

Die aktuelle Geburtssituation in Vorarlberg

**Ein Beitrag zur prä- und perinatalen
Psychologie**

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades des
Magisters der Geisteswissenschaftlichen Fakultät
der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

eingereicht von Daniela Elisabeth Zech

bei

Univ. Prof. Dr. Hans-Jörg Walter

Innsbruck, im Juli 2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Einleitung	6
2. Gebären in Vorarlberg	12
2.1. Krankenhäuser und Geburtshilfe	15
2.2. Schwangerschaft und Geburt in Vorarlberg	17
3. Geburtsphysiologie	30
3.1. Gesetzmäßigkeiten der Schließmuskeln	30
3.2. Störungen der Intimität	34
3.3. Einen Blick ins Tierreich	38
3.4. Ein Hormon namens Oxytozin	39
4. Die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind	46
4.1. Die Bindungstheorie	46
4.2. Sichere Bindung - eine Form der Kriminalitätsprävention	55
4.3. Bindung im peri- und postnatalen Bereich	59
4.3.1. Untersuchungen bei Säugetieren	59
4.3.2. Die Hypothese von Klaus und Kennell	60
4.3.3. Eine besondere Phase nach der Geburt	63
4.3.4. Bonding	69
4.3.5. Rooming-in	74
4.3.6. Medikamente während der Geburt und Bonding	77
5. Das Wohlbefinden der Gebärenden	79
5.1. Die Würde einer gebärenden Frau	79
5.2. Die Kraft der Vision nützen	85
5.3. Die Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme	89
5.4. Das Konzept der DOULA nach Klaus und Kennell	95
6. Das (Beleg)hebammensystem in Vorarlberg	99
6.1. Gesetzliche Anträge in Vorarlberg	100

Inhaltsverzeichnis

6.2. Konzeptionelle Grundgedanken des Hebammengremiums in Vlbg.	103
6.3. Hebammen in Vorarlberg früher und heute	106
6.4. Die Situation der Frauen aus der Perspektive der Hebammen	121
6.5. Interviews mit zwei Hebammen	126
6.5.1. Stress im Wochenbett	126
6.5.2. Die Nöte der Frauen	129
6.5.3. Sozialpolitische Komponente	136
6.5.4. Die heutige Geburtslandschaft in Vlbg.	142
6.5.5. Neue Kultivierung	145
6.5.6. Das Ergebnis der Aussagen	148
6.6. Ein Blick in die Niederlande	150
7. Elternaufklärung über Kaiserschnitt	153
7.1. Anstieg der Interventionsraten bei der Geburt	158
7.2. Schmerzvermeidung?	161
7.3. Periduralanästhesie (PDA)	162
7.4. Stillen nach einem Kaiserschnitt	165
7.5. Was bringt uns die Zukunft?	167
8. Prä- und perinatale Psychologie	169
8.1. Wo wir heute stehen	169
8.2. Stress in der Schwangerschaft für die Mutter	174
8.3. Stress für den Fetus	178
8.4. Stress während der Geburt für das Kind	182
8.5. Die Geburtsmatrizen nach Grof	184
8.6. Pränatale Bindung	186
Nachwort	191
Literaturverzeichnis	194
Lebenslauf	201

VORWORT

Seit meiner Jugendzeit interessierte mich das Thema der Schwangerschaft und Geburt. Meine Ehrfurcht vor den Ungeborenen und Neugeborenen veranlasste mich immer wieder zu Gesprächen mit meinen Freunden über diese Thematik.

Momente der Lebensübergänge haben etwas Einmaliges, Unwiederbringliches und geradezu Heiliges. Aus dieser Perspektive heraus braucht es ein dementsprechendes Umfeld und Verhalten in diesen Situationen. Der adäquate Umgang sichert eine konstruktive psychische Verarbeitung im Nachhinein. Ein weiterer für mich wesentlicher Aspekt ist die Weitergabe „des Wissens um das Geburtsgeschehen und ihrer Kraft und Dynamik“ in einer heilenden und konstruktiven Art und Weise an die nächste Generation. „Heilend“ deshalb, weil in diesem und im letzten Jahrhundert die Weitergabe dieses Wissens „von Frau zu Frau“ größtenteils unterblieben ist. Dahinter steckt eine Epoche voll Tabuisierung der Sexualität, der Pathologisierung und Vermännlichung der Geburtssituation sowie zwei Weltkriege.

Mit großer Dankbarkeit möchte ich erwähnen, dass ich bei den beiden Geburten meiner Kinder Aaron und Sophia im Landeskrankenhaus Feldkirch nach dem besten Wissen des damaligen Zeitpunktes betreut wurde. Mit dieser Arbeit möchte ich zur Entwicklung und zur Bewusstwerdung der heutigen Geburtssituation in Vorarlberg anregen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Univ. Prof. Dr. Hans-Jörg Walter, der mir die Freiheit gewährte mich im Laufe der Bearbeitung des Themas weiter zu entwickeln und mir die volle Unterstützung für diese Diplomarbeit zukommen ließ.

Danken möchte ich aber auch Petra Fritsche und dem Hebammengremium der Landesgeschäftsstelle Vorarlberg, die mir wertvolle Anregungen seitens der Hebammen sowie ihr Konzept zur „Weiterentwicklung der Geburtshilfe in Vorarlberg“ zur Verfügung gestellt haben. In den Zitaten führe ich die Vereinigung gekürzt als „Vorarlberger

Hebammengremium“ an. Mein Dank gilt weiters allen Interviewten, betroffenen Frauen und allen Personen, die mir in persönlicher Weise meine vielen Fragen zur Thematik beantwortet haben und deren Erlaubnis ich erhielt, diese in meiner Arbeit niederzuschreiben. Ich danke auch Michaela Kylönnen, die mir ihre „Spezialbibliothek“ uneingeschränkt über Monate zur Verfügung gestellt hat.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich bei meinem Lebensgefährten Wolfgang, der mich unterstützte und der mir immer das Gefühl gab auf dem richtigen Weg zu sein. Meinen Kindern Aaron und Sophia möchte ich danken, die mich viele Stunden entbehren mussten und ohne deren Kooperation diese Diplomarbeit mit dem Familienleben nicht zu vereinbaren gewesen wäre. Ein großes Dankeschön gebührt natürlich auch meinen Eltern und ihren Partnern für die unermüdlichen Babysitter-Dienste.

1. Einleitung

Wie alles begann:



Im Juli 2007 schrieb ich sozusagen als Auftakt zu meinem Weg zur Diplomarbeit den oben abgedruckten Leserbrief an die Vorarlberger Nachrichten.

Inspiriert durch die bevorstehende Geburt meiner Tochter Sophia verfolgte ich in den Medien die Diskussion um die beabsichtigte Schließung der Geburtsstation in Hohenems. Im Jänner 2007 war es dann soweit. Trotz heftigen Protestes von Frauen, Hebammen und ÄrztInnen wurde die umsichtig aufgebaute Station ein Opfer der Rationalisierungspläne der Krankenhausbetriebsgesellschaft und des Landes. Die ca. 550 Geburten der Geburtsstation in Hohenems sollen auf die restlichen Geburtsstationen im Land verteilt werden. Bereits in den ersten zwei Monaten des Jahres 2007 wurde klar, dass besonders in den Kreißsälen von Feldkirch bis Bregenz eine höhere Frequenz von Gebärenden für das Personal zu bewältigen war. Ich traf einige Frauen, die sich beklagten und sehr

unzufrieden mit den unterschiedlichen Situationen waren. Dies veranlasste mich, eine ambulante Geburt in Erwägung zu ziehen was glücklicherweise auch möglich war.

Aus Dankbarkeit darüber eine so tolle hebammenzentrierte Geburt erleben zu dürfen beschloss ich an diesem Thema „dran zu bleiben“. Wenig später formulierte ich meinen Arbeitstitel für die Diplomarbeit „Die aktuelle Geburtssituation in Vorarlberg“.

Zur Erlangung eines gewissen Überblicks hinsichtlich der Thematik rund ums Gebären suchte ich in der Unibibliothek Innsbruck, in der Landesbibliothek Vorarlberg, in der Bibliothek der Fachhochschule Dornbirn, im Internet und in Buchhandlungen in Vorarlberg und Tirol nach geeigneter Literatur. Zur Beschaffung spezieller Daten über Entbindungsheime in Vorarlberg hatte ich mit den jeweiligen Gemeinden und mit der Sanitätsabteilung des Landes Vorarlberg email-Kontakt. Ebenso erhielt ich per Mail die Jahresberichte der Krankenhausbetriebsgesellschaft. Im Zuge meiner Recherchen führte ich ein Gespräch mit dem Direktor der Krankenhausbetriebsgesellschaft Dr. Gerald Fleisch, wo ich ihm den Inhalt der Diplomarbeit erläuterte. Ziel war es auch weitere Kontakte in die gynäkologischen-geburtshilflichen Abteilungen zu erhalten.

Folgende Fragen stellten sich mir:

- Innerhalb von sieben Jahren wurde das Entbindungsheim Lustenau und die (spezialisierte) Geburtenstation Hohenems geschlossen. Einige Jahre zuvor waren sukzessive sämtliche Entbindungsheime im Land geschlossen worden ohne wirkliche Ersatzmöglichkeiten. Die Folge daraus war eine starke Zentralisierung der Geburtsmöglichkeiten im stationären Bereich. Welche Nachteile ergeben sich daraus für Mutter und Kind?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der erhöhten Frequenz von Gebärenden bei gleichbleibender Infrastruktur und einem Anstieg der Rate von Kaiserschnittentbindungen?

- Gibt es in der unmittelbaren Geburtssituation eine höhere Belastung für Mutter und Kind?
- Können psychische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit der frühen Phase der Ontogenese in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden? Wie zeigen sich Geburtstraumata oder Belastungen im pränatalen Bereich in der Psychotherapie?
- Wie wirkt sich eine bei sehr guter Infrastruktur vermeidbare belastende Geburtssituation auf eine erneute Schwangerschaft aus? Welche Maßnahmen können werdende Mütter präventiv ergreifen?
- Wie wirkt sich das Hebammengesetz im Land Vorarlberg auf die Situation der gebärenden Frau aus?

Ich stelle folgende Thesen auf:

- + Seit den Schließungen der Entbindungsheime und der Geburtenstation Hohenems sind die Kaiserschnitttraten weiter angestiegen.
- + Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben stillen durchschnittlich weniger lang als Normalgebärende.
- + Die höhere Bettenbelegung führt zu einer erhöhten Belastung insbesondere des pflegenden Personals, die deshalb den Müttern in der emotional labilen Phase des Wochenbetts und dem Einüben der Stilltechniken deutlich weniger Zeit widmen können. Die vermutete Konsequenz daraus: Viele Frauen werden zwar „stillend“ entlassen sind jedoch zu wenig gefestigt mit dem Alltag als stillende Mutter ohne Unterstützung zu Recht zu kommen und stillen deshalb sukzessive ab.

Meine Hypothese lautet:

- Die aktuelle Geburtssituation in Vorarlberg im klinischen Bereich stellt unter Berücksichtigung des prä- und perinatalen Aspekts eine Belastung für Mutter und Kind dar.

Welche persönlichen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Ziele verfolge ich?

Persönlich kann ich von einem hohen Maß an Betroffenheit sprechen, da ich bei meinem ersten Kind Aaron bezüglich des Stillens schlecht vorbereitet aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Bedingt durch die vier Tage stationären Aufenthalts hatte ich nach den Bestimmungen der Krankenkasse keinen gesetzlichen Anspruch auf eine nachbetreuende Hebamme für die Unterstützung zu Hause. Nach der ambulanten Geburt meiner Tochter Sophia fühlte ich mich zu Hause wesentlich besser betreut und hatte viel mehr Zeit gemeinsam mit der Hebamme. Es stellte sich mir die Frage: Verlagert sich das Gebären mit stationärem Aufenthalt hin zu ambulanten Geburten und zu Hausgeburten aufgrund der dichten Atmosphäre der Geburtenstation?

Aus wissenschaftlicher Sicht geht es für mich vor allem um die Erfassung der Kaiserschnittraten und der Situation in Vorarlberg und wie Frauen eine optimale ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme erhalten können. Weiters möchte ich aufzeigen, dass vermehrte Stresssituationen während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett psychische Irritationen bis hin zu psychischen Störungen bei Mutter und Kind hervorrufen können. Hier stelle ich mir die Frage: Wie zeigt sich die Stressbelastung in dieser besonderen Lebenssituation in unseren Beziehungen und in unserem Verhalten im Alltag?

Zwei Entbindungsheime und eine Geburtenstation wurden innerhalb weniger Jahre geschlossen. Die Geldeinsparungen sind definitiv auf Kosten der Qualität und des Angebots „rund ums Gebären“ gegangen. Ist es sinnvoll volkswirtschaftlich und aus der Sicht der Volksgesundheit betrachtet Geld in diesem Bereich einzusparen? Oder geht der Schuss

nach hinten los? Meine Vision wäre ein Gebärdhaus, das an ein Krankenhaus angegliedert ist oder zumindest geographisch in unmittelbarer Nähe zu einem Krankenhaus ist. Diese Fragen habe ich ausgespart, obwohl ich den wirtschaftlichen Aspekt sehr interessant fände.

Ich habe öffentliche und politische Diskussionen rund um die Schließung der Entbindungsheime und der Geburtsstation Hohenems mit verfolgt und eine Anfrage der Landtagsabgeordneten Dr. Katharina Wiesflecker miteinbezogen. Es wurden weder Wahlversprechen eingehalten noch adäquate Alternativen angeboten. „Gebärende Frauen und Neugeborene fallen dem Rotstift zum Opfer“. Diese Aussage ist bewusst provokant formuliert.

Als wissenschaftliche Methode wählte ich das Experteninterview mit dem Primar einer gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung, einer freischaffenden Hebamme, einer im Krankenhaus angestellten Hebamme und einer Hebamme der Hebammenpraxis. Die Auswahl der im medizinischen Bereich tätigen Interviewten gab mir als Pädagogin einen guten Einblick aus verschiedenen Perspektiven in die Sorgen, Nöte, Wünsche und Bedürfnisse der Hebammen sowie in den geburtshilflichen Alltag. Mit der Geschäftsvorsitzenden Petra Fritsche des Hebammengremiums der Landesgeschäftsstelle Vorarlberg entwickelte sich im Laufe des Jahres ein guter email-Kontakt, der für mich „eine Brücke“ zu den Hebammen des Landes „schlug“. Bei allen Interviewten fand ich nicht nur ein offenes Ohr sondern auch eine große Bereitschaft anhand eines von mir erstellten Leitfadens über das Thema zu reden. Am Ende des Interviews war es mir wichtig zu erfahren, ob die Interviewten noch ein persönliches Anliegen bezüglich des Themas haben, welches in der Arbeit vermerkt werden soll.

Ziel ist es, die Öffentlichkeit – und nicht nur den weiblichen Zweig - auf die Thematik aufmerksam zu machen! Es geht für mich um die Bewusstmachung einer Situation, die für einige Frauen beim Gebären ein Gefühl des „Überfahren-werdens“ hervorruft. Gerade in dieser höchst

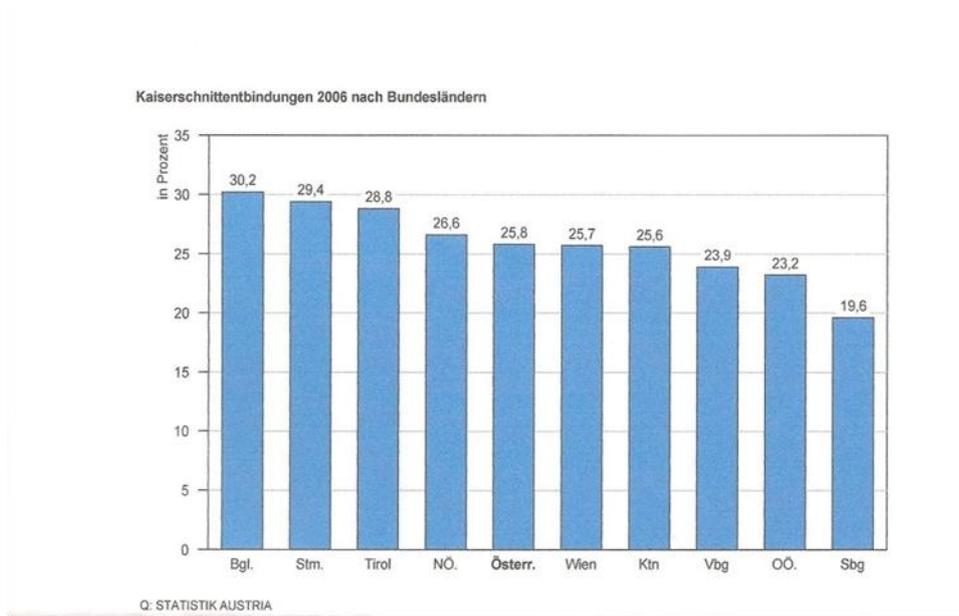
sensiblen Situation sind Frauen und Neugeborene besonders schutzbedürftig, da sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht selbst in ausreichendem Maße vertreten können wie das in einer anderen Alltagssituation möglich wäre. Das Entfachen einer politischen Diskussion mit Hilfe der Medien wäre wünschenswert.

2. Gebären in Vorarlberg

Bei der Recherche über die heutige Geburtssituation im Bundesland Vorarlberg in Österreich habe ich folgende Schwerpunktfragen ausgewählt:

- Wo kann eine Frau gebären?
- Wie ist das Verhältnis zwischen spontanen Geburten und Kaiserschnittraten?
- Welche Arten von professionellen Geburtshelfern begleiten die Gebärende?

Die Geburtsrate in Vorarlberg ist leicht rückläufig. Im Jahre 2005 wurden in Vorarlberg 3.982 Kinder lebend geboren, die zu 98,8 % in einer Krankenanstalt zur Welt kamen (Feigl, 2007, S. 21). Im Vergleich zum Jahr 2007 mit 3.722 Lebendgeborene bedeutet dies einen Rückgang um 260 Geburten oder - 6,5 % (Statistik Austria). Die Kaiserschnittrate betrug im Jahre 2002 in Vorarlberg 17,2 % (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/06, S. 187) und entwickelte sich bis zum Jahr 2006 auf ca. 25 %. Diese Tendenz ist auch österreichweit beobachtbar.



Q: [www.statistik.austria/jahrbuch_der_gesundheitsstatistik_2007\(1\).pdf](http://www.statistik.austria/jahrbuch_der_gesundheitsstatistik_2007(1).pdf) (27.8.2008)

Im Vergleich dazu gab es im Jahr 1998 österreichweit 14,6 % Sectios (= Kaiserschnittentbindungen), die bis zum Jahr 2007 auf ca. 27,1 % angestiegen ist (Statistik Austria).

Eine Schwangere hat in Vorarlberg im Jahr 2009 folgende Möglichkeiten zu gebären:

3 Krankenhäuser der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H.:

- Landeskrankenhaus Bregenz
- Landeskrankenhaus Feldkirch
- Landeskrankenhaus Bludenz

1 Krankenhaus der Stadt Dornbirn

Wünscht eine Frau keine Geburt im klinischen Bereich so hat sie die Möglichkeit der Wahl einer Hausgeburt. Im Land Vorarlberg gibt es derzeit zwei Hebammen, die für eine Hausgeburt engagiert werden können (gem. Auskunft der Vorarlberger Gebietskrankenkasse).

In Vorarlberg gibt es im außerklinischen Bereich keine alternativen Möglichkeiten zum Gebären wie beispielsweise Entbindungsheime oder Geburtshäuser. Entbindungen in Entbindungsheimen und Geburtshäusern sind nur im benachbarten Ausland möglich. Diese Tatsache stimmt mich persönlich sehr bedenklich, umso mehr als 2007 die Geburtenstation des Landeskrankenhauses Hohenems Rationalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen zum Opfer fiel und geschlossen wurde. Im Zuge der Schließungen der vielen Entbindungsheime in Vorarlberg - das letzte in Lustenau im Jahr 2000 (Speckner, 1998, S. 20) - wurde den Frauen seitens der politischen Verantwortlichen eine spezialisierte Geburtenstation in Hohenems versprochen. Genau 7 Jahre später wurde diese aus Kostengründen geschlossen. Proteste von Frauen, Hebammen, Ärzten und manchen Politikern blieben leider ohne Erfolg.

Das Ansinnen, die letzte alternative Geburtsstätte zu schließen löste im Jahr 1986 einen derart großen Protest bei der Bevölkerung aus, sodass

per Volksabstimmung die Schließung zurückgenommen wurde. In den nächsten Jahren wurde bedingt durch große finanzielle Schwierigkeiten die Schließung des Entbindungsheimes Lustenau unumgänglich, was ich persönlich sehr bedauere. Hans-Dieter Grabher, Bürgermeister von Lustenau, kommentierte die Situation wie folgt:

„Ich stehe dem Heim zwar positiv gegenüber, muss aber erkennen, dass es mittlerweile einem schwerkranken Patienten gleicht, der nur mehr an einer Flasche hängt. Wir müssen nun entscheiden, ob wir ihn wirklich weiterhin künstlich am Leben erhalten wollen“ (Die Neue – Vorarlberger Tageszeitung, Nr. 294, S. 15).

Offensichtlich wurden die Einrichtungen der Geburtstationen in den Krankenhäusern von den Frauen bevorzugt. Die Argumentation, dass eine Geburt im Krankenhaus viel sicherer sei als in einem Entbindungsheim hat aber viele Schwangere veranlasst sich für den klinischen Geburtsbereich zu entscheiden. Diese Argumentation entbehrt einer gewissen Objektivität was ich im Kapitel 4.1 noch genauer ausführen werde.

Die Entbindungsheime waren im ganzen Land angesiedelt und wurden den topographischen Gegebenheiten des „Ländles“ und den saisonalen Bedingungen gerecht. Entbindungsheime wurden in ganz Vorarlberg geführt (siehe Aufstellung).

Entbindungsheim	Jahr der Schließung	Bettenanzahl
Lustenau	2000	13
Hittisau	1980	3
Alberschwende	1982	4
Bezau	1991	4
Lingenau	1986	4
Egg	1995	6
Fontanella	1990	2
Höchst-Fußach-Gaißa	1973	8
Hard	1971	13
Hard (Wipplinger)	1972	5
Au	1997	4

Lauterach	1977	6
Schruns	1992	10
Mittelberg	1992	15

Q: (E-mail, Abteilung Sanitätsangelegenheiten, Land Vorarlberg, 28.10.2008)

Der Auszug aus dem Gemeindeprotokoll von Lauterach verdeutlicht den Rückgang der Geburten im Entbindungsheim zwischen den Jahren 1973 und 1976 und gibt dafür folgende konkrete Gründe an:

„Die Abnahme ist zum Teil auf den allgemeinen Geburtenrückgang, zum überwiegenden Teil auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Frauenärzte den Wöchnerinnen mehr und mehr empfehlen, im Krankenhaus zu entbinden. Durch den immer geringer werdenden Ausnutzungsgrad und den daraus resultierenden Rückgang der Pflegeentgelte einerseits und die steigenden Aufwendungen, insbesondere der Personalkosten, andererseits, wird die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben immer weiter und der Abgang größer“ (E-mail, Mag. Kurt Rauch, Marktgemeinde Lauterach, 8.6.2009).

Vermerkt wird ferner, dass das Entbindungsheim mustergültig geführt wurde und die vorhandenen Räume zu einer Alterskrankenstation umgewidmet wurden.

2.1. Krankenhäuser und Geburtshilfe

Die einzelnen Gynäkologischen Stationen haben unterschiedliche Schwerpunkte, die von der jeweiligen Leitung geprägt sind (Interview Haunold). Generell bieten die Geburtsstationen eine Vielfalt an Serviceeinrichtungen und Behandlungen, wie z. B. Homöopathie, Aromatherapie, Akupunktur, Moxa (=Räucherzigarre, die das Drehen des Babys in die Geburtslage herbei führen soll) bei einer Beckenendlage, verschiedene Geräte für die Geburtsarbeit wie z. B. Halteseile, Gymnastikbälle, Entspannungsbäder und unterschiedliche Einrichtungen für die Pressphase, wie z. B. Gebärhocker.

Die Geburtsstation des Landeskrankenhauses Bludenz unterscheidet sich bezüglich der Größe von den anderen Krankenhäusern. Im Jahr 2006 wurden 456 Geburten verzeichnet und die Kaiserschnittquote lag bei 19,5 %

(Jahresbericht des KHBG 2006, S. 29 ff.). Im Jahr 2007 sank die Geburtenrate auf 402 Geburten und die Sectiorate reduzierte sich ebenfalls auf 16 % (Jahresbericht des KHBG 2007, S. 28 f.). Im Jahr 2008 stieg die Geburtenrate wieder auf 445 bei einer ebenso steigenden Sectiorate von 18,4 %. Jede 6. Schwangere entbindet somit per Kaiserschnitt. Personelle Veränderungen führten zu erheblichen Engpässen bei den Fachärzten, die erst durch die Neubestellung von OA Dr. Bösch aus Bregenz gelöst wurde. Als einziges Krankenhaus im Land darf die Einrichtung die WHO-Zertifizierung „Stillfreundliches Krankenhaus“ führen (www.lkhz.at/bludenz/gynaekologie).

In der Mitte des Landes befindet sich das Landeskrankenhaus Feldkirch, das sich mit seinem Leiter Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Schwärzler auf eine materno-fetale Medizin mit Pränataldiagnostik und Pränataltherapie spezialisiert hat. Im März 2007 wurde das Kinderwunschzentrum in Feldkirch neu eröffnet, das vormals im LKH Hohenems untergebracht war (www.lkhf.at/feldkirch/gynaekologie). Die gynäkologische Station verzeichnete im Jahr 2006 987 Geburten bei einer Sectiorate von 30,5 % (Jahresbericht des KHBG 2006, S. 113 f.). Im Jahr darauf kam es – auch bedingt durch die Schließung der Geburtsstation in Hohenems - zu einem Anstieg auf 1068 Geburten bei einer Kaiserschnitttrate von 32,3 % (Jahresbericht des KHBG 2006, S. 97). Die neuesten Daten verweisen auf eine weitere Steigerung der Geburten auf 1115 und eine nochmals gestiegene Sectiorate von 33,3 %, d. h. jede 3. Frau in Feldkirch wird mittels einer Sectio entbunden. Diese Daten implizieren, dass das Risiko mit einem Kaiserschnitt zu entbinden in Feldkirch deutlich erhöht ist, was jedoch teilweise auch durch die Führung eines Perinatalzentrums mit vielen Risikogeburten erklärt werden kann.

Im Landeskrankenhaus Bregenz wird unter der Leitung von Prim. Dr. Hans Concin unter anderem eine Nachbetreuung im Wochenbett durch die Hebamme, ein Weheneinzelzimmer sowie die Möglichkeit vaginaler Beckenendlagegeburten und vaginaler Geburten bei Zwillingen (www.lkhh.at/bregenz/gynaekologie) angeboten. Im Jahr 2006 fanden im LKH Bregenz 927 Geburten mit einem Sectio-Anteil von 21,24 % statt

(Jahresbericht KHBG 2006, S. 59). Der Anstieg der Geburten auf 1052 lässt sich auch hier klar auf die Schließung der Geburtsstation Hohenems zurückführen. Die Kaiserschnitttrate stieg im Jahr 2007 ebenfalls auf 24,28 % an (Jahresbericht KHBG 2007, S. 59).

Die meisten Geburten erfolgten im Stadtkrankenhaus Dornbirn. 1202 im Jahr 2007 bei einer Kaiserschnitttrate von 22,4 % (Jahresbericht der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung Dornbirn, 2007, S. 3). Prim. Univ. Doz. Dr. Walter Neunteufel leitet die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung. Bemerkenswert ist die Möglichkeit der Wassergeburt und der integrativen Wochenbettpflege (Zimmerpflege). Die Geburtsstation bietet das offene Rooming-in an.

2.2. Schwangerschaft und Geburt in Vorarlberg

Zur Erlangung eines Einblicks in die Praxis der Schwangeren- und Geburtsbegleitung in Vorarlberg habe ich Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Schwärzler, Leiter der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung im Landeskrankenhaus Feldkirch und eine Vertreterin der Hebammenpraxis Dornbirn, die freischaffende Hebamme Edith Ritter-Ladstätter, befragt.

(I = Interviewerin, S = Schwärzler, R = Ritter-Ladstätter)

S: Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass die Geburt ein seltenes Ereignis geworden ist. Durch die Tatsache, dass einfach weniger Geburten sind. Der statistische Wert liegt inzwischen bei 1,3 pro Paar in westeuropäischen Ländern.(...).Ich würde es also ein psychosoziales Großereignis im Leben eines Menschen nennen. Schwangerschaft und Geburt, wir sehen das als Herausforderung unserer Abteilung, die Geburtsbegleitung anzubieten. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten.(...) Im Wesentlichen hat es sich herauskristallisiert, dass es Sinn macht, die Schwangeren und Gebärenden in zwei große Kategorien einzuteilen. Nämlich, die die risikobehaftet sind aufgrund der Vorgeschichte und der Entwicklung in der Schwangerschaft oder auch letztendlich bei der Geburt. - wo das ganze als Risikokonstellation zu sehen ist, die brauchen den medizinischen Input und zwar auf höchster Ebene. OK? D. h. da sehen wir uns als Klinik gefordert. Nach neuestem wissenschaftlichem, internationalem Standard diese Schwangerschaften zu managen. Des ist Gott sei Dank die kleine Gruppe, die kleinere Gruppe, ca. 10 -15 % der Schwangeren in Vorarlberg. Die andere Gruppe, die viel größer

ist, 70-80 %, würde ich als Niedrigrisikoschwangerschaft oder Schwangerschaft mit günstigem Verlauf titulieren. Und in der Gruppe ist die eigentlich Bestrebung, den medizinischen Einfluss durchaus zurück zu schrauben. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheit, d. h. die natürlichen Abläufe zu unterstützen und hier eine Begleitung anzubieten, die zwar gewisse medizinische Eckpunkte hat aber mehr den Hintergrund darstellt, dort bei diesen Schwangerschaften gewisse medizinische Maßnahmen zurück zu schrauben. Dafür bei den Risikoschwangerschaften beste medizinische Standards auch medizinische Maßnahmen zu setzen. Auch diesen Frauen eine sichere Schwangerschaft und Geburt zu ermöglichen.

- Die Geburt ist ein seltenes psychosoziales Ereignis geworden, ca. 1,3 Kinder pro Paar in westeuropäischen Ländern.
- Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten.
- Schwangere können in zwei Kategorien eingeteilt werden: Niedrigrisikoschwangere – ca. 70-80 % und Risikoschwangere – 10-15 %
- Natürliche Abläufe sollen unterstützt und medizinische Maßnahmen zurück geschraubt werden.
- Auch Risikoschwangeren soll durch beste medizinische Standards eine sichere Geburt ermöglicht werden.

Kommentar: Die Aufteilung der Schwangeren in zwei Kategorien folgt dem holländischen Modell der Geburtshilfe, das sich mit sehr niedrigen Kaiserschnittraten und einer Hausgeburtsrate von 30 % von den mitteleuropäischen Ländern abhebt. Ein Zuviel an medizinischen Maßnahmen und Überwachungen bei Niedrigrisikoschwangerschaften erhöht das Risiko einer Kaiserschnittgeburt (vergleiche hierzu Kap. 6).

S: Die Hebammen haben in den letzten Jahren durchaus ihr, ihr Spektrum an Betreuung in diesem Bereich erheblich erweitert. Schwangerenambulanz eingeführt, Hebammensprechstunde. Wichtig. Wo Probleme durchaus zur Sprache kommen. Wir haben inzwischen auch Beratungsstellen im Haus, eine psychosoziale Beratungsstelle, die für 10 Stunden in der Woche anwesend ist, und diese Risikoschwangerschaften speziell auch von der Seite der psychosozialen Beratung, im Sinne einer Schwangerenberatung Unterstützung und Hilfe erfahren.(...)Fetalmedizin. Medizin an Ungeborenen. Das ist auch mein Schwerpunkt. Ich habe dort wissenschaftlich habilitiert.

Da war ich auch auf einem über 2 jährigen Auslandsaufenthalt in London, an einer weltführenden Klinik für Geburtshilfe, in meiner Karriere und das hat sich niedergeschlagen, dass wir versuchen uns zu positionieren und die wesentliche Änderung, aus der Geburtshilfe ist eine Schwangerenilfe geworden. Die Geburtshilfe im klassischen Sinn war, dass man im Kreißaal, Probleme, die aufgetaucht sind, die Frauen gehabt haben, gelöst hat. Maßnahmen mit Aktionen, Wendungen, Drehungen, Operationen, operative Entbindungen, Zange und und und. Des, glaube ich, verschwindet langsam. Das hat sich verschoben.(...) Und ich geh viel mehr dahin, zu verhindern, Prophylaxe, und eben die niedrigere Risikosituation zu fördern zu stärken. Und das ist eine hervorragende medizinische Anspruch, nicht nur Probleme zu lösen, sondern auch zu verhindern.

I: Wie wird die Hebammenpraxis Dornbirn von den Frauen angenommen?

R: Sie wird sehr gut angenommen. Wir sind zu viert da, vier Hebammen. Und haben, so wie wir uns das vorgestellt haben, genug Arbeit. Also wir schaffen in einem Rahmen, wo wir wollen und wir uns vorgestellt haben. Ca. 20-30 Stunden in der Woche. Es ist kontinuierlich, wir haben eine Statistik geführt letztes Jahr, über die Jahre, wo wir schaffen. Und das ist kontinuierlich gestiegen. Also die Kurse werden immer angenommen, sind immer voll. Was, und das ist insofern verwunderlich, weil die Frauen das privat zahlen müssen. Eine Geburtsvorbereitung wird nicht gezahlt in Österreich, im Gegensatz zu Deutschland. Dort ist es Kassapflicht. Denn sind die ganzen Beratungen in der Schwangerschaft, wir machen ja ganz viel Schwangerschaftsberatung, bei Problemen, bei Beschwerden und oh bei Behandlungen im Rahmen von unseren Ausbildungen, Akkupunktur, Homöopathie, wie wir halt schaffen und was wir halt gelernt haben und des wird ja oh net zahlt.

- Die Hebammen haben ihre Betreuung ausgeweitet, z. B. auf Hebammensprechstunden und Schwangerenambulanzen.
- In einer Statistik belegen die Hebammen der Hebammenpraxis, dass der Bedarf der Frauen nach Betreuung vor und nach der Geburt kontinuierlich gestiegen ist.
- Leistungen der Hebammenpraxis, wie z. B. Geburtsvorbereitung, Beratung in der Schwangerschaft und Behandlungen können nicht über die Krankenkassa abgerechnet werden, d. h. die Frauen tragen die Kosten zur Gänze selbst.

- 10 Stunden pro Woche wird auch eine psychosoziale Beratung angeboten.
- Trend geht zu „Prophylaxe“, vorbeugende Maßnahmen in der Schwangerschaft sind viel effektiver.

Kommentar: Es ist sehr zu begrüßen, dass die Betreuung durch die Hebammen ausgeweitet wurde und die Tendenz zur „Prophylaxe“ in der Schwangerschaft angestrebt wird (vergleiche dazu Kap. 7). Das Spektrum der Betreuung der Hebammen ist aber bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Die Frauen in Vorarlberg werden mit ihren Problemen und Wünschen in der Schwangerschaft aber auch nach dem Wochenbett weitgehend alleine gelassen. Meines Erachtens besteht diesbezüglich eine soziale Benachteiligung. Das Modell der kassenpflichtigen Geburtsvorbereitung und die Einbeziehung der Hebammenbetreuung in die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen wäre wünschenswert.

S: Genau, das ist auch eine Errungenschaft der letzten Jahre. Das Modell der hebammenzentrierten Geburtshilfe etabliert. Die Idee dahinter ist, dass die Geburt selber ein natürlicher Ablauf und keine Krankheit ist. Aber dieser natürlicher Ablauf durch die Faktoren der Sicherheit gelenkt oder gestört werden. Das ist eine Gratwanderung. Auf der einen Seite soll eine Geburt sehr sicher sein, und auf der anderen Seite soll sie natürlich ablaufen. Zum Thema Sicherheit ist es so, dass die Naturkonstellation beim Gebären ist keine besonders sichere. (...)Die Faktoren der Sicherheit. Und um diese Faktoren zu bieten, müssen wir gewisse Überwachungen implementieren und die können natürlich auch einmal den natürlichen Ablauf stören.(...) Und da hat sich das Modell der hebammenzentrierten Geburtshilfe etabliert, d. h. wir machen es so, wenn die Frauen zu uns kommen, um zu entbinden, werden sie ärztlich aufgenommen nach Risiko, Situation, Vorgeschichte usw. abgeklärt und auch untersucht. Wenn dort die Risikofaktoren sehr gering sind, und dann sozusagen alles in bester Ordnung ist, dann übernimmt eine Hebamme die Leitung der Geburt und führt es auch fort bis nach der Geburt. Außer die Situation ändert sich. D. h. im geschützten Bereich der Klinik, rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr, notfallmäßigen Dinge in Rufweite vorhanden sind, kann sich die Frau mit der Hebamme zurückziehen, einen geschützten Bereich bilden und den Raum adaptieren, ob er hell oder dunkel ist, welche Atmosphäre dort herrscht, welcher Duft dort herrscht, und rundherum sind die Faktoren der Sicherheit im Hintergrund gegeben. Und dieses Modell hat sich sehr bewährt, d. h. wir haben den Vorteil eines relativ ungestörten natürlichen Ablaufes, weil die sich zurück ziehen und vom System praktisch nicht dauernd überwacht werden. Und auf der anderen Seite, wenn etwas passiert, die Sicherheit gegeben ist.

I: Jetzt wären wir an dem Punkt, den Sie angesprochen haben. Ihre Pläne für die Zukunft.

S: Unsere Konzeption ist eben die, die Vorteile der Hausgeburt, Hausgeburt hat Vorteile, weil die sie hat, in einer Atmosphäre das Kind bekommen, für die man selber verantwortlich ist. Gestalten, das macht schon sehr viel Sinn. Weil das ja eine sehr intime Angelegenheit ist.(...) diese Vorteile der Hausgeburt versuchen wir in die Klinik zu integrieren, dass wir uns einen geburtsautonomen Bereich schaffen, wo genau diese Vorteile gegeben sind, aber wenn sich die Situation ändert, eine notfallsmäßige Situation eintritt, dass innerhalb von kürzester Zeit alle Maßnahmen zur Verfügung stehen.(...) Die Umsetzung würde ich erwarten in ein bis zwei Jahren, aber wie gesagt es braucht personelle Ressourcen, diese Konzeption umzusetzen.

I: Welche Vorschläge hättest du an Verbesserungen überhaupt im Geburtswesen – kurzgefasst – eine paar Punkte, die dir einfallen?

R: Ein Punkt, der mir einfällt wäre die Hebammengeburtshilfe, das wäre ganz wichtig. Geburten selber, Hebammenkreißsäle, ein Geburtshaus im Grunde, wo die Hebammen die Geburtsleitung hätten. Das wäre das Wichtigste, denke ich. Wo die Medizin nur im Bedarfsfall im Hintergrund steht. Also eigentlich die Hebamme die erste Instanz ist für die Geburt. Und der Arzt die zweite, für die Pathologien. So wie das in anderen Ländern auch üblich ist. So wie das in Deutschland wieder kommt. Es gibt da ja auch noch Geburtshäuser. Da gibt es auch in den Krankenhäusern den Hebammenkreißsaal, das ist dann wie ein Geburtshaus im Krankenhaus, parallel, mit der Infrastruktur aber komplett den Hebammen überlassen. Haben super Ergebnisse, natürlich viel weniger Interventionen. Die Frauen lernen die Hebamme natürlich schon in der Schwangerschaft kennen, das ist eine Vertrauensgeschichte, was bei der Geburt ganz wichtig ist, dass du den Menschen kennst und Vertrauen hast zu ihm, dass die Geburt dann auch gut verläuft. Ich habe 15 Jahre entbunden, und eigentlich nur so. Ich habe im Bregenzerwald in Entbindungsheimen entbunden und in Lustenau im Heim.

- Das Modell der hebammenzentrierten Geburtshilfe hat sich etabliert bzw. wird als ganz wichtig erachtet.
- Es ist eine Gratwanderung zwischen einer sicheren Geburt einerseits und den natürlichen Ablauf einer Geburt nicht zu stören andererseits.
- Auf Grund von Sicherheitsfaktoren werden gewisse Überwachungen implementiert, die den natürlichen Ablauf stören.

- Bei sehr geringen Risikofaktoren übernimmt die Hebamme die Leitung bis nach der Geburt.
- Es kann eine persönliche Atmosphäre nach den Bedürfnissen der Schwangeren geschaffen werden.
- Das Konzept „Die Hausgeburt in der Klinik“ ermöglicht die Vorteile einer Hausgeburt mit den Vorteilen der medizinischen Sicherheit einer Klinik zu einer ganzheitlichen Lösung zu kombinieren.
- Die Umsetzung erwartet Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Schwärzler in ein bis zwei Jahren.
- Die Vertrauensbeziehung zwischen Hebamme und Gebärender beginnt schon in der Schwangerschaft.

Kommentar: Schwärzler und Ritter-Ladstätter betonen beide, dass die seit kurzem eingeführte „hebammenzentrierte Geburtshilfe“ für einen optimalen Geburtsverlauf von großer Wichtigkeit ist. Der Arzt wird nur im pathologischen Bedarfsfall hinzu gezogen. Das Konzept „Die Hausgeburt in der Klinik“ berücksichtigt diesen Aspekt. Die geburtshilfliche Station hat durch das Angebot der Hebammensprechstunde, der Schwangerschaftsbetreuung sowie der Stillambulanz ihren Arbeitsbereich aufgewertet. Jedoch möchte ich bemerken, dass das ausschlaggebende Vertrauensverhältnis zwischen der Hebamme und der Gebärenden bzw. zwischen der Hebamme und der Schwangeren in der Zeit davor nicht berücksichtigt wird. Ich stelle mir die Frage, inwiefern ein an ein Krankenhaus angegliedertes Geburtshaus oder Entbindungsheim betriebswirtschaftlich betrachtet kostengünstiger geführt werden könnte als ein Hausgeburtsbereich in einem teuren klinischen Areal. Ich könnte mir vorstellen, dass die Frauen mit Niedrigrisikoschwangerschaften außerhalb des klinischen Bereichs ein besseres und gesünderes Wohlbefinden entwickeln.

I: Ein anderes Thema, das ich gerne ansprechen möchte. In den letzten zehn Jahren ist die Kaiserschnitttrate um das Doppelte gestiegen. Was sagen Sie dazu?

S: Das ist nicht nur ein Vorarlberger Phänomen, sondern ein Phänomen aller westlichen Länder. Und wir bewegen uns dabei auf einem guten Mittelfeld. Also es ist kein Vorarlberger Phänomen.(...) Die Entwicklung ist einerseits, dass die Kinder, bzw. die Köpfe der Kinder immer größer werden, das hat damit zu tun, dass das Gehirn des Menschen wächst. Seit man Geburtshilfe beobachtet, kann man das nachvollziehen, dass der Kopfumfang der geborenen Kinder im Schnitt über die Jahrzehnte gewachsen ist. Über Jahrhunderte. Und was noch ist, gegenläufig werden die Becken der Frauen immer kleiner. (...)Tatsache ist, dass die Anzahl der Frauen, die nicht auf normalem Wege gebären können, nimmt zu. Das ist die eine Seite. Die zweite Seite ist die, dass die Geburtshilfe eine sichere geworden ist. Der Anspruch, dass bei der Geburt nichts Negatives passiert, ist viel stärker geworden.(...) das Überleben von sehr frühgeborenen Kindern in diesem Sinne hat sich dramatisch nach unten verlagert. Vor zehn Jahren waren 28 Wochen noch eine Grenze, jetzt ist 24 Wochen die Grenze. Also, das man jetzt, ahm, die Kinder, ahm, in einem Zeitraum auf die Welt bringt, das früher gar nicht möglich gewesen wäre, die gar nicht geboren wären, nicht lebend geboren wären, so dass wir in diesem Bereich auch Kaiserschnitte haben, die bei Kindern unter 1500g ist die Wahrscheinlichkeit mit Kaiserschnitt auf die Welt zu kommen bei 80 %.(...) Ahm, aber auch ohne diese Kinder ist diese Kaiserschnittrate insgesamt gestiegen, was wir auch beachten müssen, dass die Anzahl der durch Sauerstoffmangel geschädigten Kinder oder hirngeschädigten Kinder durch die Geburt durch diese Maßnahmen auch abgenommen hat, ahm, so dass wir da schon einen Trend haben, dass die operative Geburtshilfe zunimmt, aber mehrere Gründe dafür verantwortlich sind. Einerseits sind es medizinische Gründe für die Sicherheit, und einige, das sind jetzt einige Prozent von diesen 25 % von diesen Kaiserschnitten sind sog. Wunschkaiserschnitte oder „elektive Kaiserschnitte“. 8 % von Frauen ist es so, dass sie die Kaiserschnittgeburt machen wollen oder die Geburt mit Kaiserschnitt beenden wollen. Als Wunsch, ohne medizinische Notwendigkeit. Das ist ein Phänomen der letzten zehn Jahre.(...) Und da spielt natürlich auch eine Rolle die Vorbilder. Es gibt da einige prominente Frauen, die diesen Weg gegangen sind. Das führt auch dazu, dass das kopiert wird.

I: Gibt es noch etwas, was du gerne hättest, dass es in der Arbeit vermerkt wird?

R: Es erscheint mir sehr schade, dass so wenig Frauen Geburt als Kraft erleben können. Es steigen ganz viele Frauen traumatisiert aus ihrer Geburt aus, heutzutage. Ich meine, das war immer so, Geburten sind ja Gewaltakte von der Natur her. Das ist mir schon klar. Aber, des ist so des, was ich mir so wünschen täte. Ich würde es mir einfach wünschen, dass mehr Frauen gesund an Körper und Seele aus der Geburt heraus kommen würden. Und das ist ganz klar eine Frage der Betreuung. Nicht nur, aber ich denke, die 1:1 Betreuung, die eine Frau bei der Geburt braucht, ist heutzutage bei einer Geburt nicht mehr gegeben. Ja. Das ist einfach nicht mehr so. Wenn du zu einer Geburt kommst, dann teilst du die Hebamme mit ganz, ganz viel, mit anderen Frauen, und vor allem mit

anderen Arbeiten. Es hat einfach so viel Arbeit rundherum, so viel Dokumentation, für andere Sachen, und das fehlt dann einfach. Die Sicherheit in der Geburtshilfe ist nicht durch Technik und Geräte gewährleistet und Interventionen. Denn Sicherheit ist eigentlich die 1:1 Betreuung. Du musst bei einer Frau bleiben, um Veränderungen im Geburtsprozess zu erkennen. Und wenn du nicht bei ihr bleibst, musst du viel mehr tun, denk ich. Verstehst du was ich meine?

I: Mmh.

R: Also wenn du bei einer Frau bleiben kannst, dann siehst du, wie sich der Prozess verändert. Und dann kannst du frühzeitig eingreifen, sei das von der Lage vom Baby, von Wehenschwächen, ja, und wenn du das nicht kannst bei einer Frau bleiben, dann verändert es sich schon viel mehr, weil die Frauen unsicher werden und Angst kriegen, wenn sie alleine gelassen werden und unruhig werden, und du erkennst es nicht frühzeitig! Also die 1:1 Betreuung wär für mich der Sicherheitsstandard Nr. 1 in der Geburtshilfe. Und nicht Geräte, wo messen und ja...

I: Also das ist sozusagen das große Missverständnis der heutigen Zeit, dass Geräte hauptsächlich Sicherheit sind?

R: In meinen Augen schon. Geräte machen eher Angst. Und Angst hemmt den Geburtsprozess. Und das Menschliche, die Zuneigung und die Betreuung, dass die Hebamme da bleiben kann, Das ist das, was eigentlich stärken täte und die Geburt zu einem guten Ende führen kann. Also wir haben das einfach erlebt, in den vielen Jahren.

- Der Trend hin zur operativen Geburtshilfe nimmt zu.
- Dies ist ein Phänomen aller westlichen Länder.
- Der Anspruch, dass bei der Geburt nichts Negatives passiert ist viel stärker geworden.
- Statistisch betrachtet werden die Köpfe der Kinder größer und die Becken der Frauen kleiner.
- Der Überlebenszeitraum von sehr frühgeborenen Kindern hat sich auf 24 Wochen nach unten verschoben, die zu 80 % per Kaiserschnitt zur Welt kommen.

- Ca. 8 % aller Geburten sind „Wunschkaiserschnitte“.
Prominente, die diese Entbindungsart gewählt haben erfüllen eine Vorbild-Funktion.
- Wenige Frauen erleben Geburt als Kraft.
- Viele Frauen steigen heutzutage traumatisiert aus der Geburt aus.
- Die notwendige 1:1 Betreuung bei der Geburt ist nicht mehr gegeben.
- Die Sicherheit ist nicht durch Technik, Geräte und Interventionen gegeben sondern durch die 1:1 Betreuung zu gewährleisten.
- Während der Geburt alleine gelassene Frauen werden unsicher und kriegen Angst.
- Angst hemmt den Geburtsprozess.

Kommentar: Bemerkenswert erscheint mir, dass das Phänomen der steigenden Kaiserschnitttrate nur vorherrscht, wo die Geburtsleitung in ärztlicher Hand liegt. In allen Staaten, wo die Geburtsleitung den Hebammen obliegt, liegen die Kaiserschnitttraten nach wie vor bei ca. 10 %. Die Autorin Ina May Gaskin, Leiterin der „Tennessee-Gebärfarm“ betont, dass weder die Kinder noch die Frauen physiologische Probleme mit dem Gebären haben, sondern ausschließlich das Geburtssystem der jeweiligen Länder für die Höhe des Anteils an Kaiserschnitten verantwortlich ist. Mit ihrer konstant niedrigen Kaiserschnitttrate von ca. 1,4 % über die vergangenen 20 Jahre zeigt sie, dass Gebären bei mehr als 98 % der Frauen ohne Kaiserschnitt möglich ist. Natürlich muss bei einem spezialisierten Perinatalzentrum wie Feldkirch berücksichtigt werden, dass eine erhöhte Anzahl an Risikogeburten durchgeführt wird. Trotzdem reicht mir persönlich die Argumentation der jährlich ansteigenden Kaiserschnittentbindungen (2008: 33,2 %) von Prim. Univ. Doz. Dr. Schwärzler nicht aus, diese aus rein wissenschaftlicher Sicht begründet zu sehen. Die Entscheidungen für einen Kaiserschnitt auf

ärztlicher Seite sind vielfältig (vergleiche Kap. 6). Meines Erachtens ist die Position der Ärzte eine sehr undankbare, da der Erwartungsdruck einer perfekten Geburt und die Angst vor Regressansprüchen zu zusätzlichen Belastungen führen. Für 80-85 % der Schwangeren wäre es ausreichend, eine kontinuierliche 1:1 Betreuung mit einer ihr vertrauten Hebamme zu erhalten und ohne Zeitdruck und Störung in Ruhe gebären zu können. Risikogeburten müssen vollkommen anders behandelt werden und zählen laut Prim. Univ. Doz. Dr. Schwärzler zu einer gesonderten Kategorie von Schwangeren. Es bleibt zu hoffen, dass bei einer effektiven Umsetzung des Konzeptes „Die Hausgeburt in der Klinik in Vorarlberg“ oder einem ähnlichen Modell wesentlich mehr Frauen den natürlichen Ablauf einer Geburt erleben können und psychisch gestärkt aus ihrer Geburtserfahrung hervor gehen. Das Modell berücksichtigt allerdings nicht, dass die durchgehende personenbezogene Betreuung der Gebärenden während der Geburt nicht gegeben ist und damit ein wesentlicher Faktor zum Gelingen einer Geburt fehlt. Das ideale Konzept würde eine „ganzheitliche“ Betreuung von der Schwangerschaft bis nach dem Wochenbett mit einer Hebamme beinhalten.

I: Haben Sie festgestellt, dass bei der Schließung von Hohenems sich etwas verändert hat, nämlich höhere Belegzahlen auf der Station?

S: Ja, das war wie erwartet. In den letzten Jahren der Öffnung von Hohenems waren es noch ca. 600 Geburten. Diese Geburten haben sich in drei Teile aufgeteilt: Bregenz, Feldkirch und Dornbirn. Wie erwartet.

I: Und wie bewältigen Sie das?

S: Am Anfang war es so, dass die Hebammen von Hohenems sozusagen aufgeteilt wurden. Durch die Schließung von Hohenems wir eine Ausweitung der Stellen in Feldkirch bekommen haben, was richtig war und wir haben es entsprechend vorbereitet.(...) Ahm wir sind von den Ressourcen her eher knapp bemessen, wie überall im Gesundheitsbereich. Ich denke aber schon, dass die Krankenhausleitung hier Maßnahmen mit Augenmaß gesetzt hat und dass wir unter Optimierung aller möglicher Ressourcen, und wir einen Weg gefunden haben, mit den uns anvertrauten Frauen gut umgehen zu können. Dass wir im Wesentlichen das leisten können, was die Geburtshilfe im Jahre 2009 zu bieten hat. D. h. also ich bin von dem her zufrieden.

I: Kommt man da auch an Grenzen?

S: Das ist klar, weil diese Dinge nicht steuerbar sind. Geburten lassen sich nun mal nicht planen. Es gibt Fälle, wo wir völlig unterdotiert sind, weil zu viel Frauen auf einmal kommen, und dann gibt es wieder Tage und Nächte, wo man sehr gut besetzt ist, weil der Andrang gering ist.

I: Was sagen Sie zum Beleghebammensystem?

S: Die Idee ist richtig und von einem anderen Akzent her gesetzt. D. h. es gibt einige Beispiele in den letzten Jahren, dass dies umgesetzt wurde.(...)

I: Wäre es möglich. Die gesetzlichen Bedingungen müsste man auch dazu schaffen.

S: Genau. Organisatorische und die Abgeltungen und Rahmenbedingungen müssten professionalisiert und strukturiert werden. Das ist zurzeit nicht der Fall. Aber es war möglich mit Eigeninitiative dies in Einzelfällen bereits umzusetzen von der Idee her.(...)

R: (...) Es rufen uns Frauen vom ganzen Land an. Und eigentlich machen wir dort auch so Kontaktarbeit. Also wir verweisen sie dann auch an andere Hebammen. Z. B. eine Frau aus dem Montafon, das ist dann einfach zu weit für uns für Hausbesuche. Aber wir können dort eine Hebamme in der Nähe angeben. Eigentlich machen wir dort eine unbezahlte Kontaktarbeit für die Frauen im Land. Ich denk mir, das ist ganz wichtig. Ich meine, die Vorteile für uns als Hebammen sind ganz klar, dass wir ganz frei sind. Dass wir frei schaffen können, das ist unser Geschäft. Wir haben ganz bewusst keine Träger oder Subventionen angesucht, wir haben die bittere Erfahrung gemacht, dass man Institutionen geschlossen hat. Wir haben im Frauengesundheitszentrum gearbeitet, also bevor wir hier her sind. Und das hat man ja geschlossen. Das Lustenauer Entbindungsheim hat man geschlossen, Geburtsstationen hat man geschlossen. Also wenn du von öffentlicher Hand abhängig bist, bist du einfach abhängig. Je nachdem wie das Geld geleitet wird und das bestimmen Leute, die aufs Geld schauen und nicht auf die Situation, auf die Frauen. Und unser Vorteil ist da, dass wir einfach selbständig sind. Das war auch ein mutiger Schritt vom Geschäftsgedanken her, weil wir alles selber tragen müssen, finanziell. Aber es geht, es trägt sich. Es ist aufgegangen, es klappt! Und des Bedürfnis ist ganz eindeutig da von den Frauen.

- Durch die Schließung von Hohenems kam es zu einer Ausweitung der Stellen in Feldkirch.
- Von den Ressourcen her ist die Station- wie überall im Gesundheitswesen - knapp bemessen.

- Geburten lassen sich nicht planen und daraus ergeben sich immer wieder Grenzen.
- Die Idee des Beleghebammensystems ist richtig. Die Abgeltung und die Rahmenbedingungen müssen professionalisiert und strukturiert werden.
- Die Hebammenpraxis wird von Frauen aus ganz Vorarlberg kontaktiert. Die Betreuung der Frauen kann nur in einem bestimmten geographischen Radius wahrgenommen werden.
- Aufgrund von negativen Erfahrungen verzichteten die Beteiligten der Hebammenpraxis bewusst auf Subventionen der öffentlichen Hand.

Kommentar: Im Punkt 5.4. habe ich in zwei weiteren Interviews das Modell des Beleghebammensystems, der Schließung von Hohenems und die daraus erhöhten Belegzahlen kommentiert.

Die Hebammenpraxis mit ihrem Standort in Dornbirn kann aus Kapazitätsgründen und auch aus ökologischen und ökonomischen Aspekten die Schwangeren im Vorarlberger Oberland nicht betreuen. Sicherlich würde eine solche Institution auch im Süden des Landes die Betreuung der Schwangeren und Wöchnerinnen vereinfachen und verbessern.

Zwei sehr persönliche Aussagen zum Abschluss der Interviews:

I: Jetzt hätte ich zum Abschluss noch eine persönliche Frage, wenn Sie sie beantworten wollen. Wenn Sie gerade Vater würden, was wäre Ihre Wunschvorstellung von Geburt?

S: Ich würde eine hebammenzentrierte Geburt machen. Und mir wünschen, dass zwei Frauen, die Hebamme und die Frau selber sich zusammen tun.(...) Im Prinzip ist es so, dass Geburt Frauensache ist. Da gehört die Hebamme dazu, und ein ärztlicher Einfluss ist segensreich, wenn sie richtig induziert ist.

I: Also das ist sozusagen das große Missverständnis der heutigen Zeit, dass Geräte hauptsächlich Sicherheit sind?

R: In meinen Augen schon. Geräte machen eher Angst. Und Angst hemmt den Geburtsprozess. Und das Menschliche, die Zuneigung und die Betreuung, dass die Hebamme da bleiben kann. Das ist das, was eigentlich stärken täte und die Geburt zu einem guten Ende führen kann. Also wir haben das einfach erlebt, in den vielen Jahren.

R: Ja, das ist auch das, was viele Frauen nicht mehr wissen. Sie suchen sich die Geburtsorte nach den Geräten aus, nach dem Bild. Wir sind ein Werbeprospektlieferant, schon fast ein Tourismuszentrum an Kreißsälen, wenn man das anschaut. Im Grunde geht es gar nicht um das, um Vorhänge und Geräte und Farben. Es ist schon OK. Es trägt schon auch dazu bei, dass du dich wohler fühlst als im gekachelten Raum, das ist keine Frage. Der menschliche Aspekt wäre der Wichtigste. Und der ist in Zeiten der Einsparungen zurück gegangen. Das ist nicht nur bei der Geburtshilfe so, wenn man in ein Altersheim schaut oder jegliche Pflegestation, die jammern alle. Die Zeit am Bett und die Zeit am Menschen ist knapp geworden. Das wird auch teurer sein wie Geräte, ich weiß es nicht.

- Geburt ist Frauensache, wo sich eine Hebamme und eine Frau sich zusammen tun.
- Der ärztliche Einfluss ist segensreich wenn er richtig induziert ist.
- Der menschliche Aspekt der Zuneigung und die kontinuierliche Betreuung sind das wichtigste.
- In den Zeiten der Einsparungen ist die Zeit am Bett und am Menschen ist knapp geworden.

Kommentar: Wie eine Kultur mit dem Thema Geburt und mit den Neugeborenen umgeht wird daran erkannt, was für ein gesellschaftliches und wissenschaftliches Bild sie vom Kind hat und welche Vorstellungen von Pflege und Erziehung vorherrschen (Rauh, 1995, S. 200). Zeigen entsprechende Statistiken alarmierende Entwicklungen auf, muss eine Gesellschaft reagieren. In unserem Kranken- und Gesundheitssystem ist das höchste Gut der Mensch selbst. Es ist allerhöchste Zeit bestehende Rahmenbedingungen zu optimieren bzw. neue Möglichkeiten zu schaffen, dass Frauen und Kinder einen natürlichen Geburtsverlauf erleben und gestärkt aus dem Geburtsprozess hervor gehen können.

3. Geburtsphysiologie

3.1. Gesetzmäßigkeiten der Schließmuskeln

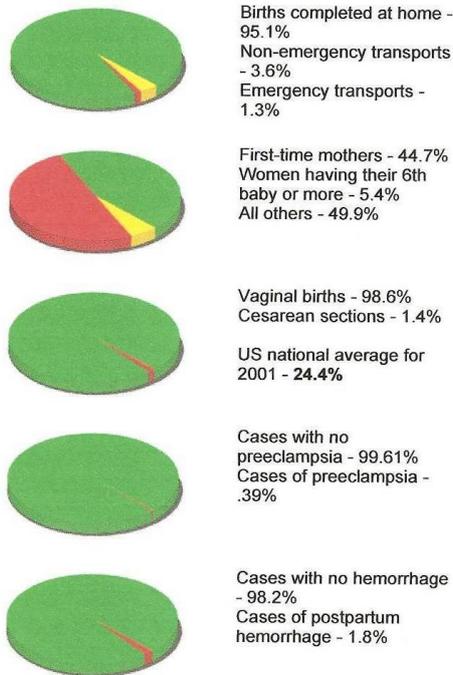
Jede Geburt ist ein Abenteuer, das eine Frau vor eine Herausforderung mit unvorhergesehenen Anforderungen stellt. Der ganze Vorgang kann besonders bei Erstgebärenden ehrfürchtige und geheimnisvolle Gefühle auslösen (Kitzinger, 1993, S. 253). Medizinisch wird die Geburt in drei Phasen aufgeteilt: In die Eröffnungsphase, wo sich der Muttermund auf 10 cm öffnet, die Austreibungsphase, wo das Kind durch den Geburtskanal hinaus geschoben wird und schließlich die Nachgeburtsphase, in der die Plazenta kommt (Kitzinger, 1993, S. 269). Mit dem Ereignis „Geburt“ sind viele Ängste, Erwartungen und Unsicherheiten über Monate, ja Jahre hinweg, verbunden (Enkin et al., 2006, S. 232).

Neue und doch bekannte Körperempfindungen müssen zuerst wahrgenommen und in die Geburtsarbeit integriert werden. Die Frau muss z. B. ein Gefühl für den Druck im Beckenboden entwickeln, um in der Austreibungsphase das Baby Stück für Stück hinaus schieben zu können. Die Öffnung und Schließung des Beckenbodens kann frau jeden Tag auf der Toilette spüren, wenn der Urinstrahl unterbrochen wird (Fehrenbach, 2000, S. 81). Die Kontraktionen der Gebärmutter bei Regelschmerzen ähneln den Wehen in der Eröffnungsphase. Die Ausscheidungs-, Zervikal- und Vaginalschließmuskeln funktionieren in ähnlicher Weise (Gaskin, 2008, S. 169). Die Schließmuskeln sind ringförmige Muskelstränge, die für gewöhnlich geschlossen bleiben, bis sie etwas, sei es nun ein Baby oder Stuhlgang, ausscheiden müssen. Die Aufgabe dieser Muskulatur ist es, sich zu entspannen und zu dehnen, damit alles mühelos durch passt, was ausgeschieden werden soll. Sowohl die Ausscheidung als auch das Gebären gehen mit einer Öffnung der Schließmuskeln einher (Gaskin, 2008, S. 170). Ina May Gaskin beschreibt in ihrem Buch „Die selbstbestimmte Geburt“ eindrücklich in einfachen Worten die physiologischen Abläufe einer Geburtsarbeit. Die Vorstellung von Gaskin und ihrem Team aus Tennessee, USA, wonach die Grundprinzipien der

Geburt dem Gesetz der Schließmuskeln sehr ähnlich sind, überzeugen dank überraschender Aufzeichnungen der Geburtenregister.

Statistics

The Farm Midwifery Center: Outcomes of 2,028 pregnancies: 1970-2000



Q: <http://inamay.com/archive/statistics.php>

Die seit über 30 Jahre geführten Statistiken der Geburtsfarm weisen über die Jahre eine unterdurchschnittlich, konstante Kaiserschnitttrate von 1,4% (!) auf. In einem Land, wo die durchschnittliche Kaiserschnitttrate derzeit bei ca. 24% liegt. Zurück kommend auf die physiologische Funktion der Schließmuskeln fallen mir sofort zwei Umstände dazu ein. Zum einen ist eine Atmosphäre der Privatheit (aus dem Amerikanischen „Privacy“, das in diesem Kontext mit Privatheit übersetzt wird) zur Darmentleerung vorteilhaft. Gewöhnlicher weise ziehen wir uns heutzutage in unserem Kulturkreis auf die Toilette zurück, die man/frau zum Schutz von zufälligen Besuchen verschließt. Zum anderen reagieren die Schließmuskeln nicht, wenn an uns in Angstsituationen oder auf zeitlichen Druck bestimmte Erwartungen gestellt werden.

Die US-Amerikanerin Sheila Kitzinger, eine erfolgreiche Autorin von Schwangerschafts- und Geburtsbüchern und international renommierte Geburtsvorbereiterin und Stillberaterin verweist darauf, dass es nicht sehr sinnvoll ist, der Frau zu befehlen, die Luft anzuhalten und auf Kommando zu pressen. Ebenso wenig hilfreich ist es, wenn der Geburtshelfer der Frau sagt, dass das Kind innerhalb einer Stunde vom vollständig eröffneten Muttermund geboren sein muss (Kitzinger, 1993, S. 338). Normalerweise schlagen wir in dem Bemühen fehl, zeitlich abgestimmt die Bedürfnisse der Ausscheidung zu erledigen und laufen mit einem unangenehmen Völlegefühl herum. Desweiteren können sich bereits geöffnete Schließmuskeln wieder zusammenziehen, wenn die Situation der Entspannung nicht mehr gegeben ist. Der Verlust von Entspannung kann unter anderem durch Angst oder Unsicherheit ausgelöst werden. Die bekannte Hebamme und Filmemacherin Karin Berghammer spricht in ihrem Video „Geburtsphysiologie“ von einem Circulus viciosus von Angst, Spannung und noch mehr Schmerz. Unter diesen Umständen leidet auch die Atemarbeit der Gebärenden, was wiederum eine unzureichende Sauerstoffversorgung für das Baby zur Folge hat. Medizinische Eingriffe folgen meistens als Konsequenz (Interview mit Hebamme X). Viele atmosphärische Gegebenheiten in der Klinik können Stress auslösen, wie z. B. die sterile Umgebung eines Kreißsaals, der Wechsel des Geburtszimmers bei Beginn der Austreibungsphase, Schichtwechsel der Hebammen oder medizinische Interventionen. Kardiographische Aufzeichnungen (CTG) oder Infusionen können ebenfalls hindernd auf die Geburtsarbeit verlangsamend auf den Geburtsfortschritt einwirken (Enkin et al., 2006, S. 226). Eine weitere Gesetzmäßigkeit ist auch für manchen Mediziner nicht bekannt. Eine lockere Hals- und Kiefermuskulatur bewirken bei Mann und Frau eine direkte Entspannung im Becken und es ist demzufolge sogar kontraproduktiv auf die Zähne zu beißen, um etwas heraus pressen zu wollen.

Die Wehenarbeit gleicht ähnlichen Gesetzmäßigkeiten. Die gebärende Frau braucht unbedingt Intimität und Rückzug, um sich ganz auf ihren Körper einzulassen und ihr instinktives Wissen aus dem Stammhirn

„abrufen zu können“. Michel Odent, Gynäkologe, Chirurg und Schüler Leboyers arbeitet mit seinem Team in der Klinik von Pithiviers mit dem Bestreben, den Frauen die Möglichkeit und die Freiheit zu bieten, in einen instinktgesteuerten Zustand zu kommen. Endorphinausschüttungen helfen den Gebärenden zu erspüren, was sie bei der Geburt wirklich brauchen. Dazu ist es erforderlich, dass medizinische Interventionen auf ein Minimum reduziert werden, ohne dabei die Sicherheit von Mutter und Kind aus den Augen zu lassen und bzw. „technikfeindlich“ zu operieren. Die Statistik der Geburtsstation von Odent und seinen ÄrztInnen weisen die niedrigsten Raten von Zangengeburt, Dammschnitten und Sectiones (= Kaiserschnittentbindungen) in ganz Frankreich auf (Dahlke et al., 2001, S. 131). *„Am besten schließt sie sich in das Badezimmer ein, wo sie niemand stört“*, rät Odent. Frauen werden sich intuitiv zurück ziehen, wenn ihnen dazu die Gelegenheit geboten wird. Begleitung wünschen sie sich höchstens von Personen, denen sie vertrauen und bei denen sie sich geborgen fühlen. In „primitiven Kulturen“ begleiten einerseits erfahrene Frauen, die Mutterfiguren darstellen, die Gebärende. Andererseits berichtet man von Völkern, wie z. B. bei den Kung San, afrikanischen Jägern und Sammlern, wo der Geburtsvorgang ohne jegliche Rituale oder Zeremonien ungestört geschehen kann.

„Spürt eine Frau die erste Phase der Wehen, so verliert sie kein Wort darüber. Wenn die Geburt kurz davor steht, sucht sie sich einen Platz im Schatten einige hundert Meter entfernt vom Dorf. Sie räumt ihn frei und richtet ein Bett aus Blättern her, in das sie das Kind in der Hocke, stehend oder auf der Seite liegend allein hinein gebärt“ (Odent, 2001, S. 45).

Bei den Aborigines ziehen sich die Frauen alleine in den Busch zurück, um ihre Babys dort mit ihrem eigenen instinktiven Wissen zur Welt zu bringen und danach gemeinsam mit dem neugeborenen Kind, wieder zum Stamm zurück zu kehren. Mit der Wahl der Wörter „zurück ziehen“ und „zurück kehren“ wird die Quintessenz des instinktiven Verhaltens von Gebärenden beschrieben.

Gaskin beklagt, dass den meisten Geburtshelfern diese Prinzipien in ihrer Ausbildung nicht vermittelt wurden. Heutzutage wird in der

Geburtsbegleitung nach dem Gesetz der drei P's vorgegangen. Hier geht es um den „Passant“ = Baby, die „Passage“ = Becken und Vagina und die „Power“ = die Kraft der Gebärmutterkontraktionen. Dies wäre aber nur eine ärmliche Darstellung der wahren Leistungsfähigkeit des weiblichen Körpers (Gaskin, 2008, S. 166 f.). In Wahrheit gibt es nach diesem Prinzip keine zu „schwache“ dysfunktionalen Wehen, sondern nur „*ein Missverstehen der wahren Natur der Wehen*“.

Wie bereits bemerkt braucht es für eine (kon)zentrierte Geburtsarbeit vor allem Intimität. Beim plötzlichen Erscheinen von Arzt und Krankenschwester im Wehenzimmer kann diese vorher aufgebaute Intimität nicht gehalten werden.

„In vielen Kliniken gleicht das Entbindungszimmer einem öffentlichen Schauplatz, und auf manchen Stationen geht es zu wie auf einem Flugplatz oder Großstadtbahnhof. Selbst wenn jede Frau ihr eigenes Wehenzimmer hat, ist sie dort oft überhaupt nicht abgeschirmt. Leute gehen ohne Ankündigung ein und aus, oder wenn sie vorher anklopfen, warten sie nicht auf eine Antwort“
(Kitzinger, 1993, S. 334).

Stellen Sie sich vor, Sie sitzen ganz gemütlich auf der Toilette und wollen gerade ihr Geschäft verrichten. Plötzlich öffnet sich die Tür und zwei Köpfe schauen herein und wollen wissen, wie weit Sie denn schon fortgeschritten sind. Das ist sehr wahrscheinlich das Ende Ihres genüsslichen Kloganges, oder nicht?

3.2. Störungen der Intimität

Eine Erfahrung, die mich aus der Intimität der Wehenarbeit heraus riss, wurde mir bei der Geburt meines ersten Kindes Aaron beschert.

Nach ca. zweistündigen Wehen stellte ich fest, dass ich meinen Toilettenbeutel zu Hause vergessen hatte. Ich bat meinen Lebensgefährten, er solle mir meine Kosmetiksachen doch zu Hause holen, was ihn ungefähr eine Stunde an Fahrtzeit kostete. Ich fühlte mich sehr wohl allein im Wehenzimmer und arbeitete intensiv mit den stärker werdenden Wehen. Intuitiv nahm ich jene Position ein, die für mich am wohlthuendsten war. Ich spürte, wie ich in eine Art meditativen

Zustand geriet, der mich ganz „nach dem Gefühl“ handeln ließ. Das eine Mal, als eine Hebamme mir die Gurte für den Wehenschreiber anlegte, fühlte ich mich sehr gestört und empfand die Wehen als viel unangenehmer als noch kurz davor. Nach nur drei Stunden der Eröffnungsphase kam eine sehr nette, jedoch auch sehr aufgeregte Hebamme herein und meinte: „Oh Gott, die Frau muss in den Kreißsaal, die kriegt gleich das Kind!“ Kurze Zeit später befand ich mich auf einem Gebärstuhl, vor mir ein Arzt, daneben eine Hebamme und hinter mir mein Lebensgefährte. Es war mir schon in der Geburtsvorbereitung klar, dass ich die Schwerkraft für die Geburt unbedingt auch in der Pressphase nutzen wollte. Demzufolge bat ich die Hebamme, mir zu helfen, mich aufzurichten. Sie wirkte irgendwie verwundert, dass ich diesen Wunsch so klar äußerte. Der Arzt meinte nach ein paar Presswehen, dass die Wehen schwächer geworden seien. Man müsste mir Wehenmittel spritzen, damit das Baby schneller auf die Welt kommen könne. Mein Sohn war nach zehn Minuten geboren, allerdings erlitt ich einen Scheidenriss.

Mein Entschluss dieses Geburtserlebnis in kurzer Fassung zu schreiben, hat folgenden Hintergrund. Es zeigt so trefflich, was passiert, wenn Frauen die Privatheit genommen wird. Erinnern wir uns nochmals an den Stuhlgang. Die Wehen wurden sehr wahrscheinlich nicht schwächer, weil ich keine Kraft mehr hatte, da ich dies selbst am besten gemerkt hätte. Hier wurde eindeutig meine Atmosphäre der Intimität gestört. Die alternative Lösung zum Wehenmittel wäre ein Mehr an Zeit gewesen, mich wieder in eine sichere Situation zu bringen. Vielleicht hätte die Vagina etwas mehr Zeit zur Dehnung benötigt, anstatt einen Scheidenriss zu erleiden.

Ludwig Janus, einer der führenden Wissenschaftler im peri- und pränatalen Bereich aus Deutschland schreibt, dass dank der durchgreifenden Medizinalisierung im Geburtsbereich die Säuglingssterblichkeit auf gegenwärtig unter 0,1 % gesenkt werden konnte.

„Die Kehrseite der Medizinalisierung waren eine Entfremdung zwischen Mutter und Kind im Geburtsprozess, ein Verlust der psychologischen Dimension und ein Missachten der instinktiven Kräfte und Basisbedürfnisse von Mutter und Kind“ (Janus, 1997, S. 58).

In den Krankenhäusern müssen die Frauen vielfach das Zimmer zum Gebären wechseln. Dies erfordert eine immer wiederkehrende Anpassung an eine neue Situation. Diese Veränderung bedeutet emotionaler Stress und körperliche Beeinträchtigungen (Kitzinger, 1993, S. 336).

Als kritisch betrachtet Mechthild Groß die Auffassung, eine durchschnittliche Geburt auf eine Zeitspanne von 12 Stunden zu normieren und damit zeitlich zu limitieren, wie es die irländischen Gynäkologen O´Driscoll, Meagher und Boylan aus Dublin empfehlen (Groß, 2001, S. 51). In deren Konzept von „Active Management of Labour“ wird die die Auffassung vertreten, dass die Geburtshelfer die Frau über den gesamten Zeitraum der Geburt 1:1 betreuen. Ihrer aktiven absolut ärztlich bestimmten Leitung obliegt es, medizinische Interventionen zur Erhaltung des Zeitrahmens von maximal 12 Stunden zu setzen. Die Erfolge der Geburtsmediziner aus Irland waren beachtlich, zumindest im statistischen Bereich der Zangen- (4%) und Kaiserschnittgeburten (10%) (Kitzinger, 1993, S. 310 f.). Diese Ergebnisse lassen sich jedoch nur mit dem Betreuungsverhältnis 1:1 erzielen.

Die geburtshilfliche Forschung rät bei einer Überschreitung der vorgegeben Dauer der Geburt zu „Überlegungen“. Leider neigt die derzeitige Praxis, nicht zuletzt aus infrastrukturellen Gründen zu intervenierendem Handeln (Groß, 2001, S. 51). Die Begrenzung der Austreibungsphase auf zwei Stunden birgt eine erhöhte Gefahr an kindlichen Geburtsverletzungen. Bei Verlängerungen der Austreibungsphasen über zwei Stunden hinaus wurden in Studien keine schlechtere „kindliche Outcomes“ festgestellt. Es stellt sich somit die Frage „intervenierende Betreuung“ versus „begleitende Unterstützung“. Was hätten Mutter und Kind wirklich gebraucht oder werden diese zeitlichen Limitierungen eher von den Nöten und Ängsten der Geburtshelfer bestimmt (Groß, 2001, S. 66 f.)?

„Die willkürliche zeitliche Begrenzung dieser Phase für alle Frauen führt sehr wahrscheinlich bei einigen zu unangemessenen Interventionen und schadet daher mehr als es nützt. Wenn die Geburt voran geht und es keine Anzeichen für mütterliche oder fetale Probleme gibt, ist die alleinige Tatsache, dass die

Austreibungsphase lange dauert, für sich genommen kein Grund für eine aktive Intervention“ (McCandlish, in: Groß, 2001, S. 68).

Es scheint doch so, als ob die programmierte Geburt mit ihrem medizinisch-technischen Schwerpunkt aus der Mode gekommen ist (Dahlke et al., 2001, S. 400). Mir stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Geburtshilfe endlich aus ihrer Irrfahrt zurück kehrt.

Zusätzlich können auch aus dem psychologischen Bereich alte Erlebnisse herein wirken und in jeder Phase der Geburt störend einwirken. Die Entbindung aktiviert das perinatale Unbewusste (Janov, 1997, S. 208) und was an Ängsten bei der Schwangeren noch unverarbeitet ist, meldet sich zunehmend mit dem Näherrücken des Geburtstermins. Besonders Ängste, die im Zusammenhang mit der Enge der Geburtssituation und mit der Zeit danach stehen, gewinnen an Bedeutung (Dahlke et al., 2001, S. 124).

Gaskin berichtet von einer ruhig und tief atmenden Frau, deren Muttermund sich relativ rasch auf 7 cm öffnete. Danach kam die Öffnung zum Stillstand, obwohl die Frau weiterhin gut atmete. Medizinisch konnte sich Gaskin diesen Stillstand nicht erklären. Eine Freundin der Gebärenden gab ihr folgenden Hinweis: Die Gebärende sei ein adoptiertes Kind und die leibliche Mutter ist bei der Geburt verstorben. Gaskin sprach diese mögliche Angst an und es wirkte wie ein Wunder. Innerhalb von zwei Stunden gebar diese Frau ein gesundes Mädchen (Gaskin, 2008, S. 125).

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie Geburtstraumen verarbeitet werden können. Janus spricht von „*direkter Rekapitulation*“, was bedeutet, dass Lebenssituationen unbewusst so gewählt werden, damit die Begegnung mit dem unbewussten Trauma eine Lösung erfährt. Eine andere Möglichkeit der Verarbeitung ist die „*vermeidende Rekapitulation*“. Diese Menschen richten ihr ganzes Leben danach aus, nicht wiederholt mit der traumatischen Erfahrung in Berührung zu kommen (Janus, 2000, S. 164).

In einer optimalen Geburtsvorbereitung könnten gerade schwerwiegende Themen, wie z. B. Totgeburt, Fehlgeburt oder Tod bei Geburt in der

Verwandtschaft im Vorhinein angesprochen werden. Dies kann eine Möglichkeit darstellen, medizinische Eingriffe in Geburtssituationen zu reduzieren. Karl Heinz Brisch, Vorsitzender der Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit erarbeitete ein eigenes Konzept, das eine durchgängige psychologische Betreuung von der 20. Schwangerschaftswoche bis zum ersten Lebensjahr zur Vorbeugung von „solchen Überraschungen“ bei der Geburt (Brisch, 2007, S. 288). Näheres dazu im Kap. „Pränatale Psychologie“

3.3. Einen Blick ins Tierreich

Das Verhalten der Säugetiere während und nach der Geburt orientiert sich ganz an den Bedürfnissen der Neugeborenen. Dies könnte auch als Richtlinie für uns Menschen gelten. Gegen Ende der Tragezeit ist die Hauskatze behäbig und ihr Aktivitätsniveau sinkt stark. Sie sucht sich einen dunklen, warmen Ort, vorzugsweise mit weichem Untergrund, wo die Jungen zur Welt kommen sollen. Die Katzen bevorzugen abgeschiedene Plätze wie z. B. hinter einem Schrank, in der Heutenne oder unter einer Stiege. Während des Gebärens beleckt sich die Katze insbesondere im vaginalen Bereich. Sie verharrt in der Hocke, um das Herauspressen der Kätzchen zu erleichtern. Nach der Geburt wird auch ihre Nachkommenschaft abgeleckt. Zwölf Stunden lang umschließt die Katze danach ihre Jungen und macht mit ihnen einen langen, intensiven Erholungsschlaf (Schneirla, et al., in: Klaus, Kennell, 1987, S. 37f.).

Ziegen, Schafe und Primaten (z. B. Schimpansen) sondern zum Zwecke einer ungestörten Geburt von ihrer Herde ab. Ratten hingegen bauen sich ein Gebärnest (Klaus, Kennell, 1987, S. 41 f.). Bei Gefahr in Verzug haben Säugetiere die Fähigkeit, die Geburt zu verzögern und sich in Sicherheit zu bringen, damit die Nachkommenschaft nicht gefährdet wird.

Diese Fähigkeit scheinen auch Menschen zu haben. Schließmuskeln können sich bei Einwirken von Gefahr wieder schließen, wobei die Gefahr auch eine Person sein kann, die Unsicherheit vermittelt oder auch nur ein

einfacher Hebammenwechsel. Frauen haben die Fähigkeit ihre Babys quasi wieder „einzusaugen“, wenn es notwendig erscheint.

Als bei Susanne die Wehen einsetzten, war ihr erstes Kind bereits zwei Jahre alt und zu diesem Zeitpunkt mit einem banalen Infekt krank. Die Wehentätigkeit ging gut voran und sie entschied sich, dass es Zeit wäre, ins Krankenhaus zu fahren. Zuvor hielt sie noch ihren Ehemann an, dem ersten Kind Fieber zu messen. Als sie sah, dass das Fieberthermometer auf fast 41° geklettert war, sagte sie entschlossen zu ihrem ungeborenen Kind: „Du musst jetzt warten. Die Lisa braucht mich.“ Die Wehen ließen nach und sie konnte sich um ihr älteres Kind kümmern. Nach zwei Tagen setzten die Wehen wieder ein und sie bekam einen kleinen gesunden Buben (Gespräch mit Susanne Jenewein)

Michel Odent hinterfragt die Zusammenhänge, warum Gesellschaften Rituale und Verhaltensvorgaben inszenieren, um reglementierend und ganz bewusst in den Geburtsverlauf einzugreifen. Das Bedürfnis der Mutter nach Rückzug wird geleugnet. Er stellt eine Verbindung zwischen Beten und Gebären her und bei beiden Vorgängen gibt es gesellschaftliche Vorgaben, wie man sich zu verhalten hat. Er meint, dass der Mensch zwar ein Gesellschaftswesen sei, aber sich dieser „Persona“ (bedeutet Maske des Schauspielers) von Zeit zu Zeit entziehen müsse, um wieder zu seinen „Säugetier-Wurzeln“ zurück kehren zu können.

*„Auf ganz ähnliche Weise verspürt auch eine gebärende Frau ein unabweisliches Bedürfnis, ihre Maske abzulegen und aufzuhören „Person“ zu sein. Wenn die Wehen einsetzen, zieht sie sich in Demut von anderen Menschen zurück und fügt sich in ihr Dasein als Säugetier. Sie verspürt den Drang, sich zu neigen...“
(Odent, 2001, S.113).*

3.4. Ein Hormon namens Oxytozin

Miriam Stoppard schreibt im Vorwort zu Michel Odents Buch „Die Wurzeln der Liebe“, dass im Mittelpunkt des Denkmodelles von Odent das Hormon Oxytozin steht, das im Hypothalamus produziert wird. Freigesetzt wird dieses Hormon vor allem bei Zärtlichkeiten wie sanften Berührungen, Streicheln, Massieren, Wärme und Stimulationen auf der Bauchseite des Körpers und der Brüste (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 191; Bauer, 2008, S.

51). Während des Geburtsvorgangs wird im Hypothalamus der Frau Oxytozin gebildet, das dafür verantwortlich ist, dass die Gebärmutter kontrahiert und sich nach der Geburt wieder zusammen zieht. Es sorgt dafür, dass die in der Brustdrüse gebildete Milch in die Milchgänge gelangt. Saugt das Baby an der Brustwarze, produziert der Körper noch mehr Oxytozin (Bauer, 2008, S. 47). Odent nennt es ein Liebeshormon, das uns Menschen befähigt, mehr Zuneigung für unsere Nachkommenschaft und für unsere Mitmenschen aber auch für unseren Planeten Erde zu fühlen (Odent, 2001, S. 13). Joachim Bauer, einer der führenden Neurobiologen unserer Zeit, betont, dass Oxytozin ein „Bindungshormon“ ist, das sowohl bei Begegnungen mit vertrauten Personen als auch bei Bindungserfahrungen in verstärktem Maße produziert wird. Ergänzend wird die Bereitschaft erhöht bei erhöhten Oxytozin-Werten im Blut, Vertrauen zu schenken. Wann immer es unter den oben genannten Umständen möglich ist, versucht das Gehirn, Zuwendung und Kooperation zu bevorzugen (Bauer, 2008, S. 47 f.). Frauen und Männer haben zwar im Gehirn und im Blutplasma gleich viel Oxytozin, aber durch Östrogene wird die Bindung des Oxytozin an die Oxytozin-Rezeptoren forciert. Demzufolge sind die Effekte von Oxytozin bei Frauen stärker ausgeprägt (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 185 f.).

In den Siebziger Jahren zeigten Versuche im Tierbereich, dass bei nicht-trächtigen Ratten nach einer Injektion von Blut, das zuvor von Muttertieren abgenommen wurde, die 48 Stunden zuvor geboren hatten, mütterliches Verhalten beobachtet werden konnte. Somit wurde der Beweis erbracht, dass im Zeitraum der Geburt Hormone im Blut vorhanden sind, die mütterliches Verhalten auslösen. Es war schon lange bekannt, dass Oxytozin für die Stimulation der Gebärmutterkontraktionen, den Geburtsbeginn, die Ausstoßung der Plazenta und den Milchejekulationsreflex verantwortlich ist. Anfang der Neunziger Jahre gelang den schwedischen Wissenschaftlern Prange und Pederson durch die Injektion von Oxytozin direkt in die Hirnventrikel aufzuzeigen, dass bei Säugetieren mütterliches Verhalten durch Oxytozin ausgelöst werden kann (Odent, 2001, S. 26ff.).

Zusätzlich wurde bewiesen, dass in Tierversuchen Oxytozin als Antidepressivum wirkt (Arletti und Bertolini, in: Uvnäs-Moberg, 2007, S. 188). Bei neugeborenen Ratten bewirkte eine Verabreichung von Oxytozin, dass sie lebenslang ruhiger und weniger stressempfindlich waren als ihre Vergleichsgruppe (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 187 f.).

Auch die Funktionen von Östrogenen und Prolaktinen wurde untersucht und es konnte gezeigt werden, dass ein komplexes hormonelles Gleichgewicht Geburts- und Laktationsvorgänge steuert. Oxytozin wurde als „Hormon der Liebe“ bezeichnet, da es die Menschen empfänglicher für Zuneigung und offener für fürsorgliches Verhalten macht (Odent, 2001, S. 26 ff.). Kerstin Uvnäs-Moberg bekräftigt diese Aussagen zusätzlich, da mit ihren Forschungen belegt wurde, dass dieses Hormon einen angstlösenden und beruhigenden Effekt verbreitet, was für das soziale Verhalten von positiver Auswirkung ist. Oxytozin erhöht die Schwellenwerte für die Schmerzempfindung (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 187 f.), was bedeutet, dass Gebärende, die einen hohen Wert an körpereigenem Oxytozin haben, den Geburtsschmerz viel besser tolerieren können. Sogar bei der Nahrungsaufnahme mit anderen Menschen wurde aufgezeigt, dass die Oxytozin-Werte anstiegen. Somit wurde verständlich, warum das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten von erheblicher sozialer Bedeutung ist (Odent, 2001, S. 26).

Während der Wehentätigkeit wechselt die Gebärende die Bewusstseinssebene. So schreibt Odent:

„Bei einer Gebärenden ist der primitive Teil des Gehirns aktiv; er fungiert als Drüse und setzt Hormone frei. Stockungen und Störungen des Geburtsverlaufs haben ihren Ursprung in dem Hirnteil, der bei Menschen besonders hoch entwickelt ist – im Neokortex. Aus praktischer Sicht ist eine Herabsetzung der neokortikalen Aktivität – Gebärende wirken, als seien sie „auf einem anderen Planeten“ – ein höchst wichtiger Aspekt der Geburtsphysiologie“ (Odent, 2001, S. 57).

Wie schaut das aus, wenn eine Frau „auf einem anderen Planeten“ ist? Stadelmann beschreibt das Verhalten, das vom Neokortex im Gegensatz zur Hypophyse gesteuert wird einfach und präzise. Solange die Frau noch

viel redet und sich von äußeren Ereignissen ablenken lässt, ist die Geburt noch nicht akut. Der Kanadier Murray Enkin und der Australier Marc J.N.C. Keirse und ihre Mitarbeiter bearbeiteten über 9000 Studien im Standardwerk „Effektive Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt“ für Hebammen und GeburtshelferInnen. Das Verhalten der Frau gibt Aufschluss darüber, ob sie bereits einen Pressdrang spürt, in dem sie den Gesichtsausdruck verändert oder die Hand des Begleiters sehr fest drückt (Enkin et al., 2006, S. 259). Wenn die Gebärende beginnt, Urlaute von sich zu geben, zu stöhnen und zu tönen und manchmal die Hebamme und ihren Mann beschimpft, dann arbeitet sie in einem instinktiven Bewusstsein. Sobald ihr wehenfördernde Mittel - meistens synthetisch hergestelltes Oxytozin - verabreicht werden, wird sie ihrer körpereigenen Opiate beraubt und der Neokortex übernimmt die führende Rolle (Stadelmann, 2005, S. 240). Wenn (synthetisches) Oxytozin verabreicht wird, sind die Wehen stärker und oft bleiben Wehenpausen aus, sodass die Frau die Wehen als stärker empfindet. Wird die Gebärende an den Wehentropf gehängt, muss sie an eine kontinuierliche Herzton-Wehen-Überwachung fürs Baby angeschlossen werden. Diese Maßnahme verhindert die freie Beweglichkeit und behindert die Frau in ihrer Geburtsarbeit (Kitzinger, 1993, S. 312). Jede Stimulation der Gebärmutter mit medikamentösen Mitteln kann zu einer Überstimulation des Uterus führen. Das könnte bedeuten, dass die Frau sehr lang anhaltende Wehen aushalten muss, die eine Plazentadurchblutung beeinträchtigen und somit das Ungeborene ungenügend mit Sauerstoff versorgen (Enkin et al., 2006, S. 335).

Weiter betonen auch Gaskin, Kitzinger, Odent und Leboyer wie wesentlich es ist, jede Störung zu vermeiden, die dazu führt, dass die Gebärende den Neokortex aktiviert. Bei einer solchen Aktivierung wird im Gehirn Adrenalin ausgeschüttet, das eine Schwächung der Wehen bewirkt und den Geburtsverlauf erheblich behindert. Insbesondere wirken grelles Licht, Fragen nach Sachverhalten, z. B. „in welchem Jahr hatten Sie Ihre letzte Geburt“, laute Geräusche, Anordnungen oder gar Anschreien, das Gefühl des Beobachtet seins und der Schutzlosigkeit kontraproduktiv. Zusammen

mit dem Liebeshormon Oxytozin werden körpereigene schmerzstillende Substanzen in der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) freigesetzt. Dies sind Endorphine und Enkephaline, körpereigene Opiate, die das Gefühl von Befriedigung, Wohlbefinden und Euphorie ermöglichen (Stadelmann, 2005, S. 239). Die Hebammen auf der Tennessee Farm berichten von vielen Frauen, die voller Lustgefühle ihre Kinder zur Welt gebracht haben. Einige beschreiben die Phase, als sie das Baby durch den Geburtskanal pressen, als langanhaltenden, bewusstseinserweiternden Orgasmus (Gaskin, 2008, S. 156 f.). Frédéric Leboyer vergleicht den Schmerz der Wehen mit der lustvollen Kontraktion der Gebärmutter beim Geschlechtsakt, die zu einem Orgasmus führt. Insofern gleicht es einer „Vorwegnahmen, wenn auch im Kleinen der Geburtsarbeit“. Gleichsam ein lustvolles sich Hingeben an jede Wehe, die Teil eines „*langsamen Anstieges auf die abschließende Ekstase und ihrer Entfesselung*“ ist (Leboyer, 1997, S. 274 f.).

Mit der „Active management of labour“ wurde recht sorglos mit Geburtseinleitungen umgegangen, damit die Ungewissheit von Frauen und Geburtshelfern vermieden wird. Als Konsequenz riskierte man allerdings Komplikationen, z. B. wenn die Kinder noch nicht geburtsreif waren oder langwierige Eröffnungsphasen (Fehrenbach, 2000, S. 99). Ziel der Dubliner Geburtsklinik war es, den Geburtsbeginn im Klinikalltag und zwar durch eine Sprengung der Fruchtblase und Gabe von Oxytozin zu operationalisieren (Groß, 2007, S. 56). Gleichsam als eine Gegenbewegung zur programmierten Geburt entwickelte Frédéric Leboyer die „Sanfte Geburt“. Als Pionier war er wesentlich an der Weiterentwicklung der Geburtshilfe beteiligt, indem er den Geburtshelfern nahe legte, die Geburt aus der Sicht des Babys zu betrachten.

„Schweigen zu lernen, ist unerlässlich für die Mutter, und ebenso wichtig ist es für alle, die ihr bei der Geburt beistehen: Hebammen, Ärzte, Helfer. (...) Leises Zureden wird sie entspannen. Wir erweisen ihnen damit sicherlich einen besseren Dienst als mit unserem Geschrei. Ja, vor allem die Geburtshelfer müssen die Kunst des Schweigens beherrschen. Sie müssen endlich lernen und begreifen, was es bedeutet, ein Kind würdig zu empfangen“ (Leboyer, 1981, S. 58).

Bei Messungen vor und direkt nach der Geburt wurde festgestellt, dass der Oxytozin-Wert nach der Geburt sogar noch höher ist, als bei der letzten Wehe. Eine mögliche Interpretation ist, dass die Mutter in voller liebevoller Aufnahmebereitschaft für ihr Neugeborenes ist. Diese entscheidende Phase direkt nach der Geburt bezeichnen mehrere Autoren als *sensible Phase*, die vor allem in der ersten Stunde nach der Geburt wirksam und in diesem Ausmaß nicht wiederholbar ist. Mit der letzten Presswehe wird zusätzlich Adrenalin ausgeschüttet, das bei der Mutter bewirkt, dass sie ihr Neugeborenes in vollem und wachem Bewusstsein empfängt. Sie wirkt munter, ja geradezu euphorisch. Viele Frauen berichten, wie oben genannt, von einem ekstatischen oder orgastischen Zustand direkt nach der Geburt.

John Kennell und Phyllis und Marshall Klaus haben durch ihre Forschungsarbeiten gezeigt, wie die Bindungsbereitschaft bei Eltern und Kind gefördert werden kann, wenn Trennungen nach der Geburt und im Wochenbett vermieden werden. Basierend auf diesen Erkenntnissen erfolgten Veränderungen bei Pflege- und Stillpraktiken, wie z. B. dem Rooming-in in zahlreichen Industrienationen (Brisch, 2007, S. 7). Bei ihren Untersuchungen in Krankenhäusern in Guatemala, wo keine Medikamente oder schmerzstillende Mittel verabreicht wurden, haben sie aufgezeigt, dass alle Frauen sehr aktiv und munter waren. Hingegen stellten Klaus und Kennell fest, dass bei Untersuchungen in amerikanischen Krankenhäusern die Frauen nach der Geburt nie so wach und bewusst gewesen seien. Als Zusatzinformation muss jedoch berücksichtigt werden, dass es in den USA zur absoluten Routine zählt, Medikamente während des Geburtsverlaufs zu verabreichen (Klaus, Kennell, 1987, S. 131).

Nicht nur die Mutter bekommt einen Adrenalin Schub kurz vor der Geburt sondern auch das Baby wird mit Noradrenalin, einem Hormon aus der Adrenalin-Familie, versorgt. Dies hilft ihm, sich einer geringeren Sauerstoffmenge anzupassen. Die ersten Minuten erlebt das Neugeborene hellwach, mit offenen Augen und einer „*ruhigen Aufmerksamkeit*“ (Klaus, Kennell, 1987, S. 101 f.), so als wolle es sich mit intensivster Aufmerksamkeit seine überlebenswichtigste Bezugsperson

einprägen. Wenn wir an Säugetiere denken, können wir die Ausschüttung von Adrenalin, die eigentlich das Aggressionspotential erhöht, besser erklären. Es befähigt die Mutter gleich nach der Geburt ihr Junges dazu, dies wenn nötig auch verteidigen zu können (Odent, 2001, S. 29).

Dieser erste Blickkontakt ist der Beginn einer Reihe von Interaktionen, die zum Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind beitragen.

4. Die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind

In diesem Kapitel lege ich den Schwerpunkt auf die perinatale Bindung bzw. auf den Zeitraum weniger Stunden nach der Geburt, was unter anderem von Klaus und Kennell bearbeitet wurde. Vollständigkeitshalber führe ich auch die Bindungsarten an, die maßgeblich auf den Psychoanalytiker John Bowlby (1907 – 1999) zurück gehen, weil sie für einen Überblick für das Thema „Bindung“ unerlässlich sind. Die Bindungsforschung beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Bindungserfahrungen und ihren Auswirkungen auf die Organisation der Gefühle, des Verhaltens und der Ziele einer Person (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 29). Theorien über Bindung während der Schwangerschaft werde ich im Kapitel über pränatale Psychologie erwähnen.

Die Mutter-Kind-Beziehung hat für die kindliche Entwicklung entscheidende Bedeutung. Heute wissen wir, dass ein interaktiver Prozess stattfindet, in dem sich Mutter und Kind gegenseitig beeinflussen.

„Je früher und je häufiger die Interaktion zwischen Mutter und Säugling ermöglicht und gefördert wird, umso intensiver gestaltet sich die Bindung. Besondere Bedeutung besitzen der gemeinsame Hautkontakt und das Stillen des Kindes“ (Schüßler, 2005, S. 141).

4.1. Die Bindungstheorie

Ein wünschenswerter seelischer Zustand könnte wie folgt beschrieben werden: Einem Kind stehen Bezugspersonen zur Verfügung, die auf Verlangen reagieren und helfen. Das Kind selbst besitzt eine Vorstellung von sich selbst und es empfindet sich, *„als eine im Grunde lebenswerte und wertvolle Person, die es verdient, dass man ihr hilft, wenn sie Hilfe braucht“* (Bowlby, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 79). Zur Verwirklichung des menschlichen Geistes braucht der Mensch Bindungen mit fürsorglichen Personen, die stärker und weiser sind (Bowlby, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 64). Im Idealfall signalisiert die Mutter

dem Kind, dass sie die Ursache seiner Verstörung versteht und gleichzeitig seine emotionale Not anerkennt (Fonagy, Target, 2003, S. 59). Das Kind ist auf seine Bezugsperson angewiesen, die eine Art „Übersetzungsarbeit“ leistet, nämlich den „*Ausdruck seiner Emotionen in Verbindung mit seinen Gefühlen bringt und Klarheit schafft*“ (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 57). In Langzeitstudien wurde gezeigt, dass sich sichere Bindungen in der frühen Kindheit stark und günstig auf die Affektregulierung, das Sozialverhalten, kognitive Begabung und psychische Störungen auswirken (Fonagy, Target, 2003, S. 52).

Der Ansatz von John Bowlby nahm zunächst seinen Ausgangspunkt aus der psychoanalytischen Sicht. Später integrierte er Konzepte aus der Ethologie, aus der kognitiv orientierten Entwicklungspsychologie und der Systemtheorie (Rauh, 1995, S. 239 f.). Bowlby unterschied zwischen *sicherer* Bindung, *unsicher-vermeidender* Bindung und *unsicher-ambivalenter* Bindung. Jeder Mensch ist mit mehreren Verhaltenssystemen ausgestattet, die das Überleben der Spezies sichern. Beim Kind können wir das System des Bindungsverhaltens (attachement) und beim Erwachsenen das Fürsorgeverhalten (maternal behaviour, bonding) beobachten. Der tiefere Sinn dieses Konstrukts liegt darin, dass die Hauptpflegeperson in der Nähe des Kindes bleibt, und dem noch unreifen und hilflosen Wesen Schutz und Hilfe gewährt. Konkretes Bindungsverhalten wird nur in Alarmsituationen aktiviert, z. B. wenn die Mutter den Raum verlässt. Bindungsverhalten kann sich in Schreien, Weinen oder Hinterherlaufen äußern. Es wird beendet, wenn die Bezugsperson wieder anwesend ist und das Kind Nähe oder sogar engen körperlichen Kontakt bekommt (Rauh, 1995, S. 239 f.).

Bei länger andauernden Trennungen wird die Trennungsangst übermächtig und bewirkt depressives Verhalten bei Kleinkindern. Typische Anzeichen sind Kinder, die schweigsam sind und wenig bis gar nicht auf Anreden reagieren und kein Lächeln zeigen. Das Kind bleibt in seinem Tätigkeitsdrang zurück und sitzt oder liegt in unbeweglicher Starre. Der Schlaf ist häufig und der Appetit immer gestört. Es tritt ein Gewichtsverlust ein, der sehr gut auch bei Frühgeborenen zu beobachten ist, die keinen

oder wenig Kontakt zu ihrer Mutter haben. In Folge ist auch das Immunsystem betroffen und die Kinder sind anfälliger für Infektionen. Die allgemeine Entwicklung verlangsamt sich deutlich (Bowlby, 1995, S. 23).

Die Bindungstheorie hilft zu verstehen, warum elterliche Zurückweisung, Trennung oder Verlust zu *emotionalen Schmerzen* wie Angst, Wut oder Hass führen und später sogar Persönlichkeitsstörungen verursachen können (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 65). Die übermächtige Trennungsangst resultiert daraus, dass Kinder unter drei Jahren sich nicht vorstellen können, dass die Mutter wieder zurückkehren wird. Sie leben ausschließlich in der Gegenwart und besitzen noch nicht die Fähigkeit, in die Zukunft zu denken. Die Folgen der Muttertrennung können mit zunehmendem Alter gemildert werden, wenn die Kinder darauf vorbereitet werden und sich dann besser auf Mutter-Ersatz-Personen einstellen können (Bowlby, 1995, S. 23). Karin und Klaus Grossmann, zwei deutsche renommierte Bindungswissenschaftler, sprechen von einer „*Phase der zielkorrigierten Partnerschaft*“, in der das Kind bereits sprechen und verstehen kann, warum die Bindungsperson weggeht, und mit ihr verhandeln kann (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 75).

Expressives und aktives Bindungsverhalten bei sicher gebundenen Kindern zeigt sich darin, dass sie ihren Kummer deutlich äußern. Bei der Rückkehr der Bezugsperson nehmen sie Kontakt mit ihr auf und beruhigen sich schnell (Spangler, Schwarz, 2008, S. 147). Ein Kind, das seelenruhig spielt und sich plötzlich weh tut, durchläuft einen Zyklus von Schreck, Schmerz und Anspannung und Auflösen dieser Spannung. Das Weinen drückt das Gefühl in ihm aus. Die Antwort der Mutter erfolgt im optimalen Fall mit tröstenden Worten oder/ und mit Körperkontakt. Bindungsverhalten wird nur bei Gefahr aktiviert. Trennungsschmerz und darauffolgende Entspannung und Beruhigung sind als Bindungszeichen zu werten (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 71). Nach einer gewissen Zeit kann das Kind das Interesse an der Welt wieder aufnehmen. Ein Zyklus hat sich geschlossen, in dem sichere Bindung erlebt wurde. Und zwar nicht nur auf der Seite des Kindes, sondern auch auf der Seite der Mutter.

„Bindung ist ein wechselseitiges Geschehen. Beide Beteiligten beeinflussen sich gegenseitig, reagieren aufeinander und initiieren so die nächste Sequenz der Beziehungsgestaltung“ (Alberti, 2007, S. 48).

Daniel Stern spricht von einem „*Schema des Miteinanders*“, einem „*wiederholt erfahrenen typischen Interaktionsmuster*“, z. B. wenn ein Kind wieder und wieder die Erfahrung macht, dass seine Mutter es aufhebt, wenn es hinfällt. Die zuverlässige Tröstung und Beruhigung „*schlagen sich in mentalen Repräsentanzen oder inneren Arbeitsmodellen nieder*“ (Stern, in: Fonagy, Target, 2003, S. 50). Ein aktiviertes Bindungssystem ist also angewiesen auf die Beruhigung einer Bindungsperson (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 130).

Kinder mit sicherem Bindungsverhalten sind offener für Kommunikation insbesondere von negativen Gefühlen, lassen sich besser trösten und nehmen ihr Explorationsverhalten unbekümmert wieder auf. Sie erhalten durch die Berührung mit der Mutter so viel Beruhigung, dass in physiologischen Tests kein Anstieg des Stresshormons Cortisol nachgewiesen werden konnte (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 144 f.). Sicher gebundene Kinder fühlen sich im Phantasiespiel wohl. Grundlage für ein kreatives Spiel dieser Art ist das Verständnis von psychischen Befindlichkeiten des anderen. Bindungssicherheit fördert die Fähigkeit und Kompetenz im Umgang mit Gleichaltrigen und korreliert später mit einer erhöhten Sprachflüssigkeit (Fonagy, Target, 2003, S. 40 f.). Peter Fonagy ist Bindungsforscher, Psychoanalytiker und Forschungsdirektor am Anna Freud-Centre in London. Fonagy und seine Mitarbeiterin Mary Target sprechen von einem intersubjektiven Prozess, bei dem sich die Mutter bemüht, die Verfassung des Kindes zu verstehen und zu seinem „Container“ wird. Der Ausdruck Containing wurde von Bion geprägt und bezeichnet das Aushalten der Gefühle (Fonagy, Target, 2003, S. 67 f.). Daniel Stern bestätigt die Wechselseitigkeit der Organisationsveränderung des Säuglings und der Eltern. Er fragt sich, was zuerst komme: Die Veränderung im Kinde, wie z. B. ein Lächeln, oder die Zuschreibung einer neuen Fähigkeit durch die Eltern (Stern, 2003, S. 22. f.).

Kinder mit unsicher–vermeidendem Bindungsstil haben früh gelernt, ihre Bedürfnisse und Nöte nicht allzu heftig zu äußern. Wenn die Mutter das Zimmer verlässt, weint das Kind nicht und setzt sein Spiel unbeirrt fort. Statt Bindungsverhalten zu zeigen, konzentriert es sich noch mehr auf das Spiel. Allerdings wurde überprüft und festgestellt, dass das Spiel im Trennungszeitraum nur halbherzig wahrgenommen wird (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 148). Die Erfahrung der Kinder, dass ihre Mütter ungehalten reagieren, wenn sie zu sehr beansprucht werden, veranlasst sie, ihre Bedürfnisse schon von klein auf zurück zu nehmen.

Fonagy bearbeitete einen weiteren Aspekt des „sich-Zurücknehmens“. Gemeinsam mit seinem Forschungsteam untersuchte er die Wahrnehmung der psychischen Befindlichkeit bei Mutter und Kind. Die Kinder dieser Bindungskategorie hatten im Allgemeinen wenig Erfolg, ihre eigene Befindlichkeit mit der Befindlichkeit der Bezugsperson in Einklang zu bringen, und konzentrierten sich deshalb auf ihr Leid, anstatt Trost in der Nähe zur Bindungsperson zu suchen (Fonagy, Target, 2003, S. 43). Bei Distress versucht das Kind so lange wie möglich das Bedürfnis nach Schutz und Trost herunter zu spielen und seine Gefühle unter Kontrolle zu halten.

„Vermeidung von Bindungsverhalten bedeutet eingeschränkte Flexibilität bei Stress“ (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 150).

Ablenkung und Vermeidung von wahren Gefühlen gelten vorrangig vor Aktivierung von Bindungsverhalten, was Entspannung und Trost bringen könnte.

Faktoren, die einen unsicher-vermeidenden Bindungsstil begünstigen, sind Trennung von der Mutter, z. B. wegen einem Krankenhausaufenthalt oder wegen früher Ganztagesunterbringung in Kinderkrippen, wie dies im Fürstentum Liechtenstein oder in der Schweiz aufgrund der Karenzregelung bei berufstätigen Müttern sehr häufig geschieht. Die Trennung von der Mutter kann durch ein gutes Betreuungssystem mit viel Konstanz abgeschwächt werden. Auch im Krankenhausbereich wurde in

den letzten Jahren darauf Rücksicht genommen, dass Kleinkinder, wenn möglich, nicht von der Mutter getrennt werden sollen.

Unentschlossenheit, also weder ein Ja noch ein Nein zu Nähe, kennzeichnet die Dynamik eines unsicher- ambivalenten Bindungsstils. Auf den Impuls des Hingehens folgt unmittelbar ein Impuls des Weggehens, was zu einer großen inneren Zerrissenheit führt (Alberti, 2007, S. 61). Kinder mit diesem Bindungsverhalten haben zeitweise sehr herzliche Mütter, die aber zu anderen Zeiten einfach nicht ansprechbar oder innerlich erreichbar sind. Als besonders verunsichernd wird vom Kind die Unberechenbarkeit der mütterlichen Handlung erlebt (Rauh, 1995, S. 244 f.). Bindungsverhalten wird sehr niederschwellig ausgelöst, was irrtümlicherweise als starke Bindung gedeutet werden könnte. In Wahrheit handelt es sich um eine „Angstbindung“, bei der sich Kinder nur schwer beruhigen lassen (Suess, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 151).

In beiden Arten von unsicheren Bindungen wird das Grundbedürfnis nach Sicherheit nicht erfüllt. Dies hat zur Folge, dass diese Kinder vor allem eines in ihrem Leben suchen, nämlich Sicherheit. Dafür opfern sie ein Stück Neugier und die Risikobereitschaft, das Leben auf abenteuerliche Weise zu erkunden. In ihr unbewusstes Empfinden mischt sich oft ein Gefühl der Leere oder der inneren Unruhe, das vermieden werden muss, weil es zu schmerzhaft wäre, dies bewusst (nochmals) zu fühlen. Verschiedene Möglichkeiten der Ablenkung, wie z. B. Fernsehen, Internet oder Computerspiele, oder exzessives Arbeiten können Kinder wie Erwachsene gerade in der heutigen modernisierten Welt unbemerkt in den Alltag integrieren. Somit bleibt keine Zeit zum Fühlen, was die Seele bedrückt (Alberti, 2007, S. 69).

Mary Main, Schülerin von Ainsworth, entdeckte noch eine weitere Kategorie von bindungstraumatisierten oder desorganisierten Kindern (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 154). Diese Bindung scheint so belastet und unsicher zu sein, dass Nähe Gefahr für körperliche und seelische Existenz bedeutet (Alberti, 2007, S. 69). Diese Kinder zeigen mitunter *„ein bizarres Verhalten wie Grimassieren oder Erstarren. Sie*

scheinen sich in einem Konflikt zu befinden, in dem sie kein Verhaltensprogramm haben“ (Rauh, 1995, S. 243). Fonagy vergleicht das Verhalten bindungstraumatisierter Kinder mit Patienten mit dissoziativen Störungen. Durch die immense Konfliktspannung kann keine Übereinstimmung zwischen innerem und äußerem Erleben gefunden werden. Der einzige Ausweg bietet die Abspaltung des inneren Erlebens (Fonagy, Target, 2003, S. 44). Bisher bekannte Faktoren und Lebensereignisse, die diesen Bindungsstil begünstigen, sind auf Seiten des Kindes Misshandlungen, Vernachlässigung oder Neurologische Schädigungen. Auf Seiten der Mutter sind vor allem Bindungs- und Trennungstraumata, psychische Krankheiten und Drogenabhängigkeit zu nennen (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 158).

Wie kann ich nun heraus finden, ob ein Kind sicher oder unsicher gebunden ist? Der Fremde-Situations-Test nach Ainsworth und Wittig provoziert bei Kindern zwischen 12 und 24 Monaten Bindungsverhalten. Ausgangspunkt des empirischen Tests ist eine Situation, bei der die Mutter den Raum verlässt und nach einer gewissen Zeit wieder zurückkehrt. Das Verhalten der Kinder wird beobachtet. Sicher gebundene Kinder können von Fremden nicht getröstet werden und begrüßen ihre Mutter bei der Rückkehr intensiver und entspannen sich beim engen Kontakt in ihren Armen. Unsicher-vermeidende Bindungstypen ignorieren das Weggehen der Mutter und zeigen auch bei ihrem Wiedererscheinen keine besondere Reaktion. Sie widersetzen sich zwar nicht, aufgenommen zu werden, zeigen aber auch kein Anschmiegen an die Mutter. Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindung geben ihrem Kummer lautstark Ausdruck, wenn sie alleine gelassen werden. Wenn die Mutter zurückkehrt, reagieren sie sehr ambivalent. Es fällt ihnen schwer, Nähe zuzulassen und zu halten (Rauh, 1995, S. 242 f.).

Die Kanadierin Mary Ainsworth arbeitete unter anderem auch mit Bowlby zusammen. Sie gebrauchte den Begriff der *Feinfühligkeit* in der Bindung, die sie als wesentliche *Entwicklungsvoraussetzung für die Qualität der Bindungsbeziehung* ansah. Sie untersuchte die *Feinfühligkeit* oder *Sensitivität* der Mütter im Umgang mit ihrem Säugling im ersten

Lebensjahr (Rauh, 1995, S. 244). Von zentraler Bedeutung ist, dass der Säugling in der Interaktion mit der Mutter lernt, dass sie ihn versteht und auch bereit ist, auf ihn einzugehen (Bretherton, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 122). Kinder spüren sehr genau, wie feinfühlig die Mutter auf ihre Nöte eingeht. Beispielsweise versuchen diese Mütter ihre Kinder zu überreden oder „Stimmung zu machen“ anstatt zu drohen oder körperlich übergriffig zu werden. Von welchen Faktoren hängt es nun ab, ob eine Mutter die Fähigkeit besitzt, feinfühlig zu interagieren? Nebst der eigenen psychischen Verfassung zählen soziales Eingebettet-Sein, die Qualität der Beziehung zum Vater und die Hoffnung, die sie ins Kind setzt, zu den wesentlichen Bedingungen, damit eine Frau feinfühlig auf ihr Kind reagieren kann (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 124 f.).

Bettina Alberti, pränatale Psychotherapeutin aus Deutschland, bezieht sich in puncto „sicherer Bindung“ auf die *Resonanzfähigkeit* der Bindungsperson. Wie Seismographen überprüfen Kinder die *Resonanzfähigkeit* der Bezugsperson. Stimmt diese Resonanz (Antwort der Mutter) nicht mit dem tatsächlichen Gefühl des Kindes überein, kann es ebenfalls zu Störungen im Bindungsverhalten kommen. Das folgende Beispiel erklärt den Begriff *Resonanzfähigkeit* sehr anschaulich:

Ein Kind spielt im Sandkasten. Ein anderes Kind nimmt ihm seine Schaufel weg. Sofort beginnt das erste Kind zu weinen und zu brüllen. Die Mutter versucht es zu trösten – ohne Erfolg. Schließlich sagt sie zum Kind: „Du bist wohl zu müde. Du gehst besser ins Bett“ (Alberti, 2007, S. 53).

Stimmige Resonanz wäre ein Eingehen der Mutter auf die ärgerlichen und frustrierten Gefühle des Kindes, das sich somit in seinem Erleben als wirklich wahrgenommen empfindet. Die Art und Weise, wie wir Resonanz erlebt haben, prägt auch den Umgang mit uns selbst (Alberti, 2007, S. 54).

Fonagy und seine Forschungsmitarbeiter stellen das Konzept der Feinfühligkeit als ausschlaggebenden Faktor für eine sichere Bindung in Frage. Im Zentrum ihrer Forschungen stehen „*die metakognitiven Kompetenzen der Subjekte*“. Sie untersuchen die seelischen und geistigen Motivationen unseres Handelns und unserer zwischenmenschlichen

Beziehungen. Fonagy et al. vertreten die Auffassung, dass das Modell der *transgenerationellen Übermittlung von Bindungsqualitäten* von Mary Main mit einer hohen Qualität der mütterlichen metakognitiven Fähigkeit ausschlaggebend für Bindungssicherheit ist. Ihr Instrumentarium ist die Reflexive Kompetenz, die der Mutter ermöglicht, eine Vorstellung von den *Intentionen* des Kindes zu haben. Somit fühlt sich das Kind als psychisch eigenständige Entität (Bion, Winnicott, in: Fonagy, Target, 2003, S. 56) wahrgenommen und „*sieht sich von der Mutter als intentionales Wesen repräsentiert*“. Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson mit hoher Reflexiver Kompetenz „*fördert das Unterscheidungsvermögen zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit und ist die Basis für zwischenmenschliche Verständigung*“ (Fonagy, Target, 2003, S. 16 f.). So meinen die Autoren, dass metakognitive Fähigkeiten, gepaart mit einem kohärenten Verhalten der Mutter, zuverlässige Indikatoren für eine sichere Bindung sind.

Das Anerkennen der Mutter, dass das Kind eine eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Wünschen, Gedanken und Gefühlen besitzt, fördert die Selbstentwicklung des Kindes. Diese Fähigkeit der Mutter gibt dem Kind das Gefühl, sich mit sich selbst im Einklang zu fühlen. Stern nimmt an, dass ein Selbstempfinden bereits wesentlich früher existiert als die Sprach- und Selbstbewusstheit. In diesem Zusammenhang spricht er von einem „*auftauchenden Selbst*“ im Zeitraum der ersten acht Lebenswochen. Er beschreibt es als „invariantes Gewahrsein“, das nur bei Aktivitäten oder psychischen Vorgängen des Säuglings zum Vorschein kommt.

„Dieses organisierende, subjektive Erleben ist das präverbale, existentielle Pendant zu dem objektivierbaren, selbstreflexiven, verbalisierenden Selbst“ (Stern, 2003, S. 20).

Entwicklungspsychologische Theorien messen nach Stern dem frühen Erleben viel zu wenig Bedeutung bei. Schon gar nicht könne man in irgendeiner Phase des Säuglings von Autismus sprechen (Stern, 2003, S. 24). Somit grenzt sich Stern von der psychoanalytischen Auffassung bezüglich des Zeitpunktes der Entstehung des Selbst ab.

Die amerikanischen Kinderärzte und –psychologen Brazelton und Greenspan sehen auch in dieser frühen Phase ein „Auftauchen“ eines Selbstgefühls, dessen einzige Grundlage interpersonelle Beziehungen sind. Ohne eine Grenze zwischen eigenen und den Gefühlen, die von außen zurück kommen, kann kein Selbstgefühl entwickelt werden. Allerdings fehlt ohne Selbstgefühl die Fähigkeit zur Realitätsprüfung (Brazelton, Greenspan, 2002, S. 45).

Francoise Dolto, französische Kinderärztin und Psychoanalytikerin, vertrat die Überzeugung, dass Neugeborenen und sogar Frühgeborenen erklärt werden müsse, was mit ihnen während der Geburt und danach geschehen ist. In diesem Sinne spricht sie mit den Säuglingen über die Gründe der medizinischen Interventionen, die man an ihnen „verübt“ hat. Dolto sagt, dass der Mensch in Beziehungen zu anderen existiert und bereits im Mutterleib in der Kommunikation, dem Wesen der Sprache, lebt. Durch die Erklärung, was mit den Neugeborenen geschehen ist, fließen Angst, Kummer und Verunsicherung ab. Krankheit definiert sie als „*fehlgeleitete Kommunikation mit der Welt*“ in Form von Lebensschmerz (Dolto, Video).

4.2. Sichere Bindung - eine Form der Kriminalitätsprävention

Das Ansteigen der Kriminalitätsrate in den letzten Jahrzehnten wurde immer wieder in Zusammenhang mit soziostrukturellen Variablen, wie z. B. den Änderungen der Familienstruktur, gebracht. Diese gesellschaftliche Veränderung führt zu mehr verhaltensauffälligen Kindern, aber es finden sich keine Untersuchungen, die beweisen, dass soziostrukturelle Variablen direkt für den Anstieg der Kriminalität verantwortlich sind (Fonagy, Target, 2003, S. 276 f.). Eine sichere Bindung zu haben, ist bei weitem nicht nur ein „privates“ Problem. Eine Gesellschaft sollte alles nur erdenklich Mögliche für ihre Bevölkerung bereitstellen, damit optimale Voraussetzungen für Beziehungen mit sicherer Bindung eine Chance haben. In Längsschnittstudien in Deutschland und den USA konnte Folgendes bewiesen werden:

„Kinder, die als 1-jährige als sicher-gebunden klassifiziert wurden, finden sich im Kindergarten besser zurecht, sind kompetenter in konflikthafter Situationen mit Gleichaltrigen, zeigen weniger Feindseligkeit und insgesamt weniger Verhaltensprobleme“ (Rauh, 1995, S. 244).

Peter Fonagy erstellte klinische Studien über die „*Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen*“. Kriminalität kann als eine Phase der Entwicklung gesehen werden und stellt somit ein Entwicklungsproblem dar (Fonagy, Target, 2003, S. 13, S. 275).

Schon in den dreißiger Jahren waren Forscher davon beeindruckt, wie eindeutig die Relation zwischen untersuchten Personen mit hochgradig gestörten Mutter-Kind-Beziehungen und Kriminalität war. Zu den auffallenden Verhaltensweisen zählten zwanghaftes Stehlen, Gewalttätigkeit, Egoismus und sexuelles Fehlverhalten. Bowlby berichtet von einem typischen Fallbeispiel, das veranschaulicht, wie mangelhaft die Empathie und solidarische Handeln der Gesellschaft gegenüber ausgeprägt sind, wenn eine sichere Bindung hochgradig gestört ist:

Ein Mädchen von 8 Jahren wurde eineinhalb Jahre vor der Untersuchung adoptiert. Das Kind wurde unehelich geboren und von einem Verwandten zum anderen gegeben, bis es schließlich zur Adoption freigegeben wurde. Die Adoptivmutter beklagte nach einiger Zeit, dass sie das Gefühl habe, dass sie „einfach an das Kind nicht rankomme“, und dass es auch hinterhältig und ausweichend reagiere. Der Lehrer klagte über mangelnde Konzentration und über Gleichgültigkeit bei guter Intelligenz. Es schloss auch keine Freundschaften. Das Mädchen spreche nie über seine Gedanken und Gefühle und plappere nur an der Oberfläche. Ihm fehle das Mitgefühl für andere (und für sich selbst) und die Adoptiveltern vermissten Gefühlsreaktionen, wo es normal wäre. Eine lähmende Teilnahmslosigkeit an seiner Umwelt ließ alle Bezugspersonen in ihrer Beziehungsaufnahme zum Kind hoffnungslos zurück (Bowlby, 1995, S. 32 f.).

Dieses Mädchen war hochgradig in seiner seelischen Entwicklung gestört. Die Liebesfähigkeit war durch die fehlende frühkindliche Bindung dermaßen beeinträchtigt, dass selbst liebevolle Adoptiveltern diesen Mangel nicht kompensieren konnten. Grossmann und Grossmann verglichen mehrere Untersuchungen (Hassenstein, Matejcek, Trevarthen & Aitken) und berichten, dass zu lange Trennungen und zu häufig

wechselnde Betreuungspersonen das Risiko bergen, dass aus dem von Natur aus sozialen Säugling ein „*asozialer, unkooperativer, psychisch beeinträchtigter Mensch wird, der sich der Gesellschaft nicht verpflichtet fühlt*“ (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 104).

Im Forschungszentrum Primal Health Research Centre wurden Hunderte von Studien in einer Datenbank gespeichert, die Zusammenhänge zwischen der primären Periode von Individuen und ihrem späteren Gesundheitszustand und Verhalten untersuchen. Der Leiter des Zentrums, Michel Odent, spricht im Zusammenhang mit Liebesfähigkeit immer wieder von der Liebe zu sich selbst und den anderen. Hauptrisikofaktor für 18-Jährige ein Gewaltverbrechen zu verüben, ist eine Geburt mit Komplikationen in Verbindung mit einer frühen Trennung oder Ablehnung durch die Mutter (Odent, 2001, S. 33). John Bowlby geht sogar so weit, dass er meint, wenn Kinder bis drei Jahren keine Erfahrungen von sicherer Bindung machen konnten und in absolut instabilen Verhältnissen ohne konstante Bezugspersonen aufwuchsen, sei der seelische Schaden irreparabel. Das obige Fallbeispiel würde diese Annahme unterstützen.

In einer Beratungsstelle verglich Bowlby 44 Diebe mit einer Kontrollgruppe. Er stellte fest, dass „*bindungsunfähige Charaktere*“ fast immer Trennungen in der frühen Lebensgeschichte erfahren hatten. Nach zahlreichen anderen Untersuchungen resümierte er, „*dass die häufigste Ursache für die kriminelle Charakterentwicklung die langanhaltende Trennung des Kindes von der Mutter oder dem Mutterersatz während der ersten fünf Lebensjahre ist*“ (Bowlby, 1995, S. 32 f.). Weiters stellte er fest, dass es bei hochgradig vernachlässigten Kindern zu keiner Persönlichkeits- und Gewissensbildung kommt. Die Voraussetzung, selbständig und gewissenhaft denken zu können, ist abstraktes Denken. Kleine Kinder müssen allmählich lernen, ihre Bedürfnisse aufzuschieben, wenn es der Moment erfordert. Für sie sind alle Wünsche gleich und sie müssen alle sofort befriedigt werden. Ihr Verhalten ist impulsiv und ungesteuert und sie sind unfähig, weit gesteckte Ziele zu verfolgen. So könnte man auch schwer bindungsgestörte Kinder beschreiben, die zudem nicht aus ihren Erfahrungen lernen können. Für sie zählt nur der

Augenblick, oftmals koste es was es wolle (Bowlby, 1995, S. 56). Ebenso beschreibt Fonagy dissoziales Verhalten, das gerade an Schulen immer öfters beklagt wird. Das Tragische an diesem Verhalten ist, dass Erziehende weder durch Lob noch durch Strafe grundlegende Veränderungen bewirken können.

„Solche inneren Bindungsmodelle bleiben das ganze Leben lang relativ stabil“ (Collins und Read, in: Fonagy, Target, 2004, S. 280).

Dies zeigt meiner Meinung nach warum eine Gesellschaft eine hohe Verantwortung trägt und Institutionen bereitstellen muss, um gefährdete Kinder mit gestörten Bindungsmustern aufzufangen. Leider bleibt es sehr wahrscheinlich eine Illusion, dass gestörtes Bindungsverhalten gänzlich kompensiert werden kann. Allerdings glaube ich persönlich, dass gerade in der Arbeit mit schwangeren Frauen viel dazu beigetragen werden könnte, Aufklärung zu diesem Problem zu leisten und ein erweitertes Bewusstsein bei der einen oder anderen Person zu bewirken.

„(...) wie wir mit neugeborenen und speziell mit den fragilen frühgeborenen Kindern umgehen, reflektiert unser gesellschaftliches und unser wissenschaftliches Bild vom Kind sowie unsere Vorstellung von Pflege und Erziehung“, (Rauh, 1995, S. 200).

Auch Wilhelm Reich wies auf die Bedeutung des Umgangs mit Neugeborenen hin und betonte die Wichtigkeit des Wohlergehens von Neugeborenen im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung. Er schreibt:

„Das Interesse am Wohlergehen des Neugeborenen (...) wird sich als eine Macht von ungeheurem Ausmaß erweisen, stärker als alles, was der böse Mensch je zum Zwecke der Tötung des Lebens erfunden hat“ (Reich, in: Odent, 2001, S. 47).

Für Bowlby bedeuten Verbrechen eine Störung des Bindungssystems. Mangelnde Rücksichtnahme resultiert aus einer Bindungsunfähigkeit. Im Grunde besteht ein Bedürfnis, mit der anderen Person in emotional bedeutungsvollen Austausch zu treten anstatt sie anzugreifen. Allerdings ist dieser Wunsch entstellt (Bowlby, in: Fonagy, Target, 2003, S. 284).

Für die Statistik von Drogenabhängigen und Suizidopfern spielt es nach den Untersuchungen von Jacobson und Karin Nyberg eine große Rolle, wie sie geboren wurden. Jugendliche waren statistisch gefährdeter drogenabhängig zu werden, wenn ihre Mutter seinerzeit bei der Geburt Schmerzmittel aus der Familie der Opiate erhalten hatte. Geburtstraumen korrelierten mit verschiedenen Formen von Suiziden (Odent, 2001, S. 33 f.). Dass eine Gesellschaft in den Bereich Geburt und Bindung Achtsamkeit investiert, kann nicht genügend gefordert werden.

4.3. Bindung im peri- und postnatalen Bereich

4.3.1. Untersuchungen bei Säugetieren

Bereits in den Zwanziger Jahren untersuchte Marais bei sechzig halbwilden Kaffern-Schafen die Wirkung einer Betäubung während der Geburt. Alle sechs Muttertiere verweigerten die Lämmer anzunehmen und zu säugen. Damals gab es noch keine Untersuchungsmethoden, die erklären konnten, warum die Lämmer abgelehnt wurden (Odent, 2001, S. 18 f.). Der Mutterinstinkt schien erloschen. Spätere Versuche zeigten, wie Mutterschafe trotz Betäubung bei der Geburt zu instinktivem mütterlichem Verhalten bewegt werden können. Bei einer Gabe des körpereigenen Hormons Oxytozin nehmen die Schafe die Bindung und damit auch wieder die Versorgung der Jungen auf (Alberti, 2007, S. 152 f.). Bei Rhesusäffchen wurden die physiologischen Begleiterscheinungen bei Trennung untersucht. Als man die Äffchen der Mutter weg nahm, wurden sie sehr unruhig, suchten und riefen intensiv nach ihr. Am zweiten Tag ließ die Aktivität nach und am dritten Trennungstag verhielten sich die Jungen völlig passiv. Je ruhiger sie wurden, desto mehr erhöhte sich der Cortisolspiegel und desto vermindert wurde das Wachstumshormon Somatotropin ausgeschüttet (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 44).

1963 untersuchten Rosenblatt und Lehrmann Laboratoriumsratten, denen man unmittelbar nach der Geburt ihre Jungen wegnahm. Alle Rattenmütter zeigten schwere Verhaltensstörungen in Form von einer

gravierenden Vernachlässigung ihrer Jungen, die man ihnen nach vier Tagen wieder zurück gegeben hatte. Alle Jungen starben binnen fünf Tagen nach der Zusammenführung mit ihren Müttern. Von 1960 bis 1970 wurden Versuchsreihen an Ziegenmüttern durchgeführt, die eine viel frühere und stärker individualisierte Bindung zu ihren Jungen haben als Ratten. Lässt man Ziegenmütter wenigstens fünf Minuten im Kontakt mit ihrem neugeborenen Nachwuchs, nehmen sie die Jungen auch nach einer Trennung von drei Stunden wieder an. Allerdings konnte festgestellt werden, dass es langfristige Auswirkungen auf das Säugeverhalten gab, und zwar noch nach bis zu drei Monaten (Klaus, Kennell, 1987, S. 44 f.). Auch wenn Untersuchungen bei Säugetieren nicht eins zu eins auf den Menschen übertragen werden können, da im menschlichen Dasein kulturelle Aspekte, vorausschauendes Denken und Fühlen und spezifische Kommunikation die Bindung beeinflussen, so geben diese Ergebnisse doch wichtige Denkanstöße. Bei Primaten, Menschen und allen Affenarten hat die Natur kein *schnell ablaufendes Prägungsprogramm* eingerichtet. Grossmann und Grossmann meinen, dass Primaten lebenslange Bindungen entwickeln, die sich erst im Laufe der Säuglingszeit bilden (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 41). Dazu möchte ich auf die pränatale Literatur im 8. Kapitel verweisen, deren Autoren den Bindungsansatz bereits in der Schwangerschaft sehen.

Gerade das Verhalten beim Gebären sollte idealerweise an ein instinktives Handeln gebunden sein, so wie ich es im Kapitel 3. „Geburtsphysiologie“ dargestellt habe. Diese Experimente waren der erste Schritt, die gängige Praxis in den Geburtsstationen im klinischen Bereich zu überdenken.

4.3.2. Die Hypothese von Klaus und Kennell

*„Die entwicklungspsychologischen Theorien hingegen, die die frühe Kindheit darstellen, messen dem subjektiven sozialen Erleben zu wenig Bedeutung bei“
(Stern, 2003, S. 26).*

Vor einigen Jahren war es noch gang und gäbe, dass nach der Geburt die Mutter einen kurzen Identifikationskontakt mit dem Kind hatte und dieses

dann auf die Säuglingsstation gegeben wurde. Die Säuglingsschwester brachte die Neugeborenen den Müttern in Intervallen von vier Stunden für ca. eine halbe Stunde zum Füttern. Stillen wurde nicht ausgesprochen gefördert. Das Augenmerk lag vor allem darauf, dass die Mutter viel Ruhe und Erholung bekam. Dabei wurde nicht bedacht, dass unvermittelte und besonders längere Trennungen bei den Säuglingen eine Reihe von physiologischen Reaktionen und Stresssymptomen im Bereich Essen, Schlafen, Unruhe und Immunschwäche auslösen (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 75).

Nach den Erkenntnissen aus den Tierversuchen stellten Klaus und Kennell die Hypothese auf, dass es beim Menschen direkt nach der Geburt eine *sensible Periode* für die Mutter-Kind-Bindung gebe. Die Untersuchungsreihe wurde derart gestaltet, dass eine Gruppe von vierzehn Müttern direkt nach der Geburt ihr nacktes Neugeborenes während der ersten beiden Stunden nach der Entbindung für eine Stunde und sodann nochmals für fünf Stunden an jedem der drei ersten Lebenstage des Kindes ins Bett gegeben wurde. Mit der zweiten Gruppe von ebenfalls vierzehn Müttern wurde so verfahren, wie es in der Praxis üblich war (Klaus, Kennell, 1987, S. 84 f.). Um festzustellen, ob der vermehrte Mutter-Kind-Kontakt zu bestimmten Verhaltensveränderungen führte, wurden die Mütter nach 28 bis 32 Tagen wieder in die Klinik bestellt. Die Erhebungen erfolgten in Form eines standardisierten Interviews, einer Beobachtung der Mutter während einer ärztlichen Untersuchung und eines Filmdokumentes, wie jede Mutter ihren Säugling fütterte. Bei der Beobachtung der Gruppe mit vermehrtem Kontakt ergaben sich mehr En-face-Positionen und Liebkosungen. En-face-Position bedeutet, dass die Mutter das Baby so in den Händen hält, dass beider Augen einander genau gegenüber stehen.

Neugeborene sehen nur auf eine Entfernung von 20 cm scharf. Dies schützt sie vor Reizüberflutung und fokussiert sie auf die mütterliche Bezugsperson. Mütter halten ihr Neugeborenes intuitiv sehr nahe ans Gesicht. Beim Nähren verwenden Mütter ca. 70 % der Zeit, um ihrem Kind

ins Gesicht zu schauen. Babys blicken dabei hauptsächlich in die Augen der Mutter (Stern, 2000, S. 48).

„Von der Geburt an bis zum fünften Lebensmonat spielt es eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der kindlichen Affektrepräsentanzen, dass die Mutter von Angesicht zu Angesicht mit dem Kind in einen Austausch von Affektsignalen eintritt“ (Beebe, Lachmann und Jaffe; Tronick, in: Fonagy, Target, 2003, S. 37).

Dabei handelt es um einen schnell ablaufenden Prozess, bei dem die Mutter in Bruchteilen einer Sekunde das Verhalten des Babys antizipiert (Fonagy, Target, 2003, S.36). Diese Interaktionen wurden als „Schemata über die zu erwartende Reaktion des anderen“ von Daniel Stern, Entwicklungspsychologe und Psychoanalytiker, beschrieben. Maßgeblich für die Bildung von Schemata ist die Interaktion zwischen dem Kleinkind und dem Objekt und nicht das Objekt selbst (Stern, 2000, S. 120). Der Austausch von Affektsignalen ist von großer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes. Jeder Stufe kognitiver Entwicklung und motorischer Kontrolle geht eine frühere Stufe im Affektbereich voraus (Brazelton, Greenspan, 2002, S. 45).

Weiters konnten Klaus und Kennell in ihren Studien signifikante Unterschiede aufzeigen, wie sich die Mütter der Gruppe mit vermehrtem Kontakt bei der ärztlichen Untersuchung mehr um das Baby kümmerten, es beschwichtigten oder trösteten und direkt beim Untersuchungstisch standen. In Bezug auf das Fütterungsverhalten wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt (Klaus, Kennell, 1987, S. 86 ff.). Die Müttergruppen wurden nach einem Jahr nochmals untersucht. Die signifikanten Ergebnisse blieben konstant. Im Abstand von zwei Jahren nach der Entbindung wurde das Sprachverhalten untersucht. Die Mütter der Experimentalgruppe stellten doppelt so viele Fragen, sprachen in längeren Sätzen und verwendeten mehr Adjektive.

Im Abstand von fünf Jahren nach der Geburt wurden neun Kinder aus beiden Gruppen verglichen. Die Gruppe mit dem vermehrten Erstkontakt erzielte signifikant höhere Intelligenzquotienten und bessere Resultate in zwei Sprachtests.

„Diese Befunde lassen die These zu, dass bereits sechzehn Stunden zusätzlichen Kontakts innerhalb der ersten drei Lebensstage des Kindes das mütterliche Verhalten für die Dauer eines Jahres und möglicherweise darüber hinaus beeinflussen, und sie stützen unsere Hypothese einer für das Mutterverhalten wichtigen sensiblen Phase kurz nach der Entbindung“ (Klaus, Kennell, 1987, S. 92).

Säuglinge sind *ausgezeichnete* Realitätsprüfer, die in diesem Stadium niemals aus Gründen der Abwehr die Realität verzerren (Stern, 2003, S. 26). Genau diese Betrachtungsweise findet Françoise Dolto so bemerkenswert und betont, dass diese Form der Interaktion noch ohne sprachliche Codierungen erfolgt und deshalb ursprünglich ist (Dolto, Video).

Folgende Fragen stellen sich mir, nach diesen Untersuchungsergebnissen: Was geschieht, wenn der Frau während der Geburt Betäubungs- und/oder Schmerzmittel verabreicht wurden? Wie beeinflusst ein Kaiserschnitt die sensible Phase nach der Geburt? Welche Gegebenheiten braucht es im klinischen Bereich, um dieser sensiblen Phase Rechnung zu tragen?

4.3.3. Eine besondere Phase nach der Geburt

Klaus und Kennell waren also der festen Überzeugung, dass es eine sensible Phase direkt nach der Geburt gibt, die sich in dieser Auswirkung auf die Bindung zwischen Mutter und Kind nicht wiederholen lässt. Diese Auffassung teilt Michel Odent in seinem Buch „Es ist nicht egal, wie wir geboren werden – Risiko Kaiserschnitt“ (Odent, 2005, S. 47). Weiters stellt er einen Zusammenhang zwischen physiologischen Vorgängen und Störungen während der sensiblen Phase her:

„Ich bin überzeugt davon, dass die meisten postpartalen Blutungen und Komplikationen bei der Ausstoßung der Plazenta daher rühren, dass die Mutter zu einem Zeitpunkt abgelenkt ist, da sie mit nichts anderem beschäftigt sein sollte als damit, ihr Baby anzuschauen und seine Haut auf der eigenen zu spüren“ (Odent, 2002, S. 67).

Das direkte Spüren des Neugeborenen auf der Haut, das Anschmiegen des kleinen Körpers sind starke „Trigger“ für die Bindungsgefühle seitens der Mutter (Bruschweiler-Stern, 2007, S. 225, Uvnäs-Moberg, 2007, S. 201). Auf der psychologischen Ebene signalisiert das Baby, dass es genau diese Frau als Mutter auserwählt hat. Beim ersten Blickkontakt zwischen Mutter und Kind wird ein *Fluss von Liebesgefühlen* ausgelöst (Bruschweiler-Stern, 2007, S. 225). John Bowlby vergleicht den Prozess der Entstehung einer Bindung mit dem Sich-verlieben. Eine stabile Bindung ist gleichbedeutend mit einer Quelle psychischer Sicherheit (Bowlby, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 69). Auch Daniel Stern vergleicht die Metapher des Sich-Verliebens mit dem Bindungsaufbau von Mutter und Kind. Ihr Blickverhalten, ohne zu reden und sich einander anschauend, erreicht eine Intensität von 30 – 40 Sekunden. Eine gesteigerte Empathie dient als Erklärung, dass jede Mutter überzeugt ist, dass ihr Kind das schönste ist. Aber auch synchrone Bewegungen und eine Körpersprache, die ganz auf Nähe ausgerichtet ist, können beobachtet werden. Mutter und Kind erschaffen sich sozusagen eine eigene Welt. Beispielsweise versteht nur die Mutter die ersten Worte des Kindes. *„Wahrscheinlich gibt es auch eine Verschiebung im Hinblick auf Selbstlosigkeit“* (Stern, 2007, S. 214 ff.).

Welche Kriterien fielen nun Klaus und Kennell bei der Beobachtung von Mutter und Kind auf? Wolff beschrieb als erster sechs verschiedene Bewusstseinsstadien von Neugeborenen mit den Extremen des tiefen Schlafs einerseits und des Schreiens andererseits (Wolff, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 101). Die vierte Phase nennt er *„den Zustand der ruhigen Aufmerksamkeit“*. In diesem Zustand sind die Augen des Neugeborenen weit geöffnet und es erlebt seine Umwelt auf seine Art und Weise. Säuglinge scheinen ein angeborenes Verhalten zu haben, das Stern „amodale Wahrnehmung“ nennt. Vieles spricht dafür, dass Neugeborene eine „globale“ Wahrnehmung zur Verfügung haben und damit alle Bereiche menschlichen Ausdrucks erkennen. Dabei handelt es sich wahrscheinlich um eine Enkodierung in amodale Repräsentationen, die dann in jedem Sinnesmodus wiedererkannt werden

können (Stern, 2003, S. 80). Der Zustand der „ruhigen Aufmerksamkeit“ kann auch nur sekundenlang auftreten. Nur direkt nach der Geburt gibt es eine außergewöhnlich lange Phase von 45-60 Minuten, in denen das Kind vollkommen offen seine Umwelt wahr nimmt (Desmond, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 101). In Anlehnung an Wolff schreibt Stern von einer Phase der *wachen Inaktivität*, in der das Neugeborene äußere Vorgänge in sich aufnimmt. Diese Momente bezeichnet er als Zeit-„Fenster“, in denen den Säuglingen *„Fragen gestellt und aus ihren Aktivitäten Antworten abgelesen werden können“* (Stern, 2003, S. 63). Untersuchungsreihen haben gezeigt, dass das Neugeborene auf das menschliche Gesicht programmiert ist und die Augen fixiert (Brazelton, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 109). Das menschliche Auge in seiner Beschaffenheit und seiner Vielfalt übt sozusagen eine magische Anziehungskraft auf die Babys aus. Hellgard Rauh kommentiert die Untersuchungen von Klaus und Kennell, die besagen, dass diese lange Wachheitsphase nach der Geburt eine psychobiologische Bedeutung hat. Diese Phase dient dazu, dass Mutter und Vater eine tiefe emotionale Bindung an das Kind entwickeln und fürsorgliches elterliches Pflegeverhalten aktivieren, das als „bonding“ bezeichnet wird (Rauh, 1995, S. 183).

Körperliche Nähe ist für das Wohlergehen von Neugeborenen unabdingbar. Forschungen von Brazelton an Neugeborenen zeigten, dass Säuglinge sich der menschlichen Stimme und des Körperkontaktes bedienen, um den Zustand der wachen Aufmerksamkeit wieder herzustellen, der ihnen hilft, sich selbst unter Kontrolle halten zu können (Brazelton, Greenspan, 2002, S. 33).

Kerstin Uvnäs-Moberg bekräftigt mit ihren neurobiologischen Forschungsergebnissen eine „frühe sensible Phase“:

„Die postpartale Periode ist einzigartig in dem Sinne, dass nicht nur der Oxytozinspiegel, sondern auch Östrogen- und Progesteronspiegel hoch sind. Zudem werden die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- (HPA) Achse, das sympathische Nervensystem und zentrale Noradrenalin- sowie Adrenalin-Systeme stark aktiviert. Unter diesen Bedingungen können die vom

Oxytozin erzeugten und mit ihm verbundenen Mechanismen extrem verstärkt werden und lang anhalten“ (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 184).

Zum Konzept der sensiblen Phase ergänzt Stern, dass diese Periode nicht nur sukzessiv sondern auch von simultanen Bereichen des Selbsterlebens geprägt ist. Für den neuen Menschen beginnt gerade ein Selbstempfinden „aufzutauchen“. Das Neugeborene lernt zielstrebig und Stück für Stück kommt es zu einer *Integration von Netzwerken*. Jede Erfahrung wird zu einer bereits gemachten Erfahrung in Beziehung gesetzt, sei es ein Affekt, Wahrnehmungen, sensomotorische Vorgänge oder andere kognitive Prozesse (Stern, 2003, S. 49 f.).

Natürlich spielt das Berühren des Kindes am besten im direkten Hautkontakt eine wesentliche Rolle in der Beziehungsaufnahme. „Diese Erfahrung „von Haut zu Haut“ ist wie der *Schlusspunkt der Entbindung*“ (Bruschweiler-Stern, 2007, S. 222). Wenn das Neugeborene der Mutter nackt auf die Haut gelegt wird, zeigt es ein spontanes Verhalten, indem es sich zur Brust bewegt und zu saugen beginnt. Bereits die ersten Interaktionen zwischen Mutter und Kind helfen den Geburtsstress abzubauen. Cortisolspiegel und Blutdruck sinken und es kommt zu einer deutlichen Beruhigung von beiden. Beispielsweise hören die Babys auf zu weinen, bekommen warme Füße und signalisieren damit Geborgenheit und Wohlbefinden (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 194).

Zuerst berühren Mütter ihren Nachwuchs mit den Fingerspitzen an den Armen und Beinen. Es scheint so, als ob sie mit zunehmendem Selbstvertrauen den Säugling mit der ganzen Handfläche streicheln und den Rumpf umschließen. Diese Berührungsform, nämlich mit der ganzen Handfläche, wird auch in körperorientierten Therapieformen angewandt, um Sicherheit zu vermitteln.

Mütter wenden sich an ihre Neugeborenen in einer höheren Tonlage als an andere Personen. Das sensible Hörempfinden des Kindes auf die weibliche, höher frequente Stimmlage wird somit angenehm angeregt. Die Art wie Mütter mit ihren Babys sprechen, beeinflusst die Bindungsqualität. Die meisten sicher gebundenen Kinder hatten Mütter mit einem

behutsamen Redestil (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 167). Dem Neugeborenen klingt die Stimme der Mutter besonders vertraut. Es erwacht aus seiner Schläfrigkeit, wendet seinen Kopf, bis es den Blickkontakt der Mutter findet (Bruschweiler-Stern, 2007, S. 221). Die Interaktionen zwischen Mutter und Kind sind mannigfaltig. Nicht nur die Mutter beeinflusst das Kind, sondern auch das Kind die Mutter. Ansatzweise kann der Säugling auch die Gefühle und Absichten der Mutter erkennen (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 102). Natürliche rhythmische Sprache erzeugt bei den Neugeborenen synchrone Bewegungen, die die Mutter wiederum bestätigen und veranlassen weiterzusprechen. Rhythmus hat das Baby schon im Mutterleib auf verschiedene Weise erfahren. Seine vorgeburtliche Umgebung war akustisch von rhythmischem Herzklopfen geprägt. Durch die Mutter erfuhr es auch den Tag- und Nachtrhythmus oder bestimmte hormonelle Veränderungen des mütterlichen Organismus. Man kann sich vorstellen, wie beruhigend es auf das Neugeborene wirkt, wenn es bei seiner Ankunft in der vollkommen unbekanntem Welt ein bekanntes Herzklopfen wiedererkennen kann.

Die Natur hat ein ausgeklügeltes System zum Schutz der Neugeborenen erfunden. In der Kolostralmilch ist ein reiches Arsenal von Antikörpern, Immunglobulin A sowie T- und B-Lymphozyten in hoher Konzentration enthalten. Die bakterielle Nasalflora wird von der Mutter direkt nach der Geburt, wenn es zu keiner Trennung kommt, an den Säugling weitergegeben, die von den Atemwegen in den Magen-Darm-Trakt wandert und das Neugeborene vor den in der Klinik vorhandenen Staphylokokkenstämmen bewahrt (Klaus und Kennell, 1987, S. 109 ff.).

Klaus und Kennell (1987, S. 33 f.) beschreiben in ihren 7 Thesen grundlegende Momente des Prozesses der Mutter-Kind-Bindung:

1. Es gibt eine auf Stunden begrenzte sensible Phase direkt nach der Geburt, die für eine optimale Entwicklung erforderlich ist, in der Mutter bzw. der Vater engen körperlichen Kontakt zum Kind halten.

2. Es scheint beim Menschen artspezifische Reaktionen zu geben, die auftreten, wenn sie zum ersten Mal in Kontakt zu ihrem Säugling treten.
3. Der Prozess der Bindung ist so strukturiert, dass Mütter und Väter niemals zu mehr als einem Säugling gleichzeitig eine optimale Bindung entwickeln können.
4. Während sich die Bindung der Mutter zu ihrem Säugling entwickelt, ist es erforderlich, dass das Kind mit irgendwelchen Signalen auf die Mutter reagiert.
5. Bei Menschen, die den Geburtsvorgang miterleben, entsteht eine starke Bindung zum Säugling.
6. Manchen Erwachsenen fällt es schwer, gleichzeitig zwei entgegengesetzte Bindungsprozesse durchzumachen, das heißt, eine Bindung an eine Person aufzubauen, während zugleich der drohende oder reale Verlust derselben oder einer anderen Person betrauert wird.
7. Manche Ereignisse der ersten Lebensphase haben langfristig wirksame Folgen. Befürchtungen über das Wohlergehen des Säuglings, bei dem sich am ersten Tag eine vorübergehende Störung zeigt, können zu überdauernden Besorgnissen führen und die Entwicklung des Kindes nachteilig beeinflussen.

Die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung ist der wichtigste Prozess der postpartalen Phase. Die klinischen Störungen der Mutter-Kind-Beziehung treten häufiger auf als Wochenbettpsychosen und wurden bisher zu wenig beachtet. Es gibt zwei Manifestationen nebst einem weiten Spektrum:

- Mangel an Einfühlsamkeit, Mangel an Gefühlen für das Baby, Entfremdung („Dies ist nicht mein Baby“). Wenn diese Gefühlskälte stark ausgeprägt ist, führt sie zu Feindseligkeit, Hass und Ablehnung des Kindes.

- Starke negative Emotionen wie Ärger und Wut, die dazu führen, dass die Mutter außer sich gerät, schreit und flucht und das Kind misshandelt.

Zeichen von Ablehnung sind, dass die Frauen die Schwangerschaft bereuen, die Vorstellung, sich besser zu fühlen, wenn das Baby nicht bei ihnen ist, Fluchtversuche der Mutter, der Wunsch, dass jemand anderer für das Kind sorgen sollte, der Wunsch (versteckt oder offen) nach Diebstahl des Kindes, oder dass das Kind durch plötzlichen Kindstod sterben würde (Klier et al., 2001, S. 15).

Bereits im Säuglingsalter kristallisieren sich Bindungskategorien heraus. Sicher gebundene Säuglinge erforschen ihre Umwelt in Anwesenheit der Bezugsperson und werden bei Fremden ängstlich und unglücklich. Nach einer kurzen Trennung suchen sie schnell wieder Kontakt zur primären Bezugsperson. Unsicher-vermeidende Säuglinge überregulieren ihre Gefühle und vermeiden Situationen, die emotional erregend sein könnten. Die dritte Bindungskategorie der ambivalent-unsicheren Babys untersteuern ihre Affekte. Sie tun alles, um im Kontakt mit der Bezugsperson zu bleiben. Haben sie das erreicht, sind sie trotzdem frustriert. Missbrauch und Vernachlässigung gelten fast immer als Ursachen für desorganisierte Säuglinge. Die Bezugsperson bedeutet für sie Sicherheit und Angst in einem, was zu starken Konfliktspannungen im Kind führt (Fonagy, Target, 2003, S. 278). Die Art der Bindungsmuster im Säuglingsalter hat weitreichende Konsequenzen:

„Jegliches Lernen und schöpferisches Tun nimmt seinen Ausgang im Bereich der auftauchenden Bezogenheit. Nur dieser Teil hat an der Herausbildung von Organisation, die den Kern des Schaffens und Lernens bildet, teil“ (Stern, 2003, S. 103).

4.3.4. Bonding

„Geboren wird nicht nur das Kind durch die Mutter, sondern auch die Mutter durch das Kind.“ Gertrud von Le Fort 1876 - 1971

Der Begriff Bonding ist ein englischer Fachausdruck und wird in vielfältiger Weise verwendet um Situationen zu beschreiben, in denen eine physische oder psychische Verbindung – Bindung - zwischen Menschen oder Gegenständen hergestellt wird (<http://de.wikipedia.org/wiki/bonding>) (12.7.2009). Nadia Bruscheiler-Stern bezeichnet die wesentlichen Augenblicke nach der Geburt als „*Momente der Begegnung nach der Geburt*“, die beide Seiten, sowohl Kind als auch Mutter und Vater in einen anderen Zustand versetzen (Bruscheiler-Stern, 2007, S. 220). Bowlby nennt die Theorie der Annahme von „sensiblen Phasen“ und einer „kritischen Periode“, nebst psychologischer Lerntheorie und der Psychoanalyse, eine der wichtigsten Theorien hinsichtlich seelischer Entwicklung. Dabei handelt es sich um Annahmen, die sich zuallererst auf Untersuchungen aus dem Tierreich stützen. Im Laufe der Entwicklung treten Phasen auf, die bestimmte Umweltbedingungen brauchen, um optimal abzulaufen. Fehlen diese Gegebenheiten, kann die Entwicklung nicht nur verzögert werden, sondern lässt sich auch nicht durch spätere Stimuli aktivieren (Bowlby, 1995, S. 202 f.). Klaus und Kennel nahmen an, dass für das Bonding eine *spezifische, zeitbegrenzte, hormonelle Bereitschaft* seitens der Mutter vorhanden ist. Hier stellt sich zwangsweise die Frage, ob der Mensch auch einem Prägungsprozess unterliegt, so wie dies Konrad Lorenz bei seinen Graugänsen nachgewiesen hat. Bisherige wissenschaftliche Befunde stützen zwar nicht diese Vermutungen, haben jedoch erheblichen Einfluss auf die übliche Praxis auf Geburtsstationen (Rauh, 1995, S. 183).

Aus meiner eigenen Erfahrung kenne ich das Thema Bonding von den Geburten meiner zwei Kinder.

Bei der Geburt meines Sohnes Aaron im Jahr 2002 wusste ich nur, dass das Kind nach der Geburt der Mutter auf den Bauch gelegt wird. Als Aaron geboren war, wurde mir das Baby auch gleich auf die nackte Haut gelegt. Allerdings wartete ein Arzt schon darauf, den Scheidenriss nähen zu können. Ich schätze, dass ich meinen Neugeborenen ungefähr zehn Minuten bei mir gehabt habe, bevor er eingewickelt und dem Vater übergeben wurde. In der Geburtsvorbereitung auf mein zweites Kind im Jahr 2007 kam das Thema Bonding wieder zur Sprache. Die Hebamme erweiterte meine Kenntnisse und betonte, dass auch die Männer das Neugeborene nackt auf die Brust legen sollten, um

einen Bondingeffekt mit dem Vater zu erzielen. Sophias Geburt war diesbezüglich ein optimaler Fall, denn ich konnte mir nach der Geburt viel Zeit lassen, sie nackt auf meiner Haut zu spüren und sie zu streicheln. Erstens hatte ich eine Hebammengeburt, d. h. ich entband ohne Arzt und nur mit der Hebamme, was eine sehr vertraute Atmosphäre bewirkte und zweitens war kein Arzt zu finden, der mir meinen verletzten Damm genäht hätte. Dies war allerdings unser Glück, weswegen wir ungefähr eine dreiviertel Stunde ganz ungestört unsere neugeborene Tochter genießen konnten. Mein Lebensgefährte nahm unser Baby nach einer halben Stunde zu sich auf die Brust und genoss es sichtlich sehr, so viel Nähe mit ihr zu spüren. Bei der zweiten Geburt hatte ich keinerlei Medikamente erhalten und nach der Geburt Sophias überkam mich eine derartige Kraft und Wachheit, dass ich ziemlich gleich nach der Ausstoßung der Plazenta meine kleine Tochter zu mir nahm, und ohne Hilfe vom Gebärhocker zum nebenstehenden Bett ging, und mich dort mit ihr hinlegte. Die Hebamme und mein Lebensgefährte blickten mich sehr erstaunt an. Nach vier Stunden verließen wir das Krankenhaus: Ich mit meinem vierjährigen Sohn an der Hand und mein Lebensgefährte mit unserer kleinen Tochter im tragbaren Kindersitz. Das Gefühl, mit dem ich durch den Krankenhausgang schritt, war unvergleichlich. Ein immenses Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, gekoppelt mit einer Gewissheit, dass ich diesem Baby alles geben kann, was es braucht, bereit es wie eine Löwin zu verteidigen, begleitete uns nach Hause.

1989 überprüfte Gomes-Pedro in Lissabon die Ergebnisse von Klaus und Kennell. Dabei nahmen 60 Erstgebärende aus der unteren Mittelschicht an der Untersuchung teil. Alle erhielten ihr Baby ab der 6. Stunde nach der Geburt in ihr Zimmer. Nach Zufall ausgewählt erhielt eine Hälfte der Mütter ihr Neugeborenes gleich nach der Geburt nackt auf die Brust bzw. in den Arm gelegt. Ab dem dritten bis zum 28. Tag waren die Mütter mit Erstkontakt sensibler und herzlicher beim Füttern. Die Auswirkungen bei den Babys mit Erstkontakt wurden zunehmend sichtbar, weil sie ein aktiveres Selbstberuhigungsverhalten (Hand-Mund-Kontakt) zur Verfügung hatten und ab dem 28. Tag mehr waches Interesse an ihrer Umwelt zeigten. Später waren sie ebenfalls leichter zu beruhigen (Rauh, 1995, S. 184).

Dank den Untersuchungen von Klaus und Kennell haben sich Geburtsstationen verändert. Bemerkungen wie, „Das ist ja eh nur eine kurze Zeit auf die ganze Lebensspanne gerechnet“, können nicht länger unkritisch hingenommen werden. Die Autoren formulieren folgende Gesetzmäßigkeit:

„Frühe Ereignisse zeigen langanhaltende Wirkungen. Befürchtungen, die eine Mutter in den ersten paar Tagen nach der Geburt hinsichtlich ihres Kindes hegt, können, selbst wenn das Problem sich leicht beseitigen lässt, ihre Beziehung zum Kind noch lange Zeit beeinflussen“ (Rauh, 1995, S. 184).

Erfolgen zu einem frühen Zeitpunkt Ereignisse, die auf die Anfangsphase der psychologischen und neurologischen Prozesse Einfluss nehmen, zeigen diese stärkere Auswirkungen und sind schwerer rückgängig zu machen als spätere (Stern, 2003, S. 55 f.). Außerdem bildet sich von Anfang an ein Selbstempfinden, das während des ganzen weiteren Lebens aktiv bleiben wird (Stern, 2003, S. 61).

Die Untersuchungen zeigen weiter, dass bei einer Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt die Mütter mit sichtlichem Zögern und Ungeschick ihre fürsorglichen Aufgaben angehen. Das Erlebnis von Trennung behindert den Aufbau von Vertrauen und dem Gefühl der Kompetenz, was in der Folge auch die Empathie der Mutter für das Kind vermindert (Schleske, 2007, S. 28). Dies führte so weit, dass bei Frühgeburten eine erhöhte Anzahl von misshandelten Kindern beobachtet wurde. Mittlerweile werden die Eltern Gott sei Dank intensiv in die Pflege der Frühgeborenen auf der Station einbezogen, damit Bindungsaufbau von Anfang an ermöglicht wird. Man kann entsetzt fragen, wie so etwas möglich ist, dass Mütter diese Trennung nicht vollständig kompensieren können? Fuhrmann gibt dazu folgenden Kommentar aus psychoanalytischer Sicht: Die Mutter erlebt in der Schwangerschaft das Ungeborene als Teil ihrer selbst und besetzt es mit narzisstischer Liebe. Die Entbindung stellt einen Teilverlust des eigenen Selbst auf körperlicher und seelischer Ebene dar.

„Wenn die Mutter unmittelbar und kontinuierlich die Möglichkeit hat, den Säugling zu halten und zu bemuttern, kann sie mit ihm verschmelzen, d. h. die körperliche Einheit mit ihm wiederherstellen und ihre narzisstische Liebe von dem „inneren“ auf den „äußeren“ Säugling übertragen“ (Fuhrmann, in: Klaus, Kennell, 1995, S. 82).

Wenn diese Verschmelzung unmittelbar nach der Geburt gestört wird, findet diese Übertragung nicht oder nur beeinträchtigt statt, und die Mutter

muss sich von jenem Teil des Selbst distanzieren. Es kommt zu einem trauerähnlichen Prozess. Gut funktionierende, bedingungslose Mutterliebe beruht darauf, dass die Mutter ihr Kind mit narzisstischer Liebe besetzt.

„Indem sie es liebt, liebt sie einen Teil von sich selbst. Läuft dieser Prozess schief, so wird sie den Säugling wahrscheinlich wie ein fremdes Wesen behandeln oder ihn sogar misshandeln, weil seine Forderungen ihr bei der Erfüllung der eigenen Bedürfnisse in die Quere kommen“ (Fuhrmann, in: Klaus, Kennell, 1995, S. 82).

David Chamberlain, ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der pränatalen Psychologie, entdeckte bei seiner Arbeit mit Hypnose, dass seinen Patienten immer wieder Erinnerungen an die Geburt ins Bewusstsein gelangten. Ich werde an späterer Stelle vor- und geburtliche Erinnerungen noch genauer abhandeln. Als Abrundung vielleicht noch eine Geburtserinnerung aus der Sicht eines Babys namens Anita:

„Da sind Lampen, grelle Lampen. Und ein Mann mit einer Maske und einer komischen Mütze auf dem Kopf. Er hat Handschuhe an; sie fühlen sich merkwürdig an. Die Lampen sind zu grell für meine Augen. Ich rudere mit den Armen. Jetzt sind meine Beine draußen und ich weine. Sie reichten mich jemandem, einer Frau. Es ist kalt. Die Umgebung ist so neu, dass ich ganz verängstigt bin. Ich kann meine Mutter nicht hören. Ich kann meine Mutter nicht spüren, das jagt mir Angst ein. Dann spürte ich meine Mutter. Nicht wie vorher, aber sie war es – nur einen Augenblick. Dann nahmen sie mich weg. Ich wurde in einen Raum gebracht und hingelegt. Die Lampen waren sehr, sehr grell. Sie machten mich sauber, wischten mich ab... Dann legten sie mich in etwas wie ein Bett. Vorher legten sie mich auf eine Waage, die war wirklich kalt. Ich schrie, aber sie nahmen keine Notiz davon. Sie machten ihre Arbeit... Ich war ganz bestürzt darüber, was da passierte! Ich fand die Leute gemein. Ich wollte zu meiner Mutter. Ich kann sie nicht sehen. Sie haben mich alleine gelassen...“ (Chamberlain, 1990, S. 182 f.).

Wie auch bei anderen gefühlsorientierten Therapien geht es nicht um sachliche Formulierungen von Geburtsbeschreibungen sondern eher um Geburtsberichte mit tiefen Gefühlseindrücken, die mit Hilfe der Hypnosetechniken Geburtsberichte in „erwachsener Sprache“ zu Tage fördern (Chamberlain, 1990, S. 147). Somit handelt es sich wahrscheinlich eher um eine „Übersetzung“ aus dem nonverbalen, taktilen

Erfahrungsbereich eines Neugeborenen. Die statistische Auswertung der experimentellen Anordnung Chamberlains liegt in ihrer Übereinstimmung bei 90 %. Ludwig Janus, führender Pränatalpsychologe aus Deutschland, bedauert, dass die Geburtsberichte die *Stückhaftigkeit* und die *Mühseligkeit* der Wiedergabe der Geburtserinnerungen in der hypnotischen Regression aus stilistischen Gründen nicht weiter gegeben haben. „*Darunter leiden Glaubwürdigkeit und Authentizität*“ (Janus, 1997, S. 84). Nach vielen Forschungsberichten begann eine neue Entwicklung der Geburtspraxis. Man erkannte, wie wesentlich der direkte Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt und im Wochenbett ist. Deshalb wurde das System des „Rooming-in“ auf den Wochenstationen eingeführt.

4.3.4. Rooming-in

Warum wurden Neugeborene ohne Bedenken in diesem Jahrhundert im klinischen Bereich von ihren Müttern getrennt? War es eventuell die Auffassung Sigmund Freuds (1920), dass Säuglinge einen „*Reizschutz*“ gegen äußere Einflüsse hätten, damit sie Reize von anderen Menschen nicht aufnehmen und verarbeiten müssten, oder war es die Ansicht Mahlers, Pines und Bergmanns (1975), Säuglinge befänden sich in einem Zustand eines „*normalen Autismus*“ (Stern, 2003, S. 69 f.), die diese Geburtspraxis legitimierte?

Nicht ohne Grund betitelte Stern eines seiner Kapitel in „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ mit „Beobachtung während der ersten Lebensmonate: eine Revolution in der Säuglingsforschung“. Mit seiner Annahme, dass bereits von Anfang an das Baby ein Selbstempfinden entwickelt, nämlich im „*aufauchenden Selbst*“ (Stern, 2003, S. 62) war es die logische Konsequenz, Mutter und Kind als Einheit zusammen zu lassen. Der Säugling ist hungrig nach Interaktion! In der frühen neuronalen Entwicklung geht es um eine gemeinsame „*Organisation Mutter-Kind*“ (Murray, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 103). Die Antworten des

Neugeborenen können in den Aktionen Saugen, Kopfwenden und Blicken entschlüsselt werden (Stern, 2003, S. 63).

Rooming-in bedeutet, dass zumindest den ganzen Tag das Neugeborene in einem Kinderbettchen direkt neben seiner Mutter untergebracht ist. Untersuchungen zu den Auswirkungen auf die Rooming-in Situation wurden in den USA schon 1951 von McBryde durchgeführt und ergaben, dass die Zahl der stillenden Mütter zunahm und die Anzahl der Telefonanrufe ängstlicher Mütter abnahm. Zwanzig Jahre später testete Greenberg in Schweden eine Gruppe von Müttern mit Rooming-in. Diese Mütter fühlten sich einerseits zuversichtlicher und kompetenter, ihr Neugeborenes zu versorgen und reagierten sensibler auf das Schreien ihres Säuglings als die Gruppe der Mütter ohne Rooming-in (Klaus, Kennell, 1987, S. 83). Auch kann beobachtet werden, dass Mütter, die ihr Baby fast immer direkt neben sich haben, entspannter, weniger depressiv und sicherer im Stillen sind.

„Normale Bemutterung reguliert also den gesamten Säugling von seinem Verhalten bis zu seinem Herzschlag“ (Polan und Hofer, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 43).

Rooming-in Mütter haben deshalb auch weniger Stillprobleme. Vorteile des Rooming-in wurden wie folgt in einer Still-Broschüre angegeben:

- Es herrscht eine entspannte Atmosphäre. Stillfähigkeit,-frequenz und-dauer sind eindeutig besser.
- Bonding und Stillen werden gefördert.
- Die Mutter ist beruhigt, weil es ihrem Baby gut geht und es sich gut entwickelt.
- Förderung der Milchbildung.
- Durch häufigeres Anlegen:
 - # mehr Kolostrum
 - # mehr Immunstoffe
 - # erhöhter Infektionsschutz
 - # Milcheinschuss kommt früher und weniger heftig

weniger Milchstau und Brustentzündungen

Förderung der Rückbildung der Gebärmutter und dadurch weniger starke Blutungen

- Babys weinen weniger und sind ruhiger durch mehr Geborgenheit durch die Nähe der Mutter.
- Stabilisierung der Körpertemperatur des Kindes.
- Mutter und Kind lernen einander besser kennen.
- Mütter werden sicherer beim Stillen.
- Die Eltern fühlen sich bei der Versorgung des Babys nach dem Krankenhausaufenthalt sicherer.
- Mütter stillen länger nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (Leitfaden – Stillen 2003, Med Media, Verlag für Gesundheit, Medizin und Soziales).

Grossmann und Grossmann untersuchten die Orientierungsreaktionen der Neugeborenen und fanden heraus, dass der vermehrte Kontakt zwischen Mutter und Kind durch Rooming-in und Frühkontakt eine signifikant bessere Orientierungsfähigkeit bei den Neugeborenen mit sich brachte (Grossmann, Grossmann, 2004, S. 113).

Vermutlich wird das Rooming-in positive Langzeiteffekte bezüglich der späteren Mutter-Kind-Interaktionen zeigen (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 196). Glücklicherweise wurde vor einigen Jahren Rooming-in zumindest tagsüber in allen Krankenhäusern Vorarlbergs eingeführt.

4.3.5. Medikamente während der Geburt und Bonding

Nun scheint es, dass ein waches Bewusstsein von Mutter und Kind ein wesentlicher Faktor für ein optimales Bonding darstellt. Odent betont, dass gerade mit der letzten Presswehe Adrenalin ausgestoßen wird, sodass sich Mutter und Kind mit einer klaren Wachheit begegnen können. Was geschieht nun, wenn Betäubungsmittel der Mutter während der Wehen verabreicht werden, die auch noch in die nachgeburtliche Phase hinein wirken? Jeder medizinische Eingriff, welcher die Übertragung von Nervenimpulsen unterdrückt und so zu Problemen der Berührung und des Saugens und deshalb zu verminderter Freisetzung von Oxytozin führt, kann den frühen Anpassungsleistungen entgegen wirken (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 203). Die Vermeidung des Einsatzes von Medikamenten überhaupt bei der Geburt könnte ein Hauptziel sein, da sich die Wissenschaft mehr und mehr dessen bewusst wird, wie schädigend Medikamente langfristig auf Mutter und Kind wirken (Odent, 1992, S. 119).

Die Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) wurde von Terry Brazelton, Kinderarzt und –psychologe aus den USA, in den achziger Jahren als umfassendes psychologisches Testverfahren für Neugeborene entwickelt. Die Reaktionen auf Berührung, Geräusche, visuelle Reize und die Koordination von Bewegungen sowie die Selbstregulation können mit Hilfe dieser Skala bewertet werden. Forschungen zeigen, dass Neugeborene sehr aufmerksam gegenüber visuellen und akustischen Stimuli reagieren. Das Verhalten des Neugeborenen lässt erkennen, ob es pränatal durch Giftstoffe oder durch Mangelernährung beeinträchtigt wurde (Brazelton, 2002, S. 149). Gesunde Neugeborene werden im Laufe der Untersuchung munterer und ihre Bewegungen werden weicher und kraftvoller. Fragile Neugeborene können mit Destabilisierung der Motorik bis zu stockendem Atem, zumindest aber mit sichtbarer Erschöpfung reagieren (Rauh, 1995, S. 195 ff.). In den Befunden des NBAS wurde unter anderem herausgefunden, dass sich Betäubungsmittel während der Geburt noch bis zu vier Wochen später sich in Einschränkungen des Orientierungsverhaltens niederschlagen. Frühgeborene Kinder sind nach

solchen medikamentösen Einwirkungen weniger stabil im motorischen und im Aufmerksamkeitssystem.

„Solche Einflüsse auf das Verhalten des Neugeborenen können die beginnende Interaktion seiner Eltern mit ihm erheblich beeinflussen, wenn nicht sogar erschweren“ (Rauh, 1995, S. 195 ff.).

Untersuchungen, bei denen auch Risiko-Schwangerschaften mit einbezogen wurden, zeigten deutliche Einflüsse auf das Orientierungsverhalten und die Erregbarkeit der Neugeborenen, wenn Medikamente während der Geburt verabreicht wurden (Brazelton, in: Grossmann, Grossmann, 2004, S. 112).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine ungestörte harmonische Atmosphäre und ein natürlicher Geburtsverlauf ohne medikamentöse Intervention für den Bindungsaufbau von großem Vorteil ist.

5. Das Wohlbefinden der Gebärenden

5.1. Die Würde einer gebärenden Frau

Die Geburt war seit jeher Frauensache und Frauenkompetenz. Mit dem Beginn des letzten Jahrhunderts wanderte das Geburtsgeschehen vom eigenen Heim in die Spitalszimmer. Zeitgleich ging mit dieser doch erfreulichen Entwicklung des Geburtswesens eine Senkung der Säuglingssterblichkeit auf 3,8 Promille

(www.statistik.austria/web_de/suchergebnisse/index.html) (27.8.2008) und eine erhebliche Pathologisierung einher. Ein großer Gewinn an Sicherheit und Hygiene ließ die Rate der Säuglings- und Müttersterblichkeit sinken. 1910 wurde in einem geburtshilflichen Lehrbuch berichtet, dass 90 % der Geburten ohne Eingriffe verlaufen sind. In unserer heutigen Zeit hat sich das Verhältnis umgekehrt (Fehrenbach, 2000, S. 108), obwohl weder die Frauen noch die Babys kränker geworden sind (Interview mit Hebamme X.). Einer der Gründe dieser Entwicklung ist wahrscheinlich, dass Frauen ihr instinktiv richtiges Verhalten während der Geburt wegen vielerlei Gründe nicht mehr erlaubt wird. Warum pathologisieren wir Geburt heutzutage überhaupt? Dazu führt T. Berry Brazelton, weltweit einer der bekanntesten Autoren zum Thema der körperlichen und psychischen Entwicklung des Kindes, folgende drei unbewusste Motive an:

- Anstatt die Position der Mutter und Gebärenden zu stärken und ihre instinktiven Kräfte herauszuholen, neigen Ärzte, Schwestern und manche Hebammen dazu, die Mutter in eine gewisse Abhängigkeit zu bringen. Damit reduziert das klinische Personal die Autonomie und Entscheidungsmöglichkeiten der Frau.
- Diese Haltung führt man am leichtesten herbei, indem Geburt und Säuglingspflege als pathologisches Modell dargestellt werden. Das rechtfertigt wiederum die Bereitstellung des vermehrten medizinischen Personals.
- Unbewusst wetteifern alle Erwachsene miteinander, die besten Versorger eines so hilflosen Neugeborenen zu sein. Anstatt die Rolle der Eltern auszuhöhlen, sollte die Ausbildung von

Kinderärzten und Schwestern auf ein neues Rollenverständnis hinarbeiten. „*Familien fester zusammenzubinden, anstatt sie zu spalten!*“ (Brazelton, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 141) sollte das Motto heißen.

Diese teils unbewusste Untergrabung weiblicher Kompetenz im Bereich Gebären nimmt in den industrialisierten Staaten stetig zu, aber auch andere Länder, deren Geburtshilfe unter ärztlicher Leitung gestellt ist, weisen hohe medizinische Interventionen auf. Damit meine ich unter anderem auch die ansteigende Kaiserschnitttrate, die sich u. a. in Vorarlberg in den letzten zehn Jahren ungefähr verdoppelt hat (!).

Wenn die Frau die Wahl hat, welche Einrichtung sie zum Gebären wählt, wird diese Entscheidung wesentlich zur Art der Geburtsarbeit beitragen (Fehrenbach, 2000, S. 69). Leider haben Frauen in Vorarlberg seit 2000, der Schließung des letzten Entbindungsheimes in Lustenau, nur noch die Wahl zwischen Hausgeburt und klinischer Geburt. In einer Studie waren jedoch Frauen mit ihrer Betreuung im Gebärhaus wesentlich zufriedener als mit der Betreuung in einem Krankenhaus (Waldenström & Nilsson, in: Groß, 2001, S. 91). Gebärhäuser sind familienfreundlicher eingerichtet und orientieren sich vorwiegend an den Bedürfnissen der Familien. Routineabläufe, wie sie im klinischen Bereich wichtig und unerlässlich sind, können fast ausgeschlossen werden (Fehrenbach, 2000, S. 58).

Einer der wichtigen Wohlfühl-Faktoren von Gebärenden ist die Selbstbestimmung. Das aktive „Ich gebäre“ unterscheidet sich schon sprachlich vom passiven „Ich werde entbunden“ und signalisiert oft die Einstellung der Frau (Kitzinger, 1993, S. 225). Selbstbestimmt, in einer völlig neuen, ungewohnten Situation und Umgebung mit vorwiegend fremden „spezialisierten“ Menschen aufzutreten, bedarf es einiger Vorbereitung. Denn nur wer sich wirklich informiert hat, kann eine verantwortungsvolle Wahl für sich und das Kind treffen (Kitzinger, 1993, S. 353). Mechthild Groß bestätigt diese Aussage und fordert, dass Frauen genaue Informationen brauchen, um bewusste Entscheidungen treffen zu können, „*wie sie sich während der Wehen am besten kontrollieren*

können“ (Groß, 2001, S. 109). Weiter fügt sie an, dass das Ausbildungsniveau in keiner Relation zum Bedürfnis nach Informiertheit steht. Groß stützt sich in ihrer Aussage auf eine Studie, die über Wissen und Selbstkontrolle während des laufenden Geburtsprozesses berichtet, während Kitzinger die Vorbereitung in der Schwangerschaft betont. Als eine Möglichkeit führt sie den Geburtsplan an, damit die Frau in schriftlicher Form ihre Wünsche und Bedürfnisse dem Klinikpersonal übergeben kann.

„(...) Selbstbehauptung (kann) nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern (muss) in der Schwangerschaft trainiert und angeeignet werden“ (Kitzinger, 1993, S. 353).

Einer der Punkte des Geburtsplans könnte heißen: Freie Wahl der Geburtsposition. Ich bezweifle, dass - mit wenigen Ausnahmen - eine gesunde Gebärende sich in den Presswehen horizontal hinlegen will. Bereits 1898 empfiehlt Ahlfeld in Marburg den Gebärhocker. Richtigerweise erkannte er, dass Frauen in der Rückenlage *„die Vorteile der Schwerkraft und der Bauchmuskulatur nicht ausnützen können“* (Groß, 2000, S. 116). Dazu schreibt Enkin et al., dass *„die Rückenlage die Blutzirkulation beeinträchtigt“* und die Weheneffizienz (das Maß, in dem die Wehen zu einer Muttermundseröffnung führen) im Stehen oder in der Seitenlage am besten ist.

„Ein häufiger Positionswechsel kann möglicherweise dazu beitragen, die unerwünschten Auswirkungen der Rückenlage zu vermeiden“ (Enkin et al., 2006, S. 238).

Untersuchungen deuten darauf hin, dass Frauen, die während der gesamten Eröffnungsphase auf dem Rücken liegen mussten, zu einer prolongierten Geburtsdauer tendieren und häufiger Oxytozin zur Wehenunterstützung verabreicht wurde (Enkin et al., 2006, S. 239).

Seit tausenden von Jahren nützten Frauen nicht ohne Grund die verschiedenen Gebärpositionen, um die Schwerkraft für sich arbeiten zu lassen.

Gebärpositionen in verschiedenen Kulturen



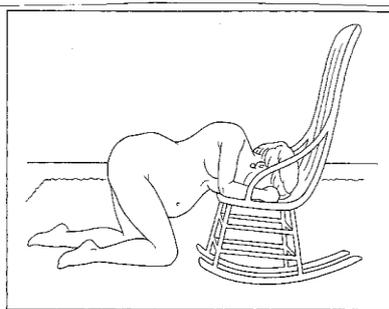
Geburtsszene aus dem 19. Jh.; eine afrikanische Frau in den Wehen



Geburtsszene aus dem 19. Jh. in San Luis Potosi, Mexiko



Geburtsszene aus dem 19. Jh. bei den Orinoco-Indianern



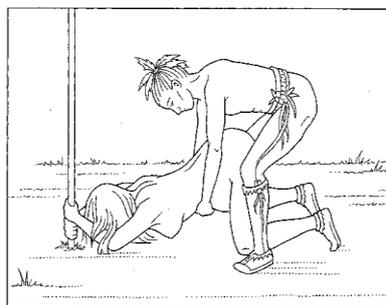
Geburtsszene aus dem 19. Jh.; eine Frau aus Georgia, USA, in den Wehen



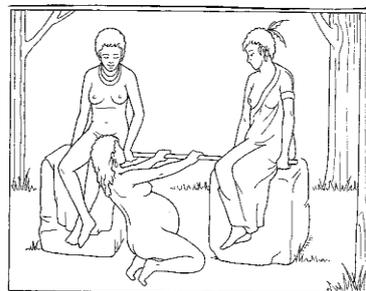
Geburtsszene aus dem 19. Jh. bei den Irokesen



Geburtsszene aus dem 19. Jh.; eine Tonkawa-Frau



Geburtsszene aus dem 19. Jh. bei den Kootenai



Geburtsszene aus dem 19. Jh.; eine Tonkawa-Frau

Q: Gaskin, 2008, S. 240-242

Der erste dokumentierte Fall, als eine Frau auf dem Rücken liegend entband, war Louise de la Valière, eine Mätresse von König Louis XIV. Der einzige Grund warum diese Geburtsposition gewählt wurde, war der Wunsch des Königs, den Geburtsvorgang beobachten zu können. Natürlich heimlich hinter einem Vorhang, denn selbst ein König hätte das Tabu, die strikte Abwesenheit von Männern im Gebärzimmer, nicht ignorieren können (Gaskin, 2008, S. 243). Heute sind es nicht mehr Könige, sondern das Krankenhauspersonal, das eine wesentlich bequemere und übersichtlichere Haltung einnehmen kann, wenn die Frauen auf dem Rücken liegend gebären. Dies entspricht aber überhaupt nicht den geburtsphysiologisch fördernden Aspekten. Sich hinzulegen hat nicht mehr die Qualität von Aktivität und Selbstbestimmung. Wie ein Käfer auf dem Rücken ist die Gebärende ihrer Stärke und Autonomie beraubt. Es gilt zu bedenken, dass auch das Baby bei einer normal verlaufenden Geburt in der Austreibungsphase viel leichter seinen Weg durch den Geburtskanal findet, wenn die Mutter in aufrechten Positionen presst. Das Recht der Frau, ihrem instinktiven Wissen zu folgen, sich zu bewegen und die Haltung einzunehmen, die sie intuitiv für die Richtige für sich und das Kind hält, sollte oberstes Gebot für die sie begleitenden Personen sein. Manche Volksweisheiten, wie z. B. Frauen müssen während der Wehen laufen, sollten immer vorher mit dem Befinden der Gebärenden in Einklang gebracht werden. „*Wenn Sie müde sind, dann legen Sie sich hin*“, rät Odent (Odent, 2005, S. 139).

Bei der Geburt meines zweitens Kindes, litt ich an einer Atemwegsinfektion. Als die Wehen einsetzten, hatte ich um die 38° Fieber und starken Husten. Bei der Eröffnungsphase der Wehen, die fast sieben Stunden dauerte, schlief ich immer wieder ein und erholte mich in der Zwischenzeit. Erst als der Geburtsschmerz stärker wurde, fühlte ich das Bedürfnis, aufzustehen und mein Becken zu schwingen.

Es gibt keine Verallgemeinerungen, da eine Geburt ein höchst individuelles Erlebnis darstellt. Dem Gefühl der Schwangeren sollte immer nachgegangen werden. Die Gebärende braucht genügend Zeit, auf ihre innersten Gefühle hören zu können und um sich dann ganz den Wehen hinzugeben, da es der Körper ist, der die Kontrolle übernimmt. Wenn die

Geburtshelfer, die Frau als kompetent akzeptieren, wächst zunehmend das Selbstvertrauen der Gebärenden (Berg, et al., in: Groß, 2001, S. 265). Die Frau bekommt die Möglichkeit mit der Wehe zu arbeiten anstatt von ihr wie eine Flutwelle überschwemmt zu werden oder zu versuchen „*ein wild gewordenes Pferd wieder zu zügeln*“ (Kitzinger, 1993, S. 256). Sich in der Schwangerschaft und bei der Geburt kompetent zu fühlen, hilft der Mutter, sich auch in der Versorgung des Neugeborenen kompetent zu fühlen, was die Bindung zum Kind fördert (Schleske, 2007, S. 28). Hebammen und Ärzte sind aufgerufen, die Selbstkompetenz der Schwangeren zuzulassen und zu fördern. In einem klinischen Kontext stelle ich mir das gar nicht so leicht vor, weil einer immer Patient ist und der andere der Wissende, der hilft (Brazelton, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 141). Im Falle des Geburtsvorganges kann diese Aussage keineswegs verallgemeinert werden. Denn es sind die Frauen, die die Verbindung zum noch Ungeborenen haben. Auf diese Thematik werde ich noch in einem späteren Kapitel genauer eingehen.

Wenn eine Schwangere mit Wehen ins Krankenhaus kommt, wird sie zuerst untersucht. Im Zuge der Untersuchung legt sie ihre Kleidung ab und zieht ein hinten geöffnetes, weißes Spitalshemd an. Somit ist sie äußerlich schon Patient. Es gibt keinen medizinisch triftigen Grund, warum sich eine Frau in einer solchen Situation ein Spitalshemd anziehen sollte. Geschieht dieser Akt zusätzlich in einer wenig einfühlsamen Art, kann die Situation für die Schwangere sehr entwürdigend sein (Enkin et al., 2006, S. 232). Automatisch gibt sie ein Stück Selbstbestimmung in diesem Moment ab. Was spricht dagegen, dass Frauen auch im klinischen Bereich bequeme lockere Alltagskleidung tragen, die signalisiert: Ich bin eine *gesunde*, gebärende Frau, die in wenigen Stunden ein Kind zur Welt bringt! Somit könnte wenigstens ein bisschen mehr Würde und Individualität gewahrt werden (Enkin et al., 2006, S. 232).

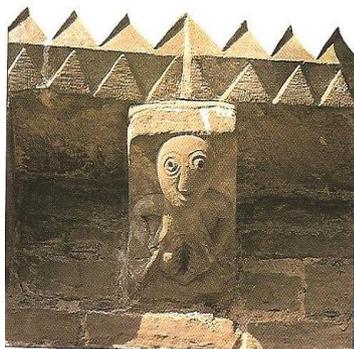
In manchen Krankenhäusern wird den Frauen während der Wehen weder Essen noch Trinken erlaubt mit dem einzigen Effekt, dass sie nach stundenlanger Wehenarbeit sehr geschwächt sind und wirklich kaum noch Kraft haben, das Baby in der Endphase herauszupressen. Auch beim

Baby kann es zu Unterzuckerungen führen und den Nabelschnur-pH-Wert negativ beeinflussen (Fehrenbach, 2000, S. 84 f.). Bis in die späten 80-er Jahre war es in den meisten Geburtsstationen Usus, der Kreißenden entweder nur Eiswürfel zum Lutschen oder schluckweise Wasser zum Trinken zu geben (Enkin et al., 2006, S. 234).

Das Argument, dass das Verbot von Essen und Trinken eine vorbeugende Maßnahme bei einer Vollnarkose ist, kann als überholt bezeichnet werden. Nachdem heute der Kaiserschnitt meist mit Spinal- oder Periduralanästhesie durchgeführt wird, gibt es kein Argument mehr, warum Frauen bei Schwerstarbeit hungern und dürsten müssten. In den Niederlanden, wo die Kaiserschnitttrate unter 10 % und die Müttersterblichkeit unter 10 pro 100 000 liegt, gibt es bewährter Weise „freien Zugang zum Kühlschrank“ (Odent, 2005, S. 138 f.).

5.2. Die Kraft der Vision nützen

„Mein Körper tut das, was ich ihm sage“, stellte eine der gebärenden Frauen der Tennessee Farm überrascht fest. Innere Überzeugungen, wie kraftvoll und weit sich ein Muttermund öffnen kann, bewirken in der Geburtssituation Wunder. Die grinsende Figur der irischen Göttin der Geburt und des Todes Sheela na Gig hing über manchem Kirchenportal, bis es bei Kirchenvätern Anstoß nahm und sie entfernt wurden (Gaskin, 2008, S. 274). Sheila na Gig galt auch als Mutter- und Fruchtbarkeitsgöttin, die mit grenzenloser Promiskuität assoziiert wird. Die Abbildung zeigt die Muttergöttin mit einer weit geöffneten Vulva auf einer



Kirche in Kilpeck, Herefordshire (Husain, 1997, S. 23). Die sexualfeindliche Einstellung der Kirche bekämpfte viele mythische Gestalten der Fruchtbarkeit und der weiblichen Stärke und verbot ihren Kult. Die Kelten verehrten Sheela-na-gig und die Kraft der weiblichen Genitalien. Diese

Skulpturen stellten eine alte Frau mit einer weit geöffneten Vulva dar, durch die mit Leichtigkeit ein Kindeskopf passte (Gaskin, 2008, S. 274). Genau dieses innere Bild wäre ein Segen, wenn es spätestens in der Geburtsvorbereitung schwangeren Frauen näher gebracht würde. Viel besser wäre es noch, Mädchen von den Frauen der mütterlichen Linie durch Erzählungen die weibliche Kraft und das Selbstbewusstsein des Gebärens zu vermitteln. Der riesige Schatz an Wissen, Erfahrungen und Fähigkeiten muss weiter gegeben werden!

„ (...) unsere transgenerational weitergegebenen Erfahrungen sind entscheidend dafür, welche Verbindungen in den Gehirnen unserer Kinder zunächst geknüpft und stabilisiert und später vielleicht wieder umgebaut und neu verbunden werden“ (Hüther, Krens, 2005, S. 130).

Die mit einer Geburt einhergehenden Veränderungen und Entwicklungskonflikte, konnten früher im Großfamilienverband besser miterlebt und weitergegeben werden. Manch junges Mädchen hatte die Gelegenheit helfend und unterstützend bei einer Geburt dabei zu sein oder einen Säugling zu pflegen. Ich selbst habe im Alter von acht Jahren meine Cousins selbstständig gewickelt und ihnen die Flasche gegeben. Meine südtiroler Großmutter erzählte in einer ungezwungen Art von ihren Geburten. Hier möchte ich auch zu bedenken geben, dass in vielen Vorarlberger Dörfern das Thema der Geburt und Schwangerschaft sehr tabuisiert war. In meinem Familienverband waren die Offenheit und die Weitergabe des Wissens noch ganz selbstverständlich, jedoch stelle ich in Gesprächen mit vielen jungen Frauen fest, dass sehr negativ besetzte Geschichten rund ums Gebären kursieren, die vornehmlich Angst machen - nach dem Motto: Gott sei Dank ist es vorbei und am besten nicht drüber reden. Positive Bilder über die Geburt und die Gewissheit, dass Frauen alles in sich vereint haben, Kinder zu gebären, würde eine neue starke Generation heran wachsen lassen. Diese Einstellung zeigt, wie die Achtung dem weiblichen Körper gegenüber und das Wissen um die vergessenen Kräfte des Beckens und der Vagina, Frauen von heute ihr Selbstbewusstsein zu gebären zurück geben könnte (Gaskin, 2008, S. 269).

Anstatt dessen fürchten manche Frauen, ihr Becken sei zu eng, dass sie ein Kind hindurch pressen könnten. Hinzu kommt noch die Angst oder zumindest das Gefühl der Unsicherheit, in einer ungewohnten Umgebung zu gebären. Zu allem Überdross steigen die Kaiserschnittraten nicht nur, weil Frauen in Notsituationen geraten, sondern weil es geradezu in Mode gekommen ist, ganz ohne Schmerz termingerecht zu gebären. Doch diese Annahme ist allzu trügerisch.

Sicherlich geht es nicht darum, auf Fortschritte in der Geburtshilfe und in der Neonatologie zu verzichten. Ein „Zurück zur Natur“ mit der Sicherheit der medizinischen Errungenschaften scheint ein attraktiver Weg für die Frauen zu sein. Die wärmere Atmosphäre der Hausgeburt beinhaltet leider auch ein gewisses Risiko, wenn z. B. ein Neugeborenes frisches Transfusionsblut oder ein Beatmungsgerät braucht oder bei akuter Lebensgefahr für das Kind ein Kaiserschnitt notwendig wird, meinen Klaus und Kennell (1987, S. 336). Sie zitieren Vaughan (1975):

„Es ist vielleicht wirklich eine Katastrophe, dass das medizinische Modell – oder, noch schlimmer, das chirurgische Modell – auf den Geburtsvorgang übertragen worden ist, der in Wirklichkeit ein soziales Ereignis ist. Ich glaube es ist an der Zeit, dass wir die Geburt eines Kindes wieder zu einem sozialen Ereignis machen, indem wir sie aus der klinischen Sphäre herausnehmen und sie den Eltern und der Familie zurückgeben“ (Vaughan, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 337).

Die Aufforderung, die Geburt wieder verstärkt ein soziales als ein klinisches Ereignis werden zu lassen, wurde vor über dreißig Jahren ausgesprochen. Damals war bereits einigen Wissenschaftlern klar, dass der Weg der Geburtshilfe sich verändern muss, auch mit dem unbequemen Gedanken verbunden, „dass die Ärzte jede ihrer liebengewonnenen Prozeduren und Techniken einer aufmerksamen kritischen Prüfung unterziehen“ (Vaughan, in: Klaus, Kennell, 1987, S. 337).

Klaus und Kennell hatten die Vision, dass es innerhalb der Entbindungsabteilung eigene Räumlichkeiten geben müsse, die vollkommen anders (gemütlicher und heimeliger) eingerichtet sein sollten. In diesen Räumen hätten die Mütter die Möglichkeit, nebst dem Partner

auch Freunde und Verwandte einzuladen, an der Geburt „teilzunehmen“. Mit einer Hebamme, die die ganze Geburt betreut, ohne Drogen und Anästhesie, aber mit dem sicheren Gefühl, für den Notfall die Infrastruktur eines Krankenhauses in Anspruch nehmen zu können. „Eine Art Hausgeburt im klinischen Bereich“ wäre für Primar Peter Schwärzler von der gynäkologischen Station im Landeskrankenhaus Feldkirch eine optimale Variante. (Siehe Kap. 2.2).

Die Vorsicht gegenüber Hausgeburten kann aus medizinischer Sicht gut begründet werden, wenn es sich um Risikoschwangerschaften handelt. Mittlerweile kann die allgemeine Skepsis gegenüber Hausgeburten wissenschaftlich nicht mehr begründet werden. Eine „low-risk-Schwangere“ (Groß, 2001, S. 281), die sich für eine Hausgeburt entschieden hat, sollte von ihrem Ansinnen nicht abgebracht werden (Enkin et al., 2006, S. 228). 1999 ergab eine bundeseinheitliche Erhebung in Deutschland, dass eine Hausgeburt mit einer qualifizierten Hebamme hinsichtlich des Geburtsergebnisses der klinischen Geburt um Nichts nachsteht (Groß, 2001, S. 132). Der Trend zu sanfteren Entbindungs- und Therapieformen könnte von gesetzgebender Seite unterstützt statt behindert werden (Dahlke et al., 2000, S. 401). Damit meine ich z. B. die unzureichende finanzielle Abgeltung eines Hausgeburts Teams (Interview Hebamme X, Dahlke et al. 2000, S. 402) bzw. das Fehlen von Wochenbettpflegerinnen.

Das in Holland angewandte Konzept könnte für uns ein wegweisendes Beispiel sein. In Holland gebären 30% der Frauen zu Hause. In Michel Odents Buch „Geburt und Stillen“ führt er eine Statistik aus einem Vorort von Amsterdam an, die Klaus und Kennells Vorsicht und Zurückhaltung gegenüber einer Hausgeburt widerspricht. Er schreibt, dass im Zeitraum von 1969 bis 1983 7980 Frauen, das sind 74,9 %, mit ihrer Hebamme zu Hause oder in einem kleinen Geburtshaus entbanden. Die perinatale Mortalitätsrate lag bei 1,3 pro Tausend. Weitere 8 % der Frauen wurden während der Geburt an einen ärztlichen Geburtshelfer überwiesen, und in dieser Gruppe lag die perinatale Mortalitätsrate bei 11 pro Tausend. Der verbleibende Anteil von 17,1 % wurde mit der Begründung einer

Risikoschwangerschaft an einen Arzt oder eine Ärztin überwiesen. In dieser Gruppe betrug die perinatale Mortalitätsrate 51,7 pro Tausend (Odent, 1992, S. 105). Wenn ich angesichts dieser Daten eine Schlussfolgerung ziehe, ist die statistisch gesehene sicherste Variante, zu Hause oder in einem kleinen Geburtshaus mit einer vertrauten Hebamme zu gebären. Hinsichtlich des Themas Bindungsaufbau bietet diese Variante optimale Bedingungen für alle Familienmitglieder oder Freunde. Die Kaiserschnitttrate liegt unter 10% bei einer sehr niedrigen Säuglingssterblichkeit. Es fällt mir schwer zu verstehen, warum in Vorarlberg diese Variante aufgelöst und nicht wieder in Betracht gezogen wurde. Meine einzige Erklärung für diesen Umstand liegt in der Vermutung, dass gesellschaftliche Gründe und andere Interessen von bestimmten Berufsverbänden Entwicklungen, die diese Art des Gebärens fördern, blockieren.

5.3. Die Beziehung zwischen Gebärender und Hebamme

Nebst der Tatsache, dass Frauen sich instinktiv zurück ziehen möchten, wenn sie spüren, dass die Wehen beginnen, finden wir in der Geschichte immer auch Berichte, die von Unterstützung von mütterlichen oder freundschaftlich gesinnten Frauen für die Gebärende sprechen. Damit Frauen die Aktivitäten des Neokortex „ausschalten“ können, brauchen sie das Gefühl von Geborgensein und Beschütztsein. In unseren Kulturen unterstützten sich die Frauen gegenseitig, wann „es soweit war“. Geboren wurde mit der Dorfhebamme, die alle Schwangeren gut kannte und sie schon vorher öfters untersucht hatte (Speckner, 1998, S. 96 f.).

Meine Mutter wurde noch persönlich von der Hebamme mit einem VW-Käfer in einem abgelegenen Ort an der Alfenz - im Vorarlberger Klostertal - abgeholt. Vorher wurde sie noch von der Hebamme untersucht, ob die Geburt schon genügend weit vorangeschritten war, ins Krankenhaus zu fahren. Alle Bewohner im Ort wussten, dass die Hebamme Frau Staggl, immer Vorfahrt hatte, wenn sie mit einer Schwangeren unterwegs war. Die Hebammen stellten vielfach starke Mutterpersönlichkeiten dar, die selbst

geboren hatten, Wärme und Mitgefühl für die Schwangeren ausstrahlten und eine gute Intuition besaßen.

Vor 40 Jahren war es noch ganz selbstverständlich, dass Hebammen schwangere Frauen ganzheitlich betreut haben. Der Erstkontakt mit der Hebamme ist von entscheidender Bedeutung für das Vertrauensverhältnis (Groß, 2001, S.103). Lernt die Gebärende ihre Hebamme schon während der Schwangerschaft kennen, hat sie immer noch die Möglichkeit, sich für eine andere Hebamme zu entscheiden, falls sich eine Antipathie beim Erstkontakt heraus stellen sollte. Stadelmann schreibt, wie vorteilhaft eine Betreuung der Frau in den letzten Schwangerschaftswochen ist, da die Hebamme einen Überblick über die Familiensituation und die Bedürfnisse der Schwangeren bekommt und ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann. Besonders wichtig scheint es ihr, persönliche und intime Probleme zu kennen, da diese vielfach Ursache einer körperlichen Störung sein kann (Stadelmann, 2005, S. 290 f.).

Sorgen und Nöte von Schwangeren müssen unbedingt ernst genommen werden. Die Betreuung einer Hebamme bietet auch die Chance bei einer sehr belastenden Situation die Schwangere an eine pränatale Psychotherapie weiter zu vermitteln (Brisch, 2007, S. 276). Stress bedeutet, dass sich eine Person in ihrem Gleichgewicht (=Homöostase) von äußeren und inneren Störfaktoren (=Stressoren) bedroht fühlt. Harald Wurmser zeigte in seiner Studie, dass Stressbelastungen, die in der Schwangerschaft bestehen, in der postpartalen Periode persistieren (Wurmser, 2007, S.147). Damit unterstreicht er die Notwendigkeit einer pränatalen Behandlung zur Vermeidung von frühen Regulationsstörungen der Säuglinge, wie Schlaf-, Schrei- und Bindungsstörungen (Brisch, 2007, S. 10). Vor allem bei Erstgebärenden kann eine wesentlich höhere Motivation für eine Psychotherapie festgestellt werden, als in der Zeit nach der Geburt (Schleske, 2007, S. 35). Unter soziologischen Aspekten muss berücksichtigt werden, dass eine schwangere Frau eine enorme Umstellungsleistung für sich alleine leisten muss (Schleske, 2007, S. 35). Im Gegensatz zu früher fehlt oft das Eingebettet-sein in eine große Familie oder eine stabile Partnerschaft mit ausreichend gemeinsamer Zeit. Die

optimale persönliche Betreuung fand in einem teilweise ritualisierten Kontext statt (Labouvie, Linner, in: Groß, 2001, S. 90). Mit diesem Wissen um die Lebenssituation und dem Vertrauen auf „Frauenebene“ kann die Hebamme die Geburt viel einfühlsamer begleiten. Idealerweise findet eine kontinuierliche Betreuung während der ganzen Geburt und der Wochenbettphase durch die gleiche Hebamme statt (Stadelmann, 2005, S. 290 f.).

Auch die Autoren Klier, Demal und Katschnig ordnen der Hebamme eine besondere Bedeutung in der Betreuung von schwangeren Frauen bzw. Wöchnerinnen zu. Die Hebamme kann einerseits durch die Betreuung während der Schwangerschaft, andererseits auch durch individuell gestaltete Geburtsvorbereitung im Bereich der Stimmungs labilität oder sogar depressiven Verstimmung präventiv tätig werden. Die Betreuung von Frauen nach der Geburt muss auch nach einem Spitalsaufenthalt ermöglicht werden. Nach dem heutigen Stand der Bezahlung einer normalen Geburt sollten Mutter und Kind spätestens nach vier Tagen das Krankenhaus verlassen. Das Wochenbett dauert aber vier bis sechs Wochen und richtet sich nicht nach ICD-Codes (Klier, et. al., 2001, S. 78f.).

Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich berichten, dass ich bei der ambulanten Geburt meiner Tochter Sophia noch vier Wochen wegen Stillproblemen zu Hause nachbetreut wurde, während ich bei meinem Sohn Aaron eine „normale“ Spitalsgeburt mit viertägigem Spitalsaufenthalt hatte. Als ich nach Hause kam, fingen die Stillprobleme an und es wuchs mir alles über den Kopf. Glücklicherweise hatte ich meine Familie und Freunde, die mir zur Seite standen, da ich gemäß der geltenden Richtlinien keinen Anspruch auf eine Nachbetreuung durch eine fachkundige Hebamme oder eine „Wochenbettpflegerin“ hatte, wie dies z. B. in Holland gewährt wird.

Ein Faktor der postpartalen Seelenkrise liegt in einem traumatischen Geburtserlebnis. Die betreuende Hebamme sollte sich in der postpartalen Nachsorge, insofern ein solcher Anspruch besteht (!), dafür Zeit nehmen,

dieses oft verschwiegene Thema anzuschneiden und somit der Frau die Gelegenheit geben, eventuelle Unglücksgefühle auszusprechen. Ein gutes Instrumentarium, Frauen mit einer Depression rechtzeitig zu erkennen, stellt die Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS) von Cox dar. Es ist sinnvoll, diesen Fragebogen mit allen betreuten Müttern durchzugehen, wie das in England der Fall ist (www.schatten-und-licht.de/aufklaerung.html) (3.3.2008)). Die EPDS wurde speziell für Hebammen und Krankenpfleger entwickelt. Die Erhebung des Scores erfolgt durch Addition der von der Frau angekreuzten Antworten und dauert 1-2 Minuten (Klier et.al., 2001, S. 80). Ein Neugeborenes benötigt Tag und Nacht eine intensive Pflege, die Frau sich vorher gar nicht vorstellen kann. Erschöpfung und Müdigkeit gepaart mit sozialer Isolation und Versagensängste können in der Nachgeburtsphase leicht zu depressiven Stimmungen führen. In dieser schwierigen Umstellungsphase können Hebammen sehr beruhigend und verständnisvoll auf die Wöchnerinnen einwirken und helfen, ein schlechtes Gewissen, Schuldgefühle oder ambivalente Gefühle zu bewältigen (Kitzinger, 1993, S. 249 f.). Der enorme Druck in unserer Gesellschaft, dass eine Mutter „einfach“ glücklich sein „muss“, belastet viele Frauen zusätzlich und erschwert die Anpassung an eine neue Lebenssituation (Fehrenbach, 2000, S. 145). Sheila Kitzinger nennt diese psychische Arbeit „*emotionale Wachstumsschmerzen*“ (Kitzinger, in: Fehrenbach, 2001, S. 145). Es ist schwer für Frauen in der ersten Zeit mit dem Säugling alleine zu Hause zu sein, wenn sie selbst noch Unterstützung bräuchten (Winnicott, in.: Klaus, Kennell, 1995, S. 117).

Der optimale Zustand einer durchgängigen Betreuung von einer Hebamme ist leider bei einer klinischen Geburt nicht gegeben.

„Sie (die Gebärende) hat sich dann ganz der Medizin und den Dienstplänen anzupassen. (...) aus dem Geburtszeitpunkt und dem jeweiligen Schichtdienstplan ergibt sich, welche Hebamme der Frau zur Seite steht. Dadurch fehlt das für die Geburt, aber auch für die Zeit davor und danach so wichtige Vertrauensband zwischen beiden“ (Dahlke et al., 2000, S. 137).

Im Normalfall besucht zumindest eine Erstgebärende einen Geburtsvorbereitungskurs bei einer Hebamme Nr.1, die dann allerdings in den allermeisten Fällen bei der Geburt nicht anwesend ist. Kommt die bereits in den Wehen liegende Frau in das Krankenhaus begegnet sie dort Hebamme Nr.2, die mit ihr das Aufnahmegespräch macht. In einem Krankenhaus arbeiten immer mehrere Hebammen im Schichtbetrieb. Gesetztfalls, dass Hebamme Nr.2 zwar die Betreuung übernimmt, braucht es sehr wahrscheinlich noch eine Hebamme Nr.3, die z. B. den Wehenschreiber anlegt falls Hebamme Nr.2 gerade bei einer Austreibungsphase hilft. Je nach Länge der Dauer der Geburt kommt es spätestens nach sieben bis acht Stunden zu einem Hebammenschichtwechsel. Die Gebärende trifft nun auf Hebamme Nr.4 und schafft es dann hoffentlich, das Kind bis zum nächsten Hebammenschichtwechsel zu gebären. Die Betreuung im anschließenden Wochenbett übernimmt dann im klinischen Bereich eine Säuglingsschwester. Klaus und Kennell berichten von einer Studie, die besagt, dass im Schnitt 6,4 geburtshilflich tätige Personen einer gebärenden Frau begegnen, die sie nie zuvor gesehen hat (Klaus, Kennell, 1995, S. 20).

In der Informationsbroschüre „Hebammen – Kinder kommen durch Frauenkraft“ des Österreichischen Hebammengremiums aus dem Jahre 2008 werden auf die Frage nach den Wünschen für die Rahmenbedingungen bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von Frauen und Männern folgende Punkte angeführt:

- Kontinuierliche Betreuung durch nicht wechselnde Bezugspersonen
- Sicherheit für die Mutter (Eltern) und das Kind
- Freiheit in der Wahl des Geburtsortes
- Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit beim Gebären
- Das Kind in der Welt so zu empfangen, wie es den eigenen Wertvorstellungen entspricht

Ein zentraler Aspekt einer effektiven Betreuung während des Gebärens ist die Zusage an die Frau, „bei ihr zu bleiben“, egal wie lange die Geburt dauert. Die bloße Präsenz einer Betreuungsperson ist nicht ausreichend. Es bedarf physikalischer und emotionaler Unterstützung, wie z. B. gemeinsames Umhergehen, schmerzlindernde Maßnahmen oder die Anwendung entspannender Atemtechniken. Im emotionalen Bereich braucht jede Frau Ermutigung, Lob und das Halten von Augenkontakt. Information über den Geburtsfortschritt hilft der Frau, durchzuhalten und zuversichtlich zu sein (Enkin et al., 2006, S. 225 f., Fehrenbach, 2000, S. 94).

Frauen haben wiederholt betont, dass sie von einer Person betreut werden wollen. In zwei Studien in Großbritannien und Australien wurde die Betreuung eines kleinen Hebammenteams mit der Betreuung von wechselnden Hebammen verglichen. Die Frauen der ersten Gruppe nahmen häufiger an Geburtsvorbereitungskursen teil, waren besser in der Lage über ihre Sorgen und Nöte zu sprechen und fühlten sich allgemein besser auf die Geburt vorbereitet. Während des Gebärens benötigten sie weniger Schmerzmittel und es kam zu weniger medizinischen Interventionen. Diese Frauen fühlten sich besser und kompetenter in der Versorgung der Neugeborenen betreut und die Kinder benötigten nach der Geburt weniger intensivmedizinische Versorgung. Enkin et al. empfiehlt sogar, dass Frauen mit normal verlaufenden Schwangerschaften von Hebammen und AllgemeinmedizinerInnen betreut werden sollten (Enkin et al., 2006, S. 43 f.)!

Der neonatale Outcome (= Verfassung der Neugeborenen) bezüglich der Kontinuität der Betreuung steht bei den allermeisten Geburten über einer High-Tech-Medizin. Demzufolge kann die betreuende Person nicht einfach nach ein paar Stunden ohne Qualitätsverlust ausgewechselt werden. Unser System verlangt sehr viel Flexibilität von gebärenden Frauen ab! Im normalen Routineablauf im klinischen Bereich in Vorarlberg kann ich leider keine ganzheitliche Betreuung erkennen. „Ganzheitlich“ bedeutet für Stadelmann, die gebärende Frau mit ihrer individuellen Lebenssituation

und ihren persönlichen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen und die Zeitspanne von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch eine von ihr vertrauten Hebamme durchgeführt wird (Stadelmann, 2005, S. 290 f.). Zur Minimierung der ständigen Unterbrechung der Beziehung zu begleitenden Personen in dieser psychisch sensiblen Phase möchte ich zwei Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

5.4. Das Konzept der DOULA nach Klaus und Kennell

Klaus & Klaus und Kennell gelten als Wegbereiter einer systematischen Überprüfung des Konstrukts „*Soziale Unterstützung*“ (Groß, 2001, S. 93.).

„Soziale Unterstützung ist sowohl Ergebnis der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt als auch Ergebnis der Interaktion zwischen der individuellen Wahrnehmung und Verarbeitung“ (Sommer, Fydrich, in: Groß, 2001, S. 91).

Das Wort „Doula“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „betreuende Frau“. In unseren Breiten hat sich der Begriff „Geburtsbegleiterin“ eingebürgert. Die Geburtsbegleiterin ist eine erfahrene Frau, die alles über medizinisch vorkommende Vorgänge bei einer Geburt gelernt hat, um die Eltern über die Situation zu informieren und zu beruhigen. Sie ist weder Hebamme noch Ärztin und ausschließlich dafür da, die gebärende Frau und ihre begleitenden Personen zu unterstützen (Klaus, Kennell, 1995, S. 27). Auf den Philippinen wird diese Form der Betreuung durch eine Laiin praktiziert. Begleitende Person ist in den meisten Fällen der Kindesvater, jedoch können z. B. auch die Mutter oder eine Freundin bei der Geburt anwesend sein. Ausschlaggebend ist das Vertrauensverhältnis zwischen der Doula und der Gebärenden.

„Aufgrund der intensiven seelischen und körperlichen Belastung während der Wehen und bei der Geburt entsteht zwischen Mutter und Doula eine ganz besonders enge Beziehung. Dabei erfährt die Frau, dass sie fähig ist, sich auf ein tiefes, sicheres, zuverlässig bestärkendes Gehaltenwerden einzulassen, ohne auch nur einen Teil ihrer Eigenständigkeit zu verlieren“ (Klaus, Kennell, 1995, S. 38).

Die Zusage einer Geburtsbegleiterin der gebärenden Frau auf jeden Fall die ganze Zeit der Geburt zur Seite zu stehen und sie keinesfalls alleine zu lassen, wirkt auf viele Frauen sehr beruhigend. Idealerweise haben sich die werdenden Eltern schon in der Schwangerschaft eine für sie passende Geburtsbegleiterin gesucht und die Wünsche und Anliegen sowie spezielle persönliche Lebenssituationen mit ihr zu besprechen. Mit diesem Wissen kann die Doula speziell die Mutter im Krankenhaus besser vertreten. Eine Geburtsbegleiterin sollte eine sehr mütterlich ausgeprägte Persönlichkeit haben, um die Gebärende in der Wehenarbeit nicht nur zu unterstützen, sondern die Gebärende in Situationen zu „bemuttern“. Eine Atmosphäre der Spannungsfreiheit und der inneren Ruhe überträgt sich auf alle Beteiligten (Klaus, Kennell, 1995, S. 31).

Eine Doula benötigt das Gespür für Takt, Feingefühl und Distanz, wenn z. B. der Ehemann, die eigene Mutter oder die Schwiegermutter ans Bett kommen. Eine erfahrene Geburtsbegleiterin erkennt intuitiv, wie gut eine Frau auf ihren Körper hört und wie groß der Bedarf an Zuwendung ist. Dann genügt ihre Präsenz im Hintergrund oder der vermittelnde Kontakt mit dem Krankenhauspersonal (Klaus, Kennell, 1995, S. 41).

Viele Paare stellen sich anfangs die Frage, warum es einer Geburtsbegleiterin bedarf, wenn der Vater des Kindes bei der Geburt dabei ist? Bei Interviews mehreren Vätern haben Klaus und Kennell festgestellt, dass viele Väter hoffnungslos überfordert waren, insbesondere als die Wehen schmerzhafter wurden. Bertsch et al. beobachtete Geburtsbegleiterinnen und Väter und stellte fest, dass in mehr als 95 % der Beobachtungszeit die Doulas die Frauen berührten. Die Väter kamen auf weniger als 20 % Berührungszeit (Bertsch, in: Groß, 2001, S. 121). Dabei ist die Berührung der optimale Stimulus zur Oxytozinausschüttung (Bauer, 2008, S. 51, Uvnäs-Moberg, 2007, S. 198) und zur Förderung der Aktivität im parasympathischen Nervensystem der Mutter (Uvnäs-Moberg, 2007, S. 198).

Nicht weniger wichtig ist die Nachbetreuung einer Geburt. Die Doula kommt am nächsten Tag ans Wochenbett und spricht mit der Wöchnerin

und dem Vater nochmals die Geburt durch. Sie fragt nach positiven und negativen Gefühlen, hilft diese zu verarbeiten und Gedächtnislücken zu schließen. Den Frauen wird sie bewusst machen, welche enorme Kraftanstrengung sie durchgestanden haben und stärken damit ihr weibliches Selbstbild (Klaus, Kennell, 1995, S. 32). Die Beschreibung, mit welchen Gefühlen ich nach der Geburt meiner Tochter aus dem Krankenhaus gegangen bin (siehe Kap. 4.3.4), lässt erahnen, wie wichtig es für Frauen ist, eine selbstbestimmte Geburt geschafft zu haben. Für eine zukünftige Schwangerschaft wird gerade das Aufarbeiten des Geburtserlebnisses einen nachhaltigen positiven Effekt erzielen.

Was es bedeutet, eine gebärende Frau kontinuierlich liebevoll zu betreuen, zeigen die Zahlen der Untersuchungen, die Klaus und Kennell dazu gemacht haben. Die Ergebnisse sind durchwegs statistisch als sehr auffällig zu bezeichnen.

	ohne Doula	mit Doula
Geburtsdauer – Guatemala Studie 1 +2	19 h 15.5 h	9 h 7.7 h
Geburtsdauer - Houston	9,4 h	7,4 h
Zahl der Mütter mit natürlicher vaginaler G.	25 von 204	116 von 212
Periduralanästhesie	55 %	8 %
Oxytozin verabreicht - Guatemala	13 %	2 %
Oxytozin verabreicht - Houston	44 %	17 %
Zangengeburt	26 %	8 %
Kaiserschnittentbindung	17 %	7 %
Füttern nach Verlangen	47 %	81 %
Zufriedenheit mit dem Partner seit Geburt	49 %	85 %
Stillen ohne Zusatznahrung	29 %	51 %

(Klaus, Kennell, 1995, S. 48 ff.)

Michel Odent erwähnt die „Doula“- Studie in seinem Buch „Es ist nicht egal, wie wir geboren werden – Risiko Kaiserschnitt“. Für ihn bedeuten die Ergebnisse nicht, dass eine Frau „Unterstützung“ braucht sondern vielmehr das Gefühl von Geborgensein ohne sich beobachtet zu fühlen. Der Effekt der Doula, interpretiert er weiter, sei derjenige einer „Beschützerin“ in einer fremden und ungewohnten Umgebung. Sie *schirme* die Gebärende vom Krankenhauspersonal *ab*. Die Wiederholung

der Studie in der amerikanischen Mittelschicht, wo die Väter normalerweise die Mütter bei der Geburt begleiten, hätten nicht diese statistisch auffallenden Werte ergeben. Odent folgert daraus, dass „*Frauen während der Wehen keine Unterstützung brauchen*“ (Odent, 2005, S. 142 f.), sondern hauptsächlich „Privacy“. Aus meiner eigenen Geburtserfahrung kann ich die Aussage von Odent bestätigen. Allerdings kann ich mir vorstellen, dass fast alle Frauen sich zumindest anfänglich in einem Krankenhaus unsicher fühlen und deshalb von einer oder mehreren vertrauten Person begleitet werden müssen, um wieder zu ihrer Selbstsicherheit zu finden. Danach brauchen Frauen meines Erachtens hauptsächlich sich selbst.

Wenn eine Hebamme sich ausschließlich um eine Gebärende kümmern kann und die ganze Zeit bis zur Geburt des Kindes bei ihr bleibt, so wie wir das aus der Geschichte der Dorfhebammen kennen, bewirkt diese Betreuung denselben Unterstützungseffekt wie den einer Doula. Tatsächlich bewältigen Hebammen einen enormen bürokratischen Aufwand und man könnte eher von einer Überwachung sprechen, die in eine Betreuung während der Austreibungsphase übergeht (Fehrenbach, 2000, S. 85). In den meisten klinischen Einrichtungen beschränkt sich die Tätigkeit der Hebamme hauptsächlich auf medizinische Untersuchungen und die Überwachung des Ungeborenen, da sie gleichzeitig mehrere Patientinnen betreuen müssen. Viele Hebammen wären froh, sich ständig um das seelische und körperliche Wohl der Schwangeren kümmern zu können (Klaus, Kennell, 1995, S. 21), was jedoch bei dem derzeitigen Modell im klinischen Bereich nicht praktikabel ist.

6. Das (Beleg)hebammensystem in Vorarlberg

Die zweite Lösungsmöglichkeit, eine vertraute Person an der Seite einer gebärenden Frau vorzufinden, ist das sogenannte Beleghebammensystem. In manchen Bundesländern in Österreich, wie z. B. in Oberösterreich, gibt es dieses System bereits. Freiberuflich praktizierende Hebammen arbeiten auf Werkvertragsbasis mit einem Krankenhaus zusammen und können mit ihrer betreuten Schwangeren die klinischen Einrichtungen nützen. Nach der meist ambulanten Geburt betreut die Hebamme Mutter und Kind zu Hause nach. Eine ambulante Geburt hat viele Vorteile, wenn die Betreuung der Wöchnerin zu Hause gut organisiert ist.

„Eine der wesentlichsten Vorteile einer ambulanten Geburt ist die ruhige Atmosphäre und die ungestörte Privatheit während des Wochenbetts, das auf den sehr frequentierten Wochenstationen im klinischen Bereich nicht möglich ist“,

meint die freipraktizierende Hebamme X (mit dem ausdrücklichen Wunsch anonym zu bleiben) in einem Interview mit mir. Diese Aussage wird auch im Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums bestätigt. Hier wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass besonders die Geburtsstationen in Feldkirch und Dornbirn vielfach stark überfüllt sind, das Personal in Stoßzeiten überfordert ist und demzufolge die Frauen mit den vorherrschenden Bedingungen äußerst unzufrieden sind. Eine Wöchnerin bekommt in dieser Umgebung weder die nötige Erholung noch die Ruhe sich ganz dem Einüben des Stillens hinzugeben. Die Hebammen sind der Meinung, dass der Anteil von ambulanten Geburten idealerweise auf mindestens 50 % steigen sollte und die Frauen die Gelegenheit haben sollten, zu Hause durch eine *„persönliche, maßgeschneiderte und kontinuierliche Hebammenbetreuung“* nachbetreut zu werden (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 14). Als ökonomischer Nebeneffekt ist dies auch für die Krankenkassen eine kostengünstigere Lösung.

Wenn eine Frau sich in Vorarlberg dazu entschließt sich selbst eine Hebamme zu organisieren, die ihre Geburt ganzheitlich betreut, muss sie

sich damit abfinden, dass auf gesetzlicher Basis diese Möglichkeit in Vorarlberg nicht besteht. Der Wunsch der Frauen nach einer durchgängigen Begleitung einer Hebamme - zumindest während der Entbindung, scheint so stark zu sein, dass einige Frauen eine Art „Zwischenlösung“ für sich gefunden haben. Sie engagieren eine Hebamme „ihrer Wahl“, die in einem Krankenhaus angestellt ist und bezahlen sie privat dafür, dass diese Hebamme während der ganzen Geburtsdauer anwesend ist und ausschließlich diese Gebärende betreut. Diese Lösung ist dahingehend für die Hebamme problematisch, da das Einplanen einer Geburt nach Datum bei einer spontanen vaginalen Geburt nicht möglich ist und zudem auch sehr viel Kooperationsbereitschaft und Flexibilität seitens der Hebammenkolleginnen benötigt, ihren Dienst zu tauschen oder zu verschieben. Wenn die „organisierte“ Hebamme Pech hat, trifft es sie im Anschluss an die vereinbarte private Geburt mit einem Dienst laut Dienstplan auf der Geburtenstation (Interview mit Haunold). So ziehe ich meine Schlussfolgerung, dass diese Lösung für alle Beteiligten nicht gerade befriedigend ist und eher als „Freundschaftsdienst“ für eine Bekannte oder Freundin zu betrachten ist.

6.1. Gesetzliche Anträge in Vorarlberg

Am 25. Jänner 2006 formulierte der Sozialpolitische Ausschuss die Punkte 3. und 4. im Antrag:

3. „Die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen für ein Beleghebammensystem sind zu prüfen; bei positiver Beurteilung ist die Umsetzung zu ermöglichen.“

4. „Über Initiative des zuständigen Regierungsmitgliedes sollen im Rahmen des Gesundheitsfonds mit prioritärer Bewertung Projekte ausgearbeitet werden, welche die vernetzte ambulante Vor- und Nachsorge sichern und über Mittel des Reformpools finanziert werden. Bei Erstellung dieses Konzeptes sind Hebammen im Rahmen des entsprechenden Arbeitsausschusses als Beraterinnen mit einzubeziehen.“

Die Beantwortung des Alt-Landesstatthalters Dr. Hans-Peter Bischof lautete:

„Die Prüfung über die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen für ein Beleghebammensystem von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen durch Herrn Prof. Dr. Gerhard Aigner, welche am 2. August 2006 im Amt der Vorarlberger Landesregierung eingelangt ist, hat folgendes ergeben:

Das Bundes-Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (Bundes-KAKuG) schließt Geburten durch den Beistand von Beleghebammen nicht aus. So ist gemäß § 27 Abs. 4ZZ durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, ob und welches Entgelt für den fallweise Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann. Im Rahmen des KAKuG hätte die Landesgesetzgebung sowohl die Möglichkeit, Entgeltregelungen für ein Beleghebammensystem zu erlassen, als auch die Möglichkeit, diesen Bereich restriktiv zu regeln.“

Weiter schreibt der Alt-Landesstatthalter:

„Basierend auf dem Gesetz über Krankenanstalten (Spitalgesetz – SpG.), LGBl. Nr. 54/2005 vom 6. Dezember 2005 ist in den Vorarlberger Landeskrankenanstalten derzeit die Möglichkeit einer Beleghebammengeburt nicht gegeben, weil in den Geburtshilfestationen kein hausfremdes Personal tätig sein kann. Je nach Abteilungsleiter werden aber bereits jetzt neben der Begleitperson des Mannes auch hausfremde Hebammen als Begleitpersonen akzeptiert. Sämtliche Begleitpersonen haben sich jedoch an die Weisungen des zuständigen Personals im Krankenhaus zu halten und können keine eigenverantwortlichen Handlungen setzen.“

Dr. Bischof fügt noch hinzu, dass Überlegungen angestellt werden können, die bestehenden Beschränkungen des Vorarlberger Spitalgesetzes anzupassen.

Die Vorsitzende des Vorarlberger Hebammengremiums Petra Fritsche brachte konzeptionelle Vorstellungen ein, die sämtlichen Primärärzten der geburtshilflichen Abteilungen, dem Fachgruppenobmann für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Ärztekammer Vorarlberg, der Krankenhausbetriebsgesellschaft und der Stadt Dornbirn zur Stellungnahme übermittelt wurden. Meine ursprüngliche Absicht war es, dieses Konzept auszugweise einzuarbeiten, um den Unterschied

zwischen Konzept und Status quo der Geburtensituation zu untermauern. Leider wurde meine Anfrage, das Konzept in meiner Diplomarbeit zu verwenden, vom Hebammengremium in einer eigens dafür eingeleiteten Abstimmung in erster Linie abgelehnt. Dankenswerterweise teilte mir Frau Fritsche die konzeptionellen Grundgedanken mit, damit diese in die Arbeit einfließen können. Am 21. Jänner 2009 stimmten die Hebammen nach einigen email-Kontakten und einer Textprobe der konzeptionellen Grundgedanken nochmals ab und entschieden sich dieses Mal dafür, mir ihr Konzept für die Diplomarbeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Konzept stellt für meine Arbeit eine große Bereicherung dar, da ich Status quo, Bedenken, Ziele und Lösungsvorschläge seitens der Praxisseite direkt mit in die Arbeit einfließen lassen kann.

Die „Weiterentwicklung der Geburtshilfe in Vorarlberg“ wurde im April 2007 nochmals von der grünen Landtagsabgeordneten Dr. Katharina Wiesflecker aufgegriffen. Sie stellte eine Anfrage an den jetzigen Landesstatthalter Mag. Markus Wallner und einer der Punkte betraf auch das Beleghebammen-system und der Hebammengeburt. Im Großen und Ganzen wiederholte Mag. Wallner die Beantwortung bezüglich der Beleghebammengeburt von Dr. Bischof, was offensichtlich bedeutet, dass die Überlegungen in dieser Richtung, die damals Landesstatthalter Dr. Bischof in Aussicht gestellt hat, nicht gefruchtet haben. Zumindest ein einheitliches Vorgehen in den Landeskrankenhäusern wurde festgelegt:

„Bei bestehendem Wunsch der Mutter oder des Paares ist es bei einer normal verlaufenden Geburt möglich, nach Ausschluss eventueller Risikokonstellationen durch den Facharzt, eine hebammenzentrierte Geburt ohne Anwesenheit eines Arztes durchzuführen. Dies bedeutet, es besteht Autonomie der Gebärenden im Hinblick auf die Atmosphäre des Raumes und den Ablauf der Wehentätigkeit nach eigenen individuellen Vorstellungen“ (Anfrage von Dr. Wiesflecker).

Die Gesundheitsplattform als oberstes Organ des Landesgesundheitsfonds prüfte in Beratungen, Sitzungen und Workshops die Gesundheitsthemen des Landes und entschied sich für drei Reformpoolprojekte und im Bereich Patienten-Entlassungsmanagement,

mobiles Palliativteam und mobile Kinderkrankenpflege (Beantwortung von LSTH. Wallner vom 25.5.2007).

In meinem letzten email-Kontakt mit der Landesabgeordneten Dr. Katharina Wiesflecker vom 4. November 2008 konnte ich mich davon überzeugen, dass in der Zwischenzeit auf gesetzlicher Ebene keine weiteren Schritte zur Anpassung der Beschränkung des Spitalgesetzes unternommen wurden. Dieser Umstand scheint darauf hinzuweisen, dass das Thema der „Verbesserung der Geburtensituation in Vorarlberg“ auf politischer Ebene nicht vordringlich ist. Dies ist umso mehr zu bedauern, da ich in meinen Interviews mit Hebammen und Frauen das Gegenteil festgestellt habe. Dabei fällt mir auf, dass gerade die umkämpfte Schließung der spezialisierten Geburtsstation in Hohenems am 1.1.2007 in diesen Zeitraum des politischen „Leerlaufs“ fällt.

6.2. Konzeptionelle Grundgedanken des Vorarlberger Hebammengremiums

Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingspflege §2(1).

Bei einem Vergleich zwischen Ausbildungsumfang von Diplomkrankenschwestern (DKGS) und Hebammen in Gynäkologie und Geburtshilfe wird ersichtlich, wie umfassend qualifiziert und spezialisiert der Ausbildungslehrgang für Hebammen, (jetzt Hebammenstudium mit Bachelor-Abschluss) ist. Trotzdem arbeiten Hebammen noch nicht obligatorisch übergreifend auf der Wochenstation, was eine Annäherung an eine ganzheitliche Betreuung bedeuten würde. Leider ist auch vom Gesetzgeber bezüglich des Mutter-Kind-Passes keine Einbeziehung einer Hebamme in der Schwangerschaftsvorsorge vorgesehen. Der Mutter-Kind-Pass bietet keine ausreichenden Dokumentationsmöglichkeiten von Befunden und Beratungen für Hebammen. Bei dieser Konzentration auf

die medizinisch-ärztliche Ebene steigen einerseits die Kosten ohne echte Effektivitätsverbesserung und andererseits führt die Pathologisierung der Schwangerschaft zu einer steigenden Zahl von Einleitungen, Interventionen und Sectiones. Die Frauen bleiben mit ihren Ängsten und Verunsicherungen meist allein.

Die Hebammen beklagen die zunehmende Medikalisierung und Technisierung, die zu einer steil steigenden Kurve der Kaiserschnitttrate auch in Vorarlberg geführt hat. Dies hat direkte Auswirkungen auf die derzeit steigende Morbidität und Mortalität für Frau und Kind. Die Kunst, Beckenendlagen in einer Spontangeburt durchzuführen geht zusehends verloren und wird durch Kaiserschnittentbindungen ersetzt. Altes Hebammenwissen wird in zunehmendem Maße nicht mehr weitergegeben, da die angehenden Gynäkologen an den Kliniken in Österreich nicht wie z. B. in den Niederlanden üblich von Hebammen unterrichtet werden. Der Kaiserschnitt stellt keinen äquivalenten Ersatz dar! Diese Aussage werde ich in einem späteren Kapitel noch genauer erläutern. Eine große Unwissenheit in der Gesellschaft über die tatsächlichen Folgen eines Kaiserschnitts lässt die Sectiorate durch geplante Wunschkaiserschnitte zu allem Überfluss noch mehr ansteigen.

Die Wöchnerinnen werden zu einem überwiegenden Teil von DGKS betreut, deren Ausbildung nur einen Teil der Bedürfnisse der Frauen abdeckt. In Vorarlberg gibt es derzeit vier Krankenhäuser, die eine gynäkologische und eine geburtshilfliche Station betreiben. Im Jahre 2007 hatte Vorarlberg laut Statistik Austria 3722 Geburten und demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass die Wochenstationen teilweise stark überfüllt sind. Neben einer Unzufriedenheit der Frauen kommt es auch zu Unruhe und hektischem Treiben, was weder für den Bindungsaufbau noch für das Stillen förderlich ist. Ohne Zweifel stellt diese Situation in Stoßzeiten auch für das Personal eine Überforderung dar.

Somit ist es nicht verwunderlich, dass Vorarlberger Frauen im Durchschnitt nur vier Monate stillen. Generell ist die Stillrate von 2005 bis 2007 rückläufig von 84 % auf 79 %. Die von der WHO empfohlenen sechs

Monate Stillen können nur bei 36 % der Vorarlbergerinnen festgestellt werden, jedoch kann auch positiv angemerkt werden, dass die Stillrate bis zum 6. Lebensmonat im Jahr 2005 nur bei 22 % lag (Vorarlberger Stillstudie, 2007). Derzeit wird jedes siebte Kind nicht gestillt und 52,5 % der Frauen stillen wegen medizinischer Ursachen ab. Frauen, die mit einem Kaiserschnitt entbunden haben, stillen wesentlich seltener ihre Babys. Werden 89 % der Neugeborenen nach einer normalen Geburt gestillt, so sind es nach einer Sectio nur 52 %. Das Hebammengremium bekennt sich dazu, die Stilldauer auf mindestens sechs Monate zu erhöhen und sieht physiologische Geburten, 24 Stunden Rooming-in, einheitliche Informationsmaterialien und regelmäßige Schulungen für das gesamte Personal als geeignete Voraussetzungen, dieses Ziel zu erreichen. Ambulant Gebärende stillen derzeit länger als Frauen, die das Wochenbett in einem Krankenhaus verbringen. Die oftmals fehlende Ruhe im Wochenbett auf den Stationen scheint hier Auswirkungen zu zeigen. Nicht nur Frauen brauchen während der Geburt eine kontinuierliche Betreuung, sondern auch Hebammen können ihre Arbeit besser verrichten, wenn sie an der Seite einer Gebärenden bleiben können, bis das Kind geboren ist.

Die konkreten Lösungsansätze des Hebammengremiums umfassen einerseits eine ganzheitliche Betreuung in der prä-, peri- und postnatalen Phase und andererseits die Schaffung rechtlicher Grundlagen und das Angebot von individuellen Hebammenbegleitungen, wie es bei einem Beleghebammensystem und bei Hebammengeburten möglich ist. Es gibt Vorstellungen ein gemeinsames Konzept der Ärzteschaft, den Hebammen, den Krankenhausbetreibern, und den Krankenkassen zur Schwangerschaftsvorsorge auszuarbeiten. Frauen sollten die Möglichkeit haben, sich zwischen einer ausschließlich ärztlichen Vorsorge oder einer Vorsorge in der Kombination Arzt und Hebamme entscheiden zu können. Eine objektive Beratung der Frauen durch beide Berufsgruppen sollte auch bei der Wahl des Geburtsortes selbstverständlich werden. Im klinischen Bereich geht es vor allem um die Senkung der Sectiorate und der Durchführung von Spontangeburt bei Beckenendlage. Infolge der

steigenden Kaiserschnittraten benötigen werdende Eltern unbedingt eine objektive Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen eines Kaiserschnitts - insbesondere eines Wunschkaiserschnitts - damit die Verantwortung für einen solchen medizinischen Eingriff bewusst getragen wird. Die Kosten für einen Wunschkaiserschnitt betragen mehr als das Doppelte einer Spontangeburt im Krankenhaus. Als logische Konsequenz gibt es hier eine Forderung für einen Selbstbehalt bei Wunschsectios. Aufgrund der erweiterten Ausbildung von Hebammen wäre es wünschenswert, dass Mutter-Kind-Stationen unter Hebammenleitung gestellt und mindestens 50 % der DGKS auf Wochenstationen durch Hebammen ersetzt würden. Die Einrichtung von Schwangerenambulanzen, Hebammensprechstunden und Stillambulanzen in jedem Krankenhaus sind teilweise schon erfolgt (Petra Fritsche, email, 01.12.2008).

6.3. Hebammen in Vorarlberg früher und heute

Einen sehr umfangreichen Blick in die Vorarlberger Geschichte von Sieglinde Amann in ihrer Dissertation „Zwischen Ermächtigung und Entmachtung – Hebammen und Geburtshilfe in Vorarlberg von 1800 bis 1900“ zeigt uns, dass dieser Berufsstand wahrlich keinen leichten Stand hatte. Hebammen erhielten von ihrer Gemeinde ein kärgliches Wartgeld und arbeiteten oft bis ins hohe Alter, da die Altersversorgung von den ohnehin armen Gemeinden abhing. Bei den Geburten erhielten sie wenn überhaupt oft Naturalien als Bezahlung, weil die Familien in den Bergregionen in sehr ärmlichen Verhältnissen lebten. Die jungen Hebammen erhielten nur Wartgeld, wenn die ältere Hebamme in den Gemeinden nicht mehr praktizierte und arbeiteten deshalb vielfach fast umsonst. Die langen beschwerlichen Wege zu den Gebärenden mussten sie fast ausschließlich zu Fuß erledigen und Fußmärsche bis zu drei Stunden waren in den entlegenen Orten der Vorarlberger Täler keine Seltenheit. Zur Erntezeit war es ein Glück, wenn ein Fuhrwerk aufzutreiben war, das die Hebamme wenigstens ein Stück weit zu ihrem

Ziel bringen konnte. Besonders beschwerlich waren die Wege im Winter. Heute kann man sich nicht mehr vorstellen, dass es einfach in Kauf genommen wurde über längere Zeit kniehoch im Schnee mit einem schweren Hebammenkoffer in der Hand zu waten, der das „Wahrzeichen“ jeder Hebamme war. Beim Einsetzen der Wehen lief meistens der Ehemann zur Dorfhebamme, die aber auch in einem anderen entlegenen Ortsteil wohnen konnte oder mit einer anderen Geburt beschäftigt hätte sein können. Es gab keine Telefone oder sonstige Nachrichtenträger und dann musste eben in der Zwischenzeit eine geburtserfahrene Frau helfen. Noch um 1900 waren viele Frauen nicht versichert und die Familien konnten es sich nicht leisten, bei Komplikationen einen Arzt zu konsultieren. Leidtragende dieses Umstandes waren immer die Frauen, die auf das Wissen und die Erfahrung der Hebammen und viel Glück angewiesen waren. Unter der Bevölkerung wurden Hebammen bevorzugt, die selbst schon einige Kinder geboren hatten, weil die Frauen ihnen mehr vertrauten (Amann, 2000, S. 38-48 und S. 73-82).

Die Säuglingssterblichkeit lag im ersten Lebensjahr bei ca. 20 % und verringerte sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts auf 16, 5% bei 3743 Geburten (Amann, 2000, S. 115). Bei der Geburt oder im Wochenbett verstarben beispielsweise im Bezirk Feldkirch im Jahr 1893 13 Mütter bei 1410 Geburten (Amann, 2000, S. 126).

Ab 1800 kommt es im Land Vorarlberg immer wieder zu verschiedenen Konflikten zwischen Hebammen und Ärzten oder sogenannten Wundärzten (ohne akademische Ausbildung, die aus dem Beruf des Baders entstanden sind). Hebammen besaßen nicht das Recht, Instrumente oder Medikamente zu verwenden bzw. zu verabreichen. Geburtshelfer versprachen den Frauen, schnelle Linderung ihrer Wehen mit dem Einsatz der Zange. Die Hebammen klagten, dass die Geburtshelfer ohne ein Anzeichen von Not die Geburtszange einsetzen und somit einen größeren Lohn einfordern konnten und dem Ansehen der Hebammen schaden (Amann, 2000, S. 73). In diesem Zusammenhang kam mir der Gedanke, dass das damalige Instrument der Zange dem heutigen Wunschkaiserschnitt entspricht. 1824 schrieb zum Beispiel das

Kreisamt, dass ein Arzt bei einer Geburt verpflichtend eine Hebamme beizuziehen hat, da dieser ja keine Zeit habe, so lange bei der Wöchnerin zu bleiben. Kam es dann zu Komplikationen war keine für den chirurgischen Fall kompetente Person mehr anwesend, die der Mutter und dem Kind hätte helfen können. Aus den Aufzeichnungen geht ferner hervor, dass die Geburtshelfer kein besonders großes Interesse hatten, die weiten Wege zu den Frauen auf sich zu nehmen und für viele Stunden um relativ wenig Geld zur Verfügung zu stehen. Die jungen Ärzte fanden die Nachtdienste recht beschwerlich und kannten sich mit der Geburtshilfe auch nicht so gut aus wie die Hebammen, die schon damals in Innsbruck einen halbjährigen Ausbildungslehrgang absolvierten. So lag der Gedanke sehr nahe, dass es für die Ärzte gelegener war, die Geburtshilfe in Entbindungsheimen und Spitälern zusammen zu legen.

Für die damaligen Dorfhebammen bedeutete diese Zentralisierung der Geburt, dass sie fortan in den Krankenhäusern angestellt wurden. Dies hatte mehrere Vorteile für diesen Berufsstand. Sie arbeiteten nach einem Dienstplan mit definierten Arbeitszeiten und hatten danach Feierabend. Die Bezahlung erfolgte nach der Anzahl der gearbeiteten Stunden auf der Station. Früher bekamen die Hebammen für die Geburt quasi eine Pauschale von der Familie und das Wartgeld von der Gemeinde. Dabei spielte die Dauer der Geburt keine Rolle (Speckner, 1998, S. 11 f.). Überdies erhielten die Spitalshebammen Urlaubs- und Krankengeld und eine „anständige“ Pension während bei einer Gemeindeanstellung fast immer nur das Minimum der Pensionsvorsorge einbezahlt wurde. Somit erhielten Hebammen nur eine Mindestpension.

Nach Recherchen von Sylvia Speckner in ihrer Diplomarbeit „Das Berufsbild einer Hebamme im 20. Jahrhundert – Vorarlberger Dorfhebammen erzählen aus ihrem Wirkungsbereich“ begründeten die Ärzte ihre Abneigung gegenüber Hausgeburten mit den mangelnden hygienischen Bedingungen in den einfachen Häusern. Der Rückgang der Hausgeburten während des letzten Jahrhunderts verlief kontinuierlich bis wir zum heutigen Stand von ungefähr 1 % (Statistik Austria, S. 187). Wenn Ärzte eine Spitalsgeburt empfohlen haben, betonten sie natürlich auch die

Sicherheit der speziellen Überwachungsgeräte und sprachen damit verunsicherte und ängstliche Frauen an und die Entscheidung war damit gefallen (Speckner, 1998, S. 110).

„Der Frau wird vermittelt, sie sei in Gefahr, und sie neigt dazu, diese Gefahr zu überschätzen. Das Vertrauen gilt nicht mehr dem eigenen Körper, sondern dem Arzt und den Apparaten“ (Andres, 1993, S. 162-168).

Die neuesten Forschungen zeigen jedoch, dass gerade die durchgehende Überwachung der kindlichen Herztöne und der Wehenkontraktionen dazu führen, dass der Neokortex der Frauen angeregt wird und somit die Geburten länger dauern und für Mutter und Kind gefährlicher werden (Odent, 2005, S. 32).

Je mehr Frauen in einer Generation im Spital entbunden haben, desto mehr haben Frauen in der darauf folgenden Generation ihre Kinder im Krankenhaus zur Welt gebracht. In einer im Zeitraum von 1947 – 1957 und 1970 – 1991 durchgeführten Langzeitstudie in Utah wurde festgestellt, dass Töchter von Frauen, die mit Kaiserschnitt entbunden haben, ein 6-fach höheres Risiko haben, ebenfalls per Sectio zu entbinden (Odent, 2005, S. 32). Odent fragt sich, ob die „Gebärfähigkeit“ zu Gunsten einer „industrialisierten“ Geburt verloren geht. Das Natürlichste der Welt, nämlich ein Kind zur Welt zu bringen, findet heute fast ausschließlich im klinischen Bereich statt. Die Krankenkassen strichen das Pflegegeld Ende der 60-er Jahre, wonach eine Pflegerin bei einer Hausgeburt zu Hause bezahlt wurde. Diese Unterstützung war für eine Familie und die Eltern sehr wertvoll. Da zu dieser Zeit schon alle Frauen versichert bzw. mitversichert waren, stellte es kein finanzielles Problem dar, die Kinder im Spital zu entbinden. Im Schnitt blieben die Wöchnerinnen damals zehn Tage im Krankenhaus und genossen die Ruhe und Erholung (Speckner, 1998, S. 112 f.). Heute dauert der Aufenthalt im Wochenbett im klinischen Bereich zwischen 4 – 5 Tage.

Die sehr hohe Auslastung der Geburtsstationen bedeutet für die Frauen von heute leider nur noch selten Ruhe und Erholung. Dies ist auch der Grund, warum das Hebammengremium für eine ambulante Geburt

plädiert. Hier möchte ich noch ergänzen, dass die Entlastung des Haushaltes durch eine Wochenbettpflegerin unabdingbar ist für die Erholungsphase der Wöchnerin. Früher blieb die Hebamme mindestens noch so lange im Haus, bis der Nabel des Kindes abgefallen war (Speckner, 1998, S. 79) und stand der Familie mit Rat und Tat zur Seite.

Geburt und Wochenbett sind ein soziales Ereignis. Berichte aus den letzten Jahrhunderten (1500 – 1900) sprechen von „*Weiberzechen*“ und „*Kindbettsuppen*“. Bei diesen Festlichkeiten nach der Geburt versammelten sich die Frauen des Dorfes im Haus der Wöchnerin und feierten teilweise über zwei Tage mit reichlich Speis und Trank die gelungene Geburt. Die Feier wurde von der Hebamme geführt. Die Obrigkeiten unternahmen Anstrengungen die Feierlichkeiten unter Kontrolle zu halten und versuchten

„(...) die ungeheure Zahl der Teilnehmerinnen, die sich zu den Festlichkeiten direkt nach der Geburt, anlässlich der Taufe, und im Anschluss an das Wochenbett zusammen fanden, zu beschränken“ (Labouvie, 2000, S. 207).

In neueren Tagen hat sich die „Weiberzeche“ eher zu einer Kaffeerunde gewandelt. Aber auch heute besteht ein großes Bedürfnis, die Wöchnerin und das Kind in den ersten Tagen zu besuchen. Traditionellerweise wurde zum „*Babygratulieren*“ in Vorarlberg Honig, Würfelzucker, Butter und ein Schild mitgebracht. (Schild ist ein Dialektausdruck: darunter versteht man in Vorarlberg vier zusammengebackene weiße Brötchen). Wenn die Besuche für die Wöchnerin zu anstrengend wurden, sorgte die Hebamme dafür, dass die Frau wieder zur Ruhe kam (Speckner, 1998, S. 80 f.).

Die Geschwisterbeziehungen zu dem Neugeborenen vom ersten Tag an dürfen nicht unterschätzt werden. Das Wochenbett ist ein Ort der Begegnung und somit kann das Kind rituell in die Gemeinschaft aufgenommen werden. Gefühlsmäßig macht es einen wesentlichen Unterschied, ob eine Mutter einige Tage mit ihrem Neugeborenen im Spital verbracht hat und die Geschwister in der Zwischenzeit von jemandem anderen zu Hause versorgt wurden oder ob das Neugeborene (fast) von Beginn an in das neue System hinein wachsen kann. Ich

glaube, dass viele Geschwisterrivalitäten abgeschwächt werden könnten, wenn keines der Familienmitglieder die Mutter vermissen müsste und jeder seinen Platz im System sicher hat. Die nachbetreuende Hebamme erhält so einen Überblick über das gesamte Familiensystem und kann die Wöchnerin bei psychosomatischen Erscheinungen viel besser begleiten beziehungsweise im Idealfall diese im Vorfeld schon abfangen wie das früher auch der Fall war.

Welche Möglichkeiten der Berufsausübung stehen den Hebammen heute zur Verfügung? Dazu führte ich zwei Interviews mit einer freipraktizierenden Hebamme und mit einer im Krankenhaus angestellten Hebamme. Grundsätzlich haben Hebammen in Vorarlberg zwei Betätigungsfelder. Entweder gehen sie ein Angestelltenverhältnis mit einem Krankenhausbetreiber ein oder sie arbeiten als freipraktizierende Hebammen, die Hausgeburten, Vorsorgen und Nachbetreuungen anbieten. Derzeit bieten in Vorarlberg zwei Hebammen hauptberuflich Hausgeburten an. Allerdings stehen freipraktizierende Hebammen vor dem Problem, dass bei Abbruch einer Hausgeburt wegen auftretenden Schwierigkeiten, die Gebärende von der Hebamme nur bis zum Spital begleitet werden darf (Interview mit Hebamme X, 4. August 2008). Im klinischen Bereich müssen sie der diensthabenden Hebamme übergeben werden, weil es für die Beleghebammen keine Rechtsgrundlage in Vorarlberg gibt. Das Hebammengesetz ist zwar ein Bundesgesetz, aber Hebammen, die im Krankenhaus tätig sind, unterstehen dem Krankenhausgesetz und dem Dienstgesetz des jeweiligen Krankenhauses. Die Haftpflichtversicherung freipraktizierender Hebammen ist im Spital nicht gültig und externe Hebammen dürfen auf legaler Basis nicht in Krankenhäusern entbinden und dann mit ihr wieder nach Hause gehen. Für die Frauen stellt dies in einer ohnehin problematischen Situation eine zusätzliche Verunsicherung dar (Interview mit Hebamme X., 4. 8. 2008). Dieser (Vorarlberger) Umstand gibt mir umso mehr zu denken, weil in Ostösterreich das Beleghebammensystem einen festen Platz in der Geburtshilfe hat. Das bedeutet, dass die Hebamme auf Basis eines Werkvertrages mit einem Krankenhaus

zusammen arbeitet und bei einem Abbruch der Hausgeburt die Geburt in dem Spital bestenfalls selbst beenden kann.

Ein weiterer Haken für freipraktizierende Hebammen ist die Tatsache, dass Hausgeburten nur zu einem Teil über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Insgesamt gibt es momentan zwei Hebammen, die mit der Vorarlberger Gebietskrankenkassen (VGKK) einen Vertrag zur direkten Abrechnung haben. Sie erhalten pro Hausgeburt eine Pauschale von 390,- EUR. Hat sich die Gebärende für eine andere privat abrechnende Hebamme entschieden, kann die Frau die Rechnung bei der VGKK einreichen und bekommt von der Hausgeburtspauschale nur 80 % erstattet, egal wie hoch die Kosten waren. Eine Stundenpauschale von 35,- kann von der Hebamme abgerechnet werden. Pro Geburt wird ein Kontingent von ca. 14 Hausbesuchen für Vor- und Nachsorge bereit gestellt (Telefonische Mitteilung der VGKK, 23.2.2009). Wird jedoch bedacht, dass zwischen einer Hausgeburt und einer spontanen vaginalen Geburt mit Wochenbett im Krankenhaus ein Kostenunterschied von ca. 1.200,- EUR besteht, muss sich die Frage gestellt werden, warum die Kassa nicht eine Wochenbettpflegerin dazu bezahlt und sich damit noch einige hundert Euro pro Geburt spart. Auf solche Vorschläge haben bisher weder Krankenkassa noch die Politik mit Interesse reagiert.

Das heute gängige Berufsfeld einer Hebamme ist die Geburtsstation eines Krankenhauses. Hier verrichten mehrere Hebammen ihren Dienst im Schichtwechsel und leisten zusätzlich noch Bereitschaftsdienste. Das Berufsleben der Hebammen wird zusätzlich belastet durch Übermüdung und Qualitätsverluste in der Betreuung, Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und verstärktem Arbeitsplatzwechsel (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 13). Ihr Tätigkeitsbereich ist im Hebammengesetz unter §2 (2) geregelt:

1. Information über grundlegende Methoden der Familienplanung;
2. Feststellung der Schwangerschaft, Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung

des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;

3. Veranlassung von Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer regelwidrigen Schwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;
4. Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt einschließlich Fragen der Hygiene und Ernährung;
5. Betreuung der Gebärenden und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
6. Spontangeburt einschließlich Dammschutz sowie im Dringlichkeitsfall Steißgeburten - sofern erforderlich - Durchführung des Scheidendammschnittes;
7. Erkennen der Anzeichen von Regelwidrigkeiten bei der Mutter oder dem Kind, die eine Rücksprache mit einer Ärztin/einem Arzt oder das ärztliche Eingreifen erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen, Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit der Ärztin/des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, woran sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;
8. Beurteilung der Vitalzeichen und –funktionen des Neugeborenen, Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen und Hilfestellung in Notfällen, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
9. Pflege des Neugeborenen, Blutabnahme am Neugeborenen mittels Fersenstiches und Durchführung der erforderlichen Messungen;
10. Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
11. Durchführung der von der Ärztin/vom Arzt verordneten Maßnahmen;
12. Abfassen der erforderlichen schriftlichen Aufzeichnungen.

Bei der Darstellung der Hebammenarbeit im Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums wird ersichtlich, dass Hebammen kaum in der Wochenstation eingesetzt werden, obwohl sie viel umfangreicher für die Nachbetreuung der Wöchnerinnen und der Babys ausgebildet sind als gynäkologische und geburtshilfliche Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS). Wir sprechen hier von einem gravierenden Unterschied an praktischer Ausbildung von 840 Stunden bei den DGKS der Gynäkologie und Geburtshilfe im Vergleich zu einem Mindestmaß an praktischer Ausbildung der Hebammen von 1770 Stunden. Zudem kann es für eine junge Hebamme ein großes Hindernis darstellen, nicht in allen dafür ausgebildeten Bereichen praktizieren zu können. Dies stellt eine klare Einschränkung für eine mögliche freiberufliche Tätigkeit dar und erzeugt überdies einen hohen Grad an Unzufriedenheit unter den Hebammen.

„Wenn man bedenkt, dass ein Hebammen-Ausbildungsplatz dem Land Vorarlberg sehr viel Geld kostet, ist es noch weniger verständlich, dass die Hebammen nicht in allen Bereichen, in denen sie ausgebildet sind, eingesetzt werden“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S.14).

Konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Situation wurden vor 2 Jahren an die zuständigen Politiker weitergeleitet. Diese beinhalten die Zusammenlegung von Säuglings- und Wochenstationen zu einer Mutter-Kind-Station in allen Krankenhäusern unter Hebammenleitung und den Ersatz von mindestens 50 % der DGKS durch Hebammen.

Das Thema der Schwangerenambulanz und der Hebammensprechstunden an den Krankenhäusern scheint mir noch nicht mit aller Ernsthaftigkeit umgesetzt worden zu sein. In keinem Krankenhaus wird eine Hebamme für die Hebammensprechstunden eingeplant und nur in Feldkirch betreut eine Hebamme des Kreißsaals diese Stelle mit (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 6 f.) Wie das aufgrund der sehr hohen Auslastung der Stationen in der Praxis aussieht, kann ich nur mutmaßen, erscheint aber im ersten Blick nicht gerade ideal, weder für die Frauen noch für die Hebammen. Im Bereich der Schwangerenambulanz betreut zumindest eine eigene

Hebamme in den LKH´s Bregenz und Dornbirn die Frauen. In den LKH´s Feldkirch und Bludenz wird auch dieser Posten von einer Kreißsaal-Hebamme mitbetreut. Ist in Bludenz die Mitbetreuung bei 445 Geburten im Jahr 2008 (www.lkhz.at/redaktion/uploads/files/495de949) (1.7.2009) noch eher einzusehen, so erscheint dies bei 1115 Geburten (email, Sekretariat des KHBG, 26.6.2009) im größten LKH Vorarlbergs mehr als fragwürdig.

Es stellt eine große Möglichkeit dar, den Hebammen, die aus der Geschichte heraus natürliche Position der hauptsächlichen Betreuung der Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Nachbetreuung Bedeutung zurück zu geben. Ähnlich einem in den Niederlanden praktizierten Modell könnten auch „unsere“ Kaiserschnittraten auf 10 % zurückgehen. Neben dem Aspekt, dass die Krankenkassen und das Land Geld sparen könnte, zählt für mich viel mehr ein gesunder, positiver, mit Selbstvertrauen gestärkter Start ins Leben für das Neugeborene und die Mutter, die viel Zeit und Ruhe z. B. für ein inniges Bonding haben oder zu einer langandauernden Stillbeziehung finden. Was verhindert in der Gegenwart nun diese Chance?

„Der kritische und fehlende Baustein bei einer Beteiligung von Hebammen an der Schwangerenvorsorge ist, dass nach der Diagnose oder beim Verdacht auf einen pathologischen Befund die schwangere Frau nicht verbindlich an einen Facharzt überwiesen werden kann“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 7).

Im Mutter-Kind-Pass fehlen Dokumentationsmöglichkeiten der Vorsorge, die von einer Hebamme durchgeführt werden kann. Diesbezüglich laufen bereits Anträge des Österreichischen Hebammengremiums an die zuständigen Ministerien (Petra Fritsche, email, 01.12.2008). Diese Veränderung erfordert offizielle Kooperationsregelungen mit den Gynäkologen, damit ein umfassendes Vertrauen zwischen den beiden Berufsgruppen zum Wohle der Frauen entstehen kann.

Hierzu habe ich am 28. August 2008 Susanne Haunold, hauptberufliche Hebamme im Landeskrankenhaus Bregenz, interviewt. Vor ihrer Anstellung in Bregenz war sie auf der Geburtsstation im Landeskrankenhaus Hohenems tätig. Dieses Gespräch stellte für mich

einen besonderen Anreiz dar, weil ich mir erhoffte, dass Haunold mir unter anderem auch schildern könnte, welche Vorzüge die landesbekannte Geburtenstation aus ihrer Sicht hatte, und welche Veränderungen sich in der Geburtslandschaft in Vorarlberg in den letzten Jahren ergaben. Eine der fünf Geburtsstationen im Land war die Wochenstation in Hohenems, die Ende 2006 aufgrund von Umstrukturierungen der Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) geschlossen wurde. Diese Station hatte den Ruf „irgendwie anders“ oder „alternativ“ zu sein. Haunold bestätigte mir, dass alleine von der Größe her (ca. 500 Geburten pro Jahr) und der räumlichen Situation der Ablauf im klinischen Alltag erleichtert war und es ihr möglich war, ganzheitlicher zu arbeiten. Damit meinte sie, dass Kreißsaal, Gynäkologie, Kinderzimmer und Ambulanz sich auf einem Stockwerk befanden. Die Hebammen hatten Kontakt zu den Frauen vor, während und nach der Geburt und es konnte eine persönliche Beziehung aufgebaut werden. Dies stellte für ihre Arbeit als Hebamme eine große Bereicherung dar. Es gab 4,5 % ambulante Geburten im Jahr 2006 (Jahresbericht der KHBG, 2006, S. 211), die in vielen Fällen von den internen Hebammen nachbetreut wurden. In Hohenems wurde als erstes Krankenhaus in Vorarlberg die Hebammengeburten (Geburt ohne ärztliche Unterstützung) eingeführt. Zudem war Hohenems in Westösterreich das erste stillfreundliche Krankenhaus.

Nach der Schließung der Hohenemser Geburtsstation wurde das Personal auf die anderen Krankenhäuser verteilt. Trotzdem beklagt Haunold, dass es immer mehr Arbeit und parallel dazu weniger Personal gibt. Zusätzlich kam es zu einem drastischen Anstieg der Kaiserschnitttrate und der medizinischen Interventionen in den letzten 10 Jahren. Weder die Frauen noch die Kinder sind kränker geworden, sondern die Geburtshilfe hat sich in diese Richtung entwickelt (Hebamme X., 4.8.2008). Der Bezug zu den bei der Geburt betreuten Frauen geht verloren. Bei einer 100 %-igen Anstellung bleibt nicht viel Zeit und schon steht die nächste Geburt an. Vielfach sind die „Häuser“ derart ausgelastet, dass keine Zeit mehr bleibt, in Ruhe zu benden.

„...wenn wir aufmerksam sind, kann es sein, dass wir das Kind nackt auf der Haut unter der Decke in die Station schieben (lacht). Das unterbricht das Ganze schon. Muss ich einfach danach sagen: Ich muss es jetzt schnell nehmen und wiegen und messen bevor ich euch auf die Station tue. (...) Es ist eine Zeit- und eine Platzfrage. Und wenn das reduziert wird, dann wird es immer weniger Zeit geben für solche Sachen (Bonding, Anm. der Autorin)“ (Interview mit Haunold, 28.8.2008).

Der Internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives) ICM führt in seinem Kodex die Beziehungsarbeit der Hebammen in einem eigenen Kapitel an. Der ICM hat zum Ziel, den Standard von Schwangeren, Gebärenden und Säuglingen mit ihren Familien zu verbessern. Erreicht werden soll diese Qualitätsverbesserung durch Forschung, Ausbildung und entsprechenden Einsatz von professionellen Hebammen. Der internationale Ethik-Kodex für Hebammen ist auch im Hebammen-Leitbild des Österreichischen Hebammengremiums verankert.

Beziehungen der Hebamme

1. „Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidung zu übernehmen.
2. Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihre Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken die Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.
3. Hebammen arbeiten mit politischen Instanzen und geldgebenden Trägerschaften zusammen, um die Bedürfnisse der Frauen bezüglich Gesundheitsversorgung zu definieren und um sicher zu stellen, dass Beiträge - unter Berücksichtigung von Prioritäten und Verfügbarkeit – gerecht verteilt werden.
4. Hebammen unterstützen sich gegenseitig in ihrer Berufsrolle und pflegen und fördern aktiv sowohl das eigene als auch das Selbstwertgefühl anderer.

5. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen, sie ziehen sie bei und überweisen ihnen Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet.
6. Hebammen anerkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Menschen in ihrem Tätigkeitsbereich und sind aktiv bestrebt möglich auftretende Konflikte zu lösen“ (www.fh-joanneum.at/aw/home/Studienangebot) (23.08.2008).

Hebammenarbeit weist nebst der medizinischen Arbeit auch einen starken psychologischen und kommunikativen Charakter auf. Im Vordergrund steht die Stärkung der Frauen in einer Lebenssituation, wo es wichtig ist auf Unterstützung zurück greifen zu können.

Auch die Berufsausübung aus ethischer Sicht wird angeführt. Besonders hervorgehoben werden die Sicherheit der Frauen und der Respekt gegenüber allen Kulturen. Im weiteren Sinn setzen sich Hebammen dafür ein, schädliche Bräuche und Sitten innerhalb der Kulturen abzuschaffen. Bei bestimmten ethnischen Gruppen wird die Nabelschnur sehr eilig durchtrennt oder das Baby gleich nach der Geburt gebadet und abgerieben. In anderen Zivilisationen kennen wir das straffe Einwickeln der Neugeborenen, das Durchbohren der Ohrläppchen bei kleinen Mädchen, das Einbinden der Füße oder das Halten des Babys übers offene Feuer zum „Räuchern“. In manchen kalten Ländern werden die Türen aufgerissen. Warum gibt es überhaupt solch schädliche Rituale im Geburtsbereich? Eine mögliche Interpretation dafür könnte sein, dass das aggressive Potenzial anstatt der Liebesfähigkeit gestärkt wird, um sich einen evolutionären Vorteil zu verschaffen. Über viele tausend Jahre war die wichtigste Überlebensstrategie, die Natur zu beherrschen und Kontrolle über andere Gruppen zu erlangen (Odent, 2005, S. 51 f.).

Hebammen arbeiten ganzheitlich und gehen auf die Bedürfnisse der Frauen in psychologischen, physischen, emotionalen und spirituellen Belangen ein. Die professionelle Verantwortung geht über die eigentliche Berufsausübung hinaus, indem sie sich verpflichtet fühlen, als Berufsstand

an der Entwicklung und Durchführung von gesundheitspolitischen Maßnahmen mitzuarbeiten und sich einzusetzen (www.fh-joanneum.at/aw/home/Studienangebot) (23.08.2008). Das Urteilsvermögen und die Einschätzung von Situationen sind mehr als nur von großem Vorteil in diesem Arbeitsfeld. Hebammen können sich weigern, an Handlungen teilzunehmen, die ihren inneren moralischen Einstellungen widersprechen mit dem Ziel den Frauen einen Schutz zu bieten und auf nicht vertretbare Umstände aufmerksam zu machen. Disziplinarisch sind Hebammen den Ärzten auf der Station unterstellt und weisungsgebunden, was vermutlich zu Konflikten führt wenn die eigenen ethischen Vorstellungen konsequent vertreten werden.

Wenn ich den Hebammen-Ethik-Kodex genau überdenke, scheint mir, dass die Arbeit einer Hebamme höchstmögliche Autonomie und Handlungsfreiheit benötigt, um diesen ethischen Vorstellungen gerecht zu werden. Somit hätten die Hebammen einen gesellschaftlichen Auftrag, der weit über den klinischen Bereich hinaus geht. Zur Erfüllung solcher Aufträge braucht es unbedingt einerseits gesetzliche Rahmenbedingungen zum Schutz der Arbeit und andererseits eine dementsprechende leistungsorientierte Bezahlung. Ich könnte mir auch vorstellen, dass das Hebammengremium politisch noch stärker vertreten werden könnte. Beides ist zurzeit in Vorarlberg nicht ausreichend der Fall.

Michel Odent fordert sogar die Verantwortlichen der Hebammenausbildung auf, die Auswahl der Kandidatinnen neuen Kriterien zu unterziehen. Es ist höchste Zeit eine radikale Wende zu wagen und zur wahren Hebammenkunst zurück zu kehren. Er stellt die Frage: *„Wie können wir garantieren, dass diese Bewerberin als Mutterfigur wahrgenommen wird, und dass ihre Anwesenheit die Gebärende nicht stört?“* (Odent, 2005, S. 150 f.) Nur eine Frau, die auf natürlichem Weg eine ungestörte vaginale Geburt erlebt hat, soll Hebamme werden können. Eine authentische Hebamme soll demzufolge selbst schon eine oder mehrere Geburten erlebt haben. In einem früheren Buch von Odent schrieb er, dass auch Frauen, die nicht selbst geboren haben gute Hebammen sein können (Odent, 1992, S. 118). Die Hierarchie auf der

Geburtsstation müsste sich umkehren, d. h.: Hebammen müssen während des gesamten Geburtsvorganges das Sagen haben. Der Geburtshelfer kann während der letzten Phase der Geburt hinzu kommen, allerdings nur als Unterstützung und nicht zur Übernahme der Führung. Erste Schritte in diese Richtung wurden erfreulicherweise mit der Einführung der Hebammengeburt in Vorarlberg gesetzt. Es ist auffallend, dass in Ländern wie Holland, Dänemark oder Finnland, wo dieses System praktiziert wird, die durchschnittliche Kaiserschnittrate bei ungefähr 10% liegt. In Ländern, wo es mehr Geburtshelfer als Hebammen gibt und die Geburtshelfer die Geburt leiten, liegt die durchschnittliche Kaiserschnittrate bei 20% und höher. Leider muss erwähnt werden, dass die Hebammen in den Krankenhäusern teilweise Gefangene des eigenen Systems sind. Je mehr Hebammen ihre Autonomie verloren haben, desto mehr schießen die Kaiserschnitraten in die Höhe. Das gilt für einige lateinamerikanische Länder, Taiwan, China, Süditalien, Griechenland genauso wie für Brasilien, wo 80% (!) der Frauen mit Kaiserschnitt entbinden! Im Extremfall ist der Berufsstand der Hebammen gänzlich von der Geburtsstation verschwunden (Odent, 2005, S. 31 f.). Wer vertritt dann noch die Frauen auf den Geburtsstationen?

„Es erschreckt mich manchmal, wie „tough“ die neuen, jungen Hebammen den gebärenden Frauen gegenüber sind“, äußert sich Susanne Haunold, langjährige Hebamme und Mutter dreier Hausgeburts-Kinder in ihrem Interview zur „Geburtssituation in Vorarlberg“. Diesen jungen Hebammen fehlt es offensichtlich an eigener Geburtserfahrung und daraus resultierend an einem tiefen Verständnis, in welcher Situation sich eine Frau in der Wehenarbeit und im Schmerz befindet. Allerdings habe ich selbst erlebt, dass eine Gebärende intuitiv spürt, ob ihre Hebamme wirklich aus sich selbst heraus mit ihr den Weg der Geburtsarbeit gehen kann.

Bei der Geburt meines ersten Kindes hatte ich das Glück, eine wunderbare Hebamme zu haben, die sehr viel Mütterlichkeit und Güte ausstrahlte. Obwohl ich einen Großteil der Geburtsarbeit alleine oder mit meinem Lebensgefährten im Wehenzimmer machen konnte, schaute sie manchmal kurz vorbei und erkundigte

sich, wie es mir ginge. Da die Geburtsstation in dieser Vollmondnacht sehr frequentiert war, legte mir eine andere, jüngere Hebamme den Wehenschreiber an. Ich fühlte mich sehr unwohl bei ihr, weil sie anscheinend kein Verständnis dafür aufbringen konnte, dass ich im Liegen die Wehen viel schmerzhafter spürte und einfach stöhnte. Ihre Bemerkungen signalisierten mir eindeutig „ich solle mich nicht so anstellen“. Als sie das Zimmer wieder verließ, war ich heilfroh. Ich glaube, mit einer solchen Hebamme wäre mein Kind nicht so schnell auf die Welt gekommen.

6.4. Die Situation der Frauen aus der Perspektive der Hebammen

Gespräche in der Schwangerschaft erlangen immer mehr Bedeutung, da Frauen sich in der heutigen Geburtshilfe unbedingt umfassend informieren müssen, damit sie ihre Selbstbehauptung während der Geburt behalten können. Nur so können sie Verantwortung für sich und das Kind übernehmen und als aktive Gebärende entscheiden und nicht als passive Patientin in ihren Bedürfnissen übergangen werden (Kitzinger, 1993, S. 197). Die Geburtsvorbereitung hat auch den Sinn, Frauen dort zu stärken, wo sie automatisch in eine sensible von großen Hormonschwankungen geprägten Phase unversehens hinein rutschen. Aus diesem Grund heraus befürwortet das Hebammengremium Vorarlberg die Kostenübernahme der Geburtsvorbereitung von Seiten des Landes, damit sozial schwächer gestellte Schwangere auch gestärkt und umfassend informiert werden können (Petra Fritsche, email, 3.1.2009).

„Frauen müssen an der Entscheidung über den Geburtsmodus beteiligt werden. Sie müssen über Risiken und Auswirkungen für sich und ihr Kind genau informiert werden“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 13).

Was hier so selbstverständlich klingt, schaut in der Realität leider oft ganz anders aus. Warum sollten diese Punkte sonst als Lösungsansätze im Konzept verankert worden sein? Dieses Faktum alleine stimmt mich besorgt. Einerseits benötigt es die genaue Informiertheit der Frauen in einer allgemein verständlichen Sprache, andererseits ist es unbedingt notwendig, dass der Geburtshelfer die Entscheidung der Frau abwartet

und mit ihr danach bespricht. Das Dilemma der Frauen heute besteht unter anderem darin, dass viele Schwangere sich gar nicht trauen dem Arzt gegenüber ihre Wünsche zu äußern, geschweige denn zu widersprechen. Die international anerkannte Geburtsvorbereiterin und Stillberaterin Sheila Kitzinger betont die Wichtigkeit der Selbstbestimmung in der heutigen medizinischen Geburtshilfe. Diese verantwortungsbewusste Kommunikation gelingt nur, wenn sich die Frauen umfassend in der Geburtsvorbereitung zusammen mit einer Hebamme über die verschiedenen Möglichkeiten informiert haben (Kitzinger, 1993, S. 196). Ich hatte mich vor der Geburt meines ersten Kindes ausführlich mit Literatur und Geburtsvorbereitung beschäftigt. Zu meinem Glück, kann ich nur sagen:

Als meine Presswehen einsetzten, stützten mich meine Hebamme und mein Lebensgefährte, um in den Kreißsaal zu gelangen. Ohne mich zu fragen hoben sie mich auf einen Gebärstuhl, der in liegender Position eingestellt war. „Ich will unbedingt die Schwerkraft nützen“, schoss es mir durch den Kopf. Klar und bestimmt sagte ich: „Ich möchte in einer vertikalen Position gebären.“ Der Arzt antwortete in den Raum hinein: „So, so die Frau Zech möchte vertikal gebären.“ Danach stellten sie die Lehne des Gebärstuhls in eine aufrechte Position und halfen mir, mich aufzurichten.

„*Es braucht eine neue Kultivierung des Gebärens*“ meint Haunold im Gespräch. „*In Ostösterreich ist es normal, dass Frauen schon in der Schwangerschaft eine Hebamme engagieren. Dies wird in den Familien mitgetragen*“ (Hebamme X. 4.8.2008). Die Vorarlbergerinnen erfahren in der Gesellschaft wenig Unterstützung, wenn sie auf ihre Selbstbestimmung beim Gebären pochen. Überhaupt fehlt in vielen Familien, dass die Mütter an die Töchter ihr Wissen weiter geben oder auch ihre ungunen Erfahrungen mit ihnen besprechen. Bruscheiler-Stern und Stern sprechen von einer „großen Sprachlosigkeit“ der Frauen in der Zeit um die Geburt (Stern, Bruscheiler-Stern, 2000, S. 22). Wenn ich mich mit hochschwangeren Erstgebärenden über die Zeit nach der Geburt unterhalte, stelle ich immer wieder fest, dass die Geburt als Höhepunkt der Anstrengung gesehen wird. Für die Phase der Anpassung von Mutter und Kind in den ersten drei Monaten nach der Geburt scheint weder bei

den Frauen noch bei den Männern ein ausreichendes Bewusstsein vorhanden zu sein. Mit dem Moment der Ankunft des neuen Erdenbürgers hat sich die gesamte Lebenssituation der Frau aber auch jener des Paares schlagartig geändert! Die falsche Vorstellung, dass eine Frau nach 10 Tagen nach der Geburt wieder „voll funktioniert“ belastet die Frauen zusätzlich mit einem enormen Druck. Das soziale Umfeld einer Wöchnerin muss wieder ein neues Bewusstsein entwickeln. Mütter brauchen zwei Monate (!) Unterstützung (Haunold, 28.8.2008). Das Spätwochenbett dauert acht Wochen und dient dem Anpassungsprozess an das Leben mit dem Kind und der hormonellen Umstellung der Mutter (Stadelmann, 2005, S. 268). Vor allem auch viele Väter und Partner müssten ein besseres Verständnis entwickeln. Ließen sich vielleicht so viele Beziehungskrisen, Wochenbettdepressionen und Stillprobleme erklären?

Die Achtsamkeit, die Leboyer den Neugeborenen gegenüber unbedingt empfiehlt, genau diese Achtsamkeit benötigt auch eine Frau in dieser Lebensphase. Die Geburtshelfer sollten hier viel besser geschult werden. Leider wurde mir in der Zeit meiner Recherchen zwei Mal mitgeteilt, dass Frauen ohne ihr Einverständnis bei einer Voruntersuchung Prostaglandin (=eine weheneinleitende Tablette) vaginal eingelegt wurde (Telefongespräch mit Hebamme A., 2.2.2009). Die Frauen klagen wenn überhaupt erst bei der Hebamme und kämpfen nach der Geburt mit einer traumatischen Belastung, die oft vorerst einfach nur verdrängt werden kann. Belastende Situationen können im Vorfeld abgefangen werden, wenn Frauen ihre Wertvorstellungen kund tun. Einstimmig berichten mir Frauen und Hebammen, dass Dienstschtwechsel während einer Geburt von keiner Seite gewünscht werden. Dem vorzubeugen haben manche Frauen, die es sich leisten können, eine Wahlhebamme engagiert (siehe auch voriges Kapitel). Haunold bezeichnet dies als „*privaten Luxus*“.

„*Jede Frau braucht verschieden lang zum Gebären*“ und es ist vielen wichtig im eigenen Rhythmus ihr Kind auf die Welt zu bringen. „Bewusste“ Frauen wollen dies dezidiert so. Andere Frauen, die sich nicht tiefer mit dem Thema Gebären auseinander gesetzt haben, lassen sich gerne leiten

und pochen nicht auf ihre Selbstbestimmung. Für diese Gebärenden stellt die Fremdbestimmung auch kein Problem dar. Wenn ein Oberarzt am Beginn der Presswehen meint: „*Das Kind muss in einer Stunde da sein*“, versetzt diese Aussage eine Frau in einen immensen Stress. Das bedeutet, dass die Angst ein Thema wird und sich die Atmung automatisch verschlechtert. Schlechte Atmung wiederum hat eine unzureichende Versorgung des Kindes mit Sauerstoff zur Folge, was eine medizinische Intervention notwendig macht (Hebamme X. 4.8.2008).

Zu Beginn des Interviews mit der Hebamme X. am 4. August 2008 klingelte das Telefon und eine Frau meldete sich, die ihr Kind vor ein paar Stunden im LKH Feldkirch zur Welt gebracht hatte. Sie befand sich in der unglücklichen Situation, dass auf der Station kein Bett mehr frei war. Auf dem Gang wollte sie mit ihrem Kind nicht liegen und bestand deshalb auf eine Entlassung. Eine frühzeitige Entlassung wiederum ist gesetzlich nur möglich, wenn sie eine Hebamme für die Nachbetreuung angeben kann. Frau X. übernahm spontan die Nachbetreuung. Dies ist sicherlich eine Extremsituation, die aber die hohe Aus- bzw. Überlastung der Geburtsstation verdeutlicht. In der Regel haben Erstgebärende überhaupt keine Ahnung, wie sich das Wochenbett im klinischen Bereich gestaltet. Sätze wie „Da kann man sich richtig erholen“ gehören leider der Vergangenheit an. Vor 30 Jahren war das sicherlich noch der Fall, als die Wöchnerinnen für 10 Tage auf der Station zur Betreuung waren. Die Bedingungen haben sich für die Frauen und das Personal wesentlich verschlechtert. Die Zimmer sind in der Regel zu dritt oder zu viert plus Babys belegt, die vielfach langen täglichen Besuche noch gar nicht eingerechnet.

Im vorigen Abschnitt habe ich beschrieben, dass das Ankommen eines Menschenkindes eben vorrangig ein soziales Ereignis ist und es deshalb nicht verwunderlich ist, dass bei drei bis vier Wöchnerinnen in einem Zimmer sozusagen „Massen“ von Leuten angezogen werden. Am Abend machen sich die Konsequenzen des ständigen Kommen und Gehens bemerkbar. Mütter und Kinder sind aufgedreht, da sie nicht in Ruhe stillen konnten. Auch der Ablauf im klinischen Alltag lässt es kaum zu, Frauen

Gelegenheit zu bieten, wenigstens ein Schläfchen zu halten oder ungestört ihr Neugeborenes zu stillen. In den Nächten weinen die Babys zu unterschiedlichen Zeiten, sodass man von ungestörten Phasen der Nachtruhe nur träumen kann. Hier macht es einen wesentlichen Unterschied, ob zwei oder vier Frauen in einem Zimmer sind. Es ist keine Seltenheit, dass Wöchnerinnen 5 Tage fast nicht geschlafen haben und vollkommen erschöpft entlassen werden (Telefongespräch mit Hebamme A., 2.2.2009). Die Chance auf eine Zweierbelegung ist in einem kleinen Krankenhaus immer größer. Allerdings besteht hier die Gefahr, dass diese Geburtsstation wegen zu niedrigen Auslastungszahlen geschlossen werden kann. Hebammen sehen hier das gut nachbetreute Wochenbett zu Hause als beste Alternative. „*Die Stillzahlen in Vorarlberg sind ein Wahnsinn*“ meint Haunold. Vorarlbergerinnen stillen im Durchschnitt nur 4 Monate. Das ist extrem wenig und wurde Gott sei Dank schon von der politischen Seite erkannt. Hier wird vom Land für Stillstudien, Stillhotline und Stillambulanzen Geld zur Verfügung gestellt (Freundliche Mitteilung von Landesstatthalter Mag. Markus Wallner, 18.12.2008). Die Grundlage für die Stillbeziehung wird im Bonding nach der Geburt und im Wochenbett gelegt. Wenn man Mutter und Kind die Zeit und Ruhe lässt, finden sie meistens sehr gut zueinander (Haunold, 28.8.2008).

Auf jeden Fall ist die Geburt eines Kindes für jede Frau eine sehr turbulente Zeit. Ein paar Stunden Zeit für sich selbst zu nehmen, ist meistens Luxus. Trotzdem oder gerade deswegen wäre es von großer Wichtigkeit, dass auch die Rückbildungs- und Beckenbodengymnastik zum Beispiel im Mutter-Kind-Pass verpflichtend und kostenlos verankert wäre (Petra Fritsche, email, 3.1.2009). Die Spätfolgen von Inkontinenz oder Blasenschwäche treffen die Frauen ohne Möglichkeit der Rehabilitation oft Jahre später. Leider ist dieses Thema zu sehr tabuisiert, als dass die ältere Generation von Frauen ihre Töchter diesbezüglich ermutigen würden oder von ihrer Scham und ihrem Leiden berichtet.

6.5. Interviews mit zwei Hebammen

Wie schon bereits in den vorhergehenden Kapiteln erwähnt haben sich eine freipraktizierende Hebamme, die anonym bleiben wollte, und Susanne Haunold, Hebamme im Krankenhaus Bregenz und Mitglied des Österreichischen Hebammengremiums in der Landesgeschäftsstelle Vorarlberg, bereit erklärt, mir ein Interview zu geben. Das Interview war durch Leitfadenfragen strukturiert. Auf Grund ihres teils unterschiedlichen Berufsfeldes haben sich dafür typische Unterschiede in der Beantwortung der Fragen ergeben. Der Großteil der Interviews wird von einer einheitlichen „Stimmung“ der beiden Hebammen geprägt. Ich habe versucht, die Inhalte beider Interviews in Überkategorien zu thematisieren und will damit aufzeigen, wie sich freipraktizierende und angestellte Hebamme immer wieder ergänzen und bestätigen.

6.5.1. Stress im Wochenbett

I: Haben Sie Erfahrungswerte warum Frauen, die eine klinische Erstgeburt hatten dann unbedingt eine ambulante Geburt wollten?

X: Da geht's vorwiegend ums Wochenbett. Um die Rundum-Betreuung. Man glaubt im Krankenhaus wird man rundum betreut. In der Praxis sieht es dann so aus, dass zwei oder drei oder sogar vier Frauen in einem Zimmer sind, die Kinder verschiedene Schlafrhythmen haben, verschiedene Probleme da sind, dass Frauen net zum Schlafen kommen zum Bsp. Also dass sie tagelang net zum Schlafen kommen, weil a Baby so rumgeschrien hot oder so oder sie wollten unbedingt stillen und es hot net funktioniert und die sind nach Haus gangen mit am Frust oder Brustwarze tut weh, oder die Brustwarze ist wund, oder man hat gsagt, des funktioniert net, oder zu wenig Muttermilch, oder solche Gründe...

- Einer der Gründe, warum Frauen eine ambulante Geburt wählen, ist der Stress im Wochenbett auf der Station. Im Zimmer befinden sich bis zu vier Wöchnerinnen plus Babys. Dies

erzeugt viel Unruhe und wenig Gelegenheit zum Schlafen. Dazu gibt es noch Probleme mit dem Stillen.

I: An welche Situationen im Krankenhaus kannst du dich erinnern, wo sie sich beschwert haben?

H: Wo es ganz oft Beschwerden gibt, ist immer wieder das Wochenbett. Wo die Frauen das Gefühl haben, dass sie im Wochenbett zu wenig Ruhe gehabt haben. Also im Krankenhaus sind sie ja meistens nicht alleine im Zimmer. Oft zu dritt oder zu viert im Zimmer, was heißt dass sie in der Nacht nicht nur das eigene Baby hören, sondern die anderen Babys auch. Dass die Bettnachbarin schnarcht, oder so. Also dass die Nächte ziemlich unruhig sind, und die Tage auch, weil im Krankenhaus gibt es einen ziemlichen Betrieb, den es gibt, der durchgezogen werden muss, scheinbar. Und einfach oft wenig Ruhe einkehrt. Dann sind oft viele Besuche da, also Besuchszeit ist immer ein großes Thema im Spital. Auf den Wochenstationen. Dass die Frauen das Gefühl haben, sie werden von den Besuchen überrannt. Und sie haben eigentlich nie Zeit einmal ein Schläfchen zu machen oder sich in Ruhe ums Baby zu kümmern. Das merkt man dann am Abend. Dann sind alle am Abend fertig. Die Frau hat nie in Ruhe gestillt, z.B. die Kinder sind ziemlich aufgedreht, die Mütter auch. Also ganz viele entstehen im Wochenbett dadurch, dass die Frau keine Ruhe hat. Wenn natürlich viel los ist, kann es sein, dass die Frau vom Pflegepersonal nicht so viel Unterstützung kriegt. Wie sie es gerne hätte oder brauchen würde. Weil es natürlich so ist wie in allen Häusern, dass Personal reduziert wird. Bei gleichbleibenden Belegzahlen. Ja. die Frauen natürlich andere Ansprüche haben, als vor 50 oder 100 Jahren. Eh klar. Die immer weniger erfüllt werden können. Das Personal leidet auch sehr darunter. An der Situation. Dass sie sagen: Vor 10 Jahren haben wir die Frauen viel besser betreuen können. Da haben wir mehr Zeit gehabt und waren selber zufriedener mit der Arbeit.

- Frauen beschwerten sich oft, dass es im Wochenbett zu wenig Ruhe gibt. Oft sind sie bis zu viert im Zimmer.

- Besuchszeit ist im Spital ein großes Thema. Diese Unruhe überträgt sich auf die Mütter und die Babys.
- Bei gleichbleibenden Belegzahlen wird Personal reduziert. Es leiden Frauen und Pflegepersonal darunter und sind unzufrieden.
- Vor 10 Jahren waren beide Gruppen zufriedener.

.....

I: Kannst du dir Hauptgründe vorstellen, wenn Frauen, die eine klinische Erstgeburt hatten, sagen: Ne des will ich nicht mehr, unbedingt eine ambulante.

H: Also ich denk mir die Hausgeburt ist nochmals etwas ganz anderes als die ambulante Geburt. Bei der ambulanten Geburt ist es so, dass man sagt, mir ist es so gut gegangen, ich hätt es gar nicht gebraucht im Spital zu sein. Das war also unnötig. Ich hab mich net traut beim ersten Kind und hab das halt net gewusst. Und dann gibt es noch Frauen, die sagen, des war einfach furchtbar. Des war unruhig ich hab mich nicht ausruhen können. 5 verschiedene Leute für 5 verschiedene Sachen und solchen Kram. Und was noch ganz oft bei Mehrgebärenden dazu kommt ist, dass sie sagen, ich möchte zum großen Kind nach Hause. Die dritte Gruppe ist diese, die sagt, zur Geburt sicherheitshalber ins Spital, aber im Wochenbett brauch ich vor allem meine Ruhe und meine häusliche Atmosphäre. Und das hat sich total bewährt. Die Frauen sind viel ruhiger und viel erholter daheim. Also das ist eine eindeutige Sache. Also auch Erstgebärende, wo man das Gefühl hat, die brauchen jemand 24 h. zum dazuschauen, das stimmt so gar nicht. Also das reicht, wenn die Hebamme ein mal am Tag kommt, telefonisch erreichbar ist, und noch ein zweites Mal kommt. Aber eigentlich finden sich die Mutter und das Kind am besten, wenn sie eine Ruhe haben. Ich gehe davon aus, dass die zugang kommen, des muss einfach net sein, dass da ständig jemand daneben ist. Kind und Brust zusammen steckt, sondern das sollte die Mutter schon selbst mit dem Kind machen. Das funktioniert auch.

- Die Hausgeburt ist etwas ganz anderes als eine ambulante Geburt. Für einige Frauen war das Wochenbett im Spital unruhig und sie konnten sich nicht erholen.
- Ambulant Gebärende meinen: Zur Geburt sicherheitshalber ins Spital, im Wochenbett brauchen sie vor allem Ruhe und häusliche Atmosphäre. Das hat sich total bewährt. Mehrgebärende wollen zum älteren Kind nach Hause.
- Am besten finden sich Mutter und Kind, wenn sie Ruhe haben.

Kommentar: Das Thema „Ruhe“ scheint sehr zentral im Wochenbett zu sein. Selbst habe ich ja beide Varianten - klinisches und häusliches Wochenbett - erlebt und kann deshalb aus vollster Überzeugung für ein häusliches Wochenbett plädieren. Die Unterstützung der Frauen nach der Geburt zu Hause müsste in Form von Familienhelferinnen oder Wochenbettpflegerinnen gegeben sein. Die Krankenkassen sollten diese Kosten übernehmen und dabei noch von Einsparungen profitieren! Worauf wartet die Politik? Frauen im Wochenbett sind nicht krank sondern schonungsbedürftig. Die tägliche persönliche Betreuung einer Hebamme zu Hause, die sich für Mutter und Kind unter Umständen mehrere Stunden Zeit nehmen kann, ist unübertroffen. Das Bereitstellen von einem sehr teuren Krankenhausbett scheint mir bei normalen Bedingungen nicht gerechtfertigt. Das holländische System könnte teilweise richtungsweisend sein.

6.5.2. Die Nöte der Frauen

I: Jetzt die gleiche Frage: Frauen, die eine klinische Erstgeburt hatten, und die sich dann für die zweite Geburt für eine Hausgeburt entschieden haben. Da geht es wahrscheinlich eher um die Geburt.

X: Da geht es eher um den Geburtsbereich. Da gibt es auch einige Frauen. Immer wieder einfach den Wunsch haben bei der Geburt von einer Hebamme betreut zu werden. Des haaßt dieser persönliche Kontakt ist schon von der Schwangerschaft her schon. Geburtsvorbereitung, Schwangerschaftsbetreuung und Geburt an für

sich bis danach ins Wochenbett, da ist immer dieselbe betreuende Hebamme da. Des ist für viele Frauen einfach ein großer Wunsch und der im Krankenhaus einfach net erfüllt werden kann. Zum Bsp. wenn in der Pressphase grad an Dienstwechsel ist oder so. Oder solche Sachen, na, des kommt im Dienst einfach vor. Des ist einfach normal.

I: Auf solche empfindliche, sensible Phasen wird da keine Rücksicht genommen?

X: Wenig. Also die Frauen wissen das ah net. Bei die Hebammen ist des so, wenn... Ich betreu dich den ganzen Tag und jetzt ist Dienstschluss um sieben und wenn ich noch 2 od. 3 Std. da bin, kann ich die Zeit net amol ausschreiben. Die mocht des freiwillig in ihrer Freizeit und des mocht sie sicher nur an zwa mol, fünf mol, oder so und das ist auch fertig. Aber die Frauen wissen des aber net. Die Frauen wissen net, dass des jetzt ihr Freizeit ist. Also es ist derzeit so, dass man maximal a halbe Stund in manchen Spitälern noch eine Stunde abschreiben kann. Aber des wird immer weniger und weniger. Früher sag mr amol vor 10 Jahren, 15 Jahr, wenn die Hebamme die Geburt noch fertig gmocht hot, hot sie halt 3, 4 Std. noch aufgeschrieben. Zur Geburt gehört dann ja auch die Plazentaphase, die Blutung, die Versorgung des Risses, des ghört jo alles noch dazu. Ich kann ja net, wenna Baby heraus ist, z'Haus renna. Und daher ergibt sich des, aus der Pressphase heraus, es kann noch 3,4 Stund dauern. Und wenn mein Dienst fertig ist, vor 10 Jahren haben wir des noch aufschreiben können. Mittlerweile wird immer alles gekürzt, mittlerweile gibt's Häuser, wo man a halbe Stunde oder gar nichts mehr aufschreiben kann. Des heißt die Hebammen würden dann in der Freizeit für die Frauen arbeiten, und denn kumst am siebene in der Früh wieder und host bis zehne aufd Nacht Dienst. Und des kann man et jeden Tag machen. Des kann ma machen, wenna a Freundin ist, oder wer auch immer. Das kann net der Standard sein.

- Für viele Frauen ist es ein großer Wunsch während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von einer einzigen Hebamme betreut zu werden.
- Frauen wollen keinen Dienstwechsel der Hebamme während der Geburt. Dies ist im Krankenhaus nicht möglich.

- Hebammen haben keine Möglichkeit Überstunden zu schreiben (oder nur eine halbe Stunde je nach Krankenhaus), wenn sie freiwillig bei einer Geburt länger bleiben. Vor 10 Jahren war das möglich.

.....

I: Haben Sie von Frauen gehört, dass sie bei der ersten Geburt irgendwo gedrängt wurden? Wo sie irgendwo in Stress gekommen sind? Und nicht ihren eigenen Rhythmus finden konnten.

X: Jo, des kommt auch öfters vor. Jede Frau braucht verschieden lang zum Gebären. Und die meisten Frauen wünschen den eigenen Rhythmus zu finden, sofern sie gut vorbereitet sind. Sie wissen schon wie wichtig diese Phase ist. Wenn sich Frauen vorher nie damit beschäftigen, gibt es schon Frauen, die sich sehr leicht leiten lassen und denen das dann nicht zum Problem wird. Aber die andere Seite ist, dass viele Frauen immer bewusster werden. Die dann sagen: Eigentlich möchte ich in meinem Rhythmus, weil das ist mein Geburtserlebnis und auf das kann... leider nicht immer eingegangen werden. Im Krankenhaus. Also deswegen werden viele Sachen kurzfristig kurz vor der Geburt beendet aus den verschiedensten Gründen. Also wenn zum Bsp. die Frau Angst hat, ein Beispiel: Der Doktor kommt rein und sagt: Na ja in einer Stunde müsst mir das Kind hobn. Des löst un... sehr sehr große Spannungen aus bei der Frau, Angst, ein ungutes Gefühl, jetzt muss ich, muss ich, muss ich. Wenn sie in Stress kommt, wird die Atmung schlecht. Des Kind wird schlechter mit Sauerstoff versorgt, und dann ist es dieser Negativzyklus, der beginnt und dann muss die Geburt rasch beendet werden. Wenn man die Frau einfach in Ruhe lässt, und gebären LÄSST, und sie net unter Druck setzt, oder Zeitdruck setzt, dann funktioniert des meistens tadellos. Also so ist des in der Geburtshilfe ah. Dass in der Geburtshilfe mit Saugglocke beenden müsste oder so. Das hab ich noch nie ghabt, zu Hause. Nie in fünf Jahren. Weil einfach die Frau braucht dann um drei Stunden länger. Wichtig ist, dass sie gut in den Bauch atmet und das Baby mit Sauerstoff versorgt ist.

- Jede Frau braucht verschieden lang zum Gebären.

- Die meisten Frauen wünschen den eigenen Rhythmus zu finden. Darauf kann im Krankenhaus nicht immer eingegangen werden.
- Aus verschiedensten Gründen wird eine Geburt kurzfristig beendet.
- Negativzyklus bedeutet: Die Frau kommt in Stress, atmet schlecht, damit wird das Baby nur ungenügend mit Sauerstoff versorgt und die Geburt muss rasch beendet werden.
- Wenn man Frauen nicht unter Druck oder Zeitdruck setzt funktioniert das Gebären meistens tadellos.

.....

I: Gibt es das in einer Grauzone in Vorarlberg?

X: In einer Grauzone gibt es das schon. Aber in der Grauzone zu arbeiten, das kann sehr leicht ins Auge gehen in diesem Beruf. Da muss nur irgendwas passieren. Da bist du, wenn du jetzt in der Grauzone arbeitest, ja nicht versichert im Krankenhaus. Die Angestellten dort sind versichert, d. h. die Ärzte, die Krankenschwestern, die Hebammen, die haben alle dort automatisch durch ihren Dienstvertrag eine Haftpflichtversicherung für ihren Beruf. Ich hab diese nur für meine Hausgeburtshilfe selbstversichert. Sobald ich aber dort bin, gilt des nicht mehr, weil da ist ja das Krankenhaus. Das heißt, wenn dort ein Fall, irgendein Notfall eintreten würde, etwas, was unvorhersehbar ist, dann könnten mir die Oberärzte den Schwarzen Peter zuschieben. Die ist ja gar nicht bei uns angestellt, was macht denn die da eigentlich. D.h. der Graubereich spielt sich dann meistens so ab, dass Hebammen, die im Krankenhaus angestellt sind, Frauen zur Geburt begleiten. Das ist der Graubereich, die ist ja dort versichert und die Frau die bezahlt sie. Im Graubereich.

I: Und welche Nachteile sehen Sie da für die Frauen? Die sich das ja illegal beschaffen, weil legal gibt es das ja nicht.

X: Na, legal gibt es das nicht. Die Nachteile für die Frau, ja die meisten, ich würd sagen 99 %, übernimmt so eine Krankenhaus-Hebamme keine Nachbetreuung,

weil die arbeitet ja 40 Stunden, macht zusätzlich noch Rufbereitschaft für eine private Geburt, die kann ja nach Hause kommen. D.h. die Vorbetreuung, die Geburt und die Nachbetreuung sind wieder drei verschiedene Hebammen. Also meistens. Das ist einfach ein großer Nachteil für die Frau, weil sie sich nicht auf eine Person verlassen kann, die sie die ganze Zeit tragen kann. D.h. die Frauen, die sich das wünschen, dass sie im Krankenhaus gebären, aber eben keinen Dienstwechsel erleben möchten. Das ist das Thema. Die nehmen sich dann privat, hören sich dann um, wer und wo und wie ist das möglich, und machen sich dann privat mit einer angestellten Krankenhaus-Hebamme das aus.

I: Und haben so wenigstens...

X. ...keinen Dienstwechsel. Das müssen sie dann auch im Graubereich bezahlen.

- Eine externe Hebamme ist im Krankenhaus nicht versichert und kann deshalb eine abgebrochene Hausgeburt im Spital nicht fortsetzen. Dafür gibt es in Vorarlberg keine Rechtsgrundlage.
- Um dem Dienstwechsel zu entgehen, organisieren sich Frauen privat eine im Krankenhaus angestellte Hebamme. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass diese Hebamme die Nachbetreuung übernimmt, weil sie ja schon 40 Stunden Dienst im Spital hat.
- Damit erspart sich die Frau den Dienstwechsel, was sie privat bezahlt.
- Der Nachteil für die Frau ist, dass sie sich nicht auf eine Person verlassen kann, die sie die ganze Zeit begleiten kann.

.....
I: Und im Kreissaal, sind dir Situationen begegnet, wo es Druck gegeben hat, weil schon wieder jemand Anders da war zum Gebären?

H: Jo, schon. Für die Geburt haben wir immer Platz, aber wenn eine Frau das Zimmer möchte, weil sie baden möchte, dann geht's halt nicht. Also wir haben ananfürsich genug Räume für die Geburt, das schon. Was schon passieren kann, dass man nach der Geburt nicht mehr viel Zeit hat. Mutter und Kind zusammen

packt und sie auf die Station tut, was ich ziemlich störend empfinde. Wenn die Eltern nicht mehr Zeit verbringen können mit dem Kind alleine.

I: Zum Thema Bonding. Wenn du sagst alles zusammen packen.

H: Das kann sein, dass das dann untergeht. Oder wenn wir aufmerksam sind, kann es sein, dass wir das Kind nackt auf der Haut unter der Decke auf die Station schiebt (lacht). Das unterbricht das Ganze schon. Muss einfach danach sagen: ich muss es jetzt noch schnell nehmen und wiegen und messen bevor ich euch auf die Station hinaus tue. Wenn es einfach ... ist, sonst kann man sich mit allem Zeit lassen. Und das ist umso größer die Häuser sind und umso weniger Personal ist umso weniger zu verwirklichen. Es ist eine Zeit und eine Platzfrage. Und wenn das reduziert wird, dann wird es immer weniger Zeit geben für solche Sachen.

- Es gibt genug Räume zum Gebären (in Bregenz).
- Gelegentlich bleibt nach der Geburt nicht mehr viel Zeit. Mutter und Kind werden gleich auf die Station gebracht.
- Das unterbricht das Ganze (Bonding).
- Es wird immer weniger Zeit für solche Sachen (Bonding) geben.

.....

I: Hast du Erfahrung gemacht, mit einer Mutter, die vorzeitig sozusagen fluchtartig aus dem Krankenhaus hinaus ist, wo du sie auffangen musstest oder betreuen. Oder kennst du solche Fälle, wo die Frau sagte: Jetzt ist es mir zu viel, jetzt halt ich es nicht mehr aus.

H: Das gibt es schon. Dass Frauen dann gehen, wobei sie meistens sagen, bin ich froh, dass ich mich getraut habe, zu gehen. Da geht es mir jetzt super. Ja, mmh. Was bei denen ist, dass sie nicht Bescheid wissen, wie funktioniert das mit der Hebamme. Habe ich noch einen Anspruch. Die gehen dann einfach nach Hause und haben keine Nachbetreuung. Wenn sie z.B. ärgere Probleme mit dem Stillen haben, kann es sein, dass sie dann abstillen.

- Manche Frauen verlassen das Krankenhaus fluchtartig, ohne die Nachbetreuung mit einer Hebamme geregelt zu haben oder über ihre Ansprüche informiert zu sein.
- Es kann passieren, dass sie bei Stillproblemen einfach abstillen.

.....

Kommentar: Wenn wir die Grundbedürfnisse der Frauen während der Geburt wirklich berücksichtigen würden, müsste die Geburtshilfe in Mitteleuropa anders aussehen. Das elementarste Bedürfnis der Frau scheint zu sein, in ihrem Rhythmus zu gebären und sich sicher und geborgen zu fühlen. Jede Art von Unterbrechung, alles was den Neokortex aktiviert, empfindet sie als störend und mindert die Konzentration auf das Geburtsgeschehen. Frauen brauchen Zeit und eine Hebamme, die als Vertrauensperson schon während der Schwangerschaft fungiert. Die Geburt für sich ist schon ein Ausnahmezustand. Wer möchte da noch zig verschiedene Personen während dieses Prozesses kennenlernen? Ich persönlich empfinde es als eine Schande für unsere Gesellschaft, dass es als „privater Luxus“ bezeichnet werden muss, wenn Frauen vor der Geburt abklären möchten, was sie brauchen und was ihnen wichtig ist. Der alternative Weg, eine Wahlhebamme zu engagieren, bleibt allerdings für sozial schwächer gestellte Frauen eine Wunschvorstellung.

Die Einstellung der Hebammen zum Thema „Wahlhebamme“ ist meines Erachtens ambivalent. Einerseits profitieren sie von einem geregelten Dienstplan, der das Privatleben berechenbarer macht. Andererseits könnte ich mir vorstellen, dass eine Frau ganzheitlich von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett zu betreuen mit dem Aufbau einer Beziehung zu Mutter und Kind eine sehr befriedigende Arbeit sein kann. Auf jeden Fall viel befriedigender als Frauen „am Fließband“ zu entbinden. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass auch die Hebammen im klinischen Bereich alles versuchen die Frauen zu unterstützen und wenn möglich noch vorhandenes altes Hebammenwissen zu nutzen. Leider

stoßen die Hebammen an die Grenzen einer hierarchischen Strukturierung des klinischen Alltags.

6.5.3. Sozialpolitische Komponente

I: Hebammengesetz in Vorarlberg. Ich habe mich kundig gemacht. Vor zwei Jahren wurde ein Antrag für Beleghebammenteam abgewiesen. Was hältst du davon?

H: Das war damals im Zusammenhang mit dieser Hohenems Schließungsgeschichte. Und – ich wär prinzipiell dafür, dass es diese Geschichte gibt, aber ich weiß, dass die Primärärzte nicht begeistert sind davon, und auch nicht die Hebammenteams. Das Thema ist ja in allen Teams in Vorarlberg besprochen worden. In Hohenems haben wir das so gehabt, dass wir gesagt haben, mit bestimmten Hebammen könnten wir uns das gut vorstellen. Also wenn dann müssten wir bestimmen, welche Hebamme wir da herein lassen und welche nicht. Weil es ganz wichtig ist, dass die mit uns und wir mit ihnen zu gänge kommen, sonst ist das ein Disaster. Aber ich weiß es von anderen Häusern, die möchten das eigentlich nicht. Das gibt es in anderen Bundesländern, in Deutschland. Wobei man sagen muss, dass die Beleghebammen, das kann eine Falle sein für uns. D.h. dass ich freischaffend bin, diese Geburt mache und auch nur diese Geburt kriege und das kann natürlich sein, wenn wir Hebammen sagen, das wär super, wenn jedes Haus 2 Beleghebammen hätt, dann wären das so Wahl- Wunschhebammen für die Frauen, dass man uns den Stellenplan reduziert und sagt: So und so viel Geburten werden von den Beleghebammen abgedeckt, da könnte man bei euch mehr Bereitschaftsdienste machen. Das ist gar nicht so eine einfache Sache, da müssen wir schon aufpassen, dass wir uns selbst nicht eine Falle machen. Aber prinzipiell die Idee wäre schon gut. Was jetzt im Moment ist, einzelne Hebammen gibt, die sich in Vorarlberg. Privat anbieten als Wahlhebamme, aber das kann ich nur in dem Haus, in dem ich angestellt bin. Wobei es im Moment wieder mal net ganz klar ist, dürfen wir dafür ein Geld

verlangen oder nicht. Kann sein, dass man dafür kein Geld verlangen darf. Was dann natürlich indiskutabel ist. Das wird jetzt grad wieder überprüft.

- *Primärärzte und Hebammen waren nicht begeistert von der Diskussion über das Beleghebammensystem.*
- *Es ist ganz wichtig, dass das geburtshilfliche Team gut mit den Beleghebammen (zusammen arbeiten) kann.*
- *Beleghebammen im Haus zu haben, könnte eine Falle sein. D.h. dass der Stellenplan reduziert werden könnte oder dass es mehr Bereitschaftsdienste gäbe.*
- *Klar ist, dass nur im Krankenhaus angestellte Hebammen Wahlhebammen sein können.*
- *Unklar ist, ob sie dafür Geld verlangen dürfen.*

.....
I: Oh gesetzlich befinden ihr Wahlhebammen euch in einem Grauen Bereich.

H: Im Moment schon, wobei net ganz geklärt ist, wobei ich schon glaube, dass es legal ist, weil das Gesetz ist ja ein Bundesgesetz und gilt für ganz Österreich. Also kann ich mir nicht vorstellen, dass das im Wiener Raum gang und gebe ist, dass das in Vorarlberg nicht geht. Aber die KHBG hat uns vor kurzem angeschrieben, und gesagt, dass sie eigentlich glauben, dass dafür Geld verlangen, eigentlich nicht legitim ist, ich kann jetzt gar nichts dazu sagen, das wird sich bald herausstellen.

I: jetzt hast du gesagt, du bist Wahlhebamme. Wie läuft das de facto ab, wenn eine Frau zu dir kommt?

H: Die ruft bei mir an und sagt: ich kriege ein Kind und denn, ich möchte meine Hebamme kennen lernen, mit ihr mich vorbereiten und ich möchte genau wissen, wer kommt zu meiner Geburt. Ich möchte, dass die die ganze Geburt bei mir ist, und auch im Fall, dass ich früher nach Hause gehe, dass die Hebamme die Nachbetreuung übernimmt. Und wenn die weit weg wohnt, kanns sein, dass sie sagt: ja gut, ich nehm mir eine Hebamme aus meiner Umgebung, aber das tun

wir einzeln besprechen. D.h. diese Geburt , diesen Sonderservice muss sie selber zahlen. Und das ist ein Satz, den kann sich die Hebamme frei wählen und des kann sich die Hebamme frei wählen, und das ist jetzt die Frage: geht das oder geht das nicht.

I: Diesen Satz kann sie mit der Krankenkassa abrechnen?

H: Na, na, weil des gibt's net in dem System. Das ist ein ganz privater, privater Luxus der Frau, die eigene Hebamme möchte. Das entsteht oft so, dass Frauen sagen, ich hab schon einmal ein Kind kriegt und hab 3 Hebammen gehabt oder ich hab eine Hebamme gehabt, die ganz anders getan hat, als ich es gebraucht hätte. Und ich möchte jetzt einfach jemand, mit der ich vorher abkläre was ich brauche und was ich möchte. Und eben kein Hebammenwechsel und so.

- Wahlhebammen arbeiten in Vorarlberg im Graubereich.
- Die Krankenhausbetriebsgesellschaft teilte mit, dass eine private Bezahlung der Wahlhebamme nicht legitim ist.
- Die Wahlhebamme bietet eine ganzheitliche Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin an.
- Dieser Sonderservice kann nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden.
- „Privater Luxus“ für eine Frau bedeutet, dass sie vorher abklärt, was sie braucht und was sie möchte und durch keinen Hebammenwechsel in ihrer Geburtsarbeit gestört wird.

.....
I: Und aus der Sicht der Hebamme, wie würden Sie da diesen illegalen, würde ich mal sagen, Deal sehen?

X: Aus meiner Sicht?

I: Mmh.

X: Wie soll ich das sagen? Ich hab mich damit abgefunden. Ich hab jahrelang, als ich hergezogen bin, weil ich hatte in X. ein Werkvertrag, also ich war zuerst angestellt in X. und dann hab ich einen Werksvertrag angesucht, und hab genau

diese Arbeit, Frauen begleitet ins Krankenhaus gebracht und wieder nach Haus, das hab ich jahrelang gemacht. Und hab nur gute Erfahrungen gemacht. Und als ich hierher gezogen bin, habe ich auch darum gekämpft, das auch hier einzuführen. Aber es haben sich alle dagegen gewehrt. Mittlerweile habe ich aufgegeben, aber ich wehre mich auch dagegen, dass ich illegal arbeite. D. h. es kommt ja sehr oft die Anfrage an mich, kannst du nicht da mit reingehen? Das heißt der Primar Schwärzler würde mir das schon erlauben, das ist nicht das Thema, aber es ist einfach keine Rechtsgrundlage da. D. h. der Primar Schwärzler ist sehr offen für das. Der würde das sehr befürworten und würde sagen, ich könnte jederzeit kommen. Ich nehme das aber nicht in Anspruch, d. h. ich gehe sogar noch einen Schritt weiter, indem ich versuch der Frau das klar zu sagen, wie die Rechtsgrundlage ist, wenn ich eine Hausgeburt mache, und wir müssen die Hausgeburt abrechnen aus irgendeinem Grund, weil die Hausgeburt zu Hause nicht geht, da geh ich mit der Frau ins Krankenhaus und führ sie hin und übergib sie der diensthabenden Hebamme und ich geh nach Hause. Das ist unsere Rechtsgrundlage in Vorarlberg. Weil im Krankenhaus kann nur die arbeiten, eine Geburt machen, die dort angestellt ist. Das ist meine Konsequenz aus dem Ganzen. Also das ist nicht von Vorteil für die Frau, aber ich denk, ich muss für mich eine Linie entscheiden, Ich kann nicht einmal so und einmal so arbeiten. Wenn da irgendwann mal etwas passiert oder nicht in Ordnung ist, da kann ich meinen Beruf überhaupt nicht mehr ausüben.

I: Sie haben gesagt, als Sie am Anfang in Vorarlberg waren, sie haben dafür gekämpft, haben Sie Unterstützung gekriegt, bzw. wie war das von Seiten der eigenen Berufskolleginnen?

X: Doch. Vom Gremium kam da schon Unterstützung. Es wurden die Werksverträge von Ö. kopiert und ans Land geschickt, das war aber schon ein ganzer Amtsweg, über Monate da. Aber letztendlich hat die Betriebsgesellschaft vom Krankenhaus gesagt, das brauchen wir nicht. Wir haben genug Hebammen, die angestellt sind, die sollen die Arbeit machen. Wenn ich mit einer Frau komme privat, heißt das, dass die diensthabende Hebamme hat keine Arbeit. Dann muss ich alles machen. Die kriegt aber bezahlt. Ich bekomme ja privat bezahlt. Und das

will die Krankenhausbetriebsgesellschaft verhindern. Das heißt, es wurde im Land verhindert.

- Hebamme X. kennt das Beleghebammensystem aus Ostösterreich und hat damit nur gute Erfahrungen gemacht.
- Beim Abbruch einer Hausgeburt muss die Frau an die diensthabende Hebamme im Spital übergeben werden. Das ist die Rechtsgrundlage in Vorarlberg.
- Dies ist nicht von Vorteil für die Frauen.
- Es kam Unterstützung von Seiten des Gremiums. Werksverträge aus Ostösterreich wurden ans Land geschickt.
- Das Land und die Krankenhausbetriebsgesellschaft haben den Antrag abgelehnt mit der Begründung, dass man das Beleghebammensystem nicht braucht.

.....
I: Und die Infrastruktur hat die sich erweitert? 550 Geburten oder mehr (sind bei der Schließung von Hohenems für andere Häuser dazu gekommen). Sind die Räumlichkeiten gleich geblieben?

X: Das ist so gewesen, dass die einzelnen, mit den Primärärzten haben wir auch Gespräche geführt, im Vorfeld. Wir schätzen, dass so viel mehr Räume und so viel mehr Personal,,,,, aber das hat man nicht gekriegt und fertig. Z.B. hot der Prim. Neunteufel gesagt, bei mir werden die meisten nach Dornbirn kommen, ich brauch unbedingt noch Wehenzimmer, wir sind eh schon so voll sonst kann ich nicht noch mit mehr schaffa, und der hat des nicht gekriegt. Und der ist sicher vehement aufgetreten. Also es ist, ja ... wir haben im Vorfeld mit den Politikern so viele Gespräche geführt, dass wir so Sachen zum Hören gekriegt haben: Vor 50 Jahren hatten wir auch weniger Personal, weniger Räume, mehr Geburten, also was wollen ihr?? Also da haben wir viel mal gehört, WAS WOLLT IHR?? Was will das Weib (lacht)? Und die waren schon ziemlich entnervt mit uns. Ganz viel.

- 550 Geburten gab es in Hohenems.
- Es wurden viele Gespräche mit Politikern geführt.

- Prim. Neunteufel sagte, dass er mindestens ein Wehenzimmer mehr bräuchte, weil die Station ohnedies schon so voll ist.
- Es ist schwer, etwas zu kriegen.
- Was will das Weib?

.....

Kommentar: Tatsache ist, dass ca. 550 Geburten pro Jahr auf andere Krankenhäuser - vor allem Dornbirn und Feldkirch - aufgeteilt wurden. Die Infrastruktur, d.h. Wehenzimmer und Kreissäle wurden trotz Anfrage von Primärärzten nicht aufgestockt. Das Personal von Hohenems wurde ebenfalls aufgeteilt - generell wurde der Stellenplan jedoch reduziert. Dies zeigt sich in der spürbaren Überbelastung des Personals. In dieser Rochade der Verantwortlichen bleiben Mutter und Kind, für die ein hektischer Klinikalltag absolut kontraproduktiv ist, auf der Strecke. Es scheint den verantwortlichen Politikern nicht bewusst zu sein, welche langfristige Wirkung die Störung dieser sensiblen Phasen für Mutter und Kind, ja sogar für eine ganze Gesellschaft, mit sich bringt. Geradezu paradox klingt es, wenn die Krankenkassen bei einem eindeutigen Einsparungspotential nicht reagieren. Ab sofort könnten Wochenbettpflegerinnen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin mir sicher, dass einige Frauen sich für ein Wochenbett in der häuslichen Atmosphäre entscheiden würden - andere würden sogar eine Hausgeburt in Erwägung ziehen.

Die Begründung, man bräuchte kein Beleghebammensystem wird dem Bedürfnis der Frauen nach einer durchgängigen Betreuung nicht gerecht. Wurden eigentlich Frauen dazu befragt? Gerade der Umstand, dass eine Hausgeburt, die im Krankenhaus fortgesetzt werden muss, nicht von der eigenen Hebamme fortgeführt werden kann, stößt sicher nicht nur bei mir auf Unverständnis. Diese sehr pragmatische Entscheidung seitens des Landes bestraft und verunsichert damit Frauen, die sich für eine Hausgeburt entscheiden. Wir reden hier von Zahlen um die 5-10 Frauen pro Jahr pro Krankenhaus. Warum sollte das nicht ermöglicht werden? Dass weder das Land noch die Krankenhausbetriebsgesellschaft das

brauchen, ist schon klar, aber wo bleiben hier die Frauen und ihre Babys? Sollte sich dahinter womöglich die Angst einer grundlegenden Veränderung der Geburtslandschaft in Vorarlberg verstecken? Das wäre nur zu befürworten, ist doch eine Kaiserschnitttrate um die 25 % - 33 % sicher kein Aushängeschild für ein Gebären in aller Ruhe.

Manche Frauen haben sich selbst geholfen indem sie eine Wahlhebamme engagiert haben, was in der Rechtsgrundlage des Systems nicht vorgesehen ist. Leider ist es Fakt, dass eine Frau, die gerade geboren hat meist keine Energie zur Verfügung hat, auch noch für ihre Rechte zu kämpfen. Diesen Teil, so meine ich, sollten VertreterInnen in der sozialpolitischen Gemeinde übernehmen.

6.5.4. Die heutige Geburtslandschaft in Vorarlberg

I: Was hat sich in der Geburtslandschaft in VBG. in den letzten Jahren verändert?

X: Verändert? Also dass doch mehr Frauen ambulant nach Hause gehen. Dass mehr Frauen sich bei Stillproblemen Hilfe holen, das ist das Positive daraus. Das Negative wäre, dass mehr Kaiserschnitte jährlich um einiges ansteigen. Das ist die Negativseite vom Ganzen. D.h. aber nicht dass die Frauen kränker oder die Kinder kranker sind, sondern die Geburtshilfe hat sich einfach in diese Richtung entwickelt. Z. B. Beckenendlage früher einfach spontan entbunden wurden. Und das gibt's heut einfach nicht mehr. Bei einer Erstgebärenden wird ein geplanter Kaiserschnitt gemacht. Man kann darüber diskutieren, Anlaufstelle ist jetzt dafür der Primar Concin.

I: Haben Sie irgendwie konkret Auswirkungen bemerkt, dass Hohenems geschlossen wurde, dass Lustenau geschlossen wurde?

X: Bei Lustenaus Schließung war ich zu neu da. Da kann ich nicht mitreden. Es waren nur 200 Geburten pro Jahr, das sind zu wenig, dass man da Vergleiche ziehen kann. Das hat sich andersweitig aufgeteilt. Und bei Schließung von Hohenems, hat man bei den Frauen, z.B. war Hohenems das einzige Krankenhaus

wo es Hebammengeburt gegeben hat. Mittlerweile wird das auch da eingeführt. ja. Dh. die Frau wird aufgeklärt, dass sie ausschließlich von der Hebamme betreut und nur im Notfall, wenn ein Arzt gebraucht wird. Das hat es nur in Hohenems gegeben. Und dadurch sind Frauen ganz bewusst da hingegangen und haben gesagt: ich will eine Hebammengeburt aber im Krankenhaus. Und das verändert sich ein bisschen die Landschaft und die Spitäler müssen sich ein bisschen öffnen, weil die Nachfrage von den Frauen auch da ist. Es ist die Nachfrage der Frauen, die man nicht absolut unterdrücken kann. Sonst wird es zu einem Geburtstourismus kommen, so etwas gibt es auch.

- Mehr Frauen gebären ambulant.
- Mehr Frauen holen sich Hilfe bei Stillproblemen.
- Die Kaiserschnitttrate steigt jährlich an.
- Die verstärkte Forderung der Frauen nach einer Hebammengeburt setzte eine Änderung in Gang.
- Früher gab es die Hebammengeburt nur in Hohenems, jetzt kann sie in jedem Krankenhaus durchgeführt werden.

.....

I: Was hat sich in der Geburtslandschaft in Vb. du bist jetzt seit 30 Jahren Hebamme, du hast ganz viel mitgekriegt, verändert? Wenn wir wirklich mal zurückgehen vor 30 Jahren, was hat sich verändert bis heute?

I: Vor 30 Jahr hat es die ganzen Entbindungsheime noch gegeben. es hat Lustenau noch gegeben. Es hat damals ein paar schon nicht mehr gegeben.

H: Es hat damals im Rheintal noch Höchst und Lauterach gegeben, aber die sind schon länger weg. Im ganzen Bregenzerwald hat es mehrere Entbindungsheime gegeben. Und die alten Hebammen sind in Pension und junge Hebammen haben es zT. noch übernommen. Aber relativ kurze Zeit, also 3,4,5 Jahre hat man die hintereinander aufgelassen. Das letzte war dann Lustenau. Und des heißt , die Frauen waren alle gezwungen ins Krankenhaus zu gehen. Hausgeburten hat es immer gegeben, net wahnsinnig viel, aber es hat immer gegeben. Ich hab damals auch Hausgeburten gemacht und war damals die einzige Hebamme. Und des

waren vielleicht 20, 25 Hausgeburten im Jahr. Es dürften jetzt zwischen 30 und 40. und ahm, vor eineinhalb Jahren hat man dann Hohenems zugesperrt, das war dann schon ziemlich einschneidend, weil das waren zum Schluss 500 Geburten pro Jahr im Schnitt. Das heißt die verteilen sich jetzt auf die umliegenden Häuser. Mit Hohenems ist schon noch einmal ein Haus verloren gegangen, wo es geheißen hat, dass inmitten von den großen Häusern Feldkirch, Dornbirn, Bregenz ein alternatives Haus gegeben hat. Ja, die Häuser jetzt sind alle etwas größer. Es läuft jetzt alles ein bisschen anders, mehr medizinischer. Und nicht mehr ganz so persönlich. Und da denk ich mir, ist einiges verloren gegangen in der geburtshilflichen Landschaft dadurch. Jo was noch. Die Kaiserschnitttrate ist massiv gestiegen (lacht) von irgendwo 6% auf 20 bis 30% , das ist natürlich eine ganz andere Arbeitssituation für die Hebammen, die Frauen haben sich total verändert. Die Einstellung zum Kaiserschnitt hat sich verändert. Ah. Es gibt inzwischen den Wunschkaiserschnitt, der noch eine Rarität ist, aber ich hab schon das Gefühl, dass es jedes Jahr mehr wird.. Für uns Hebammen eine ganz ganz schwierige Situation (lacht), es gibt auch ganz stark die Szene, dass Frauen selbstbestimmt sind und sagen: ich will eine Wassergeburt und und. .. Des hat auch total zugenommen, aber das andere auch. Ahm, ja.

- Vor 30 Jahren gab es im ganzen Land noch Entbindungsheime.
- Das letzte war in Lustenau.
- Die Frauen waren gezwungen ins Krankenhaus zu gehen.
- Vor eineinhalb Jahren wurde Hohenems zugesperrt.
- Ca. 500 Geburten verteilten sich auf die umliegenden Häuser.
- Der Ablauf in den großen Häusern ist nicht mehr so persönlich und medizinischer.
- Einiges ist verloren gegangen in der geburtshilflichen Landschaft.
- Die Kaiserschnitttrate ist massiv von 6 % - 20 bis 30 % gestiegen, was eine ganz andere Arbeitssituation für Hebammen erfordert.

- Einerseits gibt es immer mehr Frauen, die selbstbestimmt sind und sagen, was sie wollen. „Das andere“ – fremdbestimmt zu gebären - hat aber auch zugenommen.

.....

Kommentar: Das leise Sterben der Entbindungsheime wurde von den wenigsten bemerkt. Im Jahr 2000 schloss das letzte Entbindungsheim in Lustenau mangels Nachfrage. Ich finde es sehr schade, dass den Frauen in Vorarlberg keine Wahl mehr bleibt, da die Bedürfnisse einer Gebärenden und Wöchnerin nach Ruhe und einem eigenen Rhythmus in einem Entbindungsheim sehr wahrscheinlich eher befriedigt werden als auf einer hochfrequentierten Station. Die geographische Lage der Seitentäler Vorarlbergs sprechen nicht für eine Zentralisierung des Gebärens. Für mich stellt sich hier die Frage nach der Wertigkeit rund um das Thema Gebären.

6.5.5. Neue Kultivierung

I: Gibt es von deiner Seite irgendetwas, was du noch ins Gespräch einbringen möchtest, dass es Niederschlag findet?

H: Dass ich als Hebamme ganz stark hoffe, dass die Tendenz zu Kaiserschnitt, PDA und die ganze Technisierung, Medikalisierung in der Geburtshilfe den Höhepunkt erreicht hat, wobei ganz viele sagen, das geht jetzt noch eine Zeit lang aufwärts, bis es dann wieder sinkt, bis man sagen kann, das ist jetzt in Ordnung so. Also wo ich schon merke, da tu ich mir als Hebamme schon schwer mit dem Wunschkaiserschnitt. Also wo ich merk, aha hetzig, ich habe geglaubt, ich komme mit allen Frauen zu gänge, also nicht dass ich mit ihnen nicht zu gänge komme, aber eigentlich will ich nichts mit ihnen zu tun haben. Das interessiert mich nicht, das will ich nicht, ich will auch niemandem etwas anderes einreden, aber das will ich nicht in meinem Leben und jo, das hoffe ich dass es bald den Zenit erreicht hat, und sich auf einem vernünftigen Maß einpendelt. Das ist einfach eine schlechte Entwicklung, aber wahrscheinlich geht es noch

aufwärts bis der Mensch zur Vernunft kommt. Dass es überhaupt, halt ich bin in der Zeit Hebamme geworden als Leboyer populär war, für mich waren das laufend Aha-Erlebnisse, das ist nicht so präsent, das ist den Frauen nicht mehr so bewusst wie früher, oder das mit dem Stillen. Also das ist jetzt nicht mehr so wichtig, das gehört ganz neu kultiviert das Ganze. Also die ganze Beziehungsgeschichte. Und nicht die Life-style-Wunschkaiserschnitt-Geschichte. Das ist auch ein Zeichen unserer Gesellschaft, das kann man nicht isoliert sehen. Geburt hat schon etwas mit meinem übrigen Leben zu tun. Wie ich gebären möchte, was ich mir vorstelle, hat etwas mit meinem Leben überhaupt zu tun. Und da hoffe ich schon, dass die Frauen auf ihre eigenen Fähigkeiten berufen, und nicht meinen, es ist super fortschrittlich, wenn man sich einen Kaiserschnitttermin aussucht, weil das ist ein Missverständnis. damit gebe ich es in die Hände von jemand anderen. Es ist nicht, dass ich die Entscheidungsfreiheit habe, ob es am Sonntag ist, sondern dass ich es jemandem anderen in die Hände gebe und es ist einfach Sünd und schad, ich kann es nicht anders sagen, wenn Frauen sich diese Möglichkeit von vorne herein nehmen. Das ist es einfach. Da hoffe ich echt. Da bin ich um jede junge Frau froh, die sagt, das will ich alles nicht. Ich will nur in Ruhe mein Kind bekommen, das kann ich schon. Das ist halt auch unsere Aufgabe.

I: Neue Kultivierung als Stichwort.

X: Wieder einmal.

- Es gibt eine Tendenz zum Kaiserschnitt, PDA (= Periduralanästhesie), Medikalisierung und Technisierung in der Geburtshilfe.
- Der Wunschkaiserschnitt ist auch ein Zeichen unserer Gesellschaft.
- Geburt hat immer auch mit meinem übrigen Leben zu tun.
- Einen Kaiserschnitttermin aussuchen heißt: Ich gebe das Geburtserlebnis in die Hände von jemandem anderen.
- Eine neue Kultivierung rund ums Thema Schwangerschaft und Geburt sind angesagt.

I: Und du hast am Anfang vom Gespräch die Unruhe vom Wochenbett angesprochen, das die Frauen oft stört.

H: Das war in Hohenems etwas anders, weil es eben kleiner war. Aber grundsätzlich war es auch nicht optimal gelöst. Das Dilemma bei unserer Station war, dass die Gynäkologie auf derselben Station ist. D.h. es gibt schon diese Idee von Zimmerpflege, aber das lässt sich nicht wirklich verwirklichen. Wenn das gemischt ist mit einer anderen Station. Also da müsste man in der Grundstruktur etwas verändern. Es gibt Ideen, Modelle, und irgendwie an was es wirklich scheitert. Weil ich weiß nicht, woran es wirklich scheitert, es zu verwirklichen. Die Situation hat sich für das Pflegepersonal einfach verschlechtert auf den Stationen. Also die sind wirklich frustriert. Die sagen es ist immer mehr Arbeit und wir haben immer weniger Leute. Also das ist sicher verbesserungswürdig. Abgesehen davon dass ganz viele Frauen einfach heim gehören im Wochenbett und eine gute Nachbetreuung brauchen. Was schlecht ist, dass sie heim gehen und nichts daheim haben. Des gehört ausgebaut, und die die länger im Krankenhaus sind, das man für die wirklich mehr Zeit hat. Also des gehört einfach wirklich verändert. Und was ich jetzt sehe ist, dass die Frauen früher heim gehen aber nicht wirklich eine Nachbetreuung in Anspruch nehmen, wenig. Dort muss man wieder eine Kultur aufbauen, das soziale Umfeld der Frauen muss wieder ein anderes Bewusstsein entwickeln. Da müssen die Hebammen ganz massiv dran sein, denn die Frauen brauchen über Wochen noch Unterstützung. Bei uns ist es halt so, die Frau kommt nach Hause und soll halt funktionieren. Und des stimmt net. Es wird jetzt jedes Jahr vom AKS eine Stillstudie gemacht und die Zahlen sind ein Wahnsinn. Erschreckend schlecht. In einem Land wie Vorarlberg wo man alles haben, und ich finde es ziemlich luxuriös so wie wir leben, für des, stillen wir ganz schlecht, relativ kurz und die Zahlen haben schon etwas zu sagen. Da müsst man, ... viele Frauen sind daheim überfordert mit Stillen, wir kommen so net rundum mit den anderen zwei Kindern und dem Haushalt, wie sollte das gehen? Jeder verlangt auch wieder von den Frauen, dass sie wieder funktionieren. Das ist schon ein Manko in unserer Kultur.

- Die Situation des Pflegepersonals hat sich verschlechtert, die Angestellten sind wirklich frustriert.
- Frauen gehören im Wochenbett nach Hause und die Nachbetreuung sollte ausgebaut werden.
- Manche Frauen gehen früher heim ohne eine Nachbetreuung in Anspruch zu nehmen.
- Wieder eine Kultur aufbauen, indem das soziale Umfeld ein anderes Bewusstsein entwickelt.
- Die Frauen brauchen über Wochen Unterstützung.
- Die Zahlen der Stillstudie sind enorm schlecht.
- Jeder verlangt, dass die Frauen wieder funktionieren. Das ist ein Manko in unserer Kultur.

.....

I: Wie haben Sie ihr Hebammendasein in Ostösterreich erlebt, also auch unterschiedlich zu Vorarlberg?

X: Also der eine große Unterschied ist, dass die Frauen offener sind. Und dass es mehr „in“ ist, eine Hebamme zu haben, wenn man gebärt, wenn man schwanger ist. Das ist einfach ein Teil dieses Modefaktors, ich weiß nicht, ob das das richtige Wort ist. Sagen wir so, wie das in Ostösterreich ist. Es ist viel aktueller, in, von der Familie getragen, wenn eine Frau schwanger ist, fragt man: Hast du schon eine Hebamme? Des gibt es eigentlich da nicht. Ja, und wenn die Hebamme nur Kleinigkeiten macht, das muss ja nicht immer das volle Programm sein, aber dieser Kontakt wird sehr früh von den meisten Frauen hergestellt. Und das andere ist, dass es der große andere Unterschied in der Geburtshilfe in Ostösterreich ist, es gibt Werkverträge zwischen den freipraktizierenden Hebammen und dem Krankenhaus. Da darf eine freipraktizierende Hebamme mit ihrer Frau hinein gehen und sie entbinden, sie ist für das auch voll verantwortlich, schreibt sich ins Geburtenbuch ein und geht mit der Frau wieder nach Hause. Das gibt es in Vorarlberg nicht. Da gibt es keine Rechtsgrundlage für des und es wird auch nicht gewünscht.

- Die Frauen in Ostösterreich sind offener für eine Hebammenbetreuung.
- Wenn eine Frau schwanger ist, fragt man: „Hast du schon eine Hebamme?“ Das ist aktuell, „in“ und wird von der Familie getragen.
- Dieser Kontakt wird von den meisten Frauen sehr früh hergestellt.
- In Ostösterreich gibt es Werkverträge zwischen freipraktizierenden Hebammen und dem Krankenhaus, d. h. eine freipraktizierende Hebamme geht mit der Frau ins Spital, darf sie vollverantwortlich entbinden, schreibt sie ins Geburtenbuch ein und geht mit ihr wieder nach Hause.
- Dafür gibt es in Vorarlberg keine Rechtsgrundlage.

.....

Kommentar: Das Stichwort „Neue Kultivierung“ hat mich sehr angesprochen. Ich glaube, dass grundsätzliche Veränderungen nur „von unten“ durchgeführt werden können. Wenn sich in den Frauen ein neues Bewusstsein entwickelt und sie mit Vehemenz ihre Bedürfnisse einfordern, kann sich etwas in der Geburtslandschaft bewegen bis zu diesem Punkt, wo es völlig selbstverständlich ist, dass eine Schwangere ganzheitlich bis nach dem Wochenbett von einer Hebamme betreut wird. Frauen müssen zu jener Gewissheit kommen, der medizinischen, industrialisierten Geburt eine Absage zu erteilen und sich auf ihre ureigensten Fähigkeiten, zu gebären und zu nähren rückbesinnen. Dieses Rückbesinnen muss mit viel Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden. Sollten Frauen nicht noch viel mehr Wertschätzung und Unterstützung erfahren für den Einsatz „rund ums Kinderkriegen“ den sie für die Gesellschaft leisten?

6.5.6. Ergebnis der Aussagen

1. Das Wochenbett im Krankenhaus ist mit viel Unruhe und Hektik verbunden. Das Wochenbett ist eine Zeit, die für Mutter und Kind für den Bindungsaufbau von großer Bedeutung ist.
2. Eine Vertrauensbeziehung zwischen Hebamme und Schwangeren im Sinn einer ganzheitlichen Betreuung bringt viel Vorteile.
3. Bei steigenden Belegzahlen wird das Personal reduziert: Frauen und Personal waren vor 10 Jahren mit ihrer Situation zufriedener.
4. Das Einführen eines Beleghebammensystems wurde abgelehnt. Es fehlt eine gesetzliche Regelung für sogenannte Wahlhebammen und steht somit sozial schwächer gestellten Frauen nicht zur Verfügung.
5. Die finanziellen und gesetzlichen Bedingungen für Hausgeburten sind für freipraktizierende Hebammen und Gebärende sehr ungünstig. Sie stehen in keiner Relation zum Kostenaufwand im klinischen Bereich.
6. Die zunehmende Medikalisierung und Technisierung schraubt die Zahl der Kaiserschnittentbindungen in den letzten 10 Jahren um 100 % in Vorarlberg in die Höhe.

6.6. Ein Blick in die Niederlande

Beim Lesen der Literatur sind mir bei Odent, Klaus und Kennell, Gaskin, Stern und Stern-Bruschweiler und im Österreichischen Frauengesundheitsbericht Verweise auf die Geburtspraktiken in den Niederlanden aufgefallen. Besonders beeindruckend sind die hohen Hausgeburtsraten und die niedrigen Kaiserschnitttraten. „Solche Ergebnisse wären auch für Vorarlberg wünschenswert“, dachte ich mir. Deshalb möchte ich das holländische Geburtssystem kurz vorstellen. Moenie van der Kleyn machte die Hebammenausbildung in den Niederlanden und arbeitete dort in einer Hebammenpraxis. Sie verfasste den Artikel „Geburtshilfe in Holland im Vergleich zu Österreich“ in der

Hebammenzeitschrift (August, 2004) und arbeitet zurzeit als freipraktizierende Hebamme in der Steiermark.

Holland ist in Bezug auf die Landfläche um die Hälfte kleiner als Österreich, hat jedoch doppelt so viele Einwohner und Geburten pro Jahr. Im Vergleich zu Österreich gibt es etwas weniger Hebammen und nur halb so viele Gynäkologen. Das Wesen des...

„(...)Holländischen Systems ist die Überzeugung, dass Schwangerschaft und Geburt physiologische Prozesse sind, die spontan ohne Eingriffe von außen verlaufen können“ (<http://zeitung.hebammen.at/1999/3> (11.12.2008)).

Holländische Hebammen durchlaufen eine vierjährige Ausbildung. Ihr medizinischer Status ist Ärzten und Zahnärzten gleichgestellt und ist im Medizingesetz festgelegt. Das gesamte holländische Gesundheitssystem ist in eine „erste“ und eine „zweite“ Linie eingeteilt. Für die „erste“ Linie, das Basisgesundheitsystem, sind Hebammen und praktische Ärzte zuständig. Sie werden von Wochenbettpflegerinnen, mobilen Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Physiotherapeuten unterstützt. Zur zweiten Linie gehören Fachärzte. Hochspezialisierte Ärzte arbeiten ausschließlich in Krankenhäusern, wo ihnen eine hochtechnologisierte Infrastruktur zur Verfügung steht. Der erste Weg führt bei einer Schwangerschaft immer über die erste Linie zur Hebamme.

Bereits in der 12. Schwangerschaftswoche wählt sich die Frau eine Hebamme, die entscheidet, ob die Schwangerschaft als eine physiologische oder pathologische Schwangerschaft eingestuft wird. Bei letzterem überweist die Hebamme die Frau an einen Facharzt, der sie weiterbetreut und dann auch die Geburt leitet. Danach kann die Frau wieder zu Hause oder im Spital von der Hebamme nachbetreut werden. Die Hebamme führt alle Untersuchungen während der ganzen Schwangerschaft und des Wochenbetts bei Mutter und Kind durch, die in Österreich von einem Gynäkologen erledigt werden. Die Geburt leitet die Hebamme autonom zu Hause oder die Schwangere mietet ein Gebärzimmer in einem Krankenhaus. Ca. 30 % der holländischen Frauen gebären zu Hause. Das Wochenbett dauert zehn Tage (!). In Vorarlberg

kehren Frauen mit einer Spontangeburt nach längstens fünf Tagen Krankenhausaufenthalt mit ihrem Neugeborenen wieder nach Hause zurück und müssen es schaffen, ihre Verpflichtungen im Haushalt und die Versorgung der Geschwisterkinder in vollem Umfang zu übernehmen. Ohne funktionierendes soziales Netzwerk von Verwandten oder Freunden ist dies ein äußerst schweres Unterfangen. In den Niederlanden versorgt die Wochenbettpflegerin Mutter und Kind unter der Hauptverantwortung der Hebamme. So wird sicher gestellt, dass die Mütter sich auch zu Hause wirklich erholen können und nicht sofort mit dem häuslichen Alltag belastet werden. Die Krankenkassen bezahlen in den Niederlanden das Wochenbett im Spital nur, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Überhaupt sind die Krankenkassen daran interessiert, dass die Frauen effizient und kostengünstig außerhalb des Krankenhauses gebären und nachbetreut werden. In Vorarlberg scheint dies paradoxerweise nicht der Fall zu sein.

Nur 15 % der Hebammen in Holland sind angestellt. Sie arbeiten meistens in Universitätskliniken, wo sie für spontane Geburten und für die praktische Ausbildung der Turnusärzte zuständig sind. Gaskin fordert ebenfalls, dass Medizinstudenten zuerst von Hebammen in Geburtsphysiologie unterrichtet werden müssen, bevor sie sich mit Geburtspathologie beschäftigen. Sie regt noch an, dass jeder Medizinstudent, der einmal Geburtshilfe leisten will, ein Neugeborenes so anziehen lernen muss, dass es nicht zu schreien anfängt (Gaskin, 2008, S. 321). Diese Forderung mag im ersten Augenblick humoristisch klingen, nach Leboyer geht es darum, dass gerade diejenigen Personen mit einem Neugeborenen achtsam und empfindsam umgehen können, die es auf dieser Welt empfangen.

7. Elternaufklärung über Kaiserschnitt

Ich mache an dieser Stelle einen kurzen Exkurs in die Geschichte für Interessierte und nicht für alle werdenden Eltern! Der Name „Kaiserschnitt“ kommt aus dem Lateinischen „Lex caesaria“ was bedeutet, dass ein Baby aus dem Bauch einer sterbenden Frau geborgen wurde. Im 8. Jahrhundert v. Chr. verfügte der römische Herrscher Numa Pompilius, dass bei allen Frauen, die während der Wehen verstarben das Kind post mortem entbunden werden muss (Odent, 2005, S. 37), da die „Lex regia“ untersagte, dass eine verstorbene schwangere Frau bestattet werden kann und demzufolge der Fötus herausgenommen werden musste. So wurde von der Geburt Cäsars von Guy de Chauliac (1363) in Anlehnung an die „Taten der Römer“ berichtet, dass er mit den Fingern aus dem Leib seiner toten Mutter heraus gezogen wurde (Schäfer, 1999, S. 46). Historisch betrachtet ist dieser Bericht jedoch anzuzweifeln, da Gaius Julius Cäsars Mutter noch in den späteren Gallischen Kriegen gelebt hatte. Nichtsdestoweniger brachten verschiedene spätmittelalterliche Ärzte die Schnittentbindung mit der Legende der Cäsarischen Geburt in Zusammenhang und waren dafür verantwortlich, dass die Bezeichnung „Sectio caesaria“ Eingang in die chirurgischen Handbücher fand (Schäfer, 2009, S. 6).

In der „Regensburger Hebammenordnung“ aus dem Jahre 1452 wurden die Hebammen ausdrücklich dazu verpflichtet angesichts einer ausweglosen Situation das Kind rasch aus seiner Notlage zu befreien und eine Sectio en mortua durchzuführen sobald die Frau gestorben ist und damit das Kind mit einem Schnitt zu befreien. Um 1500 wird von einem Kastrator namens Jacob Nufer berichtet, der seiner Frau in höchster Not mit Hilfe seines chirurgischen Wissens als Tierarzt eine Schnittentbindung durchführte, die ihr und dem Kind das Leben rettete. Die Entwicklung des Kaiserschnitts war das Ergebnis von vielen Erfahrungen der mittelalterlichen Vorgehensweise bei toten und sterbenden Schwangeren und nicht nur eines Ereignisses (Schäfer, 1999, S. 54). Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde die Technik des Kaiserschnitts ein großer Segen, da

er viele Frauen und Kinder vor dem sicheren Tod rettete. Die Operationstechniken entwickelten sich im Laufe der Zeit von einem großen Bauchdecken-Längsschnitt hin zu einer kleinen fast unsichtbaren Narbe in der Schambehaarung im unteren Uterinsegment. Die Kaiserschnittrate lag in den 60-er Jahren bei ca. 1 %.

In der heutigen Zeit wird beim Kaiserschnitt zwischen einem primären und einem sekundären Kaiserschnitt unterschieden. Von einem primären Kaiserschnitt spricht man, wenn dieser eingeleitet wird ohne dass eine Wehentätigkeit stattgefunden hat. Ein sekundärer Kaiserschnitt liegt vor, wenn der Eingriff nach dem Einsetzen der Wehen vorgenommen wird. In den letzten Jahren wird vermehrt auch von einem Wunschkaiserschnitt, elektive Sectio oder auch geplantem Kaiserschnitt gesprochen. Dieser Kaiserschnitt wird ohne medizinische Indikation an einem definierten geplanten Termin durchgeführt (Österreichischer Frauenbericht 2005 /2006, S. 193).

„Eine medizinische Indikation für den Kaiserschnitt auf Wunsch muss heute nicht mehr vorliegen“ berichtet die Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin. Die Aussage, dass *„Die Durchführung eines Kaiserschnitts heute nicht mehr mit größeren Risiken behaftet ist als eine vaginale Geburt“* (www.perinatal.at/sites/ (05.09.2008)) stellt für viele Frauen eine große Beruhigung dar.

„Unter Berücksichtigung vielfältiger Aspekte kann man jedoch festhalten, dass in modernen, optimal ausgestatteten und gut organisierten Krankenhäusern der westlichen Welt ein Kaiserschnitt zum gegenwärtigen Zeitpunkt ebenso ungefährlich ist wie eine vaginale Geburt“ (Odent, 2005, S. 26).

Bei dieser Aussage frage ich mich, ob vom Risikofaktor her betrachtet ein operativer Eingriff wirklich mit einer vaginalen Geburt gleich gestellt werden kann? Alleine das Risiko der Anästhesie ist ein zusätzliches Risiko. Das Sterblichkeitsrisiko ist fast viermal so hoch wie bei einer vaginalen Geburt, was hauptsächlich auf Narkoseeinflüsse zurückzuführen ist. (Kitzinger, 1993, S. 327).

„Ein Kaiserschnitt ist heute zwar ungefährlicher als in früheren Zeiten, aber er bleibt ein künstlicher Eingriff mit Nachteilen für Mutter und Kind“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 13).

Die Nachteile können wie folgt aussehen: Die Rate von Thrombosen und Embolien nach einem Kaiserschnitt im Wochenbett sind um den Faktor 10 höher. Frauen, die bereits im Bauchraum operiert wurden, können Verwachsungsstränge haben, die im ungünstigen Fall zu einem Darmverschluss führen. Narbengewebe heilt schlechter und Verwachsungen fördern das Risiko, umliegende Organe wie z. B. die Blase zu verletzen (Stadelmann, 2005, S. 209). Infektionen im Bereich von der Gebärmutter Schleimhaut, der Harnwege und an deren Schnittstellen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als bei einer vaginalen Geburt (Kitzinger, 1993, S. 327).

Wenn es hart auf hart kommt und die Geburt nicht ohne Gefahr für Mutter und Kind beendet werden kann sind wir unendlich dankbar für einen Kaiserschnitt. Es ist jammerschade, dass diese Notfall-Möglichkeit zur Rettung von Mutter und Kind zusehends zu einer „Modeerscheinung verkommt“. Wenn Victoria Beckham, Claudia Schiffer und Angelina Jolie sich für einen Wunschkaiserschnitt entscheiden (z. B. Der Spiegel, 3.3.2003) wird dies in den Medien in aller Welt breit getreten. Die Gefahr besteht darin, dass Frauen mit einem derartigen Bekanntheitsgrad vor allem von jungen Menschen als Vorbild angesehen werden und so eine Meinungsbildung zustande kommt. Sich für einen Wunschkaiserschnitt zu entscheiden bedeutet, dass Frauen ihr Geburtserlebnis in die Hände von jemandem anderen geben. Ich finde es sehr bedenklich, dass gerade Hollywood-Größen und Pop-Ikonen sich zunehmend für einen Kaiserschnitt nach Plan entscheiden und somit das Bild einer „normalen“ Geburt negativ beeinflussen. Wem der Wunschkaiserschnitt dient, lässt sich in übersichtlicher Form aus der tabellarischen Aufstellung entnehmen:

Wer	wünscht	wem	was?
Der/die Arzt/Ärztin	will	der Frau	Schmerzen ersparen.
Der/die Arzt/Ärztin	will	sich selbst	absichern.
Die Klinik	will	für die Klinik	Planbarkeit.
Die Frau	will	von dem/der Arzt/Ärztin/Mann	anerkannt/geliebt werden.
Die Frau	will	sich	Schmerzen ersparen.
Die Frau	will	sich	ein neuerliches Trauma ersparen.
Der Partner	will	seine Frau	nicht leiden sehen.

(Javorsky, 2006, S. 200)

Hier darf klar hinterfragt werden, warum sich eine Frau für einen operativen Eingriff anstatt eines natürlichen Geburtsvorganges entscheidet. Die Ängste mancher werdenden Mütter beziehen sich hauptsächlich auf „*eine postpartal gestörte Schließmuskelfunktion von Blase und Darm, ein beeinträchtigtes Sexualleben und eine traumatische Geburt als subjektiv unkontrollierbares Ereignis*“ (Stark, 2009, S. 110). Eine bereits erlebte traumatische Geburt oder ein behindertes Geschwister kann ein weiterer Grund für die Entscheidung hin zum Wunschkaiserschnitt sein. Die therapeutische Aufarbeitung zumindest eines Teils der Ängste würde für diese Frauen eine wesentliche Lebensqualitätsverbesserung in der nachgeburtlichen Lebensphase bedeuten. Gerade eine vertraute Beziehung zu einer Hebamme in der Schwangerschaft und eine ganzheitliche Betreuung über alle Phasen des Kinderkriegens hinweg helfen den Frauen, ihre Ängste zu verstehen und abzubauen. Ein Wunschkaiserschnitt bedeutet für mich lediglich eine Verschiebung der Ängste. Es kann auch hier nicht nur das Schwarz/Weiß Bild herangezogen werden und die Persönlichkeitsstruktur jeder einzelnen Frau ist zu beachten.

Wahrscheinlich wird die Kaiserschnitttrate noch weiter steigen,

„...bis der Mensch zur Vernunft kommt. Es ist ein Zeichen unserer Gesellschaft, das man nicht isoliert sehen kann. Meine Vorstellungen von Gebären haben immer etwas mit meinem Leben zu tun“ (Haunold, 28.8.2008).

„Wunschkaiserschnitt ist nicht Fortschritt sondern ein Missverständnis“ (Haunold, 28.8.2008).

„Bei einer gesunden Frau können wir eine normale Schwangerschaft und Wehentätigkeit durch nichts verbessern. Wir können nur eingreifen, aber damit machen wir nichts besser“,

zitiert Gaskin den bekannten holländischen Geburtsmediziner Prof. G.J. Kloosterman aus dem Jahre 1984 (Gaskin, 2008, S. 303). Gaskin selbst merkt an:

„Eine Kaiserschnittoperation ist für eine Mutter genauso riskant wie jede andere größere Unterleibsoperation – ein beträchtlich höheres Risiko als eine vaginale Geburt“ (2008, S. 304).

Dass Ina May Gaskin diese Aussage mit dieser Eindeutigkeit hervorhebt, basiert meinem Erachten nach vor allem auf der beeindruckend niedrigen Kaiserschnitttrate von 1,4 % in ihrer Geburtsfarm (siehe Kap. 2).

„Die kritische Analyse der vorliegenden Daten von umfangreichen Perinatalerhebungen zeigt, dass das Risiko für leichte sowie auch schwere Komplikationen bei der Mutter nach einem primären Kaiserschnitt deutlich höher ist als nach einer Spontangeburt“ (Stark, 2009, S. 111).

Zusätzlich muss mit einer erhöhten Morbidität des Kindes im Atembereich gerechnet werden und es können Folgeerscheinungen bei einer zukünftigen Schwangerschaft auftreten.

Für zusätzliche Verwirrung sorgten bei zukünftigen Eltern eine Diskussion im Magazin „konkret“ im ORF 2 am 14.5.2009 des Vizeobmanns des Berufsverbandes der Gynäkologen Dr. Bernhard Bartosch mit der Hebamme und Filmemacherin Karin Berghammer, der für eine „Soft sectio“ - „sanften Kaiserschnitt“ - wirbt. Dies stellt eine fragwürdige Sanftheit dar, da ein Kaiserschnitt nie sanft sein kann auch wenn ihm das Wort „soft“ beigegeben wird, meint Dorothea Rüb, Hebamme und Redakteurin der Hebammenzeitung (Der Standard, 12. Mai 2009, S. 31). Die allermeisten Eltern, die sich für einen Kaiserschnitt entscheiden sind nicht ausreichend über die Konsequenzen aufgeklärt. Dies sollte sich im Sinne des Wohles von Mutter und Kind und natürlich auch des Vaters schnellstens ändern.

7.1. Anstieg der Interventionsraten bei der Geburt

1968 wurde in Berlin beschlossen, die Risikofaktoren im Mutter-Kind-Pass von 12 auf 52 zu erhöhen. Einer an der Universität Osnabrück durchgeführten Untersuchung zufolge wurde beschlossen, dass prognostisch weniger bedeutsame Risikofaktoren kontinuierlich ärztlich betreut werden müssen. Dies führte dazu, dass in Niedersachsen drei Viertel (!) aller Schwangerschaften zu Risikoschwangerschaften erklärt wurden (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 8). Was es für eine Frau bedeutet als Risikoschwangere eingestuft zu werden, hat psychologisch gesehen weitreichende Konsequenzen. Mit dieser Skalierung wurde die Pathologisierung der Schwangerschaft nochmals verstärkt.

Schwarz und Schücking untersuchten 2004 den Einsatz von Technik und Medikamenten bei der Geburt im Kreissaal in Deutschland. Sie stellten im Zeitraum 1984 bis 1999 einen deutlichen Anstieg für folgende Interventionen fest:

- Ein CTG (Herzton-Wehen-Aufzeichnung) wird bei 98,8 Prozent der Geburten durchgeführt.
- Der spontane Wehenbeginn wird immer seltener abgewartet, 23,4 % der Geburten wurden eingeleitet.
- Ca. 40 % der Frauen erhielten einen Wehentropf zur Beschleunigung der Geburt.
- 19,2 % der Frauen gebären mit lokaler Narkose (PDA – Periduralanästhesie).
- Bei mehr als der Hälfte aller Gebärenden wurde ein Dammschnitt (Episiotomie) vorgenommen.
- Rund 20 % der Geburten wurden per Kaiserschnitt durchgeführt. Die Hälfte davon waren geplante Sectiones, Tendenz steigend (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/06, S. 188).

Die niedersächsische Perinatalstudie von Schwarz und Schücking gibt auch Gründe für den Anstieg der Interventionen an. Aus medizinischer

Sicht betrachtet ist die Einleitung der Geburt mit einer *Interventionskaskade* verbunden. Bei beschleunigtem Geburtsbeginn wird doppelt so häufig eine lokale Narkose verabreicht, doppelt so häufig ein sekundärer Kaiserschnitt durchgeführt und zu 60 % häufiger Wehenmittel verabreicht. Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit Geburten nur im absoluten Ausnahmefall einzuleiten.

„Wenn kein Notfall vorliegt und der Kaiserschnitt auf Wunsch der Frau durchgeführt wird, ist ihr Sterblichkeitsrisiko fast dreimal so hoch wie bei einer normalen Geburt“ (Gaskin, 2008, S. 304).

Auch für das Baby zieht es Risiken nach sich. Die bei den Wehen ausgeschütteten Hormone tragen dazu bei, dass die Schlussreifung der Lungen beim Baby eintritt. Vor allem bei einer zu früh angesetzten Sectio haben die Babys Anpassungsprobleme, wie z. B. Atemnot (www.perinatal.at/sites/ (05.09.2008)). Neugeborene sind sensible, ihre Umwelt wahrnehmende und empfindende kleine Lebewesen. Wenn man sich vorstellt, dass der erste Eindruck dieser neuen Welt für ein Neugeborenenes „Atemnot“ heißt, verwundert es nicht, dass bei diesen Kindern z. B. ein erhöhtes Asthma-Risiko besteht. Überdies konnte das Kind noch nicht sein Stresshormon- System aktivieren. *„Das erhöhte Risiko an Atemwegserkrankungen ist hinreichend belegt“ (Odent, 2005, S. 115).*

Es erscheint mir sehr wichtig mit diesen Aussagen aufzuzeigen, dass ein geplanter Kaiserschnitt nicht eine äquivalente oder sogar eine humanere Alternative für den Weg ins Leben bedeutet. Für das Ansteigen der Interventionsraten zeichnen mehrere auch nicht-medizinische Gründe verantwortlich. Ärzte und Ärztinnen haben vermehrt Angst vor juristischen Konsequenzen bei Unterlassung einer Intervention. Weiters dürfen die Gepflogenheiten in den verschiedenen „Häusern“ nicht außer Acht gelassen werden. Bei einer Studie zeigte sich, dass ein öffentliches Krankenhaus eine Kaiserschnitttrate von 41,6 % aufwies und ein privates Spital 53 % Sectiones dokumentierte. Privat versicherte Frauen sind demnach „am gefährdetsten“ mit einer Kaiserschnitttrate von 65,2 % (Mossialos, in: Stark, 2009, S. XV). Aufgrund der herrschenden

Ausbildungs- und Arbeitssituation bringt das Personal häufig mangelnde Erfahrung mit. „*Ärzte haben manchmal einen geradezu gefährlichen Mangel an Erfahrung*“ (Odent, 2005, S. 149). Die mangelnde Fähigkeit der Geburtshelfer zeigt sich auch darin, dass sie weder eine vaginale Beckenendlagenentbindung noch eine äußere Wendung beherrschen (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 13). Als nicht zu vernachlässigender Faktor ist es finanziell gesehen nicht unerheblich eine mit viel höheren Kosten verbundene Geburt mit medizinisch-technischen Interventionen abzurechnen. Schwarz und Schücking bedauern, dass wissenschaftliche Ergebnisse zu wenig Einfluss auf die klinische Praxis haben.

Strukturelle Faktoren des Gesundheitssystems habe ich bereits in einem früheren Kapitel erwähnt. In Ländern, wo die Schwangeren- und Geburtsbetreuung von Ärzten und Ärztinnen geleitet wird (Österreich, USA, Brasilien) gibt es hohe Interventions- und Kaiserschnittraten. Liegt die Leitung der Betreuung bei Hebammen (z.B. Niederlande, Skandinavien, Neuseeland) sind die „*Interventionsraten niedrig bei gleichzeitiger guter perinataler Gesundheit des Kindes*“ (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 /06, S. 189). Zu Recht kann demzufolge darüber diskutiert werden, ob die zunehmende Medikalisierung und Technisierung tatsächlich die Sicherheit von Mutter und Kind erhöhen. Aus der Praxis vernehme ich zu diesem Thema eine eindeutige Stellungnahme:

„Eine Pathologisierung der Schwangerschaft und die damit verbundenen medizinischen Eingriffe führen zu einer steigenden Zahl von Kaiserschnitten und steigenden Kosten ohne nachweislich bessere Ergebnisse für Frau und Kind“
(Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 8).

An dieser Stelle möchte ich noch auf die zehn Stufen der mother-friendly/mütterfreundlichen Initiative verweisen, die den oben beschriebenen Trend entgegenwirken möchte und die Selbstbestimmung der Frauen in Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung fördert (The coalition for Improving Maternity Services (CIMS), 1996, <http://www.motherfriendly.org>).

7.2. Schmerzvermeidung?

Manche Frauen wählen den planbaren Kaiserschnitt aus Angst vor den Wehenschmerzen. Das Thema Wehenschmerz ist meiner Meinung nach noch aufklärungsbedürftig. Der Geburtsschmerz ist ein „reiner“ Schmerz, d. h. nach der Geburt ist er vollkommen verschwunden und wird in der Erinnerung auch nicht wirklich als solcher wahrgenommen. Die hirneigenen Substanzen der Endorphine dämpfen das Schmerzempfinden während einer natürlichen Geburt. Sobald das Baby auf der Welt ist überkommt die Frau eine tiefe Freude, sie verfällt in einen ekstatischen Zustand und ist voll wacher Aufmerksamkeit für ihr Neugeborenes. Wie ich schon einmal erwähnt habe, stand ich nach der Geburt von Sophia vom Gebärhocker auf und ging selbständig mit ihr an meiner Brust zum Bett hinüber.

Nach einer natürlichen Geburt ist die Frau überwiegend schmerzfrei und kann sich völlig auf ihr Baby konzentrieren. Nach einem Kaiserschnitt beginnt erst das Thema Schmerz - teilweise auch auf seelischer Ebene. Die Phase, wo sich die Mutter ganz ihrem Kind zuwenden und sich der Mutter-Kind-Beziehung hingeben sollte, ist nach einer Sectio erheblich belastet. Die Nachteile eines Kaiserschnitts sind aus medizinischer Sicht unter anderem Wundschmerz, Kopfschmerzen nach der Operation, Infektions- und Thrombosegefahr und verlangsamte Rückbildung der Gebärmutter. Das Fehlen des befriedigenden Erlebnisses, ein Kind auf natürlichem Wege auf die Welt gebracht zu haben, begünstigt psychische Probleme, wie z. B. die postpartale Depression (www.perinatal.at/sites/ (05.09.2008)). Einer australischen Studie zur Folge erhöht sich bei einem Kaiserschnitt das Risiko einer postpartalen Depression auf das Siebenfache (Odent, 2005, S. 57). Zusätzlich belastend können – wie bei jeder Bauchoperation – Blähungen, ein ständiger Harndrang erzeugender Katheder für 24 Stunden sowie Wunddrainagen zur Ableitung von Blut und Wundflüssigkeit aus der Bauchhöhle sein (Gaskin, 2008, S. 164).

„Nach der Operation kann der Periduralkatheder für einige Stunden belassen werden, um gegebenenfalls weiterhin Morphin zu verabreichen. (...) Sie (Anm.

der Autorin: Sie = Morphinverabreichung) ermöglicht der Mutter auch, sich sofort nach der Operation um ihr Kind zu kümmern“ (Sarvela et al., Gerancher et al., in: Stark, 2009, S. XVIII).

Weitere Gedanken über die Morbidität und Mortalität durch Sectio vom Hebammengremium des Landes Vorarlberg:

„Zur Morbidität des Kaiserschnitts zählen Beeinträchtigungen durch die Schnittwunde bei primärer und vor allem sekundärer Wundheilung, thromboembolische Komplikationen, anästhesiebedingte Probleme und schließlich verringerte Fertilitätsrate nach einer Sectio. Außerdem psychische Probleme wie Versagensgefühle, Beeinträchtigung des Körpergefühls und der Sexualität, vermehrte depressive Reaktionen (...) und Bindungsstörungen zum Kind“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 12).

Mit Spannung wird der neue Frauengesundheitsbericht mit den neuen Zahlen in Zusammenhang mit der Mortalitätsrate erwartet. Die Hebammen erwarten einen kleinen Anstieg der Mortalitätswerte bei einer steigenden Sectorate.

7.3. Periduralanästhesie (PDA)

Die Periduralanästhesie war bei der Anwendung von Kaiserschnittentbindungen bestimmt ein großer Fortschritt, da die Frauen bei wachem Bewusstsein die Entbindung ihres Babys miterleben konnten. Die Babys lagen in den ersten Momenten nach der Geburt bei der Mutter und hatten dort ihren vertrauten Kontakt bis sie an die Väter weitergegeben wurden. Die Anzahl der mit Hilfe einer PDA durchgeführten vaginalen Geburten steigen kontinuierlich und liegen derzeit bei ca. 20 %. Die PDA erleichtert einerseits die Wehenarbeit der Frauen erheblich, jedoch werden andererseits immer wieder Bedenken laut, dass gerade bei der Verabreichung von Betäubungsmitteln die Wehen schwächer werden bzw. ganz zum Stillstand kommen. Die Austreibungsphase kann sich so verlängern. Medizinische Interventionen gehen oft Hand in Hand mit einem Verlust der Selbstbestimmung der Gebärenden, da sie ihren Bewusstseinszustand verändern können.

„Analgetika (schmerzstillende Mittel) und Anästhetika (schmerzbetäubende Mittel) werden von den Geburtshelfern oft deshalb empfohlen, da sie dann mehr Einfluss auf den Geburtsvorgang nehmen können“ (Kitzinger, 1993, S. 288).

Nicht selten ist das Ende einer solchen durch Betäubungsmittel unterstützten Geburt eine Zangen-, Saugglocken- oder Kaiserschnittentbindung.

„Auch das beabsichtigte Abklingen lassen der Anästhesiewirkung, das den Muskeltonus und den Impuls zum Mitschieben wieder herstellen soll, wird häufig nicht erreicht“ (Klaus, Kennell, 1995, S. 67).

Übliche unterstützende Reflexe, die sonst das Baby in eine optimale Austreibungsposition bringen, sind blockiert.

Englische Forscher stellten bei Untersuchungen fest, dass betroffene Frauen ein Jahr und noch länger an Rückenschmerzen litten. Bei der Verabreichung einer PDA wird zwar nur ein Teil des unteren Rückens betäubt, trotzdem gelangen auf dem Blutweg die Medikamente zum Baby, was während der ersten Lebensstunden und –tagen zu geringen bis mäßigen Veränderungen des kindlichen Verhaltens führen kann (Klaus, Kennell, 1995, S. 67). Für Mutter und Kind gibt es eine sedierende Wirkung, die Auswirkungen auf das Bindungsverhalten in der allerersten Phase des Neugeborenenlebens hat. Babys bleiben bis zu sechs Wochen in ihrer Orientierung und Aufmerksamkeit geringer ausgeprägt (Scanion, Tronick, Liebermann, in: Kitzinger, 2006, S. 299).

Wenn die Injektionsnadel die das Rückenmark umschließende Membran (=Dura) durchstößt, leiden die Frauen tagelang an Kopfschmerzen. Dies kann derart intensiv sein, dass die Wöchnerin tagelang still auf dem Rücken liegen muss. Auch von Problemen die Blase zu entleeren wird berichtet (Kitzinger, 2006, S. 298).

Daniel Stern und Nadia Bruscheiler-Stern beschreiben es in ihrem Buch „Geburt einer Mutter“ als Schlüsselerlebnis, wenn das Neugeborene die Mutter zum ersten Mal ansieht oder nach ihrer Stimme den Kopf wendet.

„In diesen kleinen Handlungen spürt die Mutter, dass ihr Baby sie kennt, dass es sie schon jetzt von anderen unterscheidet und dass es eine Beziehung zu ihr aufgenommen hat“ (Stern, Bruscheiler-Stern, 2000, S. 68).

Bei einer stark beruhigenden Wirkung der Medikamente kann auch dieses Verhalten verzögert oder abgeschwächt sein. Bindungsgeschehen ist eben immer ein wechselseitiges Geschehen (Siehe hierzu Details im Kapitel 3).

Erfahrene Geburtshelfer berichten mit Sorge, dass die mit einer PDA gebärenden Frauen nicht dasselbe Erfolgserlebnis und gehobene Selbstwertgefühl empfinden wie ohne PDA gebärende Mütter. Die Zahl der Mütter, die unter der Ausschüttung des Liebeshormons Oxytozin gebären, geht weltweit zurück (Odent, 2005, S. 135.). Nur nochmals zur Erinnerung: Die höchsten Werte der Oxytozinausschüttung werden kurz vor der letzten Presswehe gemessen und bereiten die Gebärende optimal auf ihr mütterliches, fürsorgliches Verhalten vor. Joachim Bauer schreibt, dass mit einem Kaiserschnitt entbundene Frauen einen geringeren Anstieg der Oxytozin-Produktion zeigen. Dieses Hormon hat eine Reihe von medizinischen Effekten wie die körperliche und psychische Entspannung, die Blutdrucksenkung, die Dämpfung der Angstzentren und die Beruhigung der biologischen Stresssysteme (Bauer, 2006, S. 52). Im Interesse für Mutter und Kind sollte also alles getan werden, die Oxytozinausschüttung möglichst hoch zu halten. Sehr beruhigend erscheint mir der Gedanke, dass bei einer Unterstützung durch eine Doula der Einsatz von Periduralanästhesien um 60 % (!) gesenkt werden konnte (Klaus, Kennell, 1995, S. 70). Die Zuwendung von einer vertrauten Person lässt unseren Körper vermehrt Oxytozin produzieren (Bauer, 2006, S. 53).

Als Schlussfolgerung sollten PDAs nur mit größter Umsicht und der Abwägung aller Umstände gegeben werden bzw. für die Gebärende ein Umfeld von Sicherheit, Geborgenheit und Privatheit geschaffen wird, sodass sich automatisch eine Reduzierung von PDA-Verabreichungen zum Wohle von Mutter und Kind ergeben.

7.4. Stillen nach einem Kaiserschnitt

Wird ein Kind per Kaiserschnitt entbunden, herrschen die gleichen Bedingungen vor wie bei anderen vergleichsartigen Operationen. So befindet sich die Gebärende z. B. in einem sterilen Milieu. Babys suchen in den ersten Stunden von selbst die Brust der Mutter und orientieren sich an ihrem äußerst gut ausgeprägten Geruchssinn. Besonders anziehend finden sie den Geruch des Fruchtwassers, der mütterlichen Achselhöhlen und der Brust. Intensive Gerüche im sterilen klinischen Bereich können Neugeborene auch verwirren (Odent, 2005, S. 76).

Forscher fanden heraus, dass die Art und Weise wie Oxytozin bei Müttern zwei Tage nach der Geburt freigesetzt wird von der Art der Geburt abhängig ist. Es fließt sozusagen eine größere Menge Liebeshormon in der mütterlichen Milch der Frauen, die vaginal geboren haben. Außerdem fand ein italienisches Team heraus, dass der Endorphingehalt in der Muttermilch bei vaginalen Geburten in den ersten Tagen deutlich erhöht ist. Dies löst quasi ein hohes Lustgefühl ja sogar eine Art Sucht nach Muttermilch aus. Man kann damit rechnen, dass diese Babys länger und problemloser gestillt werden (Odent, 2005, S. 76).

Die Vorarlberger Stillstudie 2007 (<http://www.maxima.or.at/verlinkung-newsletter/newsletter-2-2008/vorarlberger-stillstudie-weniger-frauen-stillen>) bestätigt diese Tendenz. Nur 52 % der Frauen mit Kaiserschnitt stillen ihre Babys im Vergleich zu 89 % der Gebärenden mit vaginalen Spontangeburt. Für einen guten Stillbeginn ist es von großem Vorteil die Neugeborenen direkt nach der Geburt im Rahmen des Bondings (Erstkontakt „Haut auf Haut“ zwischen Mutter und Kind direkt nach der Geburt) an die Brust anzulegen. Bei Kaiserschnitten erfolgen diese ersten Stillkontakte häufig erst am 2. Tag oder sogar noch später, der Saugreflex der Neugeborenen schwächt sich aber mit jedem Tag ab. Ambulant entbundene Frauen stillen länger als wenn sie stationär das Wochenbett im Spital verbracht haben.

„Die steigende Sectiorate bringt Störungen des Bondings und der Aufnahme der Stillbeziehung mit sich“ (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 16).

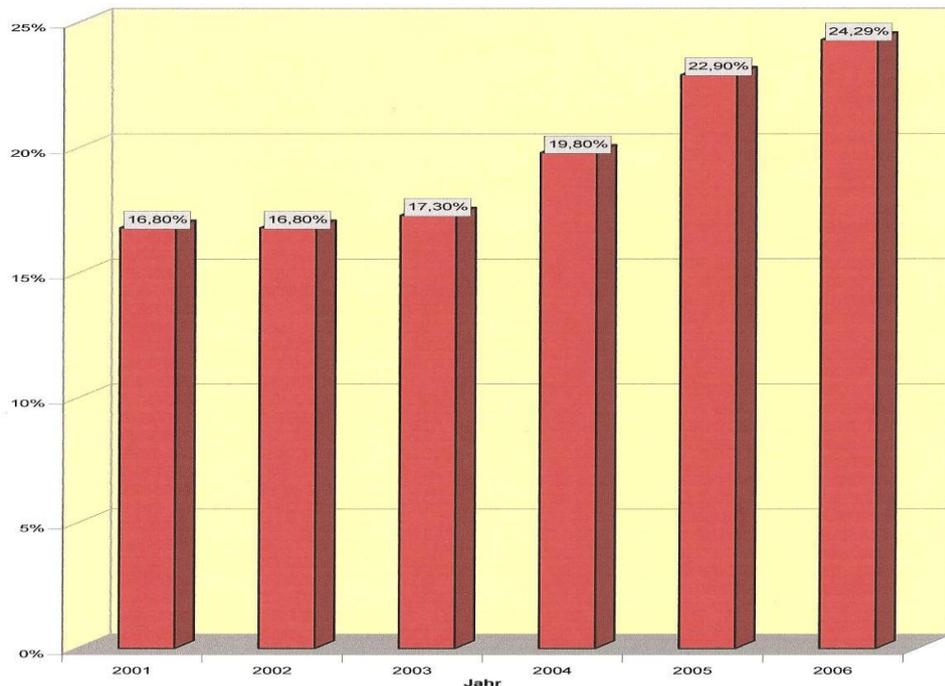
Unabhängig davon, ob das Stillen von Anfang an funktioniert oder nicht signalisiert es eine weitere Verschiebung der mütterlichen Perspektive. Während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt liegt der emotionale Schwerpunkt auf dem Bauch, der sich mit dem Stillen emotional und psychisch nach oben verschiebt (Stern, Brusche-Stern, 2000, S. 69). Ich vermute, dass dieser Vorgang teilweise durch den Wundschmerz im Unterbauch beeinträchtigt wird. Ob eine Frau stillt oder nicht kann sie nicht nur im Kopf entscheiden. Unbewusste Motive und hormonelle Einflüsse steuern das Stillverhalten der Mütter maßgeblich.

Brasilien ist das Land der Kaiserschnittbindungen schlechthin. Bei einer Rate von 80 % und höher gelten spontane vaginale Geburten eher als „Randerscheinung“ (Odent, 2005, S. 31 f.). Basierend auf diesem Umstand wurde von der Regierung gezielt ein Programm ausgearbeitet mit dem Ziel möglichst viele Frauen zu einer optimalen Stillbereitschaft zu motivieren. Diese Kampagne sollte den brasilianischen Müttern die Wichtigkeit aufzeigen, die das Stillen über einen Zeitraum von einem Jahr für die kindliche Entwicklung hat und – als monetären Zusatzeffekt – können sich die Familien viel Geld für Babynahrung sparen bei gleichzeitig „höchster und bester Nahrungsqualität“ – der Muttermilch. Leider war der Erfolg der Kampagne bescheiden. Trotz intensivster Bewerbung des Stillens wurde früher andere Milch zugefüttert und weniger lang gestillt als es von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) empfohlen wurde (Odent, 2005, S. 80 f.).

Jene Frauen, die im Anschluss an einen Kaiserschnitt unbedingt stillen möchten, müssen sich bewusst sein, dass sie dafür eine erschwerte Startposition haben. Die logische Konsequenz daraus wäre für mich, dass die Nachbetreuung im Wochenbett im Krankenhaus und auch zu Hause mit einer vertrauten Hebamme stattfinden muss. Die routinemäßige Betreuung einer Kaiserschnitt-Wöchnerin auf der Station zum Thema Stillen ist laut den Stillzahlen der AK-Stillstudie Vorarlberg 2007 nicht

ausreichend. Dazu kommt noch, dass Hebammen kaum auf der Wochenstation eingesetzt werden. Diese Fakten bekräftigen einmal mehr wie wichtig eine ganzheitliche Betreuung einer Hebamme für die Schwangere, Gebärende und Wöchnerin ist.

Steigende Sectorate in Vorarlberg von 2001 bis 2006



Q: Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 11

7.5. Was bringt uns die Zukunft?

Michael Stark, Herausgeber und Initiator des Buches „Der Kaiserschnitt“ (2009) bat Michel Odent ein Kapitel über die Zukunft einer Zivilisation zu schreiben, die durch Kaiserschnitt entbunden wurde. Odents größte Bedenken liegen in der Tatsache, dass die Oxytozinausschüttung bei operativen Geburten immer vermindert ist. Damit verbindet er den Rückgang der Liebesfähigkeit (sich selbst und anderen gegenüber), ein vermindertes Verantwortungsgefühl und weniger Solidarität der Gemeinschaft gegenüber. Er befürchtet eine Evolution des Neokortex, die zu einer Art abgeschwächten Überlebenswillen führen könnte, der oft bei

Genies zu beobachten sei. Symptomanzeichen hierzu wären eine erhöhte Depressionsanfälligkeit, ein selbstzerstörerisches Verhalten und eine massive Suizidprävalenz. Weiter würde der abgeschwächte Überlebenswille auch eine schwächere Libido und eine verminderte Fertilität bedeuten. Somit wäre die Fähigkeit zu Spontangeburt und das Stillen gefährdet (Odent, 2009, S. 403 f.).

Auf die regionale Ebene bezogen warnt das Hebammengremium bei einer Weiterführung des Status quo davor, Gebärende wegen überfüllter Stationen abzuweisen. Dies würde eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung bedeuten. Die Zentralisierung der Perinatalzentren im Land erfordert unnütze Transferierungen von Neugeborenen und die teilweise schon vorhandene Überbelastung des geburtshilflichen Teams führt zu einer Verschlechterung der Geburtsbegleitung. Für die Frauen bedeutet das als Konsequenz weniger Sicherheit und weniger Zuwendung. Diese Praxis kann nicht ohne Auswirkung auf die fachliche Qualität bleiben. Die industrialisierte und technisierte Geburtshilfe charakterisiert durch wenig Zeit kombiniert mit viel Stress für Mutter und Kind darf nicht unterschätzt werden. Die Hebammen warnen eindringlich vor Spätfolgen für die kindliche Entwicklung, die nicht wieder gut gemacht werden können (Konzept des Vorarlberger Hebammengremiums, 2006, S. 17 f.).

Stephen Hawking äußerte öffentlich die Frage, wie die Menschheit wohl die nächsten hundert Jahre überleben könnte. Odent formulierte diese Frage um und meint:

„Wie kann die menschliche Rasse den sicheren Kaiserschnitt überleben?“ (Odent, 2009, S. 410).

8. Prä- und perinatale Psychologie

8.1. Wo wir heute stehen

„Vor der Geburt sind Fötus und Umwelt harmonisch verschränkt, sie gehen ineinander über. Es gibt keine Objekte in dieser Welt, nur Substanz und Raum ohne Grenzen. Die Geburt ist ein Trauma, das dieses Gleichgewicht in Aufruhr bringt, sie verändert die Umwelt radikal und erzwingt unter einer echten Todesdrohung eine neue Form der Anpassung (Balint, in: Schindler, 1982, S. 17).

Mit diesem Zitat Balints wird ersichtlich, wie sich die prä- und perinatale Psychologie entwickelt hat. Von einer harmonischen Verschränkung kann nur unter guten Voraussetzungen gesprochen werden. Die Grenzenlosigkeit ist ebenfalls fragwürdig, zieht man eine unerwünschte Schwangerschaft in Betracht. Das Thema der Objekte könnte u.a. unter Berücksichtigung der Zwillingsforschung neu betrachtet werden. Allgemein kann gesagt werden, dass in den letzten Jahren sehr viel Bewusstseinsweiterung in Richtung pränatalem Erleben stattgefunden hat. Die Erfindung des Ultraschallgerätes eröffnete den Wissenschaftlern erstmals die Plazenta als „Kino“ mit dem lebenden Fetus als Darsteller. Empirisch orientierte und technisch gestützte Forschungen sowie neuropsychische Theorien der Gehirnentwicklung begünstigen einen fundierten wissenschaftlichen Diskurs (Schölmerich, Pinnow, 2008, S. 49). Beobachtungen konnten systematisch durchgeführt werden. Alessandra Piontelli bewies mit ihrer Versuchsreihe, dass pränatales Verhalten von Zwillingen postnatal weitergeführt wird (Hidas, Raffai, 2006, S. 41). Stressfaktoren in der Schwangerschaft wurden anhand von Herzfrequenztönen und Hormonveränderungen des Fetus gemessen. Zu den Kernaufgaben der pränatalen Psychologie zählt die Prävention von Entwicklungsrisiken durch Vorsorge und Aufklärung (Schölmerich, Pinnow, 2008, S. 49).

Die Forschungen der perinatalen Psychologie verhelfen dazu, ein umfassenderes Bewusstsein für die Auswirkungen während und kurz nach der Geburt den Frauen, dem klinischen Personal sowie allen anderen Beteiligten und schlussendlich auch der Gesellschaft zu vermitteln. Verhalten zu beobachten und Messungen durchzuführen war eine Sache,

aber was bedeutet eine Belastung während der Schwangerschaft für den Geburtsverlauf und für den zukünftigen Menschen im Kindes- und Erwachsenenalter? Welchen Aufschluss bekommen die Wissenschaftler aus den vielen Berichten der Psychotherapeuten? Gibt es so etwas wie ein Geburtstrauma, das entscheidet wie glücklich und kreativ wir unser Leben gestalten können? Wenn ja, welche Wege können beschritten werden, um zu Heilung zu gelangen?

Otto Rank, Schüler von Sigmund Freud und dessen angedachter Nachfolger, war der erste Psychoanalytiker, der sich intensiv mit Fragen rund um das Geburtserleben und dessen Folgen aus psychoanalytischer Sicht auseinandersetzte. Der neue Ansatz bestand darin, dass Geburts- und Mutterleibphantasien das gefühlsmäßig bedeutungsvolle Erleben von Geburt und die damit verbundene Trennung widerspiegeln (Liebermann, in: Rank, 1998, II). In seinen Therapiesitzungen fiel ihm auf, dass die Patienten vielfach in der Endphase einer Analyse eine Reihe von Geburtssymboliken verwendeten. Rank zog daraus den Schluss, dass der Widerstand die Sitzungen zu beenden mit der Unlust sich von der Mutter zu trennen verbunden ist. Der Therapeut ist also auch ein liebgewonnenes Wesen und erinnert den Patienten unbewusst an die Urtrennung von der Mutter und die damit schmerzlich verbundene Libidoablösung (Rank, 1998, S. 27). Die Therapie setzte er einer „Wiederherstellung einer in hohem Maße befriedigenden Situation“ gleich. Die Angst eines Kindes vor dem Dunklen verglich er mit der schmerzlichen unbewussten Erinnerung, dass es nun getrennt von der Mutter leben muss. Er ging in seinen Behauptungen so weit, dass „jede Angst des Kindes der Geburtsangst entspricht (und jede Lust des Kindes zur Wiederherstellung der intrauterinen Urlust tendiert)“ (Rank, 1998, S. 22). Der Mensch sucht in seiner Umwelt eine möglichst hohe Anpassung an die intrauterine Umwelt zu erreichen, getreu seinem vorher erlebten Urzustand. Dies schafft er mit Hilfe von Religion, Mystik, Kunst und in seiner schöpferischen Gestaltung des Alltags (Rank, 1998, S. 30). Diese Aussage würde dann auch bedeuten, dass eine als belastend erfahrene uterine Phase ebenfalls wieder im Außen reproduziert wird wie das in der

Therapie häufig erlebt wird. Eine dieser Wiederherstellungsversuche sind Schaukelspiele, die den ursprünglichen Rhythmus im Mutterleib wieder herstellen. Ängste vor dem Fallen aus einer Höhe, Stürzen aus einem Fenster (Hidas, Raffai, 2006, S. 84), Tunnels, Reisen und das Gefangenwerden in einer Falle wiederholen die Geburtsangst (Chamberlain, 1990, S. 138).

Als Kind kann ich mich noch sehr gut an einen ständig wiederkehrenden Traum erinnern: Ich stand auf der Dachkante eines hohen Hauses. Ich fragte mich, ob ich wohl fliegen könnte, nahm einen Sprung und versuchte wie verrückt mit meinen Armen - gleichsam als Flügel - zu schlagen. Kurz bevor ich zu wenig Höhe hatte, spürte ich einen Auftrieb und ich wusste: ICH KANN FLIEGEN!!

Rank irrte in seiner Vorstellung, dass der Mutterleib ein Ort sei, wo es keinerlei Störungen gibt. In seinen Überlegungen betrachtete er nie eine mögliche Traumatisierung dieser Lebenszeit (Dowling, in: www.adelphos.de) und idealisierte somit seine Mutterleibsvorstellungen. Rank erklärte, dass die Mutterbeziehung vor der Geburt beginnt und in unserem Erleben und allen Beziehungen eine fundamentale Rolle spielt (Janus, 2000, S. 70). Erfahrungen vor, während und nach der Geburt werden auf vorsprachlicher Ebene gespeichert (Liebermann, in: Rank, 1998, S. II).

„Es ist die Stärke Ranks, zwischen den Strukturen unseres komplexen Alltagsbewusstseins und allerfrühesten Beziehungssituationen konstruktive Verbindungen herzustellen“ (Janus, 2000, S. 113).

Leider wurde die Forschung in diese Richtung Anfang der 20er Jahre nicht weiter betrieben und nach einem Zerwürfnis mit Freud aus dem psychoanalytischen Gedankengut so gut wie ausgeschlossen. Ludwig Janus, führender prä- und perinataler Psychologe und langjähriger Vorsitzender der Prä- und Perinatalen Studiengemeinschaft Heidelberg meinte, dass die Gründergestalten der Psychoanalyse sehr wohl die Präsenz geburtlicher und vorgeburtlicher Gefühle wahrnahmen, aber der Widerstand des damaligen Zeitgeistes noch zu groß war (Janus, 2000, S. 70). Für die damalige patriarchale Welt war es unannehmbar, dass die früheste Mutterbeziehung von so enormer Wichtigkeit sein sollte.

Vielleicht ist die Geburt auch zu eng mit dem bedrohenden Gefühl des Todes verbunden, als dass wir bereit wären das Geburtstrauma mit wissenschaftlicher Neutralität zu betrachten (Greenacre, in: Janus, 2000, S. 56). Unter dem Motto „Alles hat seinen Zeitpunkt“ wurde z. B. die Pubertät von Rousseau erkannt und erst Ende des 19. Jahrhunderts von Stanley Hall systematischer beschrieben (Janus, 2000, S. 57).

Dass Erinnerungen an perinatale und intrauterine Ereignisse ein wissenschaftliches Faktum sind, kann nicht mehr bezweifelt werden (Schindler, 1982, S. 135). Umso mehr muss in Frage gestellt werden, ob die psychische Geburt wirklich erst nach der Geburt beginnt. Der bis dato allgemein einleuchtende Grund war das Faktum, dass der Gehirnkortex des Neugeborenen noch nicht ganz myelinisiert (d. h. die Neuronen sind noch nicht vollständig von einer schützenden und fetthaltigen Substanz = Myelin umgeben) ist. Dies bedeutet, dass das Gedächtnis neurobiologisch gesehen keine Erfahrungen abspeichern kann und die Geburt somit psychologisch irrelevant ist. Dem widerspricht die wachsende Literatur über die bemerkenswerte Sensibilität des Fetus (Grof, 2008, S. 138 f.). Szenische Intuition und Sensibilität für das frühe Erleben bezogen Graber und Rank in ihr psychoanalytisches Arbeiten ein. Ein großer Fortschritt war die Entdeckung des pränatalen Traumas durch den ungarischen Psychoanalytiker Nándor Fodor. Aufblitzende Erinnerungen, Träume und Symptome seiner Patienten, die mit der Geburt zu tun hatten, brachten ihn auf die Theorie, dass die traumatische Erfahrung der Geburt nur durch einen „*Gedächtnisschwund*“ überlebt werden kann. Grof spricht von einer „*tiefen emotionalen Unterdrückung der Erinnerungen an die eigene Geburt*“ (Grof, 2008, S. 139). Die tatsächliche Erinnerung bleibt erhalten und taucht durch Träume oder Verhalten aus dem Unbewussten auf. Fodor vertrat auch die Meinung, dass die Mutter telepathisch mit dem Ungeborenen kommunizieren kann (Chamberlain, 1990, S. 138 ff.). (Siehe dazu später das Kapitel „Pränatale Bindung“) Der Einfluss dieses Forschers blieb unter den Psychoanalytikern leider lange ebenfalls begrenzt. Die Psychoanalyse arbeitete vorwiegend im sprachlichen Bereich, was für die Erforschung der pränatalen Tiefendimension der

Emotionalität nicht dienlich war. Nach Rank und Fodor zeigt sich eine vorsprachliche Erfahrung nur im Erleben, Reagieren und Verhalten sowie in Symptomen (Janus, 2000, S. 79). Die neuen Konzepte von Stanislav Grof und Artur Janov wandten sich ganz der Ebene des Fühlens und Empfindens hin (Janus, 2000, S. 67 f.). (Wobei ich noch in einem späteren Abschnitt noch genauer auf die Geburtsmatrizen Grofs eingehen werde.)

Der österreichische Psychologe Sepp Schindler weist darauf hin, dass nur bedingt ein Kausalzusammenhang zwischen Perinatalgeschehen und Neurosenbildung besteht. Seiner Ansicht nach haben Rank und Janov den gleichen Fehler gemacht: Sie verallgemeinerten, dass alle Neurosen auf die „Nichtbewältigung des Traumas der Geburt“ zurück zu führen sind. Kruse meinte, dass nur die Krankheitsbilder von Raumangst und Platzangst auf geburtstraumatische Faktoren zurück gingen (Kruse, 1982, S. 118 f.). Ludwig Janus vertritt die Meinung, dass die Geburt auf jeden Fall ein Trauma darstellt. Durch die Physiologie des weiblichen Beckenbodens und des Kopfumfanges eines Neugeborenen fehlt – vereinfacht dargestellt - ungefähr ein Zentimeter. Dieser Zentimeter wird durch die Verformung des kindlichen Schädels bei der Geburt ausgeglichen. Und genau in diesem Umstand sieht Janus den Kern des Geburtstraumas auf somatischer Ebene (Janus, 1997, S. 62 f.).

Erst in den Siebziger Jahren wurde in Heidelberg die Internationale Studiengemeinschaft für Peri- und Pränatale Psychologie (ISPP) gegründet. Vom zeitlichen Rahmen betrachtet steckt dieser Wissenschaftszweig noch „in den Babyschuhen“. Erkenntnisse werden langsam umgesetzt und finden meiner Meinung nach zu schleppend Eingang in den Geburtsbereich. Eine Veränderung kann nur entstehen,

„...wenn die Bedeutung des Lebensanfangs und seiner Erfahrungen ins allgemeine Bewusstsein tritt – dass der Kern unseres Erlebens, unsere Seele, (...) das dem Ursee des Fruchtwassers entstammende fötale Bewusstsein ist, (...) zu dem wir uns immer wieder ahnungsvoll in Beziehung setzen (Janus, 1997, S. 230).

Dieses Bewusstsein in unserer heutigen Gesellschaft zu fördern und weiter zu tragen ist unter anderem auch durch eine sehr hektische Umwelt behindert.

8.2. Stress in der Schwangerschaft für die Mutter

Die Schwangerschaft stellt eine der wichtigsten Reifungskrisen dar, die eine Periode mit schwerwiegenden endokrinen, psychologischen und organischen Veränderungen mit sich bringt. Die Persönlichkeit der Schwangeren und die Organisation des Ichs kann einer harten Belastungsprobe ausgesetzt werden (Schindler, 1982, S. 138). Eine schwangere Frau muss ein hohes Maß an Anpassung leisten. Alles verändert sich sowohl auf physiologischer und als auch auf psychologischer Ebene. Die Auseinandersetzung mit der zukünftigen Elternschaft steht genauso an wie die Aufarbeitung der eigenen Kindheit und die damals erlebte Elternschaft der Eltern. Die sozialen Rollen müssen in Beruf und Familie neu bestimmt werden. Die Möglichkeit, dass in diesem Prozess Stress, Ängste oder Depressionen auftreten, liegt bei ca. 25 % (Wurmser, 2007, S. 129). Die Regressionsneigung in der Schwangerschaft ist erhöht und mit primärprozesshaftem Denken verbunden, d. h. präödicale und ödipale Konflikte aus der eigenen Mädchenzeit können wieder unbewusst zum Tragen kommen. Die Akzeptanz der Schwangerschaft und des entstehenden Kindes beschreibt Gisela Schleske als einen „*heiklen und störanfälligen Prozess*“ (Schleske, 2007, S. 16).

Die routinemäßige Schwangerschaftsvorsorge sollte auch dazu benützt werden, Frauen auf ihre Schwangerschaftsphantasien anzusprechen und potentiell konflikträchtige Mutter-Kind-Konstellationen therapeutisch zu bearbeiten, da Frauen in der Schwangerschaft im allgemeinen offener und bereitwilliger sind, an diesen Themen zu arbeiten. Außerdem beeinflusst diese geleitete Kommunikation zwischen Mutter und Kind das Wohlergehen beiderseits (Schleske, 2007, S. 35). Karl Heinz Brisch, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit in der

frühen Kindheit (GAIMH e.V. – German- Speaking Association For Infant Mental Health) kann mit neuesten Forschungsergebnissen bezüglich prä- und postnataler präventiver Psychotherapie aufwarten. Dies ist umso bedeutender, weil bei der heutigen fortgeschrittenen pränatalen Diagnostik die betroffenen Eltern oft nach der Mitteilung einer ungünstigen Diagnose psychologisch nicht betreut und somit allein gelassen werden. Die Besorgtheit der Eltern belastet zusätzlich den Fetus und die Eltern-Kind-Beziehung (Brisch, 2007, S. 275).

Biomedizinisch-gynäkologisch betrachtet werden Frauen heute sehr gut betreut. Jedoch beläuft sich nur ca. die Hälfte der negativ ungünstigen Geburtsausgänge auf biomedizinische Risikofaktoren. Dies bedeutet, dass psychosoziale Faktoren, wie z. B. unerwünschte lebensverändernde Ereignisse, akute und chronische Stressbelastung und geringe soziale Unterstützung ungenügend erfasst werden und Frauen hinsichtlich dieses Aspekts sehr wohl Betreuung brauchen würden (Wurmser, 2007, S.135, S. 147 f.). In den Forschungsergebnissen von Sepp Schindler wird auf die Wirksamkeit von psychosozialer Betreuung hingewiesen:

Bei Studien zu einer individuellen geburtshilflichen Psychoprophylaxe zeigte sich, dass sich der Geburtsvorgang um ein Drittel verkürzte und die medizinischen Interventionen bedeutend zurück gingen. Eine 50-prozentige Abnahme der niedrigen Werte beim Apgar-Test und eine signifikante Abnahme der Frühgeburten und des niedrigen Geburtsgewichts bei Neugeborenen sprechen eine eindeutige Sprache (Schindler, 1982, S. 138 f.). Neugeborene, deren Mütter sich einer psychoprophylaktischen Untersuchung unterzogen haben, litten gemessen an der ersten Stunde nach der Geburt an weniger neonatalem Stress (Schindler, 1982, S. 143)!

Der Salzburger Entwicklungspsychologe Rottmann wies nach, dass die Geburten umso länger dauerten und umso mehr Komplikationen hervorriefen, desto konfliktreicher, ambivalenter und ablehnender die Gefühle der Mutter gegenüber ihrem Ungeborenen waren. Es wurde das sogenannte Kipp-Syndrom bei ablehnenden Müttern beobachtet. Dies

bedeutet, dass die Neugeborenen in ihren ersten 48 Stunden abwechselnd apathisches Verhalten zeigten oder kontinuierlich weinten (Raffai, Hidas, 2006, S. 61). Es scheint mir, dass diese Untersuchungen älteren Datums in Vergessenheit gerieten.

Warum die Entwicklung nicht von Beginn an fördern? Brisch arbeitet mit seinem Konzept von SAFE (Sichere Ausbildung für Eltern) mit primärer Prävention zur Förderung der psychischen Gesundheit von Eltern und Kinder. Sicher gebundene Kinder weisen wesentliche Vorteile in der Lebensbewältigung auf, so leben und lernen sie z. B. kreativer, ausdauernder und differenzierter. Konflikte können sie konstruktiver und weniger aggressiv lösen (Brisch, 2007, S. 286 f.) und bereichern Gruppen mit ihrem solidarischen und verantwortungsbewussten Verhalten der Gemeinschaft gegenüber. Das Präventionsprogramm beginnt in der 20. Schwangerschaftswoche und dauert bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Zu diesem Zeitpunkt kann bei den Eltern verstärkt das Bewusstsein geschaffen werden, wie sowohl die Mutter als auch der Vater mit ihrem Ungeborenen in Kommunikation treten können und bereits eine Bindung aufbauen können. Mittels Videofeedback wird vermittelt die Signale des Säuglings richtig wahr zu nehmen. Entspannungstechniken für stressvolle Zeiten aber auch unverarbeitete Geburtserlebnisse und eigene Kindheitserfahrungen haben in den Seminaren Platz. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Erkennen von Projektionen auf die Kinder, die dann wie in einem Theater ihre Rolle als Opfer für die Eltern spielen. Wenn sie nicht aufgelöst werden entwickeln diese familienpezifische Themen manchmal eine Dynamik über Generationen hinweg (Brisch, 2007, S. 288 f.). Ziel des SAFE Programms ist es, dass sich nach diesen eineinhalb Jahren bei den teilnehmenden Familien möglichst viele Kinder sichere Bindungsmuster aufweisen und elterliche Traumata sich nicht mit dem Säugling wiederholt haben (Brisch, 2007, S. 295).

All diese wissenschaftlichen Ergebnisse aber sollten Grund genug sein, diese Maßnahme zumindest zu diskutieren und in die Geburtsvorbereitung mit einzubeziehen. Auch bleibt zu überlegen, ob durch eine kontinuierliche

Schwangerschaftsbetreuung einer Hebamme viele Fälle im Sinne einer obstetrischen (= geburtshilflichen) Psychoprophylaxe gelöst werden können, sodass nur noch pathologische und grenzwertige Fälle an PsychotherapeutInnen weiterverwiesen werden müssen oder bzw. und an einem SAFE Programm teilnehmen können. Solche vom Staat für eine möglichst breite Bevölkerungsschicht geförderte Programme bedeuten für mich unter anderem, gesellschaftliche Verantwortung zu tragen. Was unsere Gesellschaft Schwangeren und Neugeborenen aber auch alten Menschen zumutet, stimmt mich bedenklich.

Gerald Hüther, einer der renommiertesten Hirnforscher Deutschlands beschreibt sehr treffend die Umwelt, in der eine durchschnittliche Schwangere heutzutage leben muss. Sie leidet an Reizüberflutung und der von Autoabgasen verpesteten Luft in Großstädten. Die Ernährung ist angereichert mit Chemikalien. Täglich müssen sie das Elend der Sensationen der Medien verarbeiten. Überall herrscht Zeitnot und Hektik, die ihren Rhythmus bestimmt. Dazu plagt sie die Frage und das Gewissen, ob sie wohl eine gute Mutter ist und sein wird. Die Versorgung von Schwangeren deckt wenig von ihren Bedürfnissen und Gefühlsstimmungen ab, die sie in dieser Zeit sehr beschäftigen. Anstatt Halt, Zuwendung und Wärme zu bekommen setzt sie sich mit Schuldgefühlen auseinander. Dafür bietet unsere Gesellschaft High-Tech-Medizin und jeden Monat Ultraschall und entfremdet schwangere Frauen damit immer mehr von ihrem Körper und ihren ureigensten weiblichen Impulsen und ihrer Seele (Hüther, Krens, 2005, S. 129). Extreme emotionale, wirtschaftliche und soziale Schwierigkeiten können Ablehnung bei der Mutter hervorrufen und die Entwicklung des Kindes ernsthaft gefährden (Sonnewend, 1982, S. 103). Gynäkologen sind angehalten der Patientin alle erdenklich möglichen Pathologien der Schwangerschaft mitzuteilen, um eventuell auftretenden Regressansprüchen vorzubeugen. Leider befinden sich Frauen, die natürlich schwanger sind und nicht den Befund einer Risikoschwangerschaft haben in einer pathologischen Schiene der Behandlung. Damit bestimmen wir die intrauterine

Lebenswelt viel stärker mit als uns bewusst ist (Hüther, Krens, 2005, S. 129).

Daraus entsteht eine große gesellschaftliche Verantwortung wie mit Schwangeren umgegangen wird. Es darf nicht sein, dass im Sinne einer Schuldzuweisung die Problematik auf die Mütter „abgeschoben“ wird. Sehr wohl wäre es erforderlich, dass sich Frauen mit ihrem Wissen in die gesellschaftliche Verantwortung einbringen (Janus, 2000, S. 94).

Beide Weltkriege hinterließen eine schwere Erbschaft. Mit den Säuglingen wurde besonders nach der Geburt – aber auch zu späterer Zeit - wenig einfühlsam umgegangen. Hier könnte man auch von einer „*kollektiven Bindungstraumatisierung*“ sprechen (Alberti, 2007, S. 35). Über die „Kriegskinder“ schreibt Bettina Alberti, pränatale Psychotherapeutin aus Deutschland, dass das seelische Leid beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheit und insbesondere „*auf die Fähigkeit zu fühlen und mitzufühlen, auf die Lebensgestaltung und auf die Beziehung zu den eigenen Kindern*“ (Alberti, 2007, S. 132) hat.

8.3. Was bedeutet Stress für den Fetus?

*„Jeden Tag ist man darauf erpicht, eines Tages
am Leben zu sein; aber bestimmt nicht,
ohne dabei zu bedauern,
dass man eines Tages geboren wurde.“*

(Samuel Beckett)

Jeglicher Stress für die Mutter führt auch zu Stress für das Kind im Mutterleib. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Adrenalin und Cortisol durch die Nabelschnur zum Fetus gelangen (Alberti, 2007, S. 151), was eine mangelhafte Blutversorgung beim Kind zur Folge hat. Somit bleibt dem Kind nichts anderes übrig, als seine Herzstätigkeit zu erhöhen und vorerst Blut durch die Nabelschnur-Arterien zur Plazenta zu pumpen und den Blutstrom von der Plazenta zurück zum Fetus anzuregen (Dowling, 2001, S. 14). Je intensiver die Mutter Zustände der Angst in der Schwangerschaft erlebt, desto weniger wird die Plazenta mit Blut und

Nährstoffen versorgt und es kommt zu einer Wachstumsretardierung (Wurmser, 2007, S. 145). Pränatale Vergiftungen durch Alkohol, Nikotin oder Drogen zwingen das Kind sich anzupassen, mit weniger Blut auszukommen, um nicht völlig vergiftet zu werden. In Folge dessen kommt es mit einem verminderten Geburtsgewicht und einem negativen Körper-Selbstbild zur Welt.

Experimente bei Rattenmüttern, die während der pränatalen Zeit gestresst waren zeigten, dass das Sexualverhalten der Nachkommenschaft sich veränderte. Weibliche Tiere waren in ihrem Verhalten aggressiver und zeigten weniger Interesse an ihrer Umgebung und männliche Tiere wiesen ein feminines Verhalten auf (Hidas, Raffai, 2006, S. 52). Die Jungtiere waren empfindlicher gegenüber Krankheiten und hatten ein gestörtes soziales Verhalten, das sogar auf die nächste Generation vererbt wurde.

Zynisch kann behauptet werden: Ratten haben es gut, denn unsere Gesellschaft kümmert sie wenig. Junge Eltern jedoch, die dem Druck unserer Leistungs- und Konkurrenzgesellschaft Stand halten müssen und wollen, geben unweigerlich diese Belastung an die ungeborenen Kinder weiter. Untersuchungen haben gezeigt, dass das erste und zweite Trimenon (= Drittel) der Schwangerschaft für den Fetus viel anfälliger für Stress ist als das letzte Drittel der Schwangerschaft. Dieser Umstand rührt daher, dass das Stresshormon Cortisol leicht die Plazentaschranke passiert. Ab der zweiten Hälfte der Schwangerschaft bildet der Fetus eigenständig das cortisolabbauende Enzym 11 β -HSD und vermindert somit selbst den Stress (Wurmser, 2007, S. 138 f.). Die Überforderung unserer Leistungsgesellschaft disponiert für eingeengte soziale Zwangssysteme und beschneidet den Menschen in seiner Kreativität und Entfaltung (Janus, 1997, S. 229).

Ebenso schwerwiegend sind emotionale Belastungen der Eltern, die an die Feten weiter gegeben werden. Hier sind besonders unerwünschte Schwangerschaften, Abtreibungsversuche, ambivalentes Beziehungsverhalten und traumatische Erfahrungen (z. B. Todesfälle während der Schwangerschaft), Kriege, Naturkatastrophen oder Unfälle

zu nennen. Traumatische Erfahrungen überfordern unsere Seele, den auf sie einströmenden Schrecken, Angst und Stress zu verarbeiten (Alberti, 2007, S. 126). Am Beispiel des Reaktorunglücks von Tschernobyl bewiesen drei Studien, dass vor allem die elterliche Besorgnis über das Strahlenereignis Einfluss auf die Sprachentwicklung, die allgemeine Testintelligenz und emotionale Störungen verursacht haben (Schölmerich, Pinnow, 2007, S. 31).

Eine unerwünschte Schwangerschaft wurde schon vom ungarischen Psychoanalytiker Ferenczi in seinem Buch „Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb“ thematisiert. Kafkalides prägte den Begriff des „akzeptierenden“ und des „zurückstoßenden“ Mutterleibes (Janus, 2000, S. 150). Die Botschaft des Nicht-Willkommenseins wiederholt sich immer in aktuellen Lebenssituationen. Partnerbeziehungen, in denen wir nicht geliebt werden und selbst nicht lieben. Situationen, in denen wir uns mit Stress überladen oder in denen wir uns selbst gefährden (Alberti, 2007, S. 172).

Bei einem Trauerfall in der Familie muss die Schwangere unbedingt psychologisch betreut werden, ansonsten kann es zu einer Traumaübertragung kommen. Der Fetus wird unbewusst als eigenes Organ zur Kompensation des Verlustes der nahen Person integriert. Als Konsequenz kann dies beim Fetus zu einer Störung der Differenzierung der Körpergrenzen führen (Hidas, Raffai, 2006, S. 113). In der Therapie eines jungen Mannes, der unter dem oben beschriebenen Symptom litt, lag der Schwerpunkt der Arbeit auf dem Herzen, da er befürchtete, wenn er geboren würde, dass er ohne Herz da stehen müsste. Das Herz bliebe ja bei seiner Mutter und sein eigenes Herz konnte er nicht spüren (Hidas, Raffai, 2006, S. 96 f.).

In der pränatalen Literatur gibt es unzählige Therapiebeispiele, die sehr eindrücklich veranschaulichen, wie erwachsene Menschen ihre pränatale Zeit mühsam aufarbeiten. Allerdings lässt es kaum einen Zweifel offen, dass mit Hilfe der Therapie eine Lebensqualitätsverbesserung erzielt werden kann oder zumindest Coping-Strategien mit dem Klienten

erarbeitet werden können. Janus berichtet von einem Fallbeispiel einer Patientin, die sich in der Hypnoanalyse an eine Situation erinnert, wo sie sich vor heißem Wasser fürchtet und sich zu Tode bedroht fühlt. Erst im Nachhinein klärte sich diese Erinnerung auf, nachdem sie ihre Mutter mit ihren Bildern konfrontierte. Die Mutter gestand den Versuch unternommen zu haben, die Schwangerschaft im 3. Monat mittels heißen Sitzbädern zu beenden (Janus, 1997, S. 82 f.). Solche und andere Beispiele haben mich sehr betroffen gemacht und mich dazu veranlasst, mit verschiedenen Personen Gespräche in diese Richtung zu führen.

Lidia ist eine sehr elegante Argentinierin, 70 Jahre alt. Sie ist sehr bedacht auf ihr Äußeres und versucht mit allen Mitteln ihr Gesicht zu wahren. Immer achtet sie darauf, sich perfekt anzupassen und nicht aufzufallen. Auch bezüglich ihrer Gefühlsäußerungen lässt sie nur zu, was von anderen als erwünscht gesehen wird. Ihre Körperhaltung ist sehr aufgerichtet und sie wirkt beinahe stolz. Ihre Bewegungen sind eher ungenau. Es fällt auf, dass sie motorisch eingeschränkt ist. Sie kann weder Rad fahren noch schwimmen und nie ist sie auf Bäume geklettert oder im Gras gelegen. Als Kind wurde sie von ihren Brüdern zum Spielen mitgenommen. Sie befahlen ihr, auf sie zu warten und das kleine Mädchen blieb dann den ganzen Nachmittag am gleichen Platz sitzen und wartete auf seine Brüder. Als ich sie frage, wie es kommt, dass sie so anders als ihre sehr dunkelhäutigen Brüder aussieht, erzählt sie mir, dass sie das Ergebnis einer kurzen Liebesaffäre ihrer Mutter während der Ehe ist. Als ihre Mutter schwanger wurde, hatte sie nur einen Gedanken: Hoffentlich sieht das Kind so aus, dass es niemandem auffallen wird, dass es nicht von ihrem Mann stammt.

Dieses Gespräch führte ich eher zufällig als ich begann mich im Jänner 2008 mit pränataler Literatur zu beschäftigen. Es erinnerte mich an eine Beschreibung des Fallbeispiels „Der kleine Hans“ von Alexandra Piontelli, die den Fetus von innen beschreibt:

„Er bewegte sich kaum und lag zusammengekrümmt in einer Ecke des Uterus und bedeckte seine Augen und sein Gesicht mit den Händen und den Armen. Es sah fast aus, als ob er auch die Beine so hielte, dass sie das Gesicht schützten. Seine Unbeweglichkeit vermittelte nicht den Eindruck von Ruhe. Es schien aus einer Spannung zu kommen, wenn schon nicht von Panik, so jedoch auch nicht aus einer Ruhe heraus: Mit Armen am Kopf, die Augen und Gesicht bedeckten, sah er wie eine Figur des Malers Munch aus... (Piontelli, in: Janus, 1997, S. 45).

Auch Freud setzte Munchs Gemälde „Der Schrei“ mit dem perinatalen Schrecken gleich (Freud, 1912, GW IX). Wenn es der Spezies Mensch möglich ist, prä- und perinatale Traumata in Kulturtechniken zu verarbeiten, dann muss es auch eine entsprechende Wahrnehmung des Fetus geben.

„Dies spricht dafür, dass die prä- und perinatale Auffassungs- und Verarbeitungsmöglichkeit des Kindes viel komplexer ist als bisher häufig angenommen (...) und sie lassen etwas von der Komplexität vorgeburtlicher Wahrnehmungsfähigkeit deutlich werden“ (Janus, 1997, S. 81).

8.4. Stress während der Geburt für das Kind

Es ist anzunehmen, dass ein bereits pränatal gestresstes Kind belastet an das Geburtserlebnis heran geht. Auf der anderen Seite wird einem Kind, das sich angenommen fühlt und mit dem die Mutter liebevoll in innerliche Verbindung getreten ist die Geburt erleichtert (Dahlke, 2001, S. 134). Bei Mensch und Tier wurden eine erhöhte Irritierbarkeit und eine verminderte Stressresistenz bei ungünstigen prä- und perinatalen Bedingungen festgestellt (Janus, 1997, S. 103). Zudem ist das unkomplizierte Geburtsgeschehen eine enorme Herausforderung für Mutter und Kind. Die Kräfte, die auf den Fetus einwirken sind von ungeheurer Natur. Mit einer sehr bildreichen Sprache beschreiben Patienten unter Hypnose die Wehenarbeit als „Pulsieren“, „Wellen von Druck“, „Flutwellen“, „Rollen eines Schiffes auf rauer See“ (Chamberlain, 1990, S. 178). Mütter und Babys sind diesen Naturgewalten mit dem Unterschied ausgeliefert, dass die Kinder die Welt von innen kennen und die Botschaften von außen anscheinend verstehen konnten (Chamberlain, 1990, S. 212). Dem entsprechen auch die Ansichten der französischen Psychoanalytikerin und Kinderärztin Françoise Dolto. Sie vertrat die Auffassung, dass Neugeborenen und auch Frühgeborenen genau erklärt werden soll, was mit ihnen während der Geburt geschehen ist und warum gewisse Maßnahmen gesetzt wurden. Damit könnten die Neugeborenen „all ihren Schmerz, ihren Kummer und ihre Not und Angst“ abfließen lassen und ihre Spannung los lassen (Dolto, Video, Arte).

Kein Wunder, dass für Rank und viele andere die Geburt ein Trauma darstellt. Entscheidend für die Verarbeitung des Geburtstraumas eines Säuglings ist es, zu erfahren wie er auf dieser Welt empfangen wurde, damit all die Angst und Not, der Druck und die Enge abfließen können und sich diese Gefühle im Laufe seiner Entwicklung nicht in Form von verschiedenen psychosomatischen Krankheiten ausdrücken (Hidas, Raffai, 2006, S. 51). Auch später bietet eine präsente Eltern-Kind-Beziehung die Möglichkeit, prä- und perinatale Belastungen in der Interaktion abzuarbeiten. Eine Langzeitstudie der Sozialforscherin Emmi Werner zeigt, dass sich bei Erwachsenen trotz belastenden prä- und perinatalen Umständen die Folgeerscheinungen wesentlich bessern können. Fatal wirkt sich die Kombination zwischen schwierigen prä- und perinatalen Bedingungen und einer frühen familiären Instabilität aus. Dies führt zu Schul- und Verhaltensschwierigkeiten (Janus, 1997, S. 112). Die Geburt als eine gelingende Ankunft zu erleben ist vorrangig jenen Kindern gegönnt, deren Eltern sich bereits selbst gefunden haben (Janus, 2000, S. 171). Zu dieser Aussage möchte ich anmerken, dass das Phänomen der Resilienz nicht außer Acht gelassen werden darf. Betrachtet man die Geburt als eine Phase einer durchgängigen Entwicklung, dann müsste dieses Phänomen auch für Feten gelten.

Sicherlich ist einer der größten Stressfaktoren das Gefühl allein gelassen zu werden. Bei der Geburt werden viele Hormone ausgeschüttet, die das Baby und die Mutter für die Geburt brauchen. Terence Dowling schreibt dazu:

„ Erlebt das Kind während des Geburtsvorgangs wie die Mutter auf die Bewegung reagiert, kommt es bereits gestärkt mit Selbstvertrauen zur Welt. (...) Bei Verabreichung von Schmerzmitteln oder einer PDA verliert das Baby den Kontakt zur Mutter. Diese reagiert nicht mehr auf die Bewegungen, das Kind fühlt sich allein gelassen“ (Dowling, in: Salzburger Nachrichten, 24.3.2007).

Würde diese Aussage von den Geburtsmedizinerinnen ernst genommen werden, gäbe es meiner Meinung nach während der Geburt nicht so viele Medikationen. (Siehe auch Kap. 6.3) und nicht eine derart hohe Anzahl an Frauen, die sich für eine Medikation entscheiden.

Die Verantwortung ist umso größer mit dem Bewusstsein, dass prä- und perinatale Traumata von einer Generation zur anderen weiter gegeben werden können (Hidas, Raffai, 2006, S. 60). Aus der pränatalen Sicht heraus geht es vor allem darum, dass die Erlebniskontinuität vor, während und nach der Geburt nicht verloren geht. Das Wesentliche und die Chance zugleich ist das gute Vorgeburtliche wie Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung im Nachgeburtlichen wieder zu finden (Janus, 2000, S. 75).

8.5. Die Geburtsmatrizen nach Grof

Stanislav Grof ist Psychiater und wird oft als „Vater der transpersonalen Psychologie“ bezeichnet. Er arbeitete über vierzig Jahre lang mit erweiterten Bewusstseinszuständen, die er zuerst mit LSD und später mit Atem- und Regressionstechniken herbei führte. Eine der Atemtechniken ist das Holotrope Atmen, das einen Bewusstseinswandel auslöst, der mit einer veränderten sinnlichen Wahrnehmung und oft heftigen Emotionen und tiefgehenden Änderungen in den Denkprozessen verbunden ist (Grof, 1997, S. 25). Das erneute Durchleben jeder Phase des Geburtsvorgangs ist mit verschiedenen Erfahrungsmustern verbunden, die durch bestimmte Emotionen, körperliche Gefühle und symbolische Bilder gekennzeichnet sind. Diese Erfahrungsmuster nennt Grof perinatale Grundmatrizen (Grof, 1997, S. 195).

„Der perinatale Bereich ist eine wichtige Schnittstelle zwischen der biographischen und der transpersonalen Ebene der Psyche. Er stellt einen Übergang zu den historischen und archetypischen Aspekten des kollektiven Unbewussten im Jungschen Sinne dar“ (Grof, 1997, S, 193).

Diese Aussage bedeutet, dass die Geburtsmatrizen als kulturell übergreifend zu verstehen sind. Nach Grof geschieht eine spirituelle Öffnung beim Fetus, der sich in seiner schwierigen Lage mit allen Wesen, die in einer ähnlich schwierigen Lage sind mitfühlend verbinden kann. Wie immer gibt es eine erlöste und eine unerlöste Form, wenn die Entwicklung gegen den Fetus verläuft (Dahlke, 2001, S. 324 f.). Grundlegende Strukturen des psychischen Erlebens werden durch die pränatale Phase,

die Eröffnungs-, Austreibungs- und die Durchtrittsphase der Geburt geprägt (Janus, 1997, S. 94).

Perinatale Grundmatrix I – die Ureinheit mit der Mutter: Bilder von großen Weiten ohne Grenzen, Galaxien oder eines Ozeans mit schwimmenden Meerestieren, die sich wie eine große nährende Mutter anfühlen. Bei einer Störung entstehen Assoziationen mit dunklen, unheimlichen Bedrohungen, vergifteten Höhlen, blutigen Visionen oder apokalyptischen Szenarien.

Perinatale Grundmatrix II – Antagonismus mit der Mutter

(Kontraktionen in einem geschlossenen uterinen System): Es fühlt sich an wie ein Strudel, ein Sog und übermächtige Lebensgefahr. Symbolisch gesehen wirkt es wie ein Abstieg in die Unterwelt mit enormen psychischen und physischen Qualen. Eine abgrundtiefe Verzweiflung, die nicht einmal mit dem Gedanken an Selbstmord tröstlich sein kann. Jedoch lernt man in diesem Zusammenhang, dass Druck einen Sinn hat und irgendwann die Erlösung kommt (Dahlke, 2001, S. 328).

Perinatale Grundmatrix III – Synergie der Mutter (Vorwärtsbewegung im Geburtskanal): Es kommt zu einer immensen Verdichtung der Energie und einer explosionsartigen Entladung mit mächtigen, oft sexuellen Energieströmen. Bilder von Naturkatastrophen (Janus, 1997, S. 96), Aggression und Todeskämpfe, anomale sexuelle Szenen mit ständigem Wechsel der Rolle des Täters und des Opfers. Nach Jung ist dies eine wichtige Phase zur Konfrontation mit dem Schatten (Grof, 1997, S. 199 f.).

Perinatale Grundmatrix IV – Trennung von der Mutter (Beendigung des symbiotischen Einsseins und Bildung einer neuen Beziehungsform): Die Begegnung mit dem Feuer. Sengende Hitze, die als völlige Vernichtung und als Konfrontation mit dem Ich-Tod erlebt wird, um wieder geboren zu werden und dann die Auferstehung als Karfreitagsmysterium zu feiern. Bilder von göttlichem Licht mit übernatürlicher Strahlkraft. Wir nehmen uns als erlöst, befreit und gesegnet wahr. Es kommt zu einem starken Aufwallen von positiven Gefühlen für uns selbst, andere, der Natur und Gott (Grof, 1997, S. 203).

Grof meint, dass der perinatale Bereich für die Psyche des Menschen „*einen inneren Scheideweg von überragender Bedeutung*“ darstellt. Es vereinen sich in ihm die Aspekte der Geburt, der Sexualität und dem Tod und trennen zugleich das Leben und den Tod, das Individuum und die Gattung sowie die Psyche und den Geist (Grof, 1997, S. 204).

Janus merkt dazu kritisch an, dass dieses Konzept von einer „*systematischen Verzerrung durch die subjektive Sicht von Grof*“ beeinflusst ist, es aber trotzdem als „*Durchbruch der psychodynamischen Erfassung der prä- und perinatalen Grundmuster des Erlebens*“ einzuschätzen ist. Die Polarisierung zwischen „*gutem Mutterleib*“ und „*schlechter*“ *Todeserfahrung bei der Geburt*“ muss berücksichtigt werden (Janus, 1997, S. 94 f.).

Die Ergebnisse einer verantwortungsbewussten holotropen Atemarbeit bewirken eine Verminderung der Aggression, selbstzerstörerischer Tendenzen, führt zur Zunahme von Toleranz und Mitleid und fördert die Ehrfurcht vor dem Leben, das Mitgefühl mit anderen und das Umweltbewusstsein (Grof, 1997, S. 277).

8.6. Pränatale Bindung

Bindung beginnt lange vor der Geburt. Dowling nennt es das „Vier-Phasen-Modell“ der frühkindlichen Entwicklung. Die allererste Bindung erlebt der Fetus zur Plazenta. Sie ist unser allererstes Liebesobjekt, das wir bei der Geburt los lassen müssen (Dowling, 2001). Darauf folgt die perinatale Entbindung des uterinen Zustandes, der in die postnatale Bindung übergeht (Brüste der Mutter, Stillbeziehung). Den Abschluss bildet die postnatale Entbindung - die zweite Geburt - wo sich das Kind mit Autonomiebestrebungen von der engen Bindung schrittweise löst (Dowling, 2007).

Das Wesentliche an der prä- und perinatalen Bindung ist das Bewusstsein, dass die Mutter mit ihrem Kind in Kontakt treten kann, dass es ihm Botschaften übermittelt und dass das Kind darauf in seiner

speziellen Kommunikation antwortet. Die beiden ungarischen Psychoanalytiker György Hidas und Jenő Raffai erarbeiteten in den 90er Jahren - ganz in der „pränatalen Tradition“ von Ferenczi und Fodor - eine neue Methode zur Förderung vorgeburtlicher Mutter-Kind-Beziehung aus. Kernpunkt ihrer Technik war die Verschmelzung mit der Gebärmutter. In diesem interpersonellen Übertragungsraum der Bindungsanalyse kommen Gefühle und Einstellungen, die der Schwangeren von der eigenen Mutter entgegen gebracht wurden an die Oberfläche. Die Erinnerungsspuren der fetalen Lebenszeit nennen sie die Mutterrepräsentanten. Aufgearbeitet werden besondere Vorkommnisse vor, während und nach der Geburt und natürlich alle Gefühle, Einstellungen, Phantasien und Gedanken der Schwangeren in Bezug auf ihr Ungeborenes (Hidas, Raffai, 2006, S. 106 f.). Die emotionale Einstellung der Mutter beeinflusst das psychosomatische System des Fetus, das bei Stress mit Adrenalin und Cortisol überschwemmt wird. Hidas und Raffai arbeiten mit den Visualisierungen einer „inneren Hand“, d. h. direktiven Anweisungen und Erklärungen, die dem Kind von der Mutter mitgeteilt werden. Die Reaktion der Feten wird an Hand von Ultraschall und Pulsfrequenzmessungen beobachtet.

Frans Veldmann entwickelte in den 80-er Jahren die prä- und perinatale haptonomische Begleitung. Er zeigte auf, dass Kinder im Mutterleib und während der Geburt fähig sind in Tiefenkommunikation zu treten und über affektive Kontaktnahme verfügen. So bewegen sich Ungeborene z. B. dorthin, wo die Hand der Mutter auf dem Bauch liegt. Ann Jernberg bezieht auch den Vater mit ein und gibt den Eltern Tipps, wie z. B. mit dem Baby zu singen, ein Bild von sich und dem Baby zu zeichnen oder dem Baby von den Zeiten des Erwachsenseins zu erzählen ... (Janus, 1997, S. 235).

Für mich als zweifache Mutter klingt das alles schon ein bisschen lustig, wenn ich mir denke: „Dazu braucht es kein eigenes Lernprogramm oder Konzept“. Dieses Verhalten empfinde ich als ureigenstes mütterlich intuitives Verhalten. Doch kann dieses Verhalten nicht immer als gegeben angenommen werden. Als ich mein zweites Kind erwartete, machte ich

eine Woche Urlaub in der Sommerakademie auf Zakynthos. Bereits im Vorfeld entschloss ich mich ein Bild zu malen und erzählte meinem Ungeborenen, dass es jetzt „durch mich“ auf die Leinwand malen dürfe. Dieses Bild wurde eine große Überraschung für mich. Ich probierte auch eine Art Rinn-Technik aus und bei der abschließenden Betrachtung entdeckte ich eine Art Tierfiguren auf der Seite und schlussfolgerte daraus, dass dieses Kind Tiere besonders lieben wird. Heute ist Sophia zwei Jahre alt und sie hat wirklich eine besondere Zuneigung zu Tieren.

Das Gefühl der Schwangeren kompetent für ihr Ungeborenes zu sein scheint auch ein guter Prädiktor für eine positive postnatale Mutter-Kind-Beziehung zu sein. Frauen, die eine konfliktfreie eigene Mutterbeziehung haben erleben sich selbst als werdende Mutter eher kompetent. Das Wahrnehmen und das Eingehen auf die Kindesbewegungen ist bereits eine reale Beziehung. Achtsame Kommunikation mit dem Kind bedeutet auch, dass die Mutter es versteht den Rhythmus von Aktivität und Regression des Fetus zu respektieren, wie das auch nach der Geburt eine Notwendigkeit für ein gutes Verständnis des Kindes ist. Ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber zu akzeptieren und auszuhalten ist eine Vorbereitung auf das postnatale Leben. Die Ambivalenzfähigkeit der Mutter hilft ihr, schon während der Schwangerschaft Zwischenbilder des Kindes zu entwerfen, damit beispielsweise das Verhalten des Kindes im Trotzalter auszuhalten ist und die Gefühle nicht ungefiltert zurückgegeben werden. In einer gesunden Mutter-Kind-Beziehung kann die Mutter ihr Kind als Teil ihres eigenen Selbst und als „Objekt“ mit angeborenem Charakter wahrnehmen und akzeptieren (Schleske, 2007, S. 28 ff.).

Die Bindung zwischen Mutter und Kind besteht auch auf zellulärer Ebene. Dies entdeckten italienische Forscher indem sie feststellten, dass ab der 5. Entwicklungswoche des Fetus Hormone und Neurotransmitter an die Mutter übergehen, die dem mütterlichen Organismus helfen sich auf den veränderten Zustand einzustellen. Mancuso entdeckte auch, dass sich Urzellen des Ungeborenen im Knochenmark der Mutter festsetzten und weiße Blutkörperchen produziert wurden (Mancuso, in: Hidas, Raffai, 2006, S. 74). Dieses Forschungsergebnis bestärkte die Annahme, dass

Gefühle von Freude, Trauer, Wut, Angst oder Zuversicht vom Kind miterlebt werden (Alberti, 2007, S. 36).

Bei beiden Schwangerschaften ließ ich mich regelmäßig mit „Pränataler Therapie – Metamorphose“ nach Robert St. John behandeln. Über die Hand- und Fußsohlen finden sich nicht nur Reflexzonen sondern auch Druckpunkte für Chakren und Zugänge für das Wohlbefinden des Ungeborenen und Charakteristika der eigenen fetalen Zeit. Bei einer Therapiestunde fragte mich meine Therapeutin, ob ich wisse warum das Kind ganz in Aufruhr sei und Angst habe. Sofort begriff ich, dass bei der letzten Untersuchung mein Gynäkologe meinte, das Kind sei deutlich zu klein für sein Alter und die Nabelschnur versorge eventuell den Fetus unzureichend. Diese Aussage rief in mir Angst und Besorgnis um mein ungeborenes Kind hervor.

Das Kostbarste, was wir einem Kind schon im Mutterleib mitgeben können ist das Gefühl einer tiefen Liebe und des Angenommen-seins, das als Fundament einer sicheren Bindung dient. Dieser Anspruch könnte auch so manche Frau an sich (ver)zweifeln lassen. Wie heilend könnte es sein, schwangeren Frauen das Bewusstsein zu vermitteln, dass sie die Fähigkeit besitzen mit ihrem Kind in Verbindung zu treten und ihm das anbieten können, was ihr ureigenster Schatz ist. Was wir in unserer pränatalen Zeit bekommen haben wird immer wieder als Ressource in unserem späteren Leben auftreten oder wie Janus sagt: Dazu können wir uns immer wieder *ahnungsvoll in Beziehung setzen*.

Pränataler Bindungsaufbau durch Malen



„Sophias Bild“ gemalt in der 9. Schwangerschaftswoche auf Zakynthos

NACHWORT

Freundlicherweise durfte ich zwei Geburtserlebnisse und die Zeit zwischen den Geburten von Karin L. mit verfolgen. Wir stehen in einem persönlichen Naheverhältnis und sprachen des Öfteren auch über meine Diplomarbeit. Anstatt eines Nachworts möchte ich Karin L. als Fallbeispiel nehmen, wie sie ihre zwei Geburten erlebte und ihre bewusste persönliche Arbeit die zweite Geburt „selbstbestimmt“ zu gestalten.

1. Geburt am 13. September 2005

Die ersten Wehen begannen um 22.00 Uhr bei uns zu Hause. Sie kamen in regelmäßigen Abständen waren jedoch noch nicht sehr stark. Ich probierte verschiedene Positionen und Atemtechniken aus, die ich im Geburtsvorbereitungskurs gelernt hatte. Um 1 Uhr nachts wurden die Wehen etwas stärker kamen, aber bereits im 5 Minuten Abstand. Wir fuhren dann ins Krankenhaus, wo wir freundlich empfangen wurden. Zu diesem Zeitpunkt waren die Wehen noch gut erträglich. Die erste Untersuchung ergab eine Muttermundöffnung von 5 cm. Die Hebamme meinte, dass das Baby in den Morgenstunden schon da sein wird. Zur Entspannung legte ich mich in die Badewanne. Mein Mann war die ganze Zeit bei mir, was mir wohl tat. Die Hebamme hatte noch eine andere Geburt zu betreuen. Das war für mich kein Problem, da ich meinem Gefühl nach niemanden zur Unterstützung brauchte. Die Wehenabstände wurden etwas länger und ich wurde langsam so müde, dass ich zwischen den Wehen fast eingeschlafen bin. In der Zwischenzeit schaute die Hebamme immer wieder herein, ob alles in Ordnung ist. Um 7 Uhr morgens war Hebammenwechsel. Als die zweite Hebamme herein kam war ich „geschockt“, da ich diese von einer früheren Untersuchung als „nicht zu mir passend“ empfunden habe. Die Wehen waren plötzlich verschwunden. Um ca. 8.30 Uhr meinten die Hebamme und die betreuende Ärztin, dass sich das jetzt zu lange hinzieht und empfahlen mir den Wehentropf. In dieser neuen unbekanntem Situation lässt man sich vor allem beim ersten Kind doch beeinflussen. Es wurde mir gesagt, dass ich auf der linken Seite liegen soll, da das Kind noch so hoch ist. Mein Argument, dass ich „alles kann außer liegen“ wurde mit „es muss so sein“ abgetan. Ab diesem Zeitpunkt hatte ich pausenlos Wehen, die man weder kommen noch gehen spürt wie das bei natürlichen Wehen der Fall ist. Mein ganzer Bauch krampfte sich zusammen und ich hatte ständig das Gefühl pressen zu müssen. Es wurde mir gesagt, dass das noch lange nicht geht. So entstand das Bild in meinem Kopf die Wehen zurück halten zu müssen. Kurz vor den Presswehen machten sie einen Dammschnitt, da „es sonst noch länger gegangen wäre und der Damm sicher gerissen wäre“. Um 12.20 Uhr war unser Sohn Mario endlich geboren. Ich hatte ein enormes Glücksgefühl und war einfach überwältigt von so viel Naturgewalt und so viel Wunder. Ich war aber auch zu schwach meinen Sohn selbst zu

halten. Er lag auf dem weißen Laken vor mir und schrie. In mir kam das Gefühl, es soll ihn doch endlich jemand halten und zeigen, dass er Halt hat in dieser Welt. Gleich darauf wurde mir mein Kind auf den Bauch gelegt und mein Mann hielt ihn, da ich zu schwach dafür war. Unendlich schön und nicht zu beschreiben.

IM NACHHINEIN

Ich hatte lange mit dem Ablauf der Geburt zu kämpfen. Das Schwierigste für mich war zu verstehen, dass über mich bestimmt wurde. Ich wollte gehen, mich bewegen und so dem Kind den Weg ins Becken zeigen – und nicht auf der Seite liegend. Ich wäre um homöopathische Mittel froh gewesen, die die Wehen wieder in Schwung bringen – und erst in allerletzter Instanz zum Wehentropf zu greifen. Wenn mir gesagt worden wäre, dass der Muttermund bereits vollständig geöffnet ist, hätte ich ein Bild von „Mitschieben“ im Kopf gehabt und nicht von „Wehen zurück halten“. Ein sanfteres Licht und ein farbiges Laken wären ein schönerer Start ins Leben gewesen.

Unser Sohn hatte die ersten drei Monate viel geschrien – allgemein als „Drei-Monats-Koliken“ bekannt. Öfters war ich mit ihm bei einer Osteopathin, die ihm sehr geholfen hat die Spannungen - vermutlich im Dura-System - im Kopf zu lösen.

BEWUSSTES VERARBEITEN

Karin L. – Physiotherapeutin und Osteopathin - nutzte einige Möglichkeiten der Aufarbeitung ihres Geburtstraumas. Sie sprach mit Frauen über ihr Erlebnis, wurde selbst osteopathisch behandelt und ließ auch ihren Sohn nach der Geburt behandeln. Sie fand Hilfe bei einer Kinesiologin und ließ sich einige Male mit Pränataler Therapie/ Metamorphose behandeln. Weitere therapeutisch wirksame Persönlichkeitsarbeiten in diesem Bereich sind Biodanza, Biodanza Aquatica, körperorientierte Therapieformen sowie Holotropes Atmen und Rebirthing.

2. Geburt am 15. Mai 2008

Die ersten Wehen begannen unregelmäßig und schwach um ca. 18.00 Uhr. Ich ging spazieren und brachte unseren Sohn in aller Ruhe zu Bett. Ich legte mich eine Stunde in die Badewanne und die Wehen hörten fast auf. Gegen ca. 22.00 Uhr wurden die Wehen stärker und regelmäßiger. Zwischen den Wehen hat sich mein ganzer Körper geschüttelt und ich spürte genau: Das sind keine Senkwehen mehr, alles öffnet sich – ich öffne mich! Dieses Schütteln war für mich neu aber durchaus angenehm. Um 23.30 Uhr fuhren wir

ins Krankenhaus. Die diensthabende Hebamme empfing uns in aller Ruhe, fragte mich nach meinem Befinden und nach meiner ersten Geburt. Ich war sehr klar in meiner Vorstellung und ganz in meiner Kraft – und das wurde von dieser Hebamme wahrgenommen. Sie beobachtete mich die nächsten zwei Stunden, war präsent und ließ mich meine Geburtsarbeit selbst machen. In den Wehenpausen versorgte mich mein Mann mit Tee und Traubenzucker. Die Hebamme war die ganze Zeit dabei und informierte mich über alles - über jeden Handgriff. Sie machte alles nur mit meinem Einverständnis und gab mir kleine Hilfestellungen. Ich empfand sie als sehr kompetent und einfühlsam. Die Wehen - immer wieder von unregelmäßigen Pausen unterbrochen - waren bis zum Schluss sehr gut zu ertragen. Um 1.45 Uhr wurde unsere Tochter Iris geboren.

Dieses Präsent-sein und Beobachten meiner Hebamme in Kombination mit ihrer Klarheit, ihrem Einfühlungsvermögen und ihrer offenbaren Kompetenz war für mich eine große Hilfe. Ich danke ihr im Nachhinein für diese Geburt, die meine Tochter und ich gemeinsam in unserer Kraft geschafft haben und dabei in unseren Bedürfnissen wahrgenommen wurden.

Literatur:

Alberti, Bettina: Die Seele fühlt von Anfang an. München, 2007, 2. Aufl., Kösel Verlag

Amann, Sieglinde: Zwischen Ermächtigung und Entmachtung. Hebammen und Geburtshilfe in Vorarlberg von 1800 bis 1900. Dissertation, Wien, 2000

Andres, Frank: Frauenkörper als Maschine – Die Vernichtung des alten Wissens und die Etablierung des naturwissenschaftlichen Denkens. Diplomarbeit, Innsbruck, 1993

Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. München, 2008, Der Wilhelm Heyne Verlag

Bowlby, John: Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München, 3. Aufl., 1995, Ernst Reinhardt Verlag

Brazelton, T. Berry, Greenspan, Stanley I.: Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. Weinheim und Basel, 2002, Beltz Verlag

Brisch, Karl Heinz, Theodor Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Bruschweiler-Stern, Nadia: Momente der Begegnung und die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung, in: Karl Heinz Brisch, Theodor Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Chamberlain, David: Woran Babys sich erinnern. Die Anfänge unseres Bewusstseins im Mutterleib. München, 1990, Kösel Verlag

Dahlke, Rüdiger, Dahlke Margit, Zahn, Volker: Der Weg ins Leben. Schwangerschaft und Geburt aus ganzheitlicher Sicht. München, 2001, C. Bertelsmann Verlag

Enkin, Murray, Keirse, Marc, J.N.C., Neilson, James, Crowther, Caroline, Duley, Lelia, Hodnett, Ellen, Hofmeyr, Justus: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Bern, 2006, 2., vollst. überarb. Auflage, Verlag Hans Huber

Fehrenbach, Lisa: Die Geburt. Berlin, 2000, Urania-Ravensburger

Fonagy, Peter, Target, Mary: Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen, 2003, Psychosozial-Verlag

Freud, Sigmund: Totem und Tabu. Einige Übereinstimmung im Seelenleben des Wilden und des Neurotikers. Frankfurt/Main, 2000, 7. unveränd. Auflage, Fischer-Taschenbuch-Verlag

Gaskin, May Ina: Die selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern. Mit Erfahrungsberichten. München, 2008, Kösel Verlag

Grof, Stanislav: Kosmos und Psyche. An den Grenzen menschlichen Bewusstseins. Frankfurt am Main, 1997, Wolfgang Krüger Verlag

Grof, Stanislav: Impossible. Wenn Unglaubliches passiert. Das Abenteuer außergewöhnlicher Bewusstseinsenerfahrungen. München, 2008, Kösel Verlag

Grossmann Karin, Klaus E. Grossmann: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart, 2004, Klett-Cotta

Groß, Mechthild: Gebären als Prozess. Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung. Bern, 2001, Verlag Hans Huber

Hidas, György, Raffai, Jenő: Nabelschnur der Seele. Psychoanalytisch orientierte Förderung der vorgeburtlichen Bindung zwischen Mutter und Baby. Gießen, 2006, Psychosozial-Verlag

Hüther, Gerald, Krens, Inge: Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Düsseldorf und Zürich, 2005, Patmos Verlag

Husain, Sharukh: Götter, heilige Haine und die Anderswelt, in: Mythen der Menschheit. Reisen in die Anderswelt. Die Kelten. Amsterdam, 1997, Time-Life Books B.V.

Janus, Ludwig: Wie die Seele entsteht: Heidelberg, 1997, Mattes Verlag Heidelberg

Janus, Ludwig: Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie. Düsseldorf, 2000, Patmos Verlag

Javorsky, Eva: Kritische Stellungnahme zum Wunsch-Kaiserschnitt, in: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, siehe Internetverweise

Kitzinger, Sheila: Geburt ist Frauensache. Leitfaden für eine selbstbestimmte Geburt. München, 1993, Kösel Verlag

Klaus, Marshall H., Kennell, John H.: Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. München, 1987, Kösel Verlag

Klaus, Marshall H.; Kennell, John H.; Klaus, Phyllis H.: Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung. München, 1995, Mosaik Verlag

Klier, C.M, Demal U., Katschnig H. (HG): Mutterglück und Mutterleid, Diagnose und Therapie der postpartalen Depression, Wien, 2001, Facultas

Krankenhaus der Stadt Dornbirn: Jahresbericht 2006/2007/2008 der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung

Krankenhaus-Betriebsgesellschaft Vorarlberg: Jahresberichte 2006/2007/2008 der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen

Kruse, Friedrich: Erinnerung an die eigene Geburt – Realität oder Fiktion? in: Schindler, Sepp: Geburt. Eintritt in eine neue Welt. Beiträge zu einer Ökologie der perinatalen Situation. Göttingen, 1982, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe

Labouvie, Eva: Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Köln, 2000, Böhlau Verlag GmbH & Cie

Leboyer, Frédérick: Geburt ohne Gewalt. München, 1981, Kösel Verlag

Odent, Michel: Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen. München, 1994, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung

Odent, Michel: Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht. Düsseldorf, 2001, Patmos Verlag

Odent, Michel: Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Düsseldorf, 2005, Patmos Verlag

Odent, Michel: Vereinfachte Strategien im Zeitalter des vereinfachten Kaiserschnitts, in: Stark, Michael (Hrsg.): Der Kaiserschnitt. Indikationen, Hintergründe, operatives Management einschließlich der Misgav-Ladach-Methode. München, 2009, 1. Aufl., Urban & Fischer

Rank, Otto: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen, 1998, Psychosozial-Verlag

Rauh, Hellgard: Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit, in: Oerter, Rolf (Hrsg.): Entwicklungspsychologie (Lehrbuch). Weinheim, 2002, 5. vollst. überarbeitete Aufl., Psychologie-Union-Verlag

Schäfer, Daniel: Geburt aus dem Tod. Der Kaiserschnitt an Verstorbenen in der abendländischen Kultur. Stuttgart, 1999, Guido Pressler Verlag

Schäfer, Daniel: Geschichte des Kaiserschnitts, in: Stark, Michael (Hrsg.): Der Kaiserschnitt. Indikationen, Hintergründe, operatives Management einschließlich der Misgav-Ladach-Methode. München, 2009, 1. Aufl., Urban & Fischer

Schindler, Sepp: Geburt. Eintritt in eine neue Welt. Beiträge zu einer Ökologie der perinatalen Situation. Göttingen, 1982, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe

Schleske, Gisela: Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung, in: Karl Heinz Brisch, Theodor Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Schölmerich, Axel, Pinnow, Marlies: Prä- und perinatale Entwicklung des Menschen, in: Hasselhorn, Marcus (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kleinkindalters, Band 4, Göttingen, 2008, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe

Schüßler, Gerhard: Psychosomatik/Psychotherapie systematisch. Bremen, 2005, 3. Auflage, UNI-MED Verlag

Sonnewend, Susanne: Auswirkungen prä-, peri- und postnataler Belastungsfaktoren auf die Einstellung der Mutter und die Entwicklung des Kindes, in: Schindler, Sepp: Geburt. Eintritt in eine neue Welt. Beiträge zu einer Ökologie der perinatalen Situation. Göttingen, 1982, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe

Speckner, Silvia: Das Berufsbild einer Hebamme im 20. Jahrhundert. Vorarlberger Dorfhebammen erzählen aus ihrem Wirkungsbereich. Diplomarbeit, Innsbruck, 1998

Stadelmann, Ingeborg: Die Hebammensprechstunde. Wiggensbach, 7. korr. Aufl., 2005, Stadelmann Verlag

Stark, Michael (Hrsg.): Der Kaiserschnitt. Indikationen, Hintergründe, operatives Management einschließlich der Misgav-Ladach-Methode. München, 2009, 1. Aufl., Urban & Fischer

St. John, Robert: Die Metamorphose- Pränatale Therapie. Essen, 1984, Synthesis Verlag

Stern, Daniel, N.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, 2003, 8. Auflage, Klett-Cotta

Stern, Daniel N., Bruschteiler-Stern, Nadia: Tagebuch eines Babys.
Geburt einer Mutter. München, 2000, Piper Verlag

Stern, Daniel: Das Thema „Liebe“, in: Karl Heinz Brisch, Theodor
Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.
Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Stern, Daniel: Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Weinsberg, 2000, 4.
Auflage, Klett-Cotta

Schwärzler, Peter: Konzept – Die Hausgeburt in der Klinik.

Uvnäs-Moberg, Kerstin, in Zusammenarbeit mit Eva Nissen, Anna-Berit
Ransjö-Arvidsson, Anne-Marie Widström: Die Bedeutung des Hormons
„Oxytocin“ für die Entwicklung der Bindung des Kindes und der
Anpassungsprozesse der Mutter nach der Geburt, in: Karl Heinz Brisch,
Theodor Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.
Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Vorarlberger Stillstudie, Arbeitskreis für Soziales, 2007,
[http://www.maxima.or.at/verlinkung-newsletter/newsletter-2-
2008/vorarlberger-stillstudie-weniger-frauen-stillen](http://www.maxima.or.at/verlinkung-newsletter/newsletter-2-2008/vorarlberger-stillstudie-weniger-frauen-stillen)

Wurmser, Harald: Einfluss der pränatalen Stressbelastung der Mutter auf
die kindliche Verhaltensregulation im ersten Lebensjahr, in: Karl Heinz
Brisch, Theodor Hellbrügge (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.
Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, 2007, Klett-Cotta

Österreichisches Hebammengremium, Landesstelle Vorarlberg: Konzept –
Weiterentwicklung der Geburtshilfe in Vorarlberg. 2006

Die Neue. Vorarlberger Tageszeitung: Das Entbindungsheim ist „ein
todkranker Patient“. Nr. 294.

Der Standard, 12. Mai 2009, S. 31

Internetverweise:

Dowling, Terence: Die psychologische Bedeutung der Kaiserschnittgeburt für das Kind. www.adelphos.de (04.04.2009), Deutsche Hebammen Zeitschrift 12/2001

Dowling, Terence, Leinweber, Dirk: Die Plazenta als erster Lebenspartner. www.adelphos.de (04.04.2009), Deutsche Hebammen Zeitschrift 12/2001

Dowling, Terence: Ein Urbild des Lebensbaumes. www.adelphos.de (04.04.2009), Deutsche Hebammen Zeitschrift 12/2001

Dowling, Terence: Bindung und Entbindung: Neues und Überraschendes von der Menschwerdung. www.bjhd.de/HebInfo/TerenceDowling.pdf. (05.03.2009)

Dowling, Terence: Daheim geboren. www.franziskalipp.com/leseprobe_SN.pdf. (05.03.2009), Salzburger Nachrichten, 24.03.2007

Feigl, Susanne: Frauen in Vorarlberg. Situationsbericht 2007. Zahlen, Fakten, Probleme. Hrsg.: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Arbeiterkammer, ÖGB Vorarlberg. www.vorarlberg.at/pdf/vorarlberg2007letzt.pdf (22.8. 2008)

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 188 – 190, S. 198 – 200. www.bmgfj.gv.at (22.04.2009)

www.fh-joanneum.at/aw/home/Studienangebot (23.08.2008).

www.lkhb.at/bregenz/gynaekologie (22.8.2008)

www.lkhf.at/feldkirch/gynaekologie (22.8.2008)

www.lkhz.at/bludenz/gynaekologie (22.8.2008)

www.perinatal.at/sites/ (05.09.2008)

www.schatten-und-licht.de/aufklaerung.html (3.3.2008)

[www.statistik.austria\(jahrbuch_der_gesundheitsstatistik_2007\(1\).pdf](http://www.statistik.austria(jahrbuch_der_gesundheitsstatistik_2007(1).pdf)) (27.8.2008)

www.statistik.austria/web_de/suchergebnisse/index.html (27.8.2008)

<http://zeitung.hebammen.at/1999/3> (11.12.2008)

<http://de.wikipedia.org/wiki/bonding> (12.7.2009)

Videos:

Berghammer, Karin: Gebären und Geboren werden – ein Film über den physiologischen Verlauf der Geburt. Wien, 2001, Atelier Freiraum

Berghammer, Karin: Midwives – a global perspective on childbirth. Wien, 2002, Atelier Freiraum

Dolto, Françoise: Ein Leben für die Kinder. Arte-TV, 20.11.2008

Grof, Stanislav: Holotropes Atmen - Traditionelle Medizin in Europa. Deutsche Welle, Köln

LEBENS LAUF

Name: Daniela Elisabeth Zech

Geb.datum: 8. Juni 1967

Geb. ort: Bludenz/ Vorarlberg/ Österreich

Wohnort: Egelseestraße 56c – 6800 Feldkirch/ Ö.

Zivilstand: verheiratet 1990 – 1999, geschieden
In Lebensgemeinschaft seit 2001

Kinder: Aaron Erwin geb. am 24. Juli 2002
Sophia Carolina geb. am 9. März 2007

Schulbildung: 1974 – 1978 Volksschule in Bings/ Vorarlberg
1978 – 1985 Neusprachliches Gymnasium Bludenz
1985 - Abschluss: Matura
1986 – 1988 Fremdenverkehrskolleg in Innsbruck
1988 – Abschluss: Fachmatura
1988 - Flugbegleiter-Schulung bei Lufthansa
1993 – 1996 Pädagogische Akademie in Innsbruck
1993 – Abschluss: Lehramtszeugnis für Volksschulen
2001 – 2002 Lehren und Lernen in der
Erwachsenenbildung - Akademielehrgang
2003 – 2005 Psychotherapeutisches Propädeutikum
2002 – 2009 Studium der Erziehungswissenschaft an
der Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck über

das Ausbildungs- und Weiterbildungszentrum Schloss
Hofen in Lochau/ Vorarlberg

Berufl. Tätigkeit: 1985 -1986 Au-pair in New Canaan, Connecticut, USA

1988 – 1993 Flugbegleiterin bei LUFTHANSA in
Frankfurt am Main

1996 – 2002 Volksschullehrerin in Vandans/
Vorarlberg

1996 – 1998 Spanischlehrerin in der HAK Bludenz

1996 – 2003 Kursleiterin AK für Spanisch

Sprachen: Englisch, Spanisch, Italienisch, Französisch

Hobbies: Literatur, Biodanza, Yoga, Meditation, Schauspiel,
Theaterbesuche, Musik, Wandern, Schwimmen,
Schifahren

Vorbereitung auf eine selbstbestimmte Geburt:

Konventionelle Geburtsvorbereitung, Biodanza,
Bauchtanz, Kinesiologie, Osteopathie, Pränatale
Therapie/Metamorphose

Feldkirch, am 2. Juli 2009

