

Schicksal oder Auswahl*

Hausgeburt - ja oder nein

DR. K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

In einem Jahrzehnt, gekennzeichnet durch eine wachsende Offenheit, erzählte neulich ein Arzt einer werdenden Mutter, daß der Blutdruck normal, der Harn gut, der Gewichtsansatz adäquat und die Lage des Kindes physiologisch sei. Es gäbe jedoch ein noch nicht gefestigtes Köpfchen über der Beckenhöhle, eine Gegebenheit, die jeder Mensch während der Schwangerschaft durchmacht. Wer erzählt uns das Befremden des Arztes, als abends der beunruhigte Vater ihn anrief und fragte, ob das noch nicht gefestigte Köpfchen vor der Geburt noch anwachsen werde.

Dieser historische Vorfall ist keineswegs als ein Kennzeichen der Hausgeburt beabsichtigt, sondern vielmehr ein Hinweis dafür, inwiefern das Fachjargon noch nicht auf das offene Verhältnis Patient - praktischer Arzt eingestellt ist. Oder gibt es nur Selbstgespräche der Ärzte? Die Kommunikation mit unserem Patienten muß nicht nur unilaterale Auskunft bis zum Empfänger bedeuten, diese Auskunft muß physisch gehört, aber auch verarbeitet und verstanden werden.

Hausgeburt ist eine Angelegenheit spezifisch holländischer Art in ganz Westeuropa, mit Ausnahme von Schweden und Finnland mit praktisch 100 Prozent Entbindungen im Krankenhaus. In diesem Zusammenhang ist ein Vergleich der perinatalen Mortalität einer Anzahl europäischer Länder zwa interessant, umso mehr, da Finnland eine höhere perinatale Mortalität als Holland zeigt (Tabelle 1).

Die Hausgeburt möchte ich für Sie von einigen Einfallswinkeln aus besprechen:

1. Welche Tatsachen und Schriftstücke zeugen von der Hausgeburt?
2. Welche Kunde geben uns die Tatsachen und Studien?
3. Wie erfahren die Frauen die Hausgeburt?
4. Einige Aspekte der vollständigen Krankenhausgeburt.

Im Jahre 1952 nimmt die *World Health Organization* an, daß unter vorteilhaften Umständen die Hausgeburt eine hochgradige Sicherheit und mehrere Vorteile emo-

tioneller und psychologischer Art gäbe. In Krankenhäusern ist es schwierig den emotionellen und psychologischen Bedürfnissen der Frau in dieser Periode gerechtzuwerden.

Im Jahre 1968 erkannte Dr. med. *Verboom*, praktischer Arzt, in seiner Praxis in Haarlem (Holland), daß bei der ersten Schwangerschaft und bei den der Hausgemeinschaft angehörenden Frauen die Zahl der Krankenhausgeburten anstieg. Dr. med. *Verbrugge* (1968) beschreibt in seiner Habilitationsschrift, daß weder vorteilhafte biologische noch sozialmedizinische Verhältnisse bei der Hausgeburt mit guter Hilfe für die geringe perinatale Mortalität verantwortlich waren. Die perinatale Mortalität war bedeutend geringer in der Hausgeburtgruppe mit Hilfe einer Säuglingsschwester (9,5 Promille) als ohne fachverständige Hilfe (11,5 Promille). Dieser Unterschied von 2 Promille im Jahre 1965 betrug vor 13 Jahren 1 Promille.

Zum guten Verständnis muß in diesem Zusammenhang der Begriff „Säuglingsschwester“ bei einer Hausgeburt näher umschrieben werden. In den Niederlanden versteht man darunter eine Fachkraft, die dem Geburtshelfer vor, während und nach der Entbindung behilflich ist, der die Sorge für Mutter und Kind obliegt und die während des Wochenbetts den Haushalt führt.

Im Jahre 1972 untersuchte Dr. rer. oec. *Lapré*, Wirtschaftswissenschaftler, die Verhältnisse und Verschiebungen der Schwangerschaftshilfe in den Niederlanden. *Lapré* widmet, wie selten bei Untersuchungen, dem Urteil und dem Wunsche der Frauen bezüglich des Ortes der Geburt große Aufmerksamkeit. In einer a-selektiven Stichprobe bevorzugte 70 Prozent eine Hausgeburt. Dr. *Lapré* gibt sein Urteil ab, daß die Hausgeburt mit geburtshilflichen Dienstleistungen möglich bleiben müsse:

1. Als ein Entgegenkommen zum legitimen Verlangen des Konsumenten.
2. Aus wirtschaftlicher Sicht: gänzliche Krankenhausgeburt, ohne einen Ausbau spezialistischen Bemühens würde eine Ausgabe von 100 Millionen Gulden bedeuten.

3. Weil 93 Prozent der Frauen mit der Geburtshilfe zu Hause zufrieden war.

4. Weil 89 Prozent sich für eine Geburt zu Hause erklärte, nachdem sie schon einmal zu Hause niedergekommen waren.

5. Weil 95 Prozent der Frauen eine positive Erfahrung mit ihrer Hausgeburt hatten.

Die „*Nederlands Huisartsen Genootschap*“ (Gesellschaft holländischer praktischer Ärzte) widmete im Oktober 1973 dem Thema „Praktischer Arzt und Entbindungswissenschaft“ einen Kongreß. Mit großer Teilnahme der Mitglieder der Gesellschaft wurde an den Beratungen teilgenommen. Die wichtigsten Punkte und Fragen waren:

1. Der Schauplatz der Handlung. Es war klar, daß die Hausgeburt von 73 Prozent im Jahre 1960 auf 55 Prozent im Jahre 1971 zurückgegangen war.

2. Wer begleitet die Frau pränatal, natal und postnatal? Das Bild in Holland im Jahre 1971 war:

33 Prozent der Hausgeburten wird von einem praktischen Arzt begleitet; 37 Prozent von den Geburtshelfern, beziehungsweise Geburtshelferinnen; 30 Prozent von den Spezialisten.

3. Wie registriert man? Man plädierte in dieser Angelegenheit für eine einförmige Registratur für praktische Ärzte, Geburtshelfer und Spezialisten.

4. Gute Übereinkunft über die Registratur, pränatale Sorge, Konsultation und Nachbesprechung macht gemeinschaftliches Arbeiten möglich.

5. Muß eine Selektion stattfinden?

6. Inwiefern sind Besprechungen von Protokollen für Arzt und Patienten sinnvoll?

Diese Aufzählung gebe ich Ihnen als eine Illustration der Intensität, mit der die Mitglieder der „*Nederlands Huisartsen Ge-*

Tabelle 1. Perinatale Mortalität in Europa, 1972.

Land	pro 1.000 Geburten.
Belgien*	22.9
Bulgarien	18.7
Dänemark	16.2
England und Wales	22.0
Finnland	17.1
Frankreich	18.8
Jugoslawien	22.8
Niederlande	16.7
Österreich	26.1
Tschechoslowakei	20.6
West Deutschland	24.1
Schweden	14.4
Schweiz	16.3

* 1970

Quelle: W.H.O. und Demographic Yearbook, 1970.

*Tekst van een inleiding, gehouden tijdens het 21e congres van de Societas Internationalis Medicinæ Generalis te Innsbruck/Igls, Oostenrijk, september 1976.

nootschap" dieses geburtshilfliche Problem diskutierten. Auf die geburtshilfliche Ausbildung der praktischen Ärzte möchte ich hier nicht eingehen.

In einem Bericht des Zentralrates für die Volksgesundheit an die niederländische Regierung heißt es, daß man in nächster Zukunft erwartet, daß 65 bis 70 Prozent der Entbindungen zu Hause geschehen wird. Etwa 30 Prozent der Entbindungen gibt eine Indikation für die Krankenhausgeburt und 5 bis 10 Prozent wird eine hochspezialisierte Klinik brauchen.

Ich möchte noch drei rezente Publikationen erwähnen: „De cliënt in de verloskundige zorgverlening" (Der Kunde in der Geburtshilfe) ist der Titel einer Habilitationschrift von Dr. med. *Schuil*. In seinen Untersuchungen stellt es sich heraus, daß viele Frauen die Hausgeburt bevorzugen, daß sie sich dabei vollständig sicher fühlen und daß sie zufrieden sind.

Die postnatale Untersuchung findet nach der Hausgeburt bedeutend mehr statt als in den anderen Kategorien. Nach einer Krankenhausgeburt findet die Untersuchung am wenigsten statt. In einer Zeit von Biochemie und Technologie in der Entbindungswissenschaft können diese Befunde bemerkenswert genannt werden. *Huygen*, Professor für allgemein Medizin an der Universität Nimwegen, betont die Tatsache, daß sich von 1953 bis 1970 die perinatale Mortalität der Krankenhausgeburt von 65 auf 42,7 Promille senkte. In dieser Periode sank die Mortalität der Hausgeburt von 21,6 auf 6,9 Promille. Wenn wir bedenken, daß der Prozentsatz der Krankenhausgeburten in diesen Jahren von 25 auf 42,7 Prozent anstieg, kann man von einer bedeutenden Verdünnung des Prozentsatzes pathologischer Entbindungen im Krankenhaus sprechen. *Huygen* ist der Meinung, daß es keine Gründe gibt das heutige niederländische System der Geburtshilfe zu ändern.

Bei einer guten Selektion und pränatalen Sorge ist eine Eilaufnahme eine Ausnahme. Die perinatale Mortalität kann dann vielleicht auf 2,5 Promille gesenkt werden. In dieser Serie ist die Schrift von Dr. med. *Van Alten* ein Klimax. Er hat sehr genau die Resultate der Sorge für 3031 Schwangere untersucht, die während der Schwangerschaft einmalig von dem Spezialisten untersucht worden waren. Seine Forschung fand in einem Entbindungsheim statt, in dem sowohl die perinatale Sorge als auch die Konsultation und die Nachbesprechungen strukturiert waren. Aus dem Unterschied der perinatalen Mortalität bei nicht verwiesenen Müttern (2,5 Promille) und bei den Müttern, die während der Geburt verwiesen worden waren (3,9 Promille) folgert man, daß pe-

rinatale Sorge, mit einfachen Mitteln ausgeführt, eine wichtige prognostische Bedeutung hatte. Seine Forschung gibt keine Veranlassung die Hausgeburt aus den Auswahlmöglichkeiten von selektierten schwangeren Frauen zu streichen. Sowohl *Van Alten* als *Huygen* bekämpfen die Ansicht, daß bessere obstetrische Ergebnisse nur mit Zuwachs der Krankenhausgeburten erzielt werden können.

Ich versprach Ihnen mein Thema von vier Einfallswinkeln aus zu besprechen. Drei davon habe ich mit Hilfe der Veröffentlichungen beleuchtet. Bezüglich des vierten Punktes, nämlich eine vollständige Krankenhausgeburt, möchte ich noch folgende Aspekte nennen.

Im Jahre 1958 ergab die Untersuchung von etwa 10 000 Entbindungen durch praktische Ärzte, daß die Krankenhausentbindungen mit sozialer Indikation mehr mit chemischer Hilfe anfangen und mehr beendet wurden mit Kunsthilfe im Vergleich zu den Hausgeburten. Es bedarf keiner Auseinandersetzung, daß diese Umsicht im Krankenhaus für die perinatale Mortalität und Morbidität Folgen hatte. Ich sprach schon von den emotionellen und psychologischen Bedürfnissen der Gebärerin. Wenn wir dabei die Spannung bei der Beförderung ins Krankenhaus, die Verzögerung und den Stillstand der Geburt und was sie zur Folge haben kann beziehen, dann können nur medizinische Gründe eine Krankenhausgeburt rechtfertigen. Die Schwangerschaft und die Geburt sind kontextempfindlich. Dem Krankenhaus fehlt die eigene Wärme der Familie ganz und gar. Bei der Untersuchung von *Van Alten* stellte es sich heraus, daß die Ansicht, daß eine vollständige Krankenhausgeburt bessere geburtshilfliche Resultate erbringen würde, ein Trugschluss ist. Die wirtschaftlichen Aspekte besprach ich schon für Sie.

Wenn die Niederlande durch den steigenden Drang zu internationaler Nivellierung die Hausgeburt fallen lassen und durch ein technisches Ereignis in einem Operationssaal ersetzen muß, vergessen wir, daß es eine primäre Aufgabe dieser Generation ist menschlich zu werden, zu sein und sogar zu bleiben. Wir haben die Aufgabe unsere Zukunft qualitativ für unsere Nachkommenschaft zu ordnen. Mit einer sehr ergebnen pränatalen Sorge brauchen wir nicht die gesunde schwangere Frau zu einem handlichen lebenden Instrument anderer Instrumente zu machen. Ich möchte in diesem Zusammenhang daran erinnern, daß vor mehr als hundert Jahren die erste schwangere Frau in Holland im Krankenhaus in Dordrecht auf Drängen der Armenfürsorge und mit einer besonderen Erlaubnis des Bürgermeisters

behandelt wurde. Die Aufnahme schwangerer Frauen kommt reglementarisch erst im Jahre 1920 zustande.

Ich versuchte mit Hilfe dieser wissenschaftlichen Beobachtungen Ihnen zeigen zu können, daß die Hausgeburt den Vorzug genießt bei:

1. einer tauglichen Wohnsituation;
 2. der Verfügbarkeit von Ärzten und Hebammen;
 3. einer äußerst genauen pränatalen Sorge;
 4. schnellen Beförderungsmöglichkeiten in ein Krankenhaus, vorzugsweise innerhalb einer Stunde;
 5. guten, berufsmäßigen Säuglings-schwestern;
 6. der Unterlassung einer Narkose.
- Hinzu kommen die Wünsche:
7. eine gute Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt, Hebamme und Spezialist;
 8. die Nachbesprechungen von Entbindungen;
 9. eine einförmige Registratur;
 10. gute Nachschulungsmöglichkeiten.

Nach *Fletcher* verdoppeln alle zehn Jahre die Kenntnisse wissenschaftlicher Arbeit. In der Biologie findet diese Verdopplung sogar in vier Jahren statt. Die Entbindungskunst umfaßt jedoch alle Aspekte einer Gesellschaft, die ihren Einfluß auf die Gesundheit jedes Mitgliedes der Familie, und besonders auf die psychologisch und kulturell verletzbarste Gruppe - Mutter und junge Kinder - haben. Deshalb wird nächst der Entwicklung der biologischen Aspekte der Fortpflanzungslehre des Menschen die soziale Entbindungskunst (*Gill*) viel Interesse fragen.

Alten, D. van. Perinatale sterfte 1970-1973. Stichting Centrum Kraamzorg en Verloskundige hulp „Zaanstreek" 1976.

Fletcher, J. (1971) *New Eng. J. Med.* 285, 776.

Gill, K. Sociaal-verloskundige verkenningen. Academisch proefschrift, 1973.

Huygen, F. J. A. (1976) *J. roy. Coll. Gen. Practit.* 26, 244.

Lapré, R. M. Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland. 1972.

Nederlands Huisartsen Genootschap (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 129.

Schuil, P. B. De cliënt in de verloskundige zorgverlening. Academisch proefschrift. 1975.

Verboom, A. Verloskunde in een huisartsenpraktijk. Acad. proefschrift, 1968.

Verbrugge, H. P. Kraamzorg bij huisbevalingen. Acad. proefschrift, 1968.

World Health Organization. Expert Committee on Maternity Care. Techn. report series no. 51 Genève, 1952.