuwendung des Ehemannes, der Hebamme, des Arztes und von Freunden, aber auch eine angenehme, wohlthuende Gestaltung des Gebärzimmers (Abb. 2).

Ebenso wie eine gute Betreuung und sichere Überwachung braucht die Gebärende Bewegungsfreiheit. Sie will ihre Körperlage wechseln (7), will sich bewegen, will sich entspannen. Dabei sind einfache Hilfsmittel wie Pezzi-Bälle, Matten, Maia-Hocker, warme Bäder und viele andere Kleinigkeiten eine wertvolle Hilfe und Abwechslung (Abb. 3 + 4).



Abb. 3: Gebärende auf Maia-Hocker



Abb. 4: Gebärende im warmen Bad

All diese natürlichen Methoden helfen entspannen. Sie machen die Schmerzen erträglicher, lassen die Zeit schneller verstreichen, steigern damit die Wi-

derstandskräfte und helfen, aussergewöhnliche Belastungen und Schmerzen zu ertragen.

Natürliche Methoden sind um so wirkungsvoller, je mehr es gelingt, eine Vertrauensbasis zwischen der Gebärenden und dem Behandlungsteam aufzubauen. Das Vertrauen basiert in hohem Masse auf einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten. Es wird aufgebaut schon in der Geburtsvorbereitung, gefestigt bei den ärztlichen Schwangerschaftskontrollen und vertieft durch die Hebammen und Ärzte bei der Geburtsleitung.

In Frauenfeld haben wir die fast unglaublichen Erfolge dieser natürlichen Methoden während den letzten beiden Jahren kennengelernt (5), da wir viele Neuerungen aus dem Konzept der Bensberger Hebammenschule (Leiterin: Frau Sabine Friese-Berg) und des Bensberger Vinzenz-Pallotti-Hospitals (Chefarzt Frauenklinik: Dr. G. Eldering) übernommen haben.

Der grosse Erfolg dieser natürlichen Methoden erklärt sich mit der Durchbrechung des bekannten Teufelskreises (Abb. 5) Angst – Spannung – Schmerz.

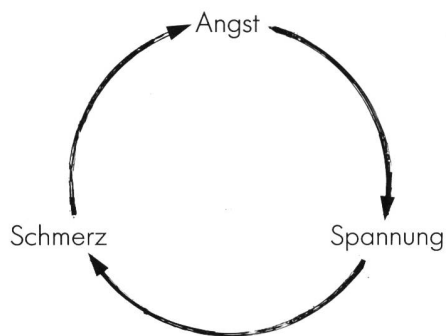


Abb. 5: Teufelskreis des Schmerzes (circulus vitiosus)

**6.2. Nichtschulmedizinische Methoden zur Schmerzbekämpfung**

Diese erfreuen sich seit einigen Jahren zunehmender Beliebtheit, Akzeptanz und Verbreitung.

Zwar zeigen auch bei uns einige Ärzte und Hebammen diesen alternativen Schmerzbehandlungen gegenüber grosse Skepsis (10). Einige sehen in der Akupunktur gar eine okkultistische Behandlungsmethode und verschliessen

sich mit ihren falschen Vorurteilen gegenüber oft sehr hilfreichen und ungefährlichen Therapiemöglichkeiten. Zu den nichtschulmedizinischen Schmerzlinderungen zählen:

- Akupunktur
- Hypnose
- Autogenes Training
- Setzen von Quaddeln
- Homöopathie

**6.2.1 Akupunktur**

Die Akupunktur (11) ist den rein psychologischen Behandlungsmethoden wie Lamaze, Dick Read, Leboyer deutlich überlegen. Die gute Wirkung erklärt sich, weil über den Nadelstich sowohl lokale Reize, eine zentrale neurogene und auch die wohl überwiegende psychologische Wirkung ausgelöst werden.

Die Wirkung der Akupunktur ist bei geeigneten Patientinnen vergleichbar mit derjenigen starker Analgetika, ohne aber die unerwünschte Nebenwirkung der Atemdepression beim Neugeborenen auszulösen.

Die **Instrumente der Akupunktur** sind die Nadeln, die Moxa Zigarre und die Dauernadel, die an den geeigneten Akupunkturpunkten einzusetzen sind (Abb. 6 + 7).

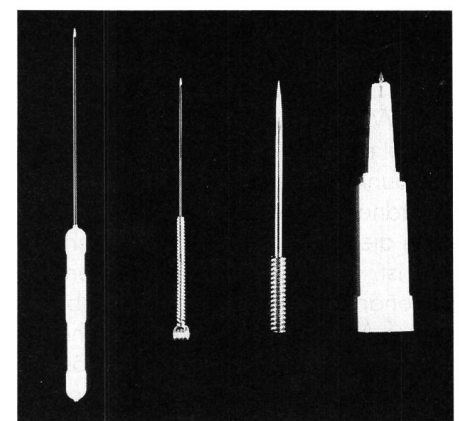


Abb. 6: Nadeln zur Akupunktur

von links nach rechts:

- 1.+2. Nadel  
Einmalnadeln für Körperakupunktur
- 3. Nadel  
Goldnadel für Ohrakupunktur
- 4. Nadel  
Dauernadel mit Applikationsschutz für Ohrakupunktur

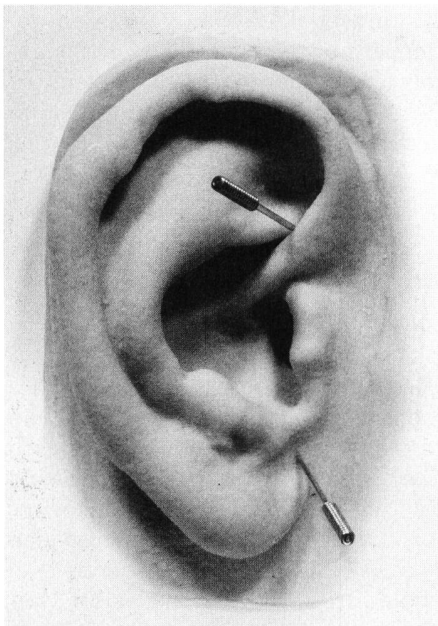


Abb. 7: Akupunkturpunkte am Ohr  
Punktekombination unter der Geburt

6.2.2 Hypnose

Die Hypnose hat den Nachteil einer partiellen Erinnerungstrübung oder einer Empfindungshemmung in gewissen Körperbereichen, was heute beim Geburtserlebnis nur ungern akzeptiert wird. Zudem braucht die Hypnose, ebenso wie das Autogene Training und das Yoga, sehr viel Zeitaufwand in der Vorbereitung, was ihre Verbreitung hemmt.

6.2.3 Hautquaddeln

Die Wirkung von Hautquaddeln (6) dürfte etwa zwischen derjenigen der Akupunktur und der Homöopathie eingeordnet werden. Vorteilhaft ist aber, dass diese Methode sehr leicht erlernbar ist. Meist werden am Rücken, im sogenannten Angulus costo-lumbaris, einem Akupunkturpunkt entsprechend, zwei bis drei ml einer Mischlösung NaCl / Lokalanästhetikum 2:1 gespritzt.

6.2.4 Homöopathie

Der pharmakologische Effekt der Homöopathie ist zwar gering bis fehlend. Dennoch zeigen homöopathische Mittel eine gute schmerzlindernde und entspannende Wirkung, was wiederum auf einer vorwiegend psychologischen Komponente beruht.

6.3 Schulmedizinische Methoden

Die schulmedizinischen Methoden (1, 2, 9) lassen sich unterteilen in:

- Analgetika
- Psychopharmaka
- Narkotika
- Lokal- und leitungsanästhetika

6.3.1 Analgetika und Psychopharmaka

Analgetika und Psychopharmaka werden einzeln oder gemeinsam eingesetzt, als Tabletten, als Suppositorien, als Spritzen s.c., i.m., i.v. oder als Infusionen.

Der Wirkungseintritt, das Wirkungsmaximum und die Wirkungsdauer sind abhängig von den pharmakologischen Eigenschaften des eingesetzten Medikamentes und von der Art, wie es verabreicht wird.

Am schnellsten tritt die Wirkung ein bei i.v.-Injektion, am langsamsten bei Tabletten, am besten dosierbar ist die Wirkung bei der Infusion.

Als Analgetika werden heute hauptsächlich Opiumderivate eingesetzt. (siehe Tabelle 1)

Mildere Analgetika dagegen, wie Acetylsalicylsäure und Phenacetinderivate, sind pharmakologisch zur Linderung der Geburtsschmerzen zu wenig potent.

In der frühen Eröffnungsperiode werden gerne Suppositorien verabreicht, bei straffen Weichteilen gerne Spasmoanalgetika. Es ist für jedes Team zweckmässig und der Erfahrung dienlich, wenn gewisse Hausregeln für die

Tab. 1: Analgetika und Spasmoanalgetika unter der Geburt

Opiumderivate:
- Pethidin
- Tramal
- Temgesic
- Fortalgesic
- Fentanyl
Spasmoanalgetika:
- Spasmosol
- Spasmo-Cibalgin
- Buscopan Comp.

Auswahl und die Dosierung der Medikamente aufgestellt werden. Die Dosis und das Zeitintervall richten sich aber hauptsächlich nach dem Schmerzlinderungsbedürfnis der Patientin und nicht nach Schemata (siehe Tabelle 2).

Opioide, besonders Pethidin, weniger das Tramal, führen in hohen Dosen zur Atemdepression beim Neugeborenen. Daher sollten sie in den letzten zwei Stunden vor der Geburt möglichst nicht mehr oder nur noch mit äusserster Zurückhaltung und in niedrigen Dosen eingesetzt werden. Tritt trotzdem eine Atemdepression auf, können dem Neugeborenen Antidote gespritzt werden.

6.3.2 Psychopharmaka

Sie wirken angstlösend und beruhigend und verstärken zudem die Wirkung der Analgetika. Durchgesetzt hat sich besonders das **Valium** (Diazepan).

Tab. 2: In der Geburtshilfe häufig eingesetzte Opiumderivate

Präparat	Einmaldosis	Wirkungsdauer	Antidot
Pethidin	i.v. 25– 50 mg i.m. 25–100 mg Supp. à 100 mg	2 Std.	Naloxon
Tramal	i.v. 100 mg i.m. 100 mg Supp. à 100 mg	6 Std.	Naloxon
Temgesic	i.v. 0,3–0,6 mg i.m. 0,3–0,6 mg Sublingual-Tbl. 2 Tbl. à 0,2 mg	6 Std.	Dopram
Fortalgesic	i.v. 15–30 mg i.m. 30–60 mg Supp. à 50 mg	4 Std.	Naloxon



pan). Valium hat aber eine lange Halbwertszeit und führt bei Dosierungen von 30 mg und mehr innert der letzten 24 Stunden vor der Geburt zur kindlichen Hypotonie, Lethargie und Trinkfaulheit. Valium sollte deshalb vor der Geburt höchstens noch in niedrigen Dosen, z.B. 2–5 mg i.v. oder 5–10 mg als Supp. oder Tablette, verabreicht werden.

**Phenergan** eignet sich besonders gut zur Kombination mit Opiumderivaten, da es deren Schmerzlinderung potenziert und zudem sedativ, anxiolytisch und antiemetisch wirkt.

6.3.3 Narkotika

Von den Narkotika möchte ich nur das in Gebärsälen häufig eingesetzte Lachgas erwähnen. Das Gemisch von 50% Lachgas / 50% Sauerstoff eignet sich bei intermittierender Atmung dank des raschen Wirkungseintrittes recht gut zur Schmerzlinderung in der Eröffnungs- und frühen Austreibungsperiode.

6.3.4 Lokal- und Leitungsanästhetika

Zuletzt komme ich zu den weitaus wirkungsvollsten Medikamenten, den lokal- und Leitungsanästhetika. Sie blockieren die Schmerzleitung und sind daher in der Lage, den Schmerz vollständig zu beseitigen, ohne das Bewusstsein zu trüben oder die Atmung zu dämpfen.

Lokal- und Leitungsanästhesien können an verschiedenen Orten gespritzt werden, z.B. am Damm bei der Episiotomie, als Pudendusblock, dann parazervikal oder peridural. Entsprechend unterscheiden sich Wirkung und Nebenwirkungen (Abb. 8).

Früher wurde häufig eine **Parazervikalblockade** in der Eröffnungsperiode gesetzt, um den Dehnungs- und Öffnungsschmerz der Portio zu blockieren. Häufig führte diese wirkungsvolle Anästhesie aber zu Herzfrequenzabfällen bei Neugeborenen, weshalb sie fast gänzlich verlassen wurde.

Beliebt während der ganzen Eröffnungs- und Austreibungsperiode ist da-

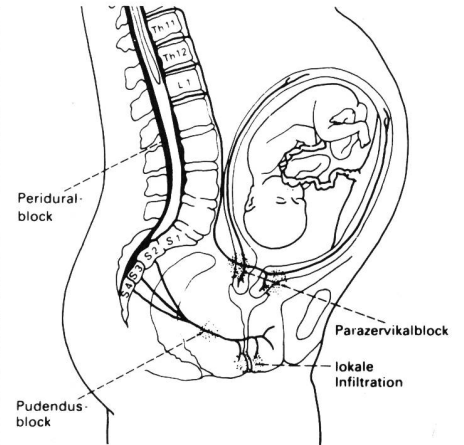


Abb. 8: Ansatzpunkte der lokal- und Leitungsanästhesie (aus Baumann, H., Huch R., gynäkol. prax. 11, 227, 1987)

gegen die **Periduralanästhesie**, besonders die kontinuierliche lumbale Epiduralanästhesie. Bei dieser Methode wird auf Höhe L2 bis L4 durch Punction ein Katheter in den Periduralraum eingeführt, durch den dann während der ganzen Geburtszeit nach Bedarf

● Fortsetzung Seite 21

## Haben Sie Ihren Traumberuf gefunden?

Wir möchten, dass er es vielleicht wieder wird.

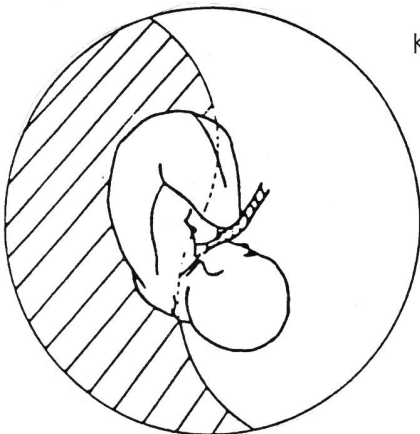
# AKUPUNKT-MASSAGE

nach Penzel

unterstützt mit natürlichen Mitteln die natürlichste Sache der Welt.

Der Schweizer Hebammenverband empfiehlt die Ausbildung in **Akupunkt-Massage** nach Penzel.

Kostenlose Informationen erhalten Sie beim:

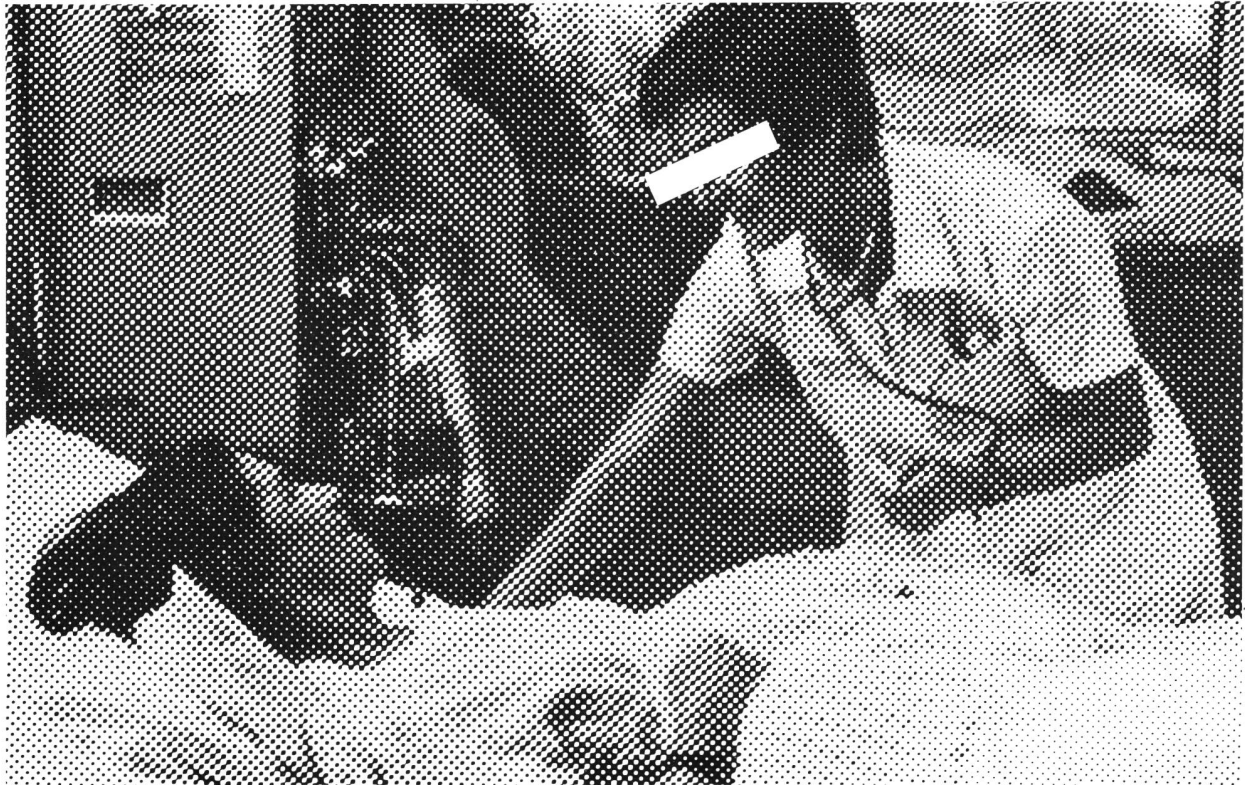


## 中華按摩

Qualität seit über 30 Jahren

Internationalen Therapeutenverband  
Sektion Schweiz  
Fritz Eichenberger  
An der Burg 4  
CH-8750 Glarus  
Telefon 058 61 21 44

Lehrinstitut für  
AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel  
Lärchenblick 2  
D-3452 Heyen  
Telefon 0049 5533 1072  
Telefax 0049 5533 1598



Sie pflegt professionell Patienten –  
das war ihr Risiko

## Diagnose: Akzidentiell Hepatitis B infiziert

Das muss nicht sein. Auch für Medizinalpersonen mit einem erhöhten Hepatitis-B-Infektionsrisiko, wie Ärzte, Zahnärzte, Pflegepersonal, medizinisches Assistenz- und Laborpersonal, Hebammen und Geburtshelfer, Sanitäter ...

NEU

## Heprecomb Berna

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B  
Gentechnologischer Rekombinanten-Impfstoff  
Biotechnologisch in Hefe vermehrt  
Die Impfung mit Heprecomb Berna ist in jedem  
Lebensalter möglich

### Zusammensetzung

1 Dosis zu 0,5 ml enthält mindestens  
10 mcg des hochgereinigten und adsorbierten  
Hepatitis-B-Oberflächenantigens

**BERNA**



Für weitere Informationen beachten Sie bitte  
den Packungsprospekt oder rufen Sie uns an

**Schweiz. Serum- & Impfinstitut Bern**  
Postfach, 3001 Bern, Telefon 031/980 61 11

**Literaturverzeichnis**

- 1 Baumann, H., Huch R.  
Geburtsanalgesie. Methoden,  
Verfahren, Alternativen.  
gynäkol. prax. 11, 227, 1987
- 2 Beck, L., Albrecht, H.  
Analgesie und Anästhesie in  
der Geburtshilfe.  
Georg Thieme Verlag, Stutt-  
gart 1982
- 3 Beecher, K.  
Surgery as Placebo.  
J.A.M.A. 176, 1102, 1961
- 4 Eberhard, J.  
Trügerische Faszination opera-  
tiver Therapiekonzepte.  
Schweiz. Ärztezeitschrift 70, 1,  
1989
- 5 Eberhard, J.  
Natürliche Geburtshilfe – Bett,  
Stuhl oder Wanne.  
Videofilm VHS 1992
- 6 Irrmann, M.  
la réflexothérapie lombaire.  
Environnement de la naissance.  
Levy et Tournaire. Diffusion Vi-  
got. Paris 1985
- 7 Kuntner, L.  
Die Gebärhaltung der Frau.  
Marseille Verlag, München  
1985
- 8 Morgan, B.M.  
Analgesia and Satisfaction in  
Childbirth.  
The Lancet 9, 808, 1982
- 9 Neumark, J.  
Prophylaxe und Therapie des  
Geburtsschmerzes.  
Speculum 1, 8, 1984
- 10 Pfeifer, S.  
Gesundheit um jeden Preis.  
Brunnen Verlag, Basel 1980
- 11 Schuler, C.W.  
Akupunktur in Geburtshilfe und  
Frauenheilkunde.  
Hippokrates Verlag, Stuttgart  
1989  
oder  
gynäkol. prax. 16, 7, 1992
- 12 Skrabanek, P., McCormick, J.  
Torheiten und Trugschlüsse in  
der Medizin.  
Verlag Kirchheim, Mainz 1991

● Fortsetzung von Seite 15

das Lokalanästhetikum nachgespritzt werden kann. Je nach Dosis und Lage-  
rung der Patientin kann der schmerz-  
freie Bereich bis zum Damm hinunter  
oder nach oben für einen Kaiserschnitt  
ausgedehnt werden.

Die Indikation zur PDA ergibt sich aus  
dem Patientenwunsch oder bei protra-  
hierter Eröffnungsperiode mit rigider  
Portio oder besonders bei Sectio cae-  
sarea.

Bei der Indikationsstellung einer PDA  
sind die Risiken und Kontraindikationen  
genau zu beachten. Zu beachten ist  
aber auch, dass – obwohl die PDA  
die wirkungsvollste Schmerzlinderung  
bringt und von den Gebärenden unter  
der Geburt sehr geschätzt wird – sie  
später bei den Patientinnen oft gewisse  
Schuld- und Versagergefühle (8) hinter-  
lässt. Es ist, als ob sich diese Mütter  
später des Geburtserlebnisses beraubt  
fühlen; darüber sind sie enttäuscht, und  
sie sehen meist die Ursache dieser  
Frustration in einer schlechten medizi-  
nischen Beratung.

Zur Schmerzblockade am Damm in der  
Austreibungsperiode, besonders bei  
vaginaler operativer Entbindung, hat  
sich die **Pudendusanaesthesie** bewährt.

**7. Erfolg der Schmerzlinderung**

Die aufgeführten Schmerzlinderungs-  
massnahmen geben nur einen unvoll-  
ständigen Überblick. Dazu soll noch-  
mals festgehalten werden, dass es  
nicht eine einzig gute Methode gibt,  
da ja jeder Schmerz stets viele Ursa-  
chen und damit viele Therapieansätze  
hat. Jeder Therapeut, Hebamme und  
Arzt, kann massgebend einen Behand-  
lungserfolg beeinflussen.

**Ein potentes Mittel wird, schlecht ein-  
gesetzt, unwirksam.  
Ein unwirksames Mittel wird, gut ein-  
gesetzt, potent.**

lassen Sie die Gebärende bei der  
Wahl der Schmerztherapie mitbestim-  
men.

Versuchen Sie durch persönliches En-  
gagement den natürlichen und neben-  
wirkungsfreien Methoden den Vorrang  
zu geben, ohne aber der Gebärenden  
potente und pharmakologisch wirksame  
Methoden vorzuenthalten. □

**Leserbrief**



Liebe Kolleginnen

Ich schreibe Euch, damit ich meine Gedan-  
ken äussern kann. Doch zuerst möchte ich  
mich kurz vorstellen:

Meine Name ist Ruth Erhard-Gauler, und  
ich bin Mutter von vier Kindern (8, 7, 4 und  
2 Jahre). Seit elf Jahren arbeite ich als Heb-  
amme, seit 1986 im kant. Frauenspital in  
Bern. Vor vier Jahren begann ich Geburts-  
vorbereitungskurse (GVR) zu geben. Ich  
gestehe, es brauchte einen tüchtigen  
Schuss Mut, vor die werdenden Eltern zu  
treten. Tausend Gedanken schwirrten durch  
meinen Kopf: Kann ich ihnen die Verände-  
rung einer Schwangerschaft mitteilen? Ih-  
nen das Geburtserlebnis nahe-bringen?  
Wie können wir die vorhandenen Ängste  
verarbeiten? Kann ich all die anfallenden  
Fragen beantworten? Was ist wichtig im  
Wochenbett? usw.

Ich spürte, dass es richtig war, diesen Weg  
zu gehen. In meiner Zeit als Hebamme  
habe ich erlebt, wie wichtig es ist, dass  
Frauen und Männer durch die Hebamme  
mitbetreut werden, dass nicht nur die mo-  
natlichen Kontrollen beim Arzt massgebend  
sind. Die Frauen brauchen das Gespräch  
und die Aufklärung durch die Hebamme.

Nun habe ich aber erfahren, dass es einen  
neuen Beruf als Geburtsvorbereiterin gibt.  
Diese Schule ist nicht für Hebammen, jede  
Frau kann dies erlernen!

Kolleginnen, wie konnte es so weit kom-  
men? Ist es als Hebamme nur wichtig, eine  
Frau unter der Geburt zu begleiten? Ist es  
nicht noch viel wichtiger, die Frauen schon  
auf die Geburt vorzubereiten?

Bitte, Hebammen, habt den Mut, sammelt  
Informationen und gebt Euer Wissen und  
Eure Erfahrung an die werdenden Eltern  
weiter. Lasst nicht zu, dass wieder etwas  
vom Berufsstand der Hebammen verloren-  
geht.

Was nützt es uns, sich einzusetzen, dass  
die Hebamme die normale Geburt leiten  
kann, dass die Hebamme den Dammschutz  
ausführen kann, wenn wir darüber verges-  
sen, dass unsere Arbeit schon vor der Ge-  
burt beginnt?

Es ist schade, für das Ende zu kämpfen,  
wenn wir den Anfang vergessen.

Bern, 7. August 1992 □

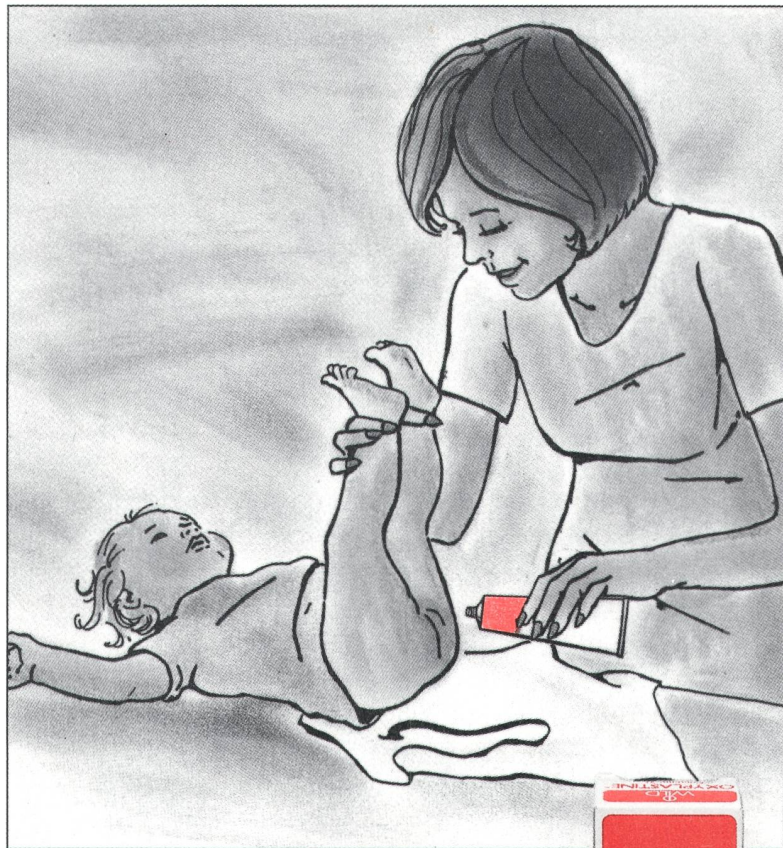


# OXYPLASTIN®

## Wundheilsalbe

### Fördert die Regeneration des Gewebes bei:

- Wundsein von Säuglingen und Kleinkindern, schützt die Haut vor der Nässe der Windeln, verhindert Rötungen und beschleunigt die Vernarbung
- Verbrennungen, Geschwüren, Hautwunden, Frostbeulen, varikösen Geschwüren, Schorf, Ekzemen, eitriger Dermatitis
- chirurgischen Indikationen als Hautschutz



1 g Salbe enthält: Zinkoxyd 460 mg, weisses Wachs 1 mg, Geraniumöl 1,2 mg, Origanumöl 1,2 mg, Thymianöl 1,2 mg, Verbenenöl 1,2 mg, Wollfett, Rizinusöl, Wasser.

**WILD**

Dr. Wild & Co. AG, 4002 Basel

Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz

