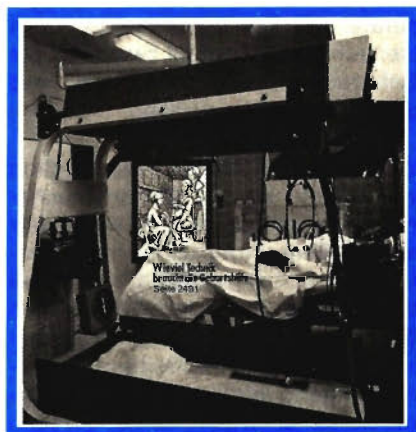


Geburtshilfe zwischen Technik und Humanität

Zum Beispiel: „Rooming-in“

Konstantin Martin



Es gibt wenige Lebensbereiche, in denen sich der technische Fortschritt so eindrucklich zur Geltung gebracht hat wie in der Medizin. Die Lebensdauer von Methoden medizinischer Diagnostik und Therapie wird immer kürzer. Neue Entdeckungen und neue Möglichkeiten verändern in immer rascher werdender Abfolge wissenschaftliche Erkenntnisse, aber auch praktische Erfahrungen. Mit dieser Entwicklung im medizinischen Bereich ist aber gleichzeitig eine Fülle von neuartigen Problemen erwachsen, und so ist der Fortschritt der Medizin in einem erheblichen Maße von Kritik begleitet. Dabei ist nicht die Kritik gemeint, die der Medizin als Wissenschaft gilt und auch nicht jene Kritik an der Medizin als Teil unseres Gesundheitswesens. Vielmehr gilt die Kritik der Art, wie die Medizin betrieben wird, wobei vielerorts von einer inhumanen Medizin gesprochen wird. Dabei wird in der Regel nicht der einzelne Arzt gemeint, sondern die gesamte Medizin, in deren Rahmen dann auch der einzelne Arzt seine Tätigkeit ausüben muß. Der Begriff der Inhumanität, also der Unmenschlichkeit, ist sicher unzutreffend und zu kraß formuliert. Aber ein gewisses „Defizit an Menschlichkeit“ wird man dem heutigen Medizinbetrieb nicht immer absprechen können.

Worin liegt nun dieses Vertrauensdefizit, welches der heutigen Medizin droht? Die naturwissenschaftlich orientierte Neuzeit hat die Welt gewandelt und entzaubert. Rationales Denken und zweckmäßiges Handeln sind an die Stelle demütiger Einordnung getreten, und die naturwissenschaftliche Revolution hat auch nicht vor der Medizin haltgemacht. Der Arzt ist in den Strudel des technischen Fortschrittes gerissen worden, und es droht ihm, etwas von dem verlorenzugehen, was in den vergangenen Jahren ihn zu einem Vertrauten machte, ja zu dem, was wir unter dem „Hausarzt“ im alten Sinne verstanden haben. Dieser

Freund der Familie, dieser Helfer bei jeder Krankheit und der sachverständige Ratgeber für alle Lebensfragen wird immer mehr in den Hintergrund gedrängt, und man wird seiner erst seit der Zeit bewußt, seitdem man sein Fehlen beklagt. So wird ein Arztbild geprägt, welches charakterisiert ist durch Sachlichkeit auf der einen Seite, aber Unpersönlichkeit auf der anderen Seite, wodurch das Gefühl der Geborgenheit verlorenzugehen droht.

Durch diesen Verlust der menschlichen Zuwendung ist auch die Bereitschaft zur Kommunikation und zum Gespräch eingeschränkt, zum Anhö-

ren dessen, was immer den Patienten bewegt und was ihm wichtig erscheint, und dies auch dann und gerade dann, wenn es nicht in einem direkten Zusammenhang mit seinem jetzigen Leiden steht. Das ärztliche Gespräch wird verdrängt durch stumme Analysen und mechanische Untersuchungen sowie den Einsatz komplizierter Apparate, wobei die Gefahr droht, daß der Mensch nicht als somatische und psychische Einheit gesehen wird, sondern die Aufmerksamkeit nur dem gestörten Organ gilt.

Diese Entwicklung wird durch vieles heutzutage gefördert. Bedenken wir, daß bei der Kassenabrechnung die Leistungen von Apparaten höher bewertet werden als die Leistungen von Menschen und für ein längeres Gespräch abrechnungstechnisch kaum Raum bleibt. In gleicher Weise wirkt sich sicher auch die Auswahl der heutigen Medizinstudenten infolge des Numerus clausus aus, wobei nicht mehr die Bereitschaft zum Engagement des einzelnen und seine menschliche Qualifikation gewertet werden, sondern nur seine überdurchschnittliche Lernfähigkeit. Auf diese Weise wird ein bestimmter Typ des Arztes ausgewählt, der vielleicht die technische Befähigung zur Ausübung seines Berufes mitbringt, jedoch nicht unbedingt die menschliche Wärme und den Idealismus, den der Patient bei ihm sucht und erwartet.

Die großen Erfolge der naturwissenschaftlichen Medizin haben nicht verhindert, daß der Mensch dem Krankenhaus mit Angst entgegensieht. Die allgemeine Publizistik trägt weiter dazu bei, diese Ängste zu vermehren und zu verstärken, indem sie das Vertrauensverhältnis zum Arzt zu zerstören droht. Die gigantischen Instrumente und der ungeheure apparative Aufwand demonstrieren die Abhängigkeit des Patienten überdeutlich. Er ist ausgeliefert an die schweigenden Geräte und an diejenigen, die mit ihnen umgehen können.

Die Entwicklung der Medizin ist heute an einem Punkt angelangt, an

dem elektronische Geräte nahezu allerorts eingesetzt werden, und es bahnt sich der Trend an, daß ein Verzicht darauf als Kunstfehler gilt, so daß der Arzt hierfür zur Rechenschaft gezogen wird. Er ist somit auch heute schon zum Sklaven der Technik geworden, und wir müssen uns rechtzeitig Gedanken machen, wie wir die Technik zwar einsetzen zum Wohle des Patienten, auf der anderen Seite aber doch das zu erhalten versuchen, was die Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient war, nämlich die persönliche Anteilnahme und den engagierten Einsatz, um wieder das Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln.

Geburtshilfe sicherer geworden

Auch an der Geburtshilfe ist dieser Trend in der Medizin nicht spurlos vorübergegangen. So hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Wandel vollzogen von der klassischen, expektativen, vor allem auf die Kräfte der Natur vertrauenden Geburtshilfe zu einer prospektiven, mehr aktiven Geburtsleitung, in der die exakte Information über den Zustand von Mutter und Kind und der gezielte Eingriff in die Dynamik des Geburtsablaufes Vorrang zu haben scheinen. Die ärztliche Entscheidung muß heute unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Einzelfaktoren sowie unter Einsatz komplizierter Untersuchungsmethoden und Geräte getroffen werden, wodurch die Geburtshilfe für alle unmittelbar Beteiligten nicht einfacher, jedoch sicherer geworden ist.

Atmosphäre der perfektionierten Intensiveinheit

Die Aufgaben und Ziele der Geburtshilfe haben sich im Laufe der Zeit nicht geändert. Als Maßstab für die Güte der geburtshilflichen Betreuung gelten unverändert die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind. Geändert haben sich lediglich die Methoden, mit denen wir versuchen, dieses Ziel zu erreichen. Orga-

nisatorische und technische Perfektion bergen dabei die Gefahr in sich, den psychomedizinischen Auftrag in der Geburtshilfe verkümmern zu lassen.

Die Geborgenheit, die die Hausgeburtshilfe vermitteln konnte, ist verlorengegangen, und es droht nun an ihre Stelle eine sterile Atmosphäre der perfektionierten Intensiveinheit in einer geburtshilflichen Abteilung zu treten. Bei allem Perfektionismus und bei aller sicher notwendigen apparativen Ausstattung darf das Natürliche an der Geburt nicht verlorengehen und auch die psychologische Geburtsführung nicht vernachlässigt werden, wobei gerade die Apparate uns Zeit geben sollten, den menschlichen Kontakt zwischen der Gebärenden, der Hebamme und dem Arzt zu intensivieren.

War die Geburtshilfe ursprünglich vorwiegend an der Geburtsmechanik orientiert, so war es Read, der auf die Bedeutung seelischer Faktoren bei Schwangerschaft und Geburt hinwies, und durch ihn haben die psychoprophylaktischen Aspekte der Geburtsvorbereitung breiteren Eingang in die akademische Geburtshilfe gefunden. In der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts führten biologische und technische Forschungsergebnisse die Geburtshilfe eher wiederum in umgekehrte Richtung. Wir befinden uns nun am Beginn einer weiteren Phase, nämlich der Rehumanisierung der technisierten Geburtshilfe.

Die technisierte Geburtshilfe hat die Angst vor Schmerz und vor Gefahr für Leben und Gesundheit gemindert, hat aber die diffuse Angst des Nichtgeborgenseins mit sich gebracht. Der Mangel an Geborgenheit liegt aber keineswegs an der apparativen Medizin an sich. Vorhandensein oder Mangel an zwischenmenschlicher Interaktion hängt vielmehr weitgehend von geistigen und weltanschaulichen Gegebenheiten ab. Hier spielt eine veränderte Arbeitsmoral im pflegerischen und ärztlichen Bereich, aber auch die immer kürzer werdende Arbeitszeit eine Rolle, in der kaum noch eine

Möglichkeit der Interaktion zwischen Patient und Pflegendem möglich ist.

Die technisierte Geburtshilfe ist durchaus in der Lage, den naturwissenschaftlich und forschungsorientierten Arzt zu befriedigen. Aber vielleicht verspürt er, daß er sich einem Teil seiner ärztlichen Aufgabe entfremdet, wenn er sich der technisierten Geburtshilfe zuwendet und Geburtsmediziner im naturwissenschaftlichen Sinne ist, ohne den psychomedizinischen Auftrag gerade in der Geburtshilfe zu erfassen und in die Tat umzusetzen. So befindet sich der Arzt in einem Rollenkonflikt, und es geht heute in der Geburtshilfe um die Kunst, Psychologie und Technik zu einer fruchtbaren Symbiose zu vereinen, um dadurch eine humanere und familiengerechtere Geburtshilfe zu ermöglichen.

Geburtsvorbereitung

Am Anfang einer Humanisierung der Geburtshilfe steht das ärztliche Gespräch während der Schwangerschaftsbetreuung. Ihm kommt eine große präventive Bedeutung zu. In der Sprechstunde, in der es zunächst um den somatischen Befund geht, sollte aber auch das psychische Erleben der Frau in die ärztlichen Überlegungen einbezogen werden, um ihr eine Hilfestellung bei der Anpassung an die neue Situation zu gewähren. Der Arzt sollte Zeit finden, der Frau ein Gespräch zu ermöglichen, in dem sie vielleicht die zwiespältige Einstellung zu Schwangerschaft, Kind oder Ehemann aussprechen kann. In der modernen Geburtshilfe findet die sogenannte Risikoschwangerschaft mit Recht besondere Aufmerksamkeit.

Man sollte sich jedoch daran gewöhnen, auch von einer psychologischen Risikoschwangerschaft zu sprechen, wie es Molinski fordert. Wenn die Frau nach langen Überlegungen von einer Abtreibung Abstand genommen hat, wenn häusliche und familiäre Sorgen sie drücken, wenn berufliche oder finanziel-

le Schwierigkeiten drohen, dann liegt eine psychologische Risikoschwangerschaft vor, und die Frau bedarf einer besonderen psychologischen Hilfe. Dies um so mehr, als wir wissen, daß auch soziale und psychische Konflikte nicht nur Eingang finden in das Allgemeinbefinden der Mutter, sondern auch in die Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken beim Kind.

Die unvorbereitete Frau hat Angst vor der Geburt, sie hat Angst vor dem Unbekannten – vielleicht bedingt dadurch, was sie vorher an Negativem über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfahren hat. Aufgabe der psychoprophylaktischen Geburtsvorbereitung ist es daher, der Schwangeren diese Angst vor dem Unbekannten zu nehmen, auf ihre ganz individuellen Fragen einzugehen und ihr das Wissen und das beruhigende Gefühl zu vermitteln, daß jederzeit Mittel und Wege zur Verfügung stehen, ihr zu helfen. Die psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung ist keine leichte Sache. Sie ist auch zeitaufwendig und bedarf des persönlichen Kontaktes zwischen Arzt und Schwangerer und ist somit nicht zu ersetzen durch Videorecorder und Filme.

Viele Frauen geben sich nicht mehr damit zufrieden, nur passiv an den Veränderungen in der Schwangerschaft teilzunehmen. Sie wollen nicht nur wissen, was mit ihrem Körper vorgeht, sondern auch, wie sie den Anforderungen von Schwangerschaft und Geburt gerecht werden können. Dabei nimmt die Zahl der selbstbewußten Frauen zu, die nicht mehr akzeptieren, in eine passive und unmündige Rolle während der Schwangerschaft und unter der Geburt gedrängt zu werden und statt dessen sogar in die ärztliche Entscheidung bei einer etwaigen Risikoabwägung einbezogen zu werden wünschen. Um so dringlicher ist also die Forderung, daß jederzeit ein orientierendes und aufklärendes Gespräch in der Schwangerschaft möglich sein muß.

Eine gut vorbereitete Mutter soll eine positive Einstellung zu Schwanger-

erschaft und Geburt haben, sie soll informiert sein, wodurch ihr die Angst vor dem Unbekannten genommen wird, und sie soll Vertrauen zu dem geburtshilflichen Team haben, welches Menschlichkeit mit sachlicher Kompetenz vereinigen sollte.

Geburt

Für die Betreuung der Frau unter der Geburt ist die Hebamme die entscheidende Schlüsselfigur. Denn wie viele Ärzte haben jemals einer Gebärenden vom Einsetzen der Wehen bis zum Ende der Entbindung zur Seite gestanden? Entscheidend sind schon der erste Eindruck beim Betreten des Kreißaales und die Vorbereitungen zur Geburt. Ein Wort, ein Blick oder eine Geste von Arzt oder Hebamme können Zweifel und Ängste erwecken, welche alle vorherigen geburtsvorbereitenden Maßnahmen zunichte machen, und im Handumdrehen kann aus einer positiven Einstellung zur Geburt eine Konfliktsituation voller Beschwerden, Enttäuschungen und Mißtrauen entstehen.

Wo aber ist der Hinweis auf das Eingehen auf die Psyche der Kreißenden im akademischen Lehrplan oder im Unterrichtsstoff der Hebammenschulen zu finden? Sollte nicht bei aller Liebe für das Detail in dem Unterricht der Studenten und Hebammenschülerinnen, was die Physiologie und Pathophysiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett anbelangt, das Augenmerk auch auf diese Dinge gerichtet sein, die wir in dem durch Routine geprägten Tagesablauf nur allzu wenig beachten?

Geduld und Ruhe sollen die Kreißaalatmosphäre kennzeichnen. Hier ist kein Raum für Hast und Hetze, und für jemand, der entspannen will, ist nichts so störend wie Lärm und Betriebsamkeit. Hinzu kommt die persönliche Anteilnahme von Arzt und Hebamme und ihre ungeteilte Aufmerksamkeit. Die Kreißende muß das Gefühl haben, daß jemand in der Nähe ist, der Bescheid weiß und den sie jederzeit um Rat und Hilfe bitten

Geburtshilfe zwischen Technik und Humanität

kann. Wie bei jedem Krankenhaus-aufenthalt können Einsamkeit und Ungewißheit zur Qual werden.

Wenn die Kreißende die Hand nach dem Geburtshelfer oder der Hebamme ausstreckt und den fragenden Blick zu ihnen erhebt, wie oft können dann Gesellschaft und verständnisvolle, anschauliche Unterweisung die Angst und innere Unruhe verdrängen, wie oft aber greifen Arzt und Hebamme zu Medikamenten und Betäubungsmitteln, weil das das einzige ist, was sie anzubieten gelernt haben.

Aus dem Wissen um dieses Defizit an persönlicher Hinwendung und der vielleicht unbewußten Überbetonung der Technisierung in der Geburtshilfe wird immer mehr der Ruf nach der sogenannten „natürlichen Geburt“ laut. Aber was ist eine natürliche Geburt?

Eine natürliche Geburt soll eine angstfreie, vorbereitete, entspannte Geburt sein, wobei Kreißende und Geburtshelfer den natürlichen Kräften der Natur vertrauen sollten unter Einsatz aller Möglichkeiten, die Geburt zu einem positiven Erlebnis werden zu lassen. Dabei sollten die modernen Methoden der geburts-hilflichen Überwachung und der Schmerz-erleichterung nicht ausgeschlossen sein, sondern sie sollen ergänzend dazu dienen, dieses Ziel zu erreichen. Der Ruf nach der natürlichen Geburt soll keine Verleugnung aller Leistungen der modernen Geburtshilfe darstellen und auch keinen Kult, da hierdurch sicher mehr Schaden angerichtet werden kann als Nutzen zu erwarten ist.

In dieser Richtung sind auch die Äußerungen einiger Geburtshelfer in neuerer Zeit kritisch zu betrachten, die das Wohlbefinden der Schwangeren und Kreißenden in der Klinik für wichtiger erachten als Monitoren und die der Ansicht sind, daß eine natürliche Geburt und ein natürliches Wochenbett ohne Konflikte mehr zum Rückgang der perinatalen Mortalität beitragen können als die modernen Überwachungsmethoden in der perinatalen Medizin.

Abgesehen davon, daß man den Beweis dieser Behauptung bisher unter streng wissenschaftlichen Kriterien schuldig blieb, wird hier eine Unsicherheit geschaffen, zumal die derzeitige geburtshilfliche Szene ohnehin sehr stark von extremen Standpunkten beeinflußt wird. Nicht nur die Ablehnung jeglicher apparativer Überwachung, sondern auch der Standpunkt, die apparative Überwachung nur bei entsprechender Indikation einzusetzen, ist in Frage zu stellen.

Jeder erfahrene Geburtshelfer weiß, welch wertvolle Hilfe die kontinuierliche intrauterine Überwachung für die Früherkennung kindlicher Gefahren bietet. Außerdem muß in diesem Zusammenhang auf die forensische Seite hingewiesen werden, da jeder Gutachter heute eine lückenlose intrauterine Überwachung unter Einsatz aller modernen Überwachungsmethoden für die Beurteilung der geburtshilflichen Maßnahmen fordern wird, sollte es trotz aller unserer Bemühungen zu einer Beeinträchtigung des Kindes kommen. Würde eine der heute allgemein üblichen modernen Überwachungsmethoden nicht durchgeführt, so ist der Vorwurf eines Kunstfehlers kaum aus dem Wege zu räumen.

Manche fordern im Zusammenhang mit einer Rehumanisierung der Geburtshilfe die Wiedereinführung der Hausgeburt. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Geburtshilfe nur allzu oft Notfallmedizin ist, und zwar dadurch, daß unter der Geburt unerwartete Risiken eintreten können. Eine Rückkehr zur Hausgeburt würde also eine Rückkehr zum erhöhten Risiko für Mutter und Kind bedeuten. Es sollte vielmehr der Versuch unternommen werden, die positiven Elemente der Hausgeburt mit denen der Klinikentbindung zu vereinen.

Programmierte Geburt

Fordern einige die Rückkehr zur völlig natürlichen Geburt ohne Einsatz irgendwelcher Hilfsmittel, so treten andere für das Programmieren der

Geburt ein, um deren Ablauf unter optimalen organisatorischen Bedingungen und unter Einsatz aller technischen Möglichkeiten überwachen zu können. Die programmierte Geburt ist umstritten, scheint sie doch die Spannung zwischen biomedizinischer Technik und dem emotionalen Erlebnis der Kreißenden zu verstärken. Dabei ergibt sich die Frage, ob ein so ausbalancierter physiologischer Vorgang wie der Geburtsbeginn ohne zwingenden medizinischen Grund manipuliert werden darf. Das Verfahren der programmierten Geburt bringt zumindest eine Reihe potentieller Risiken mit sich, gegen die die Vorteile abgewogen werden müssen.

Zwar ist unbestritten, daß es Vorteile der programmierten Geburt im organisatorischen Bereich gibt. Aber ist es vertretbar, daß man ein Risiko durch eine Programmierung auf sich nimmt, um damit organisatorischen Mängeln abzuwehren, statt diese organisatorischen Mängel zu beheben und damit der Geburt einen natürlichen Ablauf zu ermöglichen? Programmieren darf nicht zu einem Alibi für eine unzureichende personelle Besetzung geburtshilflicher Abteilungen oder für andere Sparmaßnahmen werden, umgekehrt sollten auch personelle Engpässe nicht zu unkritischem Programmieren veranlassen.

Hinzu kommt, daß wir die psychologische Seite der Programmierung beachten müssen. Manche Frauen bringen ihr, wie Wulf sagt, ein tiefes Mißtrauen entgegen und sehen die Programmierung als einen unnatürlichen Vorgang an, der sie in eine passive Rolle drängt, und sie fühlen sich damit betrogen um das aktive Erleben einer natürlichen Geburt.

Dem steht gegenüber die reduzierte Erwartungsangst vor dem überraschenden Geburtsbeginn, die häusliche Vorsorge kann erleichtert werden, die Anwesenheit des Ehemannes vorgeplant, und es besteht eher die Möglichkeit, sich einen entsprechenden Arzt und eine entsprechende Hebamme für die Entbindung auszuwählen. ▶

Sicher ist auch zu berücksichtigen, daß auf Grund von Statistiken an Wochenenden und Feiertagen bei niedrigster Geburtenziffer die perinatale Mortalität am höchsten ist, bedingt durch eine personelle Unterbesetzung und das Unvermögen, wichtige Laboruntersuchungen durchführen zu können. Lebensqualität und Wochenendfreizeit drohen somit zu Lasten der Überlebensqualität der Neugeborenen zu gehen!

Welche Möglichkeiten haben wir nun im Krankenhaus, die Geburt und das Wochenbett humaner und familiengerechter zu gestalten? Eine Möglichkeit sehen wir in der Anwesenheit des Ehemannes bei der Geburt. Wie wir aus den geburtsvorbereitenden Kursen und den Erfahrungen in der Klinik in der letzten Zeit sehen, zeigt die junge Generation zunehmend den Drang, Schwangerschaft und Geburt als eine gemeinsame Aufgabe zu erleben, so daß der Wunsch nach Anwesenheit des Vaters bei der Geburt immer häufiger geäußert wird. Zu dem geburtshilflichen Team von Ärzten und Hebammen ist jetzt auch der ausgebildete und interessierte Vater getreten. Auch das medizinisch geschulte Personal kann nicht die Intimität und das Glücksgefühl des gemeinsamen Geburtserlebnisses ersetzen, das durch die Anwesenheit eines vorbereiteten Ehemannes bei der Geburt vermittelt wird. Im Krankenhaus soll der begleitende Ehemann physischen und psychischen Beistand leisten, und bei einigen geburtsvorbereitenden Maßnahmen, wie etwa der nach Lamaze, stellt er einen festen Bestandteil des Geburtskonzeptes dar.

Gegen die Anwesenheit des Ehemannes sprach bisher neben den traditionellen Vorurteilen die räumliche und personelle Situation an vielen Kliniken. Zum anderen ist sicher die Scheu vor der mißtrauischen Beobachtung und Mißdeutung geburtshilflicher Vorgänge und Eingriffe ein Grund für das Ablehnen seiner Anwesenheit. Auf der anderen Seite ist jedoch die Öffnung des Kreißsaales für den Ehemann durchaus dazu angetan, etwaige Mißtrau-

ensschränken abzubauen. Durch seine Anwesenheit bei der Geburt haben wir die Möglichkeit, der Kreißenden eine Vertrauensperson zur Seite zu geben, die zumindest etwas von der Geborgenheit der Hausgeburtshilfe vermitteln kann.

Unserer Meinung nach kann heute eine psychisch-medizinisch orientierte Geburtshilfe nicht mehr an der Frage vorbeigehen, ob der Ehemann bei der Geburt anwesend sein darf. Gewiß muß er eine große Zahl verschiedener Eindrücke verarbeiten, aber die Erfahrung lehrt, daß er durchaus in der Lage ist, das Geburtserlebnis positiv zu bewerten. In der Regel führt das gemeinsame Erleben der Geburt zu einer festeren Verbindung und zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und auch zu einer innigeren Beziehung zum Kind. Wir können die Beobachtungen von Noack bestätigen, daß die Mehrzahl der Ehemänner die Anwesenheit bei der Geburt als positives Erlebnis empfunden haben, welches sich darin äußert, daß 86 Prozent wieder bei einer Entbindung teilnehmen würden. Nur ein Prozent berichteten über negative Eindrücke.

Es muß stets der Wunsch sowohl der werdenden Mutter als auch des Ehemannes respektiert werden. Mit Zurückhaltung ist jedoch der Trend zu bewerten, der sich in Amerika anzubahnen scheint, nämlich die ganze Familie in das Geburtserlebnis mit einzubeziehen. Hier können nicht nur der Vater, sondern auch die älteren Kinder an der Geburt teilnehmen, und die Geburt kann zum Teil eigenhändig vom Vater vorgenommen werden, wie aus einer Klinik in Pennsylvania berichtet wird.

„Rooming-in“

Eine weitere Möglichkeit, ein positives Element der Hausgeburtshilfe in die Klinikentbindung zu integrieren, sehen wir im „Rooming-in“. Bisher mangelte es im allgemeinen an der Vorbereitung der Frau auf die Zeit nach der Entbindung. So bedeutet es eine dramatische Veränderung in der Welt der Frau, wenn sie die Zu-

flucht der Klinik mit ihrem Neugeborenen verläßt und nun plötzlich die Bedürfnisse zweier Individuen befriedigen muß. Bei der bisherigen Organisationsform in den geburtshilflichen Kliniken mit Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt hatte die junge Mutter meist keine Gelegenheit, ihr Kind kennenzulernen und sich auf die Aufgaben nach der Klinikentlassung entsprechend vorzubereiten. Auf der anderen Seite muß man auch zugeben, daß das Interesse am Neugeborenen nur so weit bestand, als von der Norm abweichende Zeichen beobachtet wurden. Boehncke sprach in diesem Zusammenhang von einer Vernachlässigung des unauffälligen Neugeborenen.

Nur allzu lange herrschte die Vorstellung, daß das Neugeborene nach der Geburt ein Reflexwesen sei, das keinerlei sinnvolle Sinneseindrücke aus seiner Umwelt empfängt, geschweige denn verarbeitet oder beantwortet. Sicher ist richtig, daß menschliche Säuglinge einen langen Weg bis zur Selbständigkeit haben, und es gibt kaum ein anderes Lebewesen, welches so lange hilflos und abhängig bleibt wie der Mensch. Die biologische und psychische Geburt des Menschen fallen zeitlich nicht zusammen. Die erstere ist ein dramatisches, beobachtbares und genau umrissenes Ereignis, die zweite ein sich langsam entfaltender Prozeß.

In den ersten Lebenswochen ist das Kind hilflos, schutzlos und verwundbar. Dennoch steht ihm in seinem Schreien ein Signalsystem von enormer Kraft zur Verfügung, ein Meldeapparat, mit dem es auf Menschen seiner Umgebung unmittelbar Einfluß nehmen kann. Dazu ist aber die ständige Anwesenheit einer Kontaktperson erforderlich, damit dieses Signalsystem auch von beiden Partnern rasch erlernt werden kann. In den Wochen nach der Geburt lernen meistens die Mütter die verschiedenen Formen des Schreiens und Weinens auseinanderzuhalten, und das Baby seinerseits lernt in dieser Periode rasch, die Reaktion der Mutter vorauszusehen. Auf der Basis

Geburtshilfe zwischen Technik und Humanität

der Befriedigung biologischer Bedürfnisse des Kindes müssen Mutter und Kind ihren eigenen, einander angepaßten Rhythmus finden, und die Mutter-Kind-Beziehung in dieser Zeit ist besonders getragen von der Freude und von den mütterlichen Erfolgserlebnissen nach richtiger Interpretation und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse.

Auf Grund dieser Erkenntnisse haben wir an unserer Klinik vor einigen Jahren das „Rooming-in“ eingeführt, und auf Grund unserer Erfahrungen mit nahezu 4000 Wochenbettverläufen haben sich folgende Vorteile des „Rooming-in“ herausgestellt:

1. Die depressive Phase bei der Wöchnerin ist nur noch selten und weniger ausgeprägt zu beobachten

In einer Studie von MacFarlane traten Depressionen bei Klinikentbindungen in 60 Prozent gegenüber 16 Prozent bei Hausentbindungen auf. Befindet sich das Neugeborene bei der Mutter, so wird der physische Zustand der Erschöpfung nach der Geburt voll kompensiert durch die psychische Komponente des Glücksgefühls. Genau diesen Schwung zugunsten der mütterlichen Genesung auszunutzen ist ein sehr wichtiger psychophysischer Aspekt des „Rooming-in“.

2. Es kommt zu einer Intensivierung der Mutter-Kind-Beziehung

Wie bereits ausgeführt, sind die ersten Lebenstage für die Mutter-Kind-Beziehung und die spätere Entwicklung des Kindes von grundlegender Bedeutung. In dieser „ersten, sensiblen Phase“ werden Mutter und Kind gemeinsam geprägt. Dadurch wird nicht nur die körperliche Entwicklung gefördert, sondern das „Urvertrauen“ zur Mutter als erster Bezugsperson für das spätere Leben entwickelt. Die Verhaltenspsychologen weisen immer wieder darauf hin, wie entscheidend wichtig die er-

sten Lebenstage nach der Geburt für die Interaktion von Mutter und Kind sind, eine Tatsache, die von den meisten Geburtshelfern und Pädiatern bisher kaum beachtet wurde.

3. Das „Rooming-in“ verschafft der Mutter Sicherheit im Umgang mit ihrem Kind

Im Wochenbett hat die Mutter die Möglichkeit, die Säuglingspflege am eigenen Kind und zugeschnitten auf das eigene Kind zu erlernen und zu üben. Zu Hause sind die Eltern dann allein verantwortlich für das Gedeihen des Kindes, und sie erleben einen Bruch von der allumfassenden Versorgung im Krankenhaus zur dauernd geforderten Tätigkeit und Alleinverantwortung. Hatte die Mutter ihr Kind im Krankenhaus bei sich, so bedeutet die Klinikentlassung kaum eine Umstellung und erfolgt meist unproblematisch.

4. Auch die Vater-Kind-Beziehung wird intensiviert

Die alte Behauptung, daß der Vater von Natur aus mit dem Neugeborenen kaum etwas anfangen kann, ist sicher nur ein Vorurteil. Vielmehr sollten die ersten, bei der Geburt zart geknüpften Bande zwischen Vater und Kind im Wochenbett in der Klinik nicht abreißen, wodurch der Vater als gleichberechtigter und gleichverantwortlicher Partner der Mutter die entsprechende Sicherheit im Umgang mit seinem Kind erhält.

5. Es kommt zu einer Intensivierung der Stillfähigkeit und Stillfreudigkeit

Eine ungenügende Stillfähigkeit ist in den seltensten Fällen ein konstitutionelles Problem. Es handelt sich meistens um einen Komplex psychischer und physischer Faktoren. Dabei spielt die Einstellung des Klinikpersonals zum Stillen eine wesentliche Rolle. Durch das Stillen nach festgelegter Stillzeit wird der unter-

schiedliche Lebensrhythmus des Kindes mißachtet und auch der Wechsel von Schlaf- und Nahrungsbedürfnis. Da die Mutter ihr Kind beim „Rooming-in“ ständig bei sich hat, ist es nicht notwendig, dem Nahrungsbedürfnis des Kindes nach einem festen Stundenplan nachzukommen. Verfährt man nach diesem „self demand feeding“, so spielt sich ein Rhythmus beim Kind ein, der seinen natürlichen Bedürfnissen angepaßt ist. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß nach dem Einführen des „Rooming-in“ die Stillfreudigkeit deutlich zugenommen hat. Haben in der „Rooming-out“-Ära nur 40 Prozent der Wöchnerinnen ihr Kind gestillt, so erhöhte sich die Zahl nach Einführung des „Rooming-in“ auf über 80 Prozent.

6. Es kam zu einem Rückgang der Säuglingsinfektionen

Man ist sich heute allgemein einig darüber, daß sich Infektionskrankheiten leichter ausbreiten, wenn die Kinder in relativ großer Zahl in einem zentralen Kinderzimmer untergebracht sind. Auf Grund der Untersuchungen von Kloostermann bei über 50 000 Neugeborenen ergab sich, daß die Kinder aus den „Rooming-in“-Einheiten wesentlich weniger Infekte aufwiesen, eine Beobachtung, die wir ebenfalls bestätigen konnten.

Wir sind seit einiger Zeit auch dazu übergegangen, den frühen Kontakt zwischen den Geschwistern und dem Neugeborenen zu ermöglichen, da er dazu beiträgt, den neuen Erdenbürger rascher in die Familie zu integrieren, und zu vermeiden hilft, daß Eifersucht und Aggressionen bei den älteren Geschwistern aufgebaut werden.

Die Einbeziehung all dieser Gesichtspunkte in die moderne Geburtshilfe soll nicht das Gefühl erwecken, daß hier einem Modetrend eines „Zurück zur Natur“ das Wort geredet werden soll. Vielmehr sollen diese auch in der modernen Klinikgeburtshilfe leicht zu verwirklichenden Maßnahmen dazu beitragen, die

Geburtshilfe wieder persönlicher und humaner werden zu lassen. Die Technik soll dabei nicht verdammt werden, sondern den ihr gebührenden Stellenwert erhalten mit aller Achtung und Dankbarkeit gegenüber den Errungenschaften der modernen Medizin.

Schwangerschaft und Geburt sollen nicht als programmierbarer, technisch perfekter Vorgang angesehen werden und Komplikationen als eine technische Störung, sondern als ein sich immer erneut wiederholendes Wunder, welches sich zwar mit technischen Mitteln überwachen, aber letztendlich trotz aller Perfektion nicht beherrschen läßt.

(Nach einem Vortrag, gehalten vor der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und der Südschwedischen Gesellschaft für Gynäkologie in Kiel.)

Literatur

- (1) Boehncke, H., u. J. Gerhard: Die Vernachlässigung des unauffälligen Neugeborenen. *Kinderarzt* 8, 35–42 (1977) – (2) Kloostermann, G. J.: Persönliche Mitteilung – (3) Lamaze, F.: *Q'est-ce que l'accouchement sans douleur par la méthode psychoprophylactique. Ses principes, sa réalisation, ses résultats.* Paris, 1956 – (4) MacFarlane, A.: Die Geburt. Klett-Cotta, 1978 – (5) Martin, K., u. R. Zerrahn: Ein Jahr Erfahrung mit dem generellen „Rooming-in“. *Arch. Gyn.* 228, 50 (1979) – (6) Molinski, H.: Psychologische Probleme in der modernen Geburtshilfe. *Arch. Gyn.* 228, 33–41 (1979) – (7) Noack, H., H. Atai u. Ch. Czregorzewski: Probleme der Kliniksg Geburt mit Ehemann. *Med. Klin.* 72, 2063–2066 (1977) – (8) Read, G.: *Natural Childbirth.* Heinemann, London, 1933 – (9) Schweissheimer, W.: Der Vater als Geburtshelfer für sein eigenes Kind. *Frauenarzt* 19, 178–180 (1978) – (10) Wulf, K. H.: Die programmierte Geburt. *Arch. Gyn.* 228, 57–66 (1979)

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Konstantin Martin
Chefarzt der Frauenklinik des
Allgemeinen Krankenhauses
Barmbeck
Rübenkamp 148
2000 Hamburg 60

Der katholische Arzt heute

Sein Wissen und Gewissen
in der modernen wissenschaftlichen Medizin

Hannes Sauter-Servaes

Mit dem Arztbild beschäftigte sich der 4. Kongreß der Europäischen Föderation der Vereinigungen Katholischer Ärzte, der vom 14. bis 17. Mai 1980 in Brüssel stattfand. Der christliche Arzt will Mahner sein, der Entwicklung zur Unmenschlichkeit Einhalt zu gebieten und das Gewissen aller aufzurütteln, sich um ein rechtes Bild vom Menschen zu bemühen. Das ewig alte, aber nie veraltende Arztbild des Samariters in der Bibel ist verbindlich für den christlichen Arzt und sollte auch Richtschnur sein für Ärzte jeder anderen Weltanschauung. Die menschliche Person muß von der Empfängnis bis zum Tod respektiert werden.

Wo haben Ärzte je noch „Vorfahrt“ in Europa und in der öffentlichen Meinung? Solches geschah in Brüssel anläßlich des Kongresses der Europäischen Föderation der Vereinigungen katholischer Ärzte (FE-AMC) dessen Schutzherrschaft Königin Fabiola übernommen hatte. Die Königin, die ihr Interesse für die Thematik durch ihre Präsenz bei einigen wichtigen Vorträgen dokumentierte, hatte dem Kongreß-Ausflug nach Gent und Brügge ihre Polizei-Eskorte zur Verfügung gestellt. Die Ärzte-Omnibusse hatten damit grünes Licht. Vorrangige Beachtung in der medizinischen Welt und in der öffentlichen Meinung verdiente auch die Thematik dieses Kongresses, der in 21 Vorträgen einem Auditorium von über 300 Ärzten aus acht europäischen und überseeischen Ländern einige der aktuellsten Probleme der modernen Medizin behandelte.

Vision: Totaler Gesundheitsstaat

Vor etwa 30 Jahren hat eine „Weltwirtschaftliche Vorschau auf das Jahr 2000“ die Möglichkeit erwogen, daß bis zum Ende dieses Jahrhun-

derts die Gesundheit zum Staatsprinzip Nummer eins erhoben werden könnte, womit in einer künftigen Weltföderation die höchsten administrativen Befugnisse in den Händen von Ärzten liegen würden. Ein Reisepaß wird entbehrlich, dagegen unentbehrlich ein Gesundheitspaß als Erweis der Tauglichkeit und Unbedenklichkeit in gesundheitspolitischer Hinsicht. Gegenüber dem totalen Gesundheitsstaat gibt es nur noch die Alternative des „Laissez faire“, und die Menschlichkeit erschiene für die totale Gesundheitsverwaltung nur dann erreichbar, wenn eine christliche Lehre vom Menschen als allgemeinverbindlich erkannt würde. Einstweilen sieht es jedoch so aus, daß in einer künftig möglichen Medizinhierarchie eines Weltstaates der „ideale“ Arzt und der Antichrist als pseudobarmherzige Menschenfreunde figurieren werden.

Diese Vorschau erinnert fatal an die Zukunftsvisionen Orwells, deren Datierung in beachtliche Nähe gerückt ist. Schon die Möglichkeit einer solchen Entwicklung zur Unmenschlichkeit ruft das Gewissen aller auf den Plan, die sich um ein rechtes