

Der-etwas-andere-Gesundheitsbrief

Diese Informationen dienen ausschließlich zur persönlichen Information.

Kaiserschnitt

Kaiserschnittgeburten entwickeln sich zum Modetrend. Nicht zuletzt, weil sie die Geburtsmedizin propagiert. Dabei zeigen Studien, dass dieser Eingriff besser auf echte Notfälle beschränkt bleiben sollte.

Es war für mich wie ein Sechser im Lotto, als ich 1986 mit elf anderen jungen Frauen unter Hunderten von Bewerberinnen ausgesucht wurde und meinen lang ersehnten Hebammenausbildungsplatz in einer großen deutschen Klinik bekam.

Ich wollte Hebamme werden, um werdende Mütter und Väter während der Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes zu begleiten und die neu hereinkommenden Lebensströme liebevoll zu empfangen.

Ich wußte, daß die klinische Ausbildung zur Hebamme nicht einfach ist, aber ich ahnte nicht im entferntesten, wie schwer es sein würde, in eine technische Geburtsmedizin einzutauchen, die meilenweit von einer natürlichen Geburtshilfe entfernt ist und ständig gegen die Gesetze der Natur verstößt.

Damals schon war mir klar, wie wichtig es für die neuen Lebensströme ist, auf natürliche Weise im Vertrauen in die Welt geboren zu werden. Um so schmerzlicher das Miterleben, wie man tagtäglich aus Ungeduld, Angst und Unfähigkeit in die Geburt eingreift und so viele unnötige und schmerzhaft Komplikationen provoziert, weshalb viele Geburten mit einem Kaiserschnitt enden.

Bereits Ende der 80er Jahre war die Kaiserschnitttrate mit 12 bis 15 Prozent zu hoch. Aber wer hätte damals gedacht, dass zwanzig Jahre später bei uns schon jedes dritte Kind per Kaiserschnitt auf die Welt kommen würde? Fachleute gehen davon aus, die Kaiserschnitttrate werde sich bei uns ungefähr um die 50 Prozent einpendeln, wie es in Brasilien der Fall ist.

Im Verlauf der Jahre ist der Kaiserschnitt von der lebensrettenden Notlösung zur alternativen Geburtsform mutiert, ohne dass man erkannt hat, welche gravierenden Folgen unnötige Kaiserschnitte für die Kinder, die Eltern und für

die Gesellschaft auslösen können. Wie alle Geburtshelfer bin auch ich sehr dankbar, dass es den Kaiserschnitt für echte Notfälle gibt, aber die rasante Entwicklung der Kaiserschnitttrate ist sehr bedenklich und ein absolutes Armutszeugnis für die moderne Geburtsmedizin.

Nüchtern betrachtet, ist sie allerdings die logische Konsequenz einer fehlgeleiteten Geburtshilfe und ein deutliches Symptom dafür, dass wir die Kunst des Gebärens in die falschen Hände gelegt haben.

Denn ein Geburtshelfer, der die Gesetzmäßigkeiten einer natürlichen Geburtshilfe nicht gelernt hat und in vielen Fällen auch nicht lernen will, ist mit einem schnellen Kaiserschnitt, den er viel besser beherrscht als die geduldige Begleitung einer natürlichen Geburt, auf der scheinbar sicheren Seite.

Deshalb bevorzugen heute immer mehr Geburtshelfer und Eltern aus Angst vor einer normalen Geburt den Kaiserschnitt als die angeblich sichere Lösung. Die natürliche Geburt, wie wir sie in der Hausgeburtshilfe praktizieren, wird hingegen fälschlicherweise als unverantwortlich und gefährlich verteufelt.

Denn obwohl die Operationstechniken und die Narkosemöglichkeiten sich entscheidend weiterentwickelt haben, ist der Kaiserschnitt nach wie vor die gefährlichste aller Geburtsformen.

Gründe für einen Kaiserschnitt

Als eine der ältesten Notoperationen kennt man den Kaiserschnitt schon seit Jahrhunderten. Allerdings endete er früher für Mutter und Kind meistens tödlich. Erst im 20. Jahrhundert entwickelte er sich durch die Verbesserung der Operationstechniken in steriler Umgebung, der Anästhesie und der Einführung von Antibiotika zum weniger gefährlichen Eingriff.

Heute spricht man auf Grund von neusten Operationsmöglichkeiten sogar vom „sanften“ Kaiserschnitt oder dem „Kaiserschnitt light“. Aber der Kaiserschnitt ist nach wie vor weder sanft noch light. Er ist und bleibt eine große Bauchoperation mit vielfältigen Folgen für Mutter und Kind, die man nicht unterschätzen darf.

Man unterscheidet zwischen dem **primären Kaiserschnitt**, der vor der Geburt geplant wird und ohne Wehen verläuft, sowie dem **sekundären** oder **ungeplanten Kaiserschnitt**, bei dem die Geburt mit Wehen aus unterschiedlichen Gründen abgebrochen und das Kind per Operation geholt wird.

Hinzugekommen ist in jüngster Zeit auch der **Wunschkaiserschnitt ohne medizinische Indikation**, der laut Presse besonders bei Prominenten beliebt zu sein scheint, die eine schnelle und bequeme, auf den Tag geplante Geburt wählen, bei der sie angeblich ihren Beckenboden und ihren „Love channel“ (Liebeskanal) schonen können.

Auch wenn einige Geburtshelfer versuchen, die steigende Zahl von Kaiserschnittentbindungen mit der wachsenden Anzahl der Wunschkaiserschnitte zu erklären bzw. zu rechtfertigen, bevorzugen bis heute nur eine kleine Anzahl von Frauen die geplante, angeblich bequeme Lösung eines Kaiserschnitts ohne Indikation.

Entweder, weil sie bereits traumatische Geburten durchlitten haben oder weil sie als Erstgebärende aufgrund vieler beängstigender Geburtsgeschichten und einer Angst einflößenden, medizinischen Schwangerschaftsvorsorge völlig verunsichert sind.

Bei den medizinischen Indikationen für einen Kaiserschnitt wird zwischen absoluten und relativen Indikationen unterschieden. Unter **absoluten Indikationen** versteht man Gründe, die eine natürliche Geburt verunmöglichen. Dazu gehören:

- Ein absolutes Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und einem zu kleinen mütterlichen Becken wie es bei Beckendeformation oder Kleinwüchsigkeit vorkommen kann;
- eine Plazenta praevia, bei welcher der Mutterkuchen vor dem Muttermund liegt;
- eine vorzeitige Plazentalösung, bei der sich der Mutterkuchen vor der Geburt des Kindes löst;
- eine schwere Schwangerschaftsvergiftung;
- ein Nabelschnurvorfal (eine vor das Kind gerutschte Nabelschnur);
- eine Querlage des Kindes im Mutterleib.

Nur einer von zehn Kaiserschnitten wird aufgrund einer absoluten Indikation gemacht. Die restlichen 90 Prozent führt man aufgrund relativer Indikationen aus, die ein Abwägen der Risiken für Mutter und Kind erfordern und in der Fachwelt umstritten sind. Hierzu zählt man beispielsweise:

- Steißlage;
- ein großes Kind;
- ein schmales Becken;
- Frühgeburten;
- Mehrlinge;
- Zustand nach vorangegangenem Kaiserschnitt;
- einen Geburtsstillstand;

- einen mißlungenen Einleitungsversuch;
- mütterliche Erschöpfung oder „schlechte“ Herztöne des Kindes (mit Ultraschall aufgezeichnet).

Neun von zehn aller Kaiserschnitte hängen also von der Einschätzung und Erfahrung des Geburtshelfers ab und müssen hinterfragt werden.

Das bestätigt auch das 20-jährige Experiment von Prof. Alfred Rockenschaub, dem ehemaligen Chefarzt der Geburtshilfe an der **Ignaz-Semmelweiß-Klinik** in Wien.

Zwischen 1965 und 1985 zeigte er in über 42'000 Fällen, daß mit einer intensiven, von Hebammen betreuten Geburtshilfe eine Kaiserschnitttrate von einem Prozent ohne irgendwelche Nachteile für Mutter und Kind möglich ist.

Doch seine sensationellen Ergebnisse wurden von der Fachwelt zum größten Teil ignoriert. Mit einer sanften Geburtshilfe läßt sich leider weder Ruhm noch viel Geld verdienen.

In seinem Buch **Gebären ohne Aberglauben** geht Prof. Rockenschaub mit der modernen Geburtsmedizin hart ins Gericht: „Wer nämlich vom Fortschritt in der Geburtshilfe den vom sozialen Fortschritt bewirkten Beitrag abzieht, stellt fest, daß die geburtsmedizinische Wissenschaft ein Trug ist.

Um aber mit der Geburtsmedizin trotzdem das lukrative Geschäft zu wahren, hält man sehr erfolgreich ein System der Organisation der Angst in Gang, diskriminiert die Hebamme und deren Kunst und Können und verharmlost im Stil einer Scharlatanerie die geburtsmedizinische Verstümmelung. Was also Not tut, ist, die klinische Vergewaltigung zu enthüllen, das Wesen der Hebammenkunst herauszustellen und der Frau die Angst zu nehmen.“

Geräte statt Mensch

Wie Alfred Rockenschaub bereits vor Jahrzehnten erkannt hatte, ist die Kaiserschnitttrate um so niedriger, je höher und intensiver der Hebammenanteil in der Geburtshilfe ist. Je mehr Gynäkologen in einer Geburtsabteilung sind, desto höher steigt auch die Kaiserschnitttrate.

Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die meisten Gynäkologen auch heute noch Männer sind – oder Frauen, die ihren männlichen Kollegen nicht nachstehen wollen, denn in den Kliniken ist der Druck, sich konform zu verhalten, groß.

Bekanntlich fällt es Männern leichter, bei einem Geburtsprozeß anzupacken

und das Geschehen voranzutreiben – aktiv etwas zu tun –, anstatt im Hintergrund zu bleiben und mit ruhigem, vertrauensvollem Abwarten und einem geduldigen Für-die-Frau-da-Sein den Prozeß zu begleiten.

Zudem kann man sich heute mit der „Rettung“ bei einer Steißlage (z. B. mit Hilfe einer neuen sensationellen Operationstechnik) auf einem der regelmäßigen Kongresse profilieren. Diese Gynäkologenkongresse, die von der Pharmaindustrie und den Geräteherstellern (z. B. von risikoreichen Ultraschallgeräten) gesponsert werden, sind oft richtungweisend und haben schon seit längerem einen enormen Einfluß auf die Entwicklungen in der Geburtshilfe.

1966 hatte man an einem solchen Kongress in München beschlossen, die Geburtshilfe müsse zur Geburtsmedizin mutieren. Dies war der Startschuss für eine technisch ausgerichtete Medikalisierung und intensive ärztliche Kontrolle der natürlichen Geburt. Als Folge nahm die Zahl der Risikopatientinnen massiv zu.

Meine Kollegin, die damals gerade ihre Hebammenausbildung absolvierte, erlebte die Veränderung hautnah: In ihrem ersten Lehrjahr war die Hausgeburt noch etwas völlig normales, für die sie auch ausgebildet wurde. Ab dem zweiten Lehrjahr galt die Hausgeburt plötzlich als sehr gefährlich, und alle Frauen sollten künftig nur im Krankenhaus gebären.

Der Gynäkologe Alfred Rockenschaub war 1966 Zeuge jenes entscheidenden Kongresses in München gewesen. Trotzdem ist er überzeugt, dass 95 Prozent aller Frauen natürlich und ohne Eingriffe gebären können, wenn man sie nur lässt und richtig unterstützt.

Gerade mal fünf Prozent brauchen nach seiner Erfahrung trotz optimaler Begleitung medizinisch-technische Hilfen wie Saugglocke, Schmerzmittel, Wehenmittel, Dammschnitt oder Kaiserschnitt. Heute, nach über 40 Jahren Geburtsmedizin, ist das Verhältnis genau umgekehrt. Nur fünf von hundert Frauen gebären ohne irgendwelche Eingriffe.

Retten, wo es nichts zu retten gibt

Ist denn die Natur in den Augen der Geburtsmediziner so mangelhaft, dass sie zwar aus einer Eizelle und einer Samenzelle einen vollkommenen Körper erbauen kann, es dann aber unterlässt, für eine sichere Geburt des Kindes zu sorgen? Hochmut der Natur gegenüber verleitet den Menschen dazu, ihre angeblichen Fehler ständig zu korrigieren.

Dabei ist es in den meisten Fällen der Mensch selbst, der durch seine Unwissenheit, seine Angst und Ungeduld den natürlichen Prozess einer Geburt maßgeblich stört und verhindert. Und so werden Mutter und Kind häufig erst durch eine technische Geburtsmedizin in Gefahr gebracht, um anschließend von gut verdienenden Geburtshelfern gerettet zu werden.

Entsprechende Beispiele kann man sich im Vormittagsprogramm des deutschen Fernsehens ansehen. Dort werden in Sendungen wie Unser Baby künftige Eltern auf die meist medizinisch-technische Geburt in einem Krankenhaus vorbereitet.

Erst vor kurzem zapfte ich in eine dieser Sendungen hinein und erlebte eine sehr verbreitete Situation mit: Der diensthabende Oberarzt kam zu einer Frau in den Wehen und sagte: „Wenn Ihre Wehen weiterhin so schwach sind, werden wir Sie an einen Wehentropf anhängen.“

Sollten die Wehen dann zu schmerzhaft werden, erhalten Sie eine PDA [Rückenmarksanästhesie] und wir machen die Fruchtblase vom Kind auf. „So werden wir das Kind heute schon rausbekommen.“ Ob dieses Baby, nachdem man es mit solcher Ignoranz in Gefahr gebracht hatte, nun auch tatsächlich mit einem Kaiserschnitt gerettet werden musste, weiß ich nicht. Die Fortsetzung kam nämlich erst in der nächsten Sendung.

Die unterschiedlichen Rettungsversuche in der Geburtshilfe unterliegen gewissen Modetrends, die auf gynäkologischen Kongressen vorgestellt und dann von vielen Geburtsstationen übernommen werden. Am Beispiel der Steißlagengeburt kann man gut beobachten, wie solche neuen Moden die gesamte Geburtshilfe beeinflussen und in eine bestimmte Richtung lenken.

Die Steißlage galt noch vor Jahren als eine physiologische Geburtsform (3 bis 5 Prozent aller Geburten), bei der es wirklich auf das geduldige Können eines erfahrenen Geburtshelfers ankam. Mit der Zeit jedoch wurde dieses Können mehr und mehr vernachlässigt, weil man sich lieber auf die ständig propagierte Technik verließ.

Und so ging es Schritt für Schritt verloren. Heute betrachtet man die Steißgeburt als Risiko, das nach einem Kaiserschnitt verlangt. Dabei wäre sie gar keine schwierige Risikogeburt an sich. Sie ist vielen modernen Geburtsmedizinern einfach zu riskant, da es bei der Steißgeburt auf Qualitäten ankommt, die sie zum großen Teil gar nicht mehr erlernen.

Sie erhielten von Studien Schützenhilfe, worin behauptet wird, dass der Kaiserschnitt für Steißlagen sicherer wäre als die Spontangeburt. Dieses fragwürdige Forschungsergebnis verbreitete sich dank internationaler

Veröffentlichungen und Kongresse schnell.

So wurde es auch für alte Hasen unter den Geburtshelfern schwierig, ihre gewohnte Arbeit fortzuführen, ohne von Kollegen als unverantwortlich abgestempelt zu werden und mit juristischen Folgen rechnen zu müssen. Und das, obwohl sie jahrzehntelang natürliche Steißlagen-Geburten begleitet hatten.

Mittlerweile glauben die meisten Frauen, ihrem Kind sei bei einer Steißlage mit einem Kaiserschnitt besser gedient. Vor einer Steißgeburt muss man aber keine Angst haben. Vielmehr sollte man sich vor einer Geburtsmedizin in Acht nehmen, die selbst Angst vor einer Steißgeburt hat.

Neuere langfristige Folgestudien zeigen denn auch auf, daß Spontangeburt bei Steißlagen ohne weitere schwere Risikofaktoren gar nicht riskanter sind als der Kaiserschnitt. So haben einige wenige Geburtsstationen bereits wieder damit begonnen, Steißgeburten auch als Spontangeburt anzubieten.

Es wird sich allerdings zeigen, wie lange es dauert, bis sich diese neue, alte Erkenntnis durchgesetzt hat und auch Gynäkologen wieder sorgfältig für die spontane Geburt bei einer Steißlage ausgebildet werden. Erfahrung in der Praxis ist gefragt und nicht länger der routinemäßige Griff zum Skalpell.

Nicht nur die physiologische Steißlage wurde zum Risikofaktor, der meistens in einem Kaiserschnitt mündete. Auch unzählige andere Faktoren hat man während den letzten Jahren in den geburtshilflichen Risikokatalog aufgenommen.

Seit 1975 sind die Risikofaktoren von 17 auf über 50 angestiegen, so dass heute ungefähr drei Viertel aller Schwangeren scheinbar irgendein Risiko aufweisen!

Die heutigen gynäkologischen Schwangerschaftsvorsorgen drehen sich also hauptsächlich um das Entdecken und Überwachen der vielen möglichen Risiken, die man mit Hilfe von schädigenden Ultraschalluntersuchungen und sonstigen zweifelhaften Pränataldiagnostiken in den Griff zu bekommen versucht.

Dabei entwickeln viele Frauen, die sich selbst über Wochen und Monate ängstlich als risikogefährdet wahrnehmen, Komplikationen, welche bei einer vertrauensvollen und unterstützenden Schwangerschaftsbegleitung, die den Kontakt von Mutter und Kind stärkt, gar nicht aufgetreten wären.

Leider kann man heute mit Risikopatientinnen und den vielen dazugehörigen

Untersuchungen sehr viel mehr Geld verdienen, als mit der einfachen Betreuung einer normalen Schwangerschaft und Geburt.

Zwei besonders verbreitete Geburtsrisiken hatten einen sehr großen Einfluss auf die ständig steigenden Kaiserschnittraten. Einmal das angeblich häufig auftretende Mißverhältnis zwischen der Beckengröße der Mutter und der Größe des kindlichen Kopfes.

Es kann zwar tatsächlich vorkommen, dass der Kopf des Babys zu groß für das mütterliche Becken ist, allerdings nur in seltenen Fällen. Heute müsste man indes aufgrund der Häufigkeit ärztlicher Intervention davon ausgehen, dass 40 Prozent aller Frauen angeblich ein zu enges Becken haben, da sie ihr Kind nicht ohne operativen Eingriff wie Kaiserschnitt oder Saugglocke gebären können.

Diese Annahme ist absurd. Nur weil es in der klinischen, von Technik und sogenannten Spezialisten geprägten Atmosphäre mit wechselnden Bezugspersonen und vielen Gebärenden nicht möglich ist, dass eine Mutter ihr Kind gut durch ihr Becken gebären kann, heißt das noch lange nicht, ein zu enges Becken oder ein zu großer kindlicher Kopf hätten daran Schuld.

Wir müssen endlich verstehen, dass die Geburt ein sehr sensibler und intimer Vorgang ist – sowohl physisch wie emotional –, bei dem jede unpersönliche Einmischung, die kontrolliert und überwacht äußerst störend wirken kann.

Bei einer guten Geburtshilfe haben wir die Grundbedürfnisse einer Gebärenden, die sich völlig für ihr Kind öffnen muss, zu kennen und zu respektieren. Deshalb sorgen wir mit liebevoller Begleitung, die nicht nach Schichtende wechselt, primär dafür, dass sich die Geburt in einer entspannten, geborgenen, vertrauten und angstfreien Umgebung vollzieht. T

technisch-medizinische Hilfsmittel gehören dezent in den Hintergrund, da sie die Gebärenden verunsichern und verängstigen. Sie werden eng und verzögern so den Geburtsprozess.

Besonders fatal wirkt sich die unter Geburtshelfern weit verbreitete Angst vor einem Sauerstoffmangel des Kindes während der Geburt aus. Weil man deshalb nämlich heute bei den meisten Gebärenden in den Kliniken stundenlang routinemäßig die kindlichen Herztöne mittels schädigendem Ultraschall (CTG) überwacht.

In England hat dieses technische Lieblingsspielzeug der Geburtsmedizin zu

einer Zunahme der Kaiserschnitttrate von 160 Prozent geführt. Denn seit man fast lückenlos mit Ultraschallwellen die Herzfrequenz des Kindes kontrolliert, stört man den Geburtsprozess massiv und rennt bei Herztönschwankungen voreilig in den Operationssaal, um das Kind zu retten.

Nach den Ergebnissen einer amerikanischen Studie sind fast alle Kaiserschnitte (99,8 Prozent), die aufgrund einer verdächtigen Herztonaufzeichnung gemacht werden, nachweislich unnötig. Trotzdem suggeriert man den Müttern fälschlicherweise, dass ihr Kind gerettet wurde, weil man es im Spital so gut überwacht hatte, während es bei einer Hausgeburt hätte sterben können.

Bemerkenswerterweise kommt bei den mit Kaiserschnitt „geretteten“ Babys ein ähnlich kleiner Anteil von ernsthaftem Sauerstoffmangel vor, wie bei spontan geborenen Kindern mit „schlechten“ Herztönen. Einen Unterschied gibt es zwar schon: Der Sauerstoffmangel nach einem Kaiserschnitt gilt als nicht zu verhindernder tragischer Fall – wohingegen der Sauerstoffmangel nach einer Spontangeburt als schwerer Kunstfehler angesehen wird.

So entscheiden sich viele Gynäkologen auch aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen viel zu schnell für einen Kaiserschnitt, obwohl wir davon ausgehen müssen, dass die Ursachen für einen schweren folgenreichen Sauerstoffmangel oft bereits schuldlos in der Schwangerschaft entstanden sind und nicht nur mit der Geburt in Verbindung gebracht werden können.

Kirsten Proppe, Hebamme und Mutter, lebt mit ihrer Familie bei Brienz in der Schweiz. Dort führt sie zusammen mit einer Kollegin eine Hebammenpraxis und bietet eine umfassende Hebammenbetreuung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an.

Ihre Aufgabe als Hebamme sieht sie darin, das Vertrauen in die Natur zu stärken und Frauen mit ihren Kindern und Partnern darin zu befähigen, sich in bewußter Zusammenarbeit auf den Geburtsprozeß einzulassen.

Bei The World Foundation for Natural Science leitet sie das Projekt Natürliche Geburt und klärt seit Jahren in Vorträgen über die negativen Auswirkungen einer angstbesetzten Geburtsmedizin auf und setzt sich für die natürliche Geburt und eine gesunde Entwicklung der Kinder ein.

Von Kirsten Proppe, Hebamme

Alternativhealing
Calle 53
Urbanizacion Marbella
0833 Panama City
Panama
eMail: alternativhealing(at)gmail(dot)com

PS:

Das dürfte Sie auch interessieren, wenn Sie betroffen sind, wenn Sie dazu neigen oder wenn Sie Jemanden in der Familie oder im Freundeskreis haben, der betroffen ist mit **[Herzinfarkt oder Schlaganfall](http://tinyurl.com/lap6e5)** oder dazu neigt:

<http://tinyurl.com/lap6e5>

PSS:

Das dürfte Sie auch interessieren, wenn Sie betroffen sind, wenn Sie dazu neigen oder wenn Sie Jemanden in der Familie oder im Freundeskreis haben, der betroffen ist mit **[Krebs](http://tinyurl.com/mw6fnf)** oder dazu neigt:

<http://tinyurl.com/mw6fnf>