Vaginal operative Geburts-beendigung: Hilfe oder Streß für die Hebamme

U.	Ursula	Loidl
----	--------	-------

Landesfrauenklinik Salzburg(Leiter: prof.Dr.A.staudach)

Hegamme Ursula Loidl Landesfrauenklinik Salzburg A-5400 Vigaun 212

„Die moderne Geburtshilfe hat ihren Ausgangspunkt im 17. Jhdt., als in Frankreich erstmals Ärzte das Ge-burtszimmer betraten und die traditionelle Rolle der Hebamme übernahmen. Erstmals wurde von den Frauen verlangt, auf dem Rücken zu gebären, damit die Ärzte es bei der Anwendung der Zange leichter hatten.“

Aus diesem Zitat von Michel Odent klingt bereits die ambivalente Einstellung der Hebamme zur ärztlichen Geburtshilfe und insbesondere zur vaginal-operativen Geburtsbeendigung an.

250 Jahre lang waren die mannigfaltigen Zangen-modelle Ausdruck der zunehmenden Übernahme der Geburtshilfe aus den Händen der Hebammen in die der ärztlichen Geburtshelfer. Mit der Einführung der Va-kuumsaugglocke wurde von Malmström und Uddenberg 1954 eine andere Methode der vaginal-operativen Geburtsbeendigung etabliert.

Durch die zunehmende Kritik an der „Technisierung“ der Geburt wird vor allem die Hebamme mit der Frage nach Notwendigkeit und Risiko der Anwendung von Vakuum und Forceps konfrontiert.

Um dieses Thema möglichst repräsentativ erörtern zu können, habe ich an alle Hebammen im Land und in der Stadt Salzburg, die an Geburtshilflichen Abteilungen, an denen Forceps oder Vakuum durchgeführt werden, Rund-briefe ausgesandt. Ich habe 55 Hebammen, die diese Bedingungen erfüllen, wegen dieser kleinen Untersuchung persönlich angeschrieben oder angesprochen. Ich habe 26 ausgefüllte Fragebögen ausgefüllt zurückerhalten, das entspricht einer Rücksenderate von 47%.

Diese für mich etwas enttäuschende Kooperations-bereitschaft der Berufskolleginnen läßt das zwiespältige Verhältnis der Hebammen gegenüber wissenschaftlicher Arbeit und theoretischer Überlegung erahnen.

Der Wortlaut der Fragen ist sehr einfach gehalten, um vor allem die subjektiven Empfindungen zu erfahren. Auf

einige Fragen waren mehrere Antworten möglich, weil Ge-fühle nicht einfach mit Ja oder Nein zu beantworten sind.

Zu den Ergebnissen

Obwohl die vaginal-operative Geburtsbeendigung als eine typische ärztliche Tätigkeit den Hebammen sozu-sagen „die Geburt aus der Hand nimmt“, wird sie den-noch von alien als Hilfe akzeptiert, 100% der Hebammen sind „froh, daß die Geburt vaginal beendet werden kann“, davon fühlen sich 20% allerdings als Versager, empfinden ihren Teil der Betreuung als „vergebliche Mühe“.

Ein Drittel der Hebammen bezweifelt in vielen Fällen die Notwendigkeit des ärztlichen Eingreifens und sie würden, wenn sie alleine entscheiden dürften, von diesem Eingriff Abstand nehmen.

Hebammen haben insgesamt keine Präferenz für eine spezielle Technik, es wird die, an der eigenen Abteilung angewandte Methode, durchwegs für gut geeignet gehalten.

Zur Frage, ob sich die Hebamme im Falle der vaginal-operativen Geburtsbeendigung als „Sieger“ (wegen der Vermeidung einer Schnittentbindung) oder voll Zweifel über die Qualität der Betreuung sieht, besteht keine übereinstimmende Meinung – zu verschiedenen sind die jeweiligen Situationen in der Geburtshilfe.

Was streßt die Hebamme?

Jede Geburtsbegleitung bedeutet Streß, denn es ist ein aufregendes Ereignis, wenn ein Kind zur Welt kommt. Dieser Eu-Streß wird durch eine normale Geburt glücklich für Eltern, Kind und Hebamme beendet. Es bedeutet

immer Dis-Streß für die Hebamme, wenn im Geburts-verlauf Abweichungen von der Norm erkennbar werden und sie wegen Komplikationen einen Arzt beiziehen muß.

Die besondere Art der Beziehung, die zwischen Hebamme und werdender Mutter entstehen, läßt die Hebamme oft mitleiden, sie kann sich nur sehr schwer emotional abgrenzen.

Sie muß trotz eigener Zweifel und Ängste der gebärenden Frau Zuversicht und Optimismus in der kritischen Situation von Forceps- oder Vakuumgeburt vermitteln.

Ängste und Zweifel treten vor allem auf bei:

Großen Geburtsverletzungen im vaginalen Bereich, die manchmal sogar eine Versorgung in Allgemeinanästhesie notwendig machen. Die Hebamme fühlt und denkt als Frau und zweifelt, ob sie diese Art von Entbindung ihrem eigenen Körper zufügen hätte lassen.

Deprimiertem oder verletztem Kind. Hier sind die Gewissensbefragung und Schuldgefühle für die Hebamme unausweichlich.

Außergewöhnlich langem und quälendem Geburts-verlauf. In diesen Fällen stellt sich zurückschauend oft die Frage, ob nicht eine rechtzeitige Schnitt-entbindung sowohl für Mutter und Kind, aber auch für Hebamme und Arzt von Vorteil gewesen wäre.

Geringer Erfahrung des Geburtsheliers. Das Wissen um diesen Umstand strapaziert den „Pflicht-optimismus“ der Hebamme gegenüber der Mutter oft beträchtlich.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Hebamme der vaginal-operativen Geburtshilfe nicht ablehnend gegenübersteht und sie bei erkennbarer Indikation als Hilfe anerkennt. Die Vorbehalte gegen die Vakuum- und Forcepsentbindung entstehen ausschließlich wegen fragwürdiger Indikationen, die manches Mal wegen mangelnder Geduld des Geburtsheliers oder auch zum Zweck der Ausbildung gestellt werden, ohne Rücksichtnahme auf die möglichen Folgen für Mutter und Kind.

Literatur

Odent M: Die sanfte Geburt. (Übersetzung aus dem Frz. von Wolfgang Krege). – 6. Aufl. 30.-31. Tsd. – München: Kösel, 1986.

Odent M: Erfahrungen mit der sanften Geburt. München, Kösel, 1986.

Stoll W: Gibt es Neues in der operativen Geburtshilfe? Die Hebamme 5 (1992) 137–142.

Malmström T: Vacuum extractor, an obstetrical instrument. Acta obstet. gynec. scand. 33 (1954) 4.

166

Loidl

Vaginal operative Geburtsbeendigung Hilfe oder Streß für die Hebamme