

Die Zeit um die GEBURT

*gesellschaftskritisch
betrachtet
mit Ausblick*

wissenschaftliche Ausarbeitung

von

Yvonne Butowski



<http://selbstbestimmtefamilie.de>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1 Einleitung	4
2 Schwangerschaft	6
2.1 Das körperlich-emotionale Erleben des Ungeborenen	6
2.2 Schwangerschaftsvorsorge	7
2.2.1 Pathologisierung in der Schwangerenvorsorge	7
2.2.2 Schwangerenvorsorge durch Hebammen	8
2.3 Pränataldiagnostik	9
2.3.1 Kritische Sichtweisen zur Pränataldiagnostik	10
2.3.2 Gesundheitsvorsorge durch Pränataldiagnostik.....	11
2.3.3 Forderungen an den Umgang mit Pränataldiagnostik	11
2.4 Zwischenfazit – Schwangerschaft	12
3 Geburt.....	13
3.1 Der Einfluss der Hormone auf Geburt und postpartale Phase.....	13
3.1.1 Das feine Zusammenspiel der Geburtshormone.....	13
3.1.2 Die postpartale Wirkung des Oxytocins.....	14
3.1.3 Stresshormone und ihre Auswirkungen auf das kindliche Outcome.....	15
3.2 Klinikgeburt.....	16
3.2.1 Geburtsinterventionen in Kliniken und ihre Auswirkungen auf den Geburtsverlauf	17
3.2.2 Die Funktion der Angst im Hinblick auf die Geburtsbewältigung.....	18
3.2.3 Der Umgang mit Geburtsschmerz in der westlichen Kultur	18
3.2.4 Nachgeburtliche Versorgung in der Klinik und ihre Auswirkungen auf den Erstkontakt zwischen Mutter und Kind	21
3.2.5 Frühchen und kranke Neugeborene	22
3.2.6 Der Kaiserschnitt	23
3.3 Außerklinische Geburt.....	29
3.3.1 Die Hebammen- und Geburtshausbewegung und ihre Auswirkung auf die gegenwärtige Geburtshilfe.....	30
3.3.2 Entscheidungsgründe für oder gegen eine außerklinische Geburt	31
3.3.3 Die Geburt aus kindlicher Sicht nach Frédéric Leboyer	31
3.3.4 Die sanfte Geburt nach Frédéric Leboyer.....	32
3.3.5 Physiologische Aspekte der Geburt in Privatsphäre.....	34
3.3.6 Geburtshausgeburt als Alternative zur Klinikgeburt	36
3.3.7 Hausgeburt.....	37

3.4	Hebammen.....	37
3.4.1	Ursprung des Hebammenwesens.....	37
3.4.2	Der ärztliche Einfluss auf die Geburtshilfe und die damit verbundene Abkehr von der abwartenden Geburtsleitung.....	39
3.4.3	Die Verlagerung der Geburt in die Klinik und die damit veränderte Begleitung der Frau unter der Geburt.....	39
3.5	Geburtsbegleitung durch eine Doula	41
3.6	Zwischenfazit – Geburt	43
4	Die Zeit des Wochenbetts.....	44
4.1	Bonding	44
4.1.1	Der Einfluss hormoneller Mechanismen auf den Prozess des Bondings	45
4.1.2	Der Einfluss emotionaler Unterstützung unter der Geburt auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind.....	45
4.1.3	Das Konzept der Feinfühligkeit von Mary Ainsworth	46
4.2	Das emotionale Erleben der Mutter.....	46
4.2.1	Baby-Blues und postpartale Depression.....	47
4.2.2	Auswirkungen der psychischen Gesundheit der Mutter im Wochenbett auf die kognitive Entwicklung des Kindes	49
4.3	Nähe zwischen Mutter und Kind als Faktor für eine sichere Bindung und zur Prophylaxe gegen postpartale Dysphorie und plötzlichen Kindstod.....	51
4.4	Stillzeit.....	53
4.5	Die emotionale und physiologische Wirkung des Hormons Oxytocin	54
4.5.1	Die Entstehung langfristiger Effekte auf die Gesundheit von Mutter und Kind durch wiederholte Oxytocinfreisetzung.....	55
4.5.2	Die unterstützende Wirkung des Oxytocins beim Entstehen der Mutter- Kind-Bindung	56
4.6	Zwischenfazit –Wochenbettzeit	57
5	Schlussbetrachtung und Ausblick.....	58
	Literaturverzeichnis	60
	Impressum	65

amine die Bildung von Surfactant, einer oberflächenaktiven Substanz in der Lunge, die das Kollabieren der Alveolen beim Ausatmen verhindert, um den Gasaustausch beim Atmen zu ermöglichen. Katecholamine beschleunigen auch den Stoffwechsel. Daher können vaginal geborene Kinder besser ihre Körpertemperatur aufrechterhalten und verfügen über größere Energiereserven als Kaiserschnittkinder.

Bei Kaiserschnittkindern ist der Stresshormonspiegel, in Abhängigkeit von der verwendeten Anästhesiemethode, zwei bis zehn Mal geringer, da sie den Stress, durch die Wehen und die Kompression im Geburtskanal, nicht erfahren. Bei einer Schnittentbindung, bei der das Kind Wehen erleben konnte, ist die Konzentration von Katecholaminen annähernd so hoch wie bei vaginal geborenen Kindern (vgl. Eliot 2003, S. 143f.).

Vaginal geborene Kinder schneiden bei der Beurteilung von Reflexen, Muskeltonus und Wahrnehmungsreaktionen besser ab als Kaiserschnittkinder. Eventuell werden durch den Druck und die Bewegungen unter der Geburt die synaptischen Verbindungen zwischen den Nervenzellen verfeinert und durch die Myelinbildung an den Axonen Nervenzellen gefördert (vgl. Eliot 2003, S. 145).

Die vaginale Geburt wirkt sich demnach positiv auf das kindliche Outcome aus und fördert die Gehirnentwicklung des Kindes. Damit ist die Ausschüttung großer Mengen an Katecholaminen durch den natürlichen Geburtsstress für das gesunde Überleben des Kindes von großer Bedeutung.

3.2 Klinikgeburt

In unserer Gesellschaft wird das Bedürfnis der werdenden Mutter nach Hilfe und Unterstützung hervorgehoben. Damit wird der schwangeren Frau nahegelegt, dass sie ihr Kind nicht ganz für sich allein gebären könne. Klinikgeburten gelten im Vergleich mit außerklinischen Geburten als sicherer, weil sie für medizinische Notfälle ausgerüstet sind und jederzeit das entsprechende Personal zur Verfügung steht. Ärzte, die zu Klinikgeburten raten, kennen Geburten selbst meist nur als medizinisches Ereignis. Eine ungestörte Geburt, bei der die Frau im eigenen Rhythmus ihr Kind gebären kann, haben sie vermutlich während ihrer Ausbildung und Tätigkeit in Kliniken nie erlebt. Die bekannte amerikanische Hebamme Ina May Gaskin (2013, S. 265) appelliert, dass das Wissen über natürliche Geburtsprozesse immer mehr verloren geht, wenn Geburtshelfer nicht die Möglichkeit haben, selbstbestimmte und interventionsfreie Geburten mitzuerleben.

Problematisch ist, dass die ursprünglich für Notfälle und krankhafte Zustände entwickelten medizinischen Eingriffe in der heutigen Zeit auch bei gesunden Schwangeren und deren Kindern angewandt werden und dadurch der natürliche Vorgang gestört wird.

Eine Klinikgeburt wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (2011, S. 9) empfohlen, wenn bei Mutter und Kind problematische Befunde vorliegen. Hierzu zählen beispielsweise Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck oder eine Frühgeburt.

3.2.1 Geburtsinterventionen in Kliniken und ihre Auswirkungen auf den Geburtsverlauf

Kliniken sind Institutionen, die hierarchisch organisiert sind und in denen alle Abläufe geregelt sind. In ihnen ist Geburt heute ein hochtechnisierter Prozess. Bei fast jeder vierten Frau kommt es nicht mehr zu einem spontanen Geburtsbeginn (vgl. Schwarz & Schücking 2004). Mit einleitenden Maßnahmen wird der Geburtsbeginn beschleunigt. Zu warten, bis Mutter und Kind bereit sind zu gebären, wäre meines Erachtens ein Zeichen von Respekt seitens des medizinischen Personals.

Bei eingeleiteten Geburten kommt es fast doppelt so häufig zu einem verzögerten Geburtsverlauf oder -stillstand und fast doppelt so oft zu verstärkten Nachblutungen (vgl. Schwarz & Schücking 2003). Diese Komplikationen machen weitere Interventionen notwendig. Im Vergleich zu Geburten mit spontanem Beginn führen eingeleitete Geburten doppelt so häufig zu einer Periduralanästhesie, doppelt so häufig zu einem Kaiserschnitt und zu um 60 % häufigeren Gaben von Wehenmitteln (vgl. Schwarz & Schücking 2004).

Oft leitet in der Klinik ein Arzt die Geburt, um Gefahrenzustände des Ungeborenen zu erkennen. Routinemäßig werden die kindlichen Herztöne mittels Kardiotokographie überwacht. Im Vergleich zum gelegentlichen Abhören der Herztöne mittels Fetal-Doppler konnte bei dem routinemäßig angewendeten Verfahren keine signifikante Auswirkung, außer dem Ansteigen der Kaiserschnitttrate, nachgewiesen werden (vgl. Odent 2005, S. 32). Der Arzt achtet darauf, dass die Geburt nicht länger als zwölf Stunden dauert, der Muttermund sich stündlich um mindestens einen Zentimeter öffnet und das Kind innerhalb einer Stunde nach vollständiger Eröffnung geboren ist (vgl. Kitzinger 2003, S. 24f.). Der Geburtsverlauf soll demnach einer Norm entsprechen. Unter diesen kontrollierten Bedingungen ist es für die gebärende Frau schwer das komplexe hormonelle Gleichgewicht zu erreichen, das eine normale physiologische Geburt ermöglicht. Daher benötigen Frauen in der Klinik oft Ersatzstoffe für ihre eigenen Hormone, beispielsweise eine Infusion mit Oxytocin. Inzwischen erhält jede dritte Frau unter der Geburt Wehenmittel, um die Geburt zu beschleunigen (vgl. Roth 2011, S. 5). Verabreichtes exogenes Oxytocin, im sogenannten Wehentropf, bindet sich an die Oxytocinrezeptoren und hemmt dadurch die Freisetzung von endogenem Oxytocin. Durch eine verminderte Ausschüttung von endogenem Oxytocin verringert sich auch dessen emotionale Wirkung in der postpartalen Phase, die im Verlauf der Arbeit näher erläutert wird.

Des Weiteren reduziert sich das Milchvolumen durch die Hemmung der endogenen Oxytocinfreisetzung, infolgedessen es beim Kind vermutlich zu einer vermehrten Gewichtsabnahme nach der Geburt kommt.

Zusammenfassend kann vermerkt werden, dass die Risiken und Probleme unter der Geburt durch technologische Geburtsleitungen zunehmen, anstatt, wie von Ärzten versprochen und von Frauen erwartet, reduziert zu werden.

3.2.2 Die Funktion der Angst im Hinblick auf die Geburtsbewältigung

Die Ursache der Angst liegt vermutlich im Unbekannten, in den negativen Geburtsberichten der eigenen Mutter und anderer Frauen sowie in gesellschaftlichen Prägungen. Schwangere in unserer Gesellschaft haben wahrscheinlich Angst davor, die Kontrolle über sich selbst unter der Geburt zu verlieren, sich zu entblößen, den Schmerzen nicht gewachsen zu sein oder durch die Geburt zu sterben.

Angst ist eine physiologische Reaktion auf eine Gefahr. Sie steigert die Aufmerksamkeit und die Fähigkeit, auf die Gefahr zu reagieren. Demnach ist Angst etwas Nützliches, das uns ermöglicht unsere bisherigen Grenzen zu überschreiten. Sie lässt uns das Wesentliche in unserem Leben und die in uns steckenden Möglichkeiten besser erkennen.

3.2.3 Der Umgang mit Geburtsschmerz in der westlichen Kultur

Kulturell bedingte Erwartungen und der emotionale Zustand der Frau während der Geburt beeinflussen die Empfindungen des Geburtsschmerzes. In unserer Kultur werden Schmerzen jeglicher Art durch medizinische Maßnahmen gelindert. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Gebärende kaum noch bereit sind Schmerzen auszuhalten, sich auf die Ausschüttung körpereigener Endorphine und die Wirkung emotionaler Unterstützung zu verlassen. Sie erwarten schmerzlindernde Maßnahmen. Kennell (2008) konnte in seinen Studien mit Klaus, auf die im Verlauf dieser Arbeit noch eingegangen wird, nachweisen, dass Frauen, die durch eine kontinuierliche professionelle Betreuung ermutigt und unterstützt werden, weniger Schmerzen empfinden.

Ein natürlicher Entspannungszustand, ohne Ängste vor der Geburt, stellt meiner Meinung nach eine gute Voraussetzung für einen unkomplizierten Geburtsverlauf dar. Entspannungszustände, die in Kliniken durch Analgetika herbeigeführt werden, gehen mit unerwünschten Nebenwirkungen für Mutter und Kind einher. Die verwendeten Substanzen verzögern den Geburtsverlauf, was häufig zu weiteren geburtshilflichen Eingriffen mit zusätzlichen Schmerzen führt (vgl. Tew 2007, S. 247) und treten teilweise