

sicherlich keine unnötige Gefährdung ihres ungeborenen Kindes. Schließlich wurde ihnen aber eine erfahrene Hebamme empfohlen, die sowohl in einer Geburtsklinik arbeitete, als auch Hausgeburten betreute.

Schon beim ersten Gespräch beruhigte die Hebamme Luise. Sie würde schon seit 20 Jahren Hausgeburten begleiten und es sei bisher eher selten der Fall gewesen, dass sie den Vorgang abbrechen und mit der Gebärenden in ein Spital fahren musste. Vor allem die Tatsache, dass die Hebamme über ein mobiles CTG-Gerät verfügte und somit den Geburtsvorgang – insbesondere das Wohlergehen des Kindes – dadurch überwachen könne, erschien der mittlerweile hochschwangeren Luise Sicherheit und Halt gebend, sodass sie sich letztlich trotz vieler mahnender Gegenstimmen gemeinsam mit ihrem Partner für eine Hausgeburt entschließen konnte.

Einen Tag nach dem errechneten Geburtstermin war es dann so weit. »Die Hebamme war nach 20 Minuten da und alles verlief wie geplant«, erinnert sich Luise. Als dann aber nach sieben Stunden der Geburtsfortschritt im eigenen Schlafzimmer etwas stagnierte, entschied die Hebamme »sicherheitshalber«, wie sie sagte, in die Geburtsklinik, in der sie auch arbeitete, zu fahren. Dort angelangt, wurde die Lage des Babys mittels Bauchultraschall kontrolliert und folglich konnte Luise in einem abgedunkelten Entbindungsraum des Kreißsaals mit Unterstützung ihrer »eigenen« Hebamme und ihres Partner nach weiteren zwei Stunden schließlich ihre Tochter gebären. Und zwar ganz so, wie sie sich das eigentlich für zu Hause vorgestellt hatte: nämlich ohne jegliche medizinische Intervention auf »natürliche Weise«, allerdings nun mit der Sicherheit einer medizinischen Geburtshilfe im Hintergrund »für den Fall des Falles«. Als sogenannte »ambulante Geburt« durfte Luise, nachdem eine Kinderärztin den Neuankömmling untersucht und ihr Einverständnis gegeben hatte, die Geburtsklinik nach vier Stunden wieder verlassen, um gemeinsam mit ihrem »kleinen Wunder« im Wochenbett Bekanntschaft zu schließen. Das Stillen funktionierte wunderbar und die regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen durch die Hebamme fanden stressfrei in häuslicher Umgebung statt.

Viele Frauen wünschen sich wie Luise eine sanfte Geburt mit geringer medizinischer Intervention, am liebsten in vertrauter Umgebung oder in den eigenen vier Wänden. Die moderne Medizin steht derartigen Bestrebungen allerdings sehr skeptisch gegenüber, denn immerhin kommt es selbst in Krankenhäusern, trotz aller Möglichkeiten der modernen Medizin, regelmäßig zu Geburtskomplikationen. Und genau diese haben Ärztinnen und Ärzte im Hinterkopf, wenn sie mit den Wünschen von Frauen nach einer sanften und »natürlichen« Hausgeburt konfrontiert werden.

Aber ist nicht die Geburt ein absolut natürliches Phänomen, das seit Millionen von Jahren reibungslos funktioniert? Wäre sie es nicht, dann gäbe es die Spezies Mensch doch schon längst nicht mehr. Aber so einfach ist die Sache nicht.

Über 130 Millionen Babys werden weltweit jedes Jahr geboren und immer noch sterben 2,4 Millionen Säuglinge innerhalb des ersten Lebensmonats.¹ Das sind die bitteren

Fakten und die Ursachen hierfür sind vielfältig. Weltweit sterben auch 211 von 100 000 Frauen im Zuge der Geburt.² Allerdings bestehen erhebliche Unterschiede zwischen wohlhabenden Ländern und sogenannten Entwicklungsländern bzw. Ländern, deren medizinisches System in diesem Bereich mangelhaft ist oder manche Bevölkerungsschichten benachteiligt. Hierzu zählen auch westlich geprägte Länder wie die USA. So sterben in den USA doppelt so viele Kinder während der ersten Lebensstage als in Ländern der EU.³ Das Lebenszeitrisiko, während der Geburt zu versterben, beträgt für Frauen in reichen Ländern 1: 3300 verglichen mit 41:3300 in ärmeren Ländern.

Und tatsächlich ist die Geburt eines *Homo sapiens* durchaus problembehaftet. Das Missverhältnis des kindlichen Kopfes zum weiblichen Geburtskanal ist bei Menschen im Vergleich zu anderen Primaten besonders auffällig. Die evolutionäre Entwicklung zu einem aufrechten Gang hat zu Veränderungen des weiblichen Beckens geführt, in deren Rahmen es zunehmend zu einem Missverhältnis zwischen Beckendurchmesser und kindlichem Schädel kam.

Eine klassische Kompromisslösung der Evolution, der wir in ähnlicher Form in diesem Buch noch öfters begegnen werden. Die Vorteile des aufrechten Ganges (z. B. freie Hände und soziale Interaktion) wurden quasi gegen Nachteile bei der Geburt »eingetauscht«. Unterm Strich dürften aber die Vorteile des aufrechten Ganges überwogen haben, das zeigt uns der Blick zurück. Aus Sicht der Evolution ist ein schmales Becken von Vorteil, vor allem für unsere Fortbewegung. Auf der anderen Seite erhöhen sich die Überlebenschancen eines Babys, je größer es bei der Geburt ist. Vereinfacht könnte man aus evolutionärer Sicht sagen: Je schmaler das Becken und je größer das Kind, desto besser. Es liegt auf der Hand, dass das nur bis zu einem gewissen Punkt gut gehen kann, nämlich bis zu dem Punkt, an dem das Kind nicht mehr durch den Geburtskanal passt: Dann wird es abrupt fatal. In der Wissenschaft wird dieses Phänomen als »Fitnessklippe« bezeichnet.⁴

Auch der Übergang zur landwirtschaftlichen Lebensweise vor etwa 10 000 bis 12 000 Jahren, als eine proteinreiche Ernährung von einer kohlenhydratreichen Ernährung abgelöst wurde, könnte zu dem Geburtsdilemma beigetragen haben. Eine aus simplen Kohlenhydraten bestehende Ernährung führt nämlich zu einem erhöhten Geburtsgewicht des Kindes und zu einer geringeren Körpergröße der Mutter. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine geringere Körpergröße auch mit einem engeren Geburtskanal verbunden ist. Kleine, übergewichtige Frauen haben somit zumindest zwei unterschiedliche Risikofaktoren für Geburtsprobleme: eine kleinere Beckendimension und eine höhere Wahrscheinlichkeit, ein großes Kind zu gebären.⁵ Zwischen 1980 und 2013 stieg zudem der prozentuelle Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Frauen global von 29,8 Prozent auf 38 Prozent.

Wie wir noch sehen werden, führen eine mangelhafte Ernährung vor und während der Schwangerschaft (weltweit ist eine von drei Frauen mangel- oder fehlernährt) sowie Fettleibigkeit zu zahlreichen weiteren gesundheitlichen Risiken – sowohl für die Mutter als auch für das Kind.

Was auch immer die Ursachen für die durchaus auffällige Komplexität der menschlichen Geburt sein mögen, wir wissen jedenfalls, dass sie im Vergleich zu anderen Menschenaffen erheblich komplizierter verläuft.⁶

Der Umstand einer evolutionären Kompromisslösung liegt vielen Gesundheitsproblemen zugrunde und wird sowohl von der Medizin als auch der Allgemeinbevölkerung selten beachtet. Das Konzept, dass etwas nicht nur ausschließlich »gut« oder »schlecht« ist, sondern sich eben variabel verhält, weil es keinem perfekten Design unterliegt, passt so gar nicht in unser Weltbild, das wir uns zurechtgelegt haben.

Die Kaiserschnittraten variieren weltweit erheblich von knapp zehn Prozent in Sub-Sahara-Afrika über 15 Prozent in Israel, ca. 30 Prozent in Österreich und Deutschland bis zu etwa 55 Prozent in der Türkei oder Brasilien. Ein echtes »Becken-Kopf-Missverhältnis« (der Kopf des Kindes passt nicht durch den Geburtskanal) ist aber um ein Vielfaches seltener und liegt vermutlich im einstelligen Prozentbereich. Betrachten wir den weltweiten Durchschnitt der Kaiserschnittraten, so sind diese von rund sieben Prozent im Jahr 1990 auf heute 21 Prozent angestiegen.⁷ Eine Verdreifachung innerhalb von weniger als drei Jahrzehnten. Prognosen zufolge werden die Kaiserschnittraten in diesem Jahrzehnt noch weiter ansteigen. Allerdings ist hier nicht, wie von manchen vermutet, die Evolution am Werk, es handelt sich vielmehr, neben dem Problem des zunehmenden Übergewichtes von Müttern und Föten, um ein vorwiegend soziales Phänomen. Zusammen mit der zu verzeichnenden Abnahme des Stillens, vor allem in Ländern mit hohem Prokopfeinkommen, könnte sich die weiterhin zunehmende Kaiserschnittrate zu einer Gesundheitskrise ungeahnten Ausmaßes entwickeln.

Einem UNICEF-Bericht aus dem Jahr 2018 zufolge werden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen noch fast neun von zehn Babys zumindest für eine gewisse Zeit gestillt. In Ländern wie Bhutan, Nepal und Sri Lanka sind es sogar 99 Prozent. Im Gegensatz dazu wird in Ländern mit hohem Einkommen mehr als jedes fünfte Baby überhaupt nie gestillt. Und wenn, dann häufig nur für kurze Zeit. Die Gründe hierfür sind vielfältig, aber im Wesentlichen auf gesellschaftliche Phänomene, steigenden Wettbewerb im Arbeitsumfeld von Frauen und deren mangelnde Unterstützung und Aufklärung bezüglich Stillen zurückzuführen. Eine Fahrlässigkeit westlicher Gesellschaften mit zahlreichen negativen Gesundheitsfolgen für Mütter und Kinder, wie sich im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen gezeigt hat. Auch davon wird in diesem Buch noch die Rede sein.

Dennoch ist und bleibt die mittlerweile weitgehend routinemäßige Möglichkeit eines Kaiserschnittes eine große medizinische Errungenschaft. Denn vor der Etablierung des Kaiserschnittes, also bis in die 1950er-Jahre, endete eine Geburt für bis zu sechs Prozent der Kinder und Frauen in Europa tödlich.

Die moderne Medizin versucht aus nachvollziehbaren Gründen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (inkl. Antibiotikaprophylaxe, Wehenmittel,

Anästhesie und Kaiserschnitt), Geburtskomplikationen und negative Gesundheitsfolgen für Mutter und Kind zu verhindern. Das ist zwar gut so, hat aber auch zu einer gewissen Form der Absicherungsmedizin geführt, denn Patientinnen und Patienten werden immer klagefreudiger und die Regressforderungen können im Falle eines vermeintlichen Geburtsschadens astronomisch ausfallen. Auch die Haftpflichtprämien sind in der Geburtshilfe in schwindelerregende Höhen gestiegen. Laut *Deutschem Ärzteblatt* müssen beispielsweise niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, die als Belegärzte an Krankenhäusern in der Geburtshilfe arbeiten, im Mittel derzeit rund 60 000 Euro Jahresprämie für ihre Haftpflichtversicherung aufbringen.⁸

Es ist somit nicht verwunderlich, dass bei einer Krankenhausgeburt alle Register der modernen Schulmedizin gezogen werden, um einen Geburtsschaden so gut wie möglich zu verhindern. Allerdings steht diese Praxis mit dem Credo »*So wenig wie möglich und nur so viel wie unbedingt nötig*« in zunehmendem Konflikt.

Nehmen wir nur das Beispiel einer vaginalen Infektion mit speziellen Streptokokken in der Spätschwangerschaft. Sie sind eine mögliche Ursache für schwere Infektionen des Neugeborenen mit der Möglichkeit von neurologischen Langzeitfolgen und einer ein- bis dreiprozentigen Sterblichkeitsrate. Während der 1990er-Jahre begann man daher in vielen Ländern mit dem Screening von Schwangeren auf diese Bakterien, um im Fall eines positiven Nachweises standardmäßig eine intravenöse Antibiotikaprophylaxe im Rahmen der Geburt zu verabreichen.

Auch Luise wäre im Zuge ihrer ambulanten Krankenhausgeburt beinahe in den Genuss dieser Antibiotikaprophylaxe gekommen, da sie das Ergebnis des beim niedergelassenen Facharzt durchgeführten Streptokokken-Abstriches nicht zur Hand hatte. Kurz bevor ihr ein Arzt die Infusion verabreichen wollte, fiel ihr das Testresultat ihres Abstriches ein: negativ!

Hätte sie also die routinemäßige Antibiotikaprophylaxe erhalten, wären den Nachteilen keinerlei Vorteile gegenübergestanden. Und noch etwas ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen: Ein wesentlicher Grund, warum sich Luise für eine »natürliche« Hausgeburt entschieden hatte, war, dass sie selbstbestimmt über ihre Geburtsmodalitäten bestimmen wollte. Viele Frauen berichten, dass ihnen gerade diese Selbstbestimmtheit im Krankenhaus mit seiner Hektik und seiner alles bestimmenden Absicherungsmedizin nicht gegönnt wurde.⁹

Tatsächlich existiert aktuell keine oder nur eine geringe wissenschaftliche Evidenz für die generelle Sinnhaftigkeit einer Antibiotikaprophylaxe während der Spätschwangerschaft und der Geburt, um das Risiko unerwünschter Ereignisse für Mutter und Kind zu reduzieren. Weder im Allgemeinen¹⁰ noch im Fall von grünlich-trübem (mekoniumhaltigem) Fruchtwasser¹¹ oder im Fall eines positiven vaginalen Streptokokkennachweises.¹²

Zu diesem Schluss kommen immerhin die evidenzbasierten Ergebnisse von Studienauswertungen der *Cochrane Collaboration*, einem globalen, unabhängigen

Netzwerk aus Wissenschaftlern, Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe.

Dafür kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass sich die weitverbreitete Praxis der standardisierten Antibiotikaprophylaxe im Rahmen der Geburt negativ auf die Entwicklung des delikaten kindlichen Darmmikrobioms auswirkt und damit möglicherweise auf den Gesundheitszustand des Kindes im Verlauf seines Lebens.¹³

Sämtliche medizinische Richtlinien und Empfehlungen zur Antibiotikaprophylaxe bei positivem Nachweis von Streptokokken stammen aus einer Zeit, in der man über die gesundheitliche Bedeutung des Darmmikrobioms noch nichts wusste.

Daraus lässt sich aber keinesfalls reflexartig ableiten, dass eine Antibiotikatherapie keine sinnvolle ärztliche Maßnahme darstellt. Das ist sie nämlich zweifelsohne, allerdings nur unter gewissenhafter Abwägung der Vor- und Nachteile im Rahmen der viel beschworenen, aber in letzter Zeit deutlich in den Hintergrund getretenen *ärztlichen Heilkunst*.

Im Falle eines positiven Nachweises von Streptokokken der Gruppe B, einhergehend mit der Gefahr einer Neugeborenen-Infektion, besteht vermutlich vor allem bei Vorhandensein von zusätzlichen Risikofaktoren wie Frühgeburt (vor der 37. Schwangerschaftswoche), niedriges Geburtsgewicht, länger dauernde Geburt, frühzeitiger Blasensprung (mehr als 12 Stunden vor der Geburt), schwere Störungen der fetalen Herzfrequenz während der ersten Phase der Wehen und Schwangerschaftsdiabetes durchaus ein präventiver Nutzen einer Antibiotikaprophylaxe.

Es ist nur die undifferenzierte wie unkritische Verabreichung »mit der Gießkanne«, die, wie viele andere »standardisierten Maßnahmen« auch, das sprichwörtliche Kind mit dem Bade ausschüttet und ein Vorgehen nach dem alten medizinischen Ethos »*primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*« (»erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen«) erheblich erschwert.

Luise hatte Glück. Sie konnte mithilfe einer vertrauten, gut ausgebildeten und erfahrenen Hebamme und der Sicherheit eines gut ausgestatteten medizinischen Sicherheitsnetzes im Hintergrund ihre Bestrebungen nach einer »natürlichen und selbstbestimmten Geburt« mit so wenig medizinischer Intervention wie möglich verwirklichen. Diese Vorgangsweise wäre generell nicht nur wünschenswert, sondern in unserem Gesundheitssystem, im Unterschied zu zahlreichen anderen Ländern, in den meisten Fällen auch möglich. Allerdings ist nichts ohne Risiko, das betrifft in ganz besonderem Maße die Geburt, sei es nun im Krankenhaus oder zu Hause.

Sieht man von den durchaus bestehenden Risiken aber einmal ab, sind Schwangerschaft und Geburt bei genauerer Betrachtung eine unglaubliche Manifestation des unsichtbaren Netzes, das wir Leben nennen.

Ein Wunder für sich

Eine Schwangerschaft ist ein extrem komplexes und durchaus risikobehaftetes Ereignis, ohne dessen erfolgreichen Verlauf wir uns (weder Sie noch ich) innerhalb dieser