



Samstag, 25. August 2018, 13:00 Uhr
~30 Minuten Lesezeit

Die traumatisierte Gesellschaft

Die moderne Medizin beschädigt unsere Seelen.

von Birgit Assel
Foto: rawf8/Shutterstock.com

Nie ist die menschliche Psyche verwundbarer als in den Stunden während und unmittelbar nach der Geburt. Weichen, die hier zum Guten oder Schlechten gestellt werden, können den gesamten Lebensweg eines Menschen beeinflussen. Umso schlimmer, wenn Ärzte in der entscheidenden Phase achtlos mit Mutter und Kind umgehen, wenn die Technologiegläubigkeit und der Ökonomismus unserer Zeit den Geburtsvorgang bestimmen. Selbst Gewalt gegen Gebärende im Namen ärztlicher Autorität ist in „modernen“ Kliniken keine Seltenheit.

Für die meisten Menschen beginnt ihr Leben erst nach der Geburt. Die ersten Geschichten über uns hören wir von unseren Eltern: Wie sie unsere Geburt erlebt haben, über ihre Erfahrungen mit uns als Babys. Oft gibt es dazu Fotos von den ersten Tagen nach der Geburt und unseren ersten Lebensjahren.

Heute gibt es professionelle Fotografen, die noch im Krankenhaus die neugeborenen kleinen Menschen in Szene setzen. Auch in meinem Wohnraum hängt ein großes Bild, auf dem meine beiden Enkel, es sind Zwillinge, wenige Stunden nach ihrer Geburt zu sehen sind.

Und dank der neuesten Ultraschallgeräte gibt es sogar vorgeburtliche Bilder, auf denen schon im Mutterleib die kleinen Händchen und Gesichter des Nachwuchses sehr genau zu erkennen sind.

Doch zurück zu den Geschichten, die uns über uns und unsere Geburt erzählt werden, vielleicht sogar darüber, wie unsere Mutter die Schwangerschaft mit uns erlebt hat: Es sind alles fremde Geschichten, die mit unserem eigenen Erleben wenig zu tun haben.

Wir selbst haben keine bewussten Erinnerungen an unsere Zeit im Mutterbauch, von unserer Geburt und unseren ersten Lebensjahren. Wir wissen aber heute aus der biologischen Zellforschung, dass es ein implizites Gedächtnis gibt, das heißt in unseren Zellen alle unsere Erfahrungen, die wir jemals in unserem Leben gemacht haben, gespeichert sind – auch unsere vorgeburtlichen Erfahrungen.

Was wir nicht wissen - oder nicht wahrhaben wollen -, die vorgeburtlichen Erfahrungen beeinflussen unser ganzes Leben. Würde dieses Wissen endlich in die Köpfe der Menschen einziehen, müssten wir die kompletten

Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und auch die üblichen Geburtspraktiken in den Entbindungskliniken auf den Kopf stellen – und zwar rigoros.

Die Frage ist, warum passiert das nicht? Dieses Wissen ist heute überall zugänglich, doch wir hören oder lesen nur wenig darüber (<https://www.sein.de/vorgeburtliche-praegung-wie-wichtig-ist-die-zeit-vor-der-geburt>).

Was die heutigen Babys im Mutterbauch erleben, ist die totale Kontrolle ihrer Entwicklung. Dass dies so ist, verdanken wir der sich immer weiter entwickelnden Technik, aber auch einer gewissen Politik rund um Schwangerschaft und Geburt: Alles Natürliche wird sukzessive abgebaut, verhindert und immer mehr verunmöglicht. Die Schwangerschaft und die Geburt werden immer mehr von der Geburtsmedizin kontrolliert. Werdende Mütter und ihre Babys sind dabei auch Forschungsobjekte einer Pränatalmedizin, die nicht zum Schutz für ungeborenes Leben eingesetzt wird, sondern mit dem Ziel, irgendwann einmal Designer-Kinder „produzieren“ zu können. Siehe auch hier

(<https://www.welt.de/gesundheit/article167119115/Das-Designer-Baby-ist-nur-noch-eine-Frage-der-Zeit.html>) und hier (<https://www.ardmediathek.de/tv/W-wie-Wissen/Die-Suche-nach-der-Grenze-Kommt-das-Des/Das-Erste/Video?bcastId=427262&documentId=48085046>).

Vor kurzem erschien ein Artikel von mir mit der Überschrift „Die Untertanenfabrik“ (<https://www.rubikon.news/artikel/die-untertanenfabrik>). Nicht nur Kindertagesstätten und Schulen gehören zu dieser Untertanenfabrik, nein, auch die „Geburtsfabriken“ gehören dazu. Die Hebammen werden gnadenlos aussortiert – sie stören den Ablauf und sind Sand im Getriebe. Die Vorsorgeuntersuchungen und die Geburt sind fest in ärztlicher Hand und die Klinikhebammen haben sich der Ärzteschaft

unterzuordnen.

Hausgeburtshebammen müssen horrenden Haftungsgebühren zahlen, so dass sich ihr Beruf finanziell nicht mehr lohnt, zudem stehen sie immer mit einem Bein im Gefängnis. Die Zahl der Schnittgeburten steigt drastisch, in Deutschland ist jede 3. Geburt ein Kaiserschnitt. Das Wissen um eine natürliche Geburt geht mehr und mehr verloren.

Viele Frauen und viele Kinder werden um die wichtigste Erfahrung in ihrem Leben betrogen: den ersten intensiven Körperkontakt; um die erste große Liebe, die entsteht, wenn Mutter und Kind sich zum ersten Mal in die Augen schauen.

Bleibt diese erste Bindungserfahrung aus, fehlt etwas Wesentliches in unserem Leben, nachdem wir immer suchen werden.

Ob das politisch so gewollt ist, kann ich nicht beweisen, doch ich weiß, dass es dem herrschenden kapitalistischen System dient.

Menschen, denen die erste wichtige Bindungsphase vorenthalten wird, sind ständig auf der Suche nach Ersatzbefriedigungen. Sie sind die besseren Konsumenten.

Deswegen ist so wichtig, dass werdende Eltern – vor allen Dingen die Frauen – sich informieren, um nicht Opfer einer immer unmenschlicher werdenden Geburtsmedizin zu werden.

Auszüge aus meinem Beitrag in dem Buch „Frühes Trauma – Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“:

Als ich 1990 mit meinem zweiten Kind, meiner Tochter, schwanger war, hatte ich eine Hebamme, die teilweise die Vorsorgeuntersuchungen übernahm. Sie war für mich gleichzeitig

eine Vertraute. Sie kam zu mir nach Hause und kümmerte sich nicht nur um mein körperliches, sondern auch um mein psychisches Wohlbefinden. Während der Zeit der Schwangerschaft war sie für mich die wichtigste Person, die ich jederzeit um Rat fragen konnte. Sie war für mich auch immer telefonisch zu erreichen.

Ganz anders erlebte ich 1983 die Schwangerschaft mit meinem ersten Kind, meinem Sohn. Ich war 23 Jahre alt und ich wusste nicht, dass ich Anspruch auf eine Hebamme hatte, die mich durch die Schwangerschaft begleitet. Mein Gynäkologe hatte mich auch nicht darauf hingewiesen und sämtliche Vorsorgeuntersuchungen selbst bei mir durchgeführt. So sagte er bei einer Ultraschalluntersuchung, der Kopf meines Kindes sei zu groß, das könnte auf einen Wasserkopf hinweisen.

Ich verließ völlig geschockt seine Praxis und fieberte dem nächsten Ultraschalltermin entgegen mit der Hoffnung, dass sich sein Verdacht nicht bestätigt. Beim nächsten Termin, ich war in der 28ten Schwangerschaftswoche, hatte sich das Verhältnis Kopf und Körper meines Kindes wieder relativiert, dafür zeigte der Herztonwehenschreiber vorzeitige Wehen an, die ich überhaupt nicht spürte. Er sagte mir, dass die Gefahr einer Frühgeburt bestünde, und verschrieb mir ein wehenhemmendes Mittel, das ich über Wochen brav einnahm. Und wieder verließ ich die Praxis völlig verunsichert.

Das Ultraschallgerät, das mein Gynäkologe 1983 benutzte, ist nicht zu vergleichen mit den heutigen hochauflösenden Geräten. Ebenso hat sich die Technik der Herztonwehenschreiber wesentlich weiterentwickelt. Was ausschlaggebend bleibt, ist die Frage, wie verantwortungsvoll Ärzte mit den neuen Technologien umgehen. Ich möchte hier nicht in Abrede stellen, dass es Gynäkologen gibt, die verantwortungsvoll, sensibel und empathisch mit der pränatalen Diagnostik umgehen, die das Kind und auch die Mutter im Blick haben und gründlich aufklären, was diese Diagnostik leisten kann

und was nicht.

Festzuhalten gilt jedoch, dass es nur selten bei auffälligen Befunden eine Therapiemöglichkeit für ungeborene Kinder gibt. Die pränatale Diagnostik ist weder eine Garantie für ein gesundes noch ein Indiz für ein krankes Kind. „Im Schnitt (werden) 70 % der Fehlbildungen übersehen, während 30 % der durch Ultraschallbilder vermuteten Fehlbildungen in Wirklichkeit keine waren. (...) Während am Fötus als dem Objekt der Überwachung immer neue Fehler diagnostizierbar sind, können die Ärzte nicht therapieren: Ein ‚Patient‘ wird hergestellt, dem nicht zu helfen ist.“ (1)

Warum untersuchen wir ungeborene Kinder, wenn es kaum Therapiemöglichkeiten gibt? Und welche Auswirkungen haben diese Untersuchungen auf die frühe Bindung zwischen der Mutter und ihrem Kind?

Viele Frauen fühlen sich heutzutage wie „schwanger auf Probe“, solange sie nicht die statistisch wahrscheinliche Sicherheit eines „gesunden“ Kindes durch die pränatalen Untersuchungen haben. Kaum ein Kind kommt heute auf die Welt, ohne dass es eine mehrstufige „Qualitätskontrolle“ durchlaufen hat.

Die Spezialuntersuchungen, die ursprünglich nur für ganz wenige Risikogruppen gedacht waren, sind zu Routineuntersuchungen von Schwangeren geworden. (2)

Heute ist es so, dass es zwischen den werdenden Eltern und den betreuenden Ärzten zum Thema Pränataldiagnostik ein schweigendes Abkommen gibt. Über die möglichen Konsequenzen wollen beide Parteien nicht nachdenken, eine aufklärende Beratung, wie es das deutsche Ärzteblatt empfiehlt, findet selten statt. Was passiert, wenn ein Befund den Verdacht auslöst, dass das ungeborene Kind möglicherweise behindert ist? Welche weiteren

Untersuchungsverfahren müssten dann eingeleitet werden?
Gefährden diese Untersuchungsverfahren ein Kind, das aufgrund einer falschen Verdachtsdiagnose in Wirklichkeit gesund ist?

Die Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschafts-Richtlinien sehen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen vor. Die erste Basis-Ultraschalluntersuchung dient dazu, die Schwangerschaft zu bestätigen. Sie findet in der 9. bis 12. Schwangerschaftswoche statt. Es können bereits die Körperlänge und der Durchmesser des Kopfes gemessen werden. Es wird der Herzschlag festgestellt und ob es sich um Mehrlinge handelt.

Bei der zweiten Ultraschalluntersuchung – in der 19. bis 22. Schwangerschaftswoche – werden die Größe von Kopf und Bauch des Kindes gemessen. Außerdem wird die Position der Plazenta in der Gebärmutter beurteilt. Es besteht die Möglichkeit zu einer „erweiterten Basis- Ultraschalluntersuchung“, die auch von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Zusätzlich werden Körperteile genauer untersucht, zum Beispiel: Sind Kopf und Hirnkammern normal geformt? Sind Hals und Rücken gut entwickelt? Ist das Herz auf der linken Seite sichtbar? Schlägt das Herz rhythmisch? Ist die vordere Bauchwand geschlossen?

Die dritte Basis-Ultraschalluntersuchung findet in der 29. bis 32. Schwangerschaftswoche statt. Gemessen werden Kopf, Bauch und die Oberschenkelknochen. Auch die Lage des Kindes und sein Herzschlag werden kontrolliert.

Die Nackentransparenz-Messung gehört nicht mit zu den Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen. Die Kosten für diese Messung sind eine Privatleistung. Mittels Ultraschall soll nach Hinweisen eines möglichen Down-Syndroms gesucht werden (3). Viele Frauenärzte raten ihren schwangeren Patientinnen, diese Messung machen zu lassen, mit dem Hinweis, sich somit eine gewisse Klarheit über den Gesundheitszustand ihres Kindes zu

verschaffen.

Im Deutschen Ärzteblatt steht dazu:

„Im Rahmen dieses Behandlungsvertrages ist der Arzt verpflichtet, auf die Möglichkeit hinzuweisen, Schäden der Leibesfrucht zu diagnostizieren. Unterlässt der Arzt diesen Hinweis oder eine medizinisch begründete Diagnosemaßnahme, in die die Schwangere eingewilligt hat, so verletzt er den Behandlungsvertrag und ist gegebenenfalls schadenersatzpflichtig.“ (4)

In den Mutterschafts-Richtlinien vom 19. September 2013 heißt es zu diesem Thema: „Vor solchen Untersuchungen sind Ärztinnen und Ärzte zu einer besonderen Aufklärung und genetischen Beratung verpflichtet. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fragen, sondern auch um psychische und soziale Belange, die im Zusammenhang mit der Untersuchung und ihren Ergebnissen von Bedeutung sein können.“ (5)

Mit der pränatalen Diagnostik werden neue Märkte geschaffen. Die Pränatalmedizin ist seit Jahren eine unverkennbare Wachstumsindustrie. Seit 2012 gibt es einen Bluttest für das Down-Syndrom. Der neue Test besitze angeblich das Potenzial, die Pränataldiagnostik nochmals zu revolutionieren, und ist entsprechend teuer.

Einen persönlichen Bezug zu der Praxis der heutigen Pränataldiagnostik bekam ich, als bei meiner Tochter die Zwillingschwangerschaft festgestellt wurde. Dass sie nicht in den Strudel der pränatalen Diagnostik gezogen wurde, verdanken wir ihrer sehr engagierten und liebevollen Frauenärztin. Sie hat mit meiner Tochter über die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik gesprochen, doch auch gesagt, dass sie ihr davon abräte, weil ihre Erfahrung ist, dass dadurch statt Sicherheit mehr Unsicherheit entstehe. Ihr ganzer Organismus, ihre Psyche und ihr Körper seien

jetzt darauf ausgerichtet, zwei kleine Menschenlein auf das Leben vorzubereiten. Das koste Kraft und Energie, und jede Verunsicherung von außen könne diesen Prozess empfindlich stören.

Medizinische Geburtshilfe

Mein Schwerpunkt beim Thema Geburt ist die Gefühlswelt der Frauen. Ein Kind zu gebären ist harte Arbeit. Frauen, die bewusst gebären, können an eine Grenze des Erträglichen kommen, wenn ihr Körper mit zunehmender Wehentätigkeit, den Kontraktionen der Gebärmutter, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen, in eine Ausnahmesituation gerät. Sheila Kitzinger schreibt daher auch von „Geburtsarbeit“ und stellt die Frage, wie diese sinnvoll unterstützt werden kann (6).

Ich gehe von der Annahme aus, dass eine Frau, die in ihrer Biografie keine Traumatisierungen erlebt hat, sich und ihr Kind keiner technokratischen Geburtshilfe ausliefern wird. Diese Frau hat ein gutes Gefühl für sich selbst, ist psychisch gesund und ist in der Lage, ihr Kind ohne fremde Hilfe zu gebären, oder zumindest in einem Kreis von Frauen, die ebenfalls wissen, dass das Gebären „Frauenarbeit“ ist.

Die Geburt ist ein Ereignis, auf das sich die werdende Mutter und ihr Kind 40 Wochen vorbereiten. Es geht um die ersten Bindungsprozesse von Mutter und Kind, und jede Störung von außen unterbricht diesen Prozess. Unverarbeitete Traumata einer Mutter verhindern schon in der Schwangerschaft die natürliche Bindung zum Kind, weil dadurch die Psyche und der Körper einer werdenden Mutter weitgehend getrennt voneinander existieren.

Eine Schwangerschaft wird heute überwiegend von Ärzten und der

ihnen zur Verfügung stehenden Technologie begleitet. Hat der psychische Zustand der werdenden Mutter in der ärztlichen Geburtshilfe schon während der Vorsorgeuntersuchungen kaum interessiert, so findet er während der Geburt ebenfalls kaum Berücksichtigung. Und hat sich eine werdende Mutter schon in der Schwangerschaft voll und ganz auf die medizinische Schwangerschaftsvorsorge verlassen, so wird sie auch während des Gebärens mehr den Ärzten vertrauen als ihrem eigenen Körpergefühl.

Gewalterfahrungen von Frauen während des Geburtsprozesses
Bemerkung: Schon vorgeburtlich kann unsere Psyche beschädigt beziehungsweise traumatisiert werden. Die Gründe können sein: Stress und Gewalt in der Schwangerschaft und/oder Stress und Gewalt während der Geburt.

Das ungeborene Kind ist aufs Engste an die Gefühlswelt der Mutter gebunden – ist die Mutter im Stress oder hat sie Angst, spürt auch das Kind Stress und Angst. Dass die frühkindliche Psyche sich spalten kann, ist ein lebensnotwendiger Vorgang, weil das Kind sonst an Übererregung sterben würde.

Was mich besonders betroffen macht, ist die Tatsache, dass auch heute noch viele Frauen während des Gebärens Gewalt erfahren. Diese Gewalterfahrung ist oft eine Fortsetzung vorangegangener Gewalt im Leben vieler Frauen. Allein die routinemäßigen und häufig völlig überflüssigen vaginalen Untersuchungen können vergangene Traumata wachrufen (7).

In den 50er-Jahren begann in Deutschland die Zeit, in der Geburten vermehrt in Krankenhäusern stattfanden. Die Atmosphäre war kalt und ungemütlich. Der Kreißsaal war hell beleuchtet, die Gebärbetten waren nur mit einem Vorhang voneinander getrennt, sodass eine Gebärende das Schreien und Stöhnen der neben ihr

gebärenden Frau unmittelbar miterlebte.

So erging es auch mir 1983 bei der Geburt meines Sohnes. Rechts und links neben mir lagen zwei Frauen, die ebenfalls kurz vor der Geburt standen. Eine Frau war türkischer Abstammung und gab ihren Gefühlen freien Lauf, was wiederum meine Hebamme veranlasste, über die Lautstärke der türkischen Frauen zu schimpfen, die es nicht gelernt hätten, sich zusammenzureißen. Ich wagte es kaum, einen Ton von mir zu geben, aus Angst, geschimpft zu werden. Zudem war es üblich, die Kinder in der für die Ärzte am besten kontrollierbaren Rückenlage zu gebären. Heute weiß ich, dass ich während des Gebärens Gewalt erfahren habe. Das fing damit an, dass mir ohne Erklärung eine Infusion gelegt wurde.

Als ich nachfragte, wozu das nötig sei, bekam ich die Antwort: Das ist ein Wehentropf, damit die Geburt schneller vorangeht. Ich versuchte, mich dagegen zu wehren, doch als Antwort bekam ich: Ob es mir denn lieber wäre, hier noch weitere Stunden ohne ergiebige Wehen herumzuliegen. Also gab ich nach. Die Wehen setzten unmittelbar und sehr heftig ein, und während dieser enormen Wehen bekam ich den standardmäßigen Einlauf. Ich dachte, mich zerreißen es innerlich. Wie ich nach dem Toilettengang wieder auf das Gebärbett kam, weiß ich heute nicht mehr. Jedenfalls lag ich auf dem Rücken, die Beine hoch gelagert in den entsprechenden Halterungen.

Als die Presswehen einsetzten, hatte ich aufgrund meiner Lage nicht die Kraft, genügend mitzuhelfen, und der Arzt wandte den Kristeller-Handgriff an. Damit bezeichnet man eine Methode, mit der durch wehensynchronen Druck auf das Gebärmutterdach in der Austreibungsphase die Geburt des Kindes beschleunigt werden soll. Der Handgriff darf erst bei den letzten Austreibungswehen bei sichtbarem kindlichen Kopf angewandt werden. Der Arzt warf sich ohne Vorankündigung auf meinen Bauch, was einen unbeschreiblichen Schmerz in mir erzeugte. Was ich noch

mitbekam, war, dass ein Dammschnitt gemacht werden sollte. Mir wurde jedoch vorher von der Hebamme versprochen, dass sie alles dafür tun würde, um den Damm zu halten.

Wieder versuchte ich zu protestieren, die Antwort war: „Nicht Sie haben hier zu entscheiden, was gemacht werden muss, sondern wir!“

Als mein Sohn endlich da war, wurde er mir nicht gleich auf den Bauch, gelegt, so wie es mir zuvor versprochen wurde, sondern er wurde sofort untersucht. Zum Glück war er kerngesund und hatte zumindest körperlich die Strapazen gut überstanden. Endlich lag er auf meinen Bauch und mich durchströmte ein Glücksgefühl, das unbeschreiblich ist. Er suchte auch gleich die Brustwarze und bekam so seine erste Muttermilch, das kostbare Kolostrum.

Was ich verhindern konnte, war, dass meinem kleinen Sohn in die Ferse gepiekt wurde und er nicht die damals üblichen Silbernitratropfen vorsorglich in seine Augen geträufelt bekam, die heftig brennen sollen. Das Glück, meinen Sohn endlich in den Armen zu halten, währte nur kurze Zeit. Die Hektik im Kreißsaal nahm zu, weil eine weitere Gebärende den Platz brauchte. Das Nähen des Dammes habe ich in schrecklicher Erinnerung. Die örtliche Betäubung schlug nicht an, und ich spürte jeden Stich. Der Eintrag in meinem Mutterpass lautet: Spontangeburt, normal, keine Komplikationen. Es war demnach eine ganz typische Klinikgeburt in den 80er-Jahren.

Ich beschreibe hier mein Geburtserlebnis so ausführlich, weil ich inzwischen von vielen Frauen weiß, dass sie die Geburten ihrer Kinder in Kliniken ähnlich erlebt haben, doch genauso wenig wie ich realisierten, dass ihnen und ihren neugeborenen Kindern Gewalt angetan wurde. Lange Zeit wollte ich nicht wahrhaben, dass die Geburt meines Sohnes traumatisch für mich und für ihn war. Was Franke (2007) schreibt, traf auch auf mich völlig zu:

„Nicht mehr über den eigenen Körper entscheiden zu können, nicht fliehen zu können, sich nicht effektiv wehren zu können (...) Eine Frau, die in den Wehen liegt und gegen ihren Willen und ohne Erklärungen den Interventionen der medizinischen Geburtshilfe ausgeliefert ist, einen Dammschnitt erleidet oder auf deren Bauch ungefragt mit Knien und Ellenbogen kristallisiert wird, das gleicht einer Vergewaltigung.“ (8)

Gebären und die Frauenbewegung der 80er-Jahre

Anfang der 80er-Jahre gab es immer mehr Proteste vonseiten der Frauenbewegung gegen die Technologisierung in den Kreißsälen. Das Unbehagen gegen die Apparate-Gynäkologie wurde immer öfter diskutiert: Kinder- und Frauenärzte, Feministinnen, Grüne, Psychologen und Psychotherapeuten fragten, ob die viel beklagte „Entfremdung“ nicht schon in der Geburtshilfepraxis anfängt? Eva Reich, eine amerikanische Kinderärztin, meinte, wir müssten beim Neugeborenen anfangen. Der Chirurg Michel Odent, Verfechter und Praktiker der „sanften Geburt“, war der festen Meinung, dass das Leben ändern heißt, zu ändern, wie man geboren wird (9).

Die Feministinnen wollten, dass die Geburtshilfe wieder zurück in die Hände von Frauen kommt. In dieser Zeit hatten Schriften über Geburt und Schwangerschaft in den Regalen der Frauenbuchläden die Literatur über den Paragraf 218 mit dem Slogan „Mein Bauch gehört mir“ fast verdrängt. Die Aufforderung der Buchautorin Eva-Maria Stark an Frauen lautete: „Wir müssen uns der Institution Krankenhaus verweigern.“ (10)

Nie zuvor wurde so viel über die Bedeutung der Geburt psychologisiert, philosophiert und spekuliert. Arthur Janov glaubte, im Geburtserlebnis den Schlüssel für spätere Ängste und Neurosen

seiner Patienten gefunden zu haben. Zum ersten Mal wurde darüber nachgedacht, dass die in den Kliniken praktizierte Trennung von Mutter und Kind gleich nach der Geburt äußerst schädlich für die Mutter-Kind-Beziehung ist. Und sogar das eher konservative Deutsche Ärzteblatt räumte ein, dass bei einer technisch perfekten „08/15-Entbindung elementare Bedürfnisse der Mutter und des Kindes unberücksichtigt“ blieben (11). In der Frauenbewegung setzte sich immer mehr der Trend nach einer selbstbestimmten Geburt durch. Es waren vor allem jene Frauen, die beruflich erfolgreich waren, die sich emanzipiert hatten. Es schien, als ob erstmals eine selbstbewusste Frauengeneration die männlich medizinische Geburtshilfe infrage zu stellen wagte (12).

Geburten im 21. Jahrhundert

Wie sieht die Wirklichkeit in den Kreißsälen heute, etwa 40 Jahre später, aus? Was hat sich tatsächlich verändert? In der Mitte der 80er-Jahre gründeten Hebammen die ersten Geburtshäuser, die ohne Ärzte arbeiteten.

In den letzten Jahren haben aufgrund der hohen Haftungsprämien für Hebammen viele Geburtshäuser schließen müssen. Außerdem gehören immer mehr Frauen in die Gruppe der Risikoschwangeren und ziehen eine Geburt in der Klinik aus vermeintlichen Sicherheitsgründen vor. Als eine Alternative zum Geburtshaus gibt es in einigen Kliniken Hebammengeleitete Kreißsäle. Das Klinikum Niederberg zum Beispiel wirbt mit folgendem Text:

„Im Hebammengeleiteten Kreißsaal überwachen und leiten ausschließlich Hebammen natürlich verlaufende Geburten in eigener Verantwortung. Wir unterstützen Ihr Vertrauen in den gesunden, natürlichen Geburtsverlauf und bestärken Sie in Ihren eigenen Kräften, sodass Sie die Geburtsarbeit nach Ihren Möglichkeiten

bewältigen können. Dabei achten wir darauf, dass Sie in ungestörter Atmosphäre, außerhalb der Klinikroutine, Ihr Kind zur Welt bringen.“
(13)

In Deutschland gibt es bisher 15 Kreißsäle, die von Hebammen geleitet werden.

Ob das eine Alternative zu einem Geburtshaus ist, zweifele ich an. Eine vermeintliche „Risikoschwangere“ kann nicht in einem Hebammengeleiteten Kreißsaal ihr Kind zur Welt bringen. Und sobald die Geburt nicht bilderbuchhaft verläuft, kommt es zu einer Verlegung in einen von Ärzten geleiteten Kreißsaal.

Routinemaßnahmen und Stress während der „normalen“ Geburt

Der schön eingerichtete Kreißsaal, das bequeme Kreißbett und die große Geburtsbadewanne täuschen eine Gemütlichkeit vor, die es nicht gibt. Die Hochleistungsmedizin ist gut versteckt und nicht auf den ersten Blick erkennbar: Die Blutdruckmessgeräte sind automatische Maschinen, die sich auf kleinen Rollen fortbewegen lassen, in den Wänden sind Sauerstoffmasken und Schläuche verborgen, damit Sauerstoff oder schmerzlindernde Mittel über Gas verabreicht werden können; ein freistehender Tropf auf Rollen steht neben dem Kreißbett; Klemmen und Bügel können an speziellen Kerben an jeder Seite des Entbindungsbettes angebracht werden, dadurch können die Beine angehoben werden, um gründlichere Untersuchungen zu ermöglichen; die Zange und die Saugglocke sind unter dem Bett verstaut und jederzeit einsetzbar.

Zu den routinemäßigen, nicht evidenzbasierten Maßnahmen während der Geburt gehört, dass die ganze Zeit ein CTG geschrieben wird, das heißt, die Gebärende

wird, sowie sie in den Kreißsaal kommt, verkabelt, was ihre Bewegungsmöglichkeiten erheblich einschränkt.

Neu ist die Telemetrie Kardiotokografie. Hier werden die Herztöne per Funk übermittelt, sodass eine Verkabelung nicht mehr erforderlich ist. Des Weiteren wird ein Zugang für mögliche Infusionen und Medikamente in die Vene am Unterarm gelegt. Der Muttermund wird in regelmäßigen Abständen vaginal untersucht, um den Geburtsfortschritt zu kontrollieren. Ein Einlauf und eine Schamhaar-Rasur werden empfohlen, was die meisten Mütter machen lassen. Eine Periduralanästhesie (PDA) wird standardmäßig angeboten und auch empfohlen. Es wird damit geworben, dass eine Geburt mit den heutigen Möglichkeiten nicht mehr schmerzhaft sein muss.

Ich habe mir während meiner Recherche zu diesem Beitrag viele Internetseiten von Entbindungskliniken angesehen, die für sich werben. Alle geben vor, den höchsten Sicherheitsstandards zu entsprechen. Es wird versprochen, dass die Gebärende mitentscheiden darf, allerdings nur, wenn es ihr und dem Kind entsprechend den Sicherheitsstandards gut geht. Dammschnitte werden nicht mehr routinemäßig durchgeführt, doch das kann erst kurz vor Austritt des Kopfes entschieden werden. Wenn das Gewebe zu reißen droht und auch wenn der Kopf nicht schnell genug austritt, wird geschnitten (14).

Um ein Kind zu gebären, braucht eine Frau Sicherheit, Geborgenheit und eine entspannte Atmosphäre. In einer Klinik herrscht häufig Zeitdruck. Die Hebammen arbeiten im Schichtwechsel und müssen sich zeitgleich um mehrere Frauen kümmern. Die regelmäßigen vaginalen Routineuntersuchungen durch wechselnde Personen sind schmerzhaft, schambesetzt und unangenehm.

Das permanent piepsende CTG und die Tatsache, sich nicht frei

bewegen zu können, können während des Gebärens zu Stress führen. Unter Stress schüttet der Körper keine schmerzstillenden Endorphine aus und kein Oxytocin, sondern vor allem Adrenalin. Adrenalin sorgt dafür, dass die Muskulatur in den Armen und den Beinen besser mit Blut versorgt wird, um fliehen oder kämpfen zu können. Die Gebärmutter wird dadurch weniger gut durchblutet, und die Kontraktionen, in Kombination mit einem Endorphinmangel, führen zu sehr starken Schmerzen – ein Grund, weshalb so viele Frauen nach einer Periduralanästhesie verlangen.

Die Wehentätigkeit kann unter diesem äußeren Stress nachlassen oder ganz zum Stillstand kommen. Zudem wird das Kind mit weniger Sauerstoff versorgt, was die Herztöne abfallen lässt. Häufig werden Geburten dann eingeleitet, wenn die Wehen nicht richtig in Gang kommen, um den Geburtsprozess zu beschleunigen. Es werden wehenfördernde Mittel gegeben und gegebenenfalls auch wieder wehenhemmende Mittel, wenn die wehenfördernden überdosiert wurden.

In einer solchen Kliniksituation wird schnell eingegriffen mit dem Argument, dass nun die Sicherheit des Kindes nicht mehr gewährleistet sei. Die Geburt wird daher heutzutage immer öfter mit einer Zange, einer Saugglocke oder einem Kaiserschnitt beendet. Für das Jahr 2012 weist das Statistische Bundesamt 653.215 Klinikentbindungen aus. Davon wurden 6 Prozent mit einer Zange (3.037 Geburten) oder mit einer Saugglocke (36.959 Geburten) beendet. Bei 32 Prozent wurde die Geburt per Kaiserschnitt vollzogen.

Es drängt sich somit folgender Verdacht auf: Es ist das medizinische Geburtssystem selbst, das die meisten derjenigen Probleme erzeugt, für deren Lösung es angeblich geschaffen worden ist.

Kaiserschnittgeburten

Die Kaiserschnitttrate ist in den letzten Jahren ständig gestiegen. In Ländern wie Brasilien oder China liegt sie schon bei 50 Prozent und mehr. Was veranlasst die medizinischen Geburtshelfer dazu, so viele Kaiserschnitte durchzuführen? Dass ein Kaiserschnitt eine notwendige medizinische Indikation und somit lebensrettend sein kann, stellt niemand infrage. Ist aber wirklich jede dritte Frau beziehungsweise jedes dritte Kind während des Gebärens so sehr gefährdet, dass es zum Kaiserschnitt keine Alternative gibt?

In den Massenmedien wird häufig suggeriert, dass sich immer mehr Frauen einen Kaiserschnitt wünschten, schließlich sei das die moderne Geburtsvariante prominenter Mütter (15). Eine Umfrage im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, welchen Einfluss der Wunschkaiserschnitt auf die hohe Kaiserschnitttrate habe, zeigt jedoch, dass sich nur 1,6 Prozent der befragten Frauen bewusst für eine Schnittentbindung entschieden haben. Die „Wunschsectio“, die vielen Frauen unterstellt wird, ist also keine Erklärung für die hohe Kaiserschnitttrate. Als tatsächliche Erklärung wird in dieser Studie hingegen angeführt, dass viele Geburtsmediziner gar nicht die Fähigkeit besäßen, die Geburt eines Kindes in Beckenendlage zu begleiten.

Etwa fünf Prozent aller Geburten in Deutschland sind Beckenendlagen. Diese Kinder kommen in der Regel fast alle per Sectio auf die Welt. Das Gleiche gilt für Zwillingsschwangerschaften. Es gibt also in Deutschland bereits zu wenige Geburtshelfer, welche die nötigen Erfahrungen haben, Zwillingsschwangerschaften vaginal zu begleiten (16). Am schlimmsten ist es für die werdenden Mütter, wenn es zu einem Notkaiserschnitt kommt, weil sie keine Gelegenheit haben, sich darauf vorzubereiten. Häufig werden solche Geburtserlebnisse als traumatisch erlebt, wie eine Studie von Jurgelucks (2004) belegt.

Notkaiserschnitte

Eine Mutter schilderte mir:

„Plötzlich musste alles ganz schnell gehen. Ich wusste gar nicht, was passiert, niemand hat mit mir geredet. Ich hörte nur Sectio und wurde in den OP gebracht. Ich war voller Panik, hatte wahnsinnige Angst um mein Kind. Da bei mir schon eine PDA gelegt war, bekam ich keine Vollnarkose. Mein Mann durfte nicht mit, es war einfach schrecklich. Dann spürte ich nur ein Reißen und ein Zerren. Ich wusste nicht, ob mein Kind lebt, sie haben es mir nicht mal gezeigt. Ich war sicher, dass es tot sein würde. Ich war völlig erstarrt, fühlte überhaupt nichts mehr.

Endlich kam mein Mann und sagte mir, alles sei okay mit unserer Tochter, er sei schon bei ihr gewesen. Nach einer gefühlten Ewigkeit konnte ich mich endlich selbst davon überzeugen, dass mein Kind lebt, mein Mann legte es mir in die Arme. Doch ich konnte nicht glauben, dass das wirklich mein Kind ist, ich war voller Zweifel. Das blieb auch eine ganze Weile so, obwohl ich natürlich wusste, dass es meine Tochter ist. Doch fühlen konnte ich das nicht.“

Diese Mutter weiß bis heute nicht, was wirklich passiert ist. Sie hat jetzt den Geburtsbericht aus der Klinik angefordert, um sich Klarheit zu verschaffen. Lange Zeit konnte sie über dieses Geburtserlebnis nicht sprechen, sie fühlte sich schuldig, weil sie es nicht geschafft hatte, ihr Kind normal zu gebären.

Eine andere „Kaiserschnitt-Mutter“ erzählte mir, dass sie, nachdem sie schon eine Weile vor sich hin „geweht“ hatte, aber der Muttermund sich nicht weiter öffnete, ihr Einverständnis gegeben hatte, ein Medikament zur Beschleunigung der Geburt einzunehmen. Es wurde ihr gesagt, das sei heute das Mittel der Wahl gegenüber dem veralteten Wehentropf oder der Sprengung der Fruchtblase. Das Mittel wurde zu hoch dosiert, und sie bekam

einen Wehensturm, ohne dass die Wehen muttermundwirksam waren. Daraufhin wurden ihr wehenhemmende Mittel verabreicht. Mit diesen unnötigen Interventionen kam der ganze Geburtsprozess durcheinander, und letztendlich wurde ihre Tochter mit einem Kaiserschnitt entbunden.

Der geplante Kaiserschnitt

Ein Kaiserschnitt wird geplant, wenn eine Lageanomalie vorliegt. Nur in wenigen Fällen kann eine Frau spontan gebären, wenn ihr Kind in der Beckenendlage liegt.

Ebenso wird häufig ein Kaiserschnitt geplant, wenn eine Frau mit Zwillingen schwanger ist. In vielen Kliniken wird eine Schnittentbindung bei einer Zwillingschwangerschaft in der 38. Woche geplant mit dem Argument, die Plazenta nicht zu überlasten und weil die Gebärmutter ihre Grenze erreicht hätte.

Aufgrund der künstlichen Befruchtungen und der Hormonbehandlungen werden heute immer häufiger Mehrlinge geboren. In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der Mehrlingsgeburten in Deutschland deutlich gestiegen: 2011 gab es nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 11.500 Mehrlingsgeburten. Jedes 29. Kind ist mittlerweile ein Mehrlingskind. 1991 war es lediglich jedes 42. Kind. Die meisten Mehrlinge werden mit einem Kaiserschnitt entbunden.

Manche Frauen entscheiden sich für einen Kaiserschnitt, wenn sie schon traumatische vaginale Geburten erlebt haben oder die Geburt mit einem Notkaiserschnitt beendet werden musste. Um nicht noch einmal in so eine Situation zu kommen, entscheiden sie sich vorsorglich für einen Wunschkaiserschnitt.

Ein weiterer Grund ist, dass nach einem ersten Kaiserschnitt häufig für die nächste Geburt gleich ein Kaiserschnitt empfohlen wird. Das heißt, dass sich der einmal durchgeführte Kaiserschnitt selbst reproduziert (17). Es besteht ein kleines Risiko, dass die Narbe an der Gebärmutter von dem vorangegangenen Kaiserschnitt reißen kann. Die Angst der Ärzte, verklagt zu werden, führt ebenfalls zu einem Anstieg der Kaiserschnitte. Mit einem Kaiserschnitt wird ohne Erfolg versucht, alle Risiken auszuschließen (18). Studien haben gezeigt, dass die Rate der Uterus-Risse bei Frauen, die eine vaginalgeburt nach einem vorherigen Kaiserschnitt hatten, bei 0,9 bis 0,8 Prozent liegt (19).

In ihrem Buch „Meine Wunschgeburt“ von Ute Taschner und Kathrin Scheck berichten Frauen über ihr natürliches Geburtserlebnis nach einem Kaiserschnitt (20). Auf dem 59. Kongress der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in München betonte Prof. Dr. med. Louwen, dass ein Kaiserschnitt sehr viel risikoreicher für Mutter und Kind sei als eine natürliche Geburt. Die Gefahr für Thrombosen, Embolien, Blutungskomplikationen, aber auch für Gebärmutterentfernungen sei bei einem Kaiserschnitt signifikant höher als bei einer natürlichen Geburt. Allerdings seien die operationsbedingten Komplikationen in den letzten Jahrzehnten bedeutend gesunken (21). Ein Kaiserschnitt ist eine schwere Bauchoperation.

Viele Mütter unterschätzen die Risiken für sich selbst und für ihr Kind oder werden darüber vonseiten der Ärzte nicht ausführlich genug informiert. Nicht nur für die Mutter bedeutet der Kaiserschnitt ein höheres Risiko, sondern auch für das neugeborene Kind. Louwen weist darauf hin, dass die Säuglingssterblichkeit nach einem Kaiserschnitt deutlich höher ist. Es können Anpassungsschwierigkeiten entstehen, die sogar eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich machen. Die Gefahr ist besonders groß, wenn der Kaiserschnitt vor der 40. Schwangerschaftswoche geplant wird.

Kaum berücksichtigt wird bei dieser Diskussion, wie sehr ein Kaiserschnitt die Psyche der Mutter und auch die Psyche des Kindes belasten kann. Bei einem Kaiserschnitt werden viel weniger geburtsfördernde und bindungsrelevante Hormone freigesetzt: die Endorphine sorgen für die Glücksgefühle nach der Geburt, das Oxytocin fördert die Bindungsfähigkeit zwischen Mutter und Kind.

Während eines natürlichen Geburtsprozesses werden diese Hormone vom Körper der Mutter ausgeschüttet und erreichen so über den Blutkreislauf der Mutter auch ihr Kind. Bei einem Kaiserschnitt fehlt die gemeinsame Geburtsarbeit zwischen der Mutter und ihrem Kind. Eine natürliche Geburt ist ein hochsensibles Zusammenspiel. Nicht nur die Gebärende leistet Großartiges, sondern ebenso ihr Kind. Jede natürliche Wehe, so schmerzhaft sie auch ist, bringt Mutter und Kind näher zueinander. Der Wehenschmerz ist mit keinem anderen Schmerz zu vergleichen.

Bei einem geplanten Kaiserschnitt hat zumindest die Mutter die Möglichkeit, sich darauf vorzubereiten, ihr Kind trifft es völlig unvorbereitet. Bei einem Kaiserschnitt wird das Kind aus dem Bauch der Mutter „gerissen“.

Müttern, die einen geplanten Kaiserschnitt machen lassen, rate ich daher, zumindest mit ihrem Ungeborenen zu sprechen, ihm zu erzählen, wie sie die Geburt geplant haben. Eine Schnittentbindung verhindert oft die erste Kontaktaufnahme mit dem Kind. In den meisten Kliniken wird das Kind erst eingehend untersucht, bevor die Mutter es bei sich haben kann. Der erste Haut-zu-Haut-Kontakt, wie er bei einer vaginalen Geburt erlebt wird, ist häufig nicht möglich, auch nicht, wenn das Kind gesund ist. Der Endorphingehalt ist bei einer spontanen Geburt noch ca. vier Tage später bedeutend erhöht. Aufgrund des Endorphinmangels bei einem Kaiserschnitt ist der Geburtsstress für das Baby größer und viel schwerer zu verarbeiten. Dadurch ist es auch für das Kind

mühevoller, in Kontakt mit seiner Mutter zu kommen, was sich wiederum auf die Prolaktinausschüttung der Mutter auswirkt und das Stillen erschwert (22).

Viele Mütter entscheiden sich bei einem Kaiserschnitt für die Epiduralanästhesie (PDA). Der Vorteil ist, dass die Mutter die Entbindung bewusst miterlebt und ihr Kind auch gleich sehen kann. Um die Bindung nach einem Kaiserschnitt nicht noch zusätzlich zu erschweren, sollten sich Hebammen und Ärzte dafür einsetzen, dass Mutter und Kind nach einem Kaiserschnitt nicht gleich getrennt werden. Wenn das Kind gesund ist, können die kinderärztlichen Untersuchungen auch noch später gemacht werden.

Auf einer Tagung zum Thema „Mutter – Kind – Bindung“ referierte ein Gynäkologe, der als Geburtshelfer in einer Berliner Klinik arbeitet. Er sagte, er habe sich in seiner Klinik dafür eingesetzt, dass die Mutter ihr Kind gleich nach dem Kaiserschnitt nackt auf die Brust gelegt bekommt. Er hat beobachtet, dass es Kaiserschnittmüttern und Kaiserschnittkindern so leichter gelingt, eine erste Bindung nach der Geburt aufzubauen (23). In den meisten Kliniken wird das nicht gemacht, häufig übernehmen die Väter diese Aufgabe. Väter erzählten mir, dass sie sich ihr Baby auf die nackte Brust gelegt haben, sie die ersten Kuschelerlebnisse mit ihrem Kind hatten.

In dem Buch von Brigitte Renate Meissner berichten Kaiserschnittmütter, dass sie ihre Kinder manchmal wie „Kletten“ empfinden, sie keinen richtigen „Draht“ zu ihrem Kind bekommen oder dass es so schreckhaft sei und viel mehr am Vater hänge (24). Wenn das Baby oder auch ältere Kinder psychologische Auffälligkeiten, Schlaf-, Ess- oder Entwicklungsstörungen zeigen oder an anderen körperlichen Symptomen leiden, kann dies ursächlich mit der Geburtsart zu tun haben. Eine weiterführende Diagnostik und eine integrierende Therapie sind dann empfehlenswert.

Die ansteigende Anzahl von Kaiserschnitten könnte nicht zuletzt einen Hinweis darauf geben, wie bindungsgestört nicht nur viele werdende Mütter sind, sondern ebenfalls die Männer und Frauen, die in der Geburtshilfe arbeiten.

Hebammen und Ärzte in der Geburtshilfe, die nicht bereit sind, sich mit ihren eigenen psychischen Strukturen auseinanderzusetzen, können meines Erachtens eine Geburt nicht einfühlsam und empathisch begleiten.

Geburtskomplikationen sind häufig die Folge bereits vorangegangener Traumatisierungen einer Mutter. Sie sind ein Beleg für die Kernthese der mehrgenerationalen Psychotraumatologie, dass Traumata über viele Generationen Auswirkungen haben und sich in den Folgegenerationen wiederholen. Traumatisierungen erhöhen das Risiko für weitere Traumatisierungen.

Quellen und Anmerkungen:

- (1) Duden 2007, S. 89
- (2) ARD-Sendung: Das perfekte Kind, 21. 10. 2013
- (3) Mutterschafts-Richtlinien, Bundesanzeiger 2013, S. 33 ff.
- (4) Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 50, 11. Dezember 1998, A-3241
- (5) Mutterschafts-Richtlinien 2013, S. 34
- (6) Kitzinger, Sheila: Schwangerschaft und Geburt. 1998 München. 10. Auflage. Kösel-Verlag GmbH & Co., Seite 277
- (7) Rakos, Elisabeth: Die vaginale Untersuchung während der Geburt. Masterthesis 2012 Innsbruck, Seite 10
- (8) Franke, Tara Regine: Das Schöne wurde mit genommen. Vortrag auf dem 6. Deutschen Still- und Laktationskongress in Göppingen,

November 2007, Seite 4

(9) Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt. 1981 Hamburg.
Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Seite 7 f

(10) Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt. 1981 Hamburg.
Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Seite 7 f

(11) Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt. 1981 Hamburg.
Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Seite 7 f

(12) Schreiber, Marion: Unendliches Vergnügen, unendlicher
Schmerz. Spiegel-Artikel vom 28.07.1980, Seite 133

(13) <http://www.klinikum-niederberg.de> (<http://www.klinikum-niederberg.de>)

(14) <http://www.babyburg.de/baby-ratgeber/geburt/krankenhausaufnahme-geburt/entbindungsstationentbindungsraum>
(<http://www.babyburg.de/baby-ratgeber/geburt/krankenhausaufnahme-geburt/entbindungsstationentbindungsraum>)

(15) Oblasser und Ebner 2008, S. 24 www.klinikum-niederberg.de
(<http://www.klinikum-niederberg.de>)

(16) Kolip 2012, Otto 2013 www.frauenaerzte-im-netz.de
(<http://www.frauenaerzte-im-netz.de>)

(17) Taschner und Scheck 2012, S. 21
<http://www.babyburg.de/baby-ratgeber/geburt/krankenhausaufnahme-geburt/entbindungsstation-entbindungsraum>
(<http://www.babyburg.de/baby-ratgeber/geburt/krankenhausaufnahme-geburt/entbindungsstation-entbindungsraum>)

(18) Otto und Wagner 2013, S. 10
www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/hausgeburten-in-deutschland-a-890023.html
(<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/hausgeburten-in-deutschland-a-890023.html>) 20.03.2013

(19) www.babycenter.de/a8826/vaginalgeburt-nach-einem-kaiserschnitt-vbac

<http://www.babycenter.de/a8826/vaginalgeburt-nach-einem-kaiserschnitt-vbac>

(20) Taschner und Scheck 2012

www.babycenter.de/a8826/vaginalgeburt-nach-einem-kaiserschnitt-vbac

<http://www.babycenter.de/a8826/vaginalgeburt-nach-einem-kaiserschnitt-vbac>

(21) Louwen 2012 <https://www.dggg.de/presse->

[news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-)

[kaiserschnitt-oder-natuerliche-geburt-keine-schwierige-](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-)

[entscheidung-85/](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-) (<https://www.dggg.de/presse->

[news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-)

[kaiserschnitt-oder-natuerliche-geburt-keine-schwierige-](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-)

[entscheidung-85/](https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/dggg-kongress-2012-))

(22) Ehlers 2010, S. 22 www.geburtskanal.de

<http://www.geburtskanal.de>)

(23) Lebensgarten Steyerberg 2009

http://web.shadidphotography.com/video/id_cL_hfgOSczk

http://web.shadidphotography.com/video/id_cL_hfgOSczk)

(24) Meissner 2010, S. 125

<https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/>

[1/von_generation_zu_generation/](https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/)

[\(https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/](https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/)

[von_generation_zu_generation/\)](https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/)

Weitere Quellen:

Assel, Birgit: Von der Familienaufstellung zur Traumaufstellung. 2009. Praxis der Systemaufstellung.

Baumgarten, Katja: Was bleiben will muss sich ändern. Deutsche Hebammen-Zeitschrift, Heft. 11/2004

Bräutigam, Hans-Harald: Fortschritt nach rückwärts? Über die Risiken der sanften Geburt. In Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt. 1981 Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH

Hildebrandt, Sven: Beziehung und Kommunikation als neue

Grundparadigmen in der Geburtshilfe. Vortrag auf dem XVIII. Internationalen Kongress der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie Medizin (ISPPM), Heidelberg, 10. Oktober 2008.

Hildesheimer Allgemeine Zeitung: Der Kaiserschnitt bleibt
Notausgang v. 30.08.2013

Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Frankfurt/Main 1997.
Campus-Verlag

Rögner, Wiebke: Geburtshilfe Unfug im Kreißsaal:

www.sueddeutsche.de (<http://www.sueddeutsche.de>)

Schönfeld, Kornelia: Sexualisierte Gewalt und Geburtshilfe.

<http://www.geburtskanal.de> (<http://www.geburtskanal.de>)

Taschner und Scheck: Meine Wunschgeburt - Selbstbestimmt gebären nach Kaiserschnitt: Begleitbuch für Schwangere, ihre Partner und geburtshilfliche Fachpersonen Taschenbuch - 2. Juli 2012

Sprenger, Klaus: Arztgeschichten - Geburtshilfe und Apparate-Medizin. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (30): A-2109/B-1780/C-1684

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Birgit Assel ist Diplom-Sozialpädagogin und Traumatherapeutin. Seit 1998 ist sie in eigener Praxis tätig, seit 2006 mit dem Schwerpunkt Traumatherapie in Zusammenarbeit mit Franz Ruppert, seit 2009 Anbieterin von Weiterbildungen, Aufbaukursen und Supervisionen. Weitere Informationen unter www.igtv.de (<https://www.igtv.de/>).

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.