

Fachtag des AKF in Berlin am 20. Juni 2014:

**„Zeit zu handeln:
die Kaiserschnitttrate senken
die normale Geburt fördern.“**

Visionen zur Förderung der normalen Geburt Colette Mergeay

In Deutschland kommen 98% der Kinder im „Haus der Kranken“ zur Welt. Die Selbstverständlichkeit der Krankenhausgeburt, die sich innerhalb der letzten sechzig Jahre entwickelt hat, hat auch ein –immanent logisches- pathogenetisches Verständnis der Geburt etabliert. Vom schöpferischen Naturprozess, den Mutter und Kind in sich, mit sich aktiv geschehen lassen, wird die Geburt im aktuellen medizinischen Kontext zunehmend als risikoreicher aber planbarer „Herstellungsvorgang“ betrachtet, den es „engmaschig“ zu kontrollieren gilt. Es darf uns also nicht wundern, wenn Schwangere sich mit einer „Leistungsanforderung“ konfrontiert sehen, die sie mit ihrer Leiblichkeit allein nicht schaffen zu können glauben. Heute läuft die *Geburtshilfe* (und schon dieser Begriff ist irreführend, denn die Geburt braucht keine Hilfe!) Gefahr, sich von einer ganzheitlichen Unterstützung der Subjekte zur hochtechnisierten, teuren (oder lukrativen, je nach Standpunkt), zunehmend operativen „*Entbindungsmedizin*“ zu entwickeln.

Die Geburt als initiale Erfahrung.

Alles was lebt, hat einen Anfang. Und noch eine einfache Wahrheit: die Geburt und das Sterben sind die wesentlichen Übergänge im Leben eines Menschen. Blicken wir auf die Selbstverständlichkeit des Lebensrhythmus, so ist die Geburt die initiale Erfahrung des Eintrittes in die Gesetzmäßigkeiten und Zufälligkeiten des Lebendigen. „Initial“ ist die Erfahrung im doppelten Sinne des Wortes: als erste auf dieser Welt und als Einweihung in den Rhythmus von Übergängen, in dem sich der Mensch vom ersten bis zum letzten Atemzug, vom „Erblicken des Lichtes“ bis zum letzten Augenblick bewegt. Denn dieser Lebensrhythmus stellt uns alle, die wir Geborene sind, bei jedem Übergang jeweils vor Neues, vor nicht Berechenbares, bei allen Antizipationsbemühungen im Letzten vor nicht Planbares. Das gilt für die ersten Schritte eines Kleinkindes, die hereinbrechende Pubertät, den gewünschten Berufswechsel oder eine plötzliche Erkrankung. Diese initiale Qualität der Geburt gilt es ins Zentrum unserer heutigen Überlegungen zu stellen. Mit anderen Worten: Damit die Qualität der Geburtshilfe konkret erhöht werden kann, müssen Kriterien gelten, die der Bedeutung der Geburt für das Leben gerecht werden.

Unsere Arbeitsgruppe hat sich in diesem Zusammenhang um die Erarbeitung von Orientierungen bemüht. Dabei kristallisierte sich für uns nach und nach und immer konkreter etwas eigentlich Selbstverständliches heraus: im Anfang und vor allem muss es bei der Geburt um die Bedürfnisse, das Anliegen des Kindes gehen, das zur Welt kommt. Nehmen wir diese Gewichtung vor, dann entkommen wir der Logik des

scheinbaren Sachzwangs und der Beliebigkeit einer Kundenorientierung: Alle Subjekte am Geburtsgeschehen gewinnen.

Das Kind als Subjekt seiner Geburt

Wir wissen seit langem, dass das Kind Wochen vor seiner Geburt über die Gesamtheit seiner Sinnesfähigkeiten verfügt und dass sein Gehirn schon in der Lage ist zu strukturieren, z. B. zu träumen. Wir wissen, dass das Kind bei seiner Geburt spürt, fühlt und, wie seine Mutter, von Hormonen durchflutet wird, die ihm in ständiger Interaktion mit ihr bei seiner „initialen Geburtserfahrung“, helfen. Wir wissen, dass es also seine Geburt wahrnimmt, dass es auch im Übergang zwischen dem ihm vertrauten Universum des Mutterleibes und der ihm unbekanntem Neuen Welt aktiv ist.

Die romanischen Sprachen bieten uns Unterstützung. Im französischen z. B. „wird das Kind geboren“ (*l'enfant est né*), gleichzeitig aber gibt es ein aktives Verb (*naître*) für das Kind als Subjekt im Geschehen der Geburt : (*l'enfant naît*) : das Kind „geburtet“.

Nehmen wir also das Kind als Subjekt seiner Geburt ernst, gehen wir also davon aus, dass es ihm nicht gleichgültig ist, wie es „geburtet“ und geboren wird, dass es dementsprechend auch für die Beziehung zwischen Mutter und Kind, zwischen Eltern und Kind, nicht gleichgültig ist, ob Angst, Unsicherheit, Sachzwänge, Dienstplan, oder Vertrauen, Annahme, Lebenslust, Eigenzeit im Anfang prägend sind. Beim aktuellen Wissens- und Reflexionsstand bieten sich eine Fülle von Möglichkeiten, den Geburtsprozess aus dieser Perspektive adäquat, d.h. bewusst und respektvoll, vom Anfang der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes zu unterstützen.

Wenn wir dreißig oder vierzig Jahre zurückblicken, dann ging es Frauen damals vor allem um die schöpferische Kraft der Gebärenden, um die Relativierung der ärztlichen Autorität zugunsten der Bedeutung und Präsenz der Hebammen, um die Mitbeteiligung der Väter. Die Forderung nach einer „frauenbestimmten Geburtshilfe“ ging dabei mehr oder weniger stillschweigend vom Gedanken aus, dass im komplexen Geschehen der Geburt die Bedürfnisse der Mutter mit denen des Kindes derart verwoben, ja reziprok seien, dass ein ausdrückliches Rekurrieren auf das Kind und seine Bedürfnisse nicht notwendig sei. Die Betonung auf das „Recht der Frau“, der Begriff „frauenbestimmt“ war also vor allem ein Ausdruck des Protestes gegen damalige ärztliche Interventionen, die als Fremdbestimmung empfunden wurden. Erreicht haben wir eine Umgestaltung der Kreißsäle, teilweise eine Wiederbelebung der Hausgeburt, eine selbstverständliche Anwesenheit der Väter, eine abgeschwächte Hierarchie zwischen ÄrztInnen und Hebammen, eine familiengerechtere Wochenbettspflege. Aber unter dem Banner der „Selbstbestimmung“ der Frauen hat paradoxerweise auch eine invasive Medikalisierung und Pathologisierung in das gesamte Geburtsgeschehen Einzug gehalten. Die Forderung nach „Selbstbestimmung“, die dem politischen, juristischen Kontext entstammt, erweist sich bei der Geburt als problematisch.

Mehr noch: das Schlagwort der „Selbstbestimmung“ ist heute zum Bumerang geworden. Der illusorische Wunsch nach Machbarkeit wird mit Kontrolle, Überwachung, Fixierung auf abstrakte Berechnung von Risiken bedient, und die Schwangere ständig aufgefordert, sich „selbstbestimmt“ für oder gegen mögliche Maßnahmen zu entscheiden. Ein Horizont unzähliger Risiken macht aus ihrer Zeit der „guten Hoffnung“ einen Hindernislauf der Ängste, der nicht selten dazu führt, dass sie „freiwillig“ die Hoheit über ihre Gebärfähigkeit an die Anästhesie und die Chirurgie delegiert. Die elementaren Bedürfnisse des zur Welt kommenden Kindes geraten in dieser Realität notwendigerweise nicht in den Blick und die mit diesen existentiell verwobenen

Bedürfnisse der Mütter (und Väter) werden mit einer proklamierten „Kundenorientierung“ abgespeist. Symptomatisch ist hier die Anwendung des euphemistischen Begriffes „Wunsch-Kaiserschnitt“ und die damit verbundene scheinbar unaufhaltsame Erhöhung der Sectiorate. Dieser „Wunsch“ ist, nach Wochen der Fokussierung auf Risiken, meistens Ausdruck von Angst: denn welche Frau *wünscht* sich schon eine solche Operation? Eher ist anzunehmen, dass ihr der chirurgische Eingriff als das geringere Übel erscheint.

Umgang mit Angst und Risiko

Angst ist überall in der Geburtshilfe präsent, schon deshalb, weil sie das Initialgefühl jedes Überganges ist. Angst ist im Anfang und ist der Beginn einer neurobiologischen Kettenreaktion, die uns Menschen befähigt, die angstausslösende Situation im Wandlungsprozess aufzuheben, zu bewältigen. Aus ihr kann also ebenso Freude, Erleichterung und Glück wie Trauer, Lähmung und Verzweiflung entstehen. Für eine in diesem Sinne gelingende, eine gute Aufhebung ist es wesentlich, die Angst nicht zu leugnen, sie weder zu verharmlosen, noch zu überhöhen, sie vielmehr wahr- und anzunehmen. Wichtig ist es, sie zu verstehen, damit wir nicht von ihr getrieben, sondern in der Lage versetzt werden, ihre Signale zu nutzen.

Angst erfahren das zu gebärende („*geburtende*“) Kind und seine Mutter. Das gilt in je eigener Form aber auch für den Partner der Gebärenden und diejenigen, die Mutter und Kind beim Geburtsvorgang unterstützen. Der hilfreiche Umgang mit der Angst setzt für alle Beteiligten, jeweils in ihrer besonderen Situation und Aufgabe, eine Haltung von Aufmerksamkeit und Vertrauen voraus, die es ermöglicht, *durch die Angst hindurch* zu gehen, mitzugehen, zu begleiten. Es geht hier um eine Haltung, die ich mit „*aktives Geschehen Lassen*“ bezeichnen möchte. Denn nach wie vor und trotz der stetigen Entwicklung der vermeintlich sicherheitseinflößenden Technik gilt für die professionellen BegleiterInnen, den Gesetzmäßigkeiten des Lebendigen zu vertrauen, also „viel zu wissen, um wenig zu tun“ (Dabei ist mit „wissen“ vor allem persönliches empirisches intuitives Wissen gemeint, nicht (nur) der Umgang mit Geräten.) Der berühmte Satz: „Der beste Platz für die Hände des Geburtshelfers sind seine Hosentaschen“ ist Ausdruck von Erfahrung und respektvoller Aufmerksamkeit, nicht von unwissender Gleichgültigkeit.

Allerdings heißt es auch kritisch zu hinterfragen, inwiefern „hausgemachte“ Ängste, die eine nicht-organische Eigendynamik entwickeln, zu lähmenden Blockaden führen können, aus denen heraus wiederum die Aktion als einzige mögliche Lösung erscheint, und tatsächlich nur Aktionismus entsteht. Uns geht es hier um die allgemeine Stimmung und Organisation des Kreißsaales, um die Wahrung von elementaren Bedürfnissen nach Ruhe und Intimität, um etablierte Strukturen von Kommunikation und Austausch für die professionellen BegleiterInnen, um deren Erfahrung und Ausbildung. Es geht aber auch um die Haltung, die die werdenden Eltern während der gesamten Schwangerschaft begleitet, also auch um den kritischen und kompetenten Umgang mit Risiken. Sich auf ein Kind einzulassen bedeutet eben: sich für Neues zu öffnen, für Ungewisses, für Unplanbares, für einen einzigartigen noch nie dagewesenen Menschen. Die Schwangerschaft hat ihre vorgegebene, nicht wählbare Zeit, damit sich Vertrauen, Aufmerksamkeit und Hingabe entfalten können. Wir sind gehalten dafür Sorge zu tragen, dass sich diese besondere Lebenszeit, in der auch die psychische Geburt der

Schwangeren zur Mutter geschieht, nach ihrem eigenen Rhythmus entwickeln kann und dass sie nicht von der Jagd nach Risiken vergiftet wird. Und auch hier wieder: der kompetente Umgang mit Risiken beinhaltet nicht nur eine korrekte Interpretation von Statistiken und ein kritisches Lesen von Studien. Er bedeutet vor allem, die Frau und das Kind als jeweils konkrete einzigartige Personen wahrzunehmen, sie nicht hinter einem abstrakten „Risikoprofil“ verschwinden zu lassen.

Zum Schluss dieser kurzen Vorstellung unserer Überlegungen eine Bemerkung: auch im Gesundheitswesen, in diesem Teilsystem unserer Gesellschaft gelten die Prinzipien und Kriterien der Ökonomie. Das ist so und soll hier nicht im Allgemeinen beklagt werden, denn möglichst sachgerechtes Bewirtschaften wie möglichst effektive Strukturen sind für jede größere Organisation und für jedes soziale System unverzichtbar, will man der gegebenen Aufgabe gerecht werden. Aber die Logik der Ökonomie ist eben nicht identisch mit der Logik der Heilkunde, und das erst recht dann nicht, wenn erstere auf Gewinn und Profit ausgerichtet ist. Der gegenwärtige Umgang mit Risiken etwa, der allgemeine Ängste eher noch befeuert, gehört in diesen problematischen Zusammenhang. Denn während nun einerseits die Angst als Urerfahrung im Geburtsgeschehen kaum noch annehmend aufgehoben wird, beruhen andererseits fast alle freiwilligen Leistungen in der Geburtshilfe auf der Suggestion, sich durch bezahlte Rituale von vorher geschürten Ängsten loskaufen zu können. In „informed consent“ werden kaufvertragsähnliche Leistungsvereinbarungen unterschrieben. Von dieser Praxis ist es nur ein kleiner Schritt zur Unterschrift unter dem Behandlungsvertrag der Sectio.

Ein Letztes

In der Vorbereitungsgruppe zu diesem Fachtag haben wir nach einem geeigneten Titel gesucht, um unser Anliegen auf den Begriff zu bringen: „Förderung der *natürlichen Geburt*“? „Förderung der *vaginalen Geburt*“?, oder schlicht „Förderung der *Geburt*“? Mit dem gewählten Titel „...die *normale Geburt* fördern“, möchten wir zweierlei: zum einen das seit Jahrmillionen, millionen- und abermillionenfach „erfolgreich erprobte“ natürliche Geschehen hervorheben, um es auch heute als Bezugsrahmen im Blick behalten zu können. Und zum anderen, um der zunehmenden „Normalisierung“ der medikalisierten Geburt einen dem Lebendigen zugeordneten- und insoweit kritischen-Begriff von „Normal“- entgegenzusetzen. Im medizinischen Bezugsrahmen, in dem eine Schwangere als Patientin registriert wird, ist eine salutogenetische Unterstützung des Geburtsgeschehens nicht selbstverständlich, auch wenn sie erwünscht und angestrebt wird.

Umso wichtiger ist es, die (natürliche) Geburt als Muster, Maß und Norm zu behalten, deren Besonderheiten nicht als Vorteile zu preisen sind. Paradoxerweise laufen wir dann, wenn wir uns bemühen diese Vorteile zu belegen, Gefahr, die Geburt auf eine Option zu reduzieren, und den Kaiserschnitt auf eine gleichrangig optionale Ebene zu heben. Dadurch wird die maßgebende Bedeutung der Geburt verdeckt, und der Kaiserschnitt einerseits verharmlost, andererseits nicht wahrgenommen als das, was er ist: eine segensreiche, wenn auch für Mutter und Kind mehr oder weniger traumatische Notlösung.