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: 94 (1996)

Heft: 3

Artikel: Wie gebären wir unsere Kinder : heute und in Zukunft

Autor: Sjoli, Sonja

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950597

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

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

Wie gebären wir unsere Kinder: Heute und in Zukunft

Referat von Sonja Sjoli, Präsidentin des ICM, gehalten am 2. Kongress der internationalen Hebammenvereinigung (ICM) für das deutschsprachige Europa in Friedrichshafen

Sonja Sjoli, Präsidentin des ICM Foto: K. Graf

Dieses Thema wird in ganz Europa diskutiert und ist von grosser Bedeutung.

Mehrere Jahrzehnte wurde die Geburtsfürsorge in der westlichen Welt von medizinischer Denkweise beherrscht. Eine Trendwende ist jedoch zu verzeichnen. Viele gesellschaftliche Gruppen beschäftigen sich mit der Rückkehr zur natürlichen Entbindung. Neue Forschungsberichte bestätigen täglich, dass alle Eingriffe in den natürlichen Verlauf einer Geburt störend sein können. Gleichzeitig wurde belegt, dass das Engagement der Frau von grosser Bedeutung ist.

Die meisten Frauen gebären Kinder in ihrem Leben. Es gibt jedoch wenige Frauen, die sich auch für die Schwangerschaft und die Entbindung begleitende Umstände interessieren, die sich auf die Zeit beziehen, in der sie davon nicht mehr persönlich betroffen sind. Auf diese Weise üben die Frauen lediglich einen geringen Einfluss auf den Inhalt und die Organisation der in dieser Zeit angebotenen Leistungen aus. Trotz der Frauenbewegung und der Befreiung der Frauen empfinden viele Frauen, dass ihnen im Bereich der Vorgeburtsfürsorge sowie in den Entbindungsanstalten kein Mitspracherecht eingeräumt wird. Das ist auch der Anlass unserer Freude darüber, dass starke Verbraucherorganisationen aus dem Boden schiessen, die die Aufmerksamkeit auf die Geburt lenken.

Kinder sollen sicher und mit Freude geboren werden. Dass dies auch geschieht, hängt von der in der Gesellschaft vorherrschenden Meinung in bezug auf das Phänomen der Entbindung ab. Um es einfach zum Ausdruck zu bringen: Es gibt zwei unterschiedliche Auffassungen bzw. Modelle: die medizinische sowie die traditionelle Entbindung. Das medizinische Modell hat zum Leitgedanken, dass keine Entbindung als normal betrachtet werden kann, bis sie vorbei ist, was wir in Norwegen als «das Denken an den schlimmsten Fall» bezeichnen. Dem traditionellen Modell liegt der Gedanke zugrunde,, dass alle Entbindungen normal sind. Es ist das vorherrschende Modell, das sowohl bei der Festlegung des sichersten Entbindungsortes als auch bei der Art der Entbindung massgebend ist. Diejenigen, die das medizinische Modell gutheissen, sagen zu Recht, dass ein Kind zu bekommen eine normale und gesunde Sache ist. Gleichzeitig jedoch lässt ihr Ansatz erkennen, dass die Entbindung einer Krankheit ähnelt. Die beste Bestätigung dieses eine Krankheit beinhaltenden Ansatzes ist die, dass in der Theorie der Körper und der Geist getrennt werden und dass der menschliche Körper zu einer Maschine wird, die vom Arzt zu reparieren ist. Dabei stellt diese Krankheit einen Fehler im Mechanismus dar, und der Arzt wird zum Techniker, der eine Funktionsstörung des Körpers behebt.. Damit ist nach dieser Denkweise das Schwangersein und das Gebären von Kindern eine Funktionsstörung, die von der Norm, dem nichtschwangeren Zustand, abweicht.

Das traditionelle Modell betrachtet die Schwangerschaft und die Entbindung als normal und als ein Teil des Lebens einer Frau. Der Körper und der Geist sind untrennbar, und es wird auf die Stärkung der Gesamtsituation einer Frau und insbesondere auf ihre seelische Komponente Wert gelegt. Die Einstellung ist die, dass, gerade weil der Körper und die Seele eine Einheit bilden, die Körperkrankheit durch die Verbesserung der allgemeinen körperlichen Verfassung zu heilen ist.

Diejenigen, die dieses Modell unterstützen, werden nicht bestreiten, dass sich eine schwangere Frau elend oder krank fühlen kann, sie ist jedoch krank im Sinne von «sich schlecht fühlen», und ihr vorderstes Bedürfnis ist die Fürsorge. Natürlich kann jemand ernsthaft erkranken im Sinne einer «Krankheit», dies bedingt jedoch körperliche Komplikationen und nicht den geistigen Zustand.

Diese zwei Ansätze in bezug auf die Fortpflanzung spiegeln sich ebenso in den Ansichten über die Sicherheit während der Entbindung wider, wie auch in den Meinungen darüber, wo und wie die Entbindung stattfinden soll.

Die Sicherheit im medizinischen Verständnis ist direkt vom aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse sowie von der Perinatalmortalität abhängig. Solange die Perinatalmortalität positiv ist und höhere Zahlen als in anderen Ländern aufweist, ist es vernünftig, einen Vergleich mit seiner eigenen Lage zu ziehen; das Fürsorgesystem entspricht nicht den neuesten Forschungserkenntnissen, die Sicherheit wird als nicht gut genug betrachtet. Je mehr Geräte und Fachsachverstand im Kreissaal zu finden sind, desto mehr wird dies als Zeichen der Sicherheit verstanden, von den Ärzten und teilweise auch von den Hebammen. Wir vermuten, dass die gebärende Frau es auch so betrachtet, da sie glaubt, dass die Fachleute wissen, was für sie das beste ist.

Es gibt keine Dokumentation über den Nutzen der meisten technologischen Ausrüstungen für die Wehenüberwachung. Ausserdem werden oft durchgeführte Eingriffe nicht einmal durch eine medizinische Indikation gerechtfertigt. Die westliche Medizin hat einen Komplex, den man als «Mensch als Maschine» bezeichnen kann, und darin gibt es keinen Platz dafür, welche Auswirkungen die Angst und die Unsicherheit auf den Geburtsablauf haben können. Und das alles, obwohl wir uns der Tatsache mehr und mehr bewusst sind, dass dies zu Komplikationen führen kann. Aus diesem Grunde müssen wir zwei Arten der Sicherheit in Betracht ziehen: die medizinische sowie das subjektive Sicherheitsgefühl der Frau.

Der ideale Entbindungsort nach dem medizinischen Modell ist eine Entbindungsstation mit Spezialisten und allen zur Verfügung stehenden technischen Ausrüstungen und Überwachungsmöglichkeiten. Dies führt zur Zentralisierung von Leistungen und zur hochspezialisierten geburtshilflichen Fürsorge.

Das Sicherheitsverständnis im traditionellen Modell steht im Widerspruch zum medizinischen: Die Sicherheit und der Gefühlszustand der Mutter sind so eng miteinander verbunden, dass eine sichere Mutter günstigen Einfluss auf eine sichere Entbindung ausübt. Die Natur regelt die Entbindung in den meisten Fällen am besten selbst, ohne Einmischung und Kontrolle durch

Medikation und technische Mittel. Im Gegenteil, es wird behauptet, dass die natürlichen Vorgänge, wie der Hormonhaushalt, gestört werden und die Gefahr von Komplikationen in sich bergen, wenn Eingriffe wie der künstliche Blasensprung, Pitozin-Infusionen und ein Übermass an schmerzlindernden Mitteln vorgenommen werden. Und genau das geschieht oft. Erstens wird in die natürliche Wehentätigkeit eingegriffen, was zu Komplikationen führt. Zweitens wird behauptet, die Statistik belege, dass es Komplikationen gibt und Eingriffe notwendig sind. Zudem sei eine von Ärzten geleitete und mit technischen Überwachungsgeräten ausgestattete Station mit Spezialisten das sicherste für alle gebärenden Frauen, wofür es allerdings keine dokumentierten Werte gibt. Meiner Meinung nach handelt es sich hier um eine Vergewaltigung. Im tiefsten Sinne betrifft es die Art der Ansicht, die wir über die Menschheit, die Natur, die Schwangerschaft sowie die Entbindung haben. Ich wundere mich ständig über den Machtkampf zwischen den Ärzten und den Hebammen in bezug auf die grundlegenden Ansichten zu diesen Themen.

Ist das die eigene Unsicherheit der Ärzte und der Hebammen, die zu diesen Praktiken führen? Diese Unsicherheit ist sicherlich nicht durch seriöse und professionelle Forschung und Dokumentation belegt. Auf dieses Thema komme ich später zurück.

Diejenigen, die während der Entbindung bei der Frau sind, müssen dafür sorgen, dass sie sich sicher genug fühlt. Verordnung jeglicher Arzneimittel und Eingriffe sind lediglich in Ausnahmefällen vorzunehmen. Die beste Sicherheit zu diesem Zeitpunkt ist dadurch zu erreichen, dass man den Dingen einen natürlichen Verlauf lässt, sorgfältig wachsam bleibt und sich selbst die notwendige Fürsorge und Sicherheit vermittelt. Diejenigen, die dieses Modell befürworten, glauben, dass sich die meisten Frauen zu Hause am sichersten fühlen oder in von Hebammen geleiteten Stationen für Frauen mit kleinem Geburtsrisiko, in alternativen Entbindungsanstalten bzw. in Krankenhäusern, wo sie sich ausschliesslich und nur zur Entbindung aufhalten. Aus diesem Grunde soll die Entbindung in diesen Einrichtungen stattfinden, vorausgesetzt, dass ein normaler Geburtsverlauf zu erwarten ist.

Beim traditionellen Modell steht die Hebamme im Mittelpunkt. Der Arzt wird nur hinzugezogen, wenn Komplikationen auftreten. Die Vereinigten Staaten haben heute ein Geburtsfürsorgesystem, das dem medizinischen Modell sehr ähnelt, während die Niederlande ein kombiniertes System haben, das das traditionelle Modell zur Grundlage hat. In Norwegen haben wir ebenfalls eine Kombination, obwohl ich es als schwierig empfinde, auch nur ein Anzeichen des traditionellen Modells in unseren grossen Entbindungsanstalten zu entdecken. Historisch gesehen ersetzte in ganz Westeuropa das medizinische Modell das traditionelle.

Die Fürsorge während der Schwangerschaft und der Entbindung geht davon aus, dass gebärende Frauen der Überwachung durch hochentwickelte Technik sowie des Zugangs zu schneller Hilfe in Notfällen in den Krankenhäusern bedürfen. Es gibt kaum eine Unterscheidung in der Geburtsfürsorge. Die Entbindung ist jedoch für die meisten Frauen eine normale physiologische Angelegenheit.

Den grössten Teil der zur Verfügung stehenden Finanzmittel erhalten Krankenhäuser, in denen die Geburtshelfer zum grossen Teil über die Verwendung der Mittel entscheiden. Dieser Grundsatz ist einmalig im Rahmen der Gesundheitsdienste. Um diesen Punkt zu verdeutlichen, kann der Vergleich beigezogen werden, dass alle alten Menschen ohne Berücksichtigung ihres Problems an die Geriatriespezialisten überwiesen würden. Es gibt eine gut zu definierende Gruppe von Frauen, die aller Wahrscheinlichkeit nach Dienste von medizinischen Fachleuten bedürfen, und die Gewährung von solchen Diensten soll diejenigen berücksichtigen, die sie brauchen, und nicht diejenigen, die sie nicht in Anspruch nehmen müssen. Das heutige System nimmt auch nicht die Fähigkeiten von Hebammen in Anspruch.

«Das Denken an den schlimmsten Fall», wie ich bereits erwähnt habe, verliert an Boden in der industrialisierten Welt. Es ist jetzt acht Jahre her, seitdem die WGO den Bericht «Having a Baby in Europe» veröffentlichte. Der Bericht setzt sich kritisch mit Unterschieden in der Organisation der Geburtsfürsorge in Europa auseinander. Führende Fachleute aus 13 Ländern unterzeichneten ihn. Er kommt zum Schluss, dass es keine Belege für die Behauptung gibt, die Überwachung von Frauen durch die hochentwickelte Technologie sei sicherer als andere Formen der Geburtsfürsorge. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass kleine Entbindungsanstalten und Hausgeburten vollkommen vertretbar sind, was die Sicherheit von Mutter und Kind betrifft.

Im Jahre 1994 wurde das Buch «Where to be born» von Rona Campbell und Alison Macfarlane veröffentlicht. Campbell ist Forscherin und Lehrerin an der Fakultät für Soziologie und Sozialpolitik der Quinn-Universität in Belfast. Macfarlane arbeitet als medizinische Statistikerin an der Nationalen Institution für Perinatale Epidemiologie in Oxford.

Dieser Bericht beschäftigt sich mit der Entwicklung der Geburtspolitik in unterschiedlichen Umgebungen und gibt einen Überblick über die Anhaltspunkte in bezug auf Risiken und Vorteile im Vereinigten Königreich. Sie werteten alle zur Verfügung stehenden Forschungsarbeiten aus, die sich mit dem Entbindungsort beschäftigen. Sie haben einige Schlussfolgerungen gezogen und machten auf die Beweislücken und -mängel sowie auf die unbeantworteten Fragen aufmerksam.

1. Es gibt keinen Beweis für die Behauptung, dass die beste Sicherheit für alle Frauen dadurch gewährleistet wird, dass sie im Krankenhaus entbinden.
2. Der statistische Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Entbindungen in Krankenhäusern und der Abnahme der allgemeinen perinatalen Mortalitätsrate kann kaum ganz oder nur teilweise im kausalen oder wirksamen Zusammenhang erklärt werden.
3. Keine zufriedenstellende Erklärung wurde für die höhere allgemeine perinatale Mortalitätsrate gefunden, die bei den Entbindungen vor Mitte der 70er Jahre in Krankenhäusern mit fachärztlichen geburtshilflichen Einrichtungen beobachtet wurde im Vergleich mit Entbindungen, die an anderen Orten stattfanden.
4. Aufgrund von Datenmangel ist es überhaupt nicht möglich, zuversichtlich den Schluss zu ziehen, dass Kinder, die von Frauen mit kleinem Geburtsrisiko in Krankenhäusern mit fachärztlichen geburtshilflichen Einrichtungen geboren wurden, aufgrund eines geburtshilflichen Eingriffs einem grösseren oder kleineren Sterberisiko unterliegen als Kinder mit ähnlichen Problemen, die woanders geboren werden.
5. Der Anstieg zwischen der allgemeinen perinatalen Mortalitätsrate bei den Hausgeburten zwischen 1970 und 1980 kann fast mit Sicherheit durch den unverhältnismässigen Anstieg der Rate der nicht geplanten Hausgeburten im Verhältnis zu geplanten Hausgeburten und als Folge der Abnahme der Gesamtzahl der Hausgeburten erklärt werden.
6. Die Politik der Schliessung von kleineren geburtshilflichen Anstalten aus Sicherheits- oder Kostengründen wird durch die zur Verfügung stehenden Daten nicht unterstützt.
7. Bei Frauen mit kleinem Risiko, die in Krankenhäusern gebären, gibt es keinen eindeutigen Beweis für belegbare Unterschiede zwischen der Sterblichkeit und Morbidität von Kindern, die Frauen unter der Fürsorge von geburtshilflicher fachärztlicher Beratung gebären, und den Kindern, die unter Aufsicht praktischer Ärzte geboren wurden.

8. Schlechtere Ergebnisse der von zu Hause oder aus Abteilungen von Allgemeinärzten verlegten Frauen im Vergleich zu nicht verlegten Frauen resultierten wahrscheinlich daraus, dass Frauen mit Problemen überwiesen wurden. Obwohl es dafür keinen schlüssigen Beweis gibt, ist es wahrscheinlich, dass eher dieses Auswahlverfahren als ein nachteiliger geburtshilflicher Eingriff für die hohe Sterblichkeitsrate in den Krankenhäusern im Vergleich zu den geplanten Hausgeburten oder den Geburten in Praxisräumlichkeiten der Allgemeinärzte verantwortlich ist.
9. Es gibt manche Beweise, wenn auch nicht eindeutige, dafür, dass die Morbidität bei Müttern und Kindern unter institutioneller Fürsorge höher liegt. Bei manchen Frauen ist es möglich, jedoch nicht nachgewiesen, dass das iatrogene (durch ärztliche Einwirkung entstandene) Risiko bei einer Entbindung in einer Anstalt möglicherweise höher ist als der ihr zugeschriebene Nutzen.
10. Die wenigen im Vereinten Königreich durchgeführten Kostenstudien fanden keine Beweise dafür, dass die Fürsorge in einer allgemeinen geburtshilflichen Station für die öffentliche Hand oder deren Benutzer unwirtschaftlich ist. Es gibt kaum neue Angaben, aus denen man die Kosten der Hausgeburten entnehmen könnte.
11. Die Mehrheit der Frauen, die sowohl Erfahrungen mit einer Hausgeburt als auch mit einer Geburt im Krankenhaus haben, zog es vor, ihre Kinder zu Hause zu bekommen, obwohl sich darunter wahrscheinlich eine unverhältnismässig hohe Zahl von Frauen befindet, die sich eine Hausgeburt nach einer Entbindung im Krankenhaus wünschten, mit der sie nicht zufrieden waren.

In Norwegen wurde eine Studie angefertigt, die sich mit der Zentralisierung der Geburtsfürsorge sowie der Perinatalmortalität zwischen den Jahren 1986 und 1990 beschäftigte. Der Epidemiologe Eilif Lund leitete die Arbeiten an dieser Studie. Und die Schlussfolgerung ist die, dass es keine belegten Beweise dafür gibt, dass es gefährlicher ist, in einer kleinen Station statt in einer grossen Station mit Spezialisten zu gebären. Durch eine sorgfältige vorgeburtliche Fürsorge und die Auswahl solcher Frauen, die wahrscheinlich der Überwachung und Unterstützung in einer entsprechend ausgerüsteten Fachstation bedürfen, entfällt der Grund dafür, den Zentralisierungstrend fortzusetzen, den wir in den letzten 15 bis 20 Jahren beobachten konnten. Die Zentralisierung weist keine beweisbare Wirkung auf die perinatale Mortalitätsrate auf. Deswegen ist es erforderlich und wirtschaftlich richtig, die Mittel anders zu verteilen und die Notwendigkeit differenzierterer Leistungen, als wir heute haben, zu berücksichtigen.

Der Artikel wird im SH 4/96 fortgesetzt!

HEBAMMENKONGRESS 1996 LUZERN

Schweizerischer Hebammenkongress Luzern, 25./26. April 1996

Vorträge – Referentinnen/Referenten:

Aktuelle Situation der Hebamme in der Schweiz
Anita Frick: Hebamme und Schulleiterin der Hebammenschule St. Gallen

Erlebnisse einer italienischen freischaffenden Hebamme
Martha Campiotti: Dr. phil., freipraktizierende Hebamme in Italien und Mutter von zwei Kindern

Umgang mit Macht, Strukturveränderungen in Hebammenteams; Supervision

Congrès national des sages-femmes à Lucerne, les 25 et 26 avril 1996

Conférences – conférencières / conférenciers:

La situation actuelle des sages-femmes en Suisse
Anita Frick: sage-femme et directrice de l'école de sages-femmes de Saint-Gall

Le vécu d'une sage-femme indépendante italienne
Martha Campiottio: docteur en philosophie, sage-femme indépendante en Italie, mère de deux enfants

Attitude face au pouvoir, modifications structurelles dans les équipes de sages-femmes; supervision

Congresso delle levatrici Svizzere, Lucerna, 25/26 Aprile 1996

Relazioni – Relatrici / relatori

Attuale situazione della levatrice in Svizzera
Anita Frick: Levatrice e direttrice della scuola per levatrici di S. Gallo

Esperienze di una levatrice italiana, libera professionista
Martha Campiotti: Dr. phil. levatrice, libera professionista in Italia e madre di due bambini.

Relazione con il potere, cambiamenti nelle strutture nell' équipe di levatrici; supervisione