

Fische können das Wasser nicht sehen: die Notwendigkeit Geburtshilfe menschenwürdig zu gestalten

Eine menschenwürdige Geburtshilfe¹ stellt die Frau in den Mittelpunkt und übergibt ihr die Kontrolle. Sie setzt den Schwerpunkt auf gemeindenaher Primärversorgung der Mutter durch Hebammen, Krankenschwestern und Ärzte, die partnerschaftlich und harmonisch zusammenarbeiten und ist evidenzbasiert². In der Regel bringt die westliche, medikalisierte Hightech-Geburtsmedizin unter Kontrolle ärztlicher Geburtshelfer einen Verlust von Menschlichkeit mit sich und führt oft zu unnötigen, kostspieligen, gefährlichen, invasiven geburts-hilflichen Interventionen und sollte nie in Entwicklungsländer exportiert werden. Hebammen und geplante außerklinische Geburtshilfe sind sicher für Geburten mit niedrigem Risiko.

1. Einleitung

Die Geburtshilfe menschenwürdig zu gestalten heißt zu verstehen, dass gebärende Frauen menschliche Wesen sind, keine Maschinen und erst recht keine Container zur Produktion von Babys. Frauen – der Hälfte aller Menschen – zu zeigen, dass sie minderwertig und unzulänglich sind, indem man ihnen ihre Kraft zu gebären nimmt, ist eine Tragödie für die gesamte Gesellschaft. Die Frau hingegen zu respektieren als wichtigen und wertvollen Menschen und sicherzustellen, dass ihre Erfahrung während der Geburt erfüllend und Kraft spendend ist, ist nicht einfach eine nettes Extra; es ist absolut essenziell, denn es stärkt die Frauen und damit die Gesellschaft.

Menschenwürdige Geburtshilfe bedeutet, die gebärende Frau in den Mittelpunkt zu stellen und ihr die Kontrolle zu überlassen, sodass sie und nicht die Ärzte oder sonst jemand die Entscheidungen darüber trifft, was passieren wird. Menschenwürdige Geburtshilfe heißt zu verstehen, dass der Schwerpunkt der Entbindungseinrichtungen nicht auf der krankenhauserorientierten Tertiärversorgung³ liegt, sondern auf der gemeindenahen Primärversorgung⁴ durch Hebammen, Krankenschwestern und Ärzte, die harmonisch und partnerschaftlich zusammenarbeiten. Eine menschenwürdige Geburtshilfe arbeitet auf der Grundlage guter wissenschaftlicher Erkenntnisse inklusive evidenzbasiertem Einsatz von Technik und Medikamenten. Gleichwohl haben wir heute an vielen Orten keine menschenwürdige Geburtshilfe. Warum? Weil Fische das Wasser nicht sehen können, in dem sie schwimmen. Geburtsbegleiter, seien sie Ärzte, Hebammen oder Krankenschwestern, die nur krankenhauserorientierte, medikalisierte Geburten mit hohem Interventionsgrad kennen gelernt haben, können den tief greifenden Effekt, den ihre Interventionen auf die Geburt haben, nicht sehen. Diese Geburtsbegleiter im Krankenhaus haben keine Ahnung, wie eine Geburtshilfe ohne all die Interventionen aussieht, eine Geburtshilfe die keinen Verlust an Menschlichkeit erlebt hat. Dieses weit verbreitete Unvermögen zu erkennen, was eine normale, menschlich gestaltete Geburt überhaupt ist, wurde von der World Health Organization (WHO) zusammengefasst:

¹ Der Autor verwendet den Begriff „humanized birth“, der in der deutschen Übersetzung – der besseren Lesbarkeit wegen – als „menschenwürdig“, „menschlich gestaltete“ oder auch „humanisierte“ Geburt bzw. Geburtshilfe bezeichnet wird.

² In der evidenzbasierten Medizin (engl. „evidence based medicine“; EBM) werden medizinische Entscheidungen aufgrund wissenschaftlich belegter Ergebnisse (Evidenz) getroffen, also z.B. den Ergebnissen großer Studien.

³ Perinatalzentren, große Kliniken

⁴ Geburtshäuser, kleine Kliniken, Hausgeburten

„Indem die Geburt medikalisiert wird, man also die Frau aus ihrem Umfeld heraus nimmt und mit seltsamen Leuten umgibt, seltsame Maschinen benutzt um seltsame Dinge mit ihr zu tun in dem Bemühen ihr zu helfen, wird der Zustand von Geist und Körper der Frau derart beeinträchtigt, dass die Art und Weise, in der sie diesen intimen Akt ausführt, beeinträchtigt sein muss, ebenso wie der Zustand des geborenen Babys beeinträchtigt sein muss. Die Folge ist, dass das Wissen verloren geht, wie Geburten vor diesen Manipulationen ausgesehen haben. Die meisten Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, wissen gar nicht mehr, was eine nicht medikalisierte Geburt ist. Die gesamte moderne geburtshilfliche und neonatologische Literatur basiert wesentlich auf Beobachtungen der medikalisierten Geburt.“^[1]

Warum bedeutet die medikalisierte Geburt notwendigerweise einen Verlust an Menschlichkeit? Bei der medikalisierten Geburt behält der Arzt immer die Kontrolle, während ein Schlüsselement der menschenwürdigen Geburt ist, dass die Frau die Kontrolle über ihre Geburt und darüber was mit ihr passiert hat. Kein Patient im Krankenhaus ist jemals unter totaler Kontrolle – wenn eine Patientin mit der Behandlung im Krankenhaus nicht einverstanden ist und erfolglos versucht hat, eine bessere Behandlung zu erwirken, hat sie nur noch die Wahl die Klinik zu verlassen. Den Frauen die Wahl über Teile des Geburtsmodus zu überlassen bedeutet nicht die Kontrolle vollständig abzugeben. Denn die Ärzte entscheiden, welche Wahlmöglichkeiten den Frauen eingeräumt werden, und außerdem haben sie die Macht zu entscheiden, welchen Wünschen der Frau sie sich fügen.

Vor 15 Jahren hat eine WHO-Konferenz in Fortaleza, Brasilien, empfohlen die Geburt zu kontrollieren. Und zwar nicht durch einzelne Ärzte und Krankenhäuser, sondern durch evidenzbasierte Betreuung, überwacht von der Regierung. Die Geburt, die sich während der letzten 100 Jahre weg von den Gemeinden langsam aber sicher in Richtung krankenhauserorientierte Betreuung bewegt hat, soll den Gemeinden zurück gegeben werden.

Jetzt wird die zurzeit laufende Konferenz über den nächsten Schritt beraten – die Rückgabe der Geburt an die Frau und ihre Familie. Ärzte sind Menschen; gebärende Frauen sind Menschen. Sich zu irren ist menschlich. Frauen haben ein Recht darauf, dass die Fehler, die während ihrer Geburt gemacht werden, ihre eigenen sind und nicht die anderer.

Wehen und Geburt sind Funktionen des autonomen Nervensystems und entziehen sich deshalb der bewussten Kontrolle. So ergeben sich prinzipiell zwei mögliche Herangehensweisen zur Begleitung einer Geburt: einerseits mit der Frau zu arbeiten, um ihre eigenen unabhängigen Antworten zu erleichtern – humanisierte Geburtshilfe; andererseits sich über die Biologie hinwegzusetzen und unter Verwendung von Interventionen wie Medikamenten und chirurgischen Eingriffen die externe Kontrolle über den natürlichen Geburtsverlauf zu stellen – medikalisierte Geburt.

In der Praxis kann die Betreuung während der Geburt auch eine Kombination der beiden Herangehensweisen beinhalten: Erleichterung der eigenen Antworten der Frau, die normalerweise in der außerklinischen Geburtshilfe dominiert, während die Auferlegung einer externen Kontrolle üblicherweise die klinische Geburtshilfe dominiert. Ob jedoch eine Betreuung medikalisiert ist oder wirklich menschenwürdig gestaltet, hängt davon ab, ob die gebärende Frau die vollständige Kontrolle hat oder nicht.

2. Warum medikalisierte Geburt?

Die vergangenen 15 Jahre haben einen Kampf zwischen diesen beiden Ansätzen erlebt, der zunehmend intensiver und globaler wurde. Heute gibt es zwei Arten der Geburtshilfe: 1.) die hoch medikalisierte, hightech-, arzt-zentrierte, Betreuung, bei der Hebammengeburtshilfe kaum eine Rolle spielt, die man zum Beispiel in den USA, Irland, Russland, der Tschechischen Republik, Frankreich, Belgien und den Städten Brasiliens findet; 2.) den humanisierten

Ansatz mit starken, autonomen Hebammen und viel niedrigeren Interventionsraten, die man zum Beispiel in den Niederlanden, Neuseeland und skandinavischen Ländern findet. Eine Mischung beider Ansätze findet sich zum Beispiel in Großbritannien, Kanada, Deutschland, Japan und Australien.

In großen Städten der Entwicklungsländer gibt es heute üblicherweise medikalisierte Entbindungseinrichtungen, während die ländlichen Gegenden noch nicht von medikalisierten Einrichtungen durchdrungen wurden und menschenwürdig gestaltete noch vorhanden sind. Die vorherrschende medizinische Meinung ist, dass die „moderne“, also westliche, intensiv-geburtshilfliche Entbindungsmedizin Leben rettet und Teil der Entwicklung ist, und dass Versuche, die Exzesse der Entbindungsmedizin unter Kontrolle zu halten, einen Rückschritt bedeuten. Die augenblickliche Situation in den Entwicklungsländern verstärkt die Idee, es gäbe die außerklinische Hebammen-Geburtshilfe nur deshalb noch, weil moderne medizinische Methoden hier noch nicht zur Verfügung stünden.

Wir übergehen die Biologie aber auf eigene Gefahr. Wenn wir zum Beispiel aufhören, unsere Körper zu benutzen, funktionieren sie nicht mehr richtig. Es ist „modern“, im Auto oder in öffentlichen Verkehrsmitteln herumzufahren, mit der Folge, dass wir kaum noch gehen, geschweige denn laufen. Dann findet die Wissenschaft heraus, dass unser Körper solche Bewegung braucht, da wir sonst Herz- und Kreislauf-Probleme bekommen. Die postmoderne Idee ist, wieder zu gehen und zu laufen (joggen), und das wird als fortschrittlich angesehen, nicht als Rückschritt. So gesehen ist eine humanisierte Geburtshilfe kein Rückschritt, sondern postmodern und progressiv.

Jede Veränderung der Lebensbedingungen, das beinhaltet auch Entwicklung, hat ein Potenzial für positive und negative Effekte. Die positiven Effekte der Entwicklung überwiegen die negativen bei weitem – bis soziale und wirtschaftliche Vorteile alle Menschen erreicht haben. Dann zeigen sich allmählich die versteckten negativen Auswirkungen. So sind jetzt die negativen Effekte dieser Entwicklung auf die Kindersterblichkeit zum Vorschein gekommen,^[2] die schon immer da waren. Die negativen Effekte der Entwicklung auf die Müttersterblichkeit werden auch deutlich. Geburtshilfliche Eingriffe wie die Sectio caesarea retten manchmal Leben und töten manchmal – die Müttersterblichkeit ist sogar bei elektiver (nicht Notfall-)Sectio 2,84-mal so hoch wie bei vaginaler Geburt.^[3] In den USA ist nach Daten des US Center for Disease Control die Müttersterblichkeit, nach Jahrzehnten stetigen Abfalls, von 7,2⁵ in 1987 auf 10,0 in 1990 gestiegen.^[4] Während diese Rate in anderen Industrieländern weiter fiel, stieg die Rate mütterlicher Tode in den USA auch in den 90er Jahren langsam, aber stetig an. Laut WHO ist sie jetzt höher als in 20 anderen hoch industrialisierten Ländern.^[5]

Weil sich die WHO in der Vergangenheit stark auf Geburtshelfer aus hoch industrialisierten Ländern verlassen hat, die wenig oder gar keine Erfahrung in Entwicklungsländern hatten, tendierten ihre Programme dazu, die Rolle der Ärzte in der Geburtshilfe hervorzuheben. Dies ist ein zweischneidiges Schwert – als Safe Motherhood Programme in Brasilien starteten, war es erfreulich zu sehen, wie die Müttersterblichkeit signifikant fiel, gleichzeitig aber stiegen die Sectio-Raten, sogar in den ärmsten Bundesstaaten (siehe unten).

Geburtshelfer behaupten oft, die medikalisierte Hightech-Geburtsmedizin in reichen Ländern sei ein wahrer Fortschritt. Die wissenschaftliche Evidenz kommt allerdings zu anderen Ergebnissen. In den letzten 20 Jahren hat es in den hoch industrialisierten Ländern keine wesentliche Verbesserung der Raten mit niedrigem Geburtsgewicht oder der Anzahl zerebraler Lähmungen gegeben. Der leichte Abfall der perinatalen Sterblichkeit in diesen Ländern in den

⁵ bezogen in der Regel auf 100.000 Lebendgeborene

letzten zehn Jahren beruht auf einer leichten Verbesserung der Neugeborenensterblichkeit durch die Neugeborenen-Intensivmedizin, nicht durch die Geburtshilfe. In den hoch entwickelten Ländern sind alle Versuche gescheitert, durch höhere Interventionsraten in der Geburtshilfe die perinatale Sterblichkeit zu senken. Eine Studie des US National Center for Health Statistics kommentiert: „Im Vergleich der Rate perinataler Sterblichkeit mit denen von Sectio und operativer vaginaler Geburt finden sich zwischen den einzelnen Ländern keine konstante Wechselbeziehungen.“^[6] Eine Übersicht der Oxford National Perinatal Epidemiology Unit über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema stellt fest: „Zahlreiche Studien haben es nicht geschafft, eine Beziehung herzustellen zwischen den reinen perinatalen Sterblichkeitsraten und der Zahl operativer Entbindungen.“^[7]

Mit der Geburtsmedizin sind wir in den Industrieländern jetzt an einem Punkt, an dem sich die positiven Effekte der Entwicklung und der Technologie dem Höchstpunkt nähern und die negativen Effekte sichtbar werden. Das erklärt auch, warum Fortschritte in Technik und Entwicklung nicht zu einer Verbesserung im Gesundheitswesen führen können, es sei denn, die Technik steht in einem harmonischen Verhältnis zu den natürlichen biologischen Prozessen und wird begleitet von einer menschlich gestalteten Gesundheitsversorgung. Ein einfaches Beispiel: Wenn eine elektive Sectio caesarea nach Wehenbeginn durchgeführt wird, kann das in manchen Fällen den natürlichen Prozess erleichtern. Auf den Wehenbeginn zu warten bedeutet jedoch für die Ärzte, dass sie nicht mehr die Möglichkeit haben, das Vorgehen nach ihren Vorstellungen zu planen. Versucht der Arzt aber, wie es heute fast überall der Fall ist, die natürlichen Prozesse zu umgehen, indem er eine elektive Sectio durchführt bevor die Wehen eingesetzt haben, besteht ein erhöhtes Risiko für ein Atemnotsyndrom und Frühgeburtlichkeit, beide maßgeblich mit verantwortlich für den Tod von Neugeborenen. Wir übergehen die Natur auf eigene Gefahr. Das ist auch der Grund dafür, dass internationale Entwicklungsinstitutionen wie die Weltbank jetzt eingestehen, dass die wirtschaftliche Entwicklung nicht zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen führen kann, wenn sie nicht begleitet wird von einer sozialen Entwicklung, inklusive Bildung.

Die größte Gefahr bei der westlichen, medikalisierten Geburtshilfe ist der weit verbreitete Export in Entwicklungsländer. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es unnötig ist, routinemäßig jede Frau während der Geburt mit einer i.v.-Infusion zu versorgen, aber in Industrieländern ist eine solche Praxis, obwohl Geldverschwendung, keine Tragödie. Ich habe routinemäßige i.v.-Infusionen unter der Geburt in kleinen ländlichen Distrikt-Krankenhäusern in Entwicklungsländern gesehen. Gerade diese Krankenhäuser haben so wenig Geld, dass sie Wegwerf-Spritzen mehrfach verwenden. Routinemäßige i.v.-Infusionen unter der Geburt in Entwicklungsländern sind eine tragische Verschwendung extrem knapper Ressourcen. Wenn Entwicklungsländer sich westliche Geburtshilfepraxis zu Eigen machen, die nicht evidenzbasiert ist, hat das zur Folge, dass andere Frauen in diesen Ländern an Krebs sterben, der nicht früh genug entdeckt wird, weil das Geld für so unspektakuläre aber essenzielle Maßnahmen wie flächendeckende Krebsfrüherkennungsprogramme für arme Frauen fehlt.

Geburtshelfer arbeiten, wie alle Kliniker, hart, indem sie einem Patienten zurzeit helfen. Bei der Abwägung von Nutzen und Risiko legt der Wunsch des Arztes zu helfen den Schwerpunkt eher auf den Nutzen als auf die Risiken. US-amerikanischen Publikationen belegen zum Beispiel in 41 randomisierten kontrollierten Studien über Misoprostol (Cytotec®) zur Weheneinleitung dessen Wirksamkeit, allerdings ist keine einzige groß genug, um hinreichende Aussagen über Risiken wie etwa eine Uterusruptur zu treffen.^[8] Deshalb empfiehlt die Cochrane Library, Misoprostol nicht zu diesem Zweck einzusetzen.^[9] Aber es funktioniert, ist einfach und billig und wird deshalb in den USA großzügig verwendet, obwohl es von der FDA (Federal Drug Association = amerikanische Gesundheitsbehörde) gar nicht zu

diesem Zweck zugelassen wurde. Inzwischen gibt es Studien, die ernste Risiken aufzeigen, wenn Misoprostol zur Zervixreifung oder Weheneinleitung bei Frauen mit einer Uterusnarbe verwendet wird.^[10, 11] Aber für viele Amerikanerinnen mit vorausgegangener Sectio, deren Gebärmütter nach Einleitung mit Misoprostol rupturierten, und ihre vielen toten Babys ist es zu spät. Misoprostol zur Weheneinleitung in den 1990ern gesellt sich zur pränatalen Röntgen-Pelvimetrie in den 1930ern, Diethylstilbesterol für Schwangere in den 1950ern und Thalidomid⁶ für Schwangere in den 1970ern – alles Beispiele für geburtshilfliche Interventionen, die tragische Konsequenzen hatten, weil sie *vor* einer hinreichenden wissenschaftlichen Auswertung in die weit verbreitete Anwendung gingen.

Die meisten Klinikärzte können nicht verstehen, wie bevölkerungsbezogene wissenschaftliche Daten auf den einzelnen Patienten anzuwenden sind, was zum Beispiel zu Einwänden gegen die Einhaltung empfohlener Sectio-Raten führt.^[12] Dieses Unvermögen einiger Kliniker, Epidemiologie zu verstehen, ist oft kombiniert mit dem Versagen von Public-Health-Fachleuten, Kliniker mit den Exzessen der klinischen Praxis zu konfrontieren; aus Angst vor der Macht der Kliniker und wegen ihrer Loyalität gegenüber den Kollegen.^[13]

Die meisten Kliniker verlassen sich immer noch auf Peer Reviews und Gemeinde-Standards für die Praxis. Das Prinzip, Fachkollegen als zentrales Element bei der Entwicklung und Überwachung von Leitlinien für die Praxis einzusetzen, hat versagt – das war vorherzusehen. Behandlungsstandards, die auf der Praxis führender Kliniker mit einzelnen Patienten basieren, sind immer noch der Goldstandard, obwohl sich herausgestellt hat, dass sich nichts anderes sind als „das, was wir alle machen“. Auf diese Weise entstehen eher Standards für eine Kleinst-gemeinsamer-Nenner-Behandlung als für eine evidenzbasierte bestmögliche Behandlung. Einer der Ansätze, den Klinikärzte verstehen, ist der Einzelfall; die anekdotische Evidenz. Dieser Ansatz führt zum „Was ist wenn“-Szenario, bei dem die Kliniker es ablehnen, bevölkerungsbezogene Daten auf ihre Praxis anzuwenden, wegen des „Was ist wenn“ dies oder jenes falsch läuft bei einem einzelnen Patienten. Dafür gibt es kein besseres Beispiel als die geplante außerklinische Geburt.

Viele Klinikärzte und ihre Organisationen glauben nach wie vor an die Gefahren einer geplanten außerklinischen Geburt in einem Geburtshaus oder zu Hause. Die überwältigenden wissenschaftlichen Belege, dass eine außerklinische Geburt für Frauen mit einem niedrigen Risiko sicher ist, ignorieren sie. Die Antwort der Klinikärzte auf diese Evidenz lautet: „Aber was ist wenn eine außerklinische Geburt stattfindet und es passiert etwas?“ Da die meisten Kliniker noch nie einer außerklinischen Geburt beigewohnt haben, beinhaltet ihre „Was ist wenn“-Frage gleich mehrere falsche Annahmen.

Die erste Annahme: Bei Geburten passieren Dinge schnell. Tatsächlich passieren, mit sehr wenigen Ausnahmen, die Dinge langsam während einer Geburt und ein echter Notfall, bei dem es auf Sekunden ankommt, tritt extrem selten auf. In diesen Fällen kann die Hebamme im Geburtshaus oder zu Hause, wie wir weiter unten sehen werden, den Notfall oft allein in den Griff bekommen.

Von der zweiten falschen Annahme, wenn Probleme auftreten, könne die Hebamme außerhalb der Klinik nichts tun, kann nur jemand ausgehen, der noch nie Hebammen bei außerklinischen Geburten beobachtet hat. Eine gut ausgebildete Hebamme kann Probleme voraussehen und in der Regel zunächst vermeiden, da sie eine Eins-zu-eins-Betreuung leistet, im Gegensatz zum Krankenhaus, wo Schwestern oder Hebammen üblicherweise nur gelegentlich bei den verschiedenen Frauen vorbeisehen, für die sie verantwortlich sind. Zeichnet sich dann tatsächlich eine Notsituation ab, kann die außerklinisch arbeitende Hebamme mit wenigen

⁶ Wirkstoff des Medikaments Contergan®

Ausnahmen alles machen, was auch in der Klinik möglich ist, inklusive Sauerstoffgabe etc. Bei einer Schulterdystokie zum Beispiel können im Krankenhaus auch nur bestimmte Manöver bei Frau und Kind angewendet werden. Die kann eine außerklinisch arbeitende Hebamme ebenso gut. Das neueste erfolgreiche Manöver zur Lösung einer solchen Schulterdystokie, von dem in der Literatur berichtet wird, wurde übrigens nach der Hausgeburtshebamme benannt, die es als erste beschrieben hat (Gaskin Manöver).^[14]

Die dritte falsche Annahme ist, dass im Krankenhaus schneller gehandelt werden kann. Die Wahrheit ist, dass in den meisten privaten Einrichtungen der Frauenarzt während des größten Teils der Geburt nicht einmal im Krankenhaus ist und erst gerufen werden muss, wenn Probleme auftreten. Die „Transportzeit“ für den Arzt ist genauso lang wie die „Transportzeit“ für die Frau, die im Geburtshaus oder zu Hause ihr Kind zur Welt bringt. Sogar bei Krankenhausgeburten dauert es, wenn eine Sectio nötig wird, durchschnittlich 30 Minuten, bis der Operationssaal vorbereitet, der Anästhesist gefunden ist etc. In einer Studie mit 117 Krankenhausgeburten mit Notfall-Sectio aus fetaler Indikation lag in 52% der Fälle die EE-Zeit über 30 Minuten.^[15] In diesen 30 Minuten ist also entweder der Arzt oder die außerklinisch gebärende Frau auf dem Weg ins Krankenhaus. Deshalb ist eine gute Kooperation zwischen Klinik und außerklinischer Hebamme so wichtig, damit wenn die Hebamme im Krankenhaus anruft, um den Transport anzukündigen, im Krankenhaus keine Zeit verloren geht und Vorkehrungen für die eintreffende Frau getroffen werden. Das sind die Gründe dafür, dass es überhaupt keine Daten gibt, die das auf den Einzelfall bezogene, anekdotische „Was ist wenn“-Szenario stützen, das manche Ärzte benutzen, um Öffentlichkeit und Politiker bezüglich der außerklinischen Geburt in Angst und Schrecken zu versetzen.

In der letzten Zeit gibt es eine erfreuliche Bewegung, die medizinische Praxis auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen, und viele Geburtshelfer arbeiten hart daran, ihre Praxis mit den neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen in Übereinstimmung zu bringen. Aber auch heute noch sind viele Ärzte weder mit der Evidenz vertraut noch mit den Wegen, sie zu erlangen. In einer britischen Studie von 1998 kannten 76% der befragten Ärzte das Konzept der evidenzbasierten Medizin, aber nur 40% glaubten, dass die Evidenz auf ihre Praxis gut anwendbar sei, lediglich 27% waren vertraut mit den Methoden einer kritischen Literaturrecherche. Bei einem schwierigen klinischen Problem würde die Mehrheit zuerst eher Rat bei einem anderen Arzt einholen als bei der wissenschaftlichen Evidenz.^[16] Das erklärt die weiter bestehende Lücke zwischen klinischer Praxis und der wissenschaftlichen Evidenz.

Einige Geburtshelfer tendieren als Mitglieder von Fachgesellschaften zu einem blinden Glauben an Technik und das Mantra: Technik gleich Fortschritt gleich modern. Die Kehrseite der Münze ist das mangelnde Vertrauen in die Natur, am besten ausgedrückt von einem kanadischen Geburtshelfer: „Die Natur ist ein schlechter Geburtshelfer.“ In der Absicht, die Natur zu besiegen, hat das 20. Jahrhundert eine ganze Reihe fehlgeschlagener Versuche erlebt, die biologische und soziale Evolution zu vervollkommen: Ärzte ersetzen Hebammen bei Geburten mit niedrigem Risiko, dann bewiesen Studien, dass Hebammen sicherer sind.^[17-20] Das Krankenhaus ersetzte das Zuhause für Geburten mit geringem Risiko, dann bewiesen Studien, dass Geburten zu Hause sicher sind, bei deutlich weniger Interventionen.^[21-25] Krankenhauspersonal ersetzte die Familie als Unterstützung bei der Geburt, dann zeigten Studien, dass eine Geburt sicherer ist, wenn die Familie anwesend ist. Die Steinschnittlage ersetzte aufrechte Gebärlagen, dann zeigten Studien, dass aufrechte Positionen sicherer sind.^[26] Neugeborenen-Untersuchungen getrennt von der Mutter in den ersten 20 Minuten ersetzten das Belassen des Kindes bei der Mutter, dann zeigten Studien das Bedürfnis nach mütterlicher Bindung in dieser Phase. Künstliche Milch ersetzte die Muttermilch, dann zeigten Studien, dass Muttermilch besser ist. Das Kinderzimmer auf der Station ersetzte die Mutter, dann

zeigten Studien, dass Rooming-in überlegen ist. Würden mehr Ärzte ein Erdbeben oder einen Vulkanausbruch erleben, so würden sie merken, dass ihre Ideen, die Natur zu kontrollieren, nichts weiter sind als Geschichten, um die Bedeutungslosigkeit neu zu schreiben.

3. Unnötige Sectio caesarea: ein Symbol für den Verlust von Menschlichkeit

Ein Beispiel, das als Inbegriff der Medikalisierung und Entmenschlichung der Geburt gelten kann, ist die unnötige Sectio caesarea, bei der ein Chirurg die Verantwortung übernimmt und die Frau keinerlei Kontrolle mehr hat. Die Sectio rettet Leben, aber es gibt keine Anzeichen dafür, dass die steigenden Sectio-Raten vieler Länder in den letzten beiden Jahrzehnten die Ergebnisse der Geburten verbessert hätten.^[6, 7] Wie kann das sein? Seit die Indikationen für die Sectio immer weiter gesteckt werden und die Sectio-Rate in die Höhe schnellte, werden gemessen am Anteil aller Sectio-Fälle immer weniger Leben gerettet. Die Risiken dieses größeren chirurgischen Eingriffs aber sinken nicht bei steigenden Raten. Da ist es nur logisch, dass eventuell eine Marke erreicht wird, bei der die Sectio fast so viele Babys umbringt wie sie rettet.

Die Frauen und ihre Babys zahlen gegenwärtig einen hohen Preis für die Förderung der Sectio durch manche Ärzte. Die wissenschaftlichen Daten zur Müttersterblichkeit in Zusammenhang mit der Sectio legen die Vermutung nahe, die steigenden Raten in den USA und Brasilien könnten zumindest teilweise Folge ihrer höheren Sectio-Raten sein.^[3] Beide Länder müssen sorgfältig alle Todesfälle auswerten, um die starke Hypothese zu prüfen, dass die steigende Müttersterblichkeit mit der hohen Sectio-Rate in Zusammenhang steht. Die Daten über andere Risiken für Mutter und Kind, die in Verbindung mit der Sectio stehen, belegen, dass beide einen hohen Preis bezahlen, sowohl bei der jetzigen Geburt als auch bei zukünftigen Schwangerschaften.^[27]

Warum so viele unnötige Sectiones? Wenn die Geburtsmedizin von Ärzten kontrolliert wird, und Hebammen am Rande stehen oder gar nicht anwesend sind, finden sich höhere Sectio-Raten. Viele Studien haben gezeigt, dass die Interventionsraten niedriger sind, wenn Hebammen Geburten mit wenig Risiko begleiten, als wenn primär Ärzte Geburtshilfe bei Geburten mit niedrigem Risiko leisten.^[28] Es ist kein Zufall, dass sich in den USA, Kanada und den Städten Brasiliens die höchsten Sectio-Raten weltweit finden, dort, wo Ärzte den größten Teil der normalen Geburten begleiten und es nur wenige Hebammen gibt, die wenige Geburten begleiten. Einen hoch ausgebildeten gynäkologischen Chirurgen für eine normale Geburt einzusetzen ist in etwa so, als würde man einen Kinderchirurgen auf ein normales zweijähriges Kind aufpassen lassen. Hohe Sectio-Raten sind ein Symbol für einen Mangel an Menschlichkeit in der Geburtshilfe.

Die unnötig hohe Rate elektiver Sectiones und anderer überflüssiger geburtshilflicher Interventionen bedroht auch die Gesellschaft im Allgemeinen. Nicht einmal die reichsten Länder dieser Welt verfügen über die finanziellen Mittel, alle Herzen zu transplantieren, alle Nieren zu dialysieren und alle Leute, die davon profitieren könnten, mit neuen Hüften zu versorgen. Es muss ausgewählt werden, in welche medizinischen und chirurgischen Behandlungen investiert wird, und das Ergebnis wird darüber entscheiden, wer leben wird. Eine Sectio caesarea, die ohne irgendeine medizinische Indikation nur deshalb durchgeführt wird, weil die Frau es wünscht, benötigt einen Operateur, möglicherweise einen zweiten Arzt zum Assistieren, einen Anästhesisten, OP-Schwestern, Ausstattung, einen Operationssaal, bereitgestelltes Blut für eventuell nötige Transfusionen, einen längeren postoperativen Krankenhausaufenthalt, etc. Das kostet eine Menge Geld und, genauso wichtig, eine Menge Ausbildung von medizini-

schem Personal, die zum größten Teil staatlich⁷ finanziert wird, selbst wenn die Sectio dann von einem privat abrechnenden Arzt in einer Privatklinik durchgeführt wird. Bekommt eine Frau eine Sectio, nur weil sie es lieber so möchte, werden weniger menschliche und finanzielle Ressourcen für den Rest der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen.

Dieses gefährliche Geldleck wird, wie oben angemerkt, noch viel größer, wenn die an Orten wie den USA übliche Sectio-Praxis in Entwicklungsländer mit sehr viel knapperen Ressourcen für das Gesundheitssystem exportiert wird. Zum Beispiel haben in einem Bundesstaat von Brasilien 59 Krankenhäuser Sectio-Raten über 80%, drei Gesundheitsbezirke haben Sectio-Raten über 70%, weitere 13 Gesundheitsbezirke über 60%, und in dem gesamten Bundesstaat liegt die Rate bei 47,7%.^[29] Das ist natürlich ein großes Leck für Brasiliens begrenzte Gesundheitsressourcen. Während manche Ärzte behaupten, diese hohen Raten lägen daran, dass die Brasilianerinnen eine Sectio verlangten, beweisen neuere Studien, dass das nicht der Fall ist (Professor A. Faúndes, persönliche Mitteilung).

Die brasilianischen Frauen bezahlen noch einen anderen Preis. Die oben genannten Daten, die eine höhere Müttersterblichkeit bei elektiver Sectio in Großbritannien belegen, werden weiter durch Daten gestützt, die einen neuen Anstieg der Müttersterblichkeit in den Regionen Brasiliens zeigen, wo es die schockierend hohen Sectio-Raten gibt.^[30] Die Wunschsectio ist ein teurer und gefährlicher Luxus.

Vor diesem Hintergrund hat das Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health der FIGO (der internationalen Schirmorganisation der nationalen geburtshilflichen Organisationen) in einem Report von 1999 festgestellt: "Eine Sectio caesarea aus nicht medizinischen Gründen durchzuführen ist ethisch nicht vertretbar."^[31] Auch einzelne Geburtshelfer und einige medizinische Organisationen arbeiten daran, die Sectio-Raten zu senken und die Geburtshilfe menschenwürdiger zu gestalten.

4. Lösungen

Bisher waren wir nicht klug genug, weder in den Industrie- noch in Entwicklungsländern, die Vorteile der medikalisierten Geburtshilfe zu nutzen und gleichzeitig die Nachteile, wie den Trend zu geburtshilflichen Exzessen, zu vermeiden. Eine menschenwürdige Gestaltung der Geburtshilfe hat das Potenzial, die Vorteile der westlichen medikalisierten Geburt mit denen der selbstbestimmten Geburt zu verbinden, wenn man die Aufmerksamkeit wieder auf die biologische, soziale, kulturelle und spirituelle Natur der menschlichen Geburt richtet. Es gibt verschiedene Strategien, die Geburt menschenwürdig zu gestalten – Strategien, die der Frau und der Familie wieder die Kontrolle über die Geburt ihres eigenen Kindes geben, während die Frau darin bestärkt wird, an sich selbst zu glauben, indem sie erfährt, was ihr eigener Körper zustande bringen kann.

Die erste Strategie ist Bildung. Wer die Information kontrolliert, hat die Macht in der Hand. In der Vergangenheit haben Gesundheitswissenschaftler oft die Kontrolle behalten, indem sie Information geschützt und zurückgehalten haben. Die Vertraulichkeit der Patientendaten ist zwar eine legitime Entschuldigung für den begrenzten Zugang zu Informationen über einzelne Patienten, aber keine Entschuldigung dafür, den Zugang zu Sammeldaten zu beschränken, etwa den Daten eines Krankenhauses oder einer Gemeinde. Die Informationsrevolution führt zu tief greifenden Veränderungen in der medizinischen Behandlung. Die Verbreitung von Internet und World Wide Web hat große Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischer Information. Eine globale Bewegung im neuen Jahrtausend fordert verantwortliche und durchschaubare Praktikerinnen, Praktiker und Einrichtungen im Gesundheitswesen (inklusive

⁷ in Deutschland durch die Krankenkassen

Krankenhäuser) als Grundausstattung einer jeden Demokratie. Der Öffentlichkeit muss komplette und ehrliche Information zur Verfügung gestellt werden, auch wenn das bedeutet, dass der Arzt Macht verliert und, manchmal, die Existenz bestimmter geburtshilflicher Praktiken bedroht wird – die Müttersterblichkeit ist ein vorzügliches Beispiel.

Umfassende Information über gute und schlechte Resultate der medikalisierten Geburt müssen für Gesundheitspersonal, Public-Health-Fachleute, Politiker und die Öffentlichkeit freigegeben werden. Jeder soll das Wasser sehen, in dem Ärzte und Kliniken schwimmen, und jeder soll sehen, dass es manchmal Haie gibt, die zwar keine Ärzte fressen, aber vielleicht einige Frauen und Babys.

Die Notwendigkeit, den Horizont der Ärzte in der Geburtshilfe zu erweitern, ist kein neues Problem. Aus einem medizinischen Buch von 1668: „Ärzte, die noch nie eine Haugeburt gesehen haben und sich trotzdem berechtigt fühlen Einwände gegen sie vorzubringen, ähneln jenen Geografen, die uns Beschreibungen vieler Länder liefern, ohne diese jemals gesehen zu haben.“ Wir müssen dafür sorgen, dass Ärzte sich das Wasser ansehen, in dem menschenwürdige Geburtshilfe stattfindet, damit sie einen physiologischen Standard erhalten, an dem sie all ihre Erfahrungen messen können. In einem geburtshilflichen Ausbildungsprogramm auf den Philippinen muss jeder Arzt bei einer Mindestzahl geplanter Hausgeburten anwesend sein. Jede geburtshilfliche Ausbildung sollte Besuche bei geplanten außerklinischen Geburten beinhalten, inklusive Geburtshaus- und Hausgeburten. Auch Hebammen und Krankenschwestern in der Geburtshilfe brauchen diese Erfahrungen.

Die umfassende Information von Frauen, besonders Schwangeren, ist von herausragender Bedeutung, aber der entscheidende Punkt ist, was den Frauen erzählt wird. Mancherorts werden Schwangerenvorsorge-Programme von einigen wenigen Geburtshelfern kontrolliert, die darauf bestehen, nur arztfreundliche Informationen an die Schwangeren weiterzugeben. Viele Anästhesisten in den USA haben sich Zugang zu Geburtsvorbereitungskursen verschafft, in denen sie die Wunder der PDA predigen, ohne auch nur ein Wort über die beachtlichen Risiken dieses invasiven Vorgehens zu verlieren.

Neuerdings müssen Ärzte, die erfolgreich Frauen dafür werben wollen sich für eine Sectio caesarea ohne medizinische Indikation zu entscheiden, diese mit begrenzten, sehr ausgewählten Informationen ausstatten.^[27] Es ist höchst unwahrscheinlich, dass Frauen jemals eine Sectio in Betracht ziehen würden, wenn ihnen alle wissenschaftlichen Daten über die Risiken für sie und ihre Babys zur Verfügung stünden. Das ethische Schlüsselthema ist nicht das Recht, einen größeren chirurgischen Eingriff zu wählen oder zu fordern, für den es keine medizinische Indikation gibt, sondern das Recht, vor jedem medizinischen oder chirurgischen Eingriff die gesamte, unbeeinflusste Information zu erhalten und zu diskutieren.

Eine emanzipierte Frau ringt zu Recht darum, nicht von Männern kontrolliert zu werden; eine Anstrengung, die sich in einer männlich-chauvinistischen Gesellschaft noch schwieriger gestaltet. Es gibt viele Arten, in denen Gebärende in Krankenhäusern in „Macho“-Kulturen unterdrückt werden: Ihnen wird suggeriert, dass sie nicht wichtig und nicht frei sind, sondern kontrolliert werden durch oft kriegerisch anmutendes Personal; etwa dann, wenn ihnen gesagt wird, sie sollten nicht laut werden wenn der Wehenschmerz kommt.

Akzeptiert eine Frau aber das medikalisierte, von Männern dominierte Betreuungsmodell mit seiner selektiven Information, gibt sie jede Chance auf, die Kontrolle über ihren Körper zu behalten und eigene Entscheidungen zu treffen. Ganze Bände wurden darüber geschrieben, wie befreiend und stärkend Gebären für eine Frau ist, wenn sie bestimmt, was passiert. Ohne eine Entscheidung auf der Basis umfassender Information gibt sie jegliche Kontrolle auf und muss sich den Wünschen der Ärzte und des Krankenhauspersonals fügen. Traurigerweise haben sich einige Feministinnen, die ganz richtig für die Rechte der Frauen kämpfen, dazu

hinreißen lassen Informationen zu glauben, die voreingenommen und arztfreundlich sind. So haben sie unwissentlich für das Recht der Frauen geworben, geburtshilfliche Eingriffe zu fordern, die für sie und ihre Babys gefährlich sind.

Eine zweite Strategie zur menschenwürdigen Gestaltung der Geburtshilfe ist die Förderung der evidenzbasierten Geburtshilfe. Peer Review und Gemeinde-Standards für die Praxis haben die Lücke zwischen gegenwärtiger Geburtshilfepraxis und Evidenz nicht schließen können. Vielerorts haben Gesundheitspersonal und staatliche Institutionen es nicht geschafft, das Schließen der Lücke zwischen geburtshilflicher Praxis und Evidenz aggressiv voranzutreiben, nicht selten aus Angst vor der Macht des medizinischen Establishments.^[13]

Wenn ich mit Geburtshilfe-Abteilungen in Krankenhäusern spreche, präsentiere ich eine einfache Tabelle mit ihren eigenen Interventionsraten (Geburtseinleitung, Episiotomie, Steinschnittlage, operative vaginale Entbindung, Sectio caesarea) auf der linken Seite und evidenzbasierten Raten gegenüber auf der rechten. Die darauf folgende Diskussion ist oft eher hitzig als klärend, immer mit wenigstens ein paar Ärzten, die ebenso wie ich besorgt sind über die Kluft zwischen ihrer Praxis und der Evidenz. Wenn wir in die Ära der postmodernen Medizin eingehen, werden die Richtlinien der GOBSAT (Good Old Boys Sit Around Table) für die klinische Praxis, vom Gefühl her königstreu, im Ton hochtrabend, abgelöst durch evidenzbasierte Praxisrichtlinien, anerkannt von der Gesellschaft.

Eine andere essenzielle Strategie zur menschenwürdigen Gestaltung der Geburtshilfe ist: Wer leistet die Grundversorgung für Frauen während Schwangerschaft und Geburt? Die Tradition, dass Ärzte darauf bestehen, ihre eigene Praxis zu kontrollieren, mit wenig oder gar keiner Einmischung der Gesellschaft oder ihrer Vertreter, reicht lange zurück. Solange Ärzte die primäre Betreuung normaler, gesunder schwangerer und gebärender Frauen leisten, werden die Frauen nicht die Kontrolle übernehmen und eine Humanisierung der Geburtshilfe wird nicht stattfinden.

Länder dürfen Ärzten, die aus Ländern mit hoch medikalisierte Geburtshilfe wie den USA kommen, nicht erlauben, dass sie versuchen, dieses Geburtshilfe-System mit Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt hier vor Ort zu verkaufen. Die Geburtshilfe in den USA ist extrem medikalisiert, weil Ärzte die Primärversorgung von über 90% der normalen, gesunden gebärenden Frauen abdecken. Infolgedessen ist die Geburt zu einem chirurgischen Akt mit einer hohen Zahl unnötiger Interventionen geworden. Gebärende Frauen werden entmachtet. Das führt zu riesiger Verschwendung finanzieller und professioneller Ressourcen. In den USA wird pro Kopf doppelt so viel Geld für Geburtshilfe ausgegeben wie in irgendeinem anderen Land, und Hebammen werden an den Rand gedrängt. Dies ist kein System, dem man naheiefen sollte – die mütterliche, perinatale und kindliche Mortalität ist in den USA sehr viel höher als in fast allen anderen Industrieländern.

Im Gegensatz dazu hat die Hebammen-Geburtshilfe eine lange Tradition, die Gebärende in den Mittelpunkt zu stellen. Das beinhaltet auch, dass die gesamte Kontrolle in der Hand der Frau bleibt, während die Hebamme die Unterstützung gibt, die die Frau und die Familie stärkt. Deshalb ist die primäre Geburtshilfe durch die Hebamme eine zentrale Strategie bei der Humanisierung der Geburt.

Vielleicht möchten manche Länder sich gern die Geburtshilfe in jenen Ländern genauer ansehen, die sich schon viel länger auf dem Weg der Humanisierung befinden, wie Neuseeland, die Niederlande und die skandinavischen Länder. In diesen Ländern sehen über 80% der Frauen während Schwangerschaft und Geburt nur Hebammen (im Krankenhaus oder außerhalb), und ihre maternale und perinatale Mortalität gehört zu den niedrigsten der Welt. Beträchtliche wissenschaftliche Untersuchungen haben vier Hauptvorteile der autonomen Hebammenarbeit gezeigt. Erstens kann es keinen Zweifel mehr daran geben, dass Hebammen

die sichersten Geburtsbegleiter für Geburten mit geringem Risiko sind. Eine Meta-Analyse von 15 Studien, in denen hebammengeleitete Geburten mit arztgeleiteten verglichen wurden, fand keine Unterschiede im Ergebnis für die Mütter oder Babys, außer dass bei Hebammen weniger Babys mit einem geringen Geburtsgewicht auf die Welt kamen.^[17] Zwei randomisierte kontrollierte Studien in Schottland^[18, 19] und sechs in Nordamerika fanden allesamt keinen Anstieg ungünstiger Folgen bei hebammengeleiteten Geburten.^[28]

Die entscheidendste Studie zur Sicherheit hebammengeleiteter Geburten, die 1998 veröffentlicht wurde, untersuchte alle Geburten in einem Jahr in den USA – mehr als vier Millionen Geburten. Verglichen mit von Ärzten betreuten Geburten hatten die hebammengeleiteten Geburten eine um 19% niedrigere Kindersterblichkeit, 33% niedrige Neugeborenensterblichkeit und 31% niedrigere Rate niedriger Geburtsgewichte.^[20]

Nach der Übersicht dieser ausführlichen Evidenz für die Sicherheit von Hebammen, schließt ein Artikel in einer geburtshilflichen Fachzeitschrift: „Bei der Suche in der wissenschaftlichen Literatur findet sich keine einzige Studie, die zeigen würde, dass die Ergebnisse für Frauen mit niedrigem Risiko bei Hebammen schlechter wären als bei Ärzten – die Evidenz zeigt, dass die Primärversorgung durch Hebammen genauso sicher oder sicherer ist als die durch Ärzte.“^[28]

Der zweite Vorteil der Hebammen gegenüber Ärzten als primären Geburtsbegleitern ist eine drastische Senkung der Raten unnötiger Interventionen. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass verglichen mit ärztlich betreuten Niedrig-Risiko-Geburten, bei von Hebammen begleiteten Geburten statistisch signifikant seltener vorkommen: Amniotomien, i.v.-Infusionen oder i.v.-Medikation, routinemäßige elektronische Überwachung des Fetus, Gebrauch von Betäubungsmitteln, Anästhesie, inklusive PDA während der Wehen, Weheneinleitung und -verstärkung, Episiotomien, Zangen- und Vakuumentextraktionen, Sectios, dafür aber mehr vaginale Geburten nach vorausgegangener Sectio.^[28]

Und drittens spricht die Kostenersparnis für die Hebamme als Hauptbegleiterin bei den meisten Geburten. Obwohl sich das von Land zu Land unterscheidet, liegen die Gehälter von Hebammen fast überall weit unter denen der Ärzte. Und natürlich bedeuten auch die niedrigeren Interventionsraten bei Hebammen eine große Kostenersparnis. In einem Aufsatz, der die Daten zur Kostenersparnis zusammenträgt,^[28] fand eine Studie eine Einsparung von 500 US-Dollar für jeden Fall, in dem eine Hebamme die Geburt begleitet.

Ein weiterer Vorteil der Hebammenbetreuung, auf den von den Anwälten der medikalisierten Geburt oft verächtlich herabgeschaut wird, ist die Zufriedenheit der schwangeren und gebärenden Frauen mit der Betreuung. Die Evidenz in der Literatur ist überwältigend: Hebammenbetreuung ist für die Frauen und ihre Familien statistisch signifikant befriedigender.^[28]

Da Krankenhäuser Arzt-Territorium sind und keine Frau je in einer Krankenhaussituation die Kontrolle über ihre Behandlung behalten hat, ist eine weitere wichtige Strategie zur menschenwürdigen Gestaltung der Geburt, die Geburt aus dem Krankenhaus herauszuholen. Es hat immer Frauen gegeben und es wird immer und überall Frauen geben, die sich für eine geplante Hausgeburt entscheiden und eine Hebamme brauchen, die die Geburt begleitet. Als Folge jahrzehntelanger Propaganda, wie gefährlich Geburten an sich und wie sicher Geburten im Krankenhaus seien, gibt es heute viele Frauen, die sich von dem Mythos, eine Hausgeburt sei gefährlich, haben einfangen lassen. Diese Propaganda wird verbreitet von Ärzten, die selbst Angst vor einer Geburt haben und die Sicherheit eines Krankenhauses brauchen. Es ist unglaublich, dass geburtshilfliche Organisationen in einigen hoch industrialisierten Ländern, wie den USA, immer noch dieselbe offizielle Politik gegen Hausgeburten betreiben wie in den 1970ern. Damals unterschieden Analysen außerklinischer Geburten nicht zwischen geplanten Hausgeburten und ungeplanten, vorzeitig stattfindenden außerklinischen Geburten.

Letztere hatten eine hohe Mortalität, bedingt durch Frühchen, die in Taxis geboren wurden, etc. Als dann die Wissenschaftler die geplante Hausgeburt gesondert untersuchten, zeigte sich, dass diese eine genauso niedrige oder noch niedrigere perinatale Mortalität aufwies als Geburten mit geringem Risiko im Krankenhaus. Eine Menge wissenschaftlicher Literatur dokumentiert das, auch wenn der häusliche Geburtsbegleiter eine Hebamme und Krankenschwester ist^[21] oder wenn die Hebamme keine Ausbildung als Krankenschwester hat.^[22-24] Eine Meta-Analyse der Sicherheit von Hausgeburten, veröffentlicht 1997, demonstriert endgültig die Sicherheit von Hausgeburten und schließt eine exzellente Literaturübersicht ein.^[25] Der eigentlich strittige Punkt bei den Hausgeburten ist also nicht Sicherheit, sondern Freiheit und die Heiligkeit der Familie. Für die über 80% der Frauen, die keine ernsthaften medizinischen Komplikationen während der Schwangerschaft hatten, ist die geplante Hausgeburt eine absolut sichere Wahl. Jeder Arzt, jedes Krankenhaus und jede medizinische Organisation, die versuchen, Frauen mit einem niedrigen Risiko davon abzuschrecken, sich für eine Hausgeburt zu entscheiden, verweigern ihnen die Menschenrechte, indem sie die volle, unabhängige Information zurückhalten und die Freiheit der Frau einschränken, den Ort für die Geburt selbst auszusuchen. Die Geburt eines Babys ist eines der wichtigsten Ereignisse im Leben einer Familie, und wenn die Familie sich für eine geplante Hausgeburt entscheidet, muss die Heiligkeit der Familie geachtet werden.

Wegen der ängstigenden Propaganda vieler Geburtshelfer, wie gefährlich eine Geburt sei, möchten viele Frauen die Freiheit, ihre Geburt zu kontrollieren, brauchen aber die „Sicherheit“ einer Institution. Wie können Frauen heute die Kontrolle über das Gebären haben und durch die Geburt gestärkt werden, von einer Hebamme betreut werden und sich trotzdem wohl und geborgen fühlen durch eine Institution? Indem sie sich für ein Geburtshaus entscheiden, das „frei steht“ (das heißt sich außerhalb eines Krankenhauses befindet) und mit Hebammen besetzt ist.

Die erste wesentliche Eigenschaft eines Geburtshauses ist, dass es frei von jeglicher Kontrolle durch ein Krankenhaus ist. Ein Krankenhaus, das damit wirbt, ein Geburtshaus zu haben, ist wie eine Bäckerei, die damit wirbt, zu Hause gebackenes Brot zu verkaufen. Damit es sich um ein Geburtshaus handelt, muss die Frau die absolute Kontrolle haben über alles, was mit ihr und ihrem Baby passiert. Das bedeutet, dass das Geburtshaus mit Hebammen besetzt ist, die eine von Hebammen erarbeitete Dokumentation verwenden.

Die Betreuung in einem Geburtshaus unterscheidet sich sehr von einem Krankenhaus. In einem Krankenhaus hat der Arzt immer die absolute Kontrolle, während in einem Geburtshaus die Frau die Kontrolle hat. Im Krankenhaus liegt die Betonung auf Routine, während die Betonung in einem Geburtshaus auf individueller und informierter Entscheidung liegt. Krankenhausprotokolle sind mit allen möglichen Komplikationen im Hinterkopf gestaltet, während Geburtshausprotokolle den Schwerpunkt auf Normalität, Screening und Beobachtung legen. Im Krankenhaus ist Schmerz definiert als ein Übel, das mit Medikamenten unterdrückt werden muss, während in Geburtshäusern verstanden wird, dass Wehenschmerz eine physiologische Bedeutung hat und mit wissenschaftlich erprobten, nicht pharmakologischen Methoden gelindert werden kann, wie Baden, Positionswechsel, Herumgehen, Massage, Anwesenheit der Familie und kontinuierliche Anwesenheit derselben Geburtsbegleiterin/Betreuungsperson. Im Krankenhaus wird oft eine Weheneinleitung mit Medikamenten durchgeführt, die wirksam und gefährlich sind und den Schmerz verstärken, während die Wehen in Geburtshäusern nicht medikamentös angeregt werden, sondern durch Gehen und sexuelle Stimulation, wie etwa eine Massage der Brustwarzen. Im Krankenhaus ist das Personal nicht die ganze Zeit anwesend und wechselt alle acht Stunden, während im Geburtshaus eine einzige Hebamme während der gesamten Geburt kontinuierlich anwesend ist. Im Krankenhaus wird das Neugebore-

ne der Mutter aus mehreren Gründen weggenommen, etwa um eine Neugeborenen-Untersuchung zu machen, während das Baby im Geburtshaus der Mutter nie weggenommen wird.

Sind Geburtshäuser für eine Frau ein sicherer Platz zum Gebären, wenn sie in der Schwangerschaft keine Komplikationen hatte? Dies ist eine Schlüsselfrage, denn im Kampf zwischen dem medikalisierten und dem humanisierten Ansatz in der Geburtshilfe sind Geburtshäuser eine große Bedrohung für Ärzte und Krankenhäuser und die Industrie, die all die geburtshilfliche Technik herstellt. Weil die medikalisierte Geburt so teuer ist, mit einem kostspieligen Krankenhausaufenthalt, hoch bezahlten Geburtshelfern, die so viel teure Hightech-Interventionen anwenden, müssen Ärzte und Krankenhäuser die Öffentlichkeit und die Krankenkassen davon überzeugen, dass ihr Weg der einzig sichere ist. Sonst werden sie schnell einen großen Teil ihres Geschäfts verlieren. Also kämpfen geburtshilfliche Gesellschaften üblicherweise gegen alle Geburten, über die sie nicht die Kontrolle haben. Ihre erste Verteidigungslinie gegen jedwede geplante außerklinische Geburt ist, sie als unsicher abzustempeln. Der einzige Weg festzustellen, ob Geburtshäuser sicher sind, ist sich der wissenschaftlichen Evidenz zuzuwenden. Eine sorgfältige Auswertung der wissenschaftlichen Evidenz über Geburtshäuser^[32] meldet, dass es in den 1970ern und 1980ern eine ganze Reihe beschreibender Studien zu Geburtshäusern gab. Dann wurde 1989 ein äußerst wichtiges Papier über Hausgeburten veröffentlicht: „The US National Birth Center Study“, die 84 Geburtshäuser und 11.814 Geburten einschloss.^[33]

Was die Sicherheit angeht, so gab es in der US National Birth Center Study keine Müttersterblichkeit und eine intrapartale und neonatale Sterblichkeit von 1,3 auf 1000 Lebendgeburten. Diese Rate ist vergleichbar mit jenen bei Krankenhausgeburten mit geringem Risiko. Auch Kindersterblichkeit und Apgar-Werte in den Geburtshäusern waren vergleichbar mit den Raten von Geburten mit niedrigem Risiko im Krankenhaus. 16% der Geburtshausgeburten wurden ins Krankenhaus verlegt. Solche Verlegungsraten geplanter Geburtshausgeburten ins Krankenhaus wegen Komplikationen schneiden gut ab neben der Zahl geplanter Klinikgeburten, die wegen Komplikationen vom Kreißsaal in den OP verlegt wurden. Es wurde eine „intention to treat“-Analyse durchgeführt, in der alle Komplikationen, Interventionen und Ergebnisse der Geburtshausgeburten, die in die Klinik verlegt wurden, in die Geburtshausstatistik einbezogen wurden.

Die Sicherheit der Geburtshausgeburt wird ferner gestützt von acht weiteren Studien in den 1990ern, in denen die Ergebnisse der Geburtshausgeburten bezüglich perinataler und neonataler Sterblichkeit, Apgar-Werten und Anzahl der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht in allen Studien genauso gut oder besser waren als die Ergebnisse bei Krankenhausgeburten.^[32] Zusätzlich zur Evidenz für die Sicherheit der Geburtshäuser beinhalten diese Studien weitere Daten über die Wesenszüge der Frauen, die sich für eine Geburtshausgeburt entschieden hatten. Nach der Geburt sagten 99% von ihnen, sie würden ihren Freundinnen ebenfalls eine Geburt im Geburtshaus empfehlen, und 94% sagten, sie würden bei zukünftigen Geburten selbst wieder ins Geburtshaus gehen. Eine randomisierte, kontrollierte Studie fand heraus, dass bei 63% der Geburtshaus-Frauen die Selbstachtung gestiegen war, aber nur bei 18 der Frauen mit einer Krankenhausgeburt.^[32]

In Hinsicht auf die Förderung des Stillens fanden Studien in den USA, Dänemark und Schweden allesamt signifikant höhere Raten erfolgreichen Stillens bei den Geburtshaus-Frauen.

Die Literaturübersicht zum Thema Geburtshäuser^[32] verglich mehrere Raten geburtshilflicher Interventionen in der US National Birth Center Study mit den Raten geburtshilflicher Interventionen in allen Krankenhäusern eines Bundesstaates (Illinois). In Geburtshäusern waren

99% spontane vaginale Geburten, bei Krankenhausgeburten 55%. Bei weniger als 4% der Geburtshausgeburten kamen Weheneinleitung oder -verstärkung durch Eröffnung der Fruchtblase und/oder Oxytocin zur Anwendung, im Vergleich zu 40% bei Krankenhausgeburten. Bei 8% der Geburtshausgeburten wurde der Fetus routinemäßig elektronisch überwacht, im Krankenhaus waren es 95%.

Regionale oder allgemeine Anästhesie (inklusive PDA) wurde bei 13% der Geburtshausgeburten angewendet und bei 42% der Krankenhausgeburten. Operative vaginale Entbindungen (Zange oder Vakuum) wurden in weniger als 1% der Geburtshausgeburten, aber 10% der Krankenhausgeburten durchgeführt. Weniger als 5% der Geburtshausgeburten endeten mit einer Sectio caesarea, aber 21% der Krankenhausgeburten. Betrachtet man diese Interventionsvergleiche, muss die logische Frage nicht lauten, ob Geburtshausgeburten sicher sind, sondern, ob Krankenhausgeburten sicher sind.

Seit die Sicherheit der Geburtshäuser immer weiter bekannt wird, werden mehr und mehr eröffnet. In den vergangenen 10 Jahren hat sich die Zahl der Geburtshäuser in Deutschland von 1 auf über 50 gesteigert.⁸ In Japan stellte in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts ein Netzwerk von Hebammen-Geburtshäusern einen bedeutenden Teil der Geburtshilfe, aber während der amerikanischen Besetzung übten US-Army-Ärzte und -Krankenschwestern Druck auf die Japaner aus, die Geburtshäuser zu schließen. Jetzt erleben die Geburtshäuser in Japan eine Renaissance.

Eine weitere Strategie zur menschlicheren Gestaltung der Geburtshilfe ist die Integration außerklinischer und klinischer Geburtshilfe sowie praktischer Ärzte. In Fortaleza, Brasilien, wurde beides mit exzellenten Ergebnissen umgesetzt. Dort arbeiteten gemeindenahe traditionelle Hebammen eng mit den Geburtshelfern im Krankenhaus zusammen.^[26] Dieses Modellprogramm, das weltweite Anerkennung erlangt hat, war traurigerweise beendet, als der visionäre Geburtshelfer, der es eingeführt hatte, starb. Die Daten von Ländern wie Australien zeigen, dass, wenn Hausgeburtshebammen und örtliche Krankenhäuser zusammenarbeiten, weniger Babys sterben und alle voneinander lernen.

Die Geburt ist ein Politikum. Eine wesentliche Strategie für die Anwälte der humanisierten Geburtshilfe ist, politisch aktiv zu sein. Politiker und staatliche Institutionen treffen Schlüsselentscheidungen zur Geburtshilfe. Sie zu unterrichten und in die Humanisierung der Geburtshilfe einzubeziehen ist ganz wesentlich. Die Anwälte der humanisierten Geburtshilfe müssen Politiker und Entscheidungsträger vor der Panikmache einiger der reaktionärer Elemente des medizinischen und pflegerischen Establishments warnen, die das Thema Sicherheit aufbringen und ohne den Hauch eines Beweises behaupten, die menschenwürdig gestaltete Geburtshilfe sei gefährlich – Hebammen seien weniger sicher als Ärzte und die außerklinische Geburt weniger sicher als eine Krankenhausgeburt.

Eine andere bekannte Panikmache wenden Geburtshelfer an, wenn sie sagen, jede Verlegung einer außerklinischen Geburt ins Krankenhaus sei ein Schiffbruch. Die Antwort auf diese Kritik lautet: „Selbstverständlich!“. Eine kompetente außerklinisch arbeitende Hebamme wird nur die wenigen Fälle verlegen, bei denen ernsthafte Probleme chirurgische Interventionen erfordern, die zuhause nicht zur Verfügung stehen. Für Ärzte, die noch nie einer außerklinischen Geburt beigewohnt haben (an vielen Orten sind das praktisch alle Ärzte), sind diese Verlegungen bei Komplikationen die einzigen Erfahrungen mit außerklinischen Geburten, und sie nehmen irrtümlich an, diese Fälle seien repräsentativ für alle außerklinischen Geburten. Deshalb müssen Ärzte außerklinische Geburten aus erster Hand kennen lernen.

⁸ Aktuell gibt es in Deutschland etwa 100 von Hebammen betriebene Geburtshäuser

Diese Panikmache ist der Versuch mancher Ärzte (und manchmal Krankenschwestern), die Geburtshilfe als ihr Territorium zu verteidigen. Oft versuchen Ärzte, den Gesetzgeber mit einer technischen Sprache zu erdrücken, die andeutet, dass nur Ärzte etwas davon verstehen. Der Zuhörer soll ihm einfach vertrauen – schließlich ist er Arzt. Politiker und Entscheidungsträger sollten dazu gedrängt werden, jene, die solche Angstmache betreiben, zu bitten: „Bitte zeigen Sie mir die wissenschaftlichen Daten, die das, was Sie sagen, belegen.“ Auch kann es für den Gesetzgeber sehr erhellend sein, jene, die mit Angst arbeiten, zu fragen, wie viele außerklinische Geburten sie eigentlich erlebt haben.

5. Schlussfolgerung

Zur endgültigen Lösung müssen neue soziale und politische Formen für medizinische Berufe und medizinische Betreuung entwickelt werden. Es gibt auch Geburtshelfer, die sich diesem Bemühen anschließen, neue Formen für ihren Beruf zu finden. Die Geburtshilfe muss sich in diese Richtung ändern. Dann kann sie nicht von der Physiologie und dem sozialen und kulturellen Umfeld wegdriften, sondern bewegt sich dahin, dass die Natur respektiert und mit ihr gearbeitet wird, so wie mit der Frau und der Familie. Das geschieht, indem die Kontrolle über die medizinische Betreuung den Menschen übertragen wird. Alle, die ein Chaos befürchten, seien an Churchills Warnung erinnert: Die Demokratie ist die schlechteste Regierungsform – bis man die Alternativen in Erwägung zieht.

Diese Kehrtwende hat schon begonnen an Orten, an denen lokale öffentliche Komitees Entscheidungen über die Gesundheitspolitik treffen – postmoderne Geburtshilfe. Alles an Schwangerschaft und Geburt ist in hohem Maße kulturell, wie beides von der Gesellschaft wahrgenommen wird, wie der Geburtsschmerz von den Frauen ertragen wird, wie die Geburt von den Begleitern „gemanaged“ wird. Eine lokale Kontrolle führt zu einer Stärkung der Frauen, die wiederum zu einer stärkeren Familie und Gesellschaft führt, die die Frauen brauchen, um in lokalen Gewässern Kinder zur Welt zu bringen. Die Leute schwimmen schon lange, lange im physiologischen, sozialen und kulturellen Ur-See, können das Wasser sehen, wissen, wo die Haie lauern, und sind erfahren genug, schließlich ihren Weg zur Wiedergewinnung der menschenwürdigen Geburtshilfe zu finden.

Literatur

1. World Health Organization: Having a baby in Europe. European Regional Office, 1985.
2. Wagner M: Public health aspects of infant death in industrialized countries; the sudden emergence of sudden infant death. *Ann Nestle* 1992; 50: 2.
3. Hall M, Bewley S: Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354: 776.
4. McCarthy B: US maternal death rates are on the rise. *Lancet* 1996; 348: 394.
5. World Health Organization: WHO revised estimates of maternal mortality: a new approach bei WHO and UNICEF; Report no. WHO/FRH/MSM/96.11. WHO, Genf 1996.
6. Notzon F: International differences in the use of obstetric interventions. *S Am Med Assoc* 1990; 263: 328-91.
7. Lomas J, Enkin M: Variations in operative delivery rates. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M (Hrsg.): *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford 1989.
8. Wagner M: Misoprostol (cytotec) for labor induction: a cautionary tale. *Midwifery Today* 1999; 49: 31-1.
9. Hoffneyr GJ: Misoprostol administered vaginally for cervical ripening and labor induction with a viable fetus. *The Cochrane Library* 1999; 2: 1-18.
10. Plant M, Schwartz M, Lubarsky S: Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1535-40.
11. Blanchette H, Nayak S, Erasmus S: Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol with those of dinoprostone for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1543-50.

12. Sachs B, Castro M, Frigoletto F: The risk of lowering the cesarean-delivery rate. *New Engl J Med* 1999; 340: 54-7.
13. Wagner M: The public health versus clinical approaches to maternity services: the emperor has no clothes. *J Public Health Policy* 1998; 19: 25-35.
14. Bruner J: All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998; 43: 439-43.
15. Chauhan S, Roach H: Cesarean section for suspected fetal distress: does the decision-incision time make a difference? *J Reprod Med* 1997; 42: 347-52.
16. Olatunbosun O, Edouard L, Pierson R: British physician's attitudes to evidence based obstetric practice. *Br Med J* 1998; 316: 365.
17. Brown S, Grimes D: A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res* 1995; 44: 332-9.
18. Hundley V, Cruickshank R, Lanf G et al.: Midwifery managed delivery unit: a randomized controlled comparison with consultant led care. *Bf Med J* 1994; 309: 1401-4.
19. Trumbull D, Holmes A Shileds NB, Cheyne H: Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet* 1996; 348: 213-8.
20. MacDorman M, Singh G: Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Commun Health* 1998; 52: 310-7.
21. Murphy P, Fullerton J: Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 461-70.
22. Durand AM: The safety of home birth: the farm study. *Am J Public Health* 1992; 82: 450-3.
23. Schramm W: Neonatal mortality in Missouri home births. *Am J Public Health* 1987; 77: 930-5.
24. Hinds M: Neonatal outcome in planned v unplanned out-of-hospital births in Kentucky. *J Am Assoc* 1985; 253: 1578-82.
25. Olsen O: Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997; 24: 4-16.
26. Wagner M: Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. ACE Graphics, Sydney 1994.
27. Wagner M: Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356: 1677-80.
28. Wagner M: Midwifery in the industrialized world. *J Soc Obstet Gynecol Can* 1998; 20: 1225-34.
29. Rattner D: Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica* 1996; 30 : 19-33.
30. Secretariat of Health, São Paulo State, Brazil, 1999.
31. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health: Ethical aspects regarding cesarean section delivery for non-medical reasons. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 64: 317-22.
32. Stephenson P, Ford Z, Schaps M: Alternative birth centers in Illinois: a resource guide for polica makers. University of Illinois at Chicago Center for Research on Women and Gender, and the Health and Medicine Policy and Research Group, 1995.
33. Rooks J: The National Birth Center Study. *New Engl J Med* 2989; 321: 1804-11.