

Die Alternative Geburt

aus der Sicht des Geburtshelfers

Die zunehmende Reflexion und Kritik hinsichtlich unserer technologisierten Umwelt, und die daraus resultierende Gegenbewegung mit der Forderung einer möglichst naturgemäßen und gesunden Lebensweise hat glücklicherweise auch vor der Medizin als Ganzes, und insbesondere der Geburtshilfe, nicht haltgemacht. Eine Abkehr von der voll technisierten Geburtshilfe, welche vor allem in den letzten 20 Jahren in vielen Geburtskliniken durchgeführt wurde, war die Folge.

Der Begriff der alternativen Geburt wurde geprägt, jedoch ohne sich an eine einzige Form der Geburtshilfe zu klammern. Durch die Vielfalt der auf sie einströmenden Informationen kann selbst die aufgeklärte und entscheidungsbewußte Mutter nicht immer sicher sein, zu sich selbst zu finden und die für sie wichtigen Entscheidungen zu treffen.

Kurzer historischer Rückblick

Seit je sind die Geburtsüberwachung des Kindes und der Geburtsschmerz ein zentrales Problem in der Geburtshilfe.

1863 bezeichnete der Mediziner Jacobs Kotz in seiner Dissertation die **fetale Auskultation** als "scharfsinnigste und zugleich segensreichste Entdeckung der Neuzeit". Vor der Entdeckung des Holztonrohrs nach Pinard kannten die Geburtshelfer und Hebammen lediglich allgemeine Zeichen, die vermuten ließen ob das Kind während der Geburt noch am Leben sei. Die Suche nach immer sichereren Methoden (vor)geburtlicher Überwachung führte im 20. Jahrhundert zu der **externen** sowie der **internen Elektrokardiographie**, wobei letztere eine Fruchtblaseneröffnung voraussetzt.

Der Geburtsschmerz ist kein Phänomen das allein unsere hochtechnisierte Gesellschaft betrifft, schon in den Schriften der alten Ägypter und Chinesen findet man Textstellen, in denen die Bitte und das Flehen nach Schmerzlinderung und Geburtserleichterung deutlich zum Ausdruck kommen. In dem Bemühen um Minderung des Geburtsschmerzes hat die Geburtshilfe Impulse erhalten, aber auch selbst wichtige Beiträge zur Entwicklung von **psychosomatischen Methoden** zur Geburtserleichterung gegeben. Die Anfänge sind im **autogenen Training** von Schultz zu sehen. Read hat als erster auf den Zusammenhang von Angst, Spannung und Schmerz hingewiesen; 1952 führte Lamaze in Frankreich die

Psycho-Prophylaxe ein. Da in den letzten Jahren von Schwangeren, Hebammen und Ärzten die Beachtung der psychologischen Aspekte der Geburt mit ihren Auswirkungen auf Mutter und Kind gefordert wird, hat die psychosomatische Geburtsvorbereitung zunehmend an Bedeutung gewonnen, und vor allem im Ausland sehr positive Impulse gesetzt (z.B. von der Krankenkasse bezahlte Geburtsvorbereitung). Gerade die Erfolge der lückenlosen Schwangerenvorsorge, die apparative Ausstattung der Entbindungskliniken, die Intensivüberwachung der Schwangerschaft und der Geburt, haben zu einer erheblichen Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit beigetragen. Doch eben dieses absolute Sicherheitsdenken führte zur volltechnisierten aber inhumanen Geburtshilfe. Der Weg der eingeschlagen werden muß, führt über eine menschliche, familienorientierte und dennoch sicheren Geburtshilfe. Von diesen beiden Prinzipien ausgehend stellen sich für den Geburtshelfer ein strukturelles (organisatorisches) und ein medizin-rechtliches Problem.

Hausgeburt, ambulante Geburt und reelle Alternative.

Die Hausgeburt stellt sicher die größten Anforderungen an den Geburtshelfer: während hierbei die Schwangere in ihrem gewohnten Rahmen bleiben kann, muß der Arzt die ihm vertraute Umgebung des Krankenhauses verlassen. Für mich persönlich ist dies ein angsteinflößender Gedanke, da ich als Geburtshelfer immer die schwierigsten Situationen ins Auge fassen muß, und ich bei der Hausgeburt, sollte ein Akutfall eintreten, die Sicherheit der Geburtshilfe gefährdet sehe. Zugegebenermaßen sind solche Fälle glücklicherweise selten.

Leider liegen uns jedoch keine zuverlässigen Angaben über Hausgeburten vor, auch nicht was Holland oder Deutschland betrifft. Dies ist sicherlich ein strukturelles Problem. Als Mediziner kann und will ich die Hausgeburt nicht empfehlen, bin aber der Meinung, daß einer Schwangeren, die unbedingt eine Hausgeburt wünscht, durch eine gute Organisation mit technischer Unterstützung (z.B. Modell Holland¹) mehr gedient ist als mit sturer Ablehnung.

Eine Entbindungsmöglichkeit, die in Luxemburg erst sehr wenig diskutiert wird, ist die ambulante Geburt. Ambulante Geburt bedeutet, daß die Entbindung selbst in der Klinik stattfindet, Mutter und Neu-

Fettgedruckte Wörter werden am Ende des Artikels erklärt.

geborenes (sofern keinerlei Komplikationen auftreten) jedoch nach wenigen Stunden heimkehren, und die Frau das Wochenbett zu Hause verbringen kann. Dieser Kompromiß zwischen Klinik- und Hausgeburt vereinigt den Vorteil der medizinisch-technischen Überwachung mit dem der familiären Umgebung der Frau. Bei der ambulanten Geburt sollte jedoch die nachgeburtliche Betreuung -beispielsweise durch Hebammen- gewährleistet und finanziell von der Gesellschaft (Sozialversicherung) getragen werden. Im Gegensatz zur Bundesrepublik ist dies in Luxemburg leider noch nicht der Fall.

Für mich stellt die aufgeschlossene Klinikgeburt ohne apparative Vergewaltigung, in einem human eingerichteten Entbindungsraum und mit genügend personeller Betreuung eine reelle Alternative dar. Allerdings sind hierzu finanzielle Mittel erforderlich. In einigen unserer Kliniken wurde aber auch schon manches in dieser Richtung erreicht.

Die Entbindungsmöglichkeiten nach Read, Lamaze, Leboyer sowie die Gebärhaltung erfordern eine gezielte Geburtsvorbereitungspolitik: ausreichend geschultes Personal, bezahlte Geburtsvorbereitungskurse usw.. Hierbei soll die Aufklärung sowie das Entscheidungsbewußtsein der werdenden Mutter ein zentrales Problem darstellen, damit diese ihr Selbstbestimmungsrecht in voller Kenntnis über alle Methoden und Möglichkeiten ausnützen kann. Es erstaunt mich, wie gering hier in Luxemburg die Nachfrage bezüglich der Geburtsvorbereitungsmöglichkeiten ist, und wie wenig sozialpolitische Unterstützung in dieser Hinsicht gewährleistet wird. An der Universitätsklinik, wo ich bis vor kurzem in Norddeutschland gearbeitet habe, gab es kaum eine Schwangere, die nicht an einem Vorbereitungskurs und Informationsabend teilgenommen hätte und die sich nicht die Entbindungsstation hätte zeigen lassen. Dies ermöglichte den Patientinnen sonderzweifel eine größere Entscheidungsfreiheit unter anderem auch bei der Wahl der Klinik.

Selbstbestimmungsrecht der Frau contra Kindeswohl?

Wenn man im Hinblick auf die Geburt von Entscheidungsfreiheit der Frau spricht, so muß man jedoch auch die Frage stellen, ob diese Entscheidungsfreiheit in jeder Situation bei der Schwangeren liegen darf. Hierzu eine konkretes Beispiel: Die vaginale Geburt aus Steißlage heraus erfordert von seiten der Mutter (ausreichend breites Becken) von seiten des Kindes (keine übermäßige Größe) und von seiten des Geburtshelfers (genügend Erfahrung hinsichtlich von Steißlagengeburt) eine Reihe von Voraussetzungen, die vorhanden sein müssen, um eine für das Kind optimale Geburt zu gewährleisten. In die Entscheidungsfreiheit der Mutter sollte also eine Vertrauensbasis eingebaut werden, in welcher auch die Entscheidung des Arztes nach bestem Wissen und Gewissen zum Tragen kommt.

Die Verweigerung der Einwilligung in medizinisch indizierte Eingriffe birgt in der Geburtssituation besondere Schwierigkeiten. Hier ist für den Arzt das

Selbstbestimmungsrecht der Mutter gegen das Wohl des Kindes und auch ihr eigenes abzuwägen. Die Besonderheit der Geburtssituation als Zwei-Menschen-Situation ist, daß eine rettende Maßnahme für das Kind meist mit einer Körperverletzung der Mutter einhergeht, für die eine rechtswirksame Einwilligung vorliegen muß. Nach traditioneller Rechtsauffassung kann man eine Mutter aber nicht zwingen, eine Körperverletzung im Interesse des Kindes -z.B. einen Kaiserschnitt- auf sich zu nehmen. Dem entgegen steht, daß Eltern normalerweise nicht befugt sind, zum Nachteil des Kindes unvernünftige Entscheidungen zu treffen. In der Kinderheilkunde hat der Arzt normalerweise das Recht, sich über das Veto der Eltern hinwegzusetzen, wenn er dadurch das Leben eines Kindes retten oder eine schwerwiegende Schädigung abwenden kann. Besteht nicht genug Zeit, sich an ein Vormundschaftsgericht zu wenden, kann der Chirurg einen zweifelhaft gebotenen Eingriff selbst verantworten. In der Geburtssituation muß berücksichtigt werden, daß bei nahezu jeder ärztlichen Maßnahme zugunsten des Kindes zwangsläufig in die Rechtsgüter der werdenden Mutter eingegriffen wird.

Verweigert eine Mutter, die vor der Geburt nicht ausreichend aufgeklärt wurde und von der keine Einwilligung zur Durchführung einer ärztlichen Maßnahme vorliegt, ihre Zustimmung in der Geburtssituation, muß der Arzt zwischen Selbstbestimmungsrecht und Wohl des Kindes abwägen. Da er davon ausgehen kann, daß die Urteilsfähigkeit durch die Besonderheit der Situation und die Schmerzen getrübt sein kann, muß er sich letztendlich im mutmaßlichen Interesse für das Wohl des Kindes entscheiden. Hat sich die Frau nach reiflicher Überlegung gegen gewisse Maßnahmen im Vollbesitz ihrer Entscheidungsfähigkeit entschieden und ist sie nicht vom Gegenteil zu überzeugen, so muß ihr Selbstbestimmungsrecht geachtet werden. Der Vater hat zu diesem Zeitpunkt noch kein Mitentscheidungsrecht!

Geburtshilfe und Rechtsmedizin

Gerade in der Geburtshilfe ist die Zahl der Schadenersatzansprüche groß, besonders wenn ein geschädigtes Kind zur Welt kommt. Das mag seine Ursache darin haben, daß es für die Eltern schwer zu ertragen ist, die Behinderung als naturgegeben hinzunehmen. Der Wunsch, Schuld und Verantwortung dafür dem Arzt zuzuweisen ist verständlich. Auf der anderen Seite wächst jedoch die Verunsicherung des Geburtshelfers, der sich ständig der Gefahr einer Schadenersatzanklage gegenüber sieht. Dies hat in den USA und auch in der BRD dazu geführt, daß viele Frauenärzte keine Entbindungen mehr durchführen. In den USA sind die Versicherungssummen für Geburtshelfer dermaßen hoch, daß es in vielen Großstädten einen Mangel an Geburtshelfern gibt, weil letztere diese Summen nicht zahlen können.

Rechtlich gesehen bewegen sich in der BRD (hier in Luxemburg wird es wohl identisch sein) die Prozesse vor allem auf dem Gebiet der Aufklärungspflicht

Die Frau soll ihr Selbstbestimmungsrecht in voller Kenntnis über alle Methoden ausnützen können.

des Arztes. Der Patient ist beweispflichtig, wenn er klagt, der Arzt habe sich eines Kunstfehlers schuldig gemacht. Deshalb klagen viele Patienten sie seien nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Dann liegt die Beweislast beim Arzt ... Wir bewegen uns hier auf einem sehr schwierigen Gebiet der Rechtsmedizin.

Die Frage, inwieweit über möglicherweise auftretende Geburtskomplikationen aufgeklärt werden soll, für die die **Schwangerschaftsanamnese** keinen Anhaltspunkt bietet, ist problematisch. Ist es zu rechtfertigen, eine Frau mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit dem Wissen um mögliche Komplikationen zu belasten? Dies kann dem Ziel entgegenwirken, den Frauen die Geburt als natürlichen Vorgang nahezubringen, dem sie möglichst entspannt entgegensehen sollen. Meines Erachtens sollte man hier die Besonderheit der Geburtssituation

berücksichtigen und über kaum zu erwartende Komplikationsmöglichkeiten nicht aufklären.

Schlußfolgerung

Zusammenfassend bleibt zu sagen, daß wir hier in Luxemburg die Forderungen verschiedener Organisationen, -Hebammenverband, Initiativ Liewensufank u.a.-, unbedingt unterstützen sollten. Die unbestrittenen Erfolge der Klinikgeburt auf dem Gebiet der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, und nicht zuletzt die hervorragenden Leistungen von Hebammen, Geburtshelfern und Kinderärzten, sollten uns mehr Anlaß und Sicherheit geben um angst- und kränkungsfrei miteinander umzugehen.

(1) siehe Beitrag "Die natürliche Geburt"

Worterklärungen:

fetale Auskultation = Abhören der Herztöne des Ungeborenen mit einem Stethoskop

Elektrokardiographie = Elektronische Messung der Herztöne

Bei der externen EKG wird diese durch Ultraschallgerät vom Bauch der Mutter aus abgeleitet; bei der internen EKG wird sie vom Kind selbst abgeleitet durch Elektroden, die am Kopf des Ungeborenen befestigt werden.

psychosomatische Methoden = Methoden, die den Zusammenhang zwischen Psyche und Körper betonen (siehe Beitrag "Die natürliche Geburt")

autogenes Training = Entspannungstechnik, die auf der Beeinflussung der Körperfunktionen beruht.

Psychoprophylaxe = seelische Vorbeugung (siehe Beitrag "Die natürliche Geburt")

Schwangerschaftsanamnese = Bezeichnung für das Sammeln von Informationen über den Schwangerschaftsverlauf