

**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:** 86 (1988)

**Heft:** 11

**Artikel:** Ist die Technologie in der Geburtshilfe bedarfsgerecht?

**Autor:** [s.n.]

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-951045>

### **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>**

# Ist die Technologie in der Geburtshilfe bedarfsgerecht?

*Dazu und zu vielem anderem mehr nimmt der Bericht der WHO, «Wenn ein Kind unterwegs ist...», kritisch Stellung. Im folgenden sind Auszüge zu gängigen Überwachungsmethoden und Routineuntersuchungen zusammengestellt. Die Auszüge stellen nicht etwa die gesamte Technologie in Frage, sondern sollen anregen, nach Lösungen zu suchen, die Geburtstechnologie wieder sinnvoll einzusetzen.\**

## Kritische Betrachtung: 1. Schwangerschaftsbetreuung

Alle Länder Europas kennen ein gesetzlich vorgeschriebenes oder empfohlenes Betreuungssystem für schwangere Frauen. Darin war schon von Anfang an die Möglichkeit vorgesehen, Risikoschwangeren spezialisierte Betreuungsformen zukommen zu lassen. Je mehr sich die Technologie in der Geburtshilfe entwickelte, und je grösser die diagnostischen Möglichkeiten wurden, desto mehr neigte man dazu, immer neue und immer mehr Risikofaktoren zu definieren, um alle denkbaren Probleme erfassen zu können. In den offiziellen Systemen entwickelte sich die Tendenz, jede Schwangerschaft als ein Risiko zu betrachten. Die Diagnosemöglichkeiten haben sich enorm verbessert, während effektive therapeutische Behandlungsmöglichkeiten beschränkt geblieben sind. Die Indikation für eine Behandlung, die sich bei einem spezifischen Problem als wirkungsvoll gezeigt hat, wird erweitert, indem die Behandlung auf verwandte Probleme übertragen wird, ohne dass die Effektivität dieser Behandlung dafür je nachgewiesen worden wäre (S. 91).

Dazu einige Auszüge zu verbreiteten und üblichen Betreuungsformen:

### a) Schwangerschaftskontrollen

Die Auffassung ist weitverbreitet, dass mehr Untersuchungen während der Schwangerschaft zu besseren Ergebnissen führten. «Angaben zur Untermauerung dieser Behauptung stützten sich hauptsächlich auf Vergleiche zwischen verschiedenen zeitlichen Perioden und auf Vergleiche zwischen Ländern oder Regionen mit unterschiedlichem ökonomischem und gesellschaftlichem Hintergrund. Tatsächlich konnte eine signifikante Beziehung zwischen einer erhöhten Anzahl von Untersu-

chungen während der Schwangerschaft und einer fallenden Perinatalsterblichkeit nie überzeugend nachgewiesen werden. (Eine Untersuchung, die über eine Viertelmillion Geburten umfasste, kam sogar zu dem Ergebnis, dass mehr Untersuchungen mit mehr Komplikationen bei der Geburt verbunden seien.) Umgekehrt wurde gezeigt, dass weniger Untersuchungen eine höhere Sterblichkeit bedeuten, was allerdings nicht unbedingt etwas beweist, da eine Frühgeburt (ein wichtiger Faktor der Sterblichkeit) automatisch eine kürzere Schwangerschaft und weniger Zeit für die festgesetzten Untersuchungen bedeutet. Ausserdem wurde wiederholt nachgewiesen, dass die Frauen, deren Schwangerschaft höchstwahrscheinlich am unkompliziertesten verläuft, eher zur Betreuung gehen und deshalb öfter untersucht werden» (S. 87).

### b) Krankenhauseinweisung und Bettruhe

«Die Krankenhauseinweisung ist nachweislich nützlich, wenn eine Frau hohen Blutdruck, Protein im Urin, zu viel Harnsäure im Blut hat und, in einigen Fällen, wenn ihre Leibesfrucht zu klein ist. Es gibt jedoch keine unumstösslichen Beweise dafür, dass die Bettruhe im Krankenhaus, eine teure und aufreibende Therapie, auch bei irgendeinem der vielen anderen Probleme hilft, gegen die sie heute oft verordnet wird» (S. 91).

### c) Verordnen von Medikamenten während der Schwangerschaft

«In den offiziellen Formen der Schwangerschaftsfürsorge ist es ausserdem üblich, die Mutter mit Medizin zu behandeln. Eine ganz neue Untersuchung, die in einer europäischen Stadt durchgeführt wurde, brachte zutage, dass 82 Prozent aller schwangeren Frauen Medikamente eingenommen hatten, von denen die meisten von Ärzten verschrieben worden waren. In den 50er Jahren verschrieben die Ärzte Frauen, bei denen während der Schwangerschaft Blutungen auftraten, Diäthylstilböstrol (DES). Etwa 20 Jahre später stellte man bei den

Töchtern dieser Frauen ein erhöhtes Risiko für Scheidenkrebs fest. Das Tragischste an dieser ganzen DES-Geschichte ist nicht so sehr, dass irgend jemand die negativen Langzeiteffekte dieses Medikaments hätte voraussagen können oder dass es von den Ärzten von vornherein verschrieben wurde, ohne dass ein Beweis für seine Effektivität vorlag, sondern vielmehr, dass es die Ärzte immer weiter verschrieben, auch lange nachdem stichhaltig nachgewiesen war, dass das Medikament keine Wirkung hatte. Die Liste der für die Leibesfrucht gefährlichen Arzneimittel wächst fast täglich, doch noch immer klafft zwischen diesen Informationen und der täglichen Praxis der Gesundheitsberufe und der schwangeren Frauen eine riesige Lücke» (S. 91).

Die **Behandlungsverfahren** und die **diagnostischen Verfahren** sollten gründlich bewertet werden, bevor sie (wie dies heute schon der Fall ist) in grösserem Umfang eingesetzt werden.

Routinetest (Screeningtests) auch bei normalen Schwangerschaften verbreiten sich immer mehr. Diese Praxis hebt nicht nur die Gesundheitskosten, sondern beeinflusst oft schwerwiegend den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts.

«Wenn man die Tests auf alle schwangeren Frauen ausdehnt, erhöht man nur automatisch die falsch-positiven Resultate der Screeningtests (d.h., das Testergebnis sagt, etwas sei nicht in Ordnung, wenn dies gar nicht der Fall ist). Wenn beispielsweise ein Test eine falsch-positive Ergebnisrate von 2 Prozent hat (in der Regel liegt sie sehr viel höher) und die wahre Vorkommenshäufigkeit der gesuchten Krankheit in der allgemeinen Bevölkerung bei 1:1000 liegt (für viele wirkliche Probleme eine relativ hohe Vorkommenshäufigkeit), dann entfallen auf jeweils 1000 getestete Frauen ein wirklich positives Testergebnis und 20 falsch-positive Testresultate. Was geschieht mit diesen 20 Frauen? Es gibt inzwischen Untersuchungen, die enthüllen, dass es zumindest zwei verhängnisvolle Konsequenzen hat, wenn man Frauen glauben lässt, etwas sei nicht in Ordnung, wenn dies überhaupt nicht der Fall ist. Erstens macht sich die Schwangere natürlich mehr Sorgen und hat auch mehr Angst. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass diese Angst und diese Sorge die Gefahr erhöhen, dass sich später während der Schwangerschaft Komplikationen ergeben (eine sich selbst erfüllende Voraussage), indem sich nämlich dadurch möglicherweise der Alkoholkonsum der Frau erhöht und sie während der restlichen Schwangerschaft mehr raucht. Die zweite verhängnisvolle Folge davon ist, dass die Frau nun, weil man meint, irgend etwas sei nicht in Ordnung, unter ein intensiveres Betreuungsprogramm gerät, wo noch erheblich häufiger mit weiteren diagnostischen

\* «Wenn ein Kind unterwegs ist... – Bericht über eine Studie» ist in der Rubrik «Lesetips» kurz besprochen.

Tests oder Behandlungen zu rechnen ist. Dadurch wird eine Ereigniskette geschaffen, die oft noch über die Geburt und die Zeit danach hinausreicht. Bis vor kurzem übersah man die Auswirkungen, die eine solche falsche Einstufung als Problemfall haben kann» (S. 89).

Leider wurden bis jetzt höchstens 10 Prozent der inzwischen häufig eingesetzten Screeningtests durch randomisierte Kontrollversuche bewertet, doch der grösste Teil davon hat sich als nicht effektiv erwiesen (S. 90). Darunter auch das

### d) Scanning mit Ultraschall

Ultraschalluntersuchungen werden immer häufiger auch bei unkomplizierten Schwangerschaften durchgeführt. «Zu diesem Verfahren gibt es bis jetzt nur sehr wenige, relativ kleine randomisierte Kontrollversuche. Bis zur Veröffentlichung der vorliegenden Studie waren seine Effektivität bei unkomplizierten Schwangerschaften unbewiesen und seine Langzeiteffekte unbekannt, obgleich es so weitverbreitet ist. Bei der Bewertung des Screening während der Schwangerschaft darf man nicht nur die einzelnen Techniken und Verfahren evaluieren, sondern muss auch den Effekt einer Screeningmassnahme auf folgende Ereignisse im Auge behalten, das heisst, man muss sich die Ereigniskette anschauen und sich fragen, welche Konsequenzen es hat, wenn man eine Frau mit einer unkomplizierten Schwangerschaft als anomalen oder potentiell anomalen Schwangerschaftsfall einstuft» (S. 90).

## 2. Geburtsfürsorge

Bevor näher auf die Geburtsfürsorge in Europa eingegangen wird, müssen zwei Tatsachen vergegenwärtigt werden: «Erstens: Das Kind kann nicht von Ärzten, Hebammen, Krankenhäusern, elektronischen Herztton-Wehen-Schreibern, anderen Maschinen oder Medizin zur Welt gebracht werden, gebären kann nur die Mutter des Kindes ...

Zweitens: Durch eine «Medikalisierung» der Geburt, das heisst, dadurch dass man die Frau aus ihrer eigenen Umgebung herausreisst und sie mit fremden Menschen umgibt, die ihr mit fremden Maschinen fremde Dinge antun, um ihr zu helfen (und vieles oder alles mag zuweilen notwendig sein), beeinflusst man den seelischen und körperlichen Zustand der Frau so sehr, dass sich auch die Art und Weise, in der sie diesen intimen Akt durchsteht, ändern muss, womit sich notgedrungen gleichzeitig auch der Zustand des Neugeborenen ändert. Im Endeffekt kann man dann nicht mehr wissen, wie die Geburt ohne diese künstlichen Beeinflussungen verlaufen wäre ...» (S. 97),

Im folgenden einige Auszüge oder Zusammenfassungen zu verschiedenen gebräuchlichen Behandlungsmethoden und -interventionen vor und unter der Geburt:

### a) Hausgeburt – Krankenhausgeburt

Obwohl keinerlei wissenschaftliche Beweise dafür vorliegen, dass das Krankenhaus für eine Frau sicherer sei als ihr eigenes Zuhause (wenn ihre Schwangerschaft unkompliziert verläuft), unternehmen viele Länder grosse Anstrengungen, um Hausgeburten zu verhindern: Man hat Bestimmungen, wonach nur Geburten in offiziellen Einrichtungen bezahlt werden. Hebammen, die Hausgeburten betreuen, und Paare, die eine Hausgeburt durchführen, werden schikaniert.

Es wird bei Hausgeburten die professionelle Fürsorge entzogen. Ärzten, die Hausgeburten unterstützen, flattern Drohungen ins Haus usw. In der Folge sind Hausgeburten in Europa sehr selten (unter 5%) – mit einer Ausnahme: Ein westeuropäisches Land hat über einen Drittel geplante Hausgeburten und weist gleichzeitig die niedrigste Sterblichkeitsziffer der Welt auf, und zwar sowohl was die Mütter- als was die Säuglingssterblichkeit angeht (S. 97 ff).

### b) «Vorbereiten» auf die Geburt

«Wenn eine Schwangere zur Geburt ins Krankenhaus kommt, dann wird sie als erstes normalerweise «vorbereit». Man macht ihr einen Einlauf, und ihre Genitalien werden rasiert und gewaschen, genauso, als stünde ihr ein chirurgischer Eingriff bevor. Dabei handelt es sich noch immer um eine weitverbreitete Praxis, obgleich wissenschaftlich bewiesen ist, dass diese Prozeduren wertlos sind und von den Frauen als unangenehm und demütigend empfunden werden» (S. 101).

### c) Programmierte Geburt

«... Kontroversiell ist die programmierte Geburt u.a. deshalb, weil sie zuweilen nachweislich nur eingesetzt zu werden scheint, weil das dem Arzt und/oder der Frau so am besten passt. Eine Reihe von Untersuchungen in verschiedenen Ländern hat erbracht, dass am Wochenende weniger Geburten stattfinden, was sich nur dann erklären lässt, wenn am Wochenende weniger Geburten eingeleitet werden. Wenn die Geburtseinleitung völlig harmlos wäre, brauchte man sich darüber nicht weiter aufzuregen. Doch in der wissenschaftlichen Literatur finden sich auch Untersuchungen, die durch Medikamente eingeleitete Geburten mit einem erhöhten Vorkommen von Frühgeburten, «fetal distress» (Fruchtschäden), Gelbsucht und Infektionen der Mutter in Verbindung bringen. Am heimtückischsten ist vielleicht die Tatsache, dass Induktion immer mit einem er-

höhten Auftreten von Schmerzen und dem Gebrauch von schmerzstillenden Medikamenten sowie mit einer erhöhten Inzidenz operativer Geburten verbunden ist. Die Induktion scheint demnach manchmal ein kritisches Glied in einer Kette von immer invasiveren Behandlungsformen darzustellen ...» (S. 102).

### d) Schmerzstillende Mittel

«... In der wissenschaftlichen Literatur diskutiert man bereits seit langem, wie effektiv diese Medikamente die Geburt erleichtern, und noch immer ist diese Frage weitgehend unbeantwortet. Nicht umstritten ist allerdings, dass diese Medikamente die noch ungeborene Frucht beeinflussen. Viele Untersuchungen schreiben über das Neugeborene mit Arzneimittelvergiftungserscheinungen, das die verschiedensten Anzeichen und Symptome einer eingeschränkten Atem- und Gehirntätigkeit zeigt (ein Beispiel für das beeinflusste Kind einer beeinflussten Frau). Es steht auch ausser Frage, dass diese Medikamente Nebenwirkungen für die Mutter haben, wobei am heimtückischsten wiederum die Tatsache ist, dass dadurch in erhöhtem Ausmass operative Entbindungen notwendig werden, weil die Frau nicht mehr imstande ist, ihr eigenes Kind zur Welt zu bringen, ohne dass irgend jemand es herauszieht oder heraushebt. Die Angaben zeigen ebenfalls, dass in 20 der 23 Erhebungsländer zwar in einigen Krankenhäusern den Frauen die Wahl bleibt, ob sie schmerzstillende Mittel haben möchten, dass es sich dabei aber meist um eine unqualifizierte Wahl handelt, da die Frauen nur selten, wenn überhaupt, über die Nebeneffekte für sie selbst und ihr Kind aufgeklärt werden.» (S. 102 u. 103).

### e) Kardiotokographie

«... Zuerst kamen die Untersuchungen, die den Wert der Herztton-Wehen-Schreiber-Fetalüberwachung bei bestimmten komplizierten Geburten nachwiesen. Obgleich es sich bei diesen Untersuchungen nicht um prospektive, randomisierte Kontrollversuche handelte, wurde ihre Validität nicht hinterfragt, und bald benutzte man den elektronischen Monitor auch bei anderen Komplikationen und schliesslich auch bei unkomplizierten Geburten. Da sich die Aufzeichnungen nur schwer beurteilen lassen, sich vor allem der normale fetale Stress während der Geburt nur schwer vom «fetal distress» unterscheiden lässt, schien der elektronische Monitor oft ein Problem anzuzeigen, wo keines existierte (d.h. eine hohe falsch-positiv-Rate), was wiederum den Entschluss zur Intervention beschleunigte. Einige prospektive randomisierte Kontrollversuche mit dem Herztton-Wehen-Schreiber als Routineverfahren bei allen Geburten erbrachten wenige oder überhaupt keine Unterschiede zwischen der

vom Gesundheitspersonal durchgeführten Auskultation und der elektronischen Überwachung, nur lag die Kaiserschnitttrate in der zweiten Gruppe höher. Es gab auch Kosten-Nutzen-Untersuchungen, die darauf hinwiesen, dass sich die jährlichen Geburtskosten eines Landes sehr stark erhöhen, wenn ein signifikanter Anteil der Geburten elektronisch überwacht wird. Allmählich beginnt man, den Nutzen einer wahllosen elektronischen Überwachung zu bezweifeln. Gegenwärtig scheint soviel sicher zu sein, dass der Herzton-Wehen-Schreiber bei bestimmten komplizierten Geburten nützlich ist, bei unkomplizierten Geburten aber ist sein Wert zweifelhaft» (S. 103).

Randomisierte Kontrollversuche zur Bewertung von Behandlungsmethoden erweisen sich oft als untauglich, weil sowohl die Versuchsgruppe wie die Kontrollgruppe aus beeinflussten Frauen und Säuglingen besteht. Die gesamte moderne geburtshilfliche und neonatologische Literatur stützt sich im Prinzip auf Beobachtungen der «medikalisierten» Geburt. «Kein noch so geschickter wissenschaftlicher Trick führt um dieses Problem herum.»

«Beispielsweise wurde vor einiger Zeit in einem grossen Entbindungskrankenhaus einer grossen europäischen Stadt ein umfangreicher randomisierter Kontrollversuch durchgeführt, bei dem eine elektronische Überwachung der Leibesfrucht mit der Auskultation verglichen wurde, die von der Hebamme während der Wehen mit einem Stethoskop durchgeführt wurde. Nachdem man 13000 gebärende Frauen untersucht hatte, ergab sich als einziger signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nur, dass in der von einer Hebamme überwachten Gruppe häufiger plötzliche Anfälle auftraten als in der elektronisch überwachten Gruppe. Später stellte man fest, dass dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen nur für die Geburten galt, die künstlich eingeleitet worden waren. Hier zeigt sich möglicherweise, wie ein Eingriff notwendigerweise den nächsten nach sich zieht. Was ist im übrigen die normale Häufigkeit von Anfällen bei Neugeborenen? Alle Frauen in diesem Krankenhaus mussten ihre Niederkunft aktiv bewältigen, das heisst, dass beide Gruppen ausser der betreffenden Überwachung einem spezifischen geburtshilflichen Ansatz ausgesetzt waren. Bestimmte Teile des praktischen Verfahrens konnten zwar kontrolliert werden, doch die Forscher überprüften beispielsweise nicht, wie oft Fremde den Kreissaal betraten, was die Fremden sagten, in welchem Ton das Gesagte vorgebracht wurde usw., das heisst es wurde nicht festgestellt, wie stark die Frauen beeinflusst wurden. Doch selbst wenn sie diese Faktoren überprüft hätten, wären die Ergebnisse noch immer kontextabhängig. Solange man nicht weiss, wie häufig Anfälle bei Säuglingen mit einer «nichtmedikalisierten» Geburt auftreten, lässt sich über dieses Ergebnis nicht viel mehr sagen, als dass die Säuglinge von Frauen, die unter ähnlichen Bedingungen entbinden, in dieser speziellen Weise beeinflusst werden» (S. 97, 98).

«Hebammen konnten während der Wehen immer sehr gut die Qualität der kindlichen Herztöne und den Puls beurteilen, eine einfach unbezahlbare Fähigkeit bei der Unterscheidung zwischen fetalem Stress und fetalem Distress. Durch den Einzug des Herzton-Wehen-Schreibers geht diese Fähigkeit langsam verloren. Die Hebamme sitzt manchmal nicht mehr neben der Gebärenden, sondern an einem Pult, von wo aus sie einen oder mehrere Herzton-Wehen-Schreiber überwacht» (S. 108).

#### Auswirkungen des CTG auf das Können der Hebamme:

«Hebammen konnten während der Wehen immer sehr gut die Qualität der kindlichen Herztöne und den Puls beurteilen, eine einfach unbezahlbare Fähigkeit bei der Unterscheidung zwischen fetalem Stress und fetalem Distress. Durch den Einzug des Herzton-Wehen-Schreibers geht diese Fähigkeit langsam verloren. Die Hebamme sitzt manchmal nicht mehr neben der Gebärenden, sondern an einem Pult, von wo aus sie einen oder mehrere Herzton-Wehen-Schreiber überwacht» (S. 108).

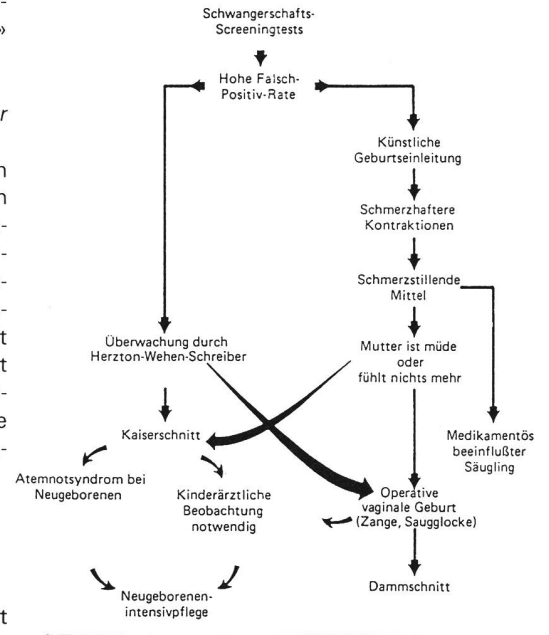
### f) Episiotomie

Die Praxis im europäischen Vergleich reicht von 1% in einigen Krankenhäusern bis zu 100% in anderen. «... einige wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass die Nebeneffekte (Schmerzen, sexuelle Probleme) des Einschnitts grösser sein können als die des natürlichen Risses. Es gibt auch Belege dafür, dass die Episiotomie ein weiteres Glied in der Kette der Behandlungsinterventionen darstellt, da ihr oft die Entscheidung zur operativen vaginalen Entbindung folgt» (S. 104).

### g) Operative Entbindung

«... Die Gesamtrate der operativen Entbindungen (Zange + Saugglocke + Kaiserschnitt) beträgt 6–24 Prozent. Es dürfte einleuchten, dass sich dieser vierfache Unterschied in den Raten der operativen Eingriffe nicht damit erklären lässt, dass sich die Frauen in diesen Ländern unterscheiden, sondern dass sich darin eher eine unterschiedliche medizinische Praxis widerspiegelt. Solche Unterschiede der professionellen Gebräuche sind absolut nicht unwichtig, denn allgemein lässt sich sagen, dass man normalerweise den Nutzen einer Methode verringert, wenn man ihre Indikationen erweitert, ohne dass dadurch die damit verbundenen Gefahren entsprechend verringert würden (jede weitere Person, die sich einem operativen Eingriff unterziehen muss, ist den Gefahren dieser Prozedur ausgesetzt). Die Erhebung der alternativen Geburtsfürsorge zeigte, dass in sieben von zehn Ländern die Zahl der operativen Entbindungen deutlich fiel, wenn die Geburten in einer Umgebung stattfanden, wo alternative Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung standen» (S. 105).

### Postulierte Kette diagnostischer und therapeutischer Interventionen der perinatalen Versorgung



Die Pfeile bezeichnen keine ursächlichen Zusammenhänge, sondern zeigen eher, dass das nachfolgende Ereignis wahrscheinlicher wird.

### h) Bedarfsgerechte Technologie in der Geburtshilfe

«In Europa haben wir bei weitem noch nicht festgelegt, was man unter bedarfsgerechter Technologie für die Geburt zu verstehen hat. Einzelne Techniken haben weite Verbreitung gefunden, ohne dass sie ordentlich bewertet worden wären, doch damit nicht genug: Es häufen sich die Anzeichen dafür, dass wir uns gegenwärtig immer stärker in die Ketten der technologischen diagnostischen Eingriffe und Behandlungsinterventionen verwickeln. Eine solche Kette lässt sich in der Abbildung dargestellten Art und Weise veranschaulichen.

Auf der Suche nach einer bedarfsgerechten Technologie für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach, muss man nicht nur einzelne Techniken vor ihrem Einsatz bewerten, sondern man braucht auch einen breiteren Bewertungsansatz, um die Wechselwirkung zwischen Ereignissen und Verfahren zu verstehen. Die Einführung einer neuen Technik mag andere Effekte zeitigen, die weit über ihre (medizinischen und sozialen) Auswirkungen auf die einzelne Geburt und die mit dieser Geburt verbundenen Kette von Ereignissen hinausreichen. Zunächst einmal ist da der Effekt der Technik auf die Struktur der Versorgung. Heute wird der grösste Teil der technischen Apparatur, die für Schwangerschaft und Geburt nützlich ist, speziell für den Krankenhausgebrauch entworfen. Folglich werden Schwangerschafts- und Geburtsfürsorge in das Krankenhaus hineingezwungen. Wir brauchen leichtere und leichter transpor-



## Lesetips

«Wenn ein Kind unterwegs ist ...»

### Bericht einer Studie

Weltgesundheitsorganisation 1987,  
Preis Fr. 13.-.

Veröffentlichungen der WHO werden verkauft durch die Buchhandlung Hans Huber, Marktgasse 59, 3000 Bern 9.

1979 wurde von der WHO eine Studiengruppe gebildet, die sich mit der Problematik von Schwangerschafts- und Geburtsfürsorge in Europa befassen sollte. In 24 Ländern wurden Erhebungen und Untersuchungen durchgeführt, deren Ergebnisse im Bericht «Wenn ein Kind unterwegs ist ...» vorgestellt und kritisch beurteilt werden. Darin werden die gegenwärtige Situation der alternativen und offiziellen Schwangerschafts-Vorsorge, -Fürsorge und -Nachsorge beschrieben. Vorsorge und Routineuntersuchungen nach Nutzen und Auswirkung untersucht, Tendenzen analysiert und der Status und die Rolle der Hebamme sowie die Rechte und die Stellung der Frau als Schwangere und Mutter aufgezeigt und hinterfragt.

Der Bericht ist, wie mir scheint, für uns Hebammen von grosser Bedeutung. Die fundierten Aufzeichnungen geben uns das Wissen und eine seriöse Grundlage, Bestehendes neu zu überdenken und zu diskutieren.

Der Bericht wurde in einer allgemein verständlichen Sprache geschrieben. Er richtet sich an alle, die Schwangerschafts-Vorsorge, -Fürsorge und -Nachsorge wirklich in Anspruch nehmen, und an solche, die sich von Berufes wegen damit befassen. bl

### «Spitex-Kongressband»

Herausgeber: Peter Eschmann,  
Gerhard Kocher

Preis: Fr. 15.-

Bezugsquelle: Kongressekretariat:

Ursula Keller, Kirchstrasse 14, 8135 Langnau

Im Spitex-Kongressband werden die Referate des ersten Spitexkongresses vom August 1987 in Zürich in Originalsprache (Deutsch oder Französisch) wiedergegeben. Darin kommen nebst ethischen und philosophischen Überlegungen, die für eine spitalexterne Krankenpflege sprechen, auch die Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens zur Sprache. bl

### «Masern-, Mumps- und Rötelnimpfungen»

#### Warum die Eltern mitentscheiden sollen

Bezugsadresse: Arbeitsgruppe für differenzierte MMR-Impfungen, Postfach, 3000 Bern 9

Diese Broschüre wurde im Frühjahr von einer Ärztarbeitsgruppe für differenzierte Masern-, Mumps- und Rötelnimpfungen ausgearbeitet und herausgegeben. Einbezogen wurden die Ergebnisse aus einem gründlichen Studium der Literatur, aus Gesprächen mit Experten und Erfahrungen aus der ärztlichen Alltagsarbeit.

Eine kritische und ergänzende Information zur schweizerischen MMR-Impfkampagne.

tierbare Geräte, die zu Hause oder in der Nachbarschaftsklinik eingesetzt werden können. Wir brauchen Systeme zur Übertragung von Informationen (beispielsweise um Aufzeichnungen der fetalen Herzstöne an einen Spezialisten im Krankenhaus zu übermitteln, wenn dessen Rat benötigt wird), und das ist sehr viel notwendiger als ein Überweisungssystem für Mutter und Kind. Die neue Technologie könnte ebenso gut zur Dezentralisierung der Dienste ausgenutzt werden. Ein weiterer, allgemeiner Effekt einer Technik ist ihr Einfluss auf die Schulung und die Fertigkeiten der Leistungsanbieter. Diese weitreichenden Wirkungen müssen dringend bewertet werden. Im Augenblick scheint einiges dafür zu sprechen, dass nicht allein die Gebärende die Kontrolle über die Situation verloren hat, auch die Geburtstechnologie ist ausser Kontrolle geraten.

Niemand wird bezweifeln, dass die moderne Geburtshilfe zur Verbesserung der Betreuung bei komplizierten Geburten Wichtiges geleistet hat. Wenn es gelingt, die Geburtstechnologie unter Kontrolle zu bringen, dem Gesundheitspersonal seine sachgerechte Rolle zuzuweisen, den Betreuungsstil für die Geburt festzulegen, die richtige inhaltliche Betreuung für unkomplizierte und komplizierte Geburten und die richtige Mischung aus medizinischem und sozialem Wissen zu finden (wozu auch das Wissen der Frau von ihren eigenen Bedürfnissen gehört), dann ist das Geburtswesen in Europa auf dem richtigen Weg» (S. 111 u. 112).

**Experten** äusserten sich zum Thema «Gesundheitskosten» an der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik vom 25. August in Zürich.

*Prof. Felix Gutzwiller*, Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich: Reduzierte man den betrieblichen Aufwand im Gesundheitswesen, so «würde sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht etwa verschlechtern, sondern verbessern».

*Regierungsrat Urs Birchler*, Sanitätsdirektor des Kantons Zug, weist auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Belegarztsystem und Kostenexplosion hin: «Der Belegarzt erfährt durch die Spitaleinweisung keinen Einnahmestopp, sondern er kann den Patienten im Spital weiterbetreuen, ja aufwendiger versorgen und damit seine Einnahmen eher noch steigern.»

*Dr. Hans Heinrich Brunner*, Arzt in Luzern, Mitglied des FMH-Vorstandes: «Am ersten Tag seiner praktischen Tätigkeit entdeckt der Arzt, dass er einen Kleinbetrieb führen muss mit einer Ausbildung, die geringer ist als diejenige jedes Kleinbauern, nämlich

null.» Die Folge davon sei eine technische Überversorgung und eine emotionale Unterversorgung seiner Patienten. Gefördert wird dieser Einsatz technischer Hilfsmittel durch die zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten «windschiefen Tarife» (Brunner). Nichtsdestotrotz sei Kritik an der Schulmedizin oft wirkungslos.

*René Schneider*, Zentralpräsident der Schweizerischen Krankenkasse Helvetia: «Wir müssen den Nimbus zerstören, dass mehr Kosten auch mehr Gesundheit bringen.»

(«LNN», 26. August 1988)

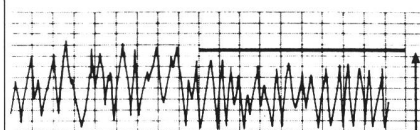
bl

### Nachtrag

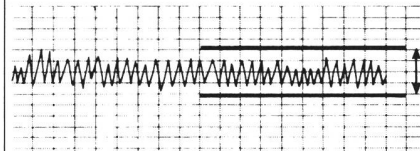
Im Artikel «Die Überwachung des Kindes unter der Geburt» auf Seite 4 der letzten Nummer der «Schweizer Hebamme» wurde versehentlich die Beschriftung zur Abbildung 2 weggelassen.

Hier die vervollständigte Abbildung:

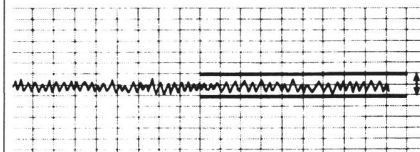
Abbildung 2. Oszillationstypen nach Hammacher



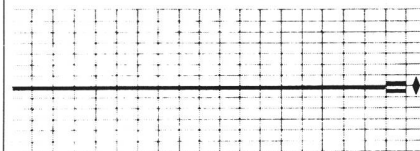
saltatorische Bandbreite, Amplitude > 25 spm



undulatorische Bandbreite, Amplitude 10-25 spm



eingeebte undulatorische Bandbreite, Amplitude 5-10 spm



silente Bandbreite, Amplitude < 5 spm

Wir bitten Sie um Entschuldigung!

Die Redaktion