

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle 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:	4
Artikel:	Heroinsucht in der Schwangerschaft
Autor:	James, A.A.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950928

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: 25.01.2026

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

Heroin sucht in der Schwangerschaft

A. A. James

Mit der Führung einer Schwangerschaft bei süchtigen Frauen sind nur sehr wenige Geburtshelfer vertraut, obwohl dieses Problem sehr rasch an Ausmass zunimmt. Es wird geschätzt, dass es in den USA ca. 100—200 000 Drogensüchtige gibt. Diese Zahl liegt ohne Zweifel weit unter der Wirklichkeit, da nur diejenigen Süchtigen gezählt werden, welche durch kriminelle Schwierigkeiten oder Krankheit ermittelt werden konnten. Ungefähr die Hälfte aller bekannten Süchtigen wohnen momentan in New York City. Es wird angenommen, dass 25 000 von diesen Frauen sind, wovon wiederum 80 % in kindergebärendem Alter. 1971 wurden in New York City 550 Kinder von drogensüchtigen Müttern geboren.

Das Problem, eine süchtige Schwangere oder ein süchtiges Neugeborenes zu pflegen, ist für Aerzte neu. Die erste Publikation eines neugeborenen Heroin-süchtigen erschien 1956. Seither häuften sich Einzelfälle zu grossen Serien, welche sich mit den Problemen von Schwangerschaft und Pflege vor der Geburt befassten, sowie mit Erkennung und Therapie des Entzugs syndroms beim Neugeborenen.

Nun einige Wörter zu den *Charakteristika des Heroin*: Heroin wurde 1889 von einem deutschen Chemiker zum ersten mal isoliert. Chemisch betrachtet, ist Heroin Di-acetyl-morphin und ist sehr leicht aus Morphin herzustellen. Am Anfang seiner Herstellung wurde von Heroin behauptet, er heile die Morphinsucht. Innerhalb von 25 Jahren wurde erkannt, dass die Suchtbildung dieser Substanz gefährlicher ist als jeder anderen bekannten Drogen. In den USA ist Heroin seit 1923 verboten. Das in den USA erhältliche Heroin wird wahrscheinlich aus rohem Opium hergestellt ausserhalb des Landes. Sobald es nach den Staaten geschmuggelt wird, wird es gewöhnlich vermenkt mit Lactose, Glucose, Stärke oder Chinin. Gelegentlich werden Amphetamine oder Strychnin gebraucht. Die Drogen im Allgemeinverbrauch enthält zwischen 1 und 3 % Heroin pro Portion. Es kommt auch vor, dass eine Sendung überhaupt kein Heroin enthält, während eine andere 11 %. Mehr als 20 % Heroin kann zu einer tödlichen Ueberdosis führen.

Heroin kann von fast allen Oberflächen absorbiert werden. Die gewöhnlichsten Eintrittspforten sind oral, nasal (sniffing), subcutan (skin-popping), intravenös (main-lining) und intramuskulär. Besteht Verdacht, dass eine Patientin süchtig ist, oder gibt sie ihre Sucht nicht zu, so können die folgenden Beobachtungen helfen, die Diagnose zu erhärten: Stecknadel-grosse Pupillen, welche auf Licht nicht reagieren, sind verdächtig. Nadeleinstichstellen an Armen und Beinen (Kniekehle) geben einen guten Hinweis. Manchmal sind die Einstichstellen so dicht aneinander gereiht, dass das Resultat wie eine langgezogene Kratzspur imponiert — nur dass sie eben der Längsrichtung einer Vene folgt. Auch zwischen den Zehen, unter der Zunge und in den Augenbrauen wird gespritzt. Subcutane Injektionen hinterlassen häufig münzenförmige Eindellungen. Tätowierungen müssen minutiös untersucht werden, da sie häufig gebraucht werden, um Einstiche zu verbergen. Einstichstellen müssen auch dort gesucht werden, wo die Patientin nicht selbst injizieren kann, wo also eine Drittperson gespritzt hat. Beliebt sind Schultern und Rücken.

Die Heroin-süchtige

Die schwangere Drogensüchtige benimmt sich wie andere Drogensüchtige. Ihre Launen können schnell und oft wechseln (während des Tages). Vielleicht wird dadurch der Drogenpiegel im Blut wiedergegeben. Eine Euphorie folgt der Drogen-

einnahme sehr schnell. Die Süchtige scheint ruhig, gedämpft und in sich selbst absorbiert zu sein während diesem Stadium, gefolgt von einem Intervall, wo die Süchtige aufmerksam und wohlauft zu sein scheint. Darauf folgt das Stadium der Enthaltsamkeit, wenn keine neue Dosis eingenommen wird. Es kommt die Sehnsucht nach der Drogen mit Unwohlsein, Nausea, Tränenfluss, Schwitzen, Tremor und Krämpfe. Nach einer Weile gewöhnt sich der Körper an die Drogen und die Gemütschwankungen nehmen stark ab. Um eine Euphorie zu erreichen, muss die Süchtige mehr Heroin nehmen, somit folgen höhere Dosen und häufigere Einnahmen. Für gewöhnlich nehmen sie 6 Portionen pro Tag, was zwischen 25—30 Dollar täglich ausmacht.

Menstruale Unregelmässigkeiten kommen beim Gebrauch von hohen Dosen Heroin vor. Die Menstruation sistiert nach 1—4 Monaten des Heroinabusus. Es ist statistisch erwiesen, dass 64—73 % der weiblichen Drogensüchtigen Obligomenorrhoe haben. Der Mechanismus der Menses-Unregelmässigkeiten ist nicht bekannt. Es ist postuliert worden, dass die Ovulation unterdrückt wird, entweder durch direkte Wirkung der Drogen, in dem sie die Hypophyse oder den Hypothalamus hemmt, oder durch neurale Blockade zwischen Hypophyse und Hypothalamus, welche eine Verminderung des Gonadotropins bewirkt. Das zuletzt Genannte scheint die richtige Theorie zu sein, da Morphin, welches chemisch mit Heroin verwandt ist, das ACTH vermindert und die Nebennierenfunktion in *in-vitro*-Versuche beeinflusst.

Im Gegensatz zu den Erwartungen beweist die Fruchtbarkeit der Heroin-süchtigen, dass ihre Fertilität unbeeinflusst ist. Dieses Phänomen hängt vielleicht davon ab, dass die Süchtige mit jeder selbstverabreichten Dosis eine relativ geringe Menge Heroin zu sich nimmt.

Vor der Geburt gibt es vier verschiedene Methoden, eine schwangere Drogensüchtige zu behandeln:

- 1.) Der Süchtigen vor der Geburt beistehen, ohne ihr Drogenschema zu ändern
- 2.) Akute Entziehung
- 3.) Langsamer Entzug unter Methadon-Substitution und späteres Absetzen
- 4.) Methadon-Aufrechterhaltung

Ermügt man nur die Patientin in vorgeburtlicher Kontrolle zu bleiben, und erlaubt man ihr gleichzeitig, ihrer Sucht auf gewohnter Weise nachzugehen, so sind die Resultate nicht sehr gut. Wegen dem niederen Molekulargewicht, ist Heroin sehr gut plazentardurchgängig. Schon eine Stunde nach Einnahme kann es im fötalen Gewebe nachgewiesen werden. Diese Art Betreuung führt also zu einem hohen Prozentsatz süchtiger Neugeborenen. Vorgeburtliche Kontrollen sind selten und irreführend, da die Patientin primär damit beschäftigt ist, Mittel zu besorgen, um ihre Sucht unterhalten zu können. Ungewollt ist diese Methode aber die meist angewandte, da die Patientin in den allermeisten Fällen ihre Sucht nicht erwähnt.

Der akute Entzug ohne irgendwelche Substitution wird von der Süchtigen abgelehnt und ist nicht komplikationslos. Da angenommen werden muss, dass auch der Fötus süchtig ist, wird auch er Entziehungserscheinungen aufweisen. Der intrauterine Tod kann eintreten. Wieviel Prozent des erhöhten intrauterinen Fruchttodes der Heroin-sucht an sich zuzuschreiben ist und wieviel Prozent anderen Faktoren, z. B. schlechte Ernährung, ist nicht bekannt. Heroin-Entzug durch grosse Dosen Beruhigungsmittel oder Methadon (synthetisches Opiat, analog Pethidin), auszugleichen um dann diese Substitution wieder abzubauen, ist eine weitere schwierige Methode. Die Heroin-süchtige wird zunächst in eine Methadon-Süchtige verwandelt. Ist dies erst vollbracht, muss das Methadon wieder schrittweise abgebaut werden. Der Spitalaufenthalt wird somit verlängert, außerdem ist die Methadon-Sucht manchmal noch schwieriger zu brechen als die Heroin-sucht.

Die Substitution von Heroin durch Methadon bewirkt eine anfängliche Hospitalisation der Süchtigen wegen der hohen Dosen Methadon. Die Patientin wird auf eine tägliche Erhaltungsdosis eingestellt. Diese Methode soll die folgenden Vorteile erbringen:

- a) Besseres Mitwirken der Süchtigen bei der vorgeburtlichen Betreuung,
- b) kürzerer Spitalaufenthalt für Neugeborene,
- c) bessere Aufmerksamkeit der Mutter gegenüber dem Gesundheitszustand des Kindes,
- d) stabilerer Stand von Mutter und Kind innerhalb der Gesellschaft.

Der Nachteil dieser Methode ist, dass gemäss einiger Erfahrung, Methadon-Süchtige Neugeborene viel schwieriger zu behandeln sind und viel intensivere Pflege brauchen als die Heroinbabys. Es ist eigentlich immer die Patientin, welche die Art der Betreuung für ihre Schwangerschaft aussucht. Welche Methode sie auch wählen mag, soll der Arzt sich einer Moralpredigt enthalten. Diese Patienten haben ein Recht auf vorgeburtliche Betreuung und sie sollte ihnen nicht vorenthalten werden.

Hepatitis und multiple Abzesse kommen als *medizinische Komplikationen* gehäuft vor wegen unsteriler Injektionstechnik. Thrombophlebitis und Lungenembolie können auftreten nach Gefässverletzungen und Gefässreizungen. Tetanus kommt auch vor wegen dem Gebrauch von unsterilen Nadeln. Tetanus während der Schwangerschaft, oder bei Neugeborenen, ist jedoch noch nie gemeldet und bestätigt worden. Infektöse Erkrankungen verlaufen bei Süchtigen viel schlimmer als bei nicht Süchtigen, da die Süchtige erst spät zum Arzt geht.

Da Frauen ihre Sucht primär durch Prostitution unterhalten, sind Geschlechtskrankheiten sehr häufig und da die Sucht sehr kostspielig ist, wohnt die Süchtige häufig armselig. Die Qualität der Nahrung ist meistens schlecht, und Anaemien sind daher häufig.

Der Tod kann sofort nach der i.V.-Injektion von Heroin auftreten, wahrscheinlich auf Grund einer akuten allergischen Reaktion mit schwerem Lungenödem. Die Schnelligkeit, mit dem es auftritt, schliesst eine Ueberdosis als Ursache aus, da eine Ueberdosierung eine Atemdepression und Anoxie hervorrufen würde, gefolgt von Coma und Tod. Die Therapie in beiden Fällen sollte die Funktion von Herz und Lungen adequate unterstützen. Tritt insuffiziente Atmung auf, sollte intubiert und künstlich beatmet werden. Auch Strychnin, dem Heroin beigegeben, kommt als Todesursache vor.

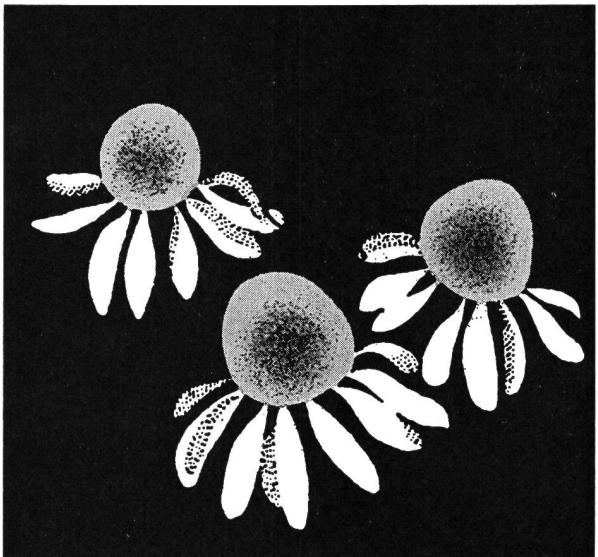
Geburtshilfliche Probleme

Die vorgeburtliche Betreuung ist charakteristischerweise schlecht. Es wird im Durchschnitt weniger als 1 Kontrolle vor der Geburt gemeldet. Nur eine von vier Süchtigen tragen sich ein für eine Betreuung vor der Geburt, und mehr als die Hälfte von diesen tun es nicht vor dem letzten Trimenon. Meistens haben sie eine schlechte geburtshilfliche Krankengeschichte mit gehäuften Aborten (wahrscheinlich spontanen Aborten) und Totgeburten.

Die Frühgeburtenrate ist hoch. Die perinatale Todesrate von 17,4 % ist signifikant erhöht gegenüber Nicht-Süchtigen.

Die Schmerzmittelmenge unter der Geburt hängt davon ab, wie kurz vor Spitalantritt eine Heroindosis genommen wurde. Da die Drogensüchtige befürchtet, im Spital ihrer Sucht nicht nachgehen zu können, bleibt sie so lange wie möglich zu Hause, nimmt ihre Dosis ein und kommt zur Hospitalisation, erst wenn die Geburt bevorsteht. Der Spitalaufenthalt wird dabei gekürzt und der Drogenbedarf auf ein Minimum eingeschränkt.

Wie bei jeder Frau unter der Geburt sollte eine i.V.-Leitung gelegt werden. Dies ist wichtig wegen der drohenden Blutung und der schlechten Venen. Vorsichtshalber dürfen keine Medi-



Die altbewährte Kamille
in moderner Form

KAMILLOSAN®

Liquidum* Salbe* Puder

* kassenzugelassen

entzündungsheilend,
reizmildernd, adstringierend,
desodorierend

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

Muster stehen zur Verfügung!



TREUPHA AG BADEN

kamente oder Anaesthetika gebraucht werden, welche lebertoxisch sind, da viele Süchtige klinische, sowie subklinische Hepatitisschübe haben, welche die Leberfunktion beeinträchtigen.

Oft wird das Fruchtwasser durch Mekonium verfärbt. Dieses Phänomen wird viel weniger als Alarmsignal von seiten des Kindes interpretiert, als vielmehr als Stress-Signal seitens der Mutter, hervorgerufen z. B. durch wiederholter Drogenübersdosierung oder Drogenentzugserscheinung vor der Geburt.

Ungefähr 85 % der Kinder geboren von süchtigen Müttern zeigen irgendwelche Entzugserscheinungen. Mehr als die Hälfte der Neugeborenen weisen die ersten Zeichen 24 Stunden nach der Geburt auf. Es kann aber bis zu 6 Tagen dauern, bis diese Zeichen eindeutig werden.

Die klinischen Symptome des Drogenentzuges sind charakteristisch und können leicht erkannt werden. Diese Kinder sind klein. Es wird behauptet, dass die Entzugssymptome signifikant sind, wenn die Mutter täglich 120—240 mg Morphin oder 6—12 mg Heroin zu sich nimmt. Turbulente Kindsbewegungen sind beschrieben worden während Zeiten des mütterlichen Entzuges. Die Bewegungen normalisierten sich erst nach Gabe der gewohnten Drogendosis. Extreme neurale Erregbarkeit tritt in 80 % der Kinder auf innerhalb von 24 Stunden. Der zeitliche Beginn des Entzuges hängt von verschiedenen Faktoren ab, die Art der gebrauchten Drogen, die Zeit der letzten Einnahme vor der Geburt, die Art der Analgetika und der Anaesthetika welche gebraucht wurden (während der Geburt). Das Kind wird zunehmend unruhig, irritabel und zitterig. Der Schrei ist hoch (schrill) und unnachgiebig (richtige Heulsirenen). Es besteht eine konstante motorische Unruhe mit ängstlichem, intensivem Saugen der Finger und Kratzen des Gesichtes. Fieber, Erbrechen, Diarrhoe und Exsikkose kommen häufig vor. Die Flasche wird schlecht genommen und die Milch regurgitiert, obwohl das Kind sehr hungrig zu sein scheint. Apnoe und epileptiforme Anfälle können vorkommen. Ohne Behandlung beträgt die Mortalität ca. 70 %. Die Diagnose ist nicht leicht. Zur Differentialdiagnose gehören: Hypocalzämische Tetanie, Hypoglykämie, Zentralnervöse Störungen, Meningitis, Pyridoxinmangel (Vit. B6-Mangel).

Es wurde versucht, eine Korrelation herzustellen zwischen dem Zeitbeginn der Symptome, ihrem Schweregrad und ihrer Dauer, der Heroinmenge, die von der Mutter eingenommen wurde, der Dauer der Sucht und dem Zeitpunkt der letzten Heroineinnahme. Man würde annehmen, dass eine Dosis kurz vor der Geburt eingenommen zu einem Hinausschieben des Auftretens der ersten Entziehungssymptome führen würde. Dies konnte aber nicht bestätigt werden. Ueberschreitet die tägliche Heroineinnahme 6 Portionen, dann zeigt das Neugeborene in 75 % der Fälle Entzugssymptome. Das gleiche gilt für Neugeborene, dessen Mütter mehr als 1 Jahr süchtig waren.

Auch mit einer aggressiven Therapie sterben 3,6 % der Heroinbabies. Ca. die Hälfte der Neugeborenen wiegen unter 2500 g, und die Hälfte sind zu klein für ihr Gestationsalter. Der Grund für den Kleinwuchs ist nicht bekannt. Es kann direkt mit dem Heroin zusammenhängen oder mit dem Chinin, das häufig beigemengt wird. Er kann aber auch zusammenhängen mit der schlechten Ernährungsweise der Mutter. Auch die Plazenta-funktion könnte vom Heroin direkt beeinflusst werden. Die

hohe Neugeborenensterblichkeit könnte der kindlichen Unreife zugeschrieben werden, oder der respiratorischen Komponente, welche als nicht diagnostiziertes Entzugssymptom interpretiert werden kann. Das echte Respiratorische Syndrom wird aber selten gesehen. Kongenitale Missbildungen sind nicht gehäuft. Inguinalhernien treten etwas häufiger auf. Wahrscheinlich manifestieren sie sich früher wegen der hypertonischen Aktivität. Ob eine bleibende cerebrale Schädigung in diesen Kindern auftritt, ist noch nicht bekannt. Es besteht die Ansicht, dass Heroin histologische Veränderungen im fötalen Hirngewebe hervorruft, wahrscheinlich durch direkte Wirkung des Narkotikums auf die Nervenzellen, oder durch indirekte vasomotorische Wirkung.

Keine der süchtigen Neugeborenen wiesen normale Schlafmuster auf. Der normale Schlafzyklus ist gestört. Es zeigten sich Änderungen in EEG, Herzfrequenz, Elektromyogramm und Augenbewegungen. Der Magnesiumspiegel im Blut war erhöht während der Entzugserscheinungen, oft sogar verdoppelt.

Interessanterweise sind nur 6 % der Neugeborenen gelb, was weit unter dem normalen Prozentsatz liegt. Austauschtransfusionen mussten sehr selten gemacht werden. Eine Gelbsucht tritt gewöhnlich auf, weil das normale Neugeborene eine unvollständig entwickelte Clucuronyl-Transferase-System hat. Durch die intrauterine Aussetzung des Neugeborenen an Heroin und Chinin werden die mikrosomalen Enzyme der Leber frühzeitig induziert.

Der Apgarwert ist bei süchtigen Neugeborenen gut, da das Heroin keine Atemdepressive Wirkung zu haben scheint. Das grösste Problem in der Behandlung der Neugeborenen-Sucht ist der Entzugsstress und nicht die direkte Wirkung des Narkotikums.

Ist eine Behandlung indiziert, so wird das Kind zunächst sediert, und dann die Dosen langsam abgebaut. Ein Schmerzmittel, dazu Phenobarbital und Chlorpromazin werden am meisten gebraucht, einzeln oder in Kombination. Methadon und Morphin sollten dem Neugeborenen nicht gegeben werden, weil der Entzug dieser Medikamente nach dem Ende der Kur sich schwierig gestalten kann.

Therapie

- 1.) Ein Schmerzmittel bei jeder Mahlzeit
- 2.) Phenobarbital, 5—15 mg alle 4—6 Stunden, oder
- 3.) Chlorpromazin, 0,7—1,1 mg pro Kilo alle 4—6 Stunden.

Die Dosen werden langsam reduziert und der Zeitintervall verlängert, bis das Kind entwöhnt ist. Es braucht dazu etwa 1 Monat, variiert aber zwischen 10 und 60 Tagen. Die Dauer des Entzugs muss den individuellen kindlichen Bedürfnissen angepasst werden. Das Gleichgewicht muss bewahrt werden zwischen Entzugssymptome und Ueberdosierung. Wird zu schnell entwöhnt, treten Entzugserscheinungen auf, und es muss auf die Ausgangsdosis zurückgegriffen werden. Ueberdosierung wird gekennzeichnet durch eine oberflächliche Atmung. Und viele Neugeborenen sterben wegen Respiratorischer Insuffizienz, aber ohne Hyalinmembranen. Flüssigkeit und Elektrolyte sollten parenteral verabreicht werden, um der Austrocknung durch Erbrechen und Diarrhoe entgegen zu wirken. In letzter Zeit wird auch Diazepam (Valium) gebraucht für die Behandlung der süchtigen Neugeborenen, in Dosen von 1—2 mg alle 8 Stunden. Der Vorteil liegt darin, dass die Entzugszeit wesentlich verkürzt wird. In der Hand eines Untersuchers betrug die maximale Zeit 6 Tage.

Wann immer möglich, sollte der Pädiater bei der Geburt dabei sein, oder wenigstens so bald wie möglich nach der Geburt benachrichtigt werden. Auf diese Weise kann er die ersten Zeichen des Entzuges rasch erkennen und die Therapie rechtzeitig anfangen.

Teufelskralle-Tee

vom Afrika-Direktimporteur, Entfall der Gross- und Kleinhändlerspannen, daher 100 g statt Fr. 22.— nur Fr. 11.—, keine Versandkosten.

Austria Med. KG, 8015 Graz, Heinrichstr. 20—22.

In einzelnen Fällen wird die Behandlung des Kindes kompliziert durch den Wunsch der Mutter zu stillen. Heroin ist Milchgängig und wird die Sucht des Kindes solange unterhalten, wie die Mutter Drogen nimmt. Entweder muss die Mutter ihre Sucht aufgeben, was unwahrscheinlich ist, oder es wird abgestillt.

Das Problem des Kindverlassens ist gross und muss individuell angegangen werden. Es kann akut werden, wenn das Kind längere Zeit im Spital bleiben muss (wegen einer Entziehungskur). Die Eltern müssen vorsichtig gefragt werden, wie sie sich die Unterkunft und Pflege des Kindes zuhause gedacht haben. Fragt der Arzt zu viel, so wird die Süchtige misstrauisch und erscheint nie mehr zur Beratung und Behandlung. Fragt der Arzt zu wenig, so wird er bald merken, dass die Mutter überhaupt keine Vorbereitungen für das Kind getroffen hat, und ihr Kind im Spital zurücklassen wird, ohne sich weiter darum zu kümmern.

Die Probleme des Kindermisbrauchs und der Kinderverwahrlosung sind in diesen Kreisen sehr gross. Man sieht auch das andere Extrem in Form von überschützenden Eltern, welche für ihr Kind nicht das gleiche Leben wünschen wie sie selbst führen. Es kann nie vorausgesagt werden, welche Eltern gute

Eltern sein werden. Jeder Fall muss einzeln betrachtet werden, und soviel Unterstützung und Hilfe gegeben werden, wie die Eltern bereit sind anzunehmen.

Die Daten und Statistiken haben wir ausschliesslich der angelsächsischen Literatur entnommen, da noch keine genügend grosse deutsche oder schweizerische Statistiken über diese Probleme bestehen. Bald aber werden auch wir mit gehäuften Fällen süchtiger Neugeborenen und Schwangeren konfrontiert werden.

Frau Dr. A. A. James, Universitäts-Frauenklinik, 3012 Bern

Literatur

CLAMAN A., STRANG R. — Obstetric and gynecologic aspects of heroin addiction. — Amer J., Obstet. Gynec. 83: 252, 1962.

DESMOND M., FRANKLIN R., BLATTNER R., HILL R. — The relation of maternal disease to fetal and neonatal morbidity and mortality. Pediatric Clinics N. Amer. 8: 421, 1961.

PERLMUTTER J. F. — Heroin addiction and pregnancy. — Obstet and Gynecol. Survey, 29: 439, 1974.

Ein Besuch in einem staatlichen Spital für Geburtshilfe in Mombasa, Kenya

Wie üblich ist es ein heisser, feuchter Tag in Mombasa. Eben überqueren wir die auf Pfeilern stehende oder schwimmende Nyali-Brücke, die einen Meerarm überspannt. Das Meer ist der Indische Ozean. Rechts liegt der weite Hafen von Mombasa, wo Handelsschiffe von den arabischen Ländern einlaufen, Gewürze bringen und Mangrovenholz zurückführen. Linker Hand eine kleine geborgene Bucht gefüllt mit Segel- und Motorbooten der Reichen dieser Gegend. Es ist Frühling in Kenya. Ueberall blühen Bougainvilliae in herrlichen Farben, Hybiskusblüten leuchten rot und in Fülle in jedem Garten. Wir biegen jetzt in die Einfahrt des Spitals ein mit unserem Taxi. Vor uns wachsen ein paar riesige Baobab-Bäume (Affenbrotbäume), ihre kahlen silbernen Aeste in den blauen Himmel reckend.

Das Gebäude des «Lady Grigg Maternity Hospitals» ist so weiss in der Sonne, dass wir unsere Augen ein wenig zu kneiffen müssen. Wider Erwarten hat uns der afrikanische Taxichauffeur zur Zeit, nein sogar ein paar Minuten vor der Zeit in die Klinik gebracht. So können wir einen Moment Umschau halten. Nicht ein gepflegter Garten, aber es blüht alles, darüber spannt sich ein ewig blauer Himmel und durch die Blumenhecken schimmert das Meer.

Hochschwangere Frauen, die üblichen afrikanischen bunten Tücher um die dikken Leiber geschwungen, spazieren schwerfällig umher und betrachten uns zwei Weisse sichtlich neugierig. M. und ich kommen uns richtig deplaziert vor

und glauben unsere Anwesenheit erklären zu müssen.

Plötzlich fährt ein R 16 durch die Einfahrt und ihm entsteigt eine Afrikanerin im blauen Rock. Sie kommt auf uns zu und stellt sich als Mrs. Okanga, Matron (Oberin) vor. Sie ist etwa 30 Jahre alt, und wie wir später von ihr erfahren, ist sie mit einem Internisten verheiratet, der seinen Facharzt in Glasgow, Schottland, gemacht hat. Sie haben drei Kinder.

Ihr Arbeitszimmer ist klein und sehr einfach. Eine Menge Arbeits- und Freipläne hängen an der Wand. Während sie ihre Haube auf ihr kurzes, gezöpfeltes Haar steckt, stellte ich M. und mich selber vor.

Es war etwa gar nicht so einfach, die Bewilligung zu erhalten, dieses Spital zu besichtigen. Sicher ist es auch nicht üblich, dass Weisse Interesse haben, eine afrikanische Geburtsklinik zu sehen. Doch ich versichere Mrs Okanga, dass mir die höchste Persönlichkeit im Gesundheitsamt in Nairobi ihren Namen genannt hat, und dass ich sie gerne ganz persönlich zu unserem Kongress in Lausanne einladen möchte.

Nun, diese Einladung ist bahnbrechend. Langsam geraten wir ins Gespräch. So gut wie möglich steuere ich auf all die brennenden Fragen zu die uns interessieren. Ich frage die Oberin nach der Bettenzahl. Es sind 70 Betten für Wöchnerinnen und ca. 20 Betten für Schwangere.

«Was für Schwangere sind bei Ihnen hospitalisiert?», will ich weiter wissen. Zu meinem Erstaunen spricht sie von EPH-Gestosen, von Uebertragungen, der Termin ist logischerweise immer unsicher, von anaemischen Frauen, die man in der Poliklinik erfasst, aufbietet und wenn nötig transfundiert. Es soll wegen

der vielen Parasiten und Malaria, auch wegen schlechter Ernährung sehr viele blutarme Frauen geben.

Mich wundert weiter, ob sie Personalmangel hat. «Ja, sehr sogar. Das ist eine unserer grössten Sorgen. Wir sind gezwungen, die Distrikthebammen, die sonst in die Dörfer hinausgehen, aber dem Spital unterstellt sind, und sogar die Fürsorgerinnen (Health Visitors), aufzubieten, um zu helfen».

«Mrs. Okanga, haben Sie eine Hebammenschule?», will ich weiter wissen.

«Ja, allerdings, und zwar sind wir das erste Land in Afrika, sogar in der Welt, das männliche Hebammenschüler aufnimmt und lehrt, und das mit dem allergrössten Erfolg. Bis ich die Bewilligung für Männer erhielt, hat es sehr viel gebraucht. Die Behörden hatten Bedenken. Doch herrscht in unserem Land grosse Arbeitslosigkeit und dadurch ist man froh, wenn die Männer Arbeit bekommen».

Es interessiert mich weiter, ob Oberin Okanga nur Schwestern als Hebammen ausbildet oder auch solche Schülerinnen ohne Schwesterndiplom. «Beiderlei»,

Fortsetzung auf Seite 62

Damit der Internationale Hebammenkongress für die Schweiz ein Erfolg werden kann, ist die Hilfe jedes Mitgliedes unerlässlich. Bitte zahlen Sie einen Obolus auf das Postcheckkonto ein. Wir danken Ihnen herzlich.

Konto:

Association suisse des sages-femmes, Congrès international I.C.M. 1975
20 - 9662 Neuchâtel.