

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: 70 (1972)

Heft: 11

Artikel: Geburtshilfe in Amerika

Autor: Baur, B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951389>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

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

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. Dr. med. M. Berger)

Geburtshilfe in Amerika

von B. Baur

Einleitend möchte ich doch festhalten, dass dieser Bericht nicht etwa repräsentativ für ganz Amerika ist. Er gründet sich auf meinen Aufenthalt an der Universität von Connecticut; wohl werden andernorts zum Teil dieselben Methoden verwendet, aber wie dies ja auch in der Schweiz so ist, gibt es doch oft Abweichungen von Spital zu Spital, je nachdem was für eine Lehrmeinung gerade vorherrscht.

In einem ersten Abschnitt möchte ich kurz am Beispiel der geburtshilflichen Abteilung der Universität von Connecticut auf die Ausbildung und Organisation des Schwesterndienstes eingehen, dann anschliessend in einem zweiten Abschnitt den Geburtsverlauf schildern, vom Moment an, wo die Schwangere ins Spital eintritt, bis zum Entlassungstag.

Was nun die Ausbildung der «Hebamme» dort anbelangt, gibt es diese im Sinne wie hierzulande, nicht. Wenn sie sich entschliessen, auf einer geburtshilflichen Abteilung zu arbeiten, so absolvieren sie vorerst eine allgemeine Schwesternschule, welche selbst wieder anders aufgebaut ist als bei uns. Als angehende Schwester durchlaufen sie Praktika auf einer medizinischen-, auf einer chirurgischen-, einer pädiatrischen- und auf einer geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung. Diese Praktika sind alle von mehrwöchiger Dauer.

Am Ende ihrer Ausbildung haben sie dann gewissermassen ein Basiswissen und -können, das ihnen erlaubt, irgendwo auf einer der genannten Stationen zu arbeiten.

Wenn sie sich nun für eine geburtshilfliche Klinik entschliessen, so beginnen sie nach bestandenem Schwesternschul-Examen dort zu arbeiten. Der Dienstplan umfasst drei Schichten: eine erste von morgens 07.00 bis 15.00 Uhr, eine zweite von 15.00 bis 23.00 Uhr und eine dritte von 23.00 bis 07.00 Uhr. Ihre Arbeit besteht darin, der Schwangeren vom Eintritt an bis zu der Geburt beizustehen, wobei sie die im zweiten Abschnitt beschriebenen Aufnahmeverfahren durchführen. Weiter werden sie Infusionen und Medikamente für den Arzt vorbereiten. Sie stechen nur in Notfällen, wenn wirklich kein Arzt abkömmlich ist, intravenös, und nur nach vorheriger Rücksprache mit dem diensttuenden Arzt. Medikamente zur Schmerzlinderung, Beruhigung, aber auch nur ein einfaches Aspirin, darf nur auf Verordnung des Arztes abgegeben werden. Der Pflichtenkreis diesbezüglich ist genauestens abgegrenzt, wegen der vielen juristischen Einklagungen von Ärzten in Amerika. Bei der Geburt assistiert die Schwester oder «Hebamme» dem Arzt: d. h. sie reicht dem Arzt die Zange, unterstützt durch Druck am Abdomen den Zangenzug bei der Entbindung, und instrumentiert, wenn nötig, dem Geburtshelfer bei der Episiotomie. Dann wird das Kind von der

ALLERSEELEN

«Nun aber ist Christus auferstanden und der Erstling geworden unter denen, die da schlafen.»

Mit Christi Auferstehung ist die grosse Ernte Gottes angebrochen. Die erste Garbe ist eingebracht. Aber die ganze Ernte ist Gottes. Sie reift heran in diesen Zeiten.

Nicht der Tod hat das letzte Wort, sondern das Leben.

Ich werde sehen! Ich werde sehen!
Nicht mehr durch Schatten und Dunkelheit gehen,
Jetzt nicht mehr fragen und nicht mehr hoffen,
In Höhen und Tiefen nun schauen, die offen,
weit offen sind, schimmernd von Herrlichkeit,
die über mich schütten Glückseligkeit!

Ich werde sehen! Ich werde wissen!
Schleier und Hüllen sind alle zerrissen
die mir auf Erden die Sünde gesponnen.
Mir wurden die Augen an Ewigkeitsbrunnen
ganz helle; so werd' ich den König sehen,
und sterben heisst doch nur:
Zum Schauen gehen.

Schwester abgenabelt, getrocknet und gewaschen. Oft führt der Geburtshelfer die Abnabelung selbst durch.

Sie dürfen also nicht, wie hier, das Kind selbst gebären, Dammschutz ausüben und die Nachgeburt beenden, dies macht der Arzt immer selber, auch wenn es sich nicht um eine Narkosegeburt mit Zange handelt.

Arbeiten sie auf der Wöchnerinnen-Abteilung, so ist der Tagesablauf mit der Betreuung der post-partalen Patientin ausgefüllt, welche Tätigkeit derjenigen hierzulande durchaus vergleichbar ist.

Sie sehen, eine Hebamme im bei uns gebräuchlichen Sinne gibt es dort nicht.

Sie mögen sich fragen, wie kommt es zu diesen Narkosegeburten. Dazu nur folgendes: An der Ostküste Amerikas, in Massachusetts, Connecticut, New York und weiter südwärts, hört und liest man, wie die natürliche Geburt — wie übrigens auch das Stillen — wieder propagiert werden. In den letzten Jahren war dies gar nicht Mode gewesen. Man wollte rasch und «schmerzlos» unter Narkose entbunden werden, es musste auch gleich unmittelbar nach der Geburt abgestellt werden. Denn soziale Verpflichtungen wie Mitgliedschaften von Wohlfahrtskomitees, von Bridge-Clubs und Parties der Nachbarn riefen und rufen die Frau bald zur Aktivität zurück. Heute ändert sich diese Einstellung etwas. Berichte von Spitalpersonal vor allem, von z.B. Krankenschwestern, über das Erlebnis einer natürlichen Geburt, oft im Beisein des Gatten, was für ein Er-

lebnis dies für die beiden Eltern war, solche Berichte werden interessiert zur Kenntnis genommen und diskutiert. Es wird fast ein wenig Mode, «natürlich» zu gebären.

Nun zum zweiten Abschnitt dieses Artikels: dem Geburtsablauf. Die Schwangerenfürsorge durch den Geburtshelfer ist derjenigen hierzulande zu vergleichen. Der werdenden Mutter wird nahegelegt, sobald die Fruchtblase springt, oder sobald sie regelmässige Wehen verspürt (alle 10 Minuten, während eine halben Stunde etwa), sich unverzüglich ins Spital zu begeben.

Als eine Selbstverständlichkeit wird der Schwangeren im voraus die Hospitalisation im Detail erklärt, ja oft werden ihr bereits während der Gravidität die Räumlichkeiten der Gebärdabteilung gezeigt, damit sie sich dann beim Eintritt gewissermassen schon etwas «zu Hause» fühle.

Sobald die Patientin nun ihr Zimmer bezogen hat, sobald von der geburtshilflichen Schwester Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmungsfrequenz, Uteruskontraktionen, kindliche Herztöne, gemessen worden sind, Urin auf Glucose und Protein untersucht worden ist, sowie etwas Blut für Hämatokrit und Hämoglobin abgenommen worden ist, wird die Frau von einem Assistenten untersucht, und vorgängig bezüglich Anamnese befragt.

Ich möchte hier kurz zum besseren Verständnis die Organisation des geburtshilflichen, wie auch des gynäkologischen Betriebes, erläutern: Wie viele Universitätskliniken ist auch die von Connecticut ein Privat-Spital. Ca. 12 Gynäkologen haben Privatpatientinnen in diesem Spital. Zwei Stockwerke gehören zur Gynäkologie und Geburtshilfe, wobei fast ein ganzes Stockwerk zum sog. «teaching-floor» eingerichtet wurde; d. h. hier betreuen Assistenten und Oberärzte primär die Patientin, natürlich unter Rücksprache mit dem Privatarzt der betreffenden Patientin. Der Chef und Professor ist dann nicht etwa auch Vorsteher der Privatärzte, sondern er ist nur verantwort-

lich für die Ober- und Assistenzärzte, für deren Weiterbildung, mit den Privatärzten steht er in gutem Einvernehmen und bespricht mit ihnen Änderungen des Stundenplanes und Betriebes.

Dies ist also anders als hier in der Schweiz, wo an einer Universitätsklinik keine Privatärzte zugelassen sind, wo die Universitätskliniken auch nicht privat, sondern staatlich bzw. kantonal sind.

Selbstverständlich gab es auch eine Allgemeine Abteilung für Patientinnen ohne Privatarzt. Prozentual jedoch machten solche Frauen nur etwa 10 % aus.

Wenn nun der Assistent seine Befragung und Untersuchung — sowohl kurz medizinisch wie auch vaginal — durchgeführt hat, telefoniert er dem betreffenden Privatarzt, teilt ihm seinen Befund mit und begründet ihm das weitere Prozedere. Heute immer noch in ca. 90 % wird eine Narkosegeburt durchgeführt. Dies bedeutet für die Patientin: eine Infusion (1 L Dextrose 5 % in Wasser) wird vom Arzt gestartet, meist auf dem Handrücken. Bei guter Wehentätigkeit wird zusätzlich intravenös Scopolamine 1/150 grain (1 grain = 64,8 mg) injiziert, 1/100 grain 3 Stunden später, wenn nötig, wie auch Demerol (= Pethidin) 50—100 mg intravenös, sowie noch 10 mg Valium i. v., wiederum nur durch den Arzt. Nach einer solchen Medikation versinkt die Patientin in eine Art Halbschlaf. Scopolamine bewirkt, dass die Patientin vom Moment der Injektion an bis nach der Geburt beim Erwachen, sich an nichts, vor allem an keine Schmerzen mehr, erinnert. Falls nun die Wehentätigkeit aus irgendwelchem Grunde etwas beschleunigt oder verbessert werden soll, fügten wir der Infusion eine Ampulle (= 10 E) Syntocinon bei, schüttelten die Flasche gut durch, und begannen mit einer Tropfenzahl von 5/min (ca. 3—5 mE) die Infusion laufen zu lassen. Wenn nach 30 Min. keine erwünschte Wehenveränderung eintrat, durften wir bis zu 20—30 Tropfen/Min. steigern. Als eine Regel des Hauses

Agiolax



**Pflanzliches
Darmregulans,
wirkt mild, angenehm
und sicher!**

**Granulat aus quellfähigem Psyllium-
samen, darmwirksamen Anthrachinon-
Glykosiden (Cassia angustifolia) und
anderen pflanzlichen Gleitstoffen.**

**Habituelle Obstipation
Stuhlregulierung post partum,
bei Bettlägerigen
Schwangerschaftsobstipation
Entleerungsstörungen
bei Anus praeternaturalis**

**Kassenzulässig!
Dosen mit 100 und 250 g Granulat**

BIO MED

**Dr. Madaus & Co, Köln
Für die Schweiz:
Biomed AG, Zürich**

galt es, dass eine Schwangere unter Syntocinon von einem Arzt dauernd überwacht werden musste.

In der Zwischenzeit wäscht und rasiert die Schwester die Vulva und das Perineum. Ein Einlauf wurde nur selten gemacht, die äusseren Beckenmasse wurden nie gemessen.

Wenn die Patientin kein Syntocinon erhielt, wurde sie von der geburtshilflichen Schwester überwacht, welche in regelmässigen Abständen die kindlichen Herztöne, den mütterlichen Puls und Blutdruck kontrolliert, und den Arzt zu gelegentlichen vagin. Examina ruft, vor allem wenn die Schwangere sich der Austreibungsperiode nähert.

Stellt der Assistent dann eine Muttermundserweiterung von 9—10 cm bei einer Nullipara fest, eine solche von 7—8 cm bei einer Multipara, wird die Frau in den Gebärsaal gefahren und auf das Quedbett gelegt. Die Narkoseabteilung wird angerufen, und ebenso der Privatgynäkologe in seiner Praxis benachrichtigt, dass die Geburt bald bevorstehe. Meistens kam der Geburtshelfer unverzüglich ins Spital, um bei der Geburt anwesend zu sein, und um den jungen Assistenten zu überwachen. Manchmal tat dies auch der Oberarzt.

Die Narkose wird üblicherweise mit Lachgas als Maskenbeatmung begonnen, welches die Gebärende als 40—70 %ige Mischung einatmet. Dies wird solange fortgeführt, bis der Kopf des Kindes am Beckenausgang «durchschneidet», d. h. in den Wehenpausen nicht mehr zurückweicht, sondern in der Vulva sichtbar bleibt. In diesem Moment wird meistens Cyclopropan, oder Fluothan, welches als Nebenwirkung eine geringe Relaxierung des Uterus zeigt, gegeben, um die Patientin für die Zangenextraktion vorzubereiten. Es folgte eine tiefe Beckenboden-Zange.

Die Zangenextraktion mag Sie vielleicht etwas erstaunen. Wenn man aber an die verabreichten Schmerzmittel und Sedativa denkt, und wenn man weiss, dass die Anaesthetica die Plazenta passieren und so auch das Zentralnervensystem des Kindes erreichen, und dass fast immer beim Gebrauch der erwähnten Gase eine leichte Hypoxie des Foeten entsteht, so wird man durchaus einsehen, dass eine rasche Beendigung der Geburt unbedingt erfolgen muss. Deshalb werden Narkosegeburten fast durchwegs mit Zangenoperation abgeschlossen, unter Einschneiden einer entsprechenden Episiotomie, in Connecticut immer median. Die Indikation der Zange wurde als «Prophylaxe» ins Protokoll eingetragen.

Bei etwa 20—30 % der Neugeborenen wird denn auch eine kurze Sauerstoffbeatmung unmittelbar nach der Abnabelung durchgeführt, um der entstandenen Hypoxie sofort entgegen zu wirken.

Abgestillt wurde meist primär, d. h. am Tage der Geburt wurde bereits begonnen. Je nach Arzt wurden Oestrogenpräparate verwendet, oder Mischpräparate. Sehr oft wurde auch das in der Schweiz erhältliche «Tace» der Firma Merrell abgegeben, 3 x 2 Tabletten täglich, während 4 Tagen.

Am dritten Tag post partum verliessen dann die weitaus mei-

sten Patientinnen bereits wieder das Spital, oft einen Blumenstrauß auf dem einen-, das Kind im andern Arm.

Als Kuriosum möchte ich nicht verfehlen, die Woche zwischen Weihnachten und Neujahr zu erwähnen: es ist in Amerika nämlich so, dass für Kinder, welche bis zum 31. Dezember des laufenden Jahres geboren werden, in der Steuererklärung ein Abzug von 600—700 Dollar geltend gemacht werden kann. Alle Schwangeren, welche nun so gegen Ende Dezember/anfangs Januar (bis ca. 8. Januar) ihrem Termin entgegen sahen, kamen zur Geburtseinleitung ins Spital. So hatten wir zwischen 25.—31. Dezember täglich 4—6 Geburtseinleitungen mit Syntocinon-Tropfinfusion, also gewissermassen Geburt auf Bestellung.

Mit diesen Angaben hoffe ich, Ihnen einen allgemeinen, kurzen Ueberblick über die Geburtshilfe an der Universität von Connecticut gegeben zu haben.

Autor:

Dr. med. B. Baur, Universitäts-Frauenklinik Bern, 3012 Bern

Neu! Systral® Salbe

Antihistaminikum und Antiallergikum

Diagnose: Allergische und juckende Hauterkrankungen, Nesselfieber, Ekzeme, Sonnenbrand, Insektenstiche

Therapie: Systral-Salbe
1 g enthält:
15 mg Chlorphenoxamin. hydrochloric.

Therapie-Erfolg: Juckreizstillung, Entzündungshemmung bzw. Abschwellung

Dosierung: Systral-Salbe
Salbe mehrmals täglich auftragen;
die Salbe ist mit Wasser mischbar, sie ist abwaschbar und fettet nicht.

Handelsform: 1 Tube à 20 g
Fr. 4,40 in Apotheken

SA ADROKA AG 4002 Basel
Lizenz: Asta Werke AG

Verlangen Sie bitte Muster

Sind Kopfwehmittel schädlich?

Jedermann weiss, dass lediglich das «Zu viel» und das «Zu oft», also der Missbrauch von Kopfwehmitteln, schädlich ist. Deshalb sollen Schmerzmittel nicht dauernd und in höheren Dosen genommen werden, ohne dass man den Arzt fragt. Wenn Sie aber gelegentlich

einmal bei einem Anfall von Kopfweh, Migräne oder Rheumaschmerzen zu einem Arzneimittel greifen müssen, so verwenden Sie es sparsam, mit Zurückhaltung. Wählen Sie Melabon, die angenehm einzunehmende geschmackfreie Oblatenkapsel.

Melabon