

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: 88 (1990)

Heft: 3

Artikel: Plädoyer für ein ökologisches Modell in der Geburtshilfe : Gründe für eine Trennung von Geburtshilfe und Geburtsmedizin

Autor: Kühnel, Susanne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950338>

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: 05.05.2025

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

Plädoyer für ein ökologisches Modell in der Geburtshilfe – Gründe für eine Trennung von Geburtshilfe und Geburtsmedizin

Susanne Kühnel,
freiberufliche Hebamme in München und Landessprecherin des Bundes
freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BFHD) in Bayern

Vortrag beim 9. Int. Kongress über «Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin» vom 26. – 31. 3. 1989 in Jerusalem und beim 2. Int. Kongress «Gebären in Sicherheit und Geborgenheit» vom 21. 4. – 24. 9. 1989 in Zürich.

Die Beschäftigung mit Geburt ist so alt wie die Menschheit selbst. Sie bewegte sich jahrtausendlang im Bereich der Erfahrung, der Tradition und der Intuition. Die Wissenschaft von der Geburt ist relativ jung. In Wirklichkeit stehen wir erst an der Schwelle einer wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Geburt. Diese Wissenschaft sollte eine physiologische und eine psychologische Wissenschaft sein. Das Wissen über die Geburt ist bis heute mehr ein Erfahrungswissen als die tatsächliche Kenntnis all jener Determinanten, die auf die Geburt einwirken. Die anatomischen, physiologischen und geburtsmechanischen Kenntnisse, die die **medizinische** Geburtshilfe in den vergangenen dreihundert Jahren und besonders intensiv in den letzten drei Jahrzehnten erworben hat, sind ja nur ein **kleiner Bruchteil** von dem, was man über Geburt wissen kann. Und sie sind in der Hauptsache Kenntnisse über die Pathologie, über das, «was alles passieren kann».

In den letzten Jahren hat sich nun bei vielen Menschen ein Bewusstsein für die psychologischen Aspekte der Perinatalzeit entwickelt. Je mehr Erkenntnisse wir aber heute in der perinatalen Psychologie und Medizin gewinnen, um so mehr müssen wir erkennen, wieviel wir **noch nicht** wissen. Wir befinden uns daher in der Lage eines Geographen, der einen gerade erst entdeckten Kontinent kartographieren soll. Ich kann Ihnen deshalb in diesem Sinne heute noch kaum gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über das Geburtsgeschehen geben. Lassen Sie uns also auf eine Entdeckungsreise mit

Fragen, Erfahrungen und Einsichten gehen, um gemeinsam mehr Verständnis für das Phänomen Geburt zu entwickeln.

Die Geburt ist Teil eines vernetzten Systems

Es ist – übereinstimmend mit der ISPPM-Philosophie (ISPPM = Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin) – die Grundlage meiner Überzeugung und Erfahrung, dass Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenperiode Ausschnitte eines Kontinuums, einer Entwicklung sind, die sich in kleinen Systemen (z.B. das System Mutter-Kind) und gleichzeitig in grossen Systemen (z.B. das System soziale Umwelt) vollzieht: «Die Umwelt des Kindes vor der Geburt ist die Gebärmutter. Der Uterus ist ein Teil der Mutter. Die Mutter ist ein Mensch mit einer Vorgeschichte, einem Elternhaus, einer Kindheit, mit Träumen und Enttäuschungen, Bedürfnissen und Verzicht, Erfolgen und Versagen, mit Leidenschaften und Schmerzen, Liebe und Abneigung. Sie lebt in einer Welt. In dieser Welt ist der Staat, der anonyme Machtapparat, es gibt Gunst und Vorzug und Neid. Sie hat auch eine Beschäftigung. Sie studiert oder sie arbeitet in einer Fabrik, vielleicht hat sie Schichtarbeit, vielleicht ist sie Bäuerin oder auch arbeitslos. Vielleicht hat sie Geld, vielleicht hat sie keines. Vielleicht trinkt sie viel Alkohol oder nur wenig. Sie kann eine Kettenraucherin sein oder auch nicht, vielleicht ist sie süchtig. Vielleicht verbringt sie die Nacht allein in ihrem Bett und erwacht mit lautem Schrei aus einem Alptraum voll Angst und Schrecken. Vielleicht er-

lebt sie eine Zeit der Liebe und verbringt heisse, glückliche Nächte mit ihrem Geliebten. Im Uterus liegt ein Kind und lebt zusammen mit der Mutter, von ihr und dank ihr in einer Symbiose...Ihre Hormone, ihre Chemie sind auch seine. Es trinkt mit, es raucht mit, es liebt und hasst mit, es vergnügt sich mit und es leidet mit. Es empfindet ihre Herztöne mit, «erschrickt», wenn sie erschrickt. Sein Leben hängt von ihr und von ihrem Leben ab; ohne sie kann es nicht leben... Uterus und Fetus sind geradezu **das** Modell eines ökologischen Systems.» (Fedor-Freybergh)

Man kann daher einen Ausschnitt, die Geburt, nicht getrennt von der Gesamtentwicklung, der Mutter und ihrer Schwangerschaft, begreifen. Mein Anliegen ist es, mit Ihnen ein Bewusstsein für diesen «Systemcharakter» der Geburt zu entwickeln.

Lassen Sie mich dazu einen wichtigen Begriff aus der Ökologie und der Kybernetik erklären, den Begriff «Vernetztes System»:

«Wenn etwas vernetzt ist, heisst das, dass die einzelnen Teile aufeinander und wieder auf sich selbst zurückwirken. Entweder sie wirken falsch aufeinander, dann geht das Ganze wieder kaputt, oder sie wirken in richtig abgestimmter Weise aufeinander, dann überlebt es – und es wird sozusagen ein neuer Organismus. Je frühzeitiger man die Zusammenhänge und Wechselwirkungen eines neuen Systems erkennt, desto eher kann man entsprechende vorbeugende Massnahmen treffen» (Vester).

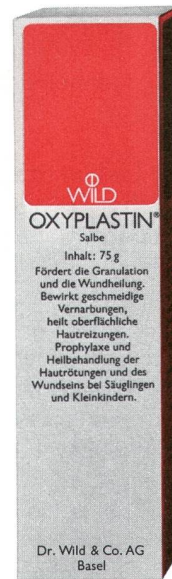
Was passiert, wenn das biologische Gleichgewicht in einem vernetzten System vom Menschen gestört wird? Die «Mungo-Story» zeigt die Folgen:

«Die Rattenplage in den Zuckerrohrplantagen wurde durch den Import von Mungos beseitigt, die die Ratten frassen – und die Zuckerrohrpflanzen gediehen wieder. Auch die Zahl der Mäikäfer reichte nicht aus, um sie zu zerstören, weil diese von den Eidechsen vertilgt wurden. Inzwischen hatten sich die Mungos stark vermehrt, und als es keine Ratten mehr gab, frassen sie die Eidechsen. Nun konnten sich die Mäikäfer ungehemmt vermehren und machten dem Zuckerrohr den Garaus. Der Schaden war grösser als zuvor» (Neumann-Adrian).

Diese Geschichte zeigt anschaulich, dass man die in Ökosystemen gelten-

OXYPLASTIN®

Fördert die Regeneration des Gewebes
und beschleunigt die Vernarbung.



OXYPLASTIN

Allgemein-medizinische Indikationen: Verbrennungen, Geschwüre, Hautwunden, Frostbeulen, variköse Geschwüre, Schorf, Ekzeme, eitrige Dermatitis.

OXYPLASTIN

Chirurgische Indikationen: Hautschutz bei Abdominalfisteln, Anus praeter, Zystostomie, Nephrostomie; drainierte Wunden, Panaritium, Mastoiditis, Tracheotomie, Hautschutz unter Gipsverbänden.

OXYPLASTIN

Pädiatrische Indikationen: Als Hauptindikation gilt das Wundsein von Säuglingen und Kleinkindern. Tägliches Auftragen schützt die Haut gegen die Nässe der Windeln und verhindert Rötungen.

Zusammensetzung:

Zincum oxydatum 46%, Calcium hydricum solutum 2,5%, Balsam. peruvian 1,5%, Cera alba 0,10%, Cholesterin 0,10%, Ol. geranii 0,06%, Ol. origani 0,06%, Ol. thymi 0,06%, Ol. verbenae 0,06%, Adeps lanae 4,0%, Ol. ricini ad unguent.

Handelsform:

Tube zu 75 g und 120 g.

Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

den Gesetze wie positive und negative Rückkopplung kennen und entsprechend handeln muss, um sinnvoll und hilfreich in sie einzugreifen. Der Eingriff sollte keine Störung, sondern eine Hilfe sein. Was kann passieren, wenn in das vernetzte System «Geburt» von Geburtshelfern medizinisch eingegriffen wird? Die «Oxytocin-Story» zeigt die fatalen Folgen:

Eine schwangere Frau – am Termin und mit seit Stunden regelmässigen und kräftigen Wehen – trifft in ihrer Geburtsklinik ein. Kurze Zeit später werden ihre Wehen seltener und schwächer. Die Geburt geht nicht voran, die Mutter kann aber auch nicht schlafen und darf nicht nach Hause gehen. Ihre sekundäre Wehenschwäche wird mit einem synthetischen Wehenhormon – mit einer Oxytocin-Infusion – behandelt. Die anfängliche Dosierung führt nicht zu dem gewünschten Erfolg, also wird die Dosis erhöht. Das führt zu unphysiologischen schmerzhaften Wehen bei gleichzeitiger Herabsetzung der Schmerztoleranz, denn das Oxytocin stört das hormonelle Gleichgewicht im Ökosystem Mutter. Dieses Gleichgewicht sorgt unter natürlichen physiologischen Bedingungen für eine Bewusstseinsveränderung und für eine positive Veränderung der Körperempfindungen (Odent). Die Mutter verlangt jetzt nach irgendeiner Schmerzbekämpfung. Sie bekommt eine Periduralanästhesie, die – bei vollem Bewusstsein – nur den Beckenbereich und die Beine der Mutter gefühllos macht. Die Geburt geht weiter, der Muttermund öffnet sich. In der letzten Phase der Geburt kann die Mutter aber ihr Kind nicht selbst hinausdrücken. Die Periduralanästhesie schaltet nämlich nicht nur den Schmerz, sondern alle Empfindungen im Beckenbereich aus. Das Kind muss deshalb mit Vakuumextraktion geholt werden. Für das Kind ist dies eine unsanfte traumatische Geburt wegen des enormen Sogs, dem sein Kopf ohne Schutz durch die Fruchtblase ausgesetzt ist; es muss auch den Weg im Geburtskanal, für den es normalerweise 30 – 60 Minuten bräuchte, in fünf Minuten zurücklegen; dabei werden seine Schädelplatten stärker zusammengeschoben – mit allen Gefahren eines Hirntraumas (Caldeyro-Barcia). Die Mutter bekommt einen grossen Dammschnitt, da die Vulva und der Damm keine Zeit haben, sich

physiologisch langsam – durch den Druck des kindlichen Köpfchens in jeder Wehe – zu dehnen. Der Schnitt wird gleich nach der Geburt genäht, was das unmittelbare Post-Partum-Bonding zwischen Mutter und Kind erschwert.

Diese Geschichte ist kein Einzelfall, sondern ein heute durchaus üblicher Geburtsverlauf in den Kliniken der Länder, die über eine ärztlich geleitete hochtechnologische Geburtshilfe verfügen. Und dazu gehören heute bereits viele Länder der Dritten Welt. Diese Geschichte ist ausserdem ein anschauliches Beispiel dafür, wie ein ärztlicher Eingriff weitere Eingriffe nach sich zieht. Wenn wir uns nun an die «Mungo-Story» erinnern, fällt Folgendes auf: der Plantagenbesitzer fragt ebensowenig nach der Ursache der plötzlichen Rattenplage wie der Geburtshelfer nach der Ursache der Wehenschwäche fragt. Beide bekämpfen die Störung, ohne sie zu verstehen. Die Mittel ihres «Kampfes» ziehen ihre «Patienten» – hier das Ökosystem Zuckerrohrplantage, dort das Ökosystem Mutter-Kind – in einen noch schlimmeren pathologischen Prozess als die ursprüngliche Störung war. In Unkenntnis der ökologischen Gesetze **bekämpfen sie Symptome** der Störung, statt mit dem Ökosystem zu arbeiten. Meine eigene Erfahrung und die Beobachtung vieler Hebammen und Geburtshelfer erlaubt folgende Thesen:

Die Klinikgeburtshilfe schafft meist die Pathologie, die sie dann wiederum behandeln muss. Sie verursacht – ohne immer die gewünschte Wirkung zu erzielen – unerwünschte Nebenwirkungen. Die Ursachen bleiben unbehandelt und schaffen so immer neue andere Symptome, die ihrerseits wieder falsch, d.h. symptomatisch behandelt werden. Ebenso symptomatisch werden die Nebenwirkungen behandelt. Der entscheidende Denkfehler, der all diesen Fehlentscheidungen zugrunde liegt, ist der, dass das Auftreten von Komplikationen bei einer Geburt normal sei. Aus der Biologie wissen wir, dass das Auftreten von Schädlingen in einem natürlichen Ökosystem (Biotop wie z.B. ein Garten oder ein Fluss) immer eine Störung des biologischen Gleichgewichts in diesem System anzeigt. In derselben Weise zeigt eine Geburtskomplikation eine Störung in der Geburtsökologie an, denn:

Geburt ist keine Krankheit (WHO), sondern ein physiologisches Geschehen.

Sie ist körperlich und emotional das vielleicht überwältigendste und schönste Ereignis im Leben einer Frau. Warum wird dann die Geburt weltweit noch immer als Krankheit angesehen, die der medizinischen und klinischen Behandlung bedarf? Weil hier zwei Dinge vermischt werden, die man sauberlich voneinander trennen sollte:

1. Pathologische Geburten, die selbstverständlich klinische Intervention verlangen, um Schaden von Mutter und Kind abzuwenden.
2. Normale Geburten, die nur deshalb pathologisch werden, weil sie von Anfang an als Krankheit behandelt wurden. In diesen Fällen sind Komplikationen im Geburtsverlauf nicht der Grund, sondern die Folge medizinischer Intervention.

Ich bin weit davon entfernt, eine heile Welt zu predigen, denn der Status quo in der Geburtshilfe ist derselbe wie in allen anderen Lebensbereichen: wir alle leben in einem grossen gestörten Ökosystem, das Erde heisst. Was wir aber dringend brauchen, ist eine **Vorstellung** davon, wie eine **physiologische** Geburt verläuft. Was wir brauchen, ist sozusagen ein Biotop, in dem Geburten physiologisch oder zumindest möglichst komplikationsfrei verlaufen. Um dieses Biotop zu schaffen, müssen wir folgende Fragen beantworten:

1. Welches sind die Determinanten eines solchen «Geburtsbiotops»?
2. Worin bestehen die möglichen Störungen?
3. Welche Massnahmen müssen wir ergreifen, um das Biotop so zu heilen, dass die Störung verschwindet und keine neuen Störungen auftreten? Wie können wir das Ökosystem Mutter-Kind so stabilisieren, dass es weniger störanfällig wird?

Die Begriffe «Biotop» und «Ökosystem» sind eigentlich neutrale Begriffe. Sie sagen nichts darüber aus, ob das Biotop bzw. Ökosystem gesund oder krank, natürlich oder vom Menschen gemacht ist. Ein Biotop ist ein durch seine besonderen Bedingungen abgegrenzter Lebensraum, in dem bestimmte Lebewesen in einer Gemeinschaft existieren. Diese Lebensgemeinschaft ist ein Ökosystem. Es gibt natürliche oder naturnahe Ökosysteme – etwa eine Blume oder eine Dorfgemeinschaft.

Und es gib städtisch-industrielle Ökosysteme – z. B. eine Fabrik oder eine Hochhaus-Siedlung.

Welches sind die Determinanten des Geburtsbiotops?

Das Biotop, in dem heute in den Industrieländern die meisten Kinder geboren werden, heisst Krankenhaus. Lassen Sie uns nun zur Klärung seiner wichtigsten Determinanten zur «Mungo-Story» und zur «Oxytocin-Story» zurückkehren, denn sie sind Beispiele dafür, dass man die Ursache einer Störung in einem System nicht findet, wenn man nur innerhalb des geschlossenen Systems denkt. Geschlossene Systeme gib es in Wirklichkeit nicht (Vester). Die Zuckerrohrplantage ist kein natürliches, auch kein naturgemässes, sondern ein künstliches Biotop, in dem aus arbeits-technischen und kurzsichtigen wirtschaftspolitischen Gründen immer nur eine Pflanze angebaut wird, die allmählich den Boden auslaugt. Aus der Biologie wissen wir, dass Monokulturen wesentlich anfälliger für Schädlinge sind als Mischkulturen. Eine wesentliche Ursache der Rattenplage besteht also darin, dass Zuckerrohr in Monokultur angebaut wird. Ein ökologisch denkender Plantagenbesitzer müsste also eine Mischkultur ansäen, damit der Boden sich erholen und mit verschiedenartigem Pflanzenbewuchs auch ein Biotop für heimische natürliche Feinde der Ratten entsteht. Und er würde dar-

über nachdenken, ob der Anbau von Zuckerrohr überhaupt sinnvoll und gesundheitspolitisch wünschenswert ist. Die Geburtsklinik, in der die «Oxytocin-Story» spielt, ist mit der Summe aller Erfahrungen, Kenntnisse, Vorurteile und Ängste, der in ihr arbeitenden Hebammen und Ärzte, ein ebensolch geschlossenes System. Können wir nicht eine grosse Geburtsklinik, nein – jede Geburtsklinik, als eine «Monokultur» bezeichnen? Ein Biotop, in dem nur Geburten stattfinden, ist kein natürliches Biotop. Ein Biotop, in dem pathologische Geburten mit all der hierfür nötigen Technologie, – ernste und den werdenden Eltern fremde Gesichter, eine erstarrte Hierarchie unter Hebammen und Ärzten, die Angst der Ärzte vor dem Chef oder dem Staatsanwalt, einseitig in der Geburtspathologie ausgebildete und erfahrene Ärzte und die Angst der Frauen alltäglich zuhause sind, – ist kein gesundes Biotop für eine physiologische Geburt. Die Angst, die diese «Monokultur» bei einer Frau hervorruft, ist die wirkliche Ursache ihrer Wehenschwäche. Eine neue aufregende Wissenschaft, die Psychoneuroendokrinologie, erforscht seit einigen Jahren die Wechselwirkungen zwischen Psyche und hormonellen Prozessen; ihre Ergebnisse bestätigen diese alte und alltägliche Erfahrung von Hebammen (Odent). Eine kausale Behandlung der Wehenschwäche wird also alles unternehmen, um die Angst

der Mutter abzubauen (Dick-Read). Das ist nur möglich, wenn Hebamme und Arzt sich nicht so sehr um das Symptom, sondern um die Mutter als Gesamtpersönlichkeit bemühen. Im Biotop «Krankenhaus» ist dies – mit wenigen Ausnahmen (Goos) – nicht möglich. Vielleicht gehört diese Frau zu der Mehrheit der Schwangeren, für die nach normalem Schwangerschaftsverlauf gar keine medizinische Indikation für eine Klinikgeburt bestand und die in einer vertrauten Atmosphäre mit individueller Betreuung eine natürliche Geburt erlebt hätte. Da alle Prozesse in Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach so stark miteinander verflochten sind, kann man für diese These mit den Methoden der herkömmlichen Statistik kaum Beweise aufstellen: der Glaube an diese Methoden setzt ein lineares, ein «unvernetztes Denken» voraus. Wir brauchen aber die Fähigkeit, in vernetzten Systemen zu denken (Vester). Lassen Sie uns nun fragen nach den Determinanten des Ökosystems, in dem sich Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach auf **physiologische** Weise vollziehen.

Determinanten eines gesunden, daher wenig stör-anfälligen Geburtsbiotops

Wir müssen zur Beantwortung dieser Fragen nicht einmal die Vergangenheit, die Zukunft oder die Phantasie bemühen. Auch heute gibt es das physiologische Geburtsbiotop. Wir müssen es nur beschreiben. Seine Hauptdeterminanten sind:

- Normaler Schwangerschaftslauf. Die werdende Mutter ernährt sich gesund und ist frei von körperlichem, emotionalem, sozialem und finanziellem Stress.
- Schwangerschaftsvorsorge (der normalen Schwangerschaft) und Geburtsvorbereitung der werdenden Eltern bzw. der alleinstehenden Mutter durch die Hebamme.
- Sanfte Geburt (Leboyer) im Hause der Mutter, die von der Hebamme betreut und geleitet wird. Für etwaige Komplikationen ist ein Geburtshelfer und der kinderärztliche Notdienst abrufbereit. Die Einweisung in eine Geburtsklinik ist binnen kurzer Zeit möglich.
- Umfassende Betreuung der jungen Familie durch die Hebamme oder einer Wochenbettpflegerin und eine Familienhelferin, die in den ersten zehn Tagen nach der Geburt den Haushalt betreut.

Die Autorin Susanne Kühnel



Ein Beweis für den weltweit vorbildlichen Erfolg dieses geburtshilflichen Ökosystems ist Holland mit seiner seit Jahrzehnten sehr niedrigen perinatalen Mortalität bei einem Hausgeburtenanteil von 40% (Stewart).

● Aus meiner Erfahrung als Hebamme fühlen sich die meisten Frauen zuhause wohler und geborgener. Ihr eigenes Zuhause ist ihnen vertraut, und sie tun daher ungehemmt Dinge, die ihnen in der Klinik nicht einmal einfallen würden – aus Unsicherheit, Scham oder dem unbewussten Gefühl heraus, dass dort die Geburt nicht mehr **ihre** Sache ist. Sie bewegen sich freier, sind zärtlich mit ihrem Partner, laufen umher, sitzen, liegen, hocken oder baden, wann immer sie das Bedürfnis dazu haben oder ich es ihnen empfehle. Sie hören entspannende Musik – oder auch nicht. Sie geniessen warmes Kerzenlicht oder gehen in ihren Garten hinaus. Sie stöhnen wohligh und singen – oder auch nicht. Diesen Bedürfnissen nachzugeben wirkt sich bei allen Frauen positiv auf den Geburtsverlauf aus. So wählen z.B. 90% der Frauen eine vertikale Geburtsposition für die letzte Phase – sie sitzen auf einem Gebärstuhl oder auf dem Schoss ihres Partners. Auch in der ersten Phase der Geburt ist das Gehen, Sitzen und Hocken häufiger und besser als Rücken- und Seitenlage: der Beckeneingang der Mutter wird weiter, die Geburtsdauer verkürzt sich um 1 – 2 Stunden, die Kontraktionen sind für die Mutter angenehmer und zugleich wirksamer, die Sauerstoffversorgung des Kindes ist besser und der mütterliche Beckenausgang erweitert sich um 1,5 cm (Caldeyro-Barcia, Killus, Kuntner). Aus diesem Grund und auch, weil die Mutter in der letzten Geburtsphase nicht – wie in den meisten Kliniken noch üblich – zum «Pressen», sondern zum ruhigen «Hinausschieben» und «Hinausstöhnen» ihres Kindes ermuntert wird, verlaufen die Geburten zuhause angstfreier, natürlicher und sanfter. Aus den gleichen Gründen gibt es fast nie einen Dammschnitt, nur ca. 50% leichte Dammsrisse oder Schürfungen, die oft nicht einmal genäht werden müssen und besser als ein Schnitt heilen. Eine Geburt, ohne diese sonst so häufige Geburtsverletzung, erleichtert auch das Bonding zwischen Mutter und Kind nach der Geburt und erspart vielen Frauen die schmerzhaften Nahtbeschwerden, die oft noch Jahre nach

der Geburt die sexuelle Beziehung der Eltern mit Angst vor dem Schmerz belasten. Die Fruchtblase wird nicht künstlich geöffnet, denn sie schützt mit dem Fruchtwasser den kindlichen Kopf vor unphysiologischem Druck im Geburtskanal und damit vor Hirnverletzungen (Caldeyro-Barcia).

Eine besonders entspannende Geburtsart für die Mutter – und für das Baby, der sanfteste Übergang vom Fruchtwasser in die Aussenwelt, ist die Wassergeburt: das Kind vertauscht nur eine schützende Flüssigkeit gegen eine andere.

Igor Charkovsky, der diese schon in alten Kulturen bekannte Geburtsart für das 20. Jahrhundert wiederentdeckt hat, spricht von zwei Schocks (bei der normalen Geburt), die man dem Kind durch eine Geburt ins Wasser ersparen kann:

1. dem «Gravitationsschock», den das Kind beim plötzlichen Eintritt in die Welt der Schwerkraft erleidet,
2. dem «Sauerstoffschock», der verursacht wird durch den plötzlichen ersten Atemzug – besonders nach einer unsanften «Landgeburt». Bei diesem ersten Atemzug gelangt plötzlich erheblich mehr Sauerstoff ins Blut als vor der Geburt.

Beide Schocks haben eine unsanfte Unterbrechung der sonst physiologischen sanften Entwicklung des kindlichen Nervensystems zur Folge. Dagegen ermöglicht die verminderte Schwerkraft im Wasser dem Neugeborenen eine sanfte erste Streckung der Wirbelsäule und mühelose, anmutige Bewegungen – spontane Schwimmbewegungen! Sie hilft ihm auch, Energie zu sparen – der Sauerstoffbedarf ist geringer, und es muss daher nicht gleich nach der Geburt atmen. Die Umstellung von der Nabelschnur- auf die Lungenatmung erfolgt also behutsamer und schmerzloser. Zudem muss das Kind die neuartigen Empfindungen und Reize nicht in einem Augenblick erleben: Licht, Geräusche, Atmung, Schwerkraft, Druck- und Temperaturunterschied... (Charkovsky, Sidenbladh).

● Komplikationen bei einer Geburt, die normal beginnt, sind zuhause seltener als in der Klinik (die Klinikweisungen betragen fünf Prozent); krampflosende oder schmerzlindeende Medikamente werden fast nie gebraucht; die Neugeborenen sind schon unmittelbar nach der Geburt rosiger und ruhiger, und sie sind es auch in den ersten Lebenstagen; sie trinken besser und werden seltener gelb

(sog. Neugeborenenengelbsucht); sie verlieren selten an Geburtsgewicht, sondern nehmen stetig zu (was wohl der ruhigen Atmosphäre, der fast völligen Abwesenheit von Stressfaktoren zuhause zuzuschreiben ist). Die Mütter sind nach der Geburt gelöst, wach und fähig zu viel Zärtlichkeit und Aufmerksamkeit für ihr Kind; die selbständige Pflege ihres Kindes gelingt ihnen besser; Stillprobleme sind seltener. Die Väter sind gelöster, dadurch auch bessere Partner während der Geburt und danach – und sie werden nicht, wie in der Klinik üblich, bald nach diesem intimen gemeinsamen Erlebnis von ihrer Frau und ihrem Kind getrennt.

Alle diese positiven Erfahrungen mit der Hausgeburt verdanken wir sicher auch der Tatsache, dass die Bedingungen zuhause wie geschaffen sind für das Bonding zwischen Eltern und Kind vor, während und nach der Geburt. Hinzu kommt, dass bei einer Hausgeburt die Hebamme nur **eine** Frau betreut, bei deren Entbindung sie all diese Prozesse unterstützen kann, während es in der Klinik üblich ist, dass eine Hebamme für drei bis vier Frauen (!) gleichzeitig zuständig ist.

Gegner der Hausgeburt führen immer wieder ins Feld, dass sie altmodisch, unverantwortlich sei und die Erfolge in der Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität gefährde. Es gibt jedoch keinen eindeutigen Beweis dafür, dass die rasante Entwicklung der hochtechnologischen Klinikgeburtshilfe (in der BRD) der Grund für diese Erfolge ist. Tatsache ist: In all den Ländern, wo Ärzte die Geburtshilfe übernommen haben und es Hebammen entweder praktisch nicht mehr gibt, wie in den USA, oder wo ihr Status und ihre Verantwortung so reduziert worden sind, dass sie lediglich als Assistentinnen des Arztes gelten, wie in der BRD, konnte die perinatale Mortalität nicht **so schnell** verringert werden wie in den Ländern, wo **die Hebamme** grosses Ansehen geniesst und persönliche Verantwortung für die Geburtsleitung trägt (Kitzinger).

Also kann man hier zumindest die provokative Frage stellen: Ist nicht die wirkliche Ursache für diese Erfolge die Tatsache, dass sich in den letzten Jahren das Bewusstsein vieler Eltern, Hebammen und Ärzte verändert hat und dadurch auch viele Klinikgeburten risikofreier und sanfter verliefen?

Fortsetzung in der Aprilnummer