

Weg ins Leben

Wenn Ärzte und Hebammen ihre oft konträren Ansichten verknüpfen, führt das zur besten Geburtshilfe

TEXTE: EVA SCHINDELE, FOTOS: JULIE BALAGUÉ

Montagvormittag im katholischen St.-Josef-Krankenhaus in Berlin-Tempelhof. „Kreislaßsaal“ steht auf der Glastür, dahinter verbergen sich Geburtsräume in warmen Farben, mit Badewanne, Seil von der Decke und großem Bett sowie einem OP-Saal für Kaiserschnitte. Alicia Krokow* ist mit ihrem Mann in die Klinik gekommen. Nervös läuft sie den Flur des Eingangsbereichs auf und ab – die Hände in die Seite gestützt. „Heute Nacht zog es so im Rücken, dass ich nicht schlafen konnte“, erzählt die 31-Jährige, die ihre braunen Haare zu einem Zopf zusammengebunden hat.

Gestern war ihr errechneter Entbindungstermin, nun ist sie vorsichtshalber ins Krankenhaus gefahren. „Vielleicht hat sich der Junge ja schon auf den Weg gemacht.“ Ihre Tochter wurde vor drei Jahren mit Kaiserschnitt geholt, wegen „schlechter Herztöne“. Ihren Sohn wolle sie jetzt normal zur Welt bringen. „Zumindest will ich es versuchen“, sagt Krokow, „aber letztendlich entscheidet das die Natur.“

Womöglich entscheidet darüber die „Natur“, oft prägen aber auch andere Faktoren den Verlauf einer Geburt: zu wenig Personal, die Angst vor Gerichtsprozessen oder die Routinen einer Klinik. Vor allem aber wissen Geburtshelfer und Hebammen heute noch erstaunlich wenig darüber, was genau während einer Geburt vor sich geht. Erstmals soll das vorhandene Wissen nun in Leitlinien zu Geburt und Kaiserschnitt einfließen. Und erstmals haben Ärzte und Hebammenwissenschaftlerinnen gemeinsam daran gearbeitet – zwei Berufsgruppen, die seit Jahrzehnten erbittert darüber gestritten haben, wie Kinder am besten zur Welt kommen sollen. Aus sprechen bei den Gruppen miteinander, etwa auf der Tagung „Geburtshilfe im Dialog“ an diesem Wochenende in Mannheim.

Hebammen sehen das Gebären als natürlichen Vorgang, auf den der weibliche Körper in der Regel gut eingetrimmt ist. Sie sind dafür ausgebildet, Frauen bei der Geburt zu begleiten und ihnen Mut zuzusprechen. Ärztliche Geburtshelfer und Geburtshelferinnen dagegen lernen vor allem, Risiken und Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Die ärztliche Sichtweise prägt bis heute die klinische Praxis. „Dies kann immer wieder zu Konflikten im Kreislaßsaal führen“, sagt Michael Abou-Dakn, Chefgynäkologe im St.-Josef-Krankenhaus, einer der größten Geburtskliniken in Deutschland.

Es gibt zu wenig gesichertes Wissen darüber, was bei einer Geburt noch normal ist

Inzwischen haben sich jedoch auch in Deutschland die Hebammenwissenschaften etabliert, die Erfahrungswissen um die physiologische Geburt wissenschaftlich betrachten und so den Diskurs mitgestalten. „Für eine gelingende Geburtshilfe müssen wir voneinander lernen“, sagt Abou-Dakn, der jüngst gemeinsam mit dem Förderverein „Normale Geburt“ zu diesem Thema eine Tagung organisiert hat.

Die Hebammenwissenschaftlerinnen arbeiten derzeit auch an den neuen Leitlinien mit, erklären darin gemeinsam mit Medizinerinnen, wie mit „vaginalen Geburten am Termin“ oder mit einem Kaiserschnitt umzugehen ist, wissenschaftlich begründet und erstmals verbindlich. „Das ist ein Novum“, sagt Frank Louwen, Chefg Geburtshelfer an der Universitätsklinik Frankfurt, der beide Leitlinien koordiniert. „Bisher hing die geburtshilfliche Managementum zu oft an Vorlieben und Routinen, denen die wissenschaftliche Evidenz fehlte.“

Laut Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) laufen nur acht Prozent der Klinikgeburten ohne jegliche Interventionen ab. Meist wird medikamentös eingeleitet, die Wehen werden verstärkt oder gehemmt, eine Betäubung der Rückenmarksnerven, die PDA, gegen die Schmerzen gesetzt, ein Dammschnitt. „Bisher ging die Geburtshilfe Managementum zu oft an Vorlieben und Routinen, denen die wissenschaftliche Evidenz fehlte.“ Laut Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) laufen nur acht Prozent der Klinikgeburten ohne jegliche Interventionen ab. Meist wird medikamentös eingeleitet, die Wehen werden verstärkt oder gehemmt, eine Betäubung der Rückenmarksnerven, die PDA, gegen die Schmerzen gesetzt, ein Dammschnitt. „Bisher ging die Geburtshilfe Managementum zu oft an Vorlieben und Routinen, denen die wissenschaftliche Evidenz fehlte.“

Bereits im Jahr 2014 forderte die US-amerikanische gynäkologische Fachgesellschaft ACOG mehr Gelassenheit in der Geburtshilfe. „Wir müssen wieder mehr zur Physiologie, zur Natürlichkeit zurück“, fordert Abou-Dakn. Fast jede dritte Frau bringt ihr Kind in Deutschland mit einem Kaiserschnitt zur Welt – fast doppelt so viele wie vor 20 Jahren. „Die Operation selbst ist weniger das Problem“, sagt Louwen, sondern die möglichen Folgen für eine nächste Schwangerschaft und für die Kinder. Noch wissen Mediziner wenig über Konsequenzen, Studien geben erste Hin-

weise darauf, dass Kaiserschnittkinder womöglich etwas öfter an Diabetes Typ 1, Allergien und Asthma erkranken. „Über die Zusammenhänge zwischen Geburtsmodus und Gesundheit von Mutter und Kind wird derzeit weltweit unter Hochdruck geforscht“, sagt der Geburtshelfer.

Frank Louwen plädiert dafür, die Indikation für einen Kaiserschnitt sorgamer zu stellen. Denn die Fälle, in denen eine Schnittentbindung für Mutter und Kind zwingend nötig ist, haben kaum zugenommen. Dazu gehören eine schwere Erkrankung der Mutter oder eine Fehlbildung des Kindes, eine vorzeitige Plazentaablösung, Nabelschnurvorfall oder ein Mutterkuchen, der den Geburtskanal versperrt. Auch bei akuter Not des Kindes während der Geburt müssen die Ärzte einen Kaiserschnitt durchführen. Doch ist heute ein vor- ausgegangener Kaiserschnitt der häufigste Grund für eine weitere Schnittentbindung.

In Skandinavien hingegen, wo in erster Linie Hebammen für Schwangerschaft und Geburt zuständig sind, liegt die Kaiserschnitttrate stabil bei etwa 17 Prozent. Trotzdem sind die Geburten dort genauso sicher wie in Ländern mit vielen Eingriffen. Das ist das Ergebnis einer finnischen Beobachtungsstudie von 2013, die zu 20 000 Geburtsverläufe untersucht hat. Und die perinatale Sterblichkeit – die Anzahl der Todesfälle während der Geburt und in den ersten sieben Tage danach – ist in Skandinavien EU-weit am niedrigsten.

Vor allem die besseren Lebensbedingungen der Frauen reduzierten die Mütter- und Säuglingssterblichkeit im vergangenen Jahrhundert. Die Klinikgeburtshilfe habe dazu im Vergleich nur einen geringen Beitrag geleistet, die Hebammen und Gesundheitswissenschaftlerinnen Christiane Schwarz aus Hannover. In den vergangenen 15 Jahren sei die Neugeborenensterblichkeit kaum noch gesunken. Ob der häufige Kaiserschnitt die Geburtsschäden reduziert, ist statistisch nicht erforscht.

Die „gekonnte Nicht-Intervention“ hält Abou-Dakn, der an der Leitlinie zur physiologischen Geburt mitarbeitet, für enorm wichtig. Also nur in den Geburtenverläufen zuzugreifen, wenn der Vorteil für Mutter oder Kind belegt ist. Doch da liegt das Problem: laut Abou-Dakn gibt es zu wenig gesichertes Wissen darüber, was bei einer Geburt „noch normal ist oder schon pathologisch“. Kaum untersucht ist zum Beispiel, wie das Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind funktioniert. Oder welchen Einfluss die Psyche hat, welchen die Gene. „Die Forschungsbemühungen orientieren sich bisher größtenteils am optimalen Geburtsergebnis“, so die Hebammenwissenschaftlerin Mechthild Groß, die an der Medizinischen Hochschule Hannover lehrt.

Dafür wurde etwa in den 1960er- und 70er-Jahren neu festgelegt, wie lange eine Geburt dauern darf. Damals haben die Gebärenden ein Drittel der Zeit verloren, die sie bis dahin für die Geburtsarbeit gebraucht haben, rüstete die Körperhistorikerin Barbara Duden. Das lag auch an der Forschung des Gynäkologen Emanuel Friedman von der Harvard Medical School, auf der Grundlage eines kleinen Studienkollektivs die nach ihm benannte Friedman-Kurve entwickelte. Sie legt fest, in welchem Tempo die Geburt fortschreiten soll: Muttermündöffnung im Stundenakt. Jede Stunde ein Zentimeter.

Bis heute halten sich viele Kliniken an diese Richtschnur. „Dieses enge Zeitkorsett kann viel Pathologie produzieren“, so Groß. Zum Beispiel die häufig gestellte Diagnose eines Geburtstillstands oder eines verzögerten Geburtsverlaufs. Oft der Grund, die Wehen zu forcieren und der zweit häufigste Grund für eine Schnittentbindung unter der Geburt.

Inzwischen wissen es Mediziner und Hebammenwissenschaftlerinnen, eigentlich besser. „Gebären ist ein Prozess, der weniger linear verläuft, als man bisher annahm“, sagt die Hebammenwissenschaftlerin Groß. Vor allem in der frühen Phase, der „Leitphase“, die auch in Deutschland wieder neu entdeckt wird, werden die Wehen für den weiteren Geburtsverlauf gestellt. Das Problem: Fachleute definieren den Geburtsbeginn mit kräftigen, re-

gelmäßigen Wehen, die den Muttermund öffnen. Schwangere nehmen den Beginn der Geburt aber oft Stunden früher wahr. Es zieht im Rücken oder die Beine schmerzen, manchmal ist ihnen übel. Körper und Psyche stellen sich auf die Geburt ein, die Wehen finden langsam ihren Rhythmus.

Laut IQTIG kommt mehr als die Hälfte mit einem kaum geöffneten Muttermund in die Klinik. „Wenn Frauen die ganze Schwangerschaft immerzu hören, wie riskant das Kinderkriegen ist und dass alles ständig kontrolliert werden muss, sind viele so verunsichert, dass sie schon ganz früh Schutz und Entlastung suchen“, sagt Wolf Lütje, Chefgynäkologe des Ev. Amalie-Sieking-Krankenhauses in Hamburg.

Auch Alicia Krokow sucht Hilfe. Sie liegt auf einer schmalen Liege, den Pullover hochgekrempelt. An ihrem nackten Bauch sind mit Gurten ein Drucksensor und ein Schallkopf befestigt, die ihre Wehentätigkeit und die Herzfrequenz des Kindes messen und in ein Diagramm übertragen. Alicia Krokow hat das Gefühl, dass die Geburt begonnen hat. Auch das CTG zeigt, dass sich die Gebärmutter in unregelmäßigen Abständen zusammenzieht. „Die Wehen reichen leider noch nicht aus, um den Muttermund zu öffnen“, erklärt ihr die Hebamme. Aber das Köpfchen liege schon gut im Becken, beruhigt sie Krokow. „Es wird noch etwas dauern, bis es richtig losgeht.“ Sie empfiehlt Alicia Krokow, noch mal nach Hause zu gehen, sich in die Badewanne zu setzen und abzulenken.

Es gibt keine wissenschaftlich untermauerte Norm, wie lange eine Geburt dauern darf

Die Schwangere findet das gar nicht gut. „Das ist ein Dilemma“, sagt die Bochumer Hebammenwissenschaftlerin Rainhild Schäfers. Je früher die Frauen aufgenommen werden, umso mehr Interventionen und operative Entbindungen haben sie, lassen auch Studien vermuten. „Deshalb werden bei uns Frauen möglichst erst mit einer Muttermundweite von vier bis sechs Zentimetern im Kreislaßsaal aufgenommen“, sagt die leitende Hebamme des St.-Josef-Krankenhauses, Monique Kaiser. „Bei zwei Zentimetern haben sie das Gefühl, die Geburt habe ewige 20 Stunden gedauert. Bei sechs Zentimetern nehmen sie die Geburt insgesamt viel kürzer wahr.“

Längere Wehenpausen können normal sein – auch in der Austreibungsphase. Die Gebärmutter erhole sich. Es gebe keine wissenschaftlich untermauerte Norm, wie lange eine Geburt dauern darf, sagt Abou-Dakn. „Solange Mutter und Kind wohllauf sind, ist es prima.“ Längere dauernde Geburten müssen für Frauen auch nicht automatisch anstrengender sein. Ausschlaggebend dafür ist, wie sich die werdenden Mütter betreut fühlen. Wissenschaftlich gut belegt hat die Cochrane Collaboration, dass eine kontinuierliche und kompetente Eins-zu-eins-Begleitung durch eine Hebamme oder Doula eine Geburt günstig beeinflussen kann. Die Frauen brauchen weniger Schmerzmittel, haben weniger Interventionen und operative Entbindungen. Sie sind insgesamt zufriedener mit dem Ablauf der Geburt, was sich günstig auf das Stillen und die Beziehung zum Baby auswirkt.

Doch dieses Gefühl für mehr kompetentes Personal steht uns noch nicht zur Verfügung“, kritisiert Klinikchef Abou-Dakn. Auch die Schwangere Mascha Grieschat aus Hamburg fühlte sich allein gelassen. „Niemand hat sich um uns gekümmert“, beklagt sich Grieschat. Sie beschreibt, wie nach gefühlten Stunden die Tür aufgerissen wurde und mehrere Leute an ihr Bett traten: „Dem Kind geht es schlecht. Wir müssen sofort einen Kaiserschnitt machen.“ Herausgeholt wurde dann ein vitaler kleiner Junge.

Die Geburtshelfer hatten den Zustand des Kindes mit einem Dauer-CTG in einem zentralen Kontrollraum überwacht. Dabei haben Studien längst ergeben, dass ein CTG höchst unzuverlässig ist. Es schlägt oft Alarm, obwohl es dem Kind im Bauch gut geht. Andererseits erkennt das CTG nicht immer, wenn das Kind in Not ist. Vorteilhaft ist es, Gebärende nur in Abständen an einen Wehenschreiber zu hängen, so zeigte es ein Cochrane-Review von 2013. Die Frauen waren dadurch mobiler, hatten weniger operative Entbindungen, und die Kinder waren ebenso fit wie beim Dauer-CTG. „Nicht bei jedem sogenannten Notkaiserschnitt gibt es auch eine Not“, sagt Wolf Lütje, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Zu dem Gynäkologen kommen Frauen mit schwierigen Geburtsverläufen, ausgelöst durch einen hektischen oder auch als entwürdigend empfundenen Umgang des Klinikpersonals. Eine respektvolle Geburt sei ein Menschenrecht, sagt auch Katharina Hartmann von der Elterninitiative „Mother Hood“. Frauen müssen richtig aufgeklärt, ernst genommen und in Entscheidungen einbezogen werden. Das fängt schon in der Schwangerschaft an. „Name geändert



Die Geburt hat soeben erst begonnen. Die Hebamme (rechts) tastet sorgsam den Bauch der Schwangeren ab und wird ihm gleich abhören.



Stetige Bewegungen des Beckens der Gebärenden auf einem Ballon helfen der Frau, sich während der Wehen immer wieder zu entspannen.



Die Anspannung der Schwangeren ist den beiden Händen der Frau abzulesen, während des gesamten Verlaufs der Geburt.



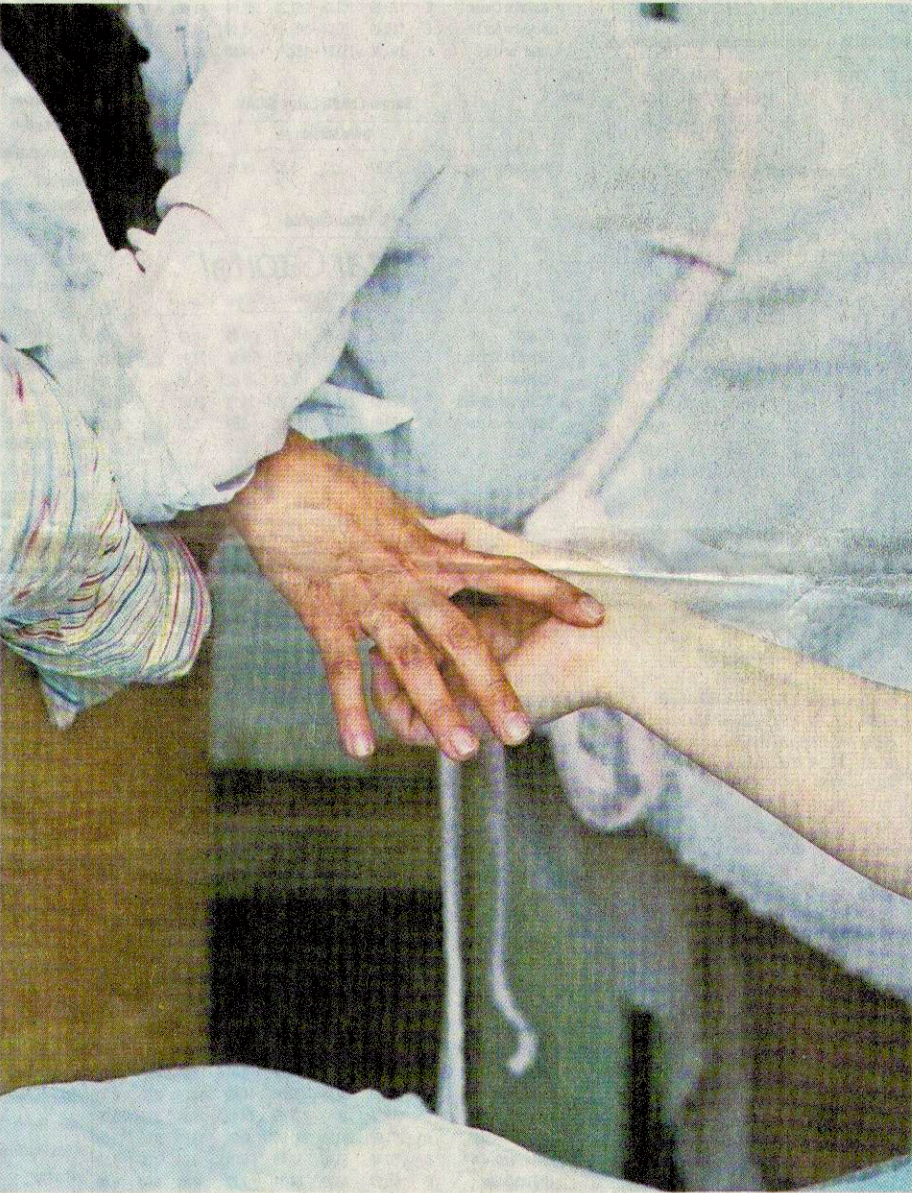
Während der Geburt ist es sehr wichtig, richtig zu atmen. Um die Anspannung zu lösen und um zu vermeiden, dass Mutter und Kind mit zu wenig Sauerstoff versorgt werden.



Manchen Frauen kann es auch helfen, die Hände in den Rücken zu stützen, um die Wucht der Wehen besser auszuhalten.



Oft leiden die Gebärenden unter großer Anspannung im Verlauf der Geburt, sind erschöpft. Zur Entspannung reibt die Hebamme die Stirn der Schwangeren.



Die Hebamme massiert die Hände der Gebärenden, auch das soll die Anspannung der Frau unter der Geburt lösen.



Für den Mann ist es nicht leicht, die Geburt gemeinsam mit seiner Frau durchzustehen. Für die Gebärende ist der Beistand enorm wichtig.



Die Wassergeburt lindert die Schmerzen der Gebärenden, nach drei Stunden findet das Köpfchen des Kindes seinen Weg nach draußen.



Der ganz große Moment: Nach Stunden der Anstrengung erblickt das Baby endlich das Licht der Welt.



Die Geburt ist geschafft; erschöpft legt die Frau ihre Tochter auf ihre Brust. Es ist der erste Hautkontakt zwischen Mutter und Kind.



Zum ersten Mal ist die neue Familie beisammen, wenige Momente nach der Geburt. Mütter, Vater und Tochter betrachten sich aufmerksam.

In Trance

Hypnose kann die Schmerzen während der Geburt lindern

Janine Müller* blies für jede Wehe einen Luftballon auf und entließ ihn durch das Fenster des Kreislaßsaals in den Himmel. Sie pustete ihn auf, wenn eine Wehe ihren Körper durchströmte, gab ihm eine Farbe und in der Wehenpause ließ sie ihn fliegen und nutzte die Zeit zu entspannen. „Diese Imagination hat mich durch die Wehen getragen“, erzählt die 33-jährige Volkswirtin aus Bremen. „Ich hatte vorher Zweifel, ob es klappen würde.“ Aber sie wollte alles tun, um die schreckliche Erfahrung der ersten Geburt nicht erneut zu durchleben.

Das „Hypnobirthing“ nutzt die uralte Kulturtechnik, sich in Trance zu versetzen. „Schmerzen lassen sich bei vielen Menschen durch Imagination beeinflussen“, sagt Schmerzforscher Thomas Weiß von der Universität Jena. Denn das Gehirn könne nicht genau zwischen Imagination und Wirklichkeit unterscheiden. „Eine Möglichkeit ist, sich in Gedanken an einen Wohlfühlort zu begeben und damit die Aufmerksamkeit vom Schmerz wegzulenken“, erklärt die Bremer Psychologin Angela Blumberger, die Frauen und ihren Partnern das Hypnobirthing beibringt. Dabei sei es egal, ob sich die Schwangere mit all ihren Sinnen vorstellt, wie sie sich an einen dicken Baum anlehnt, auf den Wellen reitet oder Luftballons aufbläst.

Gebären bringt viele Frauen an ihre Grenzen. „Die Schmerzen waren unerträglich“, sagen die einen, andere dagegen vergleichen es mit dem Ziehen bei einer starken Regelblutung. Manche sind überwältigt, fühlen sich ausgeliefert, empfinden Ekel und Scham – während andere Frauen eher die Herausforderung betonen. „Einen achttausender bestigen ist auch anstrengend“, schreibt eine Mutter in einem Geburtsblog. „Und meinen Gipfelklick hatte ich, als ich mein zartes Baby auf meiner Haut spürte.“

Wie Frauen über Geburten denken, hat womöglich sogar einen direkten Einfluss auf den Geburtsverlauf. Schwangere, die den Prozess als riskant einstufen, erhalten häufiger Schmerzmittel als andere und bringen ihr Kind öfter mit einem Kaiserschnitt zur Welt. Das Image des Gebären ist schlecht, schon seit Babeltagen wird Frauen eingeordnet, dass sie verdammt seien, ihre Kinder unter Schmerzen zu gebären. „Diese Vorprogrammierung könnte den Geburtsverlauf prägen“, sagt die bayerische Psychologin Lisa Hoffmann, die diese Zusammenhänge derzeit untersucht.

„Wehen“ heißen im Englischen „labour“, also Arbeit, während im Deutschen vor allem die Schmerzen betont werden. Doch der Wehenschmerz ist nicht gleichbar mit Kopf- oder Rückenschmerzen. Er ist rhythmisch – kommt und geht, mit längeren Pausen dazwischen, in denen die Gebärende sich erholen und Kraft schöpfen kann für die nächste Wehe.

Eine Geburt ist Teamwork von Mutter und Kind. Im komplexen hormonellen Zusammenspiel sind beide eng miteinander verwoben. Das Bindungshormon Oxytocin regt die Wehen an und begleitet in unterschiedlicher Konzentration die Geburt. Hinterher unterstützt es die Kontaktaufnahme mit dem Kind, das ebenso von Oxytocin überflutet ist. Endorphine lassen Frauen von der Realität abrücken und die Schmerzen besser ertragen. In der letzten Phase der Geburt mobilisiert ein Adrenalinschub alle Kräfte.

Männer sind oft überfordert, wenn die Partnerin flucht, schreit oder wimmert

Frägt man Mütter, was ihnen bei der Geburt geholfen hat, nennen viele die Hebamme, die für sie da war und die sie schon in der Schwangerschaft kennengelernt haben, zum Beispiel auch Ina Schmidt*. „Die Hebamme war mein Schmerzmittel“, sagt die 32-Jährige aus Oldenburg. „Sie hat mich durch schwierige Phasen geführt, an denen ich mir dann was aufgebogen.“ Die meisten Frauen legen Wert darauf, vom ihrem Partner bei der Geburt begleitet zu werden und mit ihm gemeinsam den Neugeborenen zu begrüßen. Doch damit das gelingt, müssen Väter auf die Situation vorbereitet werden – und zwar in einem Männerseminar unter Anleitung eines Geburtshelfers, so erklärt es der Würzburger Gynäkologieprofessor Achim Wöckel in der *Deutschen Hebammenzeitschrift*.

Sonst könnten Männer leicht überfordert sein, wenn ihre Partnerin vielheitlich schreiend, fluchend oder wimmernd die Wehen verarbeitet. „Nicht alle können das gut aushalten“, sagt Wöckel. Dann kann es zu der Situation kommen, dass der werdende Vater die Geburtshilfe bedrängt, endlich etwas gegen das Leiden seiner Partnerin zu unternehmen. Das störe die Frauen in ihrem Geburtsprozess erheblich. Aber gut vorbereitet könnten Männer eine große emotionale Stütze sein.

Janines Töchterchen ist nun schon zwei Jahre alt. Ihre Eltern sind immer noch gerührt, wenn sie von der Geburt erzählen. „Durch meine imaginierten Luftballons hatte ich das Gefühl, die Schmerzen besser zu kontrollieren“, so Janine Müller. „Es ist schon überwältigend, wie mich letztlich mein Körper ganz selbständig durch die Geburt geführt hat. Daraus habe ich viel Energie gezogen.“ *Name geändert