

Ich als Teil des Systems – und mein Weg, Gewalt in der Geburtshilfe zu vermeiden

Eva Schranz hatte sich in der Ausbildung vorgenommen, die Bedürfnisse der Frauen bei der Geburt zu erfüllen. Im Arbeitsalltag war dies nicht immer möglich. Doch es gibt Möglichkeiten, Gebärende zu stärken und vor zu vielen Interventionen zu schützen.

Wahrscheinlich hat jede Hebamme im Krankenhaus schon einmal Gewalt an einer Gebärenden miterlebt. Meine schlimmsten Erinnerungen stammen aus meinem Studium – in einem großen Krankenhaus mit starker Hierarchie blieb allzu oft die individuelle Betreuung auf der Strecke. Selbst wenn die Hebamme mit Herzblut und vollem Engagement bei der Sache war, konnte sie die Frauen nicht vor einer Horde in weißen Kitteln bewahren, die ins Zimmer kam und ihre fragwürdige Routine namens Kreißsaalvisite abspulte. Es war egal, in welcher Geburtsphase sich die Frau gerade befand. Es war egal, ob die Hebamme erst fünf Minuten davor vaginal untersucht hatte. OP-Lampe an, zwischen die Beine gerichtet, nochmalige vaginale Untersuchung vor versammelter Mannschaft. Oft grob, oft mit Amniotomie. Einfach so. Allein vor dieser Visite und der Hierarchie graute mir so, dass ich so viele Praktika wie möglich „auswärts“ machte.

Als Hebammenstudentin hatte ich ja gar keine Möglichkeit, die Frauen irgendwie zu schützen. Dabei hätte ich sie manchmal auch gerne vor der Hebamme beschützt. Während der Aufnahme, für die ich zuständig war, erzählte mir eine Gebärende einmal, dass sie die Hebamme von der ersten Geburt in schrecklicher Erinnerung hatte, die jetzt aber bestimmt schon in Pension wäre. Sie beschrieb mir die Hebamme, und ich wusste gar nicht, wie ich es ihr sagen sollte – nicht nur, dass die Hebamme noch im Dienst war, son-



Vor „versammelter Mannschaft“ bleibt die Intimsphäre auf der Strecke

dern auch, dass sie genau heute genau für dieses Zimmer zuständig war. Niemals wollte ich so abgestumpft und in meinen Augen unmenschlich werden.

„Heute noch“...

Jetzt würde ich gerne schreiben, dass meine Ausbildung schon lange her ist. Aber es war von 2007 bis 2010, und ich fand es damals unfassbar, dass „heute noch“ so agiert wird. Ich wollte später mal ganz anders arbeiten. Mittlerweile bin ich angestellte und freiberufliche Hebamme und habe sicherlich auch an der einen oder anderen traumatischen Geburt mitgewirkt. Obwohl ich versuche, mein Bestes zu geben. Leider arbeite ich in dem Bundesland mit der höchsten Sectorrate

in ganz Österreich. Dabei bin ich eine Verfechterin der „gekonnten Nicht-Intervention“, was im Krankenhaus manchmal recht schwierig ist - und manchmal klappt es erstaunlich gut. Ich kenne die ÄrztInnen, sie kennen mich. Sie wissen, dass ich eher selten untersuche, selten amniotomiere, selten für Oxytocin plädiere. Dass ich so wenig CTG wie möglich schreibe, die Frauen mit mir meistens auf der Matte am Boden gebären und ich sehr selten zum Pressen anleite. Dass ich die Epischere fast immer originalverpackt lasse und versuche, jede Intervention vorher mit der Frau zu besprechen und ihr Alternativen zu bieten. Manche kommen gut damit zurecht, manche verdrehen die Augen, aber sie lassen mich machen.

... und auch bei mir

Das Thema Selbstbestimmung und gewaltfreie Geburtshilfe ist mir ein Anliegen, trotzdem gibt es bestimmt auch Frauen, die enttäuscht von mir waren. Vielleicht, weil ich zu wenig Zeit für sie hatte, während ich von einem Kreißsaal zum anderen gelaufen bin. In Nächten mit sechs Geburten und einer einzigen Hebamme bleibt viel zu wenig Zeit für Betreuung. Das ist Arbeiten wie am Fließband. Das Gefühl kennen sicher einige LeserInnen. Zum Glück sind wir inzwischen besser besetzt, aber der Personalmangel bleibt ein dauerhaftes Problem – mal mehr, mal weniger akut. Wie soll ich einer Frau und ihren Bedürfnissen in diesen einzigartigen Stunden in ihrem Leben gerecht werden, wenn ich von einer zur anderen hetze und am Ende des Dienstes nur froh bin, dass alle Mütter und Kinder diesen Wahnsinn gesund überstanden haben? Ich kann mich erinnern, wie ich stundenlang nachdokumentiert habe und dabei die Frauen nicht einmal richtig auseinanderhalten konnte. Eins-zu-Eins-Betreuung wäre das Zauberwort. Das Zauberwort, von dem ich nicht glauben kann, dass es jemals Realität wird. Wie schön das ist, wenn man seine ganze Aufmerksamkeit einer einzigen Gebärenden widmen kann! Und wie bitter für die Frauen, dass es ein Lotteriespiel ist, ob die Hebamme Zeit für sie haben wird oder nicht. Aber selbst bei ausreichend Zeit für die Betreuung habe ich wahrscheinlich die eine oder andere Frau enttäuscht. Die, die gerne die Verantwortung an der Krankenhaustür abgeben und sich „entbinden“ lassen würde, der ich dann aber klarmachen muss, dass nur sie selbst ihr Kind gebären kann, dass ich ihr das nicht abnehmen kann. Manche Frauen waren sehr dankbar dafür, dass ich sie in jede geburtshilfliche Entscheidung miteinbezogen habe – und manche waren überfordert mit ihrem Mitspracherecht. Weil sie nicht erwartet hatten, selbst etwas entscheiden zu müssen. Die Frauen sind unterschiedlich wie Tag und Nacht, wir alle wissen das. Wie kann es da eine Hebamme jeder Frau recht machen? Bestimmt war ich auch manchmal „zu natürlich“ eingestellt. Die einen sind froh, wenn ich sie so motivieren konnte, dass sie ohne PDA geboren haben – die anderen finden vielleicht, ich hätte sie leiden lassen.



Wie kann ich einer Frau in dieser einzigartigen Situation gerecht werden, wenn ich von einer zur anderen hetze?

Akutsituationen und Gratwanderungen

Auch nach Akutsituationen bin ich manchmal nur mäßig zufrieden mit mir. So sehr ich auch versuche, beruhigend auf die Frau einzuwirken und alles zu erklären, während rundherum die Hektik ausbricht, sehe ich doch die Angst in ihren Augen – und denen des Partners! – und denke mir, dass es wohl trotzdem für sie traumatisch werden kann. Aber der Wille zählt, und ein paar erklärende und beruhigende Worte können einen großen Unterschied machen.

Wenn ein Arzt oder eine Ärztin grob untersucht, kann ich manchmal nicht mehr tun, als die Hand der Gebärenden zu drücken und mit ihr zu atmen. Oft genug habe ich danach schon gehört: „Wieso ist die Untersuchung bei Ihnen viel angenehmer?“ und habe mich geärgert, dass es scheinbar nicht selbstverständlich ist, behutsam zu untersuchen.

Manchmal kann ich rasch reagieren, wenn jemand ohne Vorwarnung die Frau kristellern will und kläre die Schwangere schnell auf, was passieren wird. Einmal, vor Jahren, war ich zu langsam und selbst geschockt, als eine Ärztin bei einer Vakuumextraktion eine vorzeitige Episiotomie ohne Lokalanästhesie in der Wehenpause geschnitten hat. Gewalt aus Gedankenlosigkeit – anders kann ich das nicht nennen, gepaart mit Abgestumpftheit und der Aussage: „Dort, wo ich herkomme, wird das oft so gemacht.“

Ich habe es manchmal schon als großes Problem erlebt, wenn geburtshilfliches Personal in anderen Ländern ausgebildet wurde, in denen zum Teil noch sehr wenig Wert auf Aufklärung, individuelle Betreuung und informierte Entscheidung gelegt wird und z.B. extrem hohe Episiotomieraten an der Tagesordnung sind. Und doch brauchen wir dieses Personal, denn wir haben zu wenig. Ich weiß nicht, ob es eine Lösung für dieses Dilemma gibt.

Vorbereiten auf die Geburt, aber wie?

In meinen Geburtsvorbereitungskursen stehe ich dann vor der schwierigen Aufgabe, Schwangere bestmöglich vorzubereiten, ohne ihnen Angst zu machen, sie zur Selbstbestimmung zu ermuntern, ohne sie misstrauisch und argwöhnisch gegenüber Krankenhauspersonal zu machen. Meist werde ich auch nach meinen Geburtserfahrungen gefragt und erzähle dann, dass ich meine beiden Kinder zuhause geboren habe. Einerseits bin ich ein Fan der Hausgeburtshilfe, andererseits arbeite ich im Krankenhaus – diese Gratwanderung kennen wohl einige Kolleginnen.

Ich versuche, die Schwangeren zum Hinterfragen von Interventionen zu ermutigen, rate ihnen aber bewusst nicht dazu, einen schriftlichen „Geburtsplan“ mitzubringen. Allzu oft habe ich als Studentin und fertige Hebamme erlebt, wie Kolleginnen sich dadurch persönlich angegriffen fühlten, weil sie ihre Kompetenz in

Frage gestellt sahen und sich die Betreuung der Frau dann eher zum Negativen als zum Positiven verändert hat. Zumindest in meiner Gegend ist ein Geburtsplan noch so unüblich, dass einige Hebammen noch nicht gut damit umgehen können. Ich empfehle daher lieber, eine Wunschliste für sich selbst auszuarbeiten und mit dem Partner zu besprechen, damit das Paar seine Wünsche während der Geburt mündlich deponieren kann. Im Rahmen eines Gesprächs klappt es meiner Meinung nach oft besser als auf Papier. Und doch ist es natürlich nicht von der Hand zu weisen, dass ein schriftlicher Geburtsplan verbindlicher wirkt und manche Hebammen oder ÄrztInnen eher dazu bewegt, sich mit den Wünschen einer Schwangeren auseinanderzusetzen.

In jedem einzelnen Kurs begegnen mir Schwangere, die Angst davor haben, dass die Hebamme kaum Zeit für sie haben könnte, dass sie mit der Hebamme nicht zurecht kommen, dass sie einen Dammschnitt oder Kaiserschnitt bekommen... Wie schön wäre das, wenn ich diese Ängste wirklich entkräften könnte, wenn es tatsächlich keinen Grund zur Beunruhigung gäbe. Doch wir alle wissen, es gibt diese traumatischen Geburtserlebnisse, die Fehler in der Betreuung, die nicht passieren dürften. Durch „Roses Revolution“ wird das Thema immer bekannter, es wird nicht mehr totgeschwiegen. Das finde ich einerseits gut, weil ich möchte, dass sich etwas bewegt. Andererseits macht es manchen Schwangeren sehr viel Angst, wenn sie schlimme Geschichten lesen, und das ist wiederum gar nicht förderlich für eine gute Geburt.

Nach der Geburt

Als Krankenhaushebamme habe ich auch schon mitbekommen, dass so manche Frau, die ihren Geburtsbericht niederschreibt, Dinge durcheinanderbringt oder Aussagen und Zusammenhänge völlig falsch versteht. Den Eindruck hat man oft schon, wenn man als Fachperson Geburtsberichte im Internet oder Beschwerdebriefe liest. Und wenn man dazu die Geburtsdokumentation kennt oder mit der betreffenden Kollegin spricht, verstärkt sich dieser Eindruck noch. Ich würde gerne falsche Schlussfolgerungen richtigstellen oder den betroffenen Frauen erklären, warum etwas gemacht wurde.

Geburtsbericht 6

(Name der Redaktion bekannt)



... Immer wieder kam kurz eine Hebamme rein, steckte ihre Finger in mich und ging wieder ... Die Wehen waren unerträglich im Liegen, und ich hatte kaum mehr Pausen dazwischen.

Um 19:30 kam die Hebamme ins Zimmer und meinte nach einem Blick aufs CTG, dass irgendwas nicht stimmt. So schnell konnte ich gar nicht schauen, war der Kreißaal voller Ärzte und Assistenten, Kinderarzt etc. ... Mir wurde gesagt, ich sollte mehr mitpressen. Und ich hörte, wie die Herztöne abfielen und immer wieder Alarm auslösten. Sie standen alle um mein Bett herum, und dann lehnten sich drei Ärzte/Hebammen auf meinen Bauch. Einer davon drehte mein T-Shirt ein, um mehr Druck erzeugen zu können. ... Ohne Erklärung, Vorwarnung oder geschweige denn meinem Einverständnis wurde mir mit einem Katheter die Blase entleert.

Es wurde weiter kristallisiert, und die Saugglocke wurde angesetzt und rutschte dreimal an dem Kopf meines Sohnes ab. Irgendwann wurde ich angefaucht, dass ich jetzt endlich ordentlich pressen soll bei der nächsten Wehe, sonst war es das mit dem Baby. ... Dann schnappten sie ihn und verschwanden mit ihm aus dem Raum. Plötzlich war das ganze Zimmer leer, ich lag da und war völlig überfordert. Die letzte Stunde sah ich mich selbst nur mehr von oben. Ich war einfach zu sehr schockiert, was mit mir passierte. ... Heimgeschickt haben sie mich mit einem gesunden Jungen, aber dem war nicht so. Heute, über 10 Jahre später, pflege ich einen schwerstbehinderten Jungen, der nicht sitzen, laufen oder den Kopf halten kann. Er muss gewickelt, gefüttert, gebadet und überall hingetragen werden. ABER trotz allem ist er ein Sonnenschein!



Leider scheint es häufig an der Kommunikation während der Geburt zu hapern. Oder den Frauen wird erst später bewusst, dass sie vieles nicht verstanden haben, und sie reimen sich dann etwas zusammen, das in manchen Fällen gar nicht zutreffend ist.

Ich habe mir deshalb vorgenommen, in Zukunft jeder Frau, die im Dienst von mir betreut wird, meine Visitenkarte zu geben mit dem Hinweis, dass sie sich jederzeit

melden kann, wenn Unklarheiten oder Fragen zur Geburt auftauchen. Das finden aber sicher nicht alle KollegInnen praktikabel oder wünschenswert.

Als wäre sie meine Schwester

Natürlich kommt man auch nicht mit allen Gebärenden gleich gut zurecht. Sympathie und Antipathie kann man wenig beeinflussen, und wahrscheinlich hat jede Hebamme schon Frauen beglei-

tet, deren Betreuung wesentlich anstrengender und mühsamer war als die „Durchschnittsgeburt“, falls es die überhaupt gibt. Dabei professionell zu bleiben und auch diese Frauen bestmöglich zu betreuen, ist sicher eine der größeren Herausforderungen unseres Berufes. Mir persönlich hilft es in solchen Fällen, mich zwischendurch zu fragen: „Wie würde ich diese Frau jetzt behandeln, wenn sie meine Schwester oder beste Freundin wäre?“ Halte ich mir diesen Gedanken vor Augen, erleichtert mir das meine Arbeit und hilft dabei, diesen Frauen wertschätzend und empathisch zu begegnen. Höre ich mir die schlimmen Geburtsgeschichten der älteren Generation an, bin ich oft froh, dass sich schon viel verändert hat. Lese ich dann aber die Berichte im Internet oder höre die Erzählungen der Frauen in meiner Stillgruppe, bin ich betroffen, was heute, 2019, tatsächlich noch hinter den Kreißsaaltüren passiert. Warum ändert sich die Geburtshilfe nicht schneller? Manchmal würde ich mir wünschen, dass sich mehr junge KollegInnen trauen, Geburtshilfe so zu leisten, wie sie es sich während des Studiums vorgestellt haben. Die hohen Ideale müssen allzu oft der Krankenhausroutine weichen, denn bei uns ist es z.B. Usus, zu jeder Geburt die Ärztin/den Arzt zu rufen. So manche frisch gebackene Hebamme traut sich noch nicht recht, den ÄrztInnen zu widersprechen, hält sich „erst mal“ zurück – und dann schafft sie den Absprung nicht mehr.

Einen Schutzraum schaffen und Zeit lassen

Ich bin auch beileibe keine Autoritätsperson und noch dazu sehr harmonieliebend, das macht Widerspruch schwer. Aber ich habe für mich eine elegante Lösung gefunden: Wie schon erwähnt, gebären bei mir nur sehr wenige Frauen im Bett – eigentlich nur die, die es unbedingt wollen oder bei denen tatsächlich Interventionen notwendig sind. Ich finde, das löst sehr viele Probleme, bevor sie überhaupt entstehen. Meiner Erfahrung nach haben manche ÄrztInnen viel mehr den Drang, sich einzumischen, wenn die Gebärende direkt vor ihnen auf dem Bett liegt und sie freie Sicht auf das Geschehen haben. Ich will nicht allen ÄrztInnen unterstellen, dass sie voreilig intervenieren, aber ich denke, wir alle kennen welche, auf die das zutrifft. Ich liebe es also, wenn



Frauen den Boden unter den Füßen behalten, denn es hat aus meiner Sicht sehr viele Vorteile: Wir können uns in eine ruhige, schlecht beleuchtete Ecke zurückziehen, das bewirkt mehr Intimität, die Frau fühlt sich nicht so entblößt. Die Sicht auf den Damm und damit auch der bei manchen Personen ausgeprägte Drang, zum Pressen anleiten oder hineinschneiden zu wollen (oder zu kristellern!), wird stark reduziert. Die Frau bleibt „Herrin der Lage“, sie fühlt sich nicht so ausgeliefert. Sie wird nicht entbunden, sondern gebärt aus eigener Kraft. Das Bett bleibt sauber, und Mutter und Kind können sich nach der Geburt zusammen hineinkuscheln. Natürlich ist mir das in Wirklichkeit völlig egal, aber manchen ÄrztInnen habe ich es tatsächlich schon so erklärt, wenn sie wissen wollten, wieso ich die Frau jetzt unbedingt auf die Matte verfrachten musste. „Weil du dich sonst wieder einmischst“ kommt mir im Hinblick auf das Arbeitsklima dann doch nicht über die Lippen, auch wenn ich es mir genau so gedacht habe.

Auch in der Badewanne genießen die Frauen einen gewissen „Schutzraum“ um sich.

Noch ein Tipp, den ich frisch gebackenen KollegInnen gerne gebe, die versuchen, gegen den Interventions-Strom zu schwimmen: Ich rufe die ÄrztInnen erst sehr spät zur Geburt, vorausgesetzt, das CTG ist in Ordnung. Mangelnde Geduld ist aus meiner Sicht bei manchen ein großes Problem. Das umgehe ich so am liebsten. Ist das Köpfchen schon gut sichtbar, ist bei Erstgebärenden immer noch genügend Zeit anzurufen.

In unserem Haus gibt es zum Glück keine verbindliche Richtlinie, wie oft vaginal untersucht werden muss. Daher versuche ich besonders bei Erstgebärenden in eher langen Abständen zu untersuchen. Es gibt durchaus ÄrztInnen, die öfter anru-

fen und fragen: „Und, wie weit ist Frau A.?“ Meine Antwort lautet dann oft: „Ich weiß nicht, ich habe sie noch nicht wieder untersucht. Aber die Wehen sind gut und regelmäßig!“ Viele geben sich dann damit zufrieden. Hätte ich gesagt: „Leider noch immer 5cm, obwohl die Wehen gut sind“, wäre das je nach Geburtshelfer/In schon der Startschuss für die Interventionskaskade gewesen. Besonders nützlich sind die langen Untersuchungsintervalle auch, wenn es willkürliche Begrenzungen für die Dauer der Austreibungsphase gibt (die ja wissenschaftlich gesehen nicht mehr haltbar, aber trotzdem noch an der Tagesordnung sind). Untersucht man nicht punktgenau zum Beginn der Austreibungsphase, ergibt sich so automatisch ein bisschen mehr Spielraum für die Gebärende und die eine oder andere Vakuumextraktion weniger.

Zum Glück gibt es auch die ÄrztInnen, vor denen ich die Frauen gar nicht „beschützen“ muss, weil wir uns recht einig sind in unserer Auffassung von Geburtshilfe statt Geburtsmedizin.

Ich hoffe inständig, dass sie immer mehr werden und das Thema Gewalt im Kreißsaal mit unserer Hilfe immer weniger Frauen betrifft, bis wir tatsächlich eines schönen Tages von einer gewaltfreien Geburtshilfe sprechen können. Arbeiten wir alle daran!

Eva Schranz BSc



ist Hebamme seit 2010. Sie arbeitet in einem Krankenhaus mit ca. 1000 Geburten pro Jahr (derzeit in Karenz) und ist freiberuflich in der Schwangerenberatung, Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung und Rückbildung tätig. Ihre beiden Kinder sind 2014 und 2017 geboren.