

# Greifswalder Universitätsreden

21

## Zur Umgestaltung der Geburtshilfe in Lehre und Ausübung

Rede beim Antritt des Rektorates  
der Universität Greifswald  
am 15. Mai 1929,

gehalten von

Ottomar Hoehne



1929

Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg  
Greifswald

B 9304

Hochansehnliche Versammlung!

Verehrte Kollegen!

Liebe Kommilitonen!

In unserer Zeit der Unrast und Gärung erleben wir auf allen Gebieten menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns eine Umwertung vieler Werte. Solche Zeiten sind zwar nötig, weil sie ein Erstarren in hergebrachten Formen verhüten, aber auch gefährlich, weil eine plötzliche Umwälzung zugleich mit dem Untauglichen oder nicht mehr Tauglichen leicht auch das Gute und Bewährte vernichtet. Jede Umwälzung hat nur dann eine Berechtigung, wenn durch das Neue ein wirklicher Fortschritt erzielt und allgemein Nützlich, Besseres geschaffen wird. Goethe hat das sehr treffend charakterisiert: „Alles opponierende Wirken geht auf das Negative hinaus, und das Negative ist nichts. Wenn ich das Schlechte schlecht nenne, was ist da viel gewonnen? Nenne ich aber gar das Gute schlecht, so ist viel geschadet. Es kommt nicht darauf an, daß eingerissen, sondern daß etwas aufgebaut werde, woran die Menschheit reine Freude empfinde.“

Bei den Geisteswissenschaften sowohl, wie bei den Naturwissenschaften wird heute viel von einer Krisis gesprochen und geschrieben, nicht zum wenigsten auch in der Gesamtmedizin und in ihren Einzeldisziplinen. Das trifft auch für die von mir vertretenen Sonderfächer und besonders aktuell für die Geburtshilfe zu. Deshalb will ich heute kurz beleuchten, was in der Geburtshilfe überholt und verbesserungsbedürftig ist, und wie sich die Geburtshilfe

in Lehre und Ausübung weiter entwickeln kann und voraussichtlich weiter entwickeln wird. Um in dieser Beziehung klarer sehen zu können, erinnere ich daran, daß, wie auf allen Gebieten, so auch in der Geburtshilfe Neuerfindungen und Neuentdeckungen plötzlich bis dahin ungeahnte Fortschritte bewirkt haben, die dann mehr oder weniger schnell in den festen Allgemeinbesitz übergangen und bald als selbstverständliche, kaum mehr bewunderte Errungenschaften galten. So brachte z. B. seinerzeit die Zangenentbindung einen enormen Fortschritt, den man nur dann in seiner Bedeutung klar zu erfassen vermag, wenn man sich vergegenwärtigt, daß vor der Erfindung der Geburtszange die als notwendig erkannte Beendigung der Geburt bei im Becken stehendem Kopf nur unter Opferung des kindlichen Lebens geschehen konnte. Kam nach dem Gesagten die Erfindung der Zange in erster Linie dem Kinde zugute, so schränkten die bahnbrechende Antisepsis, die ihr folgende Asepsis und die Früchte der Bakteriologie die der Mutter drohende Infektionsgefahr während der Geburt und im Wochenbett erheblich ein und wirkten geradezu wie eine Erlösung von den unheimlichen Epidemien und Endemien des Wochenbettfiebers. Die praktische Verwendung der Narcotica und Anaesthetica zur allgemeinen bzw. lokalen Betäubung galt der Schmerzbekämpfung; und die Asepsis im Verein mit der Narkose ermöglichte es, auch größere geburts-  
hilfliche Operationen ohne wesentliches Risiko und schmerzlos durchzuführen. Damit konnten die unendlich segensreichen Fortschritte der Chirurgie in dauernd wachsendem Maße auch auf die Geburtshilfe übertragen werden, so daß sich fast unmerklich ein früher gar nicht oder kaum vorhandener Gegensatz zwischen häuslicher und klinischer Geburtshilfe herausbildete, wodurch die Frage einer Grenzziehung zwischen

der vom praktischen Arzt auszuübenden Geburtshilfe und den geburtshilflichen Aufgaben der Klinik immer dringender wurde.

In einem Menschenalter hat sich nach und nach, also ohne Krisis, ein Umschwung vollzogen, den man früher kaum für möglich gehalten hätte. Noch in den neunziger Jahren des vorigen und im ersten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts wurde neben der klinischen Geburtshilfe an allen Universitäten eine große poliklinische geburtshilfliche Praxis getrieben. Hunderte von Geburten aller Art wurden von einem gut geschulten klinischen Assistenten außerhalb der Klinik im Hause der Gebärenden, und nicht nur in der betreffenden Stadt, sondern auch auf dem Lande, nicht selten in meilenweit entfernten Orten geleitet, wobei dem Assistenten als besondere und wichtige Aufgabe zufiel, theoretisch und auf dem Kreißsaal schon genügend vorgebildete Medizin-studierende zu unterweisen und in ihre künftigen Pflichten als geburtshilfliche Praktiker einzuführen. Auf diese Weise lernten die Kandidaten der Medizin nicht nur die Behandlung der Gebärenden unter den Bedingungen der mit allen Hilfsmitteln versehenen Klinik, sondern auch unter oft sehr primitiven außerklinischen Verhältnissen kennen, wie in der ärmlichen Wohnung eines Landarbeiters oder gar abseits von Wohnorten, z. B. an der Chaussee in der drückenden Enge einer dürftigst ausgestatteten Steinschlägerhütte. — Mit der Entwicklung des Krankenkassenwesens, sowie mit der sich immer leichter gestaltenden Transportmöglichkeit einer Gebärenden im Krankenauto wurde die Zahl der poliklinischen Geburten zunehmend kleiner. Dazu kam in der Kriegszeit der Mangel an Geburtshelfern in der Stadt und vor allem auf dem Lande, so daß die Gebärenden bei allen die Zuständigkeit der Hebamme überschreitenden Vorkommnissen auf die Klinik im weiteren Sinne, also einschließlich der Privatkliniken und der Krankenhäuser angewiesen waren. Da-

mit wick auch immer mehr die Scheu der Gebärenden vor Klinik und Krankenhaus, weil sie die wesentlichen Vorzüge einer Entbindung in der Obhut der Anstalt erlebten. Nach dem Kriege wuchs überdies die Wohnungsnot ins Ungemessene, so daß vielfach die gebärenden Frauen in ihrer Behausung gar nicht niederkommen konnten. So ist es zu verstehen, daß heute eine von klinischen Ärzten ausgeübte poliklinische Geburtshilfe, im krassen Gegensatz zu früher, in den meisten Universitätsstädten kaum noch existiert. Daraus erklärt sich auch, daß trotz des enormen allgemeinen Geburtenrückganges die Zahl der auf die Entbindungsanstalten aller Art entfallenden Geburten überall und ständig gewachsen ist. So wird schon jetzt in manchen Städten jedes zweite Kind in der Anstalt geboren.

Der Ausfall der poliklinischen Geburtshilfe hatte naturgemäß eine starke Rückwirkung auf die Ausbildungsmöglichkeit der Medizinstudierenden. Weil infolge der weitgehenden Verschiebung der operativen Geburtshilfe in die Anstalt die Klinikisten gar nicht mehr in das geburtshilfliche „Praxismilieu“ als Lernende eingeführt werden konnten und können, mußte für dieses Manko geburtshilflicher Ausbildung ein möglichst guter Ersatz ersonnen und geschaffen werden. So richtete Sellheim in der von ihm geleiteten Klinik ein mit dem primitivsten Mobiliar ausgestattetes Zimmer her, um unter lediglicher Assistenz einer mit der üblichen Tasche ausgerüsteten Hebamme — natürlich unter Aufsicht des zuständigen klinischen Hilfsarztes — den Kandidaten eine geburtshilfliche Tätigkeit praktisch vorbereiten und ausüben zu lassen, wie sie namentlich auf dem Lande als Forderung des Berufslebens an den Arzt herantritt. Sehr zweckmäßig ist es auch, in den für die Aneignung technischen Könnens so eminent wichtigen geburtshilflichen Operationskursen am Phantom hin und wieder, immer unter dem Gesichtspunkt einer vollen Wahrung der Asepsis,

alles an Waschutensilien, Operationslager, Instrumentarium usw. so herrichten und improvisieren zu lassen und auch im geburtshilflichen Seminar alle Einzelheiten der erforderlichen Asepsis und Technik so zu besprechen, daß die angehenden Ärzte ein anschauliches Bild von einer möglichst vollkommenen Leitung der im Hause sich abspielenden natürlichen oder operativen Geburt als für die Praxis brauchbaren Erinnerungsbesitz mitnehmen.

Damit die für den Unterricht in Betracht kommenden klinischen Geburten auch nachts der Unterweisung der Klinikisten zugute kommen, benötigt die Klinik noch viel mehr als früher je nach der Gesamtzahl der Lernenden einen oder mehrere Hauspraktikantenräume, wo jeweilig zwei oder noch mehr Klinikisten wohnen, um jederzeit an den Geburten zuschauend und mithandelnd teilnehmen zu können. Es wäre sehr wünschenswert, wenn künftig die Ausstellung der für das Examen geforderten Praktikantenscheine abhängig gemacht würde von dem Nachweis, daß der betreffende Kandidat sich wirklich in der Klinik als Hauspraktikant die für eine häusliche Geburtshilfe unerläßlichen Technizismen angeeignet und insbesondere eine einwandfreie vaginale und rectale Untersuchung, also unter Beobachtung aller notwendigen Kautelen intra partum vorzunehmen gelernt hat. Eine solche auf eine Woche beschränkte praktische Tätigkeit im Semester, die sich mit dem Hören anderer Vorlesungen sehr wohl in Einklang bringen läßt, soll natürlich ein mehrwöchiges Famulieren einzelner Klinikisten in der Klinik während der Ferien nicht ausschließen; und käme dazu noch für alle geprüften Ärzte, die geburtshilfliche Praxis ausüben wollen, während der Ableistung des vorgeschriebenen praktischen Jahres eine obligatorische dreimonatige Tätigkeit in irgendeiner geburtshilflichen Abteilung, sei es Klinik, Krankenhaus, Wöchnerinnenheim oder Hebammenlehranstalt, so wäre für eine hinreichende prak-

istische Schulung in der landläufigen Geburtshilfe vortrefflich gesorgt.

Werden in der Klinik gleichzeitig Hebammen-schülerinnen ausgebildet, so ist das insofern ein Vorteil, als schon die Praktikanten einen Einblick in das später so notwendige verständnisvolle Zusammenarbeiten mit der Hebamme erhalten. Gerade dabei kommt es den Praktikanten zum klaren Bewußtsein, wie die Aufgaben der Hebamme und des Arztes sich innig berühren, und wie unbedingt erforderlich für den Arzt die Kenntnis des im Hebammenlehrbuch genau umschriebenen Pflichtenkreises ist, zumal gerade hier immer wieder betont wird, welche Geburten von der Hebamme allein geleitet werden dürfen und zu welchen Geburtsfällen der Arzt hinzugezogen werden muß.

Läßt sich durch ein aufmerksames Studium des Hebammenlehrbuches in Anbetracht des hier gegebenen, für den angehenden Arzt ohne weiteres verständlichen Inhaltes, die Kenntnis der Abgrenzung der heutzutage im Gegensatz zu früheren Zeiten recht vielseitigen Hebammentätigkeit und der rein ärztlichen Aufgaben leicht gewinnen, so ist es die weitere Aufgabe des Arztes, zu entscheiden, ob er dem „Arztfall“, zu dem er von der Hebamme gerufen wurde, mit dem Endziel einer Gesunderhaltung der Mutter und der Geburt eines gesunden Kindes selbst gerecht zu werden vermag, oder ob er die Gebärende dem Facharzt bzw. einer Klinik zuweisen muß. Diese Grenze ist bis heute nichts weniger als scharf und für den Allgemeinpraktiker bindend gezogen.

Und gerade hier setzt der mögliche Fortschritt der Geburtshilfe ein. Statistische Erhebungen von Rott, Schloßmann u. a. haben nämlich ergeben, daß an der Abnahme der allgemeinen Säuglingssterblichkeit der erste Lebens-

monat auffallend wenig beteiligt und für die Neugeborenen der ersten 5 Lebenstage sogar eine Zunahme der allgemeinen Sterblichkeit nachweisbar ist. Diese Zunahme der Neugeborenensterblichkeit betrifft nach den genannten Untersuchungen das Land mehr als die Stadt, die unehelichen Neugeborenen mehr als die ehelichen und am meisten die unehelichen Neugeborenen auf dem Lande. Aus diesen statistischen Feststellungen wird meines Erachtens mit Recht geschlossen, daß ein erheblicher Teil der Sterbefälle von Neugeborenen auf die Geburt als solche zurückgeführt werden muß, zumal die Sterblichkeit am ersten Tage nach der Geburt am größten ist und sich von da ab von Tag zu Tag stark vermindert. Natürlich muß die Zahl der Neugeborenensterblichkeit im Verhältnis zu der Säuglingssterblichkeit im ersten Monat groß bleiben, weil ja schon die vor der Geburt, also im Verlaufe oder gegen Ende der Schwangerschaft abgestorbenen Kinder mitgezählt werden und frühgeborene Kinder unter den naturgegebenen Einwirkungen des Geburtsvorganges ungleich mehr leiden und geschädigt werden müssen, als reife und ausgetragene Kinder.

In unserer Zeit zunehmender Verarmung an neuen Menschenleben ist es nun eine bevölkerungspolitische Frage von einschneidendster Bedeutung, ob durch eine scharfe Grenzziehung zwischen häuslicher und klinischer Geburtshilfe eine größere Zahl von Kindern gerettet und dem Gesamtvolk als lebender Besitz zugeführt werden können, und ob womöglich auf diese Weise gleichzeitig auch die mütterliche Morbidität und Mortalität weiter herabgedrückt werden kann. Das ist nun in der Tat mit größter Wahrscheinlichkeit zu erreichen: Es muß eine großzügige, aber auch nicht überspannte Fürsorge für schwangere Frauen, für Gebä-



rende, für Wöchnerinnen und für Säuglinge allerorts getrieben werden, nicht allein wirtschaftlicher Art entsprechend den ja schon bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, sondern auch in gesundheitlicher Beziehung. Durch ein harmonisches Zusammenarbeiten der zuständigen Jugendämter und ihrer Fürsorgerinnen mit den Hebammen, den Ärzten und vor allem den geburtshilflichen Anstalten aller Art, in denen, außer der Beratung, auch zu bestimmten Stunden eine freiwillige oder vom praktischen Arzt bzw. vom Kassenarzt veranlaßte Untersuchung schwangerer Frauen und Wöchnerinnen erfolgen kann, und mit den Mütter- und Säuglingsheimen, sowie den Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen wird viel Gutes für das Wohl der Mütter und Kinder geleistet. Schwangere Frauen dürfen in den letzten Monaten der Gravidität mit außerhäuslicher Erwerbsarbeit nicht belastet werden und nicht in wirtschaftlicher Not und unhygienischen Verhältnissen bleiben, im Interesse der Mütter und im Interesse der von ihnen getragenen Früchte, deren Absterben oder vorzeitige Geburt durch Schonungsmöglichkeit der Mutter verhütet werden muß. Gelingt es, durch die Befreiung hochschwangerer Frauen von schwerer Lohnarbeit und gewerblichen Berufsschädigungen den Fruchttod und die vorzeitige Ausstoßung lebender Früchte wesentlich einzuschränken, so wird allein dadurch die Zahl der tot oder wenig widerstandsfähig und lebensschwach zur Welt kommenden Neugeborenen entsprechend vermindert und die Ziffer der Neugeborenensterblichkeit erheblich niedriger. Ferner können durch sachverständige Untersuchungen in der Schwangerschaft viele Gravidae herausgefunden werden, bei denen Geburtskomplikationen vorauszusehen sind, die sich für die häusliche Geburtshilfe nicht eignen, oder bei denen die Wohnungsverhältnisse oder Infektionsherde am eigenen Körper oder in der Umgebung den Einsichtigen Gefahren

für Mutter und Kind ohne weiteres erkennen lassen. Solche schwangeren Frauen müssen rechtzeitig in die Anstaltsobhut gelangen. Es spricht doch geradezu jeder geburtshilflichen Asepsis Hohn, wenn eine Gebärende, wie ich es erlebt habe, in demselben Zimmer niederkommt, in dem der Ehemann an Gesichtrose erkrankt liegt. Ohne unnötig berührt oder gar operiert worden zu sein, wurde diese Frau innerhalb von wenigen Tagen das Opfer eines schweren Wochenbettfiebers.

Um aber die Aufnahmemöglichkeit überall zu schaffen, müßten sämtlichen, auch den kleineren Krankenhäusern geburtshilfliche Stationen angegliedert werden, die unter Leitung von Fachärzten eine bezüglich Technik und Asepsis einwandfreie operative Geburtshilfe garantieren. Zu den unbedingt eine klinische Überwachung und Behandlung benötigenden Frauen gehören: alte Erstgebärende, zu denen man im allgemeinen Frauen rechnet, die ihr erstes Kind erst gegen Ende des dritten Jahrzehnts oder später gebären. Diese Forderung ist besonders wichtig, weil heute die wirtschaftliche Notlage verhältnismäßig viele Frauen zwingt, eine späte Ehe einzugehen oder in den ersten Jahren der Ehe Kinderlosigkeit zu erstreben. Aber auch viele Komplikationen erheischen von vornherein klinische Überwachung, wie z. B. die charakteristischen Besonderheiten der jetzt allerdings selten gewordenen Vielgebärenden, ferner Blutungen bei vorgerückter Schwangerschaft, das enge Becken mit seinen häufig unberechenbaren Folgen, die Schwangerschaftstoxikosen, insbesondere die Eklampsien, eine Reihe abnormer Kindeslagen, das habituelle Übertragen, schwerere Organerkrankungen der schwangeren Frauen usw.

Mit der rechtzeitigen Einlieferung aller schwierigen Geburtsfälle in eine fachärztlich geleitete Anstalt allein ist aber noch nicht genügend erreicht. Auch die klinischen Behandlungsmethoden bedürfen einer Revision.

Durch sehr anzuerkennende und dankenswerte statistische Untersuchungen an dem einschlägigen landesstatistischen Material von Baden und Hamburg glaubt Max Hirsch bewiesen zu haben, daß die vaginale operative Geburtshilfe in den letzten Jahrzehnten keine Besserung mehr für Mutter und Kind gebracht und allein die abdominale Schnittentbindung in der Klinik einen Gewinn an mütterlichem und kindlichem Leben aufzuweisen habe. Ob wirklich, wie Hirsch annimmt, ein Ersatz der vaginalen geburtshilflichen Operationsmethoden durch den mit moderner Technik auszuführenden Kaiserschnitt berufen ist, gleichzeitig die kindliche und mütterliche Mortalität zu vermindern, steht noch dahin. Schon seit zwei Dezennien sind nach und nach die Indikationen zur abdominalen Schnittentbindung vermehrt und verbreitert worden, so bei der Behandlung des engen Beckens, der Eklampsie und der Placenta praevia. Sicherlich ist auch in der klinischen Geburtshilfe noch mancherlei verbesserungsbedürftig, aber es liegt kein Grund vor, alte bewährte Methoden ohne weiteres aufzugeben, sondern es muß bei sorgfältigster Abwägung der Interessen von Mutter und Kind einer ruhigen, schrittweisen Vorwärtsentwicklung Raum gegeben werden.

Durch die infolge der chirurgischen Entwicklung notwendig gewordene Grenzziehung zwischen häuslicher und klinischer Geburtshilfe wird natürlich dem praktischen Arzt ein nicht geringer Teil der früheren geburtshilflichen Tätigkeit entzogen, aber um so besser und sicherer können die dem praktischen Arzt verbleibenden leichteren operativen Maßnahmen während des Studiums und während der Praktikantenzeit erlernt werden, wie die Behandlung unkomplizierter Beckenendlagen, einfache Zangengeburt, nicht zu schwierige Wendungen und vor allem die für nicht mehr transportfähige Gebärende so nötigen zerstückelnden Operationen, die nicht so ganz selten einzig und allein und mit bestem Er-

folge die Mutter zu retten imstande sind. Auch die Regelung der abnormen Wehentätigkeit, die Behandlung der pathologisch verlaufenden Nachgeburtsperiode und die Versorgung nicht zu ausgedehnter und der Naht ohne weiteres zugängiger Rißwunden müssen verantwortungsvolle und dankbare Aufgaben des im geburtshilflichen Denken und Handeln geschulten Praktikers bleiben.

Wenn so das Gebiet geburtshilflicher Betätigung dem praktischen Arzt stark beschnitten wird, so kann auf der anderen Seite wieder gerade dem Praktiker ein sehr aussichtsvolles, großes Betätigungsfeld in einer allgemeineren, rationalen Bekämpfung des Geburtsschmerzes erschlossen werden. Der Geburtsschmerz hat ja eine sehr starke subjektive Note. Manche Frauen sehen furchtlos, standhaft und nur freudig der Geburt entgegen, ertragen während der Geburt auch die stärkeren Gebärmutterzusammenziehungen ohne wesentliche Schmerzäußerung und lehnen jedes schmerzlindernde Medikament ab, zuweilen mit der klaren Begründung, daß sie die Geburt ihres Kindes, genau so wie ihre Mutter, bewußt und wachen Geistes erleben und sich nicht durch ein Betäubungsmittel oder gar durch eine Narkose um ihr Erlebnis bringen lassen möchten. Im Gegensatz zu diesen energischen, selbstbeherrschten Frauen mit starkem und wenig empfindlichem Nervensystem klagen andere sensitive Naturen schon in den ersten Stunden der Geburt über unerträgliche Schmerzen. Solche Frauen haben gewöhnlich schon intra graviditatem eine grenzenlose Furcht vor der Geburt und lassen sich schon lange vor den „schweren Stunden“ von dem Arzt ihres Vertrauens die Zusicherung geben, daß ihnen während der Geburt, die ihnen als ein qualvolles Martyrium erscheint, Betäubungsmittel verabreicht werden. Zwischen den beiden Extremen finden wir die Mehrzahl der Gebärenden, die nur in den Phasen stärkster Geburtsarbeit wirklich leiden. Aus diesen Erfahrungen erhellt, daß es eine schöne und befriedi-

gende Aufgabe ist, sich als Geburtshelfer den gegebenen Verhältnissen anzupassen und den Geburtsschmerz je nach dem Maße der Schmerzempfindlichkeit der Gebärenden zeitlich und graduell abgestuft zu lindern bzw. aufzuheben.

Um eine richtige Stellungnahme dem Geburtsschmerz gegenüber zu gewinnen, muß man sich darüber klar sein, daß der in allmählich immer kürzer werdenden Intervallen wiederkehrende Schmerz eine naturgewollte, mindestens sehr zweckmäßige Einrichtung ist. Er macht die Gebärenden auf das unmittelbare Bevorstehen des Ereignisses aufmerksam und veranlaßt sie, die für die Geburt bestimmte Stätte aufzusuchen, die letzten Vorbereitungen rechtzeitig zu treffen und sich ungesäumt die Hebammenhilfe zu sichern. Ohne den Wehenschmerz müßte es viel häufiger zu mißlichen Situationen, zu den für Mutter und Kind nicht ungefährlichen Sturzgeburten und Unterwegsgeburten kommen. Leidet eine Frau unter dem Spiel der notwendigen Geburtskräfte nicht oder nicht wesentlich, so ist natürlich eine Schmerzlinderung überflüssig. In vielen Geburtsfällen reicht auch allein die suggestive Persönlichkeits- und Zuspruchswirkung einer ruhigen, der Situation gewachsenen und zweckmäßig handelnden Hebamme völlig aus, den Geburtsschmerz erträglich zu gestalten. Gelingt das aber der Hebamme nicht, so beginnt die Tätigkeit des approbierten Geburtshelfers, dem ja allein das Recht der Anwendung von schmerzstillenden Mitteln zusteht, und der nun je nach dem Zeitabschnitt der Geburt verschieden handeln muß.

Von einer in der Allgemeinpraxis brauchbaren Methode der Bekämpfung des Geburtsschmerzes muß verlangt werden, daß sie bei leichter Durchführbarkeit weder die Geburt durch Beeinträchtigung der Geburtskräfte nennenswert verzögert noch die Gebärende und ihr Kind schädigt oder auch nur gefährdet. Diesen Forderungen ge-

recht zu werden, ist in den letzten Jahrzehnten viel emsige klinische Arbeit aufgewandt worden. Für die klinischen Geburten ist in dieser Richtung schon auf verschiedenen Wegen Gutes und Brauchbares erreicht, und es steht gerade jetzt zur Diskussion, inwieweit die für die klinische Geburtshilfe erzielten günstigen Resultate sich auf die außerklinische Geburtshilfe übertragen lassen. Während die Rauschnarkose im Endstadium der Geburt, am besten mit Äther oder Chloraethyl, schon Allgemeingut der praktischen Ärzte geworden ist und um so unbedenklicher angewandt werden darf, als eine etwaige ungünstige Einwirkung der Rauschnarkose auf die Geburtsarbeit zu dieser Zeit leicht und ungefährlich durch die gleichzeitige Anwendung eines schnell und absolut sicher wirkenden Hypophysenpräparates ausgeglichen werden kann, ist über die Verwendungsberechtigung des Pernoktonschlafes und der lokalen Betäubung in Gestalt der Infiltrations- bzw. Leitungsanaesthesie seitens des Praktikers noch keine Einigung erzielt. Als ein wichtiger Fortschritt ist es aber jedenfalls zu buchen, daß sich mit dem heute auch vor größeren Operationen angewandten Pernokton, bei richtiger Dosierung und vorschriftsmäßiger langsamer Injektion in die Blutbahn, ein sofortiger, schon während der Injektion einsetzender Schlaf herbeiführen läßt, der im Verlaufe der Geburt weder Mutter noch Kind gefährdet und auch die Geburtskräfte nicht wesentlich und sicherlich nicht für längere Zeit vermindert. Meines Erachtens könnte schon heute der Geburtshilfe treibende Praktiker, im Gegensatz zu den früher in dieser Richtung viel schwierigeren Verhältnissen, den Geburtsschmerz gut und unschädlich beeinflussen: in der ersten Geburtsperiode durch die intravenöse Anwendung von Pernokton, in der zweiten Geburtsperiode am besten durch lokale Betäubung und gegen Ende der Geburt durch die Rauschnarkose, falls nötig mit gleichzeitiger Verabreichung eines Hypophysenpräparates. Dies in der mir un-

terstellten Klinik zur Zeit befolgte Schema der Schmerzlinderung während der einzelnen Geburtsperioden wird für die Allgemeinpraxis um so annehmbarer und anwendbarer sein, je besser schon die Klinizisten darin auf dem Kreißaal unterwiesen werden und eine Übung gewinnen bezüglich der intravenösen Injektion von Pernokton, in der lokalen Anaesthesierung der in Frage kommenden Nervengebiete und in der Anwendung der Rauschnarkose. Ich möchte nicht unterlassen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß uns ja die Natur ein Beispiel für den schmerzlosen Verlauf der Geburt liefert, nämlich bei der Eklampsie. Bei dieser Erkrankung besteht eine völlige Bewußtlosigkeit, die Geburtstätigkeit ist in der Regel nicht gestört, und die aus dem eklampthischen Koma erwachende Wöchnerin hat keine Spur von Erinnerung an den gesamten Geburtsvorgang, falls die Eklampsievergiftung früh genug eingesetzt hatte. Die posteklamptische Amnesie kann soweit gehen, daß die Betreffende ganz erstaunt die Mitteilung entgegennimmt, sie habe ein Kind geboren; ja zuweilen will die Wöchnerin in Anbetracht des ihr ganz fehlenden Erlebnisses das Kind zunächst gar nicht als das ihrige anerkennen. Wenn auch hier eine pathologische Wirkung vorliegt, so gibt sie doch einen Hinweis auf die mögliche Aufhebung des Geburtsschmerzes. Überdies erstrebt ja das zu lösende Problem nicht einmal, die Geburt ganz schmerzlos zu gestalten und jede Erinnerung an den Geburtsvorgang auszulöschen, sondern lediglich, übergroße bzw. übermäßig empfundene Schmerzen zu lindern. Daß dies Problem auch für die Allgemeinpraxis bald in befriedigender Weise gelöst werden wird, kann kaum bezweifelt werden.

Aus meinen kurzen Ausführungen geht wohl klar hervor, daß sich die Geburtshilfe in den letzten Jahrzehnten allmählich und zwangsläufig zu einer Dreiteilung der Arbeit entwickelt hat, der häuslichen Hilfeleistung der Hebamme bei normal verlau-

fenden Geburten, der außerklinischen, für leichtere Geburtskomplikationen zutreffenden und ernsteren Augenblickssituationen behelfsmäßig angepaßten Geburtshilfe des praktischen Arztes und der immer mehr chirurgisch gewordenen klinischen Geburtshilfe. Je besser die Hebammen, die Allgemeinpraktiker und die Fachärzte für ihre geburtshilflichen Aufgaben vorgebildet werden, je einsichtsvoller sie sich in weiser Beschränkung und in vertrauensvoller, neidloser Zusammenarbeit an die Grenzen ihres Aufgabenkreises halten, je mehr nicht unbedingt erforderliche innere Untersuchungen während der Geburt und unnötige und verfrühte Operationen unterbleiben, notwendige größere Operationen aber rechtzeitig in der Anstalt seitens des Facharztes ausgeführt werden, um so besser wird der Lebens- und Gesundheits-Erhaltung von Mutter und Kind gedient sein, um so sicherer wird die Morbidität und Mortalität der Mütter und Kinder zum Gesamtwohl des Volkes weiter sinken. Dabei darf niemals vergessen werden, daß die Trägerinnen der Zukunft unseres Volkes, die für einen kraftvollen und gesunden Nachwuchs sorgen, ein Recht darauf haben, in ihrer für das Gedeihen des Staates unerläßlichen, dem Waffendienst des Mannes gleichwertigen Kampfarbeit wirtschaftlich unterstützt zu werden und während der Geburt seitens der Hebammen, der Ärzte und, wenn nötig, der Fachärzte wohlüberlegte und tatkräftige Hilfeleistung und Schmerzlinderung zu erfahren.

Auch unsrer aller Mutter Germania wird seit langem von Geburtswehen geschüttelt. Auch hier tut Hilfe und Schmerzlinderung not, soll nicht die einst so starke und fruchtbare Mutter der Bedrängnis erliegen. Jeder Vaterlandsfreund muß zu seinem Teil daran arbeiten, die schweren Gegensätze der Klassen und Parteien zu überbrücken, um so ein einiges kraftvolles und zielbewußtes Gegenwarts- und



Zukunfts-Wollen und -Handeln des Gesamtvolkes zu ermöglichen. Dann könnte die Hoffnung in Erfüllung gehen, der ein leider jetzt viel zu wenig beachteter Dichter vor Jahrzehnten bewegten Herzens Ausdruck gegeben hat:

„Wohl trug ich Leid, dich so in Qual zu sehen,  
Doch eine Hoffnung wagt' ich fromm zu nähren:  
Es werd' aus deines Schoßes dunklem Gären  
Die Eintracht wie ein lächelnd Kind erstehen.“

E. Geibel: Sonett „Deutschland“.

