

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 103 (2005)
Heft: 3

Artikel: Ergebnisse eines Forschungsprojekts : adieu, normale Geburt?
Autor: Schwarz, Clarissa M. / Schücking, Beate A.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950039>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Adieu, normale Geburt?

Wie viele Frauen in Deutschland bringen ihre Kinder ohne medizinische Eingriffe zu Welt? Nur eine kleine Minderheit von 6,7% waren es 1999, mittlerweile werden es noch weniger sein. Von den über 700 000 Frauen im Jahr entscheiden sich nur 1,3% für einen ausserklinischen Geburtsort [1], die anderen 98,7% werden in einer Klinik zumeist unter hohem Technikeinsatz entbunden. Die heutige Geburtshilfe wendet medizinische Eingriffe, die ursprünglich für Notfälle und pathologische Zustände entwickelt wurden, mittlerweile auch bei normalen Verläufen an. Ist die Technisierung der Geburtshilfe also zu weit gegangen?

**Clarissa M. Schwarz,
Beate A. Schücking**

WIR haben in unserem Forschungsprojekt «Technisierung der «normalen» Geburt – Interventionen im Kreissaal» [2] Daten von mehr als einer Million Geburten [3] analysiert. Dazu haben wir den gesamten Datensatz in zwei Untergruppen geteilt – eine Normal-Gruppe und eine Risiko-Gruppe [4] – und die Ergebnisse beider Gruppen miteinander verglichen.

Auch wenn durch Eingriffe während der Geburt ohne Frage Leben von Müttern und Leben von Kindern gerettet wurden, so ist mittlerweile aus dem sozialen und familiären Ereignis der Geburt ein hoch technisierter Prozess geworden. Die Schwangerenvorsorge wird in der Regel von Fachärzten durchgeführt, und Geburten finden in mit Hightech ausgestatteten Kreissälen

statt, wo eine vorwiegend technologisch orientierte Geburtsmedizin praktiziert und von den Beteiligten als «normal» erlebt wird.

Risikoschwangerschaft heute normal

Eine Risikoschwangerschaft ist zur Regel geworden und eine normale Schwangerschaft zur Ausnahme. Unsere Studie bestätigt, dass drei von vier Schwangeren als «risikoschwanger» definiert werden [5] und in unserem Gesundheitssystem nach wie vor die Tendenz besteht, diejenigen überzuvorsorgen, die es am wenigsten brauchen.

Immer mehr Schwangere gehen immer häufiger zu Vorsorge-Untersuchungen. Obwohl in einer normalen Schwangerschaft maximal zehn Untersuchungen vorgesehen sind, gehen die meisten Schwangeren häufiger zum Arzt. Erstaunlicherweise waren 1999 in der Normal-Gruppe mehr Schwangere (82%), die zehn oder mehr Vorsorge-Untersuchungen wahrnahmen, als in der Risiko-Gruppe (73%). Dieses Phänomen ist schon seit vielen Jahren bekannt.

Pro Schwangerschaft sind drei Ultraschall-Untersuchungen (US-Untersuchungen) vorgesehen und weitere nur angezeigt, wenn sie bei vorliegenden Indikationen zur Überwachung von pathologischen Befunden dienen. Bei zwei Dritteln der Schwangeren wurden 1999 mehr als drei US-Untersuchungen dokumentiert.

Obwohl kardiotokographische Untersuchungen (Herzton-Wehen-Aufzeichnung mit einem CTG-Gerät) nur nach

entsprechender Indikation vorgesehen sind, fand dies 1999 bei nahezu allen Schwangeren routinemässig im Rahmen der Schwangeren-Vorsorge statt (95,8 Prozent). Auch hier gibt es seit 1994 das Phänomen, dass häufiger bei Schwangeren der Normal-Gruppe CTG-Kontrollen durchgeführt wurden als bei Schwangeren der Risiko-Gruppe.

Mit diesen Ergebnissen bestätigt sich erneut, dass insbesondere bei risikofreien Schwangeren eine beträchtliche Über-Standard-Versorgung stattfindet, während eine angemessene intensive Betreuung von Risikoschwangeren nicht sichergestellt ist.

Die Hightech-Geburt ist Standard

Eine Geburt ist routinemässig mit viel Einsatz von Technik und Medikamenten verbunden, auch wenn die Geburt normal verläuft, das bestätigt unsere Studie ebenfalls. CTG, geburtseinleitende Massnahmen, Wehenmittel, Periduralanästhesie, Dammschnitt und Kaiserschnitt werden zunehmend häufiger eingesetzt; dies zeigen die folgenden Raten des Jahrgangs 1999:

- Ein CTG ist die absolute Normalität (98,8%) – zumeist als Dauer-CTG –, obwohl der Vorteil seines routinemässigen Gebrauchs wissenschaftlich nicht erwiesen ist.
- Der spontane Wehenbeginn wird immer seltener abgewartet: bei 23,4% wurde der Geburtsbeginn mit einer geburtseinleitenden Massnahme beschleunigt, durch ein «Priming» mit Hilfe von Prostaglandinen (den Schwangeren als «Weichmacher» erklärt) oder durch eine Einleitung der Geburt.
- Die Geburt wird immer häufiger medikamentös beschleunigt: etwa 40% aller Frauen, die keinen geplanten Kaiserschnitt hatten, erhielten einen «Wehentropf».
- Immer mehr Frauen gebären unter Periduralanästhesie (PDA): 19,2% bekamen eine «Rückenspritze».
- Auch Dammschnitte werden häufiger gemacht: bei 52,1% aller vaginalen Geburten wurde eine Episiotomie durchgeführt.
- Jede fünfte Schwangere bekam ihr Kind per Kaiserschnitt, davon 10,4%



Clarissa Schwarz, Hebamme, Lehrerin und Gesundheitswissenschaftlerin, zur Zeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät in Magdeburg



Beate A. Schücking, Prof. Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, leitet das Fachgebiet Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychosomatik in der Lehrereinheit Gesundheitswissenschaften des Fachbereichs Humanwissenschaften, Universität Osnabrück.



Immer weniger Frauen bringen ihre Kinder ohne medizinische Interventionen zur Welt: In Deutschland waren es 1999 noch genau 6,7 Prozent.

Foto: Michael Appelt

mit einem primären, das heisst geplanten Kaiserschnitt, für 10,2% der Schwangeren endete die bereits begonnene Geburt in einem (sekundären) Kaiserschnitt.

Der Anstieg über die Jahre ist bei all diesen Interventionsraten in beiden Gruppen deutlich, wobei die Interventionsraten in der Normal-Gruppe erwartungsgemäss geringer ausfallen als in der Risikogruppe (mit Ausnahme der Wehenmittel, die in der Normal-Gruppe sogar häufiger verabreicht wurden als in der Risiko-Gruppe). Allerdings nimmt der Unterschied zwischen den beiden Gruppen zumeist ab, da die Steigerung in der Normal-Gruppe die der Risikogruppe übertrifft.

Und was haben die Neugeborenen davon?

Nach den Ergebnissen unserer Studie hat sich der Zustand der Neugeborenen nicht weiter verbessert.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich die perinatale Sterblichkeit in Deutschland von knapp 5%

im Jahr 1950 innerhalb von 30 Jahren auf 5–6%, also auf nahezu ein Zehntel verringert. In Niedersachsen ist seit 1988 (5,8%) allerdings keine weitere Verbesserung mehr zu verzeichnen, sondern ein minimaler Anstieg auf 5,9% im Jahr 1998 und 6,1% im Jahr 1999.

Unsere Studie analysiert zwei wesentliche Angaben, die das Wohlbefinden des Neugeborenen beschreiben: die Apgar-Werte sowie den Nabelarterien-pH-Wert. Weder die 5- und 10-Minuten-Apgar-Werte noch die Nabel-Arterien-pH-Werte lassen auf eine Verbesserung des kindlichen Befindens schliessen.

Dies passt zu den Ergebnissen der WHO, die aufgrund internationaler Literatur davon ausgeht, dass durch eine Kaiserschnitt-Rate über 10% keine weiteren Verbesserungen zu erwarten sind. Ausserdem werden durch weichere Indikationen und dadurch steigende Kaiserschnittsraten in einem immer geringer werdenden Anteil aller Kaiserschnitte Leben und Gesundheit von Kindern gerettet. Da die Operationsrisiken durch steigende Raten nicht

abnehmen, ist es nur logisch, dass schliesslich eine Rate erreicht wird, bei der die Operationsrisiken überwiegen.

Warum steigen die Interventionsraten?

Dass bei Geburten immer häufiger eingegriffen wird, hängt mit unterschiedlichen Faktoren zusammen.

Interventionskaskade

1. Bereits stattgefundene Interventionen erhöhen die Chance für künftige (so genannte Interventionskaskade): vor allem Einleitungen und Kaiserschnitte spielen eine wesentliche Rolle. Wird der natürliche Geburtsbeginn nicht abgewartet, führt dies vermehrt zu weiteren Eingriffen. Nach unserer Studie hatten Frauen, deren Geburtsbeginn beschleunigt wurde, im Vergleich zu Frauen mit spontanem Wehenbeginn häufiger weitere Interventionen:

- fast doppelt so häufig eine PDA, fast doppelt so häufig einen sekundären

Kaiserschnitt und um 60% häufiger Wehenmittel;

- ausserdem mehr Komplikationen: fast doppelt so häufig einen verzögerten Geburtsverlauf bzw. einen Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode und ebenfalls fast doppelt so häufig eine verstärkte Nachblutung (mehr als 1000 ml), die wiederum zu weiteren Interventionen führen.

Diese Ergebnisse sind bereits durch andere Untersuchungen bekannt. Beispielsweise bestätigt eine ganze Reihe von Untersuchungen, dass nach Einleitung doppelt so viele Geburten in einem sekundären Kaiserschnitt enden. Dies gilt nicht nur für Einleitungen aufgrund medizinischer Indikation, sondern auch für Einleitungen auf Wunsch der Frau.

Durch einen Kaiserschnitt wird jede weitere Schwangerschaft zu einer Risikoschwangerschaft mit folgender Risikogeburt. Dies zeigt sich auch in der Zusammensetzung der Risikogruppe unserer Studie, die zu einem Viertel aus Frauen mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt besteht.

WHO-Leitfaden Normalgeburt

Noch immer massgebende Grundlage

1996 erstmals auf englisch und 2001 in der deutschen Übersetzung publiziert, ist der WHO-Leitfaden «Betreuung der normalen Geburt» weiterhin von grosser Aktualität. Er basiert auf anerkannten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und zieht – evidenzbasiert – klare Grenzen zwischen eindeutig nützlichen, eindeutig schädlichen, noch zu wenig erforschten, d.h. nur eingeschränkt empfohlenen und oft unangemessen angewandten geburtshilflichen Massnahmen, mit dem Ziel, die Geburt so natürlich und spontan verlaufend wie möglich zu belassen.

Die Argumente für oder wider eine geburtshilfliche Intervention sollten jeder Hebamme bekannt sein, weil sie in ihrem beruflichen Interesse stehen.

«Betreuung der normalen Geburt» kann für Fr. 5.– Versandkosten beim SHV bestellt werden: Telefon 031 332 63 40.

Nicht-medizinische Gründe

2. Auch nicht-medizinische Gründe spielen eine wesentliche Rolle; nach einer britischen Untersuchung vor allem diese Faktoren:

- Ärzte haben Angst vor juristischen Konsequenzen (und sind in Anbetracht der gängigen Rechtsprechung durch Ausschöpfung der maximalen medizinischen Möglichkeiten auf der «sicheren» Seite).
- Mangelnde Erfahrung des bei Geburten anwesenden Personals (aufgrund der herrschenden Arbeits- und Ausbildungssituation sind im Kreissaal zumeist Ärzte, die sich in der Facharztausbildung befinden. Hinzu kommt häufig eine diensthabende Hebamme mit wenig Berufserfahrung aufgrund hoher Fluktuation, insbesondere in grossen Kliniken).
- Der Konflikt zwischen Anbietern und Finanzierern (durch das geltende Abrechnungssystem werden Interventionen gefördert: Kaiserschnitte werden finanziell belohnt, während invasionsarme ebenso wie ambulante Geburten ökonomisch völlig unattraktiv sind).
- Wissenschaftliche Ergebnisse haben zu wenig Einfluss auf die klinische Praxis (weil die Kliniker den Daten nicht glauben bzw. nicht bereit sind, ihre gewohnte Praxis zu ändern).

Strukturelle Faktoren

3. Strukturelle Faktoren des Gesundheitssystems wirken sich aus, insbesondere die Zuständigkeit von ÄrztInnen und Hebammen:

- In Gesundheitssystemen, in denen die Schwangerenbetreuung unter dem entscheidenden Einfluss von Ärzten steht und Hebammen eine marginale Position einnehmen oder ganz fehlen (wie z.B. in den USA und den Grossstädten Brasiliens), sind insgesamt hohe Interventionsraten und besonders hohe Kaiserschnitttraten zu finden.
- In Gesundheitssystemen, in denen die Grundversorgung normaler, gesunder Frauen während der Schwangerschaft und Geburt in den Händen von Hebammen liegt (wie in den Niederlanden, Neuseeland und Skandinavien) gibt es weit weniger Risiko-Schwangerschaften und -geburten, und die Interventionsraten sind niedrig bei gleichzeitig guter Gesundheit des Kindes.

Medikalisierung und Technisierung

Das Wissen um unbeeinflusste Geburtsverläufe inklusive der Möglichkeiten ihrer Förderung und der Prävention geht zunehmend verloren (z.B. beruht die gesamte moderne geburtshilfliche Literatur auf Beobachtungen der durch Medikalisierung und Technisierung beeinflussten Geburt).

Die Selbstbestimmung der Frau und die Illusion absoluter Sicherheit für das Kind werden als (Schein-)Argument für die Durchführung von Eingriffen bis hin zum Wunschkaiserschnitt benutzt. Gleichzeitig werden in Deutschland – anders als beispielsweise in England – immer noch geplante ausserklinische Geburten verteuert. Ergebnisse, die diese als durchaus sichere Alternative für Frauen mit niedrigem Risiko zeigen, werden nicht zur Kenntnis genommen.

Wir erinnern uns heute sehr nachdenklich an den renommierten niederländischen Geburtshilfe-Professor, der keine Möglichkeit sah, eine normale Schwangerschaft und Geburt bei einer gesunden Frau zu verbessern: «We can only change it, but not for the better» (G.J. Kloosterman 1984, zu Beginn des Zeitraums unserer Studie). ◀

Anmerkungen

- [1] In einer der 80 existierenden ausserklinischen Geburtsorte (Geburtshäuser o.ä.) oder als Hausgeburt (Loytved 2003).
- [2] an der Universität Osnabrück, Projektleitung: Beate Schücking, wissenschaftliche Mitarbeiterin: Clarissa Schwarz. Eine Kurzfassung der Projektergebnisse wird veröffentlicht in: Paravicini U., Zempel-Gino M., (Hg.): Wissenschaftliche Reihe NFFG, Bd. 4: Innovative Projekte, Hannover.
- [3] Daten von Geburten, die in den Jahren 1984 bis 1999 in niedersächsischen Kliniken stattgefunden haben (N = 1 066 802).
- [4] Kriterien für die Zugehörigkeit zur fokussierten Gruppe «Physiologische Schwangerschaft und normale Geburt»: Geburt nach 37–42 vollendeten Schwangerschaftswochen, Mutter 18–39 Jahre alt, Einling in regelrechter Schädellage, Geburtsgewicht 2500–3999 g, Plazentasitz normal, kein vorangegangener Kaiserschnitt oder andere Uterus-Operation, keine Gestose. Entsprechend ergeben sich die Kriterien für eine Risikoschwangerschaft.
- [5] Im Jahr 1999 wurden in Niedersachsen bei 74% aller schwangeren Frauen Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass angegeben (der Risikokatalog besteht aus 52 möglichen Schwangerschaftsrisiken, davon beziehen sich 26 auf die Vorgeschichte der Frau und 26 auf die bestehende Schwangerschaft).

Dieser Artikel ist erstmals in «Dr. med. Mabuse» Nr. 148, März/April 2004 erschienen. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Mabuse Verlags und der Autorinnen.

Eine Version des Artikels mit Quellenangaben und Literaturliste kann im Internet unter www.mabuse-verlag.de heruntergeladen werden.