

Geburtshilfe im Wandel

Traumatische Geburtserfahrung als lebenslanger Belastungsfaktor? Gesunde Geburtserfahrung als lebenslange Ressource!

Sven Hildebrandt

Die Erfahrungswelt eines Menschen während seiner intrauterinen Lebenszeit, seiner Geburt und während der Tage und Wochen danach prägt dessen psychosoziale und psychovegetative Stabilität lebenslang.

Mit dieser Leithypothese nimmt der vergleichsweise junge Fachbereich der pränatalen Psychologie einen immer bedeutender werdenden Platz im wissenschaftlichen Diskurs unserer Zeit ein.

So sperrig diese Aussage auf den ersten Blick auch erscheinen mag, so plausibel wird sie bei näherer Betrachtung. Erfahrungen prägen unser Sozialverhalten, machen uns vorsichtig, kühn, offen oder mürrisch. Wenn uns in einem Restaurant der Kellner schlecht behandelt, werden wir künftig einen Besuch vermeiden oder zumindest mit Abwehr und Skepsis eintreten. Dieses simple Verhaltensmuster ist jedoch das Resultat aus entsprechend positiveren Vorerfahrungen: Wir wissen einfach, wie sich ein Kellner zu benehmen hat und was wir vom Service erwarten dürfen. Deshalb sind wir in der Lage, unsere Reaktion zu wichten und uns angemessen zu verhalten. Wir nehmen den Auftritt des Kellners nicht persönlich und wir bekommen keine Selbstzweifel – sondern wir denken uns einfach: „So ein Idiot!“

Je jünger ein Mensch ist, desto geringer sind seine Erfahrungsressourcen, auf die er vergleichend zurückgreifen kann. Entsprechend größer ist seine Unsicherheit im Umgang mit der Situation. Und entsprechend tiefer sind auch die Spuren, die die Erfahrung in seinem Wesen hinterlässt.

Das intrauterine Kind hat keine Vergleichserfahrung, erlebt alles „zum ersten Mal“. Das Gefühl von Ungewolltsein, von Ablehnung, von emotionaler Kälte wird nicht durch frühere Bindungserfahrung „neutralisiert“, sondern prägt sich tief im Wesen des Kindes ein. Wir sprechen von einer „Ur-Matritze“, die die psychosoziale Grundstimmung des heranwachsenden Kindes ebenso dominiert wie die Grundtonart eine Sinfonie. Freilich hat eine h-Moll-Sinfonie auch Dur-Akkorde – ihre Grundstimmung aber ist schwermütig.

Genau in diesem Punkt jedoch regen sich Widerstände – nicht nur bei vielen Menschen, sondern ebenso auch in der Wissenschaft. Es erscheint unvorstellbar, dass eine so frühe und von kaum einem von uns erinnerte Lebenszeit tatsächlich bedeutsam sein kann, dass ein Embryo oder ein Fötus emotionale Stimmungen seiner Mutter registriert, Gefühle wie Ablehnung oder Zuneigung wahrnimmt.

Ab wann hinterlassen Erfahrungen Spuren?

Die verbreitete Abwehr gegen die Grundannahmen der pränatalen Psychologie lässt sich besser im kulturpsychologischen Kontext verstehen. Noch bis ins Mittelalter hatten Kinder einen geringen soziokulturellen Wert, wurden ausgebeutet, misshandelt, verkauft. Bindung war wegen der extrem hohen Kindersterblichkeit kaum möglich. Entsprechend galt das erste Lebensjahrsiebt als bedeutungslos für die spätere Entwicklung – schon aus Selbstschutz der Gesellschaft vor der Ungeheuerlichkeit dieser Fehlannahme.

Es erscheint aus heutiger Sicht unvorstellbar, dass es noch nicht einmal 200 Jahre her ist, dass der frühe Erfahrungsraum als bedeutsam für die kindliche Entwicklung eingeschlossen wurde. Sigmund Freud musste mit seinen Thesen von frühkindlicher Prägung ähnliche Widerstände überwinden wie heute in der pränatalen Psychologie. Dabei hat Freud ja gar nicht das Neugeborene oder gar das intrauterine Kind im Auge gehabt. Auch er ging davon aus, dass vorsprachliches Erleben „verschüttet“ ist, glaubte an eine „infantile Amnesie“ des Kindes. Auch für ihn war nicht vorstellbar, dass es – um mit Michel Odent zu sprechen – „nicht egal ist, wie wir geboren werden“.

Entsprechend herzlos war die Geburtshilfe bis weit in die siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts hinein, entsprechend herzlos wurden manche von uns nach ihrer Geburt behandelt. Alle kennen die Bilder, auf denen das Neugeborene von der Hebamme kopfüber in die Luft gehalten wird und manchmal sogar noch einen Klaps bekommt, damit es „kräftig durchschreit“. Dies sei „gut für die Entwicklung der Lungen“. Derartige Mythen prägten das Denken und das Verhalten von Hebammen, Ärzten und Ärztinnen über Generationen.

Es waren Geburtshelfer wie Frédérick Leboyer oder eben Michel Odent und Hebammen wie Anne Gaskin und hier bei uns in Deutschland Hanna Fischer, die sich für ein konsequentes Umdenken in der Geburtshilfe einsetzten. Aber es waren vor allem die Eltern, die einen anderen Umgang mit dem neugeborenen Kind erzwangen, die nicht mehr bereit waren, ihre

Kinder in die mutterlose Ferne der Neugeborenenstation abzugeben. Dieser Umstand muss immer wieder betont werden, denn die professionellen Begleiter reagierten eher zögerlich und fast ablehnend auf Forderungen nach einer „sanften Geburt“, zu der selbstverständlich auch das Rooming-In gehört.

Intrauterine „Black-Box“

Doch während man in der Neugeborenenforschung sehr schnell wissenschaftliche Evidenz für die Thesen der „neuen Geburtskultur“ bereitstellen konnte, scheiterten alle Überlegungen zum intrauterinen Erfahrungsraum an der fehlenden Beweisbarkeit. Das Argument, dass ja im Moment der Geburt nicht irgendein „Schalter“ umgelegt werde und dass eine Übertragung der inzwischen unstrittigen sozialen Kompetenz des Neugeborenen auf den intrauterinen Lebensraum zulässig, ja sogar geboten sei – dieses Argument reichte der wissenschaftlichen Gemeinde nicht aus. Die Gebärmutter blieb eine „Black box“, ein Mysterium – und ihr kleiner Bewohner wurde in seiner kaum erfassbaren Bedürfniswelt nicht wahrgenommen.

Zwei Umstände kamen der schon damals aktiven pränatalen Psychologie zu Gute: Die Entwicklung der Ultraschall-Technik und die enormen Fortschritte in der Neonatologie. Immer früher geborene Kinder überlebten und erlaubten das Studium ihrer eindrucksvollen psychosozialen Kompetenz. Die Konsequenz des gewonnenen Wissens war die Forderung nach einem radikalen Wechsel des Umgangs mit Frühgeborenen, der – wenn auch zögerlich – unter dem Begriff „Känguruh-Pflege“ Einzug auf den Intensivstationen hielt. Hier taten sich – nicht zum ersten Mal – Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) als Pioniere hervor. Otwin Linderkamp ist bis heute unermüdlicher Forscher und Mahner für ein neues Verständnis im Umgang mit dem Kind.

Der andere für die pränatale Forschung äußerst bedeutsame Umstand war die rasante Entwicklung hoch auflösender Untersuchungstechniken am intrauterinen Kind, das zum ersten Mal in seiner Anmut, seinem Bewegungsrepertoire und seiner sozialen Kompetenz erlebbar war – und das bereits in frühen Schwangerschaftswochen. Damit blühte die experimentelle Verhaltensforschung mit Atem beraubenden Lernexperimenten. Richard Chamberlains Arbeiten gelten bis heute als wegweisend in der pränatalen Psychologie. Für den kleinen Zirkel der Wissenschaftler galt es als

selbstverständliche Wahrheit, dass der intrauterine Erfahrungsraum die gesamte psychosoziale Entwicklung des Kindes nachhaltig prägt.

Zwei Fragen blieben jedoch offen: Ab welchem embryonalen Entwicklungsstadium sind diese Überlegungen anzuwenden – und wie kann man dies wissenschaftlich beweisen? Die erste Frage hat größte Relevanz für die Psychotherapie von Kindern und Erwachsenen, weil denkbare spätere Psychopathologien dann durch frühe Verlusterfahrungen („Lost twins“) oder Abtreibungsphantasien der Mutter erklärbar wären. Doch gerade bei diesen höchst sensiblen Überlegungen offenbart sich ein ganz entscheidendes Dilemma der pränatalen Psychologie.

Pränatale Psychologie im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Mythenbildung

Derartig massive regressive Diagnostikansätze sind mit einer ganz besonderen Verantwortung des Therapeuten oder der Therapeutin verbunden. Es besteht die Gefahr, eine spätere psychosoziale Störung mit einer letztlich kaum beweisbaren Kausalität zu versehen, die ungewöhnlich stark in das Seelengebäude eines Menschen eingreift: „Deine Mutter hat Dich abgelehnt.“ „Du hast Deinen Zwilling verloren.“ Tatsächlich wurden und werden derartig schwer wiegende Diagnosen immer wieder relativ unkritisch ausgegeben, was eine nicht unberechtigte Kritik der Fachwelt nach sich zog.

Spätestens jetzt war die Forderung nach wissenschaftlicher Evidenz für die Thesen der pränatalen Psychologie relevant. Und diese Evidenz wurde möglich durch einen Wissensdurchbruch in einem ganz anderen Fachgebiet in den frühen 2000er Jahren: Die Epigenetik widerlegte das alte Darwinsche Paradigma von der Konstanz des Genoms und der Differenzierung der Arten durch Mutationen. Das Erbgut aller Lebewesen wurde als komplexes, sich dynamisch veränderndes System begriffen, durch das eine optimale Anpassung in entwicklungsgeschichtlich kürzester Zeit möglich wird.

Das bedeutet: Das Genom eines Menschen verändert sich durch verschiedene molekulargenetische Prozesse innerhalb kürzester Zeit und ermöglicht eine Anpassung, die sich im Gegensatz zur biologischen Regulation nachhaltig auch auf die Nachkommen auswirkt. Interessanterweise hingen die ersten Nachweise solcher Veränderungen mit dem Geburtsmodus zusammen: Man konnte zeigen, dass per Kaiserschnitt geborene Kinder ein verändertes Genom gegenüber dem spontan Geborenen aufweisen – und damit die bis dahin unerklärliche Häufung immunologischer Phänomene nach Kaiserschnitt erklären.

Epigenetik beweist Thesen der pränatalen Psychologie

Die Epigenetik ist ein Geschenk an die pränatale Psychologie, die nun endlich über ein wissenschaftlich anerkanntes Instrument zur Validierung ihrer Thesen verfügt. Beispielhaft sei die „Konstanzer Gewaltstudie“ von Radtke et al. genannt, mit der 2011 der Einfluss mütterlicher Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft auf das kindliche Genom im Bereich der endokrinen Stressachse nachgewiesen wurde. Die Autoren konnten zeigen, dass ausschließlich die Erfahrungswelt der Schwangerschaft (und nicht die vor der Schwangerschaft und nach der Geburt) die kindliche DNA im Bereich der sozialen Resilienz verändert hat. Es sei nochmals betont: Wir reden von genetischen, also *transgenerational wirksamen* Veränderungen!

Inzwischen gibt es zahlreiche Untersuchungen aus vielen Bereichen der pränatalen Psychologie, deren Thesen sich damit auf eine breite wissenschaftliche Basis stützen können. Damit darf man davon ausgehen, dass die eingangs genannte Leithypothese bewiesen ist.

Konsequenzen für die Therapie psychosozialer Störungen

Bei der Behandlung von psychovegetativen, psychosozialen und somatischen Symptomen sollten konsequent mögliche pränatale Belastungen in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Das immer wieder dabei auftretende Problem ist eine achtsame, nicht stigmatisierende Exploration der prä- und perinatalen Erfahrungswelt.

Natürlich ist es nicht schwer, den Geburtsverlauf, mögliche Trennungen von der Mutter nach der Geburt, intensive therapeutische Maßnahmen oder gar Frühoperationen in den anamnestic Prozess einzubeziehen. Schwierig wird es dagegen immer in den sensiblen Bereichen der frühen Schwangerschaft. Gerade überlebte Schwangerschaftsabbrüche oder verlorene Zwillinge-Geschwister erfordern ein hohes Maß an Sensibilität und bergen die Gefahr der Stigmatisierung.

Hier sind die Gesundheitswissenschaften gefragt, um den Therapeutinnen und Therapeuten valide Leitfäden für eine achtsame Exploration in die Hände zu geben.

Auftrag an Hebammen, Geburtshelfer und Geburtshelferinnen

Das Wissen um die Bedeutung der prä- und perinatalen Erfahrungswelt für die künftige psychosoziale Gesundheit des Kindes sollte das geburtshilfliche Personal, dringend aber auch die in der Schwangerenbetreuung tätigen Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen zu einem grundsätzlichen Umdenken veranlassen. Alle gewachsenen geburtshilflichen Gepflogenheiten müssen hinsichtlich möglicher Belastungen für das System der Geburt kritisch hinterfragt werden. Alle positiven Bedingungen für die Schwangerschaft, Geburt und Postnatalzeit verdienen eine konsequente Förderung.

Wie sind jedoch die gegenwärtigen Bedingungen der Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum? Niemand kann bestreiten, dass die Geburtsmedizin technisch gut ausgestattet ist, auf hohem wissenschaftlichen Niveau arbeitet und insgesamt Erfolge verzeichnet. Im Einzelnen bedeutet das:

- Das Paradigma der Geburtsmedizin beherrscht das Denken der meisten Ärztinnen, Ärzte und Hebammen, der Fachgesellschaften und der Gesundheitspolitik.
- Die Schwangerenbetreuung („Vorsorge“) beruht auf einer rein pathogenetischen, risikobezogenen Orientierung, die allein in der Mutterschaftsrichtlinie deutlich zum Ausdruck kommt.
- Hebammen werden unzureichend und i.d.R. viel zu spät in die Schwangerenbetreuung einbezogen.
- Die auch gesundheitspolitisch angestrebte Zentralisation der Geburtshilfe führt zu einer Verarmung der Expertise für die Begleitung physiologischer Geburten.
- Die Kriterien, an denen die Qualität der Geburtshilfe gemessen wird, sind rein pathogenetisch orientiert (z. B. perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnitt, Entschluss-Entwicklungs-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten).

Notwendig wären geburtshilfliche Qualitätsindikatoren, die einen ganzheitlichen Blick haben

- Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft
- Rate nicht hinreichend indizierter Geburtseinleitungen
- Rate Wunschkaiserschnitt
- Spontangeburt bei Beckenendlage
- Rate nicht hinreichend indizierter Kaiserschnitte
- 1:1-Betreuung bei der Geburt

- Oxytozingabe bei der Geburt
- Das Paradigma der Evidenzbasierten Medizin wird unzureichend umgesetzt. Im Gegenteil: Die gesamte Wissenschaftskultur befindet sich in einer Krise. Die qualitative Wissenschaft (Hypothesenbildung, Reibung, Streit, Bewahrung alten Wissens, Pflege der Individualerfahrung) als essentielle Voraussetzung strebenden Wissensgewinns wird im gegenwärtigen Wissenschaftsbetrieb kaum gepflegt. Das gesamte Denkgelände baut auf quantitativen Studien auf, deren Bias oft keine Beachtung findet.
- Ebenso problematisch ist die aktuelle Leitlinienkultur: Leitlinien werden nicht mehr als visionäre Handlungsorientierung verstanden, sondern bilden lediglich einen Minimalkonsens quantitativer Wissenschaft ab – werden jedoch von den Einrichtungen wie eine biblische Wahrheit unkritisch befolgt. Dabei gibt es allen Grund, wichtige Leitlinien zu hinterfragen:
 - Gestationsdiabetes: unzureichende Auseinandersetzung mit der Pathogenese, Fehlen entsprechender Diagnostik-Konzepte
 - Übertragung: falsche Surrogatmarker führen zu nicht hinreichend indizierten Geburtseinleitungen
 - B-Streptokokken: Fehlende Umsetzung neuer Erkenntnisse zum Mikrobiom führen zu unnötigen und für das kindliche Immunsystem nachteiligen Antibiosen
 - Neue Kaiserschnitt-Leitlinie: Schwächung risikominimierender geburtshilflicher Strukturen, Stärkung geburtshilflicher Verhaltensweisen, die das Risiko der Geburt erhöhen.
- Geburtshilfliche Strukturen sind oft patriarchal geprägt und hierarchisch aufgebaut. Verbreitete strukturelle Mängel sind:
 - keine Orientierung an anderen Hochrisikobereichen (z. B. Luftfahrt)
 - kein Notfalltraining
 - keine Supervision der Geburten
 - unzureichende Weiterbildung im Leitungsbereich
 Die Folge dieser Mängel sind weit verbreitete Routinen ohne hinreichende Evidenz:
 - Geburtseinleitung: Begrenzung der individuellen intrauterinen Lebenszeit des Kindes oft ohne Not
 - Wehenmittelgabe: Eingriff in die Sicherheit der Geburt, das Bindungs- und Stillverhalten, die Sozialisation
 - falsche CTG-Gläubigkeit: Gefahr von Fehlentscheidungen
 - operative Geburtsbeendigung: oft zu starke Belastung für das bereits belastete Kind

- unzureichende Gebärbewegung
- Kristellern
- Abnabelungskultur: Abnabeln vor der Plazentageburt
- Kaiserschnitt ohne hinreichende Indikation

Fazit und konkrete Forderungen

Die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie geben einen klaren Auftrag für eine Neuorientierung der Geburtskultur, die sich an folgenden Gedanken orientieren sollte:

- Geburt ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Geburtshilfe muss als hoheitliche Aufgabe verstanden werden.
- Jeder Mensch hat das Recht auf das Erleben einer selbstbestimmten, ungestörten Schwangerschaft und Geburt. Dieses Recht sollte als Staatsziel in die Verfassung aufgenommen werden.
- Die Geburtshilfe braucht ein eigenes Kapitel in der Sozialgesetzgebung zur Sicherstellung einer unabhängigen Finanzierung getrennt von aufwands- und rentabilitätsbezogenen Kliniksbudgets
- Die Honorierung geburtshilflicher Leistungen muss nach Nachhaltigkeitskriterien erfolgen. Monetäre Motive für geburtshilfliche Dienstleistungen sollten verboten sein.
- Geburtshilfe braucht eine angemessene Fehlerkultur, die die derzeitige „Null-Fehler-Kultur“ durch ein realitätsnahes Konzept ersetzt. Die Haftpflichtversicherung muss das Ereignis Geburt, nicht die daran beteiligten absichern („ereignisbezogene Haftpflichtversicherung“).
- Wir benötigen eine weit reichende Reform des Hebammenstandes (Akademisierung, Hebammenkammer, hebammengeleitete Geburtshilfe bei physiologischen Geburten)
- Dringend notwendig ist eine Neuorientierung der Schwangerenbetreuung (Hebammenbetreuung, Mutterschaftsrichtlinie, Mutterpass)
- Hebammenwissenschaft und ärztliche Wissenschaft müssen Synergien entwickeln und sich optimal ergänzend zusammenwirken, um evidenzbasierte Standards für eine neue Geburtskultur zu erarbeiten.
- Das Konzept einer selbstbestimmten, gewaltfreien, beziehungsgeleiteten Geburtshilfe sollte als zentrales Paradigma jeder Geburtseinrichtung anerkannt werden.
- Eine kontinuierliche 1:1-Betreuung, die Geburt im geschützten Raum, eine – von medizinischer Notwendigkeit abgesehen – interventionsfreie

Geburtshilfe bildet die elementare Grundbedingung jeder Geburtsbegleitung.

- Hebammen und Ärzte werden zu einer umfassenden, interprofessionellen, kollegialen Aus- und Weiterbildung zu geburtshilffichen Themen verpflichtet.
- Hebammen und Ärzte werden verpflichtet, ganz im Sinne ihrer Berufstraditionen ihr Wissen weiterzugeben und als Pädagogen – nicht nur gegenüber Fachpersonen, sondern insbesondere auch gegenüber Eltern und Kindern – wirksam zu werden.