



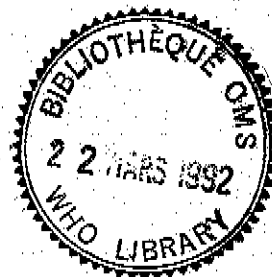
# WHO

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

---

EUR/ICP/MCH 126  
8178B  
ORIGINAL: ENGLISCH  
NICHT REDIGIERT

## GEPLANTE HAUSGEBURTEN IN INDUSTRIALISIERTEN LÄNDERN



Dr. Michel Odent

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 KOPENHAGEN Ø  
DÄNEMARK

TEL.: (45) 39 17 17 17  
TELEFAX: (45) 31 18 11 20  
TELEX: 15348

1992

EUR/GFA-ZIEL 7

Dieses Dokument stellt die Ergebnisse einer Untersuchung vor, die von Dr. Michel Odent für die WHO unternommen wurde. Damit sollen die Bemühungen gefördert werden, die das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ haben, insbesondere das Einzelziel 7.<sup>a</sup>

## ZIEL 7

### GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUNGEN MENSCHEN

*Bis zum Jahr 2000 sollte sich der Gesundheitszustand aller Kinder und jungen Menschen verbessert haben, was ihnen die Möglichkeit bietet, sich körperlich, geistig und gesellschaftlich voll zu entfalten.*

#### Schlüsselwörter

|                              |                |
|------------------------------|----------------|
| HOME CHILDBIRTH              | MALTA          |
| OBSTETRICS                   | NETHERLANDS    |
| EVALUATION                   | NEW ZEALAND    |
| DEVELOPED COUNTRIES          | NORWAY         |
| AUSTRALIA                    | POLAND         |
| AUSTRIA                      | SPAIN          |
| BELGIUM                      | SWEDEN         |
| CANADA                       | UNITED KINGDOM |
| DENMARK                      | UNITED STATES  |
| FINLAND                      |                |
| FRANCE                       |                |
| GERMANY, FEDERAL REPUBLIC OF |                |
| GREECE                       |                |
| ISRAEL                       |                |
| ITALY                        |                |

Alle Rechte in diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder. Für ein Exemplar von eventuellen Übersetzungen wäre das Regionalbüro dankbar.

<sup>a</sup> Aktualisierung der europäischen GFA-Ziele. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991 (Dokument EUR/RC41/Inf.Doc/1 Rev.1).

## INHALT

|                                       | <u>Seite</u> |
|---------------------------------------|--------------|
| Einleitung . . . . .                  | v            |
| Dauer der Untersuchung . . . . .      | 1            |
| Methoden . . . . .                    | 1            |
| Erste Untersuchungsmethode . . . . .  | 1            |
| Zweite Untersuchungsmethode . . . . . | 4            |
| Schlußfolgerungen . . . . .           | 5            |
| Schlußfolgerung I . . . . .           | 5            |
| Schlußfolgerung II . . . . .          | 7            |
| Schlußfolgerung III . . . . .         | 8            |
| Schlußfolgerung IV . . . . .          | 8            |
| Empfehlungen und Vorschläge . . . . . | 9            |
| Literatur . . . . .                   | 10           |

Übersetzung: Elisabeth Geisel  
Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V.

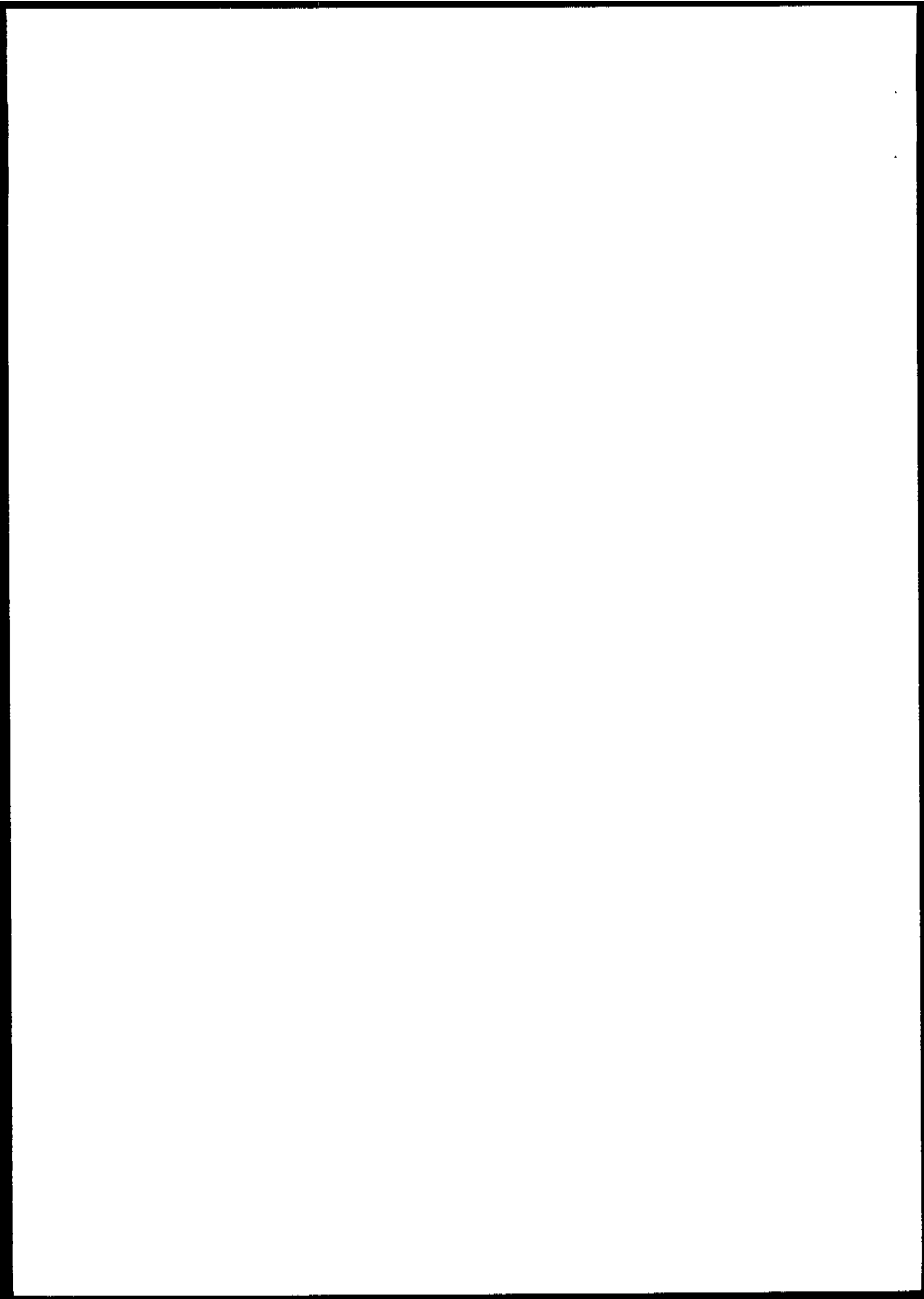


## EINLEITUNG

Der Streit um den Ort der Geburt wird nicht aufhören. In einem Buch der Weltgesundheitsorganisation "Wenn ein Kind unterwegs ist ..." kann man lesen: "Wenn man in Europa über Hausgeburten spricht, dann bringt das normalerweise mehr Hitze als Licht in eine Diskussion". Weil es schwierig ist, quantitative Angaben über geplante Hausgeburten zu bekommen und weil Geburt als ein tiefgreifendes soziales Ereignis eher mit einem qualitativen Ansatz bewältigt werden kann, haben wir Dr. Michel Odent aufgrund seines breiten Erfahrungsspektrums mit Krankenhaus- sowie Hausgeburten gebeten, für uns einen Bericht über geplante Hausgeburt vorzubereiten.

Die Schlußfolgerungen dieses Berichts geben die Meinung des Autors wieder und stellen nicht die offizielle Haltung der WHO dar. Sie stimmen trotzdem überein mit den WHO-Empfehlungen, die in "Wenn ein Kind unterwegs ist ..." zu finden sind, sowie mit den Konferenzberichten der WHO-Konferenz über bedarfsgerechte Geburtstechnologie in Fortaleza (Brasilien) vom 22. bis 26. April 1985 und des WHO-Symposiums über bedarfsgerechte Technologie nach der Geburt in Triest (Italien) vom 7. bis 11. Oktober 1986.

Marsden G. Wagner  
Leiter des Referats  
Gesundheit von Mutter und Kind



## DAUER DER UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung erstreckte sich über fünf Jahre, von Januar 1986 bis Dezember 1990. Eignung des Untersuchers: Der breite Erfahrungshintergrund des Autors resultiert aus der Leitung der Geburtshilfeabteilung eines staatlichen Krankenhauses in Pithiviers von 1962 bis 1985. In diesem Krankenhaus wurde der Umgebung der Gebärenden eine große Bedeutung beigemessen (heimische Geborgenheit im Krankenhaus). Die Veränderungen in der Geburtshilfe in Pithiviers fanden des öfteren große Beachtung in der medizinischen Literatur (1,2).

## METHODEN

Zwei Untersuchungsmethoden wurden kombiniert:

### Erste Untersuchungsmethode

Diese umfaßt Treffen mit Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, Ärzten, Eltern und Medizinstudentinnen in verschiedenen Ländern.

Es muß von vornherein unterschieden werden zwischen der Situation in den Niederlanden, wo der Anteil der Hausgeburten schon immer über 30% beträgt, und dem Rest der industrialisierten Länder, wo die Hausgeburtsrate unter 2% liegt. Ich war mehrmals in den Niederlanden und habe dort mit zahlreichen Hebammen und Ärzten gesprochen.

### Europäische Länder

- Vereinigtes Königreich*      Zahlreiche Begegnungen mit Hebammen und Allgemeinärzten, die mit Hausgeburtspraxis im Rahmen des "National Health Services" (NHS) vertraut sind; mit selbständigen Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, Verbraucherinnen-Gruppen, Hebammenschülerinnen und Medizinstudentinnen.
- Frankreich*                      Zahlreiche Begegnungen mit Hausgeburtsgruppen, insbesondere in Paris, Toulouse, Millau, Marmande, Angers und Perigueux.
- Spanien*                              Begegnungen mit Hausgeburtsgruppen in Valencia und San Sebastian, Teilnahme am Kongreß "I. Jornadas mediterraneas de embarazo y parto" (Valencia, 3.-5. Februar 1985) und an der Tagung "III Jornadas nacionales y internacionales para matronas" (Alicante, 23.-24. November 1990).
- Italien*                                Begegnungen mit Hausgeburtshebammen in 19 verschiedenen Städten. Ich habe intensive Arbeitsbeziehungen zu Gruppen in Modena und Catania. Jährlich teilen sich 22 verschiedene Hebammenkollektive weniger als 1000 Hausgeburten.
- Malta*                                 Kontakte mit örtlichen Gruppen anlässlich der Gründung des "St James Natural Birth Centre" (Juni 1988).

- Schweiz* Begegnungen mit Hebammen, Ärzten und Nutzergruppen in den Stadtbezirken Genf, Lausanne und Zürich.
- Deutschland* Begegnungen mit Hausgeburtshebammen und Geburtsvorbereiterinnen, insbesondere in München, Berlin und Regensburg.
- Österreich* In Wien Gespräche mit Fachleuten und Eltern.
- Griechenland* Aufenthalt in Thessaloniki und Gespräche mit vielen Fachleuten.
- Belgien* Teilnahme an einem öffentlichen Hearing an der Universität Lüttich (16.-17. März 1987), wo Frau Dr. Gisela De Ridder einen Vortrag über "Hausgeburt in Belgien" hielt. Ich pflege Kontakte zu der Gruppe "Aquarius" in Ostende.
- Dänemark* Kontakte zu Hausgeburtshebammen.
- Norwegen* In Oslo und Tonsberg mehrfache Gespräche mit Hebammen und anderen Fachleuten, ebenfalls mit selbständigen Hebammen.
- Schweden* Ein Tag in Uppsala mit der Hausgeburtsgruppe Stockholm/Uppsala. In Göteborg Gespräche mit den Hausgeburtshebammen.
- Polen* Eine Woche Konferenzen und Vorträge in den Hebammenschulen von Warschau und Poznan.
- Finnland* Leena Valvane, Präsidentin des Finnischen Hebammenverbandes, ermöglichte Kontakte in Finnland.

#### Vereinigte Staaten von Amerika

Als Sprecher bei zahlreichen Konferenzen und Kongressen, die von folgenden Organisationen organisiert wurden, habe ich viele Kontakte geknüpft: La Leche League International (LLLI), the International Childbirth Education Association (ICEA), the National Organisation of Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth (NAPSAC), the Cesarean Prevention Movement (CPM), the Pre- and Perinatal Psychology Association of North America (PPPANA), The Midwifery Alliance of North America (MANA) und der Zeitschrift "Birth".

Zusätzlich sorgte die Präsidentin der American Foundation for Maternal and Child Health (New York), Doris Haire, für zahlreiche offizielle Begegnungen.

In verschiedenen Staaten lernte ich Hausgeburtsinitiativen, Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen und Eltern kennen.



(Sydney, Canberra, Wagga Wagga, Tamworth, Lismore, Dubbo), Victoria (Melbourne), Tasmanie (Launceston), Queensland (Brisbane und mehrere Orte an der Sunshine-Küste), the Northern Territory (Darwin), South Australia (Adelaide), Westaustralien (Perth, Bunburry).

### Neuseeland

In Auckland, Tauranga, Wellington, Dunedin und Christchurch Gespräche mit Hausgeburtshebammen, Ärzten, Geburtsvorbereiterinnen und Eltern.

Zusätzlich zu diesen Besuchen in verschiedenen Ländern gab mir die Erste Internationale Konferenz über Hausgeburt (the First International Conference on Home Birth) (Wembley, London, Oktober 1987) die Gelegenheit, Vertreterinnen aus Lateinamerika, Indien, Japan und Ungarn kennenzulernen.

### Zweite Untersuchungsmethode

Ich habe die Rolle eines Hausgeburtshelfers in der Londoner Region übernommen, das heißt in einem Land, in dem die Hausgeburtsrate (1%) dem üblichen Anteil in den industrialisierten Ländern entspricht. Alle Hausgeburten, bei denen ich anwesend war, fanden weniger als 30 Minuten vom nächsten Krankenhaus statt (eine typische Situation für die Frauen, die in industrialisierten Ländern leben). Bei einer Hausgeburt war ich die einzige anwesende Fachperson.

Im Untersuchungszeitraum wurde ich 100mal zu Hausgeburten gerufen. Bei 95 Fällen befürwortete ich das Vorhaben, die erste Phase der Geburtsarbeit zu Hause stattfinden zu lassen, denn ich gehe davon aus, daß dies der beste Zeitpunkt ist, das Auslesescreening vorzunehmen. In vielen Fällen hatte ich die schwangere Frau nur einmal vor der Geburt gesehen; es handelte sich dabei um Frauen, die sich in der letzten Minute entschieden hatten, zu Hause zu bleiben, oder andere Geburtshelfer hatten es im letzten Moment aus medizinischen Gründen abgelehnt, die Frau zu Hause zu betreuen.

Von den 84 Geburten, die schließlich zu Hause stattfanden, waren 36 Mütter primipara (darunter eine Steißlage, drei Frauen waren um die 40), drei Frauen hatten vorher durch Kaiserschnitt entbunden, bei einer Frau war ein Myom entfernt worden (Myomektomie) und eine Frau hatte bei der vorherigen Geburt in einer Klinik eine Blutung gehabt. Bei neun Frauen war ich zum zweitenmal Geburtshelfer.

Bei diesen 84 Hausgeburten wurde kein Dammschnitt vorgenommen, und es gab nur einen Riß zweiten Grades. Kein Baby mußte abgesaugt oder beatmet werden. In keinem Fall traten Blutungen (Nachblutungen) auf.

In fünf Fällen lehnte ich meinen Beistand ab. Einmal wurde ich gleichzeitig zu zwei Geburten gerufen. In einem Fall empfahl ich der Mutter, aufgrund ihrer am Telefon gegebenen Informationen, ins Krankenhaus zu gehen (sie hatte Blutungen mitten in der Nacht, wohnte in einer entfernten Ortschaft, und ich begleitete bereits eine Geburt). Die Geburt verlief normal. Bei einer anderen Frau war das Kind in der Querlage, was indiskutabel einen Kaiserschnitt erforderlich macht. Es kam einmal vor, daß ich eine Hausgeburt ablehnte, nachdem die Fruchtblase vorzeitig, sechs Tage zuvor, gesprungen war. (Das Baby wurde normal in der Klinik geboren.) Einmal lehnte ich eine Hausgeburt ab, weil der Geburtstermin schon seit drei Wochen überschritten war. (Auch hier wurde das Baby normal in der Klinik geboren.)

Meine Empfehlung, die Geburt im Krankenhaus fortzusetzen, kam immer vor dem Eintreten einer eindeutigen Komplikation. Ein Kaiserschnitt wurde einmal kurz nach der Ankunft im Krankenhaus vorgenommen (Zeichen von Fetalem Distress waren in der Eröffnungsphase aufgetreten).

Nachdem das Gesundheitsamt (health authority) von den Hausgeburten benachrichtigt worden war, wurden alle Mütter und Neugeborenen von NHS-Hebammen untersucht. Zwei Babys wurden einige Tage nach der Geburt wegen einer schwachen Gelbsucht von den Hebammen ins Krankenhaus verlegt. Ein übertragenes Baby, geboren nach einer kurzen Geburt (Zweitgebärende), wurde in der ersten Lebenswoche wegen Verdauungsproblemen in eine pädiatrische Abteilung verlegt. Eine milde Form von Enterokolitis wurde vermutet. Die Genesung war innerhalb von ein paar Tagen abgeschlossen.

### SCHLUSSFOLGERUNGEN

Verschiedene Schlußfolgerungen können aus der Kombination der beiden Untersuchungsmethoden gezogen werden.

#### Schlußfolgerung I

Der statistische Ansatz kann in der jetzigen Situation nur begrenzt die potentiellen Vorteile der Hausgeburt in industrialisierten Ländern einschätzen helfen (die Niederlande ausgeschlossen).

- A Es ist unmöglich, aus einer selbst gewählten Kleingruppe allgemeingültige Schlußfolgerungen zu ziehen. Innerhalb dieser Kleingruppe sind die Motivationen verschieden und nicht repräsentativ für die ganze Bevölkerung (außergewöhnliches Selbstvertrauen oder außergewöhnliche Angst vor dem Krankenhaus oder eine intellektuelle Abwägung von Risiko und Vorteil usw.).
- B Es ist nicht einfach, die Auswirkung der derzeitig vorherrschenden Meinung über den Geburtsprozeß in die Statistiken einzubeziehen. Was Hausgeburt betrifft, ist der vorherrschende Glaube in allen industrialisierten Ländern (außer in den Niederlanden) der gleiche und einfach zusammenzufassen: "Hausgeburt ist gefährlich". Dieser Glaube wird von den meisten europäischen Hebammen, die in Krankenhäusern ausgebildet werden, geteilt, ebenfalls von zahlreichen amerikanischen Nurse-Midwives (Krankenschwester-Hebammen) und dem Hauptanteil der Bevölkerung. Auch viele Karrierefrauen, die Schlüsselpositionen im Journalismus innehaben, und zu einem noch höheren Anteil die Medizinstudentinnen und die Ärzte, teilen diesen Glauben.

Überall in der Welt werden schwangere Frauen, die in der Gegenwart eines Arztes den Begriff "Hausgeburt" erwähnen, mit der gleichen Reaktion konfrontiert: "Zurück in die Vergangenheit. Was werden Sie machen, wenn ...?"

Viele Ärzte zögern nicht, die Angst vor dem Gebären zu schüren, ohne dabei zu bedenken, daß Angst das Haupthindernis für eine leichte unkomplizierte Geburt ist. Dazu kommt, daß Hausgeburt ein Randphänomen bleibt, solange viele Geburtsbegleiterinnen sich vor Prozessen fürchten. Diese Situation erzeugt eine andere Art von Angst um die Geburt, deren Auswirkung kaum statistisch erfaßt werden kann.

Die ärztlichen Verhaltensweisen sind fest verwurzelt. Die meisten Medizinstudentinnen, die ich getroffen habe, konnten sich nicht vorstellen, daß die Umgebung einen Einfluß auf die physiologischen Vorgänge in der Perinatalzeit haben könnte und daß deswegen Wert auf die Umgebung gelegt werden sollte. Sehr wenige Ärzte auf der Welt erwähnen, daß Gebären in einer vertrauten, intimen Umgebung eine Möglichkeit sein kann, Komplikationen zu vermeiden, und sehr wenige Ärzte haben die Statistiken der Niederlande genau angeschaut, das einzige Land in der westlichen Welt, wo Hausgeburten mit der selbstverständlichen Unterstützung eines Krankenhauses für den Notfall stattfinden können.

Nur sehr wenige Ärzte erwähnen, daß Neugeborene die gleichen (IGg) Antikörper wie ihre Mütter haben und deswegen besonders an die häuslichen Mikroorganismen angepaßt sind.

Die herkömmliche Meinung über Hausgeburt wird auch durch die Medien verstärkt. Die Geschichte einer Totgeburt in Frankreich ging um die Welt, und daraus wurden ohne jegliche statistische Referenzen Schlüsse gezogen.

- C Statistisch ist sehr schwer zu erfassen, welche Auswirkungen die konfliktbeladene Atmosphäre um die Hausgeburt hat. In einigen Ländern ist dieser Konflikt nur Ausdruck der gegensätzlichen Ansätze Geburtsmanagement und Hebammenkunst. Dies ist noch offensichtlicher in Ländern, in denen die Anzahl der Gynäkologen/Geburtshelfer deutlich über der der Hebammen liegt (Kanada, USA, Brasilien, Italien).
- D Die Auswahlkriterien schwanken beachtlich von einer Geburtsbegleitperson zur anderen; die eine wird nur Frauen annehmen, die schon einmal normal entbunden haben, die andere fast jede Frau, die nachfragt.

Dessen ungeachtet hat es viele Versuche gegeben, die Ergebnisse von Hausgeburten in industrialisierten Ländern statistisch zu erfassen.

Im Vereinigten Königreich entdeckte Marjorie Tew 1975 dieses Thema, als sie in Nottingham Epidemiologievorlesungen für Medizinstudentinnen hielt. Als sie "Übungen in Epidemiologie" ausarbeitete, fiel ihr zufällig auf, daß keine Statistik folgende weitverbreitete Annahme untermauert: "Der Grund für die Senkung der Perinatalmortalitäts- und Müttersterblichkeitsrate liegt darin, daß Geburten allgemein in Krankenhäusern stattfinden" (3-5).

In Frankreich legte 1986 das Millau-Team seine eigenen Statistiken vor (300 Geburten in einer bäuerlichen Region, die für die städtische Gesellschaft nicht repräsentativ ist). Andere Dokumente wurden von Hebammen und Allgemeinärzten vorgestellt, die erkannt haben, daß Zahlen von Einzelpersonen zu gering sind, um statistisch signifikant zu sein (z.B. Toronto).

Statistische Untersuchungen wurden in verschiedenen Staaten der USA durchgeführt (6-9).

In einem Bericht über neonatale Mortalität bei Hausgeburten in Missouri, der 3067 geplante Hausgeburten erfaßte, konnte nachgewiesen werden, daß der Mortalitätsüberschuß bei geplanten Hausgeburten in engem Zusammenhang mit der Unerfahrenheit der Geburtsbegleitperson stand. Diese Hauptschlußfolgerung wird von allen Fachleuten geteilt, die ihre Ergebnisse beobachten: Die Statistiken verbessern sich mit dem Erfahrungszuwachs (die Statistiken in Millau 1986 mit 300 Geburten waren besser als die von 1984 mit 180 Geburten).

Wir sollten beachten, daß die sehr erfahrenen Geburtsbegleiterinnen in der Dritten Welt (z.B. Malawi) Ergebnisse aufweisen, die sich in der industrialisierten Welt sehen lassen können (11-12), während es dort, wo Hausgeburten nur Randerscheinungen sind, vielen Geburtshelferinnen an Erfahrung mangelt. Es stellt sich sogar die Frage, ob nicht dieses Erfahrungsdefizit jede statistische Erhebung über die Vorteile der Hausgeburt zusätzlich verfälscht.

### Schlußfolgerung II

Es stellt sich heraus, daß einige Fehler im Zusammenhang mit der städtischen Umgebung (Hausgeburt in der Nähe eines Krankenhauses) überall auf der Welt auftreten.

- A Der häufigste Fehler besteht darin, auch dann auf Hausgeburt zu beharren, wenn die Eröffnungsphase lang und schwierig gewesen ist. Besser wäre es, die Eröffnungsphase als besten Zeitraum anzusehen, um herauszufinden, ob die Geburt tatsächlich zu Hause stattfinden kann. In unzähligen Unterhaltungen mit Hunderten von Geburtsbegleiterinnen stellte sich heraus, daß den meisten Komplikationen (künstliche Beatmung des Neugeborenen, Blutung post-partum usw.) lange und schwierige Eröffnungsphasen vorausgegangen waren. Einerseits stellt der Transport ins Krankenhaus während der Geburtsarbeit kein besonderes Risiko dar. Dies wurde in den Niederlanden durch die "Wormerver Study" nachgewiesen: Die perinatale Sterblichkeitsrate nach Verlegung während der Geburtsarbeit entsprach der nationalen Rate in diesem Zeitraum (11 per 1000) (13). Andererseits, wenn die Eröffnungsphase als der beste Zeitpunkt für die Entscheidung betrachtet wird, schleppen weniger Frauen monatelang die belastende Bezeichnung "Risikoschwangere" mit sich herum; mit dieser Bezeichnung gehen gefährliche Ängste einher. In der "Wormerver Study" war die Überweisung einer Schwangeren an den Gynäkologen durch die Hebamme mit einer hohen perinatalen Sterblichkeitsrate gekoppelt (51 per 1000).
- B Ein zweiter Fehler, der unter den Geburtsbegleiterinnen weit verbreitet ist, ist die Unterschätzung der Bedeutung von Intimität während der Entbindung. Es ist üblich in den Kreisen, wo Hausgeburten stattfinden, das Bedürfnis der Mutter nach Hilfe, Begleitung, emotionaler Unterstützung usw. zu betonen. Der Begriff "Intimität" erscheint sehr spät auf dieser Liste. Freunde werden eingeladen, um an dem Ereignis teilzunehmen. Diese Einstellung steht im Widerspruch zur "natürlichen Geburt". Unter allen Säugetieren ist eine "natürliche Geburt" eine Geburt in Intimität.
- C Ein dritter häufiger Fehler besteht in der Übernahme der Normen, die Fachleute ohne Hausgeburtskenntnisse eingeführt haben. Zum Beispiel müssen Hebammen in verschiedenen Gesundheitssystemen eine bestimmte Anzahl von vaginalen Untersuchungen durchführen und die Ergebnisse in eine Tabelle eintragen. In Wirklichkeit können Hebammen, die über die Grenzen der Krankenhausbildung hinausgehen und gute Erfahrungen mit Hausgeburten in völliger Intimität haben, auf die Störungen, die vaginale Untersuchungen für die Gebärende bedeuten, verzichten. Sie können vielmehr an den Geräuschen der Gebärenden, ihrer Art zu atmen, ihrer Körperhaltung usw. das Fortschreiten der Geburtsarbeit bewerten.

Ein anderes Beispiel ist die Vorschrift in einigen Gebieten des Vereinigten Königreichs, die besagt, daß Hebammen zu zweit eine Geburt begleiten dürfen. Diese Anforderung ist von der Geburtshilfepraxis im Krankenhaus diktiert, wo Entbindungen von einem geburtshilflichen Team begleitet werden. Die Ausübung der Hebammenkunst ist eine Erfahrung in der Einsamkeit. Es ist ungut, eine zweite Geburtsbegleiterin zuzulassen, denn die Rolle der Hebamme besteht darin, den Herzrhythmus des Babys in Abständen zu kontrollieren oder rechtzeitig Gründe für eine Einweisung ins Krankenhaus zu ermitteln.

Es ist nicht nur häufig ein Fehler, die Normen der Krankenhaus-Geburtshilfe zu Hause anzuwenden; es wäre auch falsch, die Schlußfolgerungen, die aus Studien in anderen Umgebungen gezogen worden sind, auf die Hausgeburtshilfe zu übertragen. So hat zum Beispiel das, was in einem Universitätskrankenhaus unter "dritter physiologischer Phase" verstanden wird, nichts gemein mit dem, was sich in einer vertrauten intimen Umgebung (kleiner, dunkler, gut geheizter Raum; keine Beobachter, keine Vorschläge, nichts, was Haut- und Blickkontakt zwischen Mutter und Kind in der Stunde nach der Geburt stört) ereignet.

#### Schlußfolgerung III

Es gibt auch finanzielle Gründe, die in den industrialisierten Ländern verhindern, daß Hausgeburt eine echte Alternative ist. Die wirtschaftlichen Hindernisse sind nicht überall gleichartig. Im Vereinigten Königreich z.B. wollen die Frauen, die eine Hausgeburt wünschen, ihre Hebamme vorher kennenlernen. Sie ziehen es also vor, sich eine selbständige Hebamme auszusuchen, die sie bezahlen, obwohl ärztliche Leistungen im Rahmen des National Health Service frei sind. In Frankreich haben die selbständigen Hebammen (sages-femmes libérales) Überlebensschwierigkeiten. Die "Sécurité Sociale" schätzt die Einnahme für den Beistand bei einer Hausgeburt mit post-partum-Besuchen auf FF 830,00.

#### Schlußfolgerung IV

Die Ausbreitung von Hausgeburten wird einfacher sein in den Ländern, in denen die Anzahl der Hebammen deutlich höher liegt als die der Ärzte-Geburtshelfer. Aus Gesprächen mit skandinavischen Hebammen konnte ich entnehmen, daß es einfach sein würde, in Städten wie Stockholm oder Göteborg ein Organisationsnetz für die Hausgeburt aufzubauen, obwohl die Hausgeburtsrate in Schweden z.Z. unter 1% liegt.

Im Vereinigten Königreich sollte die Ausbreitung von Hausgeburten durch die positive Herausforderung zwischen NHS community midwives und selbständigen Hebammen gefördert werden. Auf der anderen Seite wird die Verbreitung der Hausgeburt schwieriger sein in Ländern wie Kanada, wo die Ausbildung von Hebammen noch immer im Planungsstadium ist, oder wie Spanien, wo die Hebammenausbildung vor fünf Jahren eingestellt wurde.

## EMPFEHLUNGEN UND VORSCHLÄGE

1. Da die Anpassungsschwierigkeiten der modernen Gesellschaft an die Hausgeburt hauptsächlich in der Sphäre des Glaubens zu suchen sind, muß vor allem die allgemein verbreitete Propaganda herausgefordert werden, Hausgeburt sei gefährlich und ein Schritt zurück in die Vergangenheit. Das beste Mittel, diesen Glauben herauszufordern, bilden die Statistiken der Niederlande (14). Diese sollen der Anschaulichkeit halber vereinfacht und zusammengefaßt werden: Zum Beispiel sind die Niederlande das einzige industrialisierte Land, in dem ein Drittel der Geburten zu Hause stattfindet. Die Niederlande sind ebenfalls das einzige Land, in dem es möglich ist, folgende Raten in Einklang zu bringen: perinatale Mortalitätsziffer unter 10/1000, Müttersterblichkeitsziffer unter 1/10 000 und Kaiserschnitttrate um 6%.
2. Der Ausbreitung von Hausgeburt mit einer Klinik für den Notfall in der näheren Umgebung stehen keine ernst zu nehmenden Bedenken im Wege. Ein übergroßes Angebot an Hausgeburtskollektiven könnte andererseits Widersprüche in sich tragen. Die Mehrheit der Frauen, die zu Hause gebären wollen, möchte im voraus die Person kennenlernen, die sie begleiten wird. Die Hebammenkunst läßt sich aber nicht wie die medizinische Geburtshilfe in ein System hineinpressen.
3. Langfristig gesehen wäre es vorteilhaft, das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Hebammen und Geburtsmedizinern zu kontrollieren und in diesem Bereich eine Quotenregelung einzuführen, um diese Rate zu regulieren. Wir schlagen vor, Schweden und die Niederlande als Bezugsgrößen zu nehmen. In diesen Ländern ist im Laufe der letzten 12 Jahre die Kaiserschnitt- und Interventionsziffer sehr stabil geblieben (15).
4. Die Auswirkung der Umgebung auf den menschlichen Gebärvorgang und auf andere physiologische Prozesse in der Perinatalzeit sollte in den Lehrplan des Medizinstudiums aufgenommen werden. Dies würde die Studentinnen und ihre Dozenten dazu bringen, neue Fragen zu stellen und den vorherrschenden Glauben auf die Probe stellen.

LITERATUR

1. Gillett, J. *Childbirth in Pithiviers, Frankreich*, Lancet 1979, S. 894-896
2. Odent, M. *Birth Under Water*, Lancet 1983, S. 1476-1477
3. Tew, M. *Effects of scientific obstetrics on perinatal mortality*, Health Soc. Serv. J. 1981, 91, 444-446
4. Tew, M. *Place of birth and perinatal mortality*, J.R. Coll. Gen. Pract., 35, 390-394
5. Tew, M. *Do obstetric intranatal interventions make birth safer?* Br. J. Obst. Gyn. 1986. 93, 659-674
6. Burnett, C.A., Jones, J.A., Rook, J. *Home delivery and neonatal mortality in North Carolina*, JAMA 1980, 244: 2741-2745
7. Hinds, M.W., Bergeisen, G.H., Allen, D.T. *Neonatal outcome in planned vs. unplanned out-of-hospital births in Kentucky*, JAMA 1985. 253: 1578-1582
8. Sky, K.K. u.a. *Out-of-Hospital delivery in Washington state 1975 to 1977*, Am.J. Obst. Gynaecol. 1980. 137: 547-557
9. Sullivan, D.A., Beeman, R. *Four years experience with home birth by licensed midwives in Arizona*, Am. J. Public Health 1983. 73: 641-645
10. Shramm, W.F. u.a. *Neonatal mortality in Missouri home births*, Am.J. of Public Health 1987. Band 77, Nr. 8
11. Bullough, C.H.W., Msuku, R.S., Karoude, L. *Early sucking and post-partum haemorrhage trial in deliveries by traditional birth attendants*, Lancet 1989, S. 522-525
12. Odent, M. *In praise of the traditional birth attendant*, Lancet 1989, S. 862-863
13. Van alten D., Eskes, M., Treffers, P.E. *Midwifery in the Netherlands. The wormerver Study*, Br. J. Obst. Gyn. 1989, Band 96, S. 656-662
14. Centraal Bureau voor de Statistiek (1987). *Birth by obstetric assistance and place of delivery*, 1986 Monthly Bull. Popul. Health Stat., 11, 22-23
15. Notzon, F.C. *International differences in the use of obstetric interventions*, JAMA 1990, 263 Nr. 24, S. 3286-3291