

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:	9
Artikel:	Panoramawandel in der Geburtshilfe [Fortsetzung]
Autor:	Wulf, K.-H.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950938

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: 24.01.2026

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

Fortsetzung aus Nr. 8

Panoramawandel in der Geburtshilfe

K.-H. Wulf*

Mit Beginn dieses Jahrhunderts hat das Kindbettfieber als epidemische Seuche seinen Schrecken weitgehend verloren. Trotzdem bleibt es noch bis in die Mitte der 30iger Jahre mit etwa 30 % Haupttodesursache während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mit Beginn der Sulfonamid- und Antibiotikaära wird die ominöse Diagnose Puerperalsepsis sicher auch seltener gestellt. Später bis in die 50iger Jahre standen dann die Toxikosen mit ca. 40 % an erster Stelle der Häufigkeitsskalen und in den letzten Jahrzehnten der Verblutungstod, gefolgt von den Operationskomplikationen: Ileus, Peritonitis, Aspiration, Thromboembolie.

Mit der Abnahme der Müttersterblichkeit ist zunächst sicher unbewusst, dann gezielt eine stärkere Hinwendung und Gewichtung der fetalen Interessen zu verzeichnen. Das zeigen sehr deutlich die Kaiserschnittstatistiken. Bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts betrug die Letalität nach Sektio noch 50—60 %. Es ist verständlich, dass Kaiserschnitte allein aus fetaler Indikation, also zur Rettung des Kindes, praktisch nicht ausgeführt wurden. Noch 1950 liest man in einem Standardwerk der Deutschen Geburtshilfe: Aus rein kindlicher Indikation wird man eine die Mutter in besonderem Masse gefährdende Bauchoperation wie die Schnittentbindung nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen vornehmen.

Als Standard für die ärztliche und auch die fürsorgerische Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gilt heute vielmehr die perinatale Mortalität. Auch diese Ziffer hat abgenommen seit 1945 von etwa 100 auf 1000 Lebend- und Totgeborene auf 25—30 % in den letzten 10 Jahren. Doch waren unsere bisherigen Bemühungen nicht in gleichem Masse erfolgreich wie etwa bei der Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit.

Die Analyse der Haupttodesursachen perinatal verstorbener Kinder zeigt die Hypoxie als vorherrschendes pathogenetisches Prinzip. Es ist das Verdienst meines Lehrers Ernst Philipp, mit dem ihm eigenen Gespür für Aktualitäten als erster auf die Bedeutung der Anoxie für den perinatalen Fruchttod hingewiesen zu haben. Sein vielbeachtetes und richtunggebendes Referat auf der 31. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Heidelberg 1956 gab mannigfache Impulse. Statistische Untersuchungen an der Kieler Klinik von Dörffler zeigten die Hypoxie in überraschend hoher Zahl als hervorstechende Todesursache in der Perinatalzeit. Diese Ergebnisse wurden von allen Nachuntersuchern bestätigt. Hinzu kommt, dass auch die überstandene perinatale Hypoxie gehäuft zu Spätfolgen und Defektheilungen führen kann. Unsere Kenntnisse über die Physiologie der intrauterinen Atmung waren bis zu diesem Zeitpunkt sehr lückenhaft. Wir sprachen von einer Sauerstoffmangelsituation in utero, die den quasi höhenexponierten Feten verstärkt zur anaeroben Glykolyse zwingt, was auch zu der von Yllpoe beschriebenen sogenannten azidotischen Konstitution des Neugeborenen

Tabelle 2 Müttersterblichkeit und Haupttodesursachen, Universitäts-Frauenklinik Kiel

1926—1936		1937—1947		1948—1958		1959—1969	
						45/100 00 Lebendg.	
Sepsis	30 %	Gestose	41 %	Verblutung	52 %	Verblutung	46 %
Gestose	28 %	Op.-Folgen	26 %	Op.-Folgen	24 %	Gestose	27 %
		Verblutung	13 %	Gestose	22 %	Op.-Folgen	8 %
		Sepsis	10 %				

Der Anteil der vorwiegend oder ausschliesslich fetalen Indikation zum Kaiserschnitt lag noch in den Jahren 1920—1930 bei nur 5 %, er ist jetzt auf 50 % und mehr angestiegen. Natürlich gilt auch für die moderne Geburtshilfe das Prinzip des Lebens der Mutter unverändert. Doch stellt sich für uns die Frage nicht mehr so alternativ — Mutter oder Kind. Das ist uns erneut deutlich geworden bei der Diskussion um den Paragraphen 218. Eine absolut vitale materna Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ist extrem selten geworden, ich wüsste kaum eine einzige zu nennen, vielleicht noch die Hepatopathie im Zusammenhang mit schwerer Hyperemesis gravidae oder mit Spätgestose.

Als Massstab für die geburtshilfliche Leistung hat die Müttersterblichkeit ihre Bedeutung weitgehend verloren. Das um so mehr, als die Ziffer insgesamt kleiner geworden ist und der Anteil der Sterblichkeit e graviditate abnimmt gegenüber den Todesfällen in graviditate, d. h. das Problem sich wegen präexistenter Leiden weitgehend in die Nachbardisziplin verlagert. Für die Allgemeinheit ist es fast selbstverständlich geworden, dass eine vorher gesunde Frau die Entbindungs klinik als gesunde Wöchnerin wieder verlässt.

führt. Die vorherrschende These von der Höhenakklimatisation des Feten wurde schnell verbreitet durch das Sir Joseph Barcroft zugesprochene Bonmot: Mount Everest in utero.

Diese Aussage hatte bis dato nur einen Schönheitsfehler, der einzig beweisende Parameter, der Sauerstoffdruck im fetalen Blut, konnte nicht direkt gemessen werden; man war angewiesen auf Berechnungen unter zahlreichen Analogieschlüssen. In Kiel begann die neue Aera der Perinatalogie 1951 mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zwischen Geburtshelfern und Physiologen. Im Sommer des gleichen Jahres konnte Ratschkowski die ersten direkten Messungen des Sauerstoffdruckes im Nabelschnurvenen- und -arterienblut mit der von Bartels angegebenen Quecksilbertropf elektrode durchführen. Die Messwerte konnten die berechneten Daten prinzipiell bestätigen, doch waren die ersten Druckwerte vorwiegend aus methodischen Gründen bei der Blutentnahme wohl zu niedrig. Spätere Kontrollen z. T. mit verbesserten Elektroden ergaben übereinstimmend für das arterialisierte Mischblut der Nabelvene ca. 30 Torr und für das Nabelarterienblut ca. 15 Torr. Offenbleiben musste natürlich die Frage, ob von Nabelschnurblutanalysen unmittelbar post partum auf die respiratorische

Die Manuskripte für die nächste Nummer müssen vor dem 15. September bei der Redaktorin eintreffen, da die Redaktorin in die verdienten Ferien verreist.

Situation des Feten während Geburt und Schwangerschaft rückgeschlossen werden kann. Möglicherweise besteht in der letzten Phase der Geburt in Abhängigkeit von den Wehen notgedrungen eine schlechtere O₂-Versorgung des Feten. Prinzipiell konnte an dem Sauerstoffniederdruck des fetalen Blutes in utero jetzt kein Zweifel mehr sein, die respiratorische Situation des Feten ist durch diesen Befund treffend charakterisiert; insoweit stimmt auch die Parallele mit der Höhenanpassung.

Ein Erwachsener, nicht Höhenadaptierter, könnte einen solchen «Höhenflug» ohne Sauerstoffmaske nicht lange überleben; bei Unterschreitung der sogenannten kritischen Schwelle im hirnvenösen Blut von 20—25 Torr tritt Bewusstlosigkeit auf, und bei 10—12 Torr liegt der letale mit dem Leben nicht mehr vereinbare Schwellenwert. Der Fetus toleriert diese niedrigen Sauerstoffdrucke anstandslos, er kann nicht nur leben in dieser sauerstoffarmen, dünnen Luft, er leistet sogar Arbeit unter diesen Bedingungen — Wachstumsarbeit nämlich. Der fetale Organismus ist zu dieser Leistung in der Lage vor allem durch den niedrigen Sauerstoffbedarf des fetalen Gehirns zur Erhaltung der vitalen Strukturen.

Der Vergleich mit der Höhenexposition gilt allerdings nur für die Sauerstoffdruckwerte, nicht für die CO₂-Spannung. Bei Aufenthalt in grossen Höhen ist nicht nur der Sauerstoffdruck erniedrigt, sondern auch der Kohlendioxydruck; der Fetus besitzt nun, verglichen mit der Erwachsenen norm, sicher keine erniedrigte CO₂-Spannung, sondern eher einer Hyperkapnie (Nabelschnurvene 45 Torr, Nabelschnurarterie 50 Torr).

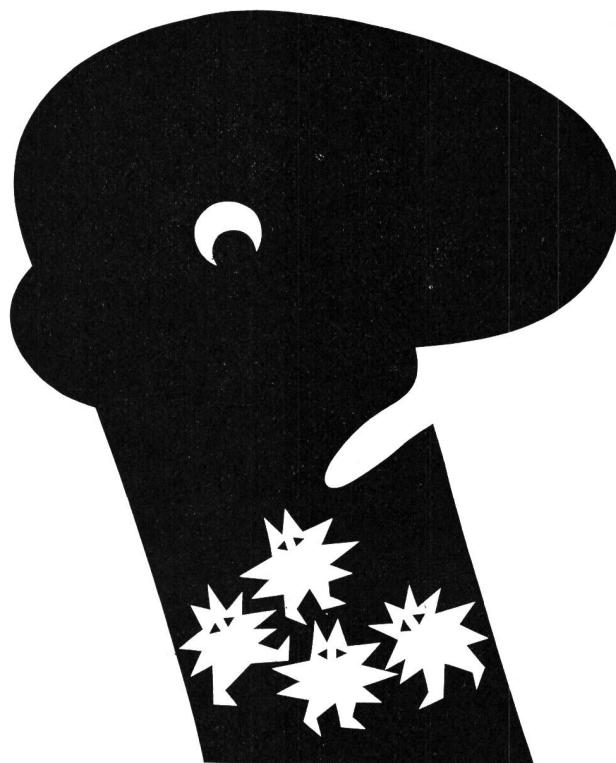
Wir waren jetzt vor allem interessiert an der Physiologie des Gasaustausches in der Plazenta, insbesondere an dem Problem der grossen Sauerstoffdruckdifferenzen zwischen maternem und fetalem Blut. Nach unseren simultanen Messungen fliesst das Blut in die uterinen Arterien hinein mit einem Sauerstoffdruck von 91 Torr; in den uterinen Venen beträgt der O₂-Druck noch 33 Torr. Das fetale Blut erreicht die Plazenta in der Arteria umbilicalis mit einem O₂-Druck von nur 15 Torr und verlässt die Plazenta in der Vena umbilicalis mit einem durchschnittlichen Sauerstoffdruck von ca. 31 Torr. Am arteriellen Schenkel des Gasaustausches zwischen Arteria uterina und dem funktionell arteriellem Blut der Vena umbilicalis beträgt die Druckdifferenz für Sauerstoff etwa 60 Torr und am venösen Schenkel nur knapp 20 Torr. Wie kommt es zu dem starken Druckabfall im maternen Blut, und warum ist der Spannungsgewinn im fetalen Blut nicht grösser? Vergleichsweise erhöht sich in der Lunge der Sauerstoffdruck während des Gasaustausches von 35 Torr im venösen Mischblut der Lungenarterien auf 92 oder mehr Torr im arterialisierten Blut der Lungenvenen. Zwischen der Alveolarluft und dem arterialisierten Blut verbleibt ein mittlerer alveolo-arterieller O₂-Druckgradient von nur 5—9 Torr. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen der Lungenatmung und der Plazentaatmung besteht darin, dass in der Lunge ein gasförmiges und ein flüssiges Medium miteinander in Diffusionskontakt treten und in der Plazenta zwei flüssige Phasen mit Sauerstoff speichern — den Hämoglobin. Der Schlüssel für das Verständnis der grossen Druckdifferenzen liegt in dem S-förmigen Verlauf der Sauerstoffbindungskurve, sie erklärt den starken Druckabfall zwischen maternem und fetalem Blut. Wir haben in der Folgezeit versucht, experimentell den Anteil einzelner Komponenten (Aufsättigungsfaktor, Kurzschlussfaktor, Diffusionsfaktor) an der Sauerstoffdruckdifferenz zwischen maternem und fetalem Blut zu differenzieren. Die Ergebnisse führten zu einem besseren Verständnis der Gasaustauschfunktion der Plazenta. Für die praktische Geburtshilfe hatten unsere Untersuchungen nur

wenige Konsequenzen, abgesehen von der Tatsache, dass Sauerstoffgabe an die Mutter bei intrauteriner Asphyxie des Feten nur einen geringen Effekt auf den Sauerstoffdruck im Nabelschnurblut haben kann.

Für die Belange der Praxis kommen Nabelschnurblutuntersuchungen unmittelbar post partum zu spät, vor der Geburt aber ist an die Nabelschnur zur Blutentnahme nicht heranzukommen. Es blieb Saling vorbehalten, mit seiner Methode der Mikroblutentnahme am vorangehenden Teil des Feten diese Lücke zu schliessen. Er inaugurierte diese Methode 1962. Voraussetzung für dieses Verfahren waren zunächst methodisch-technische Entwicklungen, dann auch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse. Methodisch-technische Vorbedingung war das Vorhandensein geeigneter Mikroverfahren zur Bestimmung der einschlägigen Blutparameter; für die Quecksilbertropf-elektrode benötigten wir noch 1—2 ml Blut. Brauchbare Mikroelektroden vor allem nach dem Clarkschen Prinzip wurden in den 50iger Jahren entwickelt, Voraussetzung für die Verwendung von Kapillarblut an Stelle von Arterienblut war auch die Erkenntnis, dass hyperämisiertes Kapillarblut, durch Stichinzision der Haut entnommen, hinsichtlich der aktuellen Blutgase und des pH-Wertes dem arteriellen Blut gleichzusetzen ist; auch diese Erkenntnis wurde erst Ende der 50iger Jahre gewonnen. — Schwieriger zu überwinden waren für Saling psychologische Barrieren, die sich der Manipulation an Muttermund und Fruchtblase entgegenstellten. Generationen von Geburtshelfern war das Tabu der Keimbarriere am unteren Eipol eingepflegt worden; hier wurde an den Grundfesten der Geburtshilfe gerüttelt. Noch die Lehrbücher der 50iger Jahre verbieten ein solches Vorgehen strikt, zu stark war noch der Eindruck der Puerperalsepsisepidemien. Die Entwicklung der Mikroblutanalyse durch Saling ist ein echtes Stück Medizingeschichte, Saling ein typischer Pionier, unbeirrt in der Verfolgung seines Ziels, trotz aller theoretischer Bedenken. Die weitere Entwicklung gab dem Pionier recht, die Mikroblutanalyse lieferte entgegen allen Erwartungen brauchbare Arbeitswerte für die praktische Geburtshilfe. Nachteil dieses Verfahrens ist der stichprobenartige Charakter der Kontrolle und die damit verbundene Notwendigkeit der wiederholten vaginalen Manipulationen.

Wir selbst sind in der Ueberwachung des Feten unter der Geburt einen anderen Weg gegangen. Wir haben uns um die Verbesserung der Kontrolle der Herzaktionen des Feten bemüht. Das bis zur Mitte der 60iger Jahre übliche Verfahren der Kontrolle der Herzaktionen des Feten war die diskontinuierliche Auskulation der Herzaktionen von der Bauchwand der Mutter — dafür gab es feste Grundregeln: in der Eröffnungsperiode alle 10—15 Minuten — in der Austreibungsperiode nach jeder Wehe. Die Nachteile dieses Verfahrens gegenüber einer kontinuierlichen Ueberwachung sind evident; es ist leicht zu berechnen, dass unter Berücksichtigung vorgenannter Regeln bei einer Geburtsdauer von 6—8 Stunden nur etwa 10 % der gesamten Geburt überwacht werden. Hinzu kommt, dass die Auskultation während der Wehen außerordentlich erschwert, ja unmöglich sein kann, gerade aber im Zusammenhang mit und in direkter Abhängigkeit von der Wehentätigkeit entstehen prognostisch wichtige Herzfrequenzalterationen. In der Entwicklung von Seriengeräten waren andere Arbeitsgruppen erfolgreicher, inzwischen stand auch die Elektronik-Industrie mit gewichtigen kommerziellen Interessen dabei. Die Firma Hewlett-Packard baute einen Kardiogrammographen, entwickelt von Hammacher in Düsseldorf auf der Basis der Phonokardiographie, und die Firma Sonicaid den mit Mosler entwickelten Fetal-Monitor, ein Gerät auf Ultraschallbasis. Beide Apparaturen waren zunächst ausschliesslich für die externe Kardiogrammographie entwickelt. Wir selbst haben uns mehr der sogenannten internen Kardiogrammographie gewidmet. Nur die interne Kardiographie ermöglicht die lückenlose, quantitative Erfassung der entscheidenden Parameter: Am-

Wenn es im Halse kratzt und sticht...



**Zahlreich sind die Erreger,
die Infektionen
des Mund-Rachenraumes und
der oberen Luftwege verursachen.
Man bekämpft sie
rasch und zuverlässig mit**

® Neo-Bradoral

niondruck und Herzaktionen des Feten vom Wehenbeginn bis zur Geburt. Nie zuvor war es möglich, einen Geburtsverlauf in gleicher Weise exakt zu überwachen. Die Kardiotoxographie ist heute das Verfahren der Wahl, jede Geburt sollte kardiotoxographisch kontrolliert werden.

Problematisch kann die Interpretation der Frequenzkurve sein, die Fülle der einzelnen Muster ist zunächst verwirrend. Grundsätzlich werden drei Parameter des Kardiogramms zur Beurteilung herangezogen: das basale Frequenzniveau, die Oszillationen und die Deviationen in Form von Akzelerationen oder Dezelerationen. Für die Überwachung unter der Geburt am wichtigsten sind sicherlich die Dezelerationen oder Dips.

Auf Grund der Zeitbeziehung zwischen Wehenakme und dem Dezelerationsmaximum lassen sich drei Formen weitgehend voneinander abgrenzen: frühe, späte und variable Dezelerationen. Nach Hon ist eine Musterung mit frühen Dezelerationen typisch für eine wehenbedingte mechanische Kompression des fetalen Kopfs, späte Dezelerationen sind Ausdruck einer plazentaren Insuffizienz und variable Dezelerationen Zeichen einer Nabelschnurkomplikation. Die Zuordnung der einzelnen Dezelerationen zu den drei genannten Gruppen gelingt nicht immer zwangslässig; sicherlich verbirgt sich auch hinter den frühen Dezelerationen eine Reihe plazenterar Insuffizienzen. Für die praktische Geburtshilfe ist Dezeleration gleich Dezeleration und entsprechend prognostisch zu bewerten. Die einzelnen Dips zeigen auch unabhängig von Form und Typ eine gute Korrelation zur respiratorischen und metabolischen Situation des Feten, wie Vergleiche mit Mikroblutanalysen zeigen.

Die Intensivüberwachung in der Geburtshilfe mittels Kardiotoxographie und Mikroblutanalyse liefert einen dauernden Zufluss vieler Daten, die sofort zu einer klinisch relevanten Information verarbeitet werden sollten. Schnelle und fortlaufende Verarbeitungen vieler Messwerte sind das Prinzip der elektronischen Datenverarbeitung. So ergibt sich zwangslässig der Gedanke einer computerüberwachten Geburt. Das wäre sozusagen die Intensivgeburtshilfe der zweiten Generation, die Geburtshilfe der Zukunft.

Der modernen Geburtshilfe und Perinatologie wird gelegentlich der Vorwurf gemacht, sie sei letztlich den Beweis der höheren Effizienz ihrer Massnahmen schuldig geblieben; sie habe unter enormem Aufwand aus den Kreissälen Intensivstationen gemacht, unter dem Strich sei nichts oder nur wenig Positives verbleiben, ja schlimmer noch, unsere intensiven Bemühungen führten dazu, dass lebensuntüchtige Leibesfrüchte gewaltsam bis zur Geburt am Leben gehalten würden und häufiger als früher mit geistigen oder körperlichen Defekten überlebten. Flüchtige Betrachter werden diesen Kritikern zunächst recht geben, denn tatsächlich hat sich an den Mortalitätsziffern in den letzten Jahren kaum etwas geändert. Nun sollte man auch hier in grösseren Zeiträumen denken und nicht Statistiken von Jahr zu Jahr wertend vergleichen. Jeder Kliniker weiß, wie eine Reihe von sehr untergewichtigen Frühgeborenen oder eine einzige Drillingsfrühgeburt die ganze Jahresstatistik durcheinanderbringen kann. An geburtshilflichen Zentren ist eine ständige, wenn auch nur geringe Abnahme der Sterblichkeit zu verzeichnen. Parallel dazu beobachten wir eine charakteristische Verschiebung des Zeitpunktes des perinatalen Todes in Richtung Neugeborenenzzeit. Die ante-partum-Sterblichkeit hat stärker abgenommen als die gesamte perinatale Mortalität, und die intra-partum-Sterblichkeit ist praktisch gleich Null. Letzteres ist sicherlich das Verdienst der Intensivüberwachung unter der Geburt. Die gleiche Tendenz ist auch in den Länderstatistiken nachweisbar. Die moderne Geburtshilfe und Perinatologie kann darüber hinaus für sich in Anspruch nehmen, die Zahlen der perinatalen Asphyxien und Azidosen signifikant verringert zu haben. Man darf vermuten, verlässliche Zahlen fehlen bis heute, dass konsekutiv mit der Abnahme der perinatalen Hypoxien auch

die Zahl fröhkindlicher Hirnschäden und Defektheilungen zurückgehen wird. Spektakuläre zahlenmässige Erfolge werden wir auch in Zukunft nicht erwarten dürfen. Die moderne Geburtshilfe ist ein Hochleistungssystem, außerordentlich wortungsbedürftig und enorm anfällig gegenüber geringstem menschlichen und technischem Versagen.

Bleibt nur Zeit für einen kurzen Blick in die Zukunft. Persönlich sehe ich den geburtshilflichen Horizont nicht düster, trotz Geburtenrückgangs, aus welchen Gründen auch immer:

Familienplanung, Kontrazeption, Schwangerschaftsunterbrechung oder wenig kinderfreundliche Sozialpolitik. Unser Fach, die Geburtshilfe, ist jung und attraktiv wie am ersten Tag. Sie bleibt eine schöne und dankbare Aufgabe für den Kliniker, für den Lehrer, für den Wissenschaftler. Die Schwangerschaft ist für alle ein faszinierendes «Modell» der Natur.

Prof. Dr. K.-H. Wulf, Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, 8700 Würzburg.

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Präsidentin:

Sr. Elisabeth Stucki
Kant. Frauenspital, Gyn.
3012 Bern

Tel. 031 23 03 33

Vize-Präsidentin:
Frau Etter-Keller
Wallenried
1784 Courtepin

Aktuarin:

Sr. Elisabeth Krähenbühl
Lindenhoftspital
Bremgartenstrasse 117
3012 Bern

Kassierin:
Sr. Martina Hasler
Frauenspital
Schanzeneckstrasse 1
3012 Bern

Beisitzerin:
Sr. Lotti Brühlhart
Hôpital cantonal
1700 Fribourg

Stellenvermittlung

des Schweizerischen Hebammenverbandes

Frau Dora Bolz, Feldstrasse 36, 3604 Thun
Telefon 033 36 15 29

Klinik im Kanton Solothurn sucht zu baldigem Eintritt eine Hebamme.

Klinik im Berner Jura sucht eine Hebamme zur Leitung der geburtshilflichen Abteilung mit angeschlossenem Säuglingsheim. Sehr selbständiger und befriedigender Posten. Eintritt nach Vereinbarung.

Spital im Kanton Zürich sucht zu baldigem Eintritt eine Hebamme.

Spital im Kanton Graubünden sucht eine Hebamme, Eintritt nach Vereinbarung.

Spital im Kanton Thurgau sucht 2 Hebammen.

Spital im Kanton Bern benötigt auf Herbst 1975 eine Hebamme.

Sektionsnachrichten

Bern

Wie bereits in der August-Nummer zu lesen war, findet unsere September-Versammlung in Biel, Mittwoch 10. Sep-

tember, 14.15 Uhr im Hotel Blaues Kreuz statt. (Ca. 5 Minuten ab Bahnhof).

Von der Liga gegen Epilepsie wird uns ein Film gezeigt und ein ärztlicher Vortrag geboten.

Abfahrt eines günstigen Zuges 13.41 Uhr ab Bern. Wir fahren nicht kollektiv.

Für denn Vorstand T. Tschanz

Sit Wuche scho isch ds Bankett vom
Hebamme-Kongress verbi

Für üs alli isch das es grosses Erlebnis
gsi.

Ei Gnuss, das herrlich feine Bankett-
Menue

E Augeweid die schöne verschiedene
Fest-Tenuen

Us allne Länder hei mir Landestrachte
gseh,

zum Beispiel us England, Dänemark,
Haslital und Uebersee.

Ueser Präsidentin, der Sr. Georgette
tue mer härzlich gratuliere.

Dank iherem grosse Isatz hei mir Schwizer
dörfe dä Hebamme-Kongress düre-
füere.

Allne Organisatoren und Mitarbeiter
möcht ig ä härzliche Dank usspräche.
Und mir freue üs uf d's nächste Inter-
nationale Hebammeträffe.

E Bärner-Hebamme

Solothurn

Am 11. September ist es soweit. Es werden alle herzlich eingeladen, nach Rothrist zur Besichtigung der Firma Rivella zu kommen.

Besammlung ist punkt 13.45 Uhr auf dem Bahnhofplatz in Rothrist. Bitte an die motorisierten Hebammen: denkt doch an unsere Kolleginnen und nehmt sie in Eurem Auto mit. Wem sich keine Gelegenheit zur Mitfahrt bietet, benutzt bitte den Zug.

Olten ab 13.24 Uhr, Rothrist an 13.33 Uhr.

Der Vorstand erwartet vollzähliges Erscheinen.

Bitte merkt euch jetzt schon das Datum der Herbstversammlung, die Donnerstag, 16. Oktober, 14.00 Uhr, stattfindet. Näheres wird später noch bekannt gegeben. Der Vorstand bemüht sich, Ihnen etwas Interessantes zu bieten (evtl. Arztvortrag). Elisabeth Richiger

Sektion Zürich und Umgebung

Liebe Kolleginnen, Hebammenkongress und Ferienzeit sind Gründe dafür, dass unsere diesjährige Zusammenkünfte

recht spärlich ausfielen. Im Herbst war ein Fortbildungsnachmittag geplant, in dessen ist es uns erst für Anfang November gelungen, einen geeigneten Referenten zu finden. Dafür hoffen wir, dass unsere Hebammen diesem Vortrag gebührendes Interesse entgegenbringen werden.

Am Freitag, 7. November 1975, findet im Hörsaal des Burghölzlispitals, Lenggstrasse 31, ein Vortrag über die Auswirkungen der Drogensucht auf Schwangerschaft und Mütter statt. Referent ist Herr Dr. med. A. Uchtenhagen. Beginn 14.30 Uhr. (Tram Nr. 11 bis Balgrist, Lenggstrasse beginnt gleich bei der Tramhaltestelle im rechten Winkel zur Forchstrasse, die vom Tram befahren wird).

Es ist gewiss bitter nötig, dass wir Hebammen über dieses aktuelle Thema Bescheid wissen. Deshalb sind auch Kolleginnen anderer Sektionen herzlich willkommen.

Anschliessend an das Referat werden wir unseren Mitgliedern noch kurz die abgeänderten Statuten vorlegen, damit sie in Druck gehen können. Auf Wiedersehen im November.

Für den Vorstand

W. Zingg

NB. Aufruf an Frau Bertha Schäppi-Stocke in Glarus.

Liebe Frau Schäppi, wir können Sie leider nicht persönlich erreichen und teilen Ihnen auf diesem Wege mit, dass wir Sie wieder in den Verband aufgenommen haben. Als unser Mitglied werden Sie ab 75. Altersjahr des Beitrages entbunden sein. Herzlicher Gruss. Der Vorstand

Uri

Zum Gedenken

Am 28. Juni 1975 ist die Seniorin unserer Sektion

Frau Josephine Wipfli-Gisler

im Alter von 90 Jahren im Frieden entschlafen. Ein langes, arbeitsreiches Leben lag hinter ihr.

Am 11. März 1885 erblickte sie das Licht der Welt. 8 Mädchen und ebenso viele Buben bildeten den Familienkreis. Es ist begreiflich, dass die Verhältnisse bescheiden waren und sie früh auf vieles verzichten lernte. Im Jahre 1915 erlernte sie den Beruf der Hebamme und nahm 1916 mit viel jugendlichem Mut und Eifer die Arbeit in ihrer Heimatgemeinde Seedorf auf. 2 Jahre hatte sie auch die Ver-