

**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:** 76 (1978)

**Heft:** 6

**Artikel:** Muss das Leben im Kreissaal beginnen?

**Autor:** Lothrop, Hanny

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950712>

### **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>**

# Muss das Leben im Kreissaal beginnen?

Hanny Lothrop

*Immer mehr Eltern suchen nach Alternativen zur programmierten Klinikgeburt. Sie scheuen aber, wie auch die Ärzte, die vermeintlichen Risiken der Hausgeburt. Geburtszentren, die bei voller ärztlicher Betreuung eine natürliche Geburt ermöglichen, gibt es aber in der Bundesrepublik noch nicht. Erfahrungen aus anderen Ländern beweisen jedoch, dass Hausgeburt und Geburtszentren für Mütter und Kinder besser sind als der deutsche Kreissaal*

Wie Frau und Mann, wie das Kind die Geburt und die Zeit direkt nach der Geburt erleben, kann die Verhaltensweisen, Gefühle und Interaktionen innerhalb der Familie, die Sensibilität der Eltern gegenüber ihrem Kind, die Vertrauens- und Liebesfähigkeit des Kindes für immer beeinflussen. Gebäratmosphäre, Ausmass mütterlicher Medikation und Intervall zwischen Entbindung und erster Fütterung gehören nach Aussagen der amerikanischen Psychologin Gail Peterson (1) zu den Variablen, mit denen man die kognitive und motorische Entwicklung eines Kindes vorhersagen kann. Englische und amerikanische Untersuchungen weisen sogar auf Zusammenhänge zwischen negativen mütterlichen Geburtserlebnissen und späteren Kindesmisshandlungen hin. 98 Prozent aller Deutschen jedoch wird die Verantwortung für die positive Gestaltung dieses Zeitpunktes aus der Hand genommen – 98 Prozent aller Entbindungen finden heute in der unflexiblen Atmosphäre einer Klinik statt.

Dort wird die soziale und physio-psychische Bedeutung der Geburt kaum bedacht oder sie wird ignoriert mit dem Verweis auf die Klinikroutine, die Individualität verhindert. Geräte und Techniken überwachen oder beherrschen den Geburtsablauf – jede Geburt wird als immanent pathologisch betrachtet.

Der immer wieder zitierte Grund für die Bevorzugung der Klinikgeburt ist Sicherheit. Sähen unsere Statistiken positiv aus, so brauchte man sich keine Gedanken zu machen. Fraglos müssten psychologische Faktoren zugunsten einer Verbesserung der Mortalitäts- und Morbiditätsraten in den Hintergrund treten. Doch liegt Holland, wo die Hälfte aller Geburten zu Hause stattfindet, an dritter Stelle, während Deutschland die 14. Stelle in der Mortalitätsstatistik einnimmt. In Holland wird selbst in der Klinik Geburt als ein natürliches Geschehen respektiert – und entsprechend ist die Geburtshilfe dort wenig aggressiv. So be- teuert der holländische Gynäkologe G. J.

Kloosterman von der Universität Amsterdam immer wieder, dass 80–90 Prozent aller Frauen ihr Kind ganz normal ohne irgendwelche Komplikationen zur Welt bringen können.

**Geburtslobbys.** In Deutschland wird zwar natürliche Geburt gelehrt, doch fehlt uns hier eine Lobby, die sich für die Interessen der Gebärenden einsetzt und sie informiert. In England bildete sich vor über 20 Jahren der *National Childbirth Trust* (NTC), der *physiologisch* (und nicht *pathologisch*) orientierte Geburtsvorbereitungsklassen für Paare abhält, Lehrkräfte ausbildet, Konferenzen, Tagungen und Seminare veranstaltet, die Interessen der Frauen gegenüber den Kliniken vertritt, nachgeburtliche Unterstützung in Selbsthilfegruppen organisiert und vierteljährliche Rundschreiben mit relevanten Artikeln aus Fachzeitschriften verschickt.

Ebenfalls etwa 20 Jahre alt ist die amerikanische ICEA (*International Childbirth Education Association*), «eine interdisziplinäre Organisation, in der Gruppen und Einzelpersonen vertreten sind – Eltern wie auch Fachleute – die ein echtes Interesse an familienzentrierter Geburt haben. Ziel der ICEA ist es, diese Interessenten zusammenzuschliessen: um Vorbereitung auf die Geburt, Stillen und familienzentrierte Wochenbettpflege zu fördern und zu unterstützen, um bei der Entstehung lokaler Gruppen mit ähnlichen Zielen zu helfen, und um Verständnis und Ausführung dieser Ziele durch Fachleute und Laien zu fördern». Die Aktivitäten dieser mehr als 12 000 Mitglieder zählenden Organisation sind ähnlich denen des NTC.

Weitere wichtige Organisationen in den USA sind NAPSAC (*National Association of Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth*), die sichere Alternativen bei der Geburt fordern, das *Institute for Childbirth and Family Research*, das in zahlreichen Untersuchungen die Sicherheit von Hausgeburten bestätigte, sowie die ACAH (*Association for Childbirth at Home*), eine Dachorganisation von Hausgeburtsgruppen. Das *American College of Home Obstetrics* (Amerikanische Akademie für Hausgeburtshilfe) informiert und unterstützt die Ärzte, die sich für Hausgeburten interessieren. SPUN (*Society for the Protection of the Unborn through Nutrition*) klärt über Ernährung in der Schwangerschaft auf.

Ausgehend von der Emanzipationsbewegung und der Idee des Bewusst-Fruchtbar-Seins» beginnt sich auch in Deutschland bei einem kleinen Prozentsatz der Frauen das Bewusstsein durchzusetzen, dass Geburt etwas Privates, etwas Höchstpersönliches ist, ein Ereignis, das man nicht passiv über sich ergehen lassen muss, sondern das man aktiv und selbstverantwortlich mitgestalten kann und soll. In Anlehnung an und in Zusammenarbeit mit der ICEA entsteht jetzt auch eine deutsche Gruppe, zusammengesetzt aus Fachleuten und Eltern, die gemeinsam ein bes-

seres Verständnis der Geburt fördern wollen.

Auf internationaler Ebene hat sich ISPOG (Internationale Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie) für die Bekanntmachung der Wichtigkeit psychosomatischer Arbeit in der Geburtshilfe eingesetzt.

Der im November 1977 in Rom abgehaltene 5. Internationale Kongress dieser Gesellschaft leistete einen wesentlichen Beitrag zu der von Gerd Biermann geforderten «Psychohygiene in der Geburtshilfe» (2). Neben gynäkologischen Themen wurden Theorien und Perspektiven pränataler und neonataler Psychologie, Forschungsarbeiten über psychosomatische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt, Wochenbett und Stillen, Psychoprophylaxe in der Geburtshilfe in mehr als 300 Referaten vorge- tragen. Ein Symposium war der Entwicklungspsychologie, speziell dem mütterlichen Erleben gewidmet. Beispiele aus aller Welt zeigten, dass eine humanere Geburtshilfe ohne Vernachlässigung von Sicherheitsfaktoren möglich ist.

**Alternativen.** Durch Druck von den verschiedenen Interessengruppen sahen sich fünf gewichtige amerikanische fachmedizinische Vereinigungen (unter anderem Gynäkologen- und Pädiater-Verband) gezwungen, ein gemeinsames Statement zu veröffentlichen, in dem sie umwerfende Änderungen des geburtshilflichen Krankenhausprogramms anregten: Einrichtung von wohnzimmerähnlichen Gebärmern, Erteilung von Geburtsunterricht für Paare, Erlaubnis für den Vater, bei der Geburt zu assistieren, Erlaubnis für beide Eltern, die zweistündige Überwachungszeit nach der Geburt *gemeinsam* mit dem Kind zu verbringen, keine Einschränkung bei Geschwisterbesuchen gehören zu den Neuerungen. «Wir hätten unsere geburtshilfliche Abteilung schliessen müssen, wenn wir nicht auf «Verbraucherwünsche» nach einer häuslicheren Atmosphäre und nach mehr Kontrolle über ihre Entbindungen eingegangen wären», meinte Dr. Nathan M. Hilrich vom *Milwaukee Family Hospital*. «Wir hatten nur noch 12 bis 15 Entbindungen pro Monat – jetzt sind es 70 bis 80.»

In vielen Städten Amerikas sind auf Drängen der «Verbraucher im Gesundheitswesen» Einrichtungen mit sicheren Alternativen zu routinemässigen Eingriffen geschaffen worden. Manche sind in eine konventionelle Klinik integriert, manche haben sich der vollkommen natürlichen Geburt verschrieben, andere sind von Krankenhäusern unabhängige Geburtszentren – doch Grundideen und -richtlinien haben fast alle gemeinsam: Geburt wird als ein physiologischer, nicht als ein pathologischer Vorgang definiert. Eltern werden als wohl informierte Partner in einem Team angesehen und tragen die Entscheidungen für ihr Geburtserlebnis – sofern keine Sicherheitsfaktoren davon betroffen sind – gleichberechtigt mit. Schulung der Paare

während der Schwangerschaft, einschliesslich Ernährungslehre, gründlicher Vorsorgeuntersuchungen (bei denen Risikoschwangere aus dem Programm ausgesondert werden), gemeinsamer Planung des Geburtsablaufs, postpartaler Hausbesuche durch Hebammen gehören zu den meisten Programmen dazu.

Paare können selbst bestimmen, ob Geschwister bei der Geburt dabei sein sollen, ob das Baby nach der «Leboyer-Methode» (Erklärung siehe unten) behandelt werden soll, ob und wann die Frau essen will während der Geburtsarbeit, ob sie laufen, sitzen oder liegen will, ob sie in der Halbsitz-, seitlichen oder Hockstellung entbinden will (auf dem Rücken liegend wird aus Sicherheitsgründen nicht angeraten). Eventuell notwendig werdende Eingriffe und Medikamente werden besprochen und die Verantwortung dafür gemeinsam getragen. Der Aufenthalt nach der Geburt dauert meistens zwei bis 24 Stunden.

---

Wir bitten unsere Leserinnen, zu beachten, dass die Septembernummer ausfällt.

---

Das *Natural Childbirth Institute* (NACHIS) beschreibt seine Einstellung wie folgt: «Wir betonen gegenüber einem Paar, dass die Verantwortung für eine gesunde und erfolgreiche Schwangerschaft in seinen Händen liegt. Vorbereitung auf die Geburt, angemessene hohe Eiweisszufuhr, Vorbereitung der Brust auf das Stillen, Vorbereitung auf die Elternschaft, Vermeidung harmvoller Medikamente und Nikotinabstinenz sind alles Faktoren, die zu einer gesunden Schwangerschaft führen... Bei jedem Besuch ist die Patientin dafür verantwortlich, sich selbst zu wiegen (wir legen keinen Wert auf Gewichtsbeschränkung) und ihren Urin nach Zucker und Eiweiss zu untersuchen. Ernährung, Brustvorbereitung, Vorbereitungsklassen für natürliche Geburt, werden mit der Patientin und ihrem Mann besprochen. Wir ermutigen sie, alle ihre Fragen bei jedem Besuch vorzubringen... Wir führen Filme und Dias über einige unserer Geburten sowie Dr. Brewers Film über Ernährung vor, regen Diskussionen in einer Frage-Antwort-Stunde an.»

«Indem wir die Mutter in den Entscheidungsprozess mit einbeziehen, helfen wir ihr, Selbstvertrauen zu finden, was wesentlich für die Mutterschaft ist. Kindererziehung sollte man auf einer Basis des Selbstvertrauens beginnen. Dies versuchen wir zu stärken anstatt zu brechen» (John Franklin, *Booth Maternity Center*).

*Bundesrepublik.* In Deutschland gibt es kaum Alternativen zur Routine-Geburt im Krankenhaus. Es wird schon als Entgegenkommen angesehen, dass der Vater dabei sein «darf», dass das Baby bei der Mutter bleiben «darf». Grundlegende Veränderungen werden erst eintreten, wenn sich das allgemeine Bewusstsein ändert: wenn

das Klinikpersonal bereit ist, werdende Eltern als entscheidungsfähige Partner an einem einschneidenden Punkt ihres Lebens zu akzeptieren, und wenn sich Eltern angesichts der Langzeitwirkungen des Geburtserlebnisses ihrer Rechte und Pflichten gegenüber sich selbst und ihrem Kind bewusst werden.

Ansätze in dieser Richtung gibt es. Die Filderklinik in Bonlanden bei Stuttgart und das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gehörten zu den ersten, die Rooming-In einführten. In dem seit sieben Jahren bestehenden Entbindungsheim Neureither in Leimen bei Heidelberg haben Frauen im Vergleich zum Krankenhaus bei vielen Dingen das Mitspracherecht, Geburten verlaufen natürlich, ohne Medikamente, ohne Beschleunigung (ausser bei medizinischen Indikationen), Geburtstraumen werden nach der «Leboyer-Methode» für das Kind so gering wie möglich gehalten, Mutter und Vater können das Kind betreuen, ältere Kinder dürfen die Mutter besuchen. Allerdings ist selbst dort die Entscheidungsfreiheit der Eltern eingeschränkt durch festgelegte Vorstellungen der Hebamme bezüglich nicht-medizinischer, persönlicher Dinge, wie Anwesenheit von Geschwistern bei der Geburt oder Pflegeverhalten der Mutter.

Eine andere Alternative stellen die von Dr. Lüdike in Friedberg/Hessen durchgeführten Praxisentbindungen dar. Auch dort wird die Physiologie der Geburt weitgehendst respektiert, Paare können nach einer etwa zweistündigen Überwachungszeit wieder nach Hause. Vereinzelt gehen Privatkliniken auf individuelle Wünsche ihrer Patientinnen ein – eine Klinik in Starnberg entbindet nach Leboyer, das klassenlose Kreiskrankenhaus Kirchheimbolanden/Pfalz zum Beispiel steht auch ideologisch hinter dem seit einem Jahr bestehenden Rooming-In-System – doch das Gros der Frauen hat keine echte Wahl.

*Hausgeburt.* Unzufrieden mit der unflexiblen und einengenden Pflege in der Klinik und nicht gewillt, ihre Persönlichkeit an der Pforte eines Krankenhauses abzugeben, haben sich in der letzten Zeit wieder mehr Paare zur Hausentbindung entschlossen. Es sind keine «verantwortungslosen Spinner», als die sie immer wieder bezeichnet werden, «sondern familienorientierte Paare, besorgt um Gesundheit, Ernährung, Kindererziehung, sehr belesen» und informiert über Geburtsvorgänge und psychologische Einwirkungsfaktoren. Bei Gesprächen mit ihnen stellt man ein hohes Mass an Verantwortungsbewusstsein, Sensibilität gegenüber den Mitmenschen und Gedankens- und Gefühlstiefe fest. Ihr Anspruch ist Lebensqualität.

Eine Frau, die heute in Deutschland zu Hause gebären will, tut das nicht unter idealen psychischen Bedingungen und mit dergleichen Selbstverständlichkeit wie etwa eine Holländerin. Obwohl sie sich emotional und ideologisch für eine Hausgeburt entscheiden mag, ist sie doch in

einer Pioniersituation, die sie unter Stress stellt. Sie kann nicht gelassen sein, weil ihre Umwelt ihr ein schlechtes Gewissen einimpft.

Tierversuche und anthropologische Vergleiche lassen uns ahnen, welche Komplikationen durch Stress und eine ungewohnte, kalte, unfreundliche Atmosphäre während der Geburtsarbeit entstehen können. Die amerikanische Behavioristin Niles Newton stellte bei Versuchen fest, dass der Geburtsprozess bei Mäusen, die beim Werfen gestört wurden, 65 bis 72 Prozent länger dauerte als bei ungestörten Mäusen. In einem anderen Versuch, in dem Mäuse mehrfach von einem Ort zu einem anderen verlagert wurden (die Situation der Gebärenden in unserer Kultur simulierend), wurden erheblich mehr Mäuse tot geboren – «psychologisch oder umweltbedingte Totgeburten». Newton berichtet von den Siriono-Indianern in Bolivien, bei denen Geburt leicht, entspannt und im Beisein der Öffentlichkeit vonstatten geht. Dort dauert die Geburtsarbeit zwischen ein und drei Stunden. Der Mangel an Stress und der natürliche Ablauf der Geburt ohne Eingreifen der Ärzte können vielleicht die guten statistischen Werte bei Hausgeburten in Holland und England erklären.

*Statistiken.* Der englische Gynäkologe und Kinderarzt Peter Dunn berichtet in der angesehenen Medizin-Zeitschrift LANCET (3), dass die englische Mortalitätsrate für Klinikgeburten 27,8/1000, die für vom Hausarzt geleitete Geburten 6,1/1000 und die für Hausgeburten 4,3/1000 sei. Er äusserte die Vermutung, dass «die hohe perinatale Mortalität (in der Klinik) sicherlich auf die Selektion von Risikofällen zurückzuführen sei, doch müsse man iatrogene (vom Arzt geschaffene) Faktoren unterstellen.» Ähnliche Zahlen werden aus Holland berichtet, wo die Mortalitätsrate bei Hausgeburten bei 4,5/1000 liegt (gegenüber der deutschen allgemeinen Sterblichkeitsrate von 23/1000).

Die Statistiken von Lewis Mehl (4) über 1146 geplante sowohl von Ärzten wie auch von Laienhebammen überwachte Hausgeburten bestätigten deren Sicherheit (9,5/1000). Erwähnen muss man in diesem Zusammenhang unbedingt den von 1925–1975 funktionierenden *Frontier Nursing Service* in einer verarmten Berggegend Amerikas, wo Transporte noch zu Pferde stattfanden, Krankenhäuser meistens 60 km entfernt und die Zahl der Risikoschwangerschaften sehr gross war. Bei 8000 von Hebammen unter erschwerten Bedingungen geleiteten Geburten gab es keinen einzigen mütterlichen Todesfall, und bei den 10000 vorhergehenden Geburten war die Sterbensrate ein Drittel so hoch wie im restlichen Land.

*Hausgeburtszentren.* In mehreren Teilen Amerikas, vornehmlich an der West- und Ostküste, sind von professionellen und Laienhebammen geleitete «*Homebirth Services*» aus dem Boden gesprungen. Bei Hausgeburten stellen sich Hebammen

ganz und gar auf die Wünsche der Eltern ein, soweit diese medizinisch unbedenklich sind. Im Gegensatz zur Klinik, wo Frauen sich der dortigen Hausordnung zu unterwerfen haben, sind Hebammen und Ärzte Gäste des Hauses, was zwangsläufig zu einem ausgeglicheneren, positiveren Verhältnis Patientin – Arzt/Hebamme führt.

Paare, die sich für eine Hausgeburt entscheiden, werden von den Hebammen auf Alternativen der Klinik und eventuelle Risiken einer Hausgeburt hingewiesen.

*Maternity Center Associates*, ein solches Zentrum verlangt, dass alle Paare an Lamaze-Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen, einer Klinikeinweisung im Notfall zustimmen und nicht weiter als 15 km von einer Klinik entfernt wohnen. Frauen sind angehalten, für ihre Gesundheit Sorge zu tragen. Gemäss einem Katalog von mehr als hundert Indikationen, der Hypertonie, Epilepsie, Rhesusfaktorunverträglichkeiten, Diabetes, Nierenerkrankungen, Präeklampsie, schwere psychische Störungen, abnormale vaginale Blutungen, vorhergehenden Kaiserschnitt, Unreife des Kindes, oft auch regelwidrige Lagen und Mehrlingsgeburten einschliesst, werden Risikofälle ausgesondert und an eine Klinik weitergeleitet. Die Vorsorge schliesst monatliche, später wöchentliche Konsultationen ein.

Bei den Geburten werden die Herztöne mit einem einfachen Stethoskop oder einem Doppler-Ultraschall-Stethoskop während Eröffnungsphase und Austreibungsphase sorgfältig überwacht, zuweilen sogar nach jeder Kontraktion während der Austreibungsphase. Hebammen massieren in vielen Fällen den Damm, um Risse zu vermeiden. Interessanterweise kamen in der Mehlschen Untersuchung nur bei 4,4–5,7 Prozent der Geburten kleine Dammrisse vor gegenüber 40,2 Prozent der Geburten unter Anleitung von Ärzten, die an Routine-dammsschnitte gewöhnt waren. Im allgemeinen ergaben sich wenig Komplikationen, da man in den natürlichen Geburtsprozess nicht ohne Indikation eingriff.

Welche Fragen stellen sich nun einem Paar, das sich zu einer Hausentbindung entschlossen hat? Wenn sie das Glück haben, überhaupt eine freipraktizierende Hebamme zu finden, muss man auch immer noch einen Arzt aufstöbern, der sich einverstanden erklärt, im Notfall zu der Entbindung zu kommen.

**Risiken.** Was kann passieren, was man in der Klinik sofort beheben könnte, was zu Hause aber gefährlich werden kann? Die Hauptgefahren sind Nabelschnurvorfälle (wobei die Nabelschnur vor dem Kopf austritt), Placenta Abruption (frühzeitige Lösung der Placenta und somit Abscheiden der Sauerstoffzufuhr) und Ruptur des Uterus. Diese Probleme treten bei einem Bruchteil von einem Prozent aller Geburten auf. Wenn der Kopf schon ins Becken getreten ist, dann ist ein Nabelschnurvorfall sehr unwahrscheinlich. Die beiden anderen Probleme treten nicht unverhofft auf –

die geschulte Hebamme erkennt die Anzeichen, bevor sie sich zu einer echten Gefahr entwickeln. Bei Uterusruptur würde beispielsweise der Tonus des Uterusmuskels in den Wehenpausen einen Hinweis auf das Problem geben. Geschulte Frauen können solche Situationen durch Entspannung vermeiden.

Eine Hebamme berichtete mir, dass ihr aus ihrer 45jährigen Praxis im ganzen Lande Hessen kein Fall von Uterusruptur bekannt sei. Zwei Fälle von Nabelschnurvorfällen (aus 2000 Geburten) konnte sie zusammen mit dem herbeigerufenen Arzt sicher bewältigen. Bei Placenta Abruption sei eine Klinikeinweisung ratsam.

Eine weitere Komplikation könne eine zu kurze Nabelschnur sein. Wenn der Kopf tiefer ins Becken rutscht, werden dabei die kindlichen Herztöne unregelmässig. Wenn eine Änderung der Lagerung der Frau keine Besserung bringt, würde sie sie vorsorglich in die Klinik einweisen. Auf jeden Fall habe man etwa eine halbe Stunde Zeit, bevor energisch eingegriffen werden muss.

**Eingriffe und Medikamente.** Ein System hat nur Gültigkeit, wenn man eine Wahl hat. Und eine Wahl verantwortungsvoll treffen kann man nur, wenn man informiert ist. Es soll hier der Versuch unternommen werden, übliche Klinikmassnahmen anhand wissenschaftlicher Untersuchungen kritisch zu durchleuchten, um Paaren Informationen und Argumente zu geben, die es ihnen ermöglichen, die Verantwortung und qualitative Entscheidungen mitzutragen. Techniken und Medikation haben ihre Daseinsberechtigung, wenn sie auf individueller Basis und bei wirklicher Notwendigkeit eingesetzt werden. Durch die Fortschritte in der Geburtshilfe konnte schon manches kindliche oder mütterliche Leben gerettet werden. Bedenklich aber

---

Adressänderungen sind zu richten an:

**Paul Haupt AG  
Buchdruck–Offset  
Postfach 2660  
3001 Bern**

Bitte alte und neue Adresse angeben sowie Sektionszugehörigkeit.

---

werden Eingriffe in einen physiologischen Prozess, wenn sie routinemässig oder aus Bequemlichkeit, ohne zwingenden Grund angewandt werden – wenn also keine Geburtsrisiken dem Risiko des Eingriffs gegenüberstehen. Oft schaffen Interventionen grössere Probleme als die Probleme, die sie zu lösen trachten.

**Geburtseinleitung.** Geburtseinleitung ohne medizinische Indikation wird in der medizinischen Literatur kontrovers bewertet. «Programmierte Geburt bedeutet, dass man eine Entbindung planen kann bezüg-

lich Indikation, Vorbedingungen, Vorbereitungen und Auswahl des günstigsten Zeitpunktes für Mutter, Kind, Familie und Organisation des Kreissaals» (5). Ralph Gause, früherer Forschungsdirektor der Stiftung «*March of Dimes*», hingegen empfindet die Risiken einer Einleitung als so gross, dass er sie nur in Extremfällen gerechtfertigt sieht (6).

In dem amerikanischen geburtshilflichen Lehrbuch «*Williams Obstetrics*» (7) warnen Pritchard und Hellman vor «Unreife, verlängerter Eröffnungsphase und Nabelschnurvorfälle als Folge von Geburtseinleitungen». Sie berichten aus Beobachtungen von mehr als 10 000 Geburtseinleitungen, dass perinatale Todesfälle, verursacht durch Unreife des Babys, immer wieder vorkommen, obwohl spezifische Reifekriterien beachtet wurden. Die Reife des Kindes wird oft durch Amnioskopie geprüft, bei der das Fruchtwasser durch die intakten Eihäute mit einem durch Vagina und Cervix eingeführten Amnioskop auf Grünfärbung (= Gefährdung des Fötus) untersucht wird. Oft wird aber auch nur der errechnete Termin und äusseres Betasten akzeptiert, wobei nicht berücksichtigt wird, dass sich bei längerem monatlichem Zyklus die Schwangerschaft entsprechend über 280 Tage hinaus verlängert.

Louis Gluck von der *University of California* spricht sogar von der Notwendigkeit eines Lungenreifetests – des sehr aufwendigen «Lungenprofils», da infolge von vermehrten prophylaktischen Kaiserschnitten (und dies gilt auch für Geburtseinleitung) Babys oft auf die Welt kämen, bevor ihre Lungen reif seien (8). Das Resultat davon sei RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) – «Atemnot» des Kindes mit möglicher Hypoxie (Erstickung durch Sauerstoffmangel). Da die Todesursachen «Unreife» und «Hypoxie» 56 Prozent unserer Frühsterblichkeitsquote ausmachen, bedürfte es dringend einer genauen Untersuchung über Zusammenhänge.

Karlis Adamson, Geburtshelfer und Neonatologe an der Medizinischen Fakultät der *Mount Sinai University*, sagte in einem Interview mit der *New York Times*, dass der Fötus, wenn die Kontraktionen zu stark und lang und die Pausen zu kurz seien, keine Zeit habe, sein Sauerstoffreservoir wieder aufzufüllen, was zu Gehirnschäden und sogar zu Tod führen kann. Diese Probleme sind natürlich auch mit der Beschleunigung durch Wehentropf assoziiert. Wehenspritzen sollten wegen ihrer Unkontrollierbarkeit verboten werden. Eine Studie aus Texas berichtet, dass zehn Prozent aller eingeleiteten Geburten wegen Bradikardie (langsamer Herztätigkeit) per Kaiserschnitt beendet werden mussten (9).

Eine eingeleitete Geburt kann nicht nur Probleme für das Kind schaffen, sondern auch für die Mutter äusserst unangenehm sein. Eine von Sheila Kitzinger in England durchgeführte Untersuchung (10) zeigte, dass die meisten Frauen die eingeleitete oder beschleunigte Geburtsarbeit als be-

deutend schmerzhafter empfanden. Trotz Vorbereitung konnten nur acht Prozent dieser Frauen ohne schmerzstillende Mittel auskommen, gegenüber 50 Prozent in der Kontrollgruppe. Die Wehen wurden als heftig beschrieben und hatten nicht den üblicherweise wellenhaften Charakter, sondern stiegen jeweils abrupt in ihrer Stärke an. Künstlich angeregte Wehentätigkeit soll immer genauestens überwacht werden, um einer Überstimulation des Uterus vorzubeugen.

**Sprengen der Fruchtblase.** Zu diesem Thema hat sich besonders Roberto Caldeyro-Barcia, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Gynäkologen und Geburtshelfer und Direktor des Latein-Amerikanischen Zentrums für Perinatologie und menschliche Entwicklung der Weltgesundheitsorganisation, sehr lautstark und bestimmt geäußert. Er beobachtete, dass in 95 Prozent der Fälle die Eihäute bis zum Ende der Geburtsarbeit intakt bleiben. Er sieht das Fruchtwasser als Schutz an, um eine einseitige Druckbelastung des kindlichen Gehirns und somit Gehirnschäden zu vermeiden.

Die vorläufigen Ergebnisse einer gross-angelegten Studie in Südamerika scheinen seine Behauptung zu unterstützen. Zwar wurde die Geburtsarbeit durch Amniotomie jeweils um nahezu eine Stunde verkürzt, doch nur bei Gefahr von Kopfdeformationen und möglichen neurologischen Schäden. Eine Untersuchung des *US National Institute of Health* ergab, dass die Wahrscheinlichkeit von Hirnschäden bei einem einjährigen Kind am geringsten war, wenn die Geburtsarbeit zwischen elf und 15 Stunden betragen hatte. Darunter- oder darüberliegende Werte beeinflussten die Statistik ungünstig (11).

**Cardiotokograph.** Bei Verwendung von Wehentropf, bei Blasensprung und vor allen Dingen bei Risikoschwangerschaften ist der Cardiotokograph, der Herztätigkeit des Kindes und Intensität der Wehen überwacht, sehr nützlich. Laut Dr. Albert Haverkamp, Denver, und dem offiziellen französischen Perinatalogie-Forschungsteam, bringt jedoch im Normalfall eine elektronische Überwachung keine Vorteile und keine verbesserte Morbiditätsraten gegenüber einer sorgfältigen persönlichen Überwachung durch ausgebildete Hebammen vor und nach den Kontraktionen. Oft geben äusserliche Monitore falsche Resultate, die unnötigerweise zum Kaiserschnitt führen (12,13).

**Geburtshilfliche Eingriffe.** Durch vermehrten Einsatz von Anästhetika ist auch die Zahl von geburtshilflichen Eingriffen gestiegen. In manchen Krankenhäusern hat sich die Anzahl von Kaiserschnitten in den letzten sechs Jahren verdoppelt. H. A. Krone warnt vor dem Kaiserschnitt als üblicher Entbindungsmethode, da die mütterliche Sterblichkeitsrate immerhin zehn- bis 15mal höher ist als bei einer vaginalen Entbindung (14). H. Muth rät vom routinemässigen Kaiserschnitt bei einer Becken-

endlage ab, er meint, dass 90 Prozent aller Steissgeburten vaginal entbunden werden könnten (15).

Abgesehen von dem physischen Risiko kann auch der Mutter-Kind-«Bonding»-Prozess durch Narkose, grössere Unbeweglichkeit und postpartale Schmerzen nicht normal verlaufen. In 15 Prozent der amerikanischen Kliniken darf der Vater übrigens bei Kaiserschnitt unter Periduralanästhesie des «Bondings» wegen anwesend sein (siehe auch «Das Krankenhaus macht Kinder krank», Heft 2/78).

**Medikamentöse Erleichterung.** Über die Jahre haben Wissenschaftler immer neue Mittel gesucht, um Frauen die Entbindung zu erleichtern. Der deutsche Bernhard Krönig zog durch seine Entdeckung des «Dämmer schlafs» mit Hilfe von *Scopolamin* sogar wohlhabende Amerikanerinnen über den Atlantik an.

Doch bald wurde deutlich, dass jedes Medikament ein mehr oder minder grosses Risiko mit sich bringt und oft eine Reihe von weiteren Eingriffen notwendig macht. Neben Narkotika (Dolantin) und Sedativa (Valium), die wie alle Medikamente durch die Placenta in den kindlichen Organismus gelangen und sich depressiv auf Atmung oder negativ auf die kindliche Temperaturselbstregulierung auswirken können, werden auch Anästhetika routinemässig benutzt. Die Periduralanästhesie erfordert die Anwesenheit eines Anästhesisten und kann Komplikationen von Hypoxie des Kindes bis zu eventuellen mütterlichen Kopfschmerzen und gar Krämpfen führen. Bei einer geschulten Frau haben Anästhetika in der Austreibungsphase keinen schmerzreduzierenden Effekt, könne jedoch die neonatale Entwicklung des Kindes beeinflussen. Diese Phase wird von den meisten als schmerzlos beschrieben. Dass bei kompletter Betäubung der Scheidengegend oder gar der unteren Körperhälfte die Geburt nicht mehr als eine psychosexuelle Erfahrung mit eventuellem Orgasmus erlebt werden kann, wie von Kitzinger und Niles Newton beschrieben, braucht nicht betont zu werden (16).

Die medikamentöse Geburtserleichterung hat ihren Platz in der modernen Geburtshilfe und kann vor allen Dingen für unvorbereitete Mütter unerlässlich sein. Das

---

Der 4jährige Jürg zeichnet eine Frau mit einem Fenster im Bauch. Das sei die Mami, welche ein Bébé erwarte und das Fenster wünsche er sich, damit er es besser sehen könne.

---

Risiko einer Verkrampfung, einer erschöpfenden Geburtsarbeit, muss dann gegen das Risiko des Eingriffs ausgewogen werden, und oft ist dann sicher das Risiko des Medikamentes geringer.

**Dammschnitt.** Frauen mit Dammschnitt (Episiotomie) berichten immer wieder von grossen Schmerzen, die ihre Versorgungsmöglichkeit des Kindes in den ersten Tagen und ihr Sexleben sogar auf Monate hinaus behindern. Als Gründe für die Routineepisiotomie werden genannt: 1. dass eine saubere Naht leichter zu vernähen ist als ein Riss, 2. dass sie Gebärmuttervorfall verhindert, 3. dass eine verlängerte Austreibungsphase zu neurologischen Schäden beim Kind führt. Laut Doris Haire, der ehemaligen Präsidentin des ICEA, gibt es keine Untersuchungen, die diese Thesen bestätigen (17). Gregory White, Präsident des *American College of Home Obstetrics*, versicherte mir, dass ein kleiner Riss viel schneller und problemloser verheilt als eine lange Naht, die eventuell noch mediolateral (schräg) angelegt ist. Wenn Schnitt, dann sollte wo immer möglich ein medianer Schnitt (von Scheide zu After hin) gemacht werden, weil die Muskelschichten gerade viel schneller und besser zusammenwachsen. Eine alte Hebamme erzählte mir, dass sie bei 2000 Geburten nur zwei bis drei Episiotomien gemacht hatte.

Regelmässige «Kegelübungen» zur Verbesserung des Tonus des Pubococygeusmuskels erleichtern nicht nur die Geburt, sondern verhindern auch Uterusprolaps und verbessern das sexuelle Empfinden einer Frau (18). Untersuchungen von 17000 Geburten in England und 4403 Geburten in den USA haben gezeigt, dass eine Austreibungsphase von zweieinhalb Stunden bei einem reifen, normalgewichtigen Kind ohne Anzeichen fötaler Not keinen Einfluss auf die Mortalitäts- und Morbiditätsrate hat (19).

**Lage während der Geburtsarbeit.** Bedingt durch den üblicherweise auf dem Bauch befestigten Monitor ist die Frau in der Klinik oft gezwungen, einen grossen Teil der Geburtsarbeit auf dem Rücken liegend zu vollbringen. «Wenn wir auf dem Rücken liegen, presst der Uterus auf die Aorta und die untere Vena Cava, die Hauptblutbahnen zu und vom Uterus. Dadurch wird der Sauerstoff abgeschnitten und die Mutter kann schockähnliche Zustände erleben, die das Kind in Gefahr bringen» (20).

Caldeyro-Barcia beobachtete, dass in einer vertikalen Haltung die uterine Tätigkeit viel wirksamer und angenehmer für die Gebärende ist, dass die Geburtsarbeit um anderthalb Stunden verkürzt wird und dass Dammsrisse selten sind. Beim Stehen ist der Beckeneingang bei gestreckten Beinen wesentlich vergrössert, und der Kopf tritt leichter ins kleine Becken ein. Da in der Hocke der Beckenausgang um 1,5 cm erweitert wird, wäre diese Stellung am besten für die Austreibungsphase. Am zweitbesten ist die halbsitzende Position, bei der die Schwerkraft die Frau beim Pressen unterstützt. Die Placenta wird spontan ausgestossen, so dass Ziehen an der Nabelschnur nicht nötig ist und Nachblutungen vermieden werden. Auch ist festes

Drücken auf den Fundus des Uterus, wodurch die Sauerstoffzufuhr beeinträchtigt wird, nicht erforderlich.

**Einlauf und Rasieren.** In den meisten Kliniken gehören Rasieren der Schamhaare und Einlauf zur Routine. Der angegebene Grund für das Rasieren ist Hygiene. Eine Untersuchung von 7600 Müttern hat gezeigt, dass diese Praxis nicht das Auftreten von Infektionen verringert (18). Im Gegenteil: Ein amerikanisches chirurgisches Lehrbuch weist darauf hin, dass die Infektionsgefahr dadurch minimal erhöht wird. Das Kurzschneiden der Haare würde genügen und das unangenehme Jucken beim Zurückwachsen der Haare verhindern.

Viele Frauen empfinden den Einlauf vor der Geburt als lästig und unnötig, da sich der Körper vor Einsetzen der Geburtsarbeit oft durch einen natürlichen Durchfall von selbst reinigt.

**Nahrungseinnahme.** Gewöhnlich sind Essen und Trinken nach Einsetzen der Wehentätigkeit nicht mehr erlaubt, um Erbrechen zu vermeiden und um bei Notwendigkeit von Vollnarkose nüchtern zu sein. Da sich Vorwehen und Uteruswehen oft nicht richtig abgrenzen lassen, könnte eine Frau oft tagelang ohne Nahrung und Flüssigkeit bleiben, was zu Übersäuerung des Blutes (Azidose) führen könnte. Die entsprechende Wirkung auf den Fötus wurde noch nicht genügend untersucht. Da Gebärende bei fortschreitender Geburtsarbeit von selbst appetitlos werden, erlauben aufgeschlossene amerikanische Krankenhäuser das Einnehmen leichter Speisen und klarer Getränke.

**Das Neugeborene.** Die Einsichten des französischen Geburtshelfers Frederick Leboyer (21) und derer, die sich mit pränataler und neonataler Psychologie beschäftigen, lenken unseren Blick immer mehr auf die Behandlung des Kindes beim Geburtsablauf. Um das Trauma für das Kind möglichst gering zu halten, empfiehlt Leboyer, Lichter und Stimmen gedämpft zu halten, das Neugeborene sofort auf den Bauch der Mutter zu legen, es leicht zu massieren und die Nabelschnur erst zu durchtrennen, wenn sie auspulsiert hat und die Atmung gut etabliert ist. Anschliessend kann das Kind in einem warmen Bad seine Umwelt im eigenen Tempo begreifen und kennenlernen.

Obwohl viele Geburtshelfer diesen neuen Ideen skeptisch gegenüberstanden – ein Arzt sprach von Sentimentalitäten – sollte eine Untersuchung der französischen Psychologin Danielle Rappoport alle werdenden Eltern aufhorchen lassen. Bei der Untersuchung von drei Gruppen von «Leboyer-Babys» (aus der Mittel-, unteren Mittelklasse und Arbeiterschicht stammend) stellte Rappoport einen überdurchschnittlichen IQ von 106–129 fest, sie wurden als «aufgeweckt, klug, mit beiden Händen kreativ bezeichnet, 112 der 120 Kinder hatten keine Probleme mit dem Sauberwerden (Blasen- und Darmkon-

trolle Selbständigkeit beim Essen). Am aussergewöhnlichsten aber fand Rappoport, dass diese Eltern ihr (im Gegensatz zu anderen Elterngruppen) als Psychagogin keine Fragen stellten. Wie sich herausstellte, empfanden die Eltern die Kinder als vollkommen unproblematisch, es bestand ein positives Mutter-Kind-Verhältnis (22). Die Mortalitätsrate lag in dieser Klinik mit 8/1000 unter dem Durchschnitt, Bestätigung der Forschung von Klaus und Kennel (23), dass Störungen im Mutter-Kind-Bindungszeitraum (am ausgeprägtesten direkt nach der Geburt) ausschlaggebend sein können als angenommen wird. Tierversuche mit Affen, Ziegen und Schafen haben uns die Wichtigkeit der «Prägungsphase» und die schwerwiegenden Folgen ihrer Störung verdeutlicht. Es ist an der Zeit, dass Kliniken die Konsequenzen daraus ziehen und Mutter und Kind in der sensiblen perinatalen Phase als *die* Einheit behandeln, die sie sind.

Auch dem Vater darf in diesen ersten Stunden und Tagen sein Kind nicht vorenthalten werden. Die Befürchtung, dass der Vater eine Infektionsquelle sei, wurde in vielen Untersuchungen und 30jähriger Erfahrung widerlegt. Oft badet der Vater sein Kind oder massiert es, während es auf dem Bauch der Mutter liegt.

Auf dem Kongress in Rom berichtete Dr. Klot von der *State University of New York* von seinen Erfahrungen mit der Leboyer-Methode. Durch das Interesse seiner Patientinnen angeregt, durchforstete er die medizinische Literatur und konnte keine stichhaltigen Gründe für die üblichen kindbezogenen Geburtspraktiken finden. Er gab dem Wunsch einer Patientin nach und war «erstaunt, welchen Unterschied die Behandlung gemäss der Leboyer-Methode ergab». Das emotionale Klima war ausserordentlich verbessert, das Neugeborene war sehr wach, schrie nicht und schaute sich ganz zufrieden und äusserst aufmerksam seine neue Umwelt an.

Das übliche Absaugen des Kindes war nicht notwendig, da der Schleim, während das Kind etwa zehn Minuten auf dem Bauch der Mutter lag, von selbst abfloss. Dies wurde von Klot als möglicher Vorteil angesehen, da Neugeborene durch zu starkes Absaugen geschädigt werden können (24). Eine formelle Untersuchung von 75 «Leboyer»-Kindern verglichen mit 25 Kontrollkindern zeigte, dass entgegen den Befürchtungen kritischer Ärzte die Temperatur der nackten Babys, die auf dem Bauch ihrer Mutter lagen, genau so hoch war wie die der Babys, die in einem Heizbettchen lagen, dass Hämatokrit (prozentualer Volumenanteil der Blutzellen an der Gesamtblutmenge) und Sauerstoffversorgung normal waren, egal wann die Nabelschnur abgeklemmt worden war, dass keine Komplikationen durch geringe Beleuchtung entstanden und dass die Babys nicht wie befürchtet im warmen Bad aufhörten zu atmen. Klot betont, dass die Leboyer-Methode sicher ist und ohne zu-

sätzliche Kosten- oder Personalaufwand durchgeführt werden kann.

**Ältere Geschwister.** Auf fast allen Entbindungsstationen Deutschlands ist der Zutritt für Kinder unter 14 Jahren strengstens verboten. Dieses Verbot basiert auf der Furcht vor Übertragung von Kinderkrankheiten. In Südamerika, Ozeanien, Holland, manchen Kliniken in Amerika und England ist es keine Frage, dass Geschwister einfach dazugehören. Der durchschnittliche Abstand von Kind zu Kind in einer Familie beträgt zwischen zwei und drei Jahren. Das ältere Kind wird in einer Zeit, in der es noch sehr auf die Mutter fixiert ist, von dieser getrennt, erleidet mit Sicherheit Trennungsängste.

Familien, deren Kinder alle zu Hause zur Welt kamen, berichten immer wieder, dass es kaum Eifersucht zwischen Geschwistern gibt. Da die Beziehung der

---

Wir bitten unsere Leserinnen, zu beachten, dass die Septembernummer ausfällt.

---

Kinder untereinander dauerhafte Auswirkungen hat, andererseits Neugeborene durch Antikörper der Mutter und das Kolostrum (die Vormilch) vor vielen Krankheiten geschützt sind, wäre eine Untersuchung der Notwendigkeit und Berechtigung der bestehenden Vorschriften dringend vonnöten. Der amerikanische Gynäkologen- und Pädiater-Verband empfiehlt freie Geschwisterbesuche.

**Modelle.** Modelle in anderen Ländern, in denen die Sterblichkeitsrate niedrig ist, können Anregungen dafür geben, wie die Situation in Deutschland verbessert werden kann. Besonders auffällig an der deutschen geburtshilflichen Organisation ist der Mangel an Kontinuität in der Pflege. Frauen gehen während der Schwangerschaft und Geburt durch zu viele, oft fremde Hände und können nicht das nötige Vertrauensverhältnis zu einer Person aufbauen.

In Schweden und Holland, die die geringste Säuglingssterblichkeit haben, gibt es Hebammenzentren, die Vorsorgeuntersuchung und Geburtsunterricht vornehmen. Eine Hebamme der Wahl wird mit der Gebärenden in die Klinik geschickt und betreut sie auch nachgeburtlich. In Holland gibt es auch noch eine «Wochenbettpflegerin», die der Hebamme bei der Geburt assistiert und dann Mutter und Kind zu Hause betreut.

Die Stellung der Hebamme sollte nicht, wie ein Gesetzesentwurf vom 8. 7. 1975 eines «Gesetzes über nichtärztliche Heilberufe in der Geburtshilfe und Krankenpflege» es vorsieht, eingeengt, sondern ihr Kompetenzbereich und auch ihre Aus- und Fortbildung (etwa durch Balint-Gruppen) sollten weiter ausgebaut werden. Hebammen sollten eigenverantwortlich (ohne Rezept vom Arzt) Vorsorge und Geburts-schulung vornehmen können. Ambulante

Geburten mit anschliessender Hebammennachsorge müssten jeder Frau ohne Angst vor Sanktionen ermöglicht werden.

Sollte sich eine Frau für die Klinik entscheiden, so muss ihr dort zugestanden werden, eine Vertrauensperson ihrer Wahl mitzubringen. Gerade bei jungen, ledigen Müttern mit ungewollten Schwangerschaften, die rein statistisch gefährdeter sind, könnte die Anwesenheit von Freundin, Mutter oder Freund emotionale Unterstützung geben und die Geburtsrisiken verringern. Gerade bei ihnen, die oft gemäss C. Cooper zu den «vulnerable mothers» zählen, kann ein verlängerter Mutter-Kind-Kontakt direkt nach der Geburt und ein ungestörter «Bonding»-Prozess ausschlaggebend dafür sein, ob Frauen sich zu «good-enough mothers» oder zu «battering», also kindesmisshandelnden Müttern entwickeln (25). Gerade sie werden oft unbewusst in der Klinik diskriminiert, alleingelassen und das Kind wird ihnen «zur Strafe» nach der Geburt sofort entzogen.

Nach der Vorführung des herausfordernden und aufwühlenden Films «Birth – a critical look at childbirth practices in western societies» (mit Ronald D. Laing), den die engagierte Neuseeländerin Helen Brew produziert hat, meinte auf dem Kongress in Rom ein amerikanischer Arzt: «Der Glaubensverlust in die Technik bei der Geburtshilfe, das Infragestellen und Übernehmen von Verantwortung derer, die davon betroffen sind, dies alles wird vorübergehend vielleicht eine negative Wirkung haben. Auf die Dauer gesehen ist es ein Segen!»

Hanny Lothrop ist Übersetzerin mit einem durch die Geburt des ersten Kindes abge-

brochenen Zusatzstudium der Psychologie in den USA. Die Behandlung in der Klinik bei der Geburt des zweiten Kindes und vielfältige Probleme im Bekanntenkreis gaben Anstoss zur Beschäftigung mit dem Themenkreis «Geburt – Stillen» (familienzentrierte Entbindungen). Intensive Recherchen des neuesten wissenschaftlichen Materials in den USA und persönlicher Kontakt zu führenden Forschern und Klinikern. Leiterin einer La Leche League-Gruppe in Wiesbaden. Erteilt «Lamaze-Geburtsunterricht» für Paare.

Entnommen der Zeitschrift «Gesunde Medizin – Magazin für Gesundheit, Soziales und Umwelt».

Allfällige Auskünfte über die in diesem Artikel vermerkten Literaturhinweise sowie Adressen betreffs Fragenbeantwortung erteilt wenn nötig die Redaktion, sofern Sie ein adressiertes und frankiertes Rückantwortkuvert einsenden.

Praktische Hilfen zur Vorbeugung, Linderung und Heilung von Rückenschmerzen geben die im Verlag A. Müller (Rüschlikon) erschienenen Bücher von H. Koppel/N. Kester «Hilfe – Rückenschmerzen!» und von F. Käch «Gymnastik am Arbeitsplatz». Die Autoren orientieren in gut verständlicher Form über den Aufbau und das Funktionieren des Rückens, dessen schwache Stellen, über angeborene Störungen, Bandscheibenschäden sowie über nützliche und sinnvolle Behandlungen. In bei-

#### **Titelbild:**

Arzt mit einem Arzneibecker und einer Pflegerin am Krankenbett. Holzschnitt aus «Cicero, De officiis», Augsburg 1531.

Verantwortliche Redaktion  
für den wissenschaftlichen Teil:  
Prof. Dr. med. M. Berger,  
Direktor Universitäts-Frauenklinik  
und Hebammenschule Bern;  
Dr. F. X. Jann,  
Oberarzt am Frauenspital Bern;  
für den allgemeinen Teil:  
Frau Nelly Marti-Stettler,  
Mühledorfstrasse 1/99, 3018 Bern.  
Telefon 031 55 11 17.

Zeitungskasse des Schweizer  
Hebammenverbandes,  
Postscheckkonto: 30-35888.  
Telefon 031 850257

Frl. Marie Schär  
Bahnhofstrasse 1  
3322 Schönbühl

Abonnementspreis:  
Jahresabonnement  
für die Schweiz Fr. 25.–,  
Ausland zusätzlich Porto.

Inseratenverwaltung:  
Künzler-Bachmann AG,  
Geltenwilenstrasse 8a,  
9001 St. Gallen,  
Telefon 071 22 85 88.

Druck: Paul Haupt AG,  
Buchdruck + Offset, Falkenplatz 11,  
3001 Bern.

weltweit mitarbeiten  
Freiwilligendienst Interteam

Uns fehlen für interessante Einsätze  
in überseeischen Entwicklungsprojekten

#### **Krankenschwestern/Hebammen**

Wir bieten: Vorbereitung (nächster Kurs:  
Oktober bis Dezember), Teilbetrag an  
Sprachausbildung, bezahlte Reisen,  
Sozialleistungen, Sparrücklage.

Verlangen Sie unser Informationsmaterial  
oder rufen Sie uns an!

Interteam Telefon 041 36 67 68  
Zürichstrasse 68 6004 Luzern



#### **Lindenhof Bern**

Eine unserer Hebammen tritt im Herbst  
1978 in den Ruhestand.

Möchten Sie als selbständige

## **Hebamme**

bei uns mitarbeiten? Wir sind ein Privatspital und haben pro Jahr  
etwa 800 Geburten.

Sie finden bei uns ein gutes Arbeitsklima und eine geregelte  
Arbeitszeit. Gehalt nach kantonalen Ansätzen.

Weitere Auskünfte erteilt gerne Oberin R. Spreyermann, Linden-  
hof, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern, Telefon 031 233331.