

Die natürliche und selbstbestimmte Geburt - ein freudvoller oder beängstigender Prozess?

Was kann die Hebamme in der Schwangerenvorsorge zur Stärkung der Frau für eine natürliche Geburt beitragen?

Franziska Brönnimann

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF

2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
1.1. Begründung der Themenwahl	4
2. Aufbau der Arbeit	6
2.1. Eingrenzung.....	6
3. Über die natürliche Geburt.....	7
4. Über die selbstbestimmte Geburt	8
5. Der Geburtsschmerz.....	10
5.1. Physiologische Aspekte von Schmerz und Angst	10
5.2. Angst-Spannung-Schmerz Kreislauf	11
6. Grundlegende Konzepte für die Schwangerenvorsorge.....	13
6.1. Salutogenese.....	13
6.2. Informierte Entscheidung und evidenzbasierte Information	13
6.3. Das Beratungsgespräch	15
6.4. Caring als Teil von vorbildlicher Hebammenarbeit.....	16
7. Konkrete Möglichkeiten in der Praxis	18
7.1. Aspekte, die jede Hebamme umsetzen kann	18
7.2. Wichtige Schritte für die Zukunft.....	20
8. Schlussteil.....	23
9. Literaturverzeichnis.....	24

**Healing the Earth
by Healing Birth**
(Jeannine Parvati Baker)

**when midwifery practice becomes the birthing norm
the world will be a gentler place**
(Mutter mit kontinuierlicher Hebammenbetreuung
von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett)

1. Einleitung

1.1. Begründung der Themenwahl

Die Geburt, geboren werden - ein uraltes Thema, solange es Menschen gibt. Ein Thema, um das sich viele Mythen ranken und das in der Gesellschaft innerhalb der letzten Jahrhunderte viele Veränderungen erfahren hat bezüglich der Betreuung und bezüglich der Einstellung dazu.

In meiner bisherigen Zeit als Hebamme in Ausbildung durfte ich bei einigen Geburten dabei sein, die ohne jegliche Eingriffe von aussen abliefen und ich war jedes Mal tief berührt.

Tief berührt von der unglaublichen Kraft der gebärenden Frau, von der kraftvollen und heiligen Energie im Gebärsaal, von der Hingabe und dem Vertrauen der Frau in das rhythmische Geschehen der Geburt und von der ungeheuren Freude und dem Stolz, wenn die Geburtsarbeit geleistet war und das Kind in den Armen der Frau lag.

Mir erschien diese Erfahrung jedes Mal als ein Meilenstein in der Lebensgeschichte der Frauen, was diese auch so empfanden. Die geleistete Geburt war ein Ereignis, das sie mit Vertrauen in sich selbst erfüllte und das ihnen Energie gab in der anspruchsvollen Wochenbett-Zeit mit ihrem Kind.

Andererseits wohnte ich auch Geburten bei, die durch medizinische Eingriffe beeinflusst waren, auch wenn sie durchaus natürlich begannen, und ich begegne oft derartigen Geschichten in meinem Bekanntenkreis. Ich erlebe viele Schwangere, die dem Ereignis Geburt mit viel Angst entgegen blicken. Angst vor den Schmerzen, Angst, die Kontrolle zu verlieren, Angst um das Kind, Angst vor grossen Geburtsverletzungen. Auch im Geburtsvorbereitungskurs, den ich hospitierte, war das Thema Angstminderung der Grund Nummer eins, warum die Paare den Kurs besuchten.

In einer Umfrage bei amerikanischen Geburtshelferinnen zu ihrer bevorzugten Geburtsart würden über 30% selbst für sich eine Sectio wählen! (Gabbe u. Holzman 1996)

Mir ist klar, dass ein so tiefgreifendes und unvorhersehbares Ereignis wie die Geburt es ist, mit Respekt begangen werden muss, von Seiten der Frau und auch der betreuenden Personen. Aber ich erlebe oft, dass starke Ängste, die bereits in der Schwangerschaft zum Vorschein kommen, hinderlich sind und die Frau schwächen statt sie gestärkt und guten Mutes in den Geburtsprozess einsteigen zu lassen. Zudem werden die von der Frau angesprochenen Ängste zwar erkannt, aber nicht aufgelöst. Vielfach wird ihr zum Beispiel zu einer primären Sectio oder einer PDA geraten. Damit bleibt die Angst erhalten und die Frau kann nicht von der kraftvollen und auch heilsamen Geburtsarbeit profitieren. Nach meinem eigenen Erleben als Schwangere bietet die Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme die Möglichkeit, als gleichberechtigte Partnerin bei jeder Entscheidung beteiligt zu sein, die eigene Körperwahrnehmung und die Beziehung zum Kind zu vertiefen und dadurch Selbstvertrauen und Selbstbestimmung aufzubauen.

Es ist das Ziel dieser Arbeit, aufzuzeigen, auf welche Weise die Schwangere in der Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme zu mehr Selbstbestimmung findet und dadurch auch ihre Ängste abbauen kann. Nach Geissbühler et al. (2005) dominieren bei den Frauen die Angst um das Kind und die Angst vor dem Geburtsschmerz. In dieser Arbeit wird primär die Angst vor dem Geburtsschmerz im Hinblick auf das Gelingen einer natürlichen Geburt untersucht. Ich fände es eine riesige Bereicherung für unsere Gesellschaft, wenn eine natürliche Geburt wieder vermehrt als etwas leistbares und lohnenswertes angesehen würde und mehr Frauen von ihrem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch machten.

Schon seit längerem setzen sich einige Hebammen und Geburtshelfer für mehr Natürlichkeit und Mitspracherecht der Frau bei der Geburt ein.

Bereits in den 40-er Jahren des letzten Jahrhunderts beschreibt Dick-Read (2005), dass ein Gefühl der Zufriedenheit über die geleistete Geburt die Mutter-Kind Beziehung stärkt und verbessert. Hingegen werde, so Dick-Read (2005) diese Beziehung geschwächt, wenn die Mutter Ärger darüber verspürt, wie die Geburt vollbracht wurde oder wenn die Geburt als stressauslösende Erinnerung verbleibt. Dick-Read (2005) weist also auf die Wichtigkeit der Selbstbestimmung jeder Frau hin, damit sie die Geburt aktiv mitgestalten kann und danach keine Enttäuschungen verspürt. Nach Brailey (2006) hat die Geburtsart entscheidenden Einfluss darauf, wie das Paar seine Elternrolle aufnehmen kann.

Neben den individuellen Vorteilen für die Frau könnte die Verbreitung der natürlichen Geburt für die ganze Gesellschaft positive Umwälzungen bringen. Odent (2004) berichtet von einer Studie, die einen Zusammenhang beschreibt zwischen Kindern, deren Geburt von Komplikationen begleitet war und deren Kriminalität im Alter von 18 Jahren. Weiter beschreibt er, dass eine Korrelation besteht zwischen bestimmten bei der Geburt verabreichten Schmerzmitteln und der späteren Tendenz zur Drogenabhängigkeit dieser Kinder. Ganz allgemein sieht Odent (2004) die Kontakt- und Liebesfähigkeit der Kinder in Abhängigkeit von der emotionalen Verfassung ihrer Mütter in der Schwangerschaft. Aus dieser Sicht hat eine positive und zufriedene Haltung der Schwangeren enormen Einfluss auf das ungeborene Kind. Odent (2004) beschreibt die natürliche und sanfte Geburt als eine Möglichkeit, den so geborenen Kinder eine Liebesfähigkeit auf den Lebensweg zu geben, die heilend für die ganze Erde sein könnte. Denn, so Odent (2004), die Fähigkeit zu lieben hat einen Einfluss darauf, wie wir mit der Erde und ihren Ressourcen umgehen.

Trotz all diesen Erkenntnissen liegt die Sectio-Rate in der Schweiz laut schweizerischem Hebammenverband (2008) im Jahr 2007 bei 32.2%, obwohl sie nach Gaskin (2007) und WHO (1996) unter 10% liegen könnte bei gleich gutem Outcome von Mutter und Kind. Im Gegensatz zur natürlichen Geburt birgt die elektive Sectio noch immer höhere Risiken, auch wenn sie als eine sichere Operation angesehen werden kann: Die mütterliche Mortalität ist 2.84-fach erhöht, bei der mütterlichen Morbidität sind Anästhesieunfälle sowie Verletzungen der Blase und anderer Organe zu nennen und auch das Risiko von Infektionen und Blutungen ist erhöht. Für das Kind steht das erhöhte Risiko eines Atemnotsyndroms im Vordergrund (Wagner 2000, zitiert nach Brailey 2006).

Zudem wirkt sich eine Sectio auf eine nächste Schwangerschaft und Geburt aus durch verminderte Fertilität, vermehrte Pathologien wie ektopische Schwangerschaft, vorzeitige Plazentalösung und Plazenta praevia sowie Plazenta accreta, increta und percreta. (Wagner 2000, zitiert nach Brailey 2006).

Viele Frauen mit Spontangeburt gebären mit vielen Interventionen wie Schmerzmittel, PDA und synthetischem Oxytocin. In den Jahren 2005-2008 fanden in den Kliniken, die bei der Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken (ASF) dabei sind, 92'831 Geburten statt, davon 61.5% spontan. Die PDA-Rate bei den Spontangeburt variierte in den jeweiligen Kliniken deutlich von 3.69% bis 53.32 % mit einem Durchschnitt von 24% (ASF-Statistik 2005-2008). Anzumerken ist, dass die westschweizer Kliniken wie Genf und Lausanne, wo die PDA-Rate, wie in Frankreich höher liegt, nicht bei der ASF dabei sind.

Doch der Wunsch der schmerzlosen Geburt durch eine Sectio oder eine PDA kann nicht eingehalten werden. Bei der Sectio leuchtet es ein, dass der Bauchschnitt in den Wochen nach der Geburt sehr schmerzhaft und bewegungseinschränkend ist. Die Frau

kann in den ersten Tagen oft ihr Kind nicht ohne Hilfe zu sich nehmen und ist in der Säuglingspflege stark eingeschränkt. Eine PDA kann erst gelegt werden, wenn der Muttermund einige Zentimeter geöffnet ist, die Eröffnungsphase also richtig begonnen hat. Bis dahin wird die Frau auch Schmerzen verspüren. Zudem ist die Rate an vaginal-operativen Geburten bei einer PDA erhöht (Gaskin 2007). Damit verbunden ist oft auch eine Episiotomie, die wiederum vermehrt Schmerzen nach der Geburt bereitet (Gaskin 2007).

Über die Risiken und Nachteile von PDA und Sectio sind aber viele Frauen nur marginal informiert, wie überhaupt zu vielen Themen, die Schwangerschaft und Geburt betreffen. Basierend auf all diesen Überlegungen werde ich folgende Fragestellung bearbeiten:

Die natürliche und selbstbestimmte Geburt – ein freudvoller oder beängstigender Prozess? Welche Möglichkeiten hat die Hebamme in der Schwangerenvorsorge, um die Frau für eine natürliche und selbstbestimmte Geburt zu stärken?

2. Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird beschrieben, welche Aspekte den Ablauf einer natürlichen Geburt unterstützen. Zusätzlich finden sich Gedanken zur selbstbestimmten Geburt. Im nächsten Teil wird der Geburtsschmerz und seine Bedeutung beschrieben. Weiter wird das Thema Angst in den Zusammenhang mit dem Geburtsschmerz gebracht. Danach werden Konzepte vorgestellt, die für eine qualitativ hochwertige Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme von Bedeutung sind. Im nächsten Kapitel werden aus den vorangehenden Kapiteln praktische Möglichkeiten für die Schwangerenvorsorge erläutert. Diese werden aufgeteilt in Möglichkeiten, die jede Hebamme sofort umsetzen kann sowie Möglichkeiten, die einen Wechsel im schweizerischen System der Schwangerenbetreuung benötigen.

Im Schlussteil werden die gewonnenen Erkenntnisse in Verbindung gebracht mit der Fragestellung.

2.1. Eingrenzung

Ich möchte in dieser Arbeit vor allem darauf eingehen, wie ich als Hebamme die schwangere Frau ermutigen kann, sich für eine selbstbestimmte und, wenn möglich, natürliche Geburt zu öffnen. Zusätzlich möchte ich darauf eingehen, wie die schwangere Frau mit Angst vor dem Geburtsschmerz unterstützt werden kann. Dabei beschränke ich mich auf die Geburtshilfe und die gesellschaftliche Situation in der Schweiz.

Möglichkeiten zur Stärkung der Frau unter der Geburt, von denen es viele gibt, werden nicht besprochen. Auch auf die Vorteile der natürlichen Geburt für das Kind, wie z.B. keine medikamentöse Belastung oder die stimulierende Vorbereitung der Wehen auf das extrauterine Leben, werde ich nur am Rande eingehen.

Im nächsten Kapitel wird beschrieben, wie die natürliche Geburt definiert ist, welche Voraussetzungen in der Betreuung sie begünstigen und welche positiven Effekte sie hat.

3. Über die natürliche Geburt

Die natürliche Geburt ist ein subtil abgestimmter Prozess, der in seiner eigenen Geschwindigkeit und in seinen Rhythmen abläuft. Es finden keine Interventionen statt. Die begleitenden Personen greifen nicht ein, sondern unterstützen die Frau durch Nähe und dabei Sein. (Gaskin 2007).

Für die heutige Gesellschaft und viele Geburtshelfer zählt bei der Geburt allerdings einzig das Resultat, also eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind. Vetter und Goeckenjan (2006) bezeichnen als wichtigstes Ziel der Schwangerenvorsorge die Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Die enorm stärkende Wirkung einer natürlichen Geburt und die weitreichenden positiven Aspekte für die Gesellschaft sind meist nicht bekannt oder werden als unwichtig oder „romantisch“ angesehen. Brailey (2006) betont aber das Gefühl der Stärke und des Erfolges, von dem Frauen erzählen, die eine Geburt ohne Interventionen erlebt haben. Auf diese Stärke, so Brailey (2006), kann die Frau auch im Wochenbett oder zu einem späteren Zeitpunkt ihres Mutterseins zurückgreifen. Im Gegensatz dazu führt eine Geburt mit vielen Interventionen zu einem Rückgang der Zufriedenheit der Frauen. Spannend ist, dass dabei kein Unterschied besteht, ob es sich um grosse oder kleine Interventionen gehandelt hat (Brailey 2006). Wer sich nur für das klinische Resultat einer Geburt interessiert, vernachlässigt und unterschätzt die kurz- und langfristigen psychischen Auswirkungen auf die Frau und die Familie, so Brailey (2006).

Allgemein wird das Kopf-Becken-Verhältnis von einer Frau und deren Kind als wichtigstes Mass zum Gelingen einer Geburt angesehen. Ich habe mehrmals erlebt, dass bei einer kleineren Frau eine elektive Sectio durchgeführt wurde, weil das Kind als gross eingeschätzt wurde, obwohl nach Enkin et al. (2006) die Gewichtsschätzung mittels Ultraschall als ungenau belegt ist. Gaskin (2007) aber betont, dass Vorurteile und negative Gefühle gegenüber der Geburt oft einen deutlich negativen Einfluss auf das Geburtsgeschehen haben und meist unterschätzt werden.

Unterschätzt wird häufig auch die Umgebung, die zu einem guten Gelingen einer Geburt beiträgt. Damit eine natürliche Geburt ungehindert ablaufen kann und die Hormone uneingeschränkt wirken können, braucht es bei einer gebärenden Frau laut Odent (2006) die gleichen Voraussetzungen wie bei einem Säugetier. Odent (2006) verwendet dafür den Begriff „privacy“. Dazu gehört für ihn, dass die Frau an einem bekannten Ort ist oder zumindest an einem Ort, wo sie sich wohl fühlt. Der von ihr gewählte Ort wird dunkel und ruhig sowie eher klein sein, um das Gefühl von Rückzug und Ungestörtheit zu vermitteln. Die Frau sollte von Beginn weg an diesem Ort bleiben können. Ein Wechsel der Räumlichkeiten unter der Geburt kann diese laut Odent (2006) ebenfalls verzögern. Die Gebärsäle, die ich bisher gesehen habe, waren zwar von der Farbwahl ansprechend, aber alle ziemlich gross. Auch habe ich bei mir festgestellt, dass ich lieber den grösseren Gebärsaal wähle, wenn ich eine Frau betreue, damit ich mehr Platz habe. Hier wäre ein Umdenken für mich sinnvoll. Durch Wählen des jeweils kleinsten freien Gebärsaals, kann ich dem Gefühl von Privacy für die Frau Rechnung tragen.

Neben dem Geburtsraum ist für Odent (2006) entscheidend, dass die Frau von wenigen Menschen betreut und begleitet wird (z.B. Hebamme und Partner). Die Aufgabe der Begleiter besteht vor allem darin, Störungen von der Frau fernzuhalten und sie nicht zu beobachten. Die Begleiter bleiben also diskret im Hintergrund und greifen nur ein, wenn dies unbedingt nötig ist. Warum das Gefühl, beobachtet zu werden für die Frau hinderlich sein kann, illustriert Gaskin (2007) im Gesetz der Schliessmuskeln. Sie schlägt vor, den Beckenboden und die Vagina als Schliessmuskeln zu betrachten, deren natürliches Funktionieren von den gleichen Faktoren abhängt, die wir für unsere

Ausscheidungen benötigen. Die Faktoren decken sich mit den von Odent (2006) beschriebenen. Als Gefühle, die die natürliche Arbeit der Schliessmuskeln hindern beschreibt Gaskin (2007) Aufregung, Demütigung, Verunsicherung und Angst. Gaskin (2007) vergleicht eine aktiv angeleitete Austreibungsphase damit, wie wenn wir bei unseren Verrichtungen auf der Toilette von jemandem angebrüllt würden, der uns sagt, wie wir vorgehen müssen. Es leuchtet ein, dass dies für eine spontane Ausscheidung nicht sehr förderlich ist!

Die im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen Voraussetzungen von Umgebung und Begleitung sind nötig, um das archaische Hirn zu aktivieren und den Neokortex zu hemmen. Das archaische Hirn ist verantwortlich für die uneingeschränkte Ausschüttung der Geburtshormone. Wird der Neokortex zu stark angeregt, z.B. durch intensiven Augenkontakt, helles Licht und intellektuelle Fragen (Odent 2006) oder indem man der Frau zu nahe kommt (Gaskin 2007), kann sich dies hemmend auf die Geburtsarbeit auswirken. Die Frau wird sozusagen im „Hier und Jetzt“ festgehalten oder dahin zurückgeholt und kann sich nicht nach innen wenden.

In jeder Geburtsphase ist die hormonelle Situation eine andere. In der Eröffnungsphase kann ein erhöhter Adrenalin Spiegel, so Odent (2006) die Eröffnung des Muttermundes verlängern. Adrenalin wird zum Beispiel bei Angst und Kälte vermehrt ausgeschüttet (Odent 2006). Steigt die Frau also mit grosser Angst in den Geburtsprozess ein, kann dies bereits zu einer verlängerten Eröffnungsphase führen.

Klein (2004) weist auf die Wichtigkeit der Privacy hin auch in Bezug auf die kindliche Arbeit während der Geburt. Sie beschreibt die Geburt als Zusammenspiel zweier aktiver Partner, der Mutter und dem Kind. Das Kind, so Klein (2004) wird also keineswegs passiv durch den Geburtskanal „geschleust“, es trägt genauso seinen aktiven Teil dazu bei. Damit dies gelingt, ist die Kommunikation zwischen Mutter und Kind äusserst wichtig und von der betreuenden Hebamme bereits in der Schwangerschaft zu fördern. Es leuchtet ein, dass die Kommunikation mit dem Ungeborenen in einer lärmigen, ungeschützten Atmosphäre nicht gelingt, wo für die Frau unbekanntes Personal ein- und ausgeht.

Die natürliche Geburt ist meist selbstbestimmt. Es gibt aber Unterschiede zwischen der natürlichen und der selbstbestimmten Geburt. Diese werden im nächsten Kapitel erläutert. Zudem wird beschrieben, wie sich eine selbstbestimmte Geburt längerfristig auf die Frau auswirkt.

4. Über die selbstbestimmte Geburt

Schwangerschaft und Geburt, so Oberndörfer (2003) bedeuten tiefgreifende Veränderungen im Leben einer Frau oder eines Paares. Das Alltagsleben erfährt eine Neuorientierung. Es ist daher bedeutsam, wie die Frau und das Paar diese Prozesse erlebt und sich dabei fühlt. Das Gefühl, selber Entscheidungen zu treffen, ist dabei von grosser Wichtigkeit. Brailey (2006) beschreibt den stärkenden Effekt, wenn die Frau durch informierte Entscheide im Gefühl lebt, die Kontrolle über die Schwangerschaft und Geburt zu haben.

Die selbstbestimmte Geburt kann eine natürliche Geburt sein oder auch nicht. Kitzinger (1998) sieht die selbstbestimmte Geburt als Gegensatz zu einer Geburt, die ärztlich geleitet ist. Die Frau (oder das Paar) macht sich Gedanken, wie sie die Schwangerschaft und Geburt gestalten will anhand von umfassenden Informationen, die sie von ihrer

professionellen Begleiterin, also der Hebamme oder der Geburtshelferin erhält. Kitzinger (1998) und Gaskin (2007) schlagen vor, die daraus entstehenden Wünsche und Entscheidungen in einem Geburtsplan festzuhalten. Diesen Geburtsplan bespricht die Frau mit der von ihr ausgewählten Geburtshebamme oder bringt ihn sonst zur Geburt mit.

Den Geburtsplan sieht Kitzinger als „Ergebnis einer guten Arbeitsbeziehung zwischen gleichwertigen Partnern“ (1998:199). Als Partner sind die Frau und ihr Arzt oder ihre Hebamme gemeint. Die Fähigkeiten und Grenzen beider Parteien werden anerkannt und ernst genommen. Wichtige Themen im Geburtsplan sind beispielsweise Eingriffe wie CTG-Untersuchung, Amniotomie oder Dammschnitt. Gaskin (2007) sieht in einem Geburtsplan auch den Vorteil, dass informative und befragende Gespräche während der Wehen damit nicht nötig sind und die Geburt so weniger gestört wird, wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben wurde.

Wenn eine Frau selbst über ihre Geburt bestimmt, wählt sie auch den für sie stimmigen Geburtsort sowie die Menschen, die sie bei der Geburt begleiten. Sie entscheidet aktiv, welche professionellen Geburtshelfer anwesend sind.

Nach Kitzinger (1998) bleibt die Entscheidungskompetenz auch unter der Geburt beim Paar, wenn vom Geburtsplan abgewichen werden muss, weil beispielsweise Komplikationen auftauchen. Das Paar hat sich über vorkommende Komplikationen bereits während der Schwangerschaft informiert und sich darüber Gedanken gemacht und wird während deren Auftreten in die Entscheidung zum Procedere mit einbezogen. Brailey (2006) berichtet, dass dies in der Praxis oft nicht der Fall ist und Frauen, die Komplikationen erlebt haben, meist auch von einem Kontrollverlust erzählen. Dies entspricht auch meiner Erfahrung. Spätestens dann, wenn die Geburt nicht ganz „rund“ läuft, entsteht eine Hierarchie im Gebärmutter und die professionellen Geburtshelfer entscheiden, wie es weitergeht. Bestenfalls wird das Paar über den Entscheid umfassend informiert, manchmal durch einen informed consent (siehe in Kapitel 6.2), oft aber erfährt es, was nun weiter geschieht, ohne seine Meinung dazu äussern zu können. Natürlich kann es Notfallsituationen geben, wo keine Zeit für ausführliche Erklärungen bleibt, beispielsweise bei einem Nabelschnurvorfal oder einer vorzeitigen Plazentalösung. In den allermeisten Situationen ist dies aber nicht der Fall. Bei einem Geburtsstillstand zum Beispiel sind weder Frau noch Kind (ohne Geburtsgeschwulst) in akuter Gefahr.

Ist die Frau während der Geburt passiv und wehrlos, also ohne Kontrolle, hat die Geburt einen negativen Einfluss auf die seelische Gesundheit so Brailey (2006). Hingegen zeigen Studien einen positiven Zusammenhang zwischen dem Kontrollgefühl unter der Geburt und der retrospektive Gesamtzufriedenheit bezüglich des Geburtsgeschehens (Brailey 2006).

Damit eine schwangere Frau befähigt ist, Entscheidungen bezüglich ihrer Geburt zu treffen, wird sie von Kitzinger (1998) ermutigt, sich Informationen zu holen bei Fachleuten und Müttern, denen sie vertraut und die sie ernst nehmen. Kitzinger bezeichnet den Prozess der Informationssuche für die Frau als herausfordernd und zum Teil auch mühevoll. Die selbstbestimmte Geburt wird also zu Recht als aufwendig und arbeitsintensiv in den Vorbereitungen dargestellt. Aber, so Kitzinger (1998), die Geburt eines Kindes gehört auch zu den wichtigsten Ereignissen im Leben einer Frau und erfordert somit intensive Auseinandersetzung. Auch Gaskin (2007) ermutigt Schwangere, den betreuenden Ärzten und Hebammen Fragen zu stellen, um herauszufinden, ob sie bei ihrer Wahl dieser Betreuungsperson bleiben wollen und sich dort wohl und ernst genommen fühlen.

Nach Erhalt von evidenzbasierter Information (diese wird in Kapitel 6.2 beschrieben), wägt die Frau für sie entscheidende Vor- und Nachteile ab und entscheidet sich für das von ihr gewünschte Vorgehen.

Die selbstbestimmte und natürliche Geburt wird oft durch Ängste verunmöglicht (Geissbühler et al. 2005, Dick-Read 2005). Grosse Angst vor dem Geburtsschmerz ist beispielweise hinderlich für die Geburt und ein belastendes Thema in der Schwangerschaft. Sie dient in dieser Arbeit als Beispiel einer häufigen Angst von schwangeren Frauen.

Das folgende Kapitel befasst sich nun zuerst mit den Besonderheiten des Geburtsschmerzes sowie mit den anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Schmerzleitung. Zudem wird beschrieben, welchen Einfluss die Angst auf den Geburtsschmerz haben kann.

5. Der Geburtsschmerz

5.1. Physiologische Aspekte von Schmerz und Angst

Schmid (2005) erklärt den physiologischen Einfluss des Schmerzes auf die Geburt auf verschiedenen Ebenen:

Der intermittierende Schmerz dient als Stimulator für die Oxytocin- und Endorphin-Produktion. Diese kommt zustande als paradoxe Reaktion auf die intermittierende Ausschüttung von Katecholaminen während der Wehe. Oxytocin ist wiederum wichtig für kräftige Wehen und somit für den Geburtsfortschritt. Ohne Schmerz kann die Geburt also länger dauern. Fehlen die Wehenpausen, so werden andauernd Katecholamine wie Adrenalin ausgeschüttet, was einen negativen Einfluss auf die Oxytocin-Produktion hat. Der Wechsel zwischen Schmerz und schmerzlosem Intervall ist also äusserst wichtig und zu unterstützen.

Die Endorphine bringen die Frau in einen veränderten Bewusstseinszustand, der ihr dabei hilft, sich ganz für das Kind zu öffnen (Schmid 2005).

Bei der natürlichen Geburt des Kindes ist der Oxytocin- wie auch der Endorphinspiegel im Blut sehr hoch, was bei der Frau und dem Kind euphorische Gefühle sowie ein Gefühl der Zusammengehörigkeit auslöst. Dies erleichtert die Bindung von Mutter und Kind stark. Odent (2004) bezeichnet Oxytocin und Endorphine als „Belohnungssystem“ im Geburtsprozess.

Als wichtigen Punkt sieht Schmid (2005), dass der Schmerz die Frau in ihren Bewegungen führt. Schmerz gilt immer als Alarmzeichen des Körpers, der den Menschen dazu zwingt, die Situation zu verändern, um sich zu schützen. Die Frau wird also versuchen, immer eine schmerzarme Position zu wählen und somit sich selbst und das Kind vor Verletzungen und allzu grossem Druck und Widerstand zu schützen.

Ein weitere Funktion des Schmerzes ist, so Schmid (2005), die Frau in intensivem Masse auf die kommende Geburt und somit die Trennung des Kindes vorzubereiten. Eine Geburt ist eine entscheidende, wenn nicht die einschneidendste Veränderung im Leben einer Frau. Der starke Schmerz macht darauf aufmerksam, er zwingt die Frau dazu, sich diesem Ereignis mit vollem Bewusstsein zu widmen, indem sie sich nicht ablenken kann, sondern nur mit äusserster Konzentration und Hingabe die Wehenarbeit verrichtet (Schmid 2005, Gaskin 2007). Die Anwendung der PDA kann diesen Faktor vollständig ausschalten. Ich habe Frauen erlebt, die vor dem PDA-Eingriff vollständig im

Geburtsgeschehen waren und nach Legen der PDA Kreuzworträtsel gelöst und Kurzmitteilungen auf dem Handy verschickt haben.

Laut Schmid (2005) entsteht Schmerz einerseits peripher, also am „Angriffsort“, andererseits zentral im Gehirn. Im Bereich der Gebärmutter sind lokale Schmerzrezeptoren v.a. im unteren Uterinsegment und in der Portio verteilt. Im Fundus befinden sich nur sehr wenig Schmerzrezeptoren. Der Schmerz wird vom peripheren Reiz (Überdehnung oder Verletzung) über die sensiblen Nervenfasern ins Hinterhorn des Rückenmarks weitergeleitet. Auf Rückenmarksebene wird der Schmerz bereits moduliert. Dies geschieht dadurch, dass die Substantia gelatinosa, die zwei Schichten der Hinterhörner bildet, ein so genanntes Tor für den Schmerz darstellt. Sie kann mehr oder weniger Schmerzreize nach zentral weiter senden lassen. Dies ist wiederum abhängig davon, welche Impulse das Gehirn in Richtung Rückenmark schickt. Der Schmerzreiz, der im Gehirn eintrifft, entspricht also nicht dem in der Peripherie ausgelösten Reiz (Faller 2004).

Welche Zentren haben nun also Einfluss auf die Modulation? In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei Systeme von Interesse.

Schmid (2005) beschreibt zum einen den Einfluss des retikulären Systems, der so genannten *Formatio reticularis*. Sie beginnt beim verlängerten Rückenmark (*Medulla oblongata*), breitet sich netzartig aus bis zum Zwischenhirn und ist mit allen Schädelnerven sowie mit efferenten (vom Hirn absteigende) und afferenten (zum Hirn aufsteigende) Bahnen verbunden (Faller 2004). Die *Formatio reticularis* hat Einfluss auf die Schmerzintensität, indem sie aufsteigende periphere Reize sowie Reize aus dem limbischen System, das noch beschrieben wird, analysiert und mit dem gespeicherten Wissen von früheren Schmerzerfahrungen vergleicht. Danach schickt sie viel oder wenige hemmende Impulse in Richtung Hinterhörner. Hat eine Frau also viele Schmerzerlebnisse gespeichert, die sie negativ empfunden hat und die zum Beispiel mit grosser Angst verbunden sind, werden vermehrt Schmerzreize von den Hinterhörnern über die afferenten Bahnen Richtung Gehirn geschickt (Schmid 2005).

Es ist laut Schmid (2005) bekannt, dass Bewegungslosigkeit und hoher Muskeltonus die *Formatio reticularis* im negativen Sinne beeinflussen.

Zusätzlich beeinflusst die *Formatio reticularis* die Hypophyse und somit die Produktion von ACTH und Endorphinen (Faller 2004).

Als zweite wichtige Struktur im Zusammenhang mit Schmerz und Angst gilt laut Schmid (2005) das limbische System. Es besteht aus verschiedenen Nervenstrukturen und Kernen und kommuniziert mit Thalamus, Hypothalamus sowie dem frontalen Kortex. Dem limbischen System wird der Sitz der Gefühle zugeordnet. Ein Reiz wird also durch das limbische System als angenehm oder unangenehm empfunden, er erhält sozusagen einen Gefühlswert. Befindet sich, bildlich gesprochen, im limbischen System viel unterdrückte Angst, wird auch dies einen negativen Einfluss auf die Reaktion auf einen Schmerzreiz haben (Faller 2004, Schmid 2005).

5.2. Angst-Spannung-Schmerz Kreislauf

Dick-Read (2005) bezeichnet Angst als ein von der Natur gegebenes Wächtergefühl, das einem Lebewesen bei Gefahr die Flucht ermöglicht. Er unterscheidet zwischen akuter Angst und chronischer Ängstlichkeit. Für das gute Gelingen einer Geburt und der darauf folgenden Mutterschaft sieht Dick-Read (2005) die chronische Ängstlichkeit als grössten Feind. Akute Angst, etwa bei einer lebensbedrohlichen Situation wie beim

Auftreten einer vorzeitigen Plazentalösung, ist nach Dick-Read (2005) durchaus physiologisch, aber zum Glück selten nötig.

Sehr verständlich werden allerdings die Auswirkungen von Furcht während der Geburt, die Dick-Read (2005) mit dem Angst-Spannung-Schmerz Kreislauf erklärt.

Er beschreibt die Wichtigkeit des Parasympathicus während der Geburt und sieht den Geburtsfortschritt gefährdet, wenn das sympathische System zu stark stimuliert wird. Dies geschieht zum Beispiel durch Stress und Angst oder Erschrecken. Mongan (2008) spricht vom Sympathicus als „Notfallraum“, der den Körper in Kampf- Flucht- oder Erstarrungs-Reaktion bringt. Die Frau ist also in Alarmzustand. Da für sie unter der Geburt weder kämpfen noch flüchten in Frage kommen, wird die Erstarrung in Erscheinung treten. Der Tonus, also die Spannung der quergestreiften Muskulatur steigt an, die Durchblutung in den inneren Organen, wie auch des Uterus nimmt ab. Somit wird also weniger Blut und damit weniger Sauerstoff zum Uterus geführt. Der schlecht durchblutete Uterus kann einerseits seine Wehenarbeit mangels Energie weniger gut ausführen. Zudem reizt die Ischämie die lokalen Nozizeptoren, was die Frau als vermehrten Schmerz wahrnimmt. Durch diesen Schmerz wird die Angst wiederum verstärkt, ein Teufelskreis ist entstanden. Laut Dick-Read (2005) ist diese Tatsache verantwortlich für viele Geburtskomplikationen. Er beschreibt bildlich, wie der Uterus weiss werden kann, wenn die Frau in einem Zustand voller Angst ist. Die Weissfärbung hat Dick-Read (2005) bei der Inspektion des Bauches von aussen beobachtet wie auch bei Sectiones, die wegen Geburtsstillstand oder kindlicher Not durchgeführt wurden. Hinzu kommen Verspannungen des unteren Uterinsegmentes, was dem Geburtsfortschritt nicht förderlich ist. Zudem werden die Wehen gegen die Verspannung des unteren Uterinsegmentes arbeiten. Eine Zunahme des Schmerzes sowie eine Geburtsgeschwulst als Geburtshindernis ist in diesem Fall zu erwarten, was das Kind in Gefahr bringt. Auch ein Geburtsstillstand ist häufig oder eine hypokinetische Wehentätigkeit als Zeichen der Fluchtreaktion, die der Sympathicus auslöst (Dick-Read 2005, Mongan 2008).

Krazner (1990) spricht vom Roboterkörper und der psycho-physichen Reaktion. Er beschreibt, dass jegliche Vorstellung, Emotion oder ein Gedanke eine physiologische und chemische Reaktion im Körper auslöst. Der Körper als Roboter des Geistes reagiert auf Gedanken, er ist selber nicht selbständig handlungsfähig (Krazner 1990). Sind die Gedanken der Frau also vor allem negativ und angstvoll in bezug auf die Geburt, wird der Körper von Anfang an in erhöhter Spannung sein. Die wichtige vollständige Entspannung in der Wehenpause ist somit von Anfang eingeschränkt.

Gaskin (2007) betont, wie Frauen, die den Wehenschmerz als etwas natürliches sehen, keine Angst davor haben und während der Geburt eher in der Lage sind, sich nicht ausschliesslich auf den Schmerz zu konzentrieren.

Die Angst, so Schmid (2005), hat verschiedene Facetten. Es gibt Anteile, die alle Frauen empfinden und es gibt Anteile, die je nach Kultur sehr verschieden sind. Zudem kommen persönliche Erlebnisse oder Geschichten aus dem Umfeld dazu, die auch wieder sehr individuell sind.

Ob jede Art von Angst hinderlich für die Geburt ist, wird in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Laut Schmid (2005) hat Angst Auswirkungen auf die Wahrnehmung des Schmerzes. Der Schmerz wird verstärkt und kann sogar verspürt werden, wenn er mit Angst erwartet wird, ohne dass ein peripherer Reiz vorangegangen ist (Schmid 2005). Im Gegensatz dazu beschreiben Simkin und Ancheta (2006), dass die meisten Frauen rund um die Geburt einen Teil von Angst in sich tragen. Aber sie weisen darauf hin, dass nicht jede Angst den Geburtsverlauf beeinträchtigt. Es gilt herauszufinden, in welchen Situationen die Angst den Geburtsverlauf negativ beeinflusst.

Göbel und Hildebrandt (2008) sehen Angst immer als hinderlich für eine Geburt. Auch Dick-Read (2005) und Gaskin (2007) beschreiben Angst und Ängstlichkeit als geburtsbremsende Gefühle.

Ob die Angst vor der Geburt vermehrt zu Geburtskomplikationen führt, ist umstritten. Oberndörfer (2003) findet in ihrer Literaturrecherche Studien, die dafür und dagegen sprechen.

Die oben beschriebenen theoretischen Erkenntnisse sind Grundlagen zur Beratung der Frau. Das nächste Kapitel befasst sich mit grundlegenden Konzepten, die zu einer qualitativ hochwertigen Schwangerenvorsorge beitragen. Dazu gehört ein Verständnis für Gesundheit und Krankheit, Weitergeben von evidenzbasierten Informationen, Grundsätze zum Führen eines partnerschaftlichen Beratungsgesprächs sowie Wissen über echte Begleitung.

6. Grundlegende Konzepte für die Schwangerenvorsorge

6.1. Salutogenese

Antonovsky (1997) hat das Konzept der Salutogenese entwickelt. Er sieht Gesundheit nicht als Gegenstück zu Krankheit. Gesundheit und Krankheit sind für ihn ein Kontinuum und gehen fließend ineinander über. Ein Mensch hat laut Antonovsky (1997) immer so genannte gesunde und kranke Anteile in sich. Auf den Menschen wirken Stressoren ein. Diese sind physikalischer, biochemischer, psychischer oder auch finanzieller Natur. Sie stören das Gleichgewicht des Organismus, so dass er eher in Richtung Krankheit „abdriftet“. Jeder Mensch hat aber auch Widerstandsressourcen, die den Organismus stärken. Dazu gehören körperliche Faktoren, Bewältigungsstrategien, soziale Stabilität und auch die Möglichkeit, etwas mit dem Verstand zu erfassen (Antonovsky 1997). Diese Ressourcen können zur Stärkung des Kohärenzgefühls genutzt werden. Das Kohärenzgefühl beschreibt die grundsätzlich zuversichtliche Haltung eines Menschen, die er gegenüber der Welt und seinem eigenen Leben einnimmt. Andere Beschreibungen dafür sind Urvertrauen oder innere Ruhe. Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus dem Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Im Beispiel des Geburtsschmerzes wird die Zuversicht, dass dieser bewältigt werden kann verstärkt, indem die Frau begreift, wodurch der Schmerz entsteht, also durch Dehnung und Öffnung des Muttermundes (Verstehbarkeit). Wenn sie mit der Hebamme Instrumente erarbeitet, wie sie mit dem Schmerz umgehen kann, wird ihr dies ein Gefühl der Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit geben. Zur Förderung der Sinnhaftigkeit kann der Frau zum Beispiel die Bedeutung des Geburtsschmerzes, wie sie Schmid (2005) beschrieben hat, erklärt werden. Die bedeutsamen Aspekte des Geburtsschmerzes wie Hormonauslöser, Schutz vor Verletzungen sowie Ausdruck der Trennung sind in Kapitel 5.1 beschrieben.

6.2. Informierte Entscheidung und evidenzbasierte Information

Das Empowerment der Frau besteht zu einem grossen Teil darin, die Hierarchie zwischen Schwangerer und professioneller Betreuerin auszuschalten. Ein wichtiger Teil dabei ist, die Frau mit ihrem Partner zusammen Entscheidungen treffen zu lassen bezüglich ihrer Schwangerschaft und der Geburt. Viele Entscheidungen müssen gefällt werden, z.B. bezüglich der pränatalen Diagnostik, Geburtsort, Überwachung des Kindes, Schmerzbegleitung unter der Geburt oder Management der Nachgeburtsphase. Es geht

für die Hebamme darum, den Wissensstand der Frau bezüglich den anstehenden Fragen zu eruieren und ihr dann Informationen zu den jeweiligen Wahlmöglichkeiten zu geben. Die Hebamme ist also auch gefordert, sich auf dem neusten wissenschaftlichen Stand zu halten. Für Schäfers (2009) ist ein Bewusstsein über die Umstände, wie die Frau zu ihren Entscheidungen kommt, für die Hebammenarbeit entscheidend. Sie unterscheidet zwischen informed consent, informed choice und shared decision making. Der informed consent, so Schäfers (2009) bietet der Frau lediglich die Möglichkeit, aufgrund von Informationen einer Handlung zuzustimmen oder diese abzulehnen. Schäfers (2009) nennt als Beispiele hierfür die Einwilligung zu einer Narkose oder Operation. Diese minimalistische Form der Zusammenarbeit mit der Frau sollte möglichst wenig angewendet werden.

Beim informed choice ist die Hebamme ebenfalls die Lieferantin der Informationen, die Schwangere aber trifft danach aus mehreren Varianten ihre Entscheidung. Schäfers (2009) spricht von der Informationsmacht der Hebamme. Die Hebamme hat also die Macht darüber, welche Informationen (qualitativ und quantitativ) sie weitergibt. Hierbei gilt es, als Hebamme immer wieder Selbstreflexion zu üben, um die auf Evidenzen basierende Information neutral weiterzugeben und nicht die eigenen Präferenzen als Massstab zu nehmen.

Dem shared decision making, also der geteilten oder partizipativen Entscheidungsfindung spricht Schäfers (2009) das grösste Potential in der Förderung der Autonomie der Schwangeren zu. Hierbei besitzen Schwangere und Hebamme die Informations- und Entscheidungsmacht. Beide werden also als gleichgestellte Partnerinnen mit den jeweiligen unterschiedlichen Ressourcen angesehen, die zu einer für beide Seiten zufriedenstellenden Entscheidungsfindung beitragen können. Mit berücksichtigt werden besonders auch der persönliche und kulturelle Hintergrund der Schwangeren. Schäfers (2009) betrachtet diese Form der Hebammenarbeit als den absoluten Abschied vom paternalistischen Behandlungssystem mit der Hebamme oder Gynäkologin als Expertin. Mir erscheint diese Form der Zusammenarbeit mit der Frau als intensiv und herausfordernd, aber als äusserst ansprechend und spannend.

Was gibt es beim Weitergeben von Informationen zu beachten? Brailey (2005) beschreibt einige wichtige Punkte, wie Risiken angesprochen werden: Das Risiko soll in Zahlen angegeben werden (z.B. 1 zu 1000), nicht in Worten wie „hoch“ oder „tief“, da dies bereits einen Einfluss auf die Meinungsbildung nimmt und relativ ist. Es ist hilfreich die Risikozahl auch umzukehren. Wenn also 1 von 1000 betroffen ist, sind 999 von 1000 nicht betroffen. Visuelle Darstellungen helfen zum Verständnis sowie auch Vergleiche aus dem Alltag. So zum Beispiel das Risiko, einem Unfall im Strassenverkehr zum Opfer zu fallen. Brailey (2005) weist auf den wichtigen Punkt hin, dass die Risikoangaben eine Wahrscheinlichkeit darüber abgeben, dass etwas eintritt. Für den individuellen Fall ist aber nur wichtig, ob etwas wirklich eintritt oder nicht. Dies wird mit der Angabe eines Risikos nicht gesagt.

Brailey (2005) weist darauf hin, dass schriftliches Material hilfreich und wichtig ist, da die Fülle von Informationen nicht im Kopf behalten werden kann. Auch kann das Besprochene zu Hause von der Frau und ihrem Partner in Ruhe nachgelesen werden. Brailey (2005) lobt die in England gängigen Broschüren mit dem Titel „informed choice“, die zu 25 verschiedenen Themen evidenzbasierte Information liefern. Die Broschüren gibt es für Hebammen und für Schwangere. Sie werden alle zwei Jahre nach dem neusten wissenschaftlichen Stand überarbeitet. In Deutschland wurde ein ähnliches Projekt mit Broschüren zu 5 Themen gestartet, aber nach Abspringen eines Sponsors wieder eingestellt. In der Schweiz kenne ich keine derartigen schriftlichen Unterlagen,

die allen zugänglich sind. Es erscheint mir als enorm wichtig, diesen Beitrag zur selbständigen Entscheidungsfindung der Schwangeren zu fördern.

Brailey (2005) betont, dass die Frau in ihrer Entscheidung unterstützt wird, auch wenn diese von der Meinung der Hebamme divergiert. Selbstreflexion der Hebamme nach jedem Gespräch ist also wichtig.

Die Wichtigkeit von freier Information und Einbindung in den Entscheidungsprozess zeigt Schäfers (2009) auf: Sie beschreibt den Zusammenhang zwischen mangelhafter Information der Schwangeren, deren Gefühl von Kontrollverlust und einer postpartal erhöhten Punktzahl auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale. Es könnte also möglich sein, dass Frauen, die sich schlecht informiert fühlten, ein erhöhtes Risiko zur Entstehung einer postpartalen Depression haben.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, an die Gruppe Schwangerer zu denken, die nicht selber aktive Entscheidungen treffen wollen und sich lieber auf das Wissen der Hebamme verlassen. Auch hier hat sich herausgestellt, so Schäfers (2009), dass die Frauen zufriedener waren, wenn sie informiert wurden und die Möglichkeit zur Entscheidung hatten, auch wenn sie diese letztlich nicht genutzt haben. Zukünftig erhoffe ich mir allerdings, dass das shared decision making in der Medizin die normale Art der Information darstellt, so dass es für Schwangere (und auch Patienten in anderen Gebieten) normal und natürlich ist, mit zu entscheiden.

Eine informierte Entscheidung benötigt die bestmögliche Information, wie im vorangehenden Kapitel beschrieben wird. Diese ist, wenn immer möglich evidenzbasiert. Sakala und Corry (2008) zeigen den Unterschied auf zwischen Information, die durch methodisch korrekte Studien erworben wurde und Information basierend auf üblichen Behandlungsschemen. Letztere ist oft eine Mischung aus eigener Vorliebe, Tradition, allgemeiner Meinung und individueller Erfahrung des Behandelnden. Sakala und Corry (2008) betonen, dass solche Information sehr irreführend sein kann und keinesfalls neutral ist, geschweige denn auf Evidenzen basiert.

6.3. Das Beratungsgespräch

Um die oben besprochenen Themen mit der Frau angehen zu können, braucht es eine Basis für ein fruchtbares Gespräch. Laut Kehrbach (2009) dient die Beratung dazu, Ängste und Selbstzweifel durch Selbstvertrauen und Respekt sich selber gegenüber zu ersetzen. Sicherlich ist es einfacher, tiefgreifende Themen rund um die Geburt zu besprechen, wenn die Hebamme und die Frau sich bereits kennen. Ist dies nicht möglich, muss zuerst eine Basis des Vertrauens geschaffen werden. Nach Kehrbach (2009) zeigen Studien einen positiven Zusammenhang zwischen einer guten Beziehung von Hebamme und Gebärender und einer gelungenen Geburtsleitung.

Rogers (2002) nennt drei wichtige Bedingungen, um ein günstiges Gesprächsklima zu schaffen: Empathie, Kongruenz und Akzeptanz. Unter Empathie versteht er, die Gefühle und das Erleben der Klientin zu fühlen, ohne die eigene Identität niederzulegen und diese Gefühle auch auszudrücken. So fühlt sich die Klientin verstanden, was zu einer vertrauensvollen Atmosphäre beiträgt. Als kongruent beschreibt Rogers (2002) eine Beraterin, die echt, menschlich und nicht „nur“ professionell ist und die auch ihre eigenen Gefühle und Einstellungen kommuniziert. Die Akzeptanz bezeichnet Rogers (2002) auch als eine bedingungslose positive Aufmerksamkeit. Die Klientin soll offen erzählen können und fühlen, dass alles, was sie erzählt, akzeptiert und nicht gewertet wird. Höfer (2007) spricht vom helfenden Gespräch, indem es nicht primär um Fakten geht, sondern darum wie die Frau ihre Lebenssituation versteht.

Das Drei Funktionen-Modell nach Cole und Bird (2000) beschreibt den Ablauf eines Beratungsgesprächs: An erster Stelle steht der Beziehungsaufbau. Dieser kommt zustande, indem die Hebamme aktiv zuhört, mit Empathie beim Gespräch ist und die Gefühle der Frau ernst nimmt. Zudem ist es hilfreich, wenn sie ihre eigenen Wahrnehmungen äussert und Unterstützung anbietet.

Im zweiten Schritt werden Informationen gesammelt, im Beispiel dieser Arbeit zur Einstellung der Frau zum Geburtsschmerz. Ich kann mir vorstellen, dass dies Informationen zu vorangehenden Geburten sein könnten oder zum Geburtsverlauf von Familienangehörigen oder Freundinnen. Dazu könnte interessant sein, wie sich die Frau bei auftauchenden Schmerzen verhält und welche Erlebnisse mit Schmerz sie in ihrem Leben bereits hatte. Bei diesem Schritt ist es wiederum wichtig, aktiv zuzuhören und mit Einfühlungsvermögen bei der Frau zu sein. Es kann hilfreich sein, Aussagen der Frau in eigenen Worten zu wiederholen, um Missverständnisse zu vermeiden. Wichtig ist auch bei diesem Thema, der Frau Zeit zu lassen in ihren Antworten und Aussagen. Als dritter Schritt des Drei Funktionen-Modells beschreiben Cole und Bird (2000) die Planung der Begleitung. Im Falle von Ängsten zum Geburtsschmerz wäre vorstellbar, mit der Frau zu besprechen, welche Hilfsmittel sie bezüglich der Überwindung dieser Ängste benötigt und welche Ressourcen sie selber bereits hat.

In einem Beratungsgespräch ist es hilfreich, sich der verschiedenen Ebenen bewusst zu sein, auf denen eine Nachricht empfangen werden kann. Schulz von Thun (1981) hat hierzu das hilfreiche Vier-Seiten Modell entwickelt. Eine Nachricht hat immer eine Sachebene, eine Selbstoffenbarungsebene, eine Beziehungsebene und eine Appellebene. Beim Thema „Angst vor dem Geburtsschmerz“, gilt es sicher, auch die Selbstoffenbarungs- und Appellebene zu beachten. Bei den Äusserungen der Frau sind auf der Selbstoffenbarungsebene vielleicht auch andere Botschaften wahrzunehmen, z.B. im Tonfall des Erzählten oder in der Körperhaltung der Frau. Dies wiederum gilt es, zu spiegeln und abzuklären, um keine falschen Interpretationen zu machen. Auch die Appellebene soll beachtet werden. Die Hebamme sollte wissen, was die Frau von ihr will. Zudem ist zu bedenken, dass auch die Hebamme diese Ebenen bei ihren Nachrichten versendet. Wenn also auch sie Ängste hinsichtlich des Geburtsschmerzes hat oder vielleicht Bedenken hat, ob die Frau natürlich gebären kann, wird die Schwangere dies auch als Empfängerin merken oder zumindest die Aussagen der Hebamme als inkongruent empfinden.

6.4. Caring als Teil von vorbildlicher Hebammenarbeit

Powell (2000) stellt in ihrer Studie die Frage nach mustergültiger Hebammenarbeit. Insbesondere hat sie folgende Fragen untersucht: grundlegende Kennzeichen von mustergültiger Hebammenarbeit; Outcome von Mutter und Kind, die betreut wurden; Beschreibung des Pflegeprozesses (process of care); Aspekte dieser Arbeitsweise, die mit spezifischen Outcomes von Mutter und Kind verbunden sind.

Powell (2000) bearbeitete diese Fragen in einer qualitativen Studie nach dem Delphi Modell. In diesem Modell gibt es zwei Diskussionsgruppen, die über die gestellten Fragen diskutieren mit dem Ziel, sich auf die für sie relevanten Antworten zu einigen. Die Diskussion wird über mehrere Runden geführt. Die Methode kann als halbstrukturiert bezeichnet werden. Eine Diskussionsgruppe bestand aus Hebammen, die sich durch ihre engagierte und frauenfreundliche Arbeitsweise auszeichneten. Sie arbeiteten freischaffend oder in Kliniken. In der anderen Gruppe diskutierten Frauen, die von den

Hebammen der ersten Gruppe in der Schwangerschaft und während der Geburt betreut worden waren.

Drei wichtige Pfeiler der Hebammenarbeit in der Schwangerschaft und während der Geburt kommen von beiden Gruppen zum Ausdruck: Therapeutik, „Caring“ sowie die Hebammenkunst. Unter Therapeutik wird verstanden, in jeder Situation die optimale Gesundheit von Frau und Kind als Ziel zu haben. Dieses Ziel erreicht die Hebamme laut den Diskussionsgruppen von Powell (2000), indem sie die Normalität einer Schwangerschaft und Geburt unterstützt, dabei aber wachsam und aufmerksam ist, um mögliche Abweichungen zu erkennen. Hierzu braucht die Hebamme Qualitäten wie Glaube an die Normalität einer Schwangerschaft und Geburt, Geduld, Ruhe, Weisheit, aber auch gute Kenntnisse der Physiologie und Pathologie, eine valide Einschätzung ihres Könnens und ihrer Grenzen sowie Intelligenz und intellektuelle Neugier.

Der Begriff Caring meint mehr als nur pflegen. Die deutsche Übersetzung „sich kümmern“ weist schon eher darauf hin, worum es geht. Gemeint ist laut Powell (2000) die Begleitung der Frau in echter, empathischer Weise mit dem Ziel einer respektvollen und bestärkenden Geburtserfahrung für die Frau und die Familie. Dazu nennen die Hebammen und Frauen in den von Powell (2000) gebildeten Diskussionsgruppen folgende wichtige Ziele der Hebamme: die Einzigartigkeit der Frau und ihrer Situation anzunehmen sowie eine respektvolle Umgebung zu schaffen und sich auf die Bedürfnisse der Frau einzulassen. Qualitäten, um dies zu erreichen sind z.B. die Verbindlichkeit zu familienzentrierter Pflege sowie zum Empowerment der Frau. Weiter werden Eigenschaften genannt wie Mitgefühl, Toleranz, Interesse an anderen Menschen, Wärme, Sanftheit und Demut. Von Frauen der zweiten Gruppe wird der Begriff „Sanftheit“ in Bezug auf die Hebamme, deren Arbeit und den Geburtsverlauf oft genannt.

Der dritte Pfeiler, die Hebammenprofession wird als Vergrößerung des Wissens und der kontinuierlichen Fortbildung beschrieben (Powell 2000).

Da die Medizin ein grosses Forschungsfeld ist und Behandlungen heute auf evidenzbasierter Wissenschaft beruhen sollen, ist es wichtig, dass auch Hebammen in ihrem Gebiet sich der Wissenschaft öffnen.

Neben diesen drei Pfeilern sind sich Hebammen und Mütter einig, dass es in der Begleitung der Normalität von Schwangerschaft oft darum geht, NICHTS zu tun. Die Diskussionsteilnehmerinnen beschreiben diese Qualität näher als „präsent sein“, genau zu beobachten ohne etwas aktiv zu tun. Die Schwierigkeit der Anwendung wird bezeichnet mit der heutigen Zeit von Übereifer, Technologie und pausenlosem Aktivismus in der Medizin. So findet diese Qualität, so Powell (2000) bei Geburtsmedizinerinnen wenig Ansehen, obwohl sie durchaus ihre Wichtigkeit und Berechtigung hat.

Wie können all diese Aspekte nun konkret in der Hebammenpraxis und in der Schwangerenvorsorge gelebt werden? Das nächste Kapitel befasst sich damit. Die Vorschläge für die Praxis sind in zwei Teile gegliedert:

-Was kann jede Hebamme sofort umsetzen?

-Wo bedarf es in der Schweiz ein Umdenken oder eine Strukturänderung?

7. Konkrete Möglichkeiten in der Praxis

7.1. Aspekte, die jede Hebamme umsetzen kann

Wünsche der Frauen kennen und ernst nehmen

Nach Luyben und Fleming (2005) ist ein Ziel der Schwangeren, die Verantwortung für die Geburt tragen zu können. Nach Green et al. (2000, zitiert nach Gurtner 2008) wollen Schwangere keine widersprüchlichen Informationen und keine Ratschläge erhalten. Dies weist wieder auf das Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung hin. Die Wichtigkeit der Hebamme als aufmerksame ZuhörerIn wird oft genannt. So wünschen sich Frauen eine Hebamme in der Schwangerenvorsorge, die zuhört und nicht in Eile ist. Fehlender Augenkontakt wird als Respekt- und Interesselosigkeit gesehen (Bondas 2002, zitiert nach Gurtner 2008).

Die Hebamme kann also viel zu einem vertrauensvollen Klima beitragen, wenn sie sich im Gespräch ganz auf die Frau einlässt.

Viele Frauen schätzen es auch, wenn die Hebamme von ihren eigenen Erfahrungen erzählt, vorausgesetzt, dass sie diese nicht als die einzige Wahrheit darstellt. Dies vermittelt den Frauen das Gefühl, auf einer Ebene mit der Hebamme zu stehen und von ihr ernst genommen zu werden (Bondas 2002, zitiert nach Gurtner 2008).

Hier zeigt sich wieder das Bedürfnis der Frauen, die hierarchischen Verhältnisse aufzulösen. Sie möchten in ihrer Schwangerschaft als Menschen wahrgenommen werden, deren Ressourcen als ebenso wichtig gelten wie die des professionellen Personals.

Gaskin (2007) zeigt auf, dass auch das ungeborene Kind davon profitiert, wenn die emotionalen Bedürfnisse der Schwangeren ernst genommen und erfüllt werden.

Unter anderem weisen Sakala und Corry (2008) auf vier Faktoren hin, die sich positiv auf die mütterlichen Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung auswirken: Unterstützung durch die Betreuungsperson, Einbezogen sein in Entscheidungen, Qualität der Beziehung zwischen Schwangerer und betreuender Person sowie hohe positive Erwartungen an die Geburtserfahrung, die übertroffen wurden.

Informed choice und shared decision making anwenden

Dieses wichtige Thema wurde bereits in Kapitel 6.2 ausführlich besprochen. Trotzdem wird es hier nochmals aufgeführt als Massnahme, die sofort umgesetzt werden kann und absolute Wichtigkeit hat. Als sinnvoll beschreiben Enkin et al. (2006) dazu, dass die Frau ihre Schwangerschaftsunterlagen bei sich zu Hause hat und diese jeweils zur Schwangerenvorsorge mitbringt. In England ist dies die Regel. Dieser kleine Schritt trägt aus meiner Sicht sofort zu einer Stärkung der kompetenten schwangeren Frau bei.

Gesundheitsförderung und Primärprävention im Auge behalten

Schäfers (2007) stellt den Aspekt der Gesundheitsförderung und der Primärprävention in der Schwangerenvorsorge in den Vordergrund. Sie beschreibt die Gesundheitsförderung als Förderung der Ressourcen der Frau und die Primärprävention als die Vermeidung von Erkrankung. Unter diesem Aspekt, so Schäfers (2007), soll die bestärkende Schwangerenvorsorge gehandhabt werden. Erst als dritten Schritt, respektive zur wichtigen Ergänzung sieht Schäfers (2007) die körperlichen und laborchemischen Untersuchungen. Jede Schwangerenvorsorge kann unter diesem Gesichtspunkt angegangen werden.

Kitzinger (1998) beschreibt, dass das Wohlergehen der Schwangeren und ihres Kindes in der Schwangerschaft vor allem davon abhängt, wie die Frau von ihrem Partner und

dem persönlichen Umfeld unterstützt ist und wie sie selbst zu sich Sorge trägt. Die medizinischen Kontrolluntersuchungen haben einen viel kleineren Einfluss auf das Wohlergehen von Mutter und Kind (Kitzinger 1998). Diese Tatsache ist meiner Meinung nach vielen Schwangeren und den professionellen Betreuerinnen nicht bewusst. Aber auch hier wird deutlich, dass das Augenmerk auf der Frau und ihren persönlichen Ressourcen liegen muss und Ärzte sowie Hebammen die Wichtigkeit ihrer Rolle der „Kontrolleure“ hinterfragen müssen.

Eigenwahrnehmung und Wahrnehmung des Kindes fördern

Nach der Meinung von Dick-Read (2005) muss eine Frau stolz für ihren schwangeren Körper empfinden, damit sie eine optimistische Einstellung zu ihrer Schwangerschaft aufbauen kann.

Wie kann die Hebamme den Stolz der Frau bezüglich ihres Körpers und ihrer Schwangerschaft unterstützen? Ich stelle mir vor, dass der Aufbau einer Bindung zum ungeborenen Kind hier eine Möglichkeit ist, diesem Gefühl näher zu kommen. Ist die Frau in innigem Kontakt mit ihrem ungeborenen Kind, kann sie wahrscheinlich ähnliche Gefühle empfinden, wie später mit dem Baby auf dem Arm. Als Hebamme kann ich also die Frau im Kontakt mit ihrem ungeborenen Kind unterstützen und sie in der Wahrnehmung ihres Körpers und des Kindes bestärken. Es erscheint auch Kitzinger (1998) sinnvoller, anstelle der technisierten Schwangerenvorsorge die Eigenwahrnehmung der Frau zu schulen, um ihr ein Instrument in die Hand zu geben, wie sie täglich auf sich und ihr Kind achten kann.

Auch spezielle Techniken, wie Haptonomie sind eine Möglichkeit zum intensiven Kontakt mit dem ungeborenen Kind. Darauf wird in dieser Arbeit aber nicht weiter eingegangen.

Wissen um die hormonelle Situation bei der Geburt weitergeben

Die Hormone von Mutter und Kind zum Zeitpunkt der Geburt sind perfekt auf deren Bedürfnisse abgestimmt. Oxytocin löst bei Mutter und Kind Gefühle der Liebe aus und ist essentiell für eine physiologische Lösung der Plazenta. Endorphine festigen die Bindung von Mutter und Kind, Noradrenalin sorgt dafür, dass Mutter und Kind hellwach sind bei ihrer ersten Begegnung. Prolaktin verstärkt ebenfalls die Liebesgefühle. Nur bei einer natürlichen Geburt ist der „Hormoncocktail“ zum Zeitpunkt der Geburt perfekt vorhanden. Er wird durch synthetisches Oxytocin oder durch Injektion von Opiaten stark verändert (Schmid 2005, Odent 2006, Brailey 2006).

Es erscheint mir sehr wichtig, dass die Schwangere um diese hormonellen Zusammenhänge weiss. In einer adäquaten Sprache kann dies für die Frau verständlich gemacht werden und birgt aus meiner Sicht ein grosses Potential, um als wichtig und positiv erachtet zu werden. Jede Frau möchte ihr (meist) ersehntes Kind mit Liebe und in wachem Zustand begrüßen.

Auflösen von Prägungen durch die Geburtsgeschichten der Mütter

Für Dick-Read (2005) ist Vertrauen in eine Sache dafür verantwortlich, dass die Angst davor verschwindet. Vertrauen kann beispielsweise durch Wissen und Eigenwahrnehmung wachsen, wird aber durch abenteuerliche Geschichten oder unangemessene Bemerkungen von Betreuenden gemindert. Eine Geburt ohne Angst ist nur möglich, wenn Frauen ein klares Wissen darüber haben, wie sie abläuft. Gerüchte lösen viel mehr Angst aus als klare Tatsachen, so bedrohlich diese auf den ersten Blick auch sein mögen. Der Mensch fürchtet vor allem das Unbekannte (Dick-Read 2005). Nach Dick-Read (2005) hinterlassen besonders Geschichten, die Mütter ihren Töchtern von den erlebten Geburten erzählen, tiefe Spuren.

Auch wenn heute der Austausch der Frauen untereinander zu Geburtsthemen offener ist als zu Dick-Reads Zeiten, werden immer noch viele Schauermärchen weitergegeben. Zu bedenken ist auch, dass sich die Geburtshilfe von der Generation unserer Mütter bis heute stark gewandelt hat. Die möglicherweise wirklich als schlimm erlebten Geburten müssen heute nicht mehr auf diese Weise stattfinden. Ich denke zum Beispiel an das Gebären in Rückenlage, zum Teil mit festgebundenen Extremitäten, die Nahrungskarenz oder den Routine-Einlauf.

Allerdings ist der Aspekt des Geburtserlebens der Mutter insofern interessant, da die Tochter ja dabei geboren wurde. Die eigene Geburtsbiographie kann laut Göbel und Hildebrandt (2008) einen grossen Einfluss haben auf den Geburtsverlauf.

Auf eine geeignete Wortwahl achten

Mongan (2008) betont, dass gesprochene Worte unsere Gedanken und Emotionen beeinflussen. Je nachdem welche Worte die Hebamme in bezug auf die Beschreibung der Geburt und des Geburtsverlaufs wählt, wird dies die Frau eher beruhigen oder aber unangenehme und hemmende Emotionen begünstigen.

Es ist also wichtig, dass sich die Hebamme eine stimmige Schwangerschafts- und Geburtssprache aneignet. Sicher ungünstig sind kriegerische Worte die mit Kampf, Gewalt und Feind in Verbindung gebracht werden.

Als Beispiel hierfür nennt Mongan (2008) die Blasensprengung, die Austreibung oder den Geburtskanal. Besser hierfür wäre das Öffnen der Fruchtblase, die nahende Geburt und der Geburtsweg. Als bedenklich betrachtet Mongan (2008) auch Worte, die unpersönlich sind, z.B. der Fötus anstelle von das (ungeborene) Kind. Gaskin (2007) beschreibt den positiven Effekt, den liebevolle Worte der Hebamme, des Partners aber auch der Frau auf den Geburtsprozess haben. Es erscheint mir sinnvoll, schon in der Schwangerenvorsorge eine liebevolle Sprache zu pflegen, die unter der Geburt von allen Beteiligten spontan weiter angewendet wird.

7.2. Wichtige Schritte für die Zukunft

allgemeine Schwangerenvorsorge durch Hebammen

Gemäss WHO (1996) ist die Hebamme die geeignete Betreuerin für Schwangere ohne spezielle Risikofaktoren. Enkin et al. (2006) empfehlen die Betreuung der Frau ohne ernsthafte Risikofaktoren von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett durch eine Hebamme. In der Literaturrecherche von Gurtner (2008) kommt klar zum Ausdruck, dass Frauen, die in der Schwangerschaft von Hebammen betreut werden eine viel grössere Zufriedenheit empfinden. Auch das klinische Outcome für Mutter und Kind schneidet gegenüber der ärztlichen Versorgung nicht schlechter ab.

In der Schweiz ist dies aber nicht die Regel. Obwohl die Schwangerenvorsorge durch die Hebamme von der Grundversicherung der Krankenkassen bezahlt wird (Schweizerischer Hebammenverband 2010), werden die meisten Schwangeren von Gynäkologen betreut. Laut Gurtner (2008) wurden 2005 nur 8,5% aller Frauen in der Schweiz mindestens einmal in ihrer Schwangerschaft von einer Hebamme betreut. Nur 0,7% wurden ab dem ersten Trimenon von einer Hebamme betreut. Nicht eingerechnet sind die Hebammen-Ambulatorien in grossen Kliniken, da die Verantwortung in diesem Modell beim Arzt und nicht bei der Hebamme liegt.

Die Zahlen zeigen deutlich auf, dass die Schweiz sehr weit von den Empfehlungen der WHO entfernt ist.

Kitzinger (1998) beschreibt, dass die intensive Schwangerenvorsorge als Musterbeispiel der Präventivmedizin gesehen wird. Es werden keine Kosten gescheut, um immer mehr

technische Untersuchungen zur Routine werden zu lassen. Die Folge davon ist, dass die Frauen nur den medizinischen Ergebnissen vertrauen, nicht aber ihren eigenen Wahrnehmungen. Zusätzlich, so Kitzinger (1998), wird die Frau dadurch zur Patientin und der Arzt zum Experten. Die hierarchischen Verhältnisse werden also verstärkt. Das Wissen bleibt beim Arzt, der dadurch grosse Macht über die schwangere Frau erhält (Kitzinger 1998).

Odent (2004) zeigt auf, wie sich häufige Arzttermine in der Schwangerschaft negativ auf die emotionale Befindlichkeit der Schwangeren auswirken. Die Frauen, so Odent (2004), hegen vermehrte Zweifel am physiologischen Verlauf der Schwangerschaft. Ein Geburtsvorbereitungskurs im üblichen Sinne vermindert laut Geissbühler et al. (2005) die Ängste nicht. Meiner Meinung nach liegt dies daran, dass die Kurse meist spät (ca. ab der 30. Woche) stattfinden. Die Frau hat ihre Wahl betreffend Geburtsort und der Art des Schmerzmanagements bereits gefällt. Zusätzlich erlebe ich in den Kursen oft ein grosses Hierarchie-Gefälle zwischen Kursleiterin und Teilnehmenden, die die Leiterin als Expertin und die Teilnehmenden als Laien darstellt.

Laut Enkin et al. (2006) werden in der gynäkologischen Schwangerenvorsorge viele Untersuchungen durchgeführt, weil man es immer so gemacht hat oder weil man finanziell die Möglichkeit hat. Ich denke hier zum Beispiel an den überaus grosszügigen Einsatz des Ultraschalls. Es gibt aber, so Enkin et al. (2006), keine Evidenzen dafür, dass ein routinemässiger Einsatz des Ultraschalls bei allen Frauen das kindliche Outcome verbessert.

In der medizinischen Geburtshilfe geht oft vergessen, dass die schwangere Frau und das Kind meist gesund sind (Sakala und Corry 2008).

Diese Gesundheit gilt es primär zu schützen und zu erhalten. Da die Geburtshilfe ein Ausnahmegebiet zum ansonsten kranken Klientel von Ärzten ist, wird diese Tatsache oft nicht erkannt oder geht vergessen. Wie weiter oben besprochen, liegt der Schwerpunkt der gynäkologischen Betreuung auf der Kontrolle von diversen klinischen Parametern und bei der Geburt zählt vor allem das Resultat.

Aber auch für so genannte Risikoschwangere macht eine Betreuung durch Hebammen durchaus Sinn, da diese Frauen durch das Prädikat „Risikoschwangere“ sicherlich Ängste empfinden, die der Begleitung durch eine Hebamme bedürfen.

Wünschenswert für die Zukunft ist, dass mehr Hebammen in der Schwangerenvorsorge arbeiten und mehr schwangere Frauen von dieser Möglichkeit wissen und sie benutzen. In einem solchen Rahmen kann die Arbeit mit der Frau an ihren Ängsten bezüglich der Geburt sowie das Ziel einer selbstbestimmten Geburt verfolgt werden.

Mit der finanziell deutlich günstigeren Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft (WHO 1996, Enkin et al. 2006) und dem moderaten und gezielten Einsatz von technischen Untersuchungen würde viel Geld gespart, das zur Unterstützung von Schwangeren mit sozial niedrigem Status gebraucht werden könnte. Brailey (2006) und Enkin et al. (2006) betonen, dass Armut einen entscheidenden negativen Einfluss auf eine Schwangerschaft und das Outcome von Mutter und Kind hat. Waldenström et al. (2006) zeigen den Zusammenhang auf zwischen grosser Angst vor der Geburt und sozialen Schwierigkeiten (wenig soziale Unterstützung, Beziehungsprobleme).

Soziale und finanzielle Unterstützung für Frauen, die dies benötigen erscheint also eine sehr sinnvolle Massnahme. Um die Frauen zu erkennen, die soziale und vielleicht auch finanzielle Hilfe benötigen, braucht es aber vor allem wieder Empathie, Dabeisein und Interesse für die Frau und ihre Geschichte. Dafür steht, wie weiter oben beschrieben, der Begriff Caring.

Eine Hebamme für das Kontinuum Schwangerschaft - Wochenbett

Gaskin (2007) sieht Vertrauen als eines der wichtigsten Gefühle für Schwangere. Sie schlägt vor, dass alle Schwangeren von Personen betreut werden, denen sie voll vertrauen. Bondas (2002, zitiert nach Gurtner 2008), bringt Argumente für die Betreuung der Frau von einer Hebamme ab Schwangerschaftsbeginn bis ins Wochenbett. Laut Bondas (2002) wünschen sich Frauen ein vertrauensvolles Verhältnis zur Betreuenden sowie die Möglichkeit, das Kontinuum von Schwangerschaft und Geburt mit jemandem teilen zu können. Im Gegensatz dazu fasst Gurtner (2008) verschiedene Studien zusammen, die belegen, dass für die Schwangeren wichtiger war, die gleiche Philosophie der Betreuung während Schwangerschaft und Geburt zu erleben. Die Zufriedenheit war nicht davon abhängig, ob eine oder mehrere Hebammen involviert waren. Auch das National Institute for health and clinical excellence (NHS) empfiehlt in den NICE Guidelines 2008, die Schwangerenvorsorge auf eine kleine Gruppe Betreuender zu beschränken, bei denen die Frau sich wohl fühlt.

Mc Lachlan et al. (2008) führen momentan eine kontrollierte randomisierte Studie durch, in der die Eins-zu-Eins Betreuung durch immer die gleiche Hebamme verglichen wird mit Standardbetreuung. Die Standardbetreuung ist eine Betreuung durch ein Hebammenteam, durch Assistenzärzte oder einen Allgemeinmediziner. Interessant dabei wird neben den gestellten Frage nach der Reduktion der Seciorate und der vaginal-operativen Geburten sowie der Reduktion von künstlichen Einleitungen, künstlicher Wehenstimulation und Schmerzmitteln auch sein, wie die Hebamme sich in diesem Arbeitsmodell fühlt. Auch dies ist eine Frage, die McLachlan et al. (2008) untersuchen. Die Studie dauert bis zu vier Jahren.

Vorbild Aurora Clinic: Hebamme als Beraterin bei Schwangeren mit grossen Ängsten vor der Geburt

In ihrer prospektiven Studie untersuchen Waldenström et al. (2006) die Zufriedenheit mit der Geburt sowie die Rate elektiver Sectios bei Frauen mit grosser Geburtsangst im zweiten Trimenon. Die Informationen wurden mittels Fragebogen anfangs des zweiten Trimesters und zwei Monate nach der Geburt eingeholt. Eine Gruppe der Frauen, die im ersten Fragebogen sehr negative Gefühle bezüglich der Geburt angaben, besuchte eine psychologische Beratung. Ein anderer Teil der Frauen mit grosser Geburtsangst entschied sich dazu, keine Beratung in Anspruch zu nehmen. Beide Gruppen wurden verglichen mit Frauen ohne starke Geburtsangst. In Schweden stehen so genannte „Aurora Clinics“ zur Verfügung, die Frauen mit grosser Geburtsangst beraten. Die Beratung wird von einer Hebamme durchgeführt, es arbeiten im Hintergrund auch Psychiater und Psychologen mit.

Nach Waldenström et al. (2006) sind ca. 10% aller Frauen von sehr grosser Geburtsangst in der Schwangerschaft betroffen. Die Resultate zeigen auf, dass Frauen mit Beratung 3-6 mal häufiger durch eine elektive Sectio entbunden werden als Frauen ohne Geburtsangst. Die Zufriedenheit mit der Geburt ist bei den Frauen mit Beratung aber hoch. Bei Frauen mit grosser Geburtsangst ohne Beratung ist die Rate von primärer und sekundärer Sectio nicht erhöht, aber das Geburtserlebnis wird häufiger als negativ empfunden.

Wird das Thema Angst also professionell angesprochen und angegangen, besteht nach Waldenström et al. (2006) eine gute Chance zu einer zufriedenstellenden Geburt. Für mich stellt sich allerdings die Frage, ob für diese vermehrte Zufriedenheit die Rate der elektiven Sectio ansteigen muss, oder ob diese nicht anders auch zu erreichen wäre.

8. Schlussteil

Die natürliche und selbstbestimmte Geburt ist in der Schweiz keine Selbstverständlichkeit. Laut Statistik der ASF gebären von 2005-2008 61.5% aller Frauen spontan, im Schnitt (bei starker Variation) 24% mit PDA. Dem Geburtseignis wird oft mit Ängsten entgegen gesehen, viele Frauen nehmen relativ wenig Eigenverantwortung und Selbstbestimmung in der Schwangerschaft und für die Geburt wahr. Die Angst vor dem Geburtsschmerz nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Diese Angst ist aber hinderlich für eine natürliche Geburt, da sie vermehrte Muskelspannung erzeugt, die die Frau als vermehrten Schmerz wahrnimmt, der wiederum die Angst potenziert. Auch die hormonelle Situation zum guten Gelingen einer Geburt ist durch die Angst verändert. Der Sympathicus drängt die parasympathische Aktivität in den Hintergrund. Der Körper befindet sich in einer Stress-Situation, die die Geburtswege verschliesst. Adrenalin wird anstelle von Oxytocin und Endorphinen vermehrt ausgeschüttet.

Eine Frau voller Angst ist auch nicht in der Lage, die Schwangerschaft und Geburt selbstbestimmt zu erleben. Sie begibt sich in die Abhängigkeit von Professionellen, meist Geburtshelfern, die sie nach ihrem eigenen Gutdünken durch diesen wichtigen Lebensprozess führen. Dabei gerät die Gesundheitsförderung oft in den Hintergrund, das Suchen nach Pathologien nimmt einen hohen Stellenwert ein. All dies beeinträchtigt die Freude an der Schwangerschaft und auf die Geburt stark.

Die Angst vor den Schmerzen muss in der Schwangerschaft angegangen werden, um eine natürliche Geburt zu ermöglichen. Ein gewöhnlicher Geburtsvorbereitungskurs in der Gruppe hat wenig Einfluss auf die Ängste, da er zu spät stattfindet und nicht individuell auf die Bedürfnisse der Paare eingegangen werden kann.

Weiter muss die Frau in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden. Dies erfordert eine individuelle Betreuung, in der Schwangere und Hebamme als gleichberechtigte Partner agieren, die ihre jeweiligen Ressourcen nutzen und beitragen. Der Frau wird evidenzbasierte Information zu wichtigen Themen für Schwangerschaft und Geburt bereit gestellt, damit sie und ihr Partner sich eine umfassende Meinung bilden können. Diese wird im Gespräch mit der Hebamme vertieft und daraus wird der selbstbestimmte Entschluss zum jeweiligen Procedere gefasst. Informations-Broschüren zu verschiedenen Themen, wie sie in England für alle Frauen bereit stehen, wären überaus wünschenswert und müssten auch in der Schweiz entwickelt werden.

Als wichtigstes Kriterium zur Stärkung der Frau und Förderung der selbstbestimmten und natürlichen Geburt erscheint die Schwangerenvorsorge jeder Frau durch die Hebamme. Frauen mit echten Risikofaktoren werden durch einen Gynäkologen mitbetreut. Die Frau erfährt echtes Caring von einer oder wenigen Hebammen, die sie von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett betreuen. So entsteht ein Vertrauensverhältnis, in dem sich die Frau entfalten kann und durch die empathische, partnerschaftliche, sanfte und professionelle Begleitung inneres Wachstum während dieser prägenden Lebensphase möglich ist.

9. Literaturverzeichnis

Antonovsky A 1997 *Salutogenese- Zur Entmystifizierung der Gesundheit* dgvt, Tübingen

ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken 2008, mündliche Auskunft Dr. Raio, FKI Inselspital Bern

Brailey S 2005 Zeitgemässe Ethik der Geburtsbetreuung *Hebamme.ch* **10**: 4-9

Brailey S 2006 Die Spontangeburt bei bestehendem Risiko - Förderung physiologischer Prozesse durch die Hebamme In: Cignacco E (Hrsg) *Hebammenarbeit – Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen* Huber, Bern S 197-220

Cole S, Bird J 2000 *The Medical Interview- The Three-Function Approach* 2. Aufl Mosby, St. Louis

Dick-Read G 2005 *Childbirth without fear* 2. Aufl Pinter & Martin, London

Enkin M, Keirse M J N C, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J 2006 *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt* 2. Aufl Hans Huber, Bern

Faller A 2004 *Der Körper des Menschen: Einführung in Bau und Funktion* 14. Aufl Thieme, Stuttgart

Gabbe S.G., Holzman G.B. 1996 Obstetricians' choice of delivery *Lancet* **347**: 544

Gaskin I 2007 *Die selbstbestimmte Geburt- Handbuch für werdende Eltern* 2. Aufl Kösel, Krugzell

Geissbühler V, Zimmermann K, Eberhard J 2005 Geburtsängste in der Schwangerschaft Frauenfelder Geburtenstudie *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **65** S 873-880

Göbel E, Hildebrandt S 2008 *Geburtshilfliche Notfälle vermeiden- erkennen- behandeln* Hippokrates, Stuttgart

Gurtner K 2008 *Midwife led antenatal care* Unpublizierte Dissertation, Universität Glasgow

Höfer S 2007 Beratung der schwangeren Frau In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 4. Aufl Hippokrates, Stuttgart S 147-159

Kehrbach A 2009 Die Begleitung der Geburt In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg) *Geburtsarbeit- Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* Hippokrates, Stuttgart S 20-33

Kitzinger S 1998 *Schwangerschaft und Geburt bewusst und selbstbestimmt erleben*

2. Aufl dtv, München
- Klein M 2004 Das Geburtserlebnis aus der Sicht des Kindes In: Edenhofer I, Klein M, Koschorz C, Köster H, Krauss S, Lohmann S, Meissner B R, Salis B, Schwarz C, Stüwe M (Hrsg) *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* Hippokrates, Stuttgart S 27-49
- Kluge S 2007 Psychosexuelle Entwicklung der Frau In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 4. Aufl Hippokrates, Stuttgart S 38-44
- Krazner A 1990 *The Wizard Within* Verlag unbekannt, Irvine
- Luyben A, Fleming V 2005 Women's needs from antenatal care in three European countries *Midwifery* **21**: 212-223
- McLachlan H, Forster D, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, Gold L, Waldenström U, Albers L, Biro MA 2008 COSMOS Comparing standard maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial *BMC Pregnancy and Childbirth* **8**:35
- Mongan M 2008 *HypnoBirthing, Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt* Mankau, Murnau
- National Institute for health and clinical excellence 2008 Antenatal Care- Routine care for healthy pregnant woman [online] *NICE Guidance* Verfügbar unter: <http://nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline050609.pdf> [Zugegriffen 28.Dezember 2009]
- Oberndörfer Katrin 2003 *Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt* unpublizierte Dissertation, Universität Konstanz
- Odent M 2004 *Im Einklang mit der Natur- Neue Ansätze der sanften Geburt* Walter, Düsseldorf
- Odent M 2006 *Geburt und Stillen, über die Natur elementarer Erfahrungen* 3. Aufl C.H. Beck, München
- Powell Kennedy H 2000 A model of exemplary midwifery practice: results of a delphi study *Journal of midwifery and women's health* **45**:1 S 4-19
- Rogers C 2002 *Therapeut und Klient* 17.Aufl Fischer, Frankfurt am Main
- Sakala C, Corry M P 2008 *Evidence-Based Maternity Care: What it is and what it can achieve* Milbank Memorial Fund, New York
- Schäfers R 2007 Schwangerenvorsorge In: Mändle C, Opitz-Kreuter S (Hrsg) *Das Hebammenbuch- Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* 5. Aufl Schattauer, Stuttgart S 137-168

- Schäfers R 2009 Die Begleitung der Geburt In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg) *Geburtsarbeit- Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* Hippokrates, Stuttgart S 20-33
- Schmid V 2005 *Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung* Hippokrates, Stuttgart
- Schulz von Thun F 1981 *Miteinander Reden 1, Störungen und Klärungen* 44.Aufl Rowohlt, Hamburg
- Schweizerischer Hebammenverband 2008 Informations- und Positionspapier Schweizerischer Hebammenverband (SHV) zur hohen Kaiserschnitttrate in der Schweiz [online] Verfügbar unter: http://www.hebamme.ch/x_data/allqdnld/kaiserschnittrated.pdf [Zugegriffen 29.Dezember 2009]
- Schweizerischer Hebammenverband 2010 Ihre Hebamme: Fachfrau für Mutterschaft [online] Verfügbar unter: <http://www.hebamme.ch/de/elt/serv/> [Zugegriffen am 30.Januar 2010]
- Simkin P, Ancheta R 2006 *Schwierige Geburten- leicht gemacht* 2.Aufl Hans Huber, Bern
- Vetter K, Goeckenjan M 2006 Schwangerenvorsorge In: Schneider H, Husslein P, Schneider K T M (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 3. Aufl Springer, Berlin S 184-198
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL 2006 Antenatal fear of childbirth and it's association with subsequent caesarian section and experience of childbirth *BJOG* **113**(6):638-646
- WHO 1996 *Sichere Mutterschaft; Betreuung der normalen Geburt; Ein praktischer Leitfaden* Bund Deutscher Hebammen, Österreichisches Hebammengremium, Schweizerischer Hebammenverband (Hrsg) WHO, Genf