2009
JAHRGANG: 9/1
Oktober

AKF-INFO

... dem Wunder
leise
wie einem Vogel
die Hand hinhalten.
Hilde Domin

Thema
HUMANISIERUNG
von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach

Inhaltsverzeichnis

Thema: Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach

Editorial 1

Grußwort Patientenbeauftragte 3

„Nicht der Kinderkopf ist das Geburtshindernis – sondern der Kopf, den die Frauen sich über die Geburt machen“ 4

Geburtshilfe neu denken 9

Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland 9

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal 10

Von der Entbindungsklinik zur Bindungsklinik: das „Babyfreundliche Krankenhaus“ 11

Vom Mutterpass zur Risikoschwangerschaft und zur High Tech-Geburt. Eine Bestandsaufnahme für Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe 2009 15

Pränataldiagnostik 18

Wie erleben Frauen einen Kaiserschnitt? Ergebnisse einer Befragung von „Kaiserschnittmüttern“ 21

Schwangerenvorsorge in Deutschland – ein Beispiel für Non-Evidence? 23

Die „Entbettung“ des Wochenbettes 24

Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e.V. 29

Best-Practice-Modell „Stillförderung in einer Kommune“ – ein Erfahrungsbericht 32

Väter bei der Geburt 34

Die Großfamilie ist schwanger 39

Eltern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen 41

„Wir, der Dreimädelhaushalt" 43

Modelle zur Vermeidung und Begleitung psychischer Störungen nach der Geburt 44

MATERNAL AND NEWBORN HEALTH/ SAFE MOTHERHOOD 48

Editorial

Die vorliegende Ausgabe des AKF-INFO ist einer existenziellen Lebensphase im Leben von Frauen gewidmet: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Viel hängt davon ab: Ganz real die körperliche Gesundheit von Mutter und Kind, ein gesundes Selbstbewusstsein in das Leistungsvermögen des eigenen Körpers, das spätere Verhältnis zur Sexualität und zur Empfängnisverhütung sowie auch unbewusst die Haltung zum Kind und zum Mann.

Die Artikel dieser Broschüre beschäftigen sich mit einzelnen Aspekten dieser wichtigen Erfahrung und mit der Geburtshilfe, so wie sie heute betrieben wird. Sie zeigen positive Entwicklungen, aber auch viele Mängel, die für Mutter und Kind schwerwiegende Folgen haben können.

Freude und Gefahr

Die Freude über eine Schwangerschaft war schon immer überschattet durch die Angst, die mit den Gefahren der Geburt für Mutter und Kind verknüpft ist. Dieses Risiko lässt sich auch heute noch an den Zahlen der WHO über die Müttersterblichkeit ablesen. Weltweit sterben jährlich immer noch eine halbe Million Frauen bei der Geburt, nach Schätzungen 99 Prozent davon in afrikanischen Ländern.

Die Geburt wird zunehmend in einen technischen Ablauf gepresst

Auch in Deutschland starben noch in der Nachkriegszeit jährlich 50mal mehr Frauen bei der Geburt als heute, und rund 100.000 Kinder überlebten die Geburt oder das erste Lebensjahr nicht (10 Prozent der Lebendgeborenen). Die Verbesserung der Lebensverhältnisse und die Modernisierung der Geburtshilfe haben dazu geführt, dass Schwangerschaft und Geburt für Mutter und Kind heute viel weniger gefährlich sind.

Experimentierfeld Frau

Der Fortschritt in der Geburtshilfe vollzog sich in Deutschland langsamer als in den nordeuropäischen Staaten. Vieles verlief nach dem Prinzip Versuch und Irrtum, und die meisten Änderungen wurden ohne die Mitsprache von Frauen vorgenommen. Für viele Erkenntnisse musste ungefragt die Gesundheit von Mutter und Kind herhalten. Viele wissenschaftlich nicht gesicherte Maßnahmen wurden ausprobiert und wieder zurückgenommen, nachdem Geburtsschäden bekannt wurden und es daraufhin zu Protesten und Prozessen kam. Erwähnt seien beispielsweise: Die programmierte Geburt; die Paracervikalblockade als Schmerzblocker; die Kopfschwartenelektrode, deren Widerhaken man routinemäßig in die zarte Kopfhaut des Ungeborenen drehte (um die Herzaktionen abzuleiten); 80 Prozent Dammschnitte in einen hochempfindlichen weiblichen Körperteil, um Senkungsbeschwerden zu vermeiden; Schnitt und Dammnaht ohne Betäubung; Trennung von Mutter und Kind für mindestens 24 Stunden, was in großem Stil Stillprobleme verursachte.

Mutter und Kind hatten bis vor zwei, drei Jahrzehnten nichts zu lachen, es herrschte ein rauer Ton im Kreißsaal und auf den Wochenstationen. Viel eher als in nachgeburtlichen Hormonschwankungen lag hier vermutlich die wahre Ursache der respektlos so genannten „Heultage“.

All diese Interventionen hatten nichts mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu tun, sie beruhten schlicht auf Annahmen der GeburtshelferInnen.

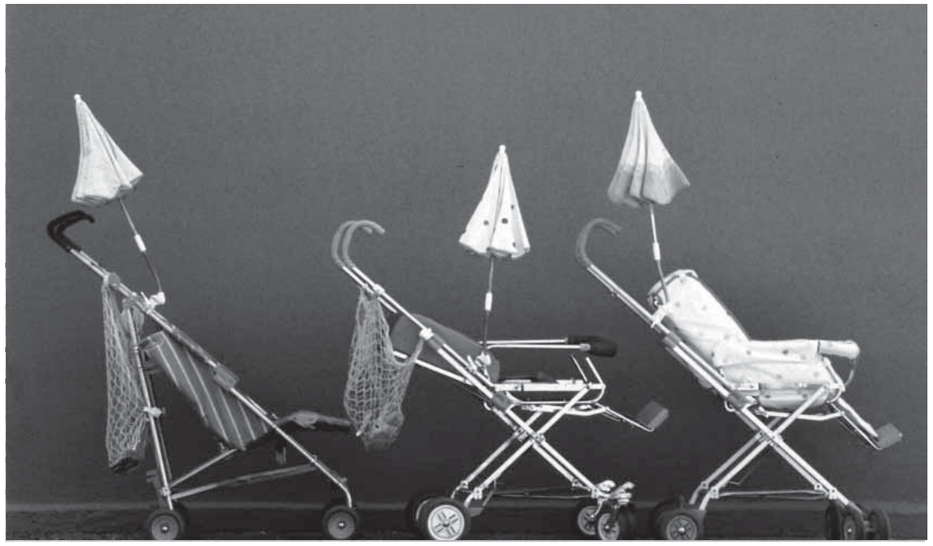
In den 1970er und 1980er Jahren begannen Frauen, Eltern, ÄrztInnen, Hebammen und GeburtsvorbereiterInnen gemeinsam vehement gegen diese Missstände zu protestieren. Diese Bewegung war zweifellos erfolgreich. Die positiven Erfahrungen in den Geburtshäusern und bei Hausgeburten trugen ebenfalls dazu bei, dass die geburtshilflichen Kliniken mehr auf die Wünsche von Frauen eingingen.

Ende gut – alles gut?

Vieles wurde in der Geburtshilfe erreicht, aber bald traten auch neue Fehlentwicklungen zu Tage.

Seit Beginn der 1990er Jahre überrollt uns eine Welle der Technisierung, die die Geburt zunehmend in einen genau geplanten technischen Ablauf presst. Die High-Tech-Geburt ist geburtshilfliche Normalität. Dreiviertel der Schwangerschaften werden mittlerweile als Risikoschwangerschaften eingestuft. Rund jede vierte Geburt wird eingeleitet, jede dritte wird medikamentös beschleunigt. Rund 40 Prozent der Frauen erhalten einen Dammschnitt und 30 Prozent werden von ihrem Kind mit einem Kaiserschnitt entbunden, Tendenz steigend.

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass viele Frauen das Vertrauen in ihre natürliche Fähigkeit zu gebären – und damit in die Normalität und Funktionsfähigkeit ihres Körpers - verloren haben. An seine Stelle ist die Überzeugung getreten, dass Schwangerschaft und Geburt hochriskante Vorgänge sind („die Geburt - der gefährlichste Augenblick im Leben des Menschen“ wie



Professor Saling es nannte), die medizinische Eingriffe zwingend nötig machen. Jede andere Haltung erscheint fahrlässig. Unterstützt wird diese Einstellung durch eine passende Sprache: An die Stelle des Gebärens tritt das „Geburts-Management“. Die Rede ist von der Low- oder High-Risk-Schwangeren, der Reduktion von Mehrlingen, dem fetalen oder mütterlichen Outcome, der Baby-take-home-Rate.

Ein ärztlicher Kommentar während einer künstlichen Befruchtung: „Der Mann gibt sein Material ab, während bei der Frau die Punktion läuft. Beides wird dann so eingetaktet, dass man den Ablauf gut hintereinander abarbeiten kann.“

Abgearbeitet wird hier: Die Zeugung. Sprache schafft so Distanz zwischen Schwangeren, den geburtshilflich Professionellen und dem emotionalen Anteil von Schwangerschaft und Geburt.

Ein Paradigmenwechsel ist notwendig: weniger Technik – mehr Menschlichkeit.

Der AKF setzt sich daher ein für eine neue Bewegung zur Humanisierung der Geburtshilfe. Die Medikalisierung und Technisierung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe müssen auf ein vertretbares, wissenschaftlich begründbares Maß reduziert werden.

Ausgangspunkt geburtshilflichen Handelns sollten das Wissen und die Annahme sein:

- Die Frau kann gebären.
- Die meisten Schwangeren in Deutschland sind gesund. Sie brauchen positive Bestärkung.
- Zwischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie sozialen und Umwelteinflüssen besteht eine enge Wechselwirkung. Deshalb ist es notwendig, das soziale und familiäre Umfeld der Schwangeren/jungen Mutter mit in die Begleitung einzubeziehen.
- Die meisten Geburten folgen einem gesunden, psychophysisch gesteuerten Ablauf, wenn man ihn nicht von außen stört. Deshalb sollten sich die Vorsorgenden ebenso wie die Geburtshelfenden in der „Kunst der meisterlichen Zurückhaltung“ üben und nur eingreifen, wenn tatsächlich Komplikationen auftreten.
- Notwendig ist ein ressourcenorientiertes Schwangeren-Betreuungsmodell. Die Überbetonung von Risiken, von denen die meisten Schwangeren nicht betroffen sind, schafft ein Grundgefühl von Unsicherheit, Unfähigkeit und Arztabhängigkeit.
- Für viele Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge und in der Geburtshilfe fehlt auch heute noch der wissenschaftliche Nachweis. Sie sollten deshalb mit Vorsicht angewandt werden, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann.

Das AKF-INFO wurde zusammengestellt vom Runden Tisch „Lebensphase Eltern werden“ des AKF, einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe (eine Hebamme, Ärztinnen, Pädagoginnen, eine Psychologin, Politikerinnen, Juristin).

Helga Albrecht, Dr. Edith Bauer, Karin Bergdoll, Dr. Barbara Ehret, Ulrike Hauffe, Petra Otto, Colette Mergeay, Juliane Beck

Grußwort: Salutogenese in Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach

Sehr geehrte Damen und Herren,

eines der für Frauen wie auch für Männer intensivsten und emotionalsten biografischen Ereignisse ist die Geburt eines Kindes. Erwartungen, Hoffnungen, Glücksmomente, aber auch Befürchtungen und Ängste sind mit der Schwangerschaftszeit und dem Geburtsgeschehen verbunden.

Seit der Entwicklung der modernen Geburtshilfe sind sowohl die perinatale Müttersterblichkeit als auch die neonatale Sterblichkeit stark zurückgegangen. Gleichzeitig begann eine Entwicklung, die Schwangerschaft und Geburt immer mehr zu einem Krankheitsprozess machte, begleitet durch ärztliche und medizintechnische Maßnahmen.

Seit langem schon beobachte ich diese Prozesse, die auch dazu führen, dass bei den Frauen Ängste geschürt werden, die dem natürlichen und normalen Verlauf einer Schwangerschaft nicht angemessen sind. Es ist daher wichtig und nötig, dass neue Konzepte zu einer Humanisierung der Zeiten von Schwangerschaft und Geburt gefunden werden.

Schwangere Frauen und deren Partner sollten wieder erkennen können, dass Schwangerschaft und Geburt natürliche Vorgänge sind, und dass die Hightech-Medizin nur für den Fall schwerer Komplikationen bereit steht.

Vor diesem Hintergrund bin ich froh um die Initiative des Runden Tisches „Lebensphase Eltern werden" des AKF und unterstütze den Paradigmenwechsel zu weniger Technik und mehr Menschlichkeit bei Schwangerschaft und Geburt.

Mit herzlichen Grüßen

Helga Kühn-Mengel ist Mitglied des Deutschen Bundestages und Beauftragte der Bundesregierung für Patientinnen und Patienten bis Oktober 2009

Nicht der Kinderkopf ist das Geburtshindernis – es ist der Kopf, den die Frauen sich über die Geburt machen. Eine Problematisierung, die ihnen abverlangt wird

Im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts gab es in den westlichen Ländern eine starke Bewegung unter Frauen und GeburtshelferInnen, die begann, die Geburt als ganzheitliches Geschehen zu betrachten. Der Geburtshelfer und Chefarzt der Frauenklinik Viersen, Dr. med. Wolf Lütje, zieht ein Resümee, was von diesen Gedanken und Veränderungen in der Geburtshilfe übrig geblieben ist. Sein Fazit: Die Geburt lässt sich zwar nicht abschaffen, das Gebären als weitgehend aktiver und mitbestimmter Akt aber durchaus.

Kaiserschnitt – die bevorzugte Geburtsform?

Gegenwärtig boomt der Kaiserschnitt. In Deutschland werden mittlerweile rund ein Drittel der Kinder auf diese Weise zur Welt gebracht. Aber lässt sich aufgrund dieser Tatsache von einem Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe sprechen? Nur höchstens jede 10. Frau wünscht sich derzeit einen Kaiserschnitt. Völlig unabhängig vom Verlauf der ersten Geburt wünschen sich die meisten Frauen für die Folgegeburt keine Schnittentbindung. Nur jede 5. Frau würde beim zweiten Kind nach einer Normalgeburt einen Kaiserschnitt bevorzugen. Umgekehrt sehnt sich fast die Hälfte aller Frauen mit Kaiserschnitterfahrungen nach einer Normalgeburt. Auch unter Hebammen sind Wunschkaiserschnitte so gut wie unbekannt. Von 60 in Bayern mit Saugglocke entbundenen Frauenärztinnen wünschte sich ebenfalls keine bei der Folgegeburt eine Schnittentbindung.

Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt scheint weniger verbreitet als die Kaiserschnittzahlen vermuten lassen.

Kaiserschnitt – eine neue Option

Es gibt jedoch eine rege Diskussion unter Betroffenen und GeburtshelferInnen über den Sinn und Unsinn des Gebärens. Dass die Geburt um die Möglichkeit des routinemäßigen Kaiserschnitts erweitert wurde, bedeutet zwar die Freiheit, aber auch oft die Qual der Wahl. Freiheit darf nicht mit Glück gleichgesetzt werden. Sie gestattet uns lediglich, die Art der Opfer und Preise selbst zu bestimmen, die wir letztlich für alles zu bezahlen haben. Wenn wir uns nach reiflicher Prüfung an der Weggabel der Entscheidung für einen Kaiserschnitt entscheiden, so ist dagegen sicher nichts einzuwenden. Dieser Weg, und das ist meine Botschaft, darf nur nicht der Einzige werden.

Der Wert des Gebärens

Ich glaube, dass es keine Synthese zwischen der Philosophie der Hausgeburtshilfe und einer Wunschkaiserschnitt-Klinik gibt. Es gibt nur selten echte Synthesen, meist sind es doch faule Kompromisse. Die meisten Thesen sind in sich schon Ergebnis eines konfliktreichen Weges der Abwägung, der begleitet wird von den genetischen, sozialen, systemischen, biografischen und kulturellen Prägungen der Einzelnen. Alles, was für die Geburt relevant ist, das Becken, der Kopf, das Ahnen, Wissen und Fühlen, die Ängste und Einstellungen sind schon vor der Zeugung eines Kindes angelegt. Wir müssen nur die richtigen Fragen stellen und die Geschichten hinter den Geschichten ergründen, um eine Ahnung von der kommenden Geburt einer bestimmten Frau zu bekommen. Ich halte dies für einen wesentlich besseren Vorhersagewert für den Geburtsverlauf als z.B. den Höhenstand des Kopfes.

Trotzdem hängt unsere Entscheidung nicht nur von unseren Prägungen ab, sondern auch von unseren Möglichkeiten, und wie sie persönlich, medizinisch und auch gesellschaftlich, ja sogar biologisch beurteilt werden. Der Kaiserschnitt konnte erst dann eine Alternative werden, als er – allerdings vordergründig und ausschließlich medizinisch betrachtet – sicher wurde. In dieser Diskussion fehlt bis heute ein umfassender ganzheitlicher Ansatz. Nur dann können wir eine Methode bewerten und sie nutzen oder nicht nutzen.

Eine Folgeabschätzung muss auch berücksichtigen, dass jede Veränderung in einem System dieses selbst verändert. Wenn das Regelwerk der Geburtsabläufe und -organisation in sich Veränderungen schafft (z.B. durch einen Anstieg der Kaiserschnittrate), so prägt und verändert dies das gesamte System entscheidend und kann damit auch die Freiheit der Wahl verringern. Eine Veränderung des Regelwerks entscheidet also auch über die Zukunft unserer Gebärkultur.

Neue Wünsche an die Geburt

Seit Einführung der Geburtsmedizin vor gut 150 Jahren wurde die Geburt immer weniger zu einer Frage gesunden Überlebens. Vielmehr tauchten völlig neue Aspekte bzw. Ansprüche an Geburt auf, wie z.B. Bequemlichkeit, Wellness, Recht auf Schmerzlosigkeit und Selbstbestimmung, aber auch eine inflationäre Risikozuschreibung. Gegen die Kultur der Zange, der programmierten Geburt und des routinemäßigen Dammschnittes haben die Frauen erfolgreich rebelliert und heute fordern manche von ihnen ebenso selbstbestimmt die größte Intervention, nämlich den Kaiserschnitt. Der Wunsch, eine Geburt durch Sectio zu beenden, ist seitens der GeburtshelferInnen und aber zunehmend auch seitens der Hebammen oft mindestens so groß wie bei den Frauen selbst. Die Hauptmotive wie Angst und Bequemlichkeit sind in ähnlicher Häufigkeit anzutreffen.

Wir werden diese Entwicklung nur dann nicht als völlig widersprüchlich erleben, wenn wir bereit sind, jeden einzelnen Fall sorgfältig zu prüfen und dabei auch zu lernen, gelegentlich mit scheinbarer Ignoranz, Einseitigkeit und Bequemlichkeit, aber auch einer wohlüberlegten anderen Entscheidung tolerant umzugehen.

Die Geburt – unterschiedlich erlebt

Die Geburt wird völlig unterschiedlich erlebt. Was für die eine Frau ein Traum ist, ist für die andere ein Trauma. Die eine ist erfüllt, die andere enttäuscht. Was die eine unter Kontrolle hat, ist für die andere schon lange nicht mehr kontrollierbar. Lust und Leid, Paradies und Hölle, Glück und Trauer liegen dicht nebeneinander und gehen oft ineinander über. Die eine braucht Planung, die andere nicht. Ich entbinde zu Hause, du mit Kaiserschnitt in der Klinik. Für die eine ist es ein Orkan, für die andere eine wundervolle Bergtour. Jede sechste Frau erlebt die Geburt weitgehend schmerzfrei – wiederum jede sechste erlebt extremste Schmerzen. Die eine ist erschöpft, die andere entspannt, die eine ist verletzt, die andere intakt. Und viele erleben weder das eine, noch das andere, weder Lust noch Leid!

Ganz außen vor bleibt bisher das Geburtserleben von Männern. Scheinbar selbstverständlich und fast zwangsverpflichtet begleiten sie die Geburt, ohne dass bisher dieses Kulturexperiment einer kritischen Reflexion unterzogen wird.

Die „Zerebrale Gebärinsuffizienz“

Gebären ist eine Sache des Bauches und des Beckenbodens, aber auch eine Kopfsache.

Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sind begleitet von einem vernetzten hormonellen Regelwerk mit all seiner Störanfälligkeit, die wir oft aber nicht durchschauen. Hebammen sprechen bei Störungen der Geburtsphysiologie von „verkopften“ Frauen. Ich verwende mitunter den Begriff der zerebralen Gebärinsuffizienz, was mehr eine Zustandsbeschreibung denn eine Wertung sein soll. Es ist eben nicht immer einfach, den richtigen Weg zwischen Hingabe und Kontrolle zu finden.

Evolutionsbiologische Auswirkungen auf das Gebären

Der Raumbedarf des menschlichen Hirns schuf ein geburtsmechanisches Problem. Durch den aufrechten Gang verengte sich das Becken und die Beckenbodenplatte wurde zum „Geburtshindernis“. Die Folge war, dass der Mensch eine biologische Frühgeburt wurde, die er nur Dank seiner sozialen Bindungskompetenz als Art überlebt hat. Mit dem aufrechten Gang wurden die Hände frei, die den Tragling Mensch halten konn-

ten, weil dieser kein Fell mehr vorfand, in dem er sich wie die Affen festkrallen kann. Dieses Anpassungsprinzip der Evolution scheint bis heute gut funktioniert zu haben.

Die Evolution gerät jedoch erneut unter Druck. Die Mütter (und Väter) werden immer älter. Sie sind meist gut ernährt, häufiger mit Schwangerschaftsdiabetes belastet, zunehmend auch übergewichtig. Die meisten Mütter wollen nur ein Kind, dieses soll in jeder Beziehung gesund und perfekt sein. Veränderungen durch Schwangerschaft und Geburt werden von den Frauen keineswegs mehr billigend in Kauf genommen. Sie kennen die Möglichkeiten der perinatalen Medizin. Sie fürchten Inkontinenz und Verlust an sexuellem Erleben. Sie haben andere private und berufliche Interessen und Erwartungen, wollen Planbarkeit, Kontrolle, Wellness und manchmal auch ein „Geburts-Event".

Kaiserschnitt und seine Folgen

Risiko und Angstinflation haben vor allem auf Seiten der ExpertInnen, aber vor dem Hintergrund veränderter Ansprüche der Kundinnen, die Geburtshilfe entscheidend verändert. In erster Linie soll sie schnell, sicher und schmerzfrei sein.

Soweit erforscht, scheint der Kaiserschnitt – trotz all der noch zu erwähnenden Vorteile des Gebärens sowie der unzähligen Nachteile der Schnittentbindung – keine erheblichen, zumindest keine derzeit erkennbare Gefahren mit sich zu bringen.

Es ist aber ein biologisches Gesetz, dass das, was nicht benutzt wird, schlichtweg verkümmert, mit all den möglicherweise nicht abschätzbaren Folgen.

Die Geburt unterliegt einem hormonellen Steuerungsprozess, in dem Hormone wie das Prolaktin und das Oxytocin eine entscheidende Rolle spielen. Diese Hormone haben aber offenbar auch eine entscheidende Funktion bei sozialen Prozessen. Sie regulieren das Stillen und unser Liebes- und Sexualleben ebenso wie unser Bindungsverhalten. Entscheidende Veränderungen in der Biologie der Geburt haben vermutlich auch hormonelle Auswirkungen, die Bereiche tangieren, die vermeintlich nicht in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Balint sagte einmal: „die Geburt ist die Urform der Liebe". Wo bleibt die Liebe, frage ich mich, wenn das Gebären abgeschafft wird?

Es muss uns darüber hinaus klar sein, dass mit der Kunst des Gebärens auch die Kunst der Geburtshilfe verloren gehen kann. Im Grunde kann die Geburt dann getrost den Chirurgen überlassen werden.

Subjektives Erleben und Geburtsideologien

GeburtshelferInnen wissen nicht immer, was im Einzelfall gut oder schlecht ist, und Frauen wissen dies bei all den Unabwägbarkeiten einer Geburt natürlich auch nur bedingt. Auch wenn sich viele GeburtshelferInnen darum bemühen, nicht unbegründet zu intervenieren und andererseits auch nicht immer sofort alle Erleichterungen anzubieten, lässt sich letztlich das Erlebnis der Geburt nicht an seinem Ergebnis ablesen und ist auf beiden Seiten mehr als subjektiv. Diese Subjektivität, und nicht ideologische Standards, gilt es in vollem Umfang zu würdigen, wenn es darum geht, unsere Gebärkultur zu erhalten.

Nur jede 5. Frau würde beim zweiten Kind nach einer Normalgeburt einen Kaiserschnitt bevorzugen.

Den ambivalenten Schwangeren und werdenden Eltern können wir durch frühzeitige Beratung bei ihrer Entscheidung helfen. Selbstbewusste Frauen mit einem guten Gefühl für sich selbst und ihren Körper sowie Frauen mit hohem Wohlbefinden tendieren nach Beate Schücking eher zur vaginalen Geburt. Wir GeburtshelferInnen können also für die Gebärkultur wohl am meisten tun, wenn wir das Selbstbewusstsein und das Wohlbefinden von Frauen stärken. Ob die vielen hochdotierten Risikofaktoren im Mutterpass dazu beitragen, ist sehr fraglich.

Grundbedürfnisse Gebärender

Frauen haben drei grundlegende Bedürfnisse bei der Geburt: Das Bedürfnis nach Kontrolle, das Bedürfnis nach einer kontinuierlichen Betreuung und das Bedürfnis nach Wahlfreiheit und Beteiligung. Wenn wir diese Bedürfnisse respektieren, uns stets verinnerlichen und uns nebenbei um das Höchstmaß an Objektivität und Empathie bemühen, liegen wir wahrscheinlich immer richtig. Es geht eben darum, in erster Linie die Schwangere und nicht die Schwangerschaft zu begleiten.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Kenntnis und Beachtung der Formel der Zufriedenheit. Zufriedenheit ist das Ergebnis eines Vergleichs von Erwartung und Erleben. Zu hohe Erwartungen einerseits, aber auch negatives Erleben andererseits können Unzufriedenheit, schlimmstenfalls auch ein Trauma auslösen. Obwohl 50 Prozent der Mehrgebärenden vor der zweiten Geburt mehr Angst haben, erleben sie diese in der Regel als besser. Dies ist zum großen Teil Folge einer realistischen Erwartungshaltung an die Geburt. Auf der Ebene der Erwartungshaltung hilft mit Sicherheit eine ergebnisoffene beratende Information und eine Geburtsvorbereitung, die realistisches Wissen rund um die Geburt vermittelt. Zur Geburtsvorbereitung am Ort der Geburt – heutzutage ja meist die Klinik – gehört aus meiner Sicht ebenfalls eine umfassende, manchmal langwierige psychosoziale Anamnese, bei der entscheidende Fragen der Biografie thematisiert werden. Ebenso gehört dazu eine interdisziplinäre Schwangerenvorsorge, die unnötige Pathologisierungen vermeidet.

Hilfe durch Geburtsmetaphern

Auch gut gewählte Metaphern können dazu beitragen, eine realistische Geburtserwartung zu unterstützen. Frauen fühlen sich von unterschiedlichen Bildern angesprochen. Ich benutze in Gesprächen über die Geburt oft das Bild vom Bergsteigen als eines langwierigen, anstrengenden, mit kleineren und manchmal auch größeren Verwundungen einhergehenden Wegs zum Gipfel. Jede braucht dabei ihr individuelles Maß an Hilfsmitteln. Wichtig ist, dass alle heil ans Ziel kommen. Es dürfte allerdings ein Unterschied sein, ob wir völlig aus eigener Kraft ankommen oder uns gleich von vornherein mit dem Hubschrauber auf den Gipfel fliegen lassen.

Sinn des Gebärens

Über den Sinn von Anstrengung, Schmerz, Dauer und Angst zu diskutieren, ist ein schwieriges Unterfangen. Da hilft es wenig, dass die Anstrengung der Geburt auch auf die Anstrengung der Wochenbettzeit oder Mutterschaft überhaupt vorbereitet. Da pfeift manche Frau darauf, dass sie sich von Endorphinen und Oxytocin geschüttelt am Ende doch glücklich erfüllt fühlt, dass sie eine große Leistung vollbracht hat.

Leider konnte die Sinnfrage der Geburt bisher nicht so fundiert wissenschaftlich beantwortet werden wie z.B. die Sinnfrage des Stillens und des Bondings im Kreißsaal. Es gibt keine Langzeitbeobachtungsstudie zum Unterschied zwischen Gebär- und Kaiserschnittfamilien. Hier sollte mehr geforscht werden.

In meiner Promotionsarbeit zum Geburtserleben konnte ich allerdings feststellen, dass Frauen mit Interventionen ein schlechteres Geburtserleben und in der Folge auch häufiger Bonding- und Stillprobleme hatten. Hochsignifikant erlebten alle Frauen, die mit einer Periduralanästhesie entbanden, die Geburt unerfüllter und enttäuschter. Schmerzfreiheit geht möglicherweise auf Kosten von Erfüllung, mit all den Folgen für das Wochenbett. Vielleicht stimmt es doch, dass wegen der PDA die körpereigenen Schmerzmittel und Glückshormone, die sogenannten Endorphine, kaum mehr ausgeschüttet werden. PDA macht zwar schmerzfrei, aber nicht glücklich.

Der Ethnobiologe Wulf Schiefenhövel fand übrigens heraus, dass Zuwendung das beste Schmerzmittel ist. Ich glaube auch, dass die liebevolle Betreuung durch ein geburtshilfliches Team einen nebenwirkungsfreien PDA-Effekt haben kann. Diese PDA ist allerdings teurer, und zumindest in Deutschland will dafür keiner mehr bezahlen.

Kommunikation hilft

Trotz aller Prägung auf einen bestimmten Geburtsmodus können Geburtsgespräche in der Frage nach dem Sinn des Gebärens weiterhelfen.

Ich führe sie mit Frauen nach einem vorangegangenen Geburtstrauma. Die Frauen suchen meist erst dann das Gespräch, wenn das Verdrängte in Anbetracht der drohenden Wiederholung ins Bewusstsein rückt. Dann steht der oft durchaus nachvollziehbare Wunsch nach einem Kaiserschnitt im Raum. Der Kaiserschnitt ist selbstverständlich eine Möglichkeit, ein erneutes Geburtstrauma zu vermeiden. Er erzeugt nur selbst ein neues Trauma. Und auch das alte Trauma der vaginalen Geburt wird ein Leben lang nachwirken. Durch den Kaiserschnitt wird die Gelegenheit einer Umdeutung vertan für den Fall, dass die zweite Geburt – und das ist meistens der Fall – völlig anders und oft wesentlich undramatischer verläuft. Es gibt also durchaus eine Chance, dem ersten schlechten Erlebnis einen Sinn abzuringen, sollte diesem ein zufriedenstellender Geburtsverlauf folgen.

Vorausgesetzt, dass alles getan wird, um eine erneute Traumatisierung zu vermeiden. Das heißt, wenn diese Frauen eine Normalgeburt möchten, müssen sie sich trotzdem zu fast jedem Zeitpunkt einen Kaiserschnitt oder eine PDA wünschen können und sie diskussionslos erhalten. Unter diesen Vorgaben entscheiden sich fast 80 Prozent der traumatisierten Frauen für eine normale Geburt, nur 20 Prozent bleiben beim Wunschkaiserschnitt. Sekundäre Kaiserschnitte mache ich in diesen Fällen so gut wie nie. Die Frauen sind mit ihren Geburten im Nachhinein fast ausnahmslos zufrieden.

Wissenschaftliche Argumente für die vaginale Geburt

Prof. Schneider führte in München eine große retrospektive Analyse sämtlicher Perinataldaten durch und kam zu folgendem Schluss:

Die primäre Sectio birgt für die Mutter – verglichen mit der Normalgeburt – zwar so gut wie kein Risiko mehr, aber ein hohes Risiko für das Kind. Es ist vor allem von zum Teil schwerwiegenden Anpassungsstörungen betroffen. Diese empirisch schon lange bekannte Tatsache fließt selbstverständlich in die Aufklärungsgespräche zur Sectio mit ein. Bisher dachte jede Frau ihrem Kind durch einen Kaiserschnitt etwas Gutes zu tun, ihm die Anstrengung der Geburt zu ersparen und es keinen unnötigen Gefahren auszusetzen. Jedoch wird rund sechs Stunden vor dem natürlichen Geburtsbeginn die Lungenflüssigkeit resorbiert, und es beginnt eine Ausschüttung wichtiger Hormone wie den Katecholaminen, Cortison, etc., die die größte Anpassungsleistung des Menschen, nämlich die seiner Geburt, unterstützen. Die Tatsache, dass das Kind den Zeitpunkt der Geburt mitbestimmt und dass das Sinn macht, können die meisten Eltern gut nachvollziehen. Trotz des Wunsches nach Kontrolle und Planung ist gut die Hälfte der Frauen bereit, auf einen geplanten Kaiserschnitt zu verzichten. Die anderen lassen sich zumindest darauf ein, den Termin abzuwarten. Selbst auf Kosten der Organisation bieten wir diesen geplanten sekundären Kaiserschnitt an und haben die Sectio dadurch für die Kinder sicherer gemacht. Für manche Mutter ist aber auch eine solchen Diskussion Grund genug, über die Normalgeburt nachzudenken, und das ist gut so.

Das Beispiel Schmetterlinge

Unlängst machte mich eine Hebamme auf das Forschungsergebnis einer biologischen Fachzeitung aufmerksam. Hier wurde erwähnt, dass Schmetterlinge, denen man in der letzten Phase ganz vorsichtig beim Schlüpfen aus dem Kokon behilflich ist, letztlich nicht fliegen können und dem Tod geweiht sind. Auch wenn wir diese Tatsache nicht einfach auf den Menschen übertragen können, sollte sie uns doch nachdenklich machen. Sie zeigt zumindest, dass wir aus Achtsamkeit nicht vorschnell und ohne Folgenabschätzung in die Evolution eingreifen oder sie sogar radikal verändern sollten. Das heißt nicht, dass wir nicht wohlüberlegt Optionen nutzen sollten, die uns möglicherweise die Evolution sogar selbst in die Hand gibt.

Welchen Stellenwert Gebären hat und haben wird, ist eine Frage, die die Fachleute für die Gesellschaft und alle Einzelnen für sich selbst beantworten müssen.

Das eigene Fahrwasser zwischen Gefühl, Biologie und den Mühlsteinen der Ideologie zu finden, selbstbestimmt, achtsam, respektvoll und verantwortungsbewusst – das sollte immer das zentrale Anliegen von Geburtshilfe sein. Wenn wir dies beherzigen, wird das Gebären überleben und der Kaiserschnitt wird nicht zur Alternative, sondern bleibt lediglich eine Option.

Chefarzt Dr. med. W. Lütje
Allgemeines Krankenhaus Viersen
Frauenklinik
Hoserkirchweg 63
41747 Viersen
frauenklinik@akh-viersen.de

Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland

Zum internationalen Hebammentag am 5. Mai 2006 wurde auf dem interdisziplinären Symposium „Geburtshilfe neu denken“ erstmalig eine umfassende Analyse des Hebammenwesens in Deutschland vorgestellt und diskutiert. Dieses Symposium bildete den Abschluss des von der Robert Bosch Stiftung und der Fachhochschule Osnabrück geförderten Projekts *Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* des Deutschen Hebammenverbands und des Verbunds Hebammenforschung. Mit dem daraus entstandenen und 2007 beim Hans Huber Verlag veröffentlichten Buch „Geburtshilfe neu denken“ werden die Potentiale und Herausforderungen der Hebammenarbeit im klinischen und außerklinischen Bereich in der reproduktiven Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und erster Elternschaft sowie die Hebammenausbildung dargestellt. In einem analytischen Prozess werden Empfehlungen für strukturelle, organisatorische und inhaltliche Veränderungen der Versorgungsleistungen abgeleitet und die zur Umsetzung notwendigen gesetzlichen Grundlagen dargelegt.

„Geburtshilfe neu denken“ fordert mit seiner Analyse und seinen Empfehlungen, die derzeitige Ausrichtung der Angebote von Versorgungsleistungen im Bereich der Geburtshilfe zu überdenken.

Im herkömmlichen Verständnis bezeichnet der Begriff *Geburtshilfe* die erforderlichen Unterstützungsleistungen zum Zeitpunkt der Geburt. Der Ansatz, der diesem Bericht zugrunde liegt, ist ein deutlich erweiterter, weil er die *gesamte Lebensphase* im Übergang zur Mutterschaft bzw. Elternschaft umfasst. Damit sollen die sowohl für die Frau als auch für ihren Partner und das gesamte familiäre Umfeld bedeutsamen biographisch relevanten Ereignisse – *Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit* – betrachtet werden.

Geburtshilfliche Versorgungsleistungen sollten demnach nicht auf das professionelle Handeln bei dem Ereignis Geburt reduziert sein, sondern alle Ereignisse dieser Lebensphase als sich gegenseitig beeinflussend verstanden und entsprechend diesem Verständnis professionell begleitet und betreut werden.

Das bedeutet zudem, Schwangerschaft und Geburt nicht als etwas Krankhaftes zu betrachten, sondern in ihnen das Potenzial für gesunde Prozesse zu entdecken und diese zu fördern und zu unterstützen – eine Umkehr von einem zunehmend krankheits- und risikoorientierten Modell hin zu einem *salutogenetischen* und *ressourcenorientierten* Betreuungsansatz.

Der Bericht setzt mit seinen Ausführungen einen neuen Akzent, indem er das Potenzial der Stärkung normaler Prozesse im Übergang zur Elternschaft beleuchtet. Er liefert eine systematische Begründung für den Handlungsbedarf sowie konkrete Ziele und Empfehlungen.

Damit wendet er sich an ExpertInnen aus der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik sowie an VertreterInnen von Kostenträgern, Trägern von Einrichtungen, den Berufsverbänden der verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufe und an die berufliche Praxis.

Der Bericht verfolgt vier Leitsätze:

- Die Frau muss im Kontext ihres sozialen Umfeldes und ihrer Lebenswelt betrachtet werden.
- Die Lebensphase mit ihren Ereignissen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

Der Betreuungsbogen, Quelle: Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2007). Geburtshilfe neu denken – Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Hans Huber Verlag, Bern.

und Stillzeit umfasst vitale Prozesse im Leben einer Frau.
- Das an dieser Lebensphase ausgerichtete Versorgungsangebot durch Hebammen birgt ungenutztes Potenzial.
- Qualitätsförderung bedingt Reformen in der Hebammenausbildung.

Ausblick

Die Gesundheitsreform birgt Chancen für eine bestmögliche geburtshilfliche Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien. Mit den Forderungen nach evidenzbasierter Versorgung, integrierten Versorgungskonzepten, Qualitätssicherung und Patientenpartizipation fordert sie auf zu einer Reflexion über die bisherige Versorgung und die Anpassung aller Dienste, die die Mutterschaft betreffen, an die sozialen und ökonomischen Bedürfnisse der Gesellschaft.

Sinnvoll wäre eine Mutterschafts-Charta als Programm und ethische Verpflichtung, um Frauen, ihren Kindern und jungen Familien eine Versorgung bereitzustellen, die ihren Bedürfnissen entspricht.

Dazu ist es einerseits notwendig, Frauen und ihre Partner über die Umsetzung konkreter Betreuungskonzepte zu informieren und sie aktiv an der Versorgung zu beteiligen. Andererseits brauchen Hebammen als eine auf die Erhaltung und Förderung physiologischer Prozesse spezialisierte Berufsgruppe veränderte Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung, damit sie einen ihrem Tätigkeitsspektrum angemessenen Platz im Gesundheitswesen ausfüllen können.

Obwohl die Geburt ein so wichtiges und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gesellschaftlich relevantes Ereignis darstellt, findet sie in der Wissenschaft als Forschungsgegenstand nicht die entsprechende Würdigung.

Es wäre von Vorteil, den im Ausland bereits dokumentierten Beitrag und ökonomischen Nutzen der Hebammentätigkeit verstärkt in die gesundheits- und familienpolitische Diskussion einzubringen. Es geht dabei nicht darum, berufsständische Auseinandersetzungen zu führen. Sondern es sollen vielfältige Möglichkeiten ergriffen werden, sowohl das originäre als auch neues Wissen weiterzuentwickeln, welches notwendig ist, um Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihre jungen Familien umfassend zu unterstützen.

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Fachhochschule Osnabrück
Verbund Hebammenforschung

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal

Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt sowie im Wochenbett betreuen. Die Hebammen arbeiten in dieser Abteilung selbstständig und eigenverantwortlich. Diese Versorgungsform stellt für die derzeitig in deutschen Kliniken übliche Betreuung eine Innovation dar.

International existieren hebammengeleitete Abteilungen (Midwife-Led Units) seit Anfang der 1990er Jahre in Skandinavien, Großbritannien und

Australien, seit einigen Jahren auch in Österreich und in der Schweiz.

2003 wurde der erste Hebammenkreißsaal in Deutschland im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide eröffnet. 2004 folgten die Asklepios Kliniken Hamburg-Harburg und Hamburg-Barmbek, 2007 das Klinikum Stuttgart und 2008 Velbert. Bundesweit befinden sich weitere Kliniken in der Planungs- bzw. Umsetzungsphase (Stand Januar 2009).

Der Hebammenkreißsaal ersetzt nicht den üblichen ärztlich geleiteten Kreißsaal, sondern stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes der Klinik dar. Beide Abteilungen arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass im Falle einer sich entwickelnden Komplikation vor, während oder nach der Geburt die Frau vom Hebammenkreißsaal in die ärztliche Betreuung des üblichen Kreißsaals weiter geleitet werden kann. Grundlage hierfür ist eine kontinuierliche Überprüfung anhand eines interdisziplinär erarbeiteten geburtshilflichen Kriterienkataloges.

Das Konzept Hebammenkreißsaal sieht sich als Teil eines Versorgungskonzeptes für Frauen und ihre Familien, das die physiologische Geburt, die Betreuungskontinuität und die Bedürfnisse der Frauen in den Mittelpunkt stellt. Es wird eine breite Palette an Versorgungsleistungen angeboten, die aufeinander aufbauen und jeweils die Zielvorstellungen des Konzeptes Hebammenkreißsaal verfolgen.

In einer Vielzahl internationaler Studien wurde die Effektivität des Versorgungskonzeptes hinsichtlich des maternalen und kindlichen Outcomes, medizinischer Interventionen sowie des Geburtsmodus untersucht. Zudem interessierte die Sicht der Frauen auf verschiedene Aspekte im Betreuungsprozess, das physische und psychische Wohlbefinden nach der Geburt sowie das Stillverhalten.

Verschiedene Faktoren beeinflussen das Geburtserleben von Frauen und ihre Zufriedenheit mit der Geburtsbetreuung. Studien identifizieren unter anderem Information, Kommunikation, Wahlmöglichkeiten, Kontinuität der Betreuung und persönliche Kontrolle als relevante Einflussgrößen. Frauen, die in hebammengeleiteten Einrichtungen betreut werden, äußern eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Geburtserfahrung hinsichtlich Information, Wahlfreiheit und Kontinuität.

Die Studien zeigen, dass eine Begleitung von gesunden Frauen und ihren Kindern ausschließlich durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu guten klinischen Ergebnissen führt.

In Deutschland wird das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal seit 2004 durch den Verbund Hebammenforschung unter der Leitung von Prof. Dr. F. Sayn-Wittgenstein an der Fachhochschule Osnabrück wissenschaftlich begleitet.

Nicola Bauer (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Dipl. Pflegewirtin (FH), Hebamme)
Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Fachhochschule Osnabrück
Verbund Hebammenforschung
Postfach 1940
49009 Osnabrueck
hebammenforschung@fh-osnabrueck.de
www.hebammenforschung.de
Literatur bei den Verfasserinnen

Von der Entbindungsklinik zur Bindungsklinik: das „Babyfreundliche Krankenhaus“

Der UNICEF-Bericht zur Situation der Kinder in Industriestaaten aus dem Jahr 2007 zeichnet ein ernüchterndes Bild der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Handlungsbedarf besteht bei uns nicht nur mit Blick auf ältere Kinder und Jugendliche. Auch für das frühe Kindesalter werden in Deutschland internationale Standards nicht erreicht. Zum Beispiel empfehlen die Weltgesundheitsorganisation WHO und UNICEF sechs Monate ausschließliches Stillen. In Deutschland wird jedoch nur jedes fünfte Baby richtig gestillt, wie die bayerische Stillstudie 2008 zeigen konnte. Die Umsetzung des Konzeptes des Babyfreundlichen Krankenhauses könnte Abhilfe schaffen, denn die positiven Auswirkungen der Betreuung in einem Babyfreundlichen Krankenhaus auf Stillhäufigkeit und Stilldauer sind vielfach belegt, unter anderem in einer randomisierten internationalen Studie, dem sogenannten Belarus Trial.

Von der WHO und UNICEF wurde bereits in den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts ein Curriculum entwickelt, das auf wissenschaftlichen Studien zur Stillförderung basiert. Auf dieser Grundlage wurden die „Zehn Schritte zur optimalen Förderung des Stillens“ entwickelt, die von den Geburtskliniken umgesetzt werden sollen. Ein externes Gutachten überprüft anhand von standardisierten internationalen Vorgaben die Umsetzung im Krankenhaus. Kliniken, die die Qualitätskriterien der Initiative erfüllen, erhalten die WHO/UNICEF-Plakette „Babyfreundliches Krankenhaus“.

Was leisten *Babyfreundliche Krankenhäuser*?

Der Wert der Babyfreundlichen Krankenhäuser bemisst sich nicht allein an der Stillförderung. Schon unmittelbar nach der Geburt werden entscheidende Weichen für die Entwicklung des Kindes gelegt. Babyfreundliche Krankenhäuser ermöglichen und fördern die Eltern-Kind-Bindung. Der direkte Hautkontakt und das erste Anlegen haben großen Einfluss darauf, ob und wie lange ein Baby gestillt wird. Das Stillen intensiviert die Mutter-Kind-Beziehung und wirkt sich positiv auf den Zusammenhalt der Familie aus. Um das erste Kennenlernen und Vertrautwerden der jungen Familie nicht zu stören, reduzieren die Kliniken ihre technischen Abläufe nach der Geburt. Das Kind wird lediglich trocken gerieben. Falls erforderlich, wird ein Mützchen zur Reduzierung des Wärmeverlustes aufgesetzt. Dann wird Zeit zum „Schmu-

sen“ gegeben. Die Mutter legt sich ihr Kind meist selber auf den Bauch oder die Brust. Dabei werden für die Bindung und das Stillen wichtige Hormone bei Mutter und Kind ausgeschüttet. Sehr häufig kann man erleben, dass das Kind von sich aus den Weg zur Brust findet und die erste Erfahrung des Stillens für Mutter und Kind selbstverständlich wird. Wenn dies nicht gelingt, werden Mutter und Kind durch das Personal unterstützt. Die erste ärztliche Zustandsbeobachtung findet bei einem unauffälligen Kind auf der Brust der Mutter statt.

Aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung und der Neurobiologie zeigen, dass die Trennung von Mutter und Kind ungünstige Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind haben kann. Deshalb wird dies in Babyfreundlichen Kliniken möglichst vermieden. Häufig werden Kinderzimmer für die gesunden Neugeborenen abgeschafft. Im Vordergrund stehen die Betreuung und Unterstützung der Mütter und nicht mehr die kurzfristige Versorgung des Neugeborenen. Eine Frau, die sich beim Stillen und bei der Säuglingspflege überfordert fühlt, erhält jederzeit direkte Hilfe im Zimmer und am Bett. So kann die Kompetenz der Mutter bei der Versorgung ihres Kindes gestärkt werden, und sie kann die Bedürfnisse ihres Neugeborenen besser verstehen lernen. Das Wohlbefinden von Mutter und Kind wird dadurch gesteigert, beide schlafen ruhiger und sind entspannter.

Stillhindernisse vermeiden

Das frühzeitige Zufüttern am Anfang der Stillbeziehung ohne medizinische Gründe führt häufig zum Abstillen. Der Mutter wird dabei häufig signalisiert, dass sie nicht ausreichend fähig ist, ihr eigenes Kind zu ernähren. Die Frauen verlieren das Selbstvertrauen in ihre Stillfähigkeit und stillen ab. Anders ist es, wenn die Mutter die Situation als vorübergehend und/oder medizinisch begründet erlebt. Deshalb ist die künstliche Nahrungszugabe in Babyfreundlichen Krankenhäusern durch Standards geregelt und basiert auf medizinischer Indikation. Hierzu einigen sich die Schwestern insbesondere mit den versorgenden Pädiatern auf Basis der aktuellen Richtlinien.

Vermieden werden künstliche Säuglingsnahrung sowie fremde Materialen, beispielsweise Schnuller, zur Beruhigung. Erst wenn sich das Stillen wirklich gut eingespielt hat, kann das Baby einen Schnuller bekommen.

Eltern erhalten häufig noch in der Klinik Werbegeschenke von Firmen, die Produkte rund ums Baby vertreiben. Häufig enthält diese Werbung Botschaften, die der Mutter vermitteln, dass Muttermilch durch Formulanahrung (künstliche Babynahrung) ersetzbar wäre. Deshalb haben Babyfreundliche Krankenhäuser einen Blick auf diese Artikel und lassen nur Werbung zu, die die Entscheidung für das Stillen nicht beeinträchtigt. Diese Kontrolle war im letzten Jahrzehnt noch ein Novum. Heute sind diese Vorgaben im deutschen Säuglingsnahrungsgesetz verankert.

Kompetenz der Mütter und junger Familien steigern

Babyfreundliche Krankenhäuser stehen zu ihrer Still- und Bindungsförderung. Auf Informationsabenden oder Internetseiten sprechen sie sich explizit dafür aus. Wichtig ist es auch, entweder in der Klinik eigene Stillgruppen zu organisieren oder in Kooperation mit externen Stillgruppen zu stehen. Solche Müttertreffen, gegebenenfalls unter der Mithilfe von professionellen BeraterInnen,

sind nachweislich sehr hilfreich um Stillprobleme frühzeitig zu unterbinden und die Mütter für ein längerfristiges Stillen zu motivieren.

Was bringt die WHO/UNICEF-Initiative dem Krankenhaus?

Die „Zehn Schritte“ verbessern die Betreuungsqualität in Geburts- und Kinderkliniken. Dies kommt Mutter und Kind unmittelbar zugute. Doch auch die Krankenhäuser profitieren von der Umsetzung der Initiative.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team der Geburtshilfe wird durch die gemeinsamen Fortbildungen und die Umsetzung des ganzheitlichen Betreuungskonzeptes der Initiative optimiert. Die interdisziplinären Schulungen führen dazu, dass die einzelnen Berufsgruppen ihren Kenntnisstand hinterfragen und aktualisieren müssen. Dabei werden „alte Zöpfe“, die unreflektiert über Generationen in den verschiedenen Berufsgruppen weitergeführt wurden, hinterfragt und korrigiert. Die Aufforderung an das Team ist, sich mit den eigenen Regelungen zu beschäftigen und in Qualitätszirkeln interdisziplinär und gleichberechtigt Standards für ihre Klinik zu erarbeiten. Auf Grund der regelmäßigen Nachschulungen können werdende Eltern und junge Familien bei Babyfreundlichen Krankenhäusern davon ausgehen, dass Empfehlungen und Standards immer auf dem aktuellen Wissensstand beruhen. Die Erweiterung der Fachkompetenz steigert die Wertschätzung des Personals der Wochenbettstationen durch die Mütter. Eine internationale Auszeichnung als „Babyfreundliches Krankenhaus“ durch die WHO/UNICEF strahlt auf das gesamte Krankenhaus aus, denn die Geburtshilfe ist die „Visitenkarte“ einer Klinik.

2008 hat die deutsche Babyfreundliche Krankenhaus Initiative (BFHI) die „Zehn Schritte“ auf der Basis aktueller Studienerkenntnisse erweitert und die „Zehn Schritte zur erfolgreichen Bindungs- und Entwicklungsförderung unter Einbeziehung des Stillens (BEST)“ für Kinderkrankenhäuser entwickelt. Als weltweit erste Kinderklinik wurde die Kinderklinik am St. Joseph-Krankenhaus „Josephinchen“ in Berlin im Mai 2008 mit dem Zertifikat der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet.

Babyfreundliche Kinderkliniken schützen so die Bindung von Eltern und Neugeborenem und fördern das Stillen. Hinzu kommen besondere Leistungen bei der Betreuung von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen und deren Eltern. Die hochtechnisierte Intensivmedizin der Neonatologie wird durch das babyfreundliche Betreuungskonzept sinnvoll ergänzt.

Weitere Informationen über „Babyfreundliche Krankenhäuser“ und „Babyfreundliche Kinderkliniken“ können auf der Internetseite www.babyfreundlich.org abgerufen werden.

Dr. med. Michael Abou-Dakn, IBCLC, Vorsitzender der Initiative BFHI in Deutschland und Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im St. Josef-Krankenhaus, Berlin

Gisela Meese, M.A., Geschäftsführerin der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ e.V.

Vom Mutterpass zur Risikoschwangerschaft und zur High Tech-Geburt. Eine Bestandsaufnahme für Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe 2009

Schwangerschaft

Noch nie waren werdende Mütter in Deutschland so gesund, so gebildet, so häufig berufstätig und durchschnittlich so alt wie die heutigen Schwangeren. Kein Anlass zur Sorge, sondern zu guter Hoffnung?

Mit Beginn der Schwangerschaft setzt die ärztliche Schwangerenbetreuung und damit ein umfassendes Risikoscreening ein. Sie attestieren als deutsche Besonderheit den meisten der bis zur Aushändigung des Mutterpasses gesunden Frauen ein nicht weiter differenziertes Risiko (Schwarz/Schücking 2002). Immer früher wird mit der Vorsorge begonnen – und mit dem ersten Ultraschall beginnt auch die Pränataldiagnostik, ohne dass die werdenden Eltern das realisieren. Fachärztliche Betreuung ist die Norm.

Eine evidenzbasierte wissenschaftliche Basis zur Effizienz dieser Art von Vorsorge fehlt. Eine randomisierte Untersuchung der WHO in mehreren – darunter auch industrialisierten Ländern – ergab vor wenigen Jahren, dass eine Reduzierung von acht auf fünf Untersuchungen ohne negative Folgen für die Gesundheit von Mutter und Kind möglich ist. Allerdings haben sich die Frauen in Industrieländern an diese ständigen Kontrollen gewöhnt; offensichtlich hat die intensive Schwangerenvorsorge das Erleben vieler werdender Mütter dahingehend verändert, dass sie sich selbst als Risikofälle ansehen und deshalb eine höhere Anzahl von Untersuchungen mit größerer Zufriedenheit bewerten.

Insgesamt 42 Prozent aller deutschen Schwangeren erhalten mehr als die bereits schon großzügig zugedachten 11 Vorsorgeuntersuchungen, kritisiert die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2007).

Gleichzeitig wurde für deutsche Frauen mehrfach nachgewiesen, dass die jetzige, auf dem Risikokonzept basierende Vorsorge gerade die risikoexponierteren Frauen nur teilweise erreicht, während die am besten informierten und gesündesten Frauen eher ärztlich überversorgt sind.

Ein Blick in den Mutterpass zeigt, wie die – der Schwangeren zugängliche – Dokumentation der ärztlichen Schwangerenvorsorge gestaltet ist.

Der Mutterpass – eine sich selbst erfüllende Risikoprophezeiung?

Vielleicht liegt es daran, dass die Gestaltung des Mutterpasses aus der ärztlichen Perspektive ohne Hebammenbeteiligung und ohne Beteiligung der Schwangeren erfolgte. Aus dem Blick einer Gesundheitswissenschaftlerin – aber auch beispielsweise der WHO – hat ein Land wie Deutschland mindestens 60 bis 80 Prozent gesunde Frauen, denen eine normale Schwangerschaft attestiert werden müsste. Stattdessen haben wir eine nicht evidenzbasierte Einstufung als Risikopatientin für zwei Drittel der Frauen. 2005 lag die Anzahl bei 68 Prozent; sie stieg im Jahr 2006 weiter auf 70 Prozent (BQS-Bundesauswertung 2007). Eine eigene empirische Untersuchung zur Sicht der Frauen auf den Mutterpass ergab, dass etliche Eintragungen durch PraxismitarbeiterInnen erfolgten und dass die Eintragungen insgesamt den Frauen häufig nicht erläutert wurden. Für die ÄrztInnen sei der Mutterpass aber wichtig, so die Einschätzung der Schwangeren.

Die Mutterschaftsrichtlinien sind Basis für das Vorsorgeangebot seit Ende der 1960er Jahre. Sie sehen drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft vor. Weitere Ultraschalluntersuchungen sollen nur bei Verdacht auf ein entsprechendes Risiko erfolgen. Im Jahr 1999 wurden bereits bei 66 Prozent aller Schwangeren in Deutschland mehr als drei Ultraschalluntersuchungen abgerechnet (Schwarz/Schücking 2002). Hier zeigt sich ein wenig differenzierender Umgang mit den technischen Überwachungsmöglichkeiten, denn bei solch großer Anzahl werden längst nicht nur die Hoch-Risiko-Schwangerschaften diesem engmaschigen Screening unterzogen.

Welchen Raum in der Wahrnehmung der Versorgenden diese Untersuchungen einnehmen, ist in jedem Mutterpass ersichtlich; dagegen fehlen Fragen zum aktuellen Wohlbefinden der Mutter und ihrer psychosozialen Vorbereitung auf das

Kind, zu ihrer Lebenswelt, ihren Belastungen und Ressourcen.

Ansatzpunkte für eine neue Strukturierung der Schwangerenvorsorge liegen mit Blick auf die Beispiele anderer Länder mit guten perinatalen Ergebnissen vor allem in intensiveren Hebammenvorsorge, denn diese wird derzeit nicht einmal in ihren gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten genutzt.

Das Risikokonzept ist den Beweis seines Nutzens schuldig geblieben – zudem vernachlässigt ein risikoorientiertes Denken die Protektiv-Faktoren dieser Lebensphase (Borrmann 2006). Dies gilt für die Schwangere wie für ihr künftiges Kind. Wenn doch deutlich ist, dass Defizitorientierung ungünstig ist – und gleichzeitig von Eltern erwartet wird, dass sie ihre geborenen Kinder fürsorglich und nicht defizitgeleitet betreuen – sollte keine defizit-, sprich risikoorientierte Vorsorge angeboten werden, sondern Betreuung, die auch die Protektiv-Faktoren jeder Schwangeren erkennt, in den Mutterpass einträgt und „die gesunde Seite“ unterstützt.

Eine interdisziplinäre Diskussion, in der auch die Frauen selbst neben den versorgenden Berufsgruppen vertreten sein sollten, ist hier mehr als überfällig. Das Ziel, eine gute, von Pränataldiagnostik abgegrenzte und auf die Stärkung der Frauen ausgerichtete Begleitung dieser an Ressourcen reichen, aber auch störanfälligen, Lebensphase wäre mit einfachen Mitteln erreichbar.

Geburt – die geplante Intervention

Die deutsche Perinatalmedizin erzielt zwar in der perinatalen Mortalitätsrate hervorragende Ergebnisse, setzt dafür aber einen immensen Aufwand an High-Tech-Interventionen ein.

Unberücksichtigt bleiben die Belastungen der Mütter, beispielsweise durch Kaiserschnitte (derzeit 30 Prozent). Die Geburt – mit Ausnahme der außerklinischen Geburt – ist zu einem hochmedikalisierten Vorgang geworden, innerhalb nur einer Generation. Das Ergebnis eines Forschungsprojekts, das die Interventionen bei 1,8 Millionen niedersächsischen Geburten untersuchte, ergab, dass deutlich weniger als 10 Prozent der Gebärenden normale Geburten ohne medizinische Eingriffe erleben (Schwarz und Schücking 2002).

Das ungestörte Ablaufen des natürlichen Gebärens mit professioneller Begleitung im Sinne unterstützender Betreuung ohne Intervention wird zwar weltweit von den Frauen gewünscht (selbst in Ländern mit extrem hohen Kaiserschnittraten), jedoch nur in wenigen Ländern – beispielweise den skandinavischen – durchgesetzt. Der Bericht zum Hebammenwesen „Geburtshilfe neu denken“ (2006) spricht hier von der „gekonnten Nichtintervention“ als einem – wieder neu zu belebenden – Ziel der Hebammenarbeit. Geburtshilfliche Eingriffe wurden fast ausnahmslos zur Beherrschung von Komplikationen entwickelt; häufig sind sie unhinterfragt und nicht evidenzbasiert zur Routine geworden. Frauen, die 2008 ein Kind erwarteten, mussten davon ausgehen, dass mindestens jede fünfte von ihnen eine Geburtseinleitung erfuhr, jede dritte Wehenmittel unter der Geburt erhielt, und mehr als die Hälfte eine (überwiegend rückenmarksnahe) Anästhesie akzeptierte. Immer noch erleidet mehr als ein Drittel der Frauen einen Dammschnitt und ein Drittel aller Gebärenden erhält zur Geburt ihres Kindes einen Bauchschnitt: Der massive Anstieg der Kaiserschnittrate innerhalb der letzten 10 Jahre von einem bundesweiten Wert von circa 15 Prozent (der auch den WHO-Empfehlungen entsprach) auf rund 30 Prozent heute kommt zustande durch eine Zunahme der geplanten wie der ungeplanten Operationen. Dabei ist der Wunsch der Mutter nur in einem sehr geringen Prozentsatz ausschlaggebend (zwei Prozent, GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz und Kolip 2006, drei Prozent Hellmers und Schücking 2006, 3,3% Schücking und Röhl, unpubl. 2009).

Geburtshilfliche Eingriffe sind häufig unhinterfragt zur Routine geworden.

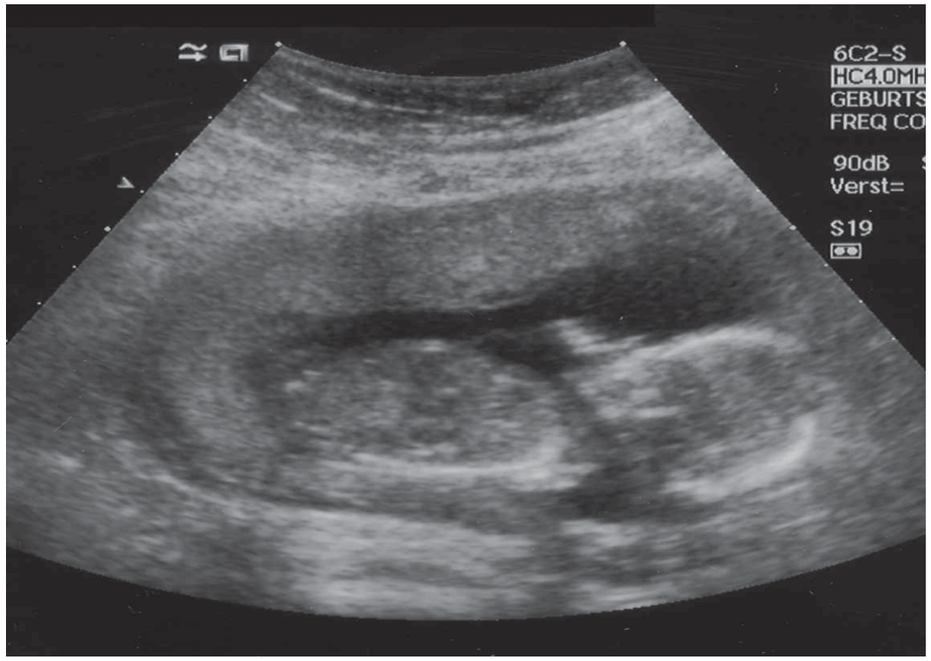
Übersehen wird, dass sich hinter dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt vor allem Angst, Depressionen und (schlechte) Vorerfahrungen verbergen. Die große Mehrheit der Frauen wünscht sich eine Spontangeburt, und vor dem Hintergrund der bislang in Deutschland wenig diskutierten Nachteile eines Kaiserschnittes scheint dieses eindeutig die gesündere Entscheidung zu sein. Komplikationen betreffen beispielsweise Wundheilungsstörungen, Infektionen, Thrombosen. Gefährdungen bestehen nicht nur bei dem Eingriff selbst, sondern auch für weitere Schwangerschaften, bei denen neben narbenbedingten Risiken und Plazenta-Komplikationen auch die Totgeburtenrate erhöht ist. Auch für das Kind ist ein primärer Kaiserschnitt nicht vorteilhaft (Rossi 2009). Der deutliche und stetige Anstieg der Zahl der Schwangeren mit Kaiserschnitt wird die Zahl dieser Komplikationen in Zukunft weiter steigen lassen. Nach wie vor gibt es Länder mit niedrigen Kaiserschnittraten, die sehr gute perinatale Ergebnisse vorweisen können: z.B. Schweden, Norwegen, die Niederlande und Tschechien (Gesundheitsbericht des Bundes, OECD Health Data 2005). Wenn Hebammen Frauen unterstützen, aus eigener Kraft zu gebären, leiden darunter nicht die perinatalen Ergebnisse – im Gegenteil.

Die (inzwischen bundesweit fünf) neu eingerichteten Hebammenkreißsäle beschreiten den Weg, den skandinavische Länder bereits erfolgreich gehen: den Frauen und den Hebammen Raum zu geben zur ungestörten Geburt.

Ausblick

Die Probleme, die sich um die Geburtshilfe heute gruppieren, sind mit den Schlagworten Risikodenken und Fehlversorgung umrissen. Ihnen kann dadurch begegnet werden, dass auf die Wünsche der Schwangeren gehört, das Defizitdenken zugunsten gesundheitsfördernder Ansätze aufgegeben und an einer guten Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Beteiligten um das Ereignis Geburt gearbeitet wird. Mutterschaft verlangt den Frauen einiges ab – eine ressourcenorientierte Betreuung könnte erreichen, dass sich das Wohlbefinden der Mütter verbessert. Wir können noch dazulernen!

Prof. Dr. med. Beate A. Schücking
Leitung des Forschungsschwerpunktes Maternal Health, Universität Osnabrück, Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychosomatik
beate.schuecking@uni-osnabrueck.de
www.maternal-health.de/
Literatur bei der Verfasserin



Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Suche nach Fehlbildungen – ohne Therapie

Methoden der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostik ist heute selbstverständlicher Teil der Schwangerenvorsorge in der gynäkologischen Praxis. Zum Angebot gehören sogenannte nicht-invasive Verfahren, die nicht direkt gefährdend in die Schwangerschaft eingreifen, das heißt keine Fehlgeburt oder Blutungen auslösen können: Risikoeinschätzungen über Blutuntersuchungen bei der schwangeren Frau, ergänzt durch Ultraschalluntersuchungen. Das Erst-Trimester-Screening oder der Triple-Test nutzen Erfahrungen aus dem Zusammenspiel bestimmter Werte im Blut der Frau und der Geburt eines Kindes mit einer Behinderung. Ultraschalluntersuchungen werden darüber hinaus zur genauen Beobachtung der Versorgung der Organe und Gliedmaßen des Ungeborenen genutzt.

Als invasive Methoden gelten die Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie. Beide greifen direkt in die Schwangerschaft ein: mit einer Nadel wird die Fruchtblase durchstochen und Fruchtwasser beziehungsweise Teile des Mutterkuchens (Chorionzotten) entnommen. Die so gewonnenen Zellen werden auf Chromosomenabweichungen hin untersucht.

Nach Jahren mit sehr hohen Steigerungsraten haben sich die invasiven Eingriffe auf einem hohen Niveau (bei etwa 10 Prozent aller schwangeren Frauen) eingependelt. Ultraschalluntersuchungen, auch zur Suche nach Behinderungen, werden fast bei jeder Frau durchgeführt. Über die Nutzung des Frühscreenings gibt es wenig verlässliche Zahlen.

Alle Verfahren haben Risiken und negative Auswirkungen, und sie erheben Befunde, die in der Regel keine Behandlung zur Folge haben. Vielmehr sollen sie die Frau und ihre PartnerIn in die Lage versetzen, bei Auffälligkeiten über Fortsetzen oder Abbrechen der Schwangerschaft oder über weitergehende Untersuchungen zu entscheiden. In diesem Sinn kann man auch von selektiver Diagnostik sprechen.

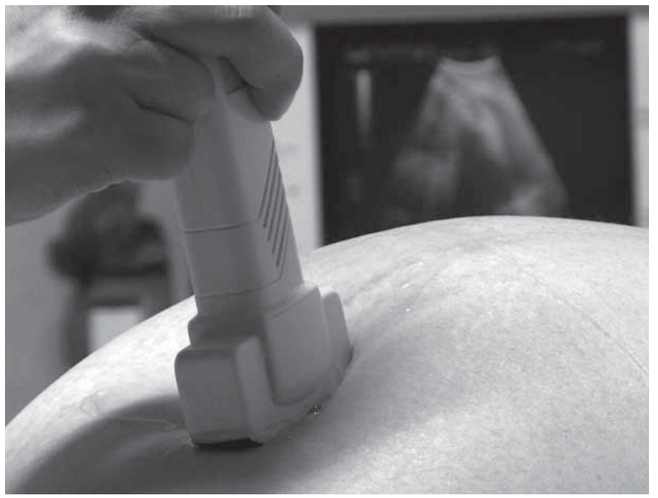
Verfahren zur Errechnung von „Risiken“ und Wahrscheinlichkeiten werden inzwischen breit angeboten. Vielleicht mit dem Gefühl, alles Gute für ihr Kind tun zu wollen, nehmen sehr viele Frauen die Angebote an, auch wenn sie diese als individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) selbst bezahlen müssen. Beworben werden sie als „harmlos“ und „treffsicher“. Wichtig für die Beurteilung dieser Methoden ist aber, dass zur Abklärung von Auffälligkeiten in der Regel weitere, auch invasive, Eingriffe nötig sind. Selbst bei einer angenommenen Treffsicherheit von 90 Prozent bestätigen sich die meisten auffälligen Befunde nicht. Denn bei Risikoeinschätzungen wie Triple-Test, Erst-Trimester-Test oder Nackenfaltenmessung geht es nicht um die individuelle schwangere Frau, sondern darum, die Gruppe, in der die Frauen vermutet werden, die möglicherweise ein Kind mit einer Chromosomenabweichung zur Welt bringen könnten, möglichst präzise herauszufiltern. Da dies nur sehr selten der Fall ist, braucht es sehr viele untersuchte Frauen, um diese sehr kleine Zahl zu finden.

Unstrittig ist, dass die hohe Nachfrage angebotsgesteuert ist: durch massive Werbung, befördert durch die Angst vor Behinderung. Inzwischen hat sich aber die gezielte Suche nach möglichen Behinderungen sehr breit im alltäglichen Bewusstsein festgesetzt. Die Alltäglichkeit von Angebot und Inanspruchnahme hat aus individuellen Einzelentscheidungen einen gesellschaftlichen Trend gemacht. Möglich wird dies nicht zuletzt durch ein Gesundheitssystem, in dem ÄrztInnen ihr Budget über den Verkauf von sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen aufbessern können.

Aber es gibt auch die andere Seite: Schwangere Frauen, die sich gegen die vorgeburtliche Testung ihres Kindes entscheiden und ÄrztInnen, die sie dabei unterstützen. Nicht zuletzt durch eine öffentliche Debatte hat sich der Umgang mit den Angeboten geändert.

Wo liegen die Probleme?

Alle Untersuchungen und Tests haben Risiken und *für die Frau* unerwünschte, schädliche Auswirkungen. Viele davon sind bislang nicht untersucht. Der mit vorgeburtlichen Untersuchungen und Tests einhergehende Umgang mit schwangeren Frauen hat das Schwangerschaftserleben grundlegend verändert, produziert Angst, Stress und Unsicherheit. Unklare Befunde führen zu einer Kaskade von Folgeuntersuchungen, die als stark belastend empfunden werden. Dazu kommen mögliche Traumatisierungen von Frauen/Familien durch Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche nach positivem Befund oder durch falsche Befunde, die sich erst mit der Geburt auflösen.



Mit Blick auf die Kinder muss mit möglichen schädigenden vorgeburtlichen Prägungen oder negativen Auswirkungen auf die Bindung zwischen Mutter und Kind gerechnet werden.

Wenn Methoden angewandt werden, die gezielt nach Abweichungen suchen, gibt es Kinder und Erwachsene, von denen man sagen kann, es hätte sie nicht geben können oder sollen. Pränataldiagnostik ist Ausdruck einer Abwertung von Menschen mit einem besonderen So-Sein. Menschen mit Behinderungen werden zur Disposition gestellt. Eltern, Familien müssen mit der Vorstellung leben, dass es auch anders hätte sein können. Die Annahme eines behinderten Kindes wird zu einer begründungsbedürftigen Entscheidung.

Wollen, was man soll

Dem System der vorgeburtlichen Suche nach Entwicklungsstörungen liegt die Annahme zugrunde, dass ein Kind zu bekommen ein gesellschaftlich und individuell zu verantwortendes Handeln ist. Pränataldiagnostik ist ein Angebot und keine Pflicht, sie wird nicht als staatliche Zwangsmaßnahme durchgesetzt. Aber das vorgeburtliche Suchprogramm ist auch das „Normale“, d.h. es wird ganz selbstverständlich angeboten und absolviert. Das Normale erzeugt Erwartungsdruck, das zu tun, was üblicherweise für das Richtige gehalten wird. Die selbstbestimmte Wahl bedeutet, gut informiert und beraten entscheiden zu müssen. Aber Frauen und Männer, die Mütter und Väter werden, sind doppelt auf Unterstützung angewiesen, wenn sie zu der „Behinderung Kind“ ein Kind mit Behinderung zu versorgen haben. Der Umgang mit Folgen, die über die individuellen hinausgehen, be-

schränkt sich – neben Absichtserklärungen – auf die Forderung nach umfassender Aufklärung und Beratung und bleibt damit wieder auf der individuellen Ebene. Und es sind die Frauen, die in der Regel die Hauptverantwortung tragen, wenn ein Kind mit Behinderung geboren ist.

Die Suche nach Information als neue Option für Frauen wird als ein Mehr an Selbstbestimmung verstanden. Der Kampf um Selbstbestimmung hat seine Wurzeln im Bestehen auf grundlegenden Menschenrechten auch für Frauen. Er definierte sich als politischer Begriff über die Abwehr von Fremdbestimmung und Herrschaftsansprüchen. Im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik wird Selbstbestimmung umgedeutet. Hier bezieht sie sich auf individuelle Interessenverfolgung.

Im Zusammenhang mit vorgeburtlicher Testung entscheiden Frauen/Paare nicht frei zwischen einem behinderten oder gesunden Kind, wie suggeriert wird. Selbstbestimmung so verstanden hilft Verantwortung bei beschränkter tatsächlicher Entscheidungsfreiheit auf die Einzelnen abzuwälzen: für Risiken und Nebenwirkungen und auch für soziale Folgen.

Darüber hinaus ist Fremdbestimmung konstitutiver Bestandteil dieses Umgangs mit Schwangerschaft. Frauen scheinen auf medizinische ExpertInnen für eine gelingende Mutterschaft angewiesen. Auf der anderen Seite ist das Ungeborene von Anbeginn an zum eigenständigen Subjekt geworden, dessen Status auch gegen die Frauen vertreten werden muss und damit die Selbstbestimmung von Frauen einschränkt. An der Diskussion um den Paragrafen 218 wird dies sehr deutlich.

Die Frauengesundheitsbewegung bewertet Medizintechnologie, indem sie sie in den Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse stellt. Auch Pränataldiagnostik findet in einem System statt, das hierarchisch strukturiert ist und vielfältige Abhängigkeiten hervorbringt.

Forderungen

Eine begleitende und stützende Schwangerenvorsorge muss die Bedürfnisse der schwangeren Frau und des Ungeborenen in den Mittelpunkt stellen – und nicht die „Qualitäten" des Fötus. Schwangere Frauen haben ein Recht darauf, einfach schwanger zu sein, ohne sich mit Fragen zur Vermeidung eines behinderten Kindes befassen zu müssen.

Was die Anwendung von PND für die leiblich-seelische Gesundheit von Frauen bedeutet, ist weitgehend unerforscht. Ebenso, was es für Frauen, Kinder und ihr soziales Umfeld langfristig bedeutet, ein Kind unter Vorbehalt getragen zu haben. Dies muss in den Blick genommen werden.

Die Fokussierung auf Beratung ist der falsche Weg. Bei der Breite des Angebotes müssten konsequenterweise alle schwangeren Frauen/Paare als beratungsbedürftig deklariert werden.

Nötig sind der politische Wille und politische Strategien zur Eindämmung selektiver Testung. Dazu gehört auch, den Markt zu thematisieren. Auch die Frage nach bevölkerungspolitischen Aspekten muss wieder möglich sein.

Die mit der Anwendung befassten Berufsgruppen und ihre Verbände – MedizinerInnen, Hebammen, BeraterInnen – müssen ihre eigenen Motive transparent machen. Sie können sich nicht hinter einem „die Frauen wollen es doch" verstecken.

Selektive Diagnoseverfahren müssen aus den Mutterschaftsrichtlinien und damit aus der Schwangerenvorsorge in der gynäkologischen Praxis herausgenommen werden. Die Verhinderung der Geburt eines Kindes mit einer Behinderung/Beeinträchtigung/Krankheit darf nicht verdeckter Bestandteil des Behandlungsvertrages zwischen schwangerer Frau und GynäkologIn sein.

Es gilt, den – scheinbaren – Widerspruch zwischen einer klaren Haltung „Nein zur Selektion" und der Akzeptanz individueller Entscheidungen zu lösen. Die Haltung gegen einen gesellschaftlichen Trend muss deutlich sein, sie darf sich aber nicht moralisch über Andersdenkende und -handelnde erheben. Die bisherige, scheinliberale Einstellung zur PND führt dazu, dass alle irgendwie mitmachen und damit die Frauen/Paare alleine gelassen werden, die sich mühselig dem Regime entziehen und sowieso Zweifel an der Berechtigung ihres Weges haben.

Wir möchten Frauen und Männer auffordern, sich in die Auseinandersetzung um Pränataldiagnostik einzumischen und neu über ihr Verständnis von Schwangerschaft, Risiko, Verantwortung und Grenzen individueller Interessen zu streiten.

Frauen müssen auch die kritischen Informationen erhalten, die sie brauchen, wenn sie sich damit befassen wollen.

Frauen sollten auch ermuntert werden, sich nicht an den Untersuchungen zu beteiligen. Es gibt viele gute Gründe, auf PND zu verzichten und es gibt viele Frauen, die damit gute Erfahrungen gemacht haben.

Margaretha Kurmann, Diplomtheologin, Mitbegründerin des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik und von „Reprokult", Vorstandsmitglied des AKF
margaretha.kurmann@t-online.de

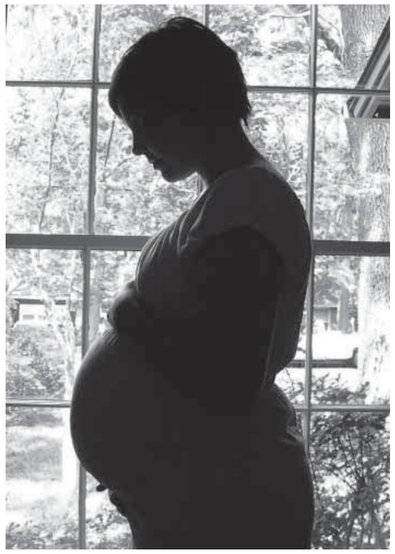
Wie erleben Frauen einen Kaiserschnitt? Ergebnisse einer Befragung von „Kaiserschnittmüttern"

Die Kaiserschnittrate steigt in Deutschland kontinuierlich an und hat fast die 30-Prozent-Marke erreicht. Über die Angemessenheit von Kaiserschnitten als medizinische Intervention mit relativer Indikation wird seit einigen Jahren in der fachwissenschaftlichen Literatur kontrovers und zum Teil auch emotional diskutiert, und es wird, vor allem von Seiten kritischer Frauen aus Wissenschaft und Praxis, die Frage gestellt, ob sich Möglichkeiten finden lassen, die den Prozess verlangsamen oder gar umkehren. Die Diskussion wird dadurch erschwert, dass den steigenden Kaiserschnittraten ein komplexes Ursachenbündel zugrunde gelegt wird, das wechselseitige Ursachenzuschreibungen erleichtert. So haben die gesunkenen Risiken des Kaiserschnitts durch verbesserte Operations- und Narkosetechniken und Infektionsprophylaxe die Schwelle für einen Eingriff sinken lassen. Sie lassen eine Sectio als vertretbare, ja sogar wünschenswerte Option erscheinen, vor allem angesichts der Tatsache, dass sich die Klientel gebärender Frauen verändert hat (gestiegenes Alter bei der Geburt, Krankheiten wie Diabetes mellitus, vermehrte Mehrlingsschwangerschaften aufgrund reproduktionsmedizinischer Verfahren). Forensische Gründe spielen ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle, und haben zu einer defensiven Geburtsmedizin gehört, da ÄrztInnen Geburtskomplikationen fürchten, die eine Klage nach sich ziehen können. Aber auch organisatorische Faktoren sind bedeutsam, da Kaiserschnitte, sofern sie nicht als Notfalloperation durchgeführt werden, weniger ärztliches Personal in den Nachtstunden und am Wochenende für sich möglicherweise lange hinziehende Geburten binden. Diskutiert wird auch die Frage, welchen Anteil Frauen an diesem Geschehen haben. KlinikärztInnen berichten immer wieder, dass Frauen heute weniger Geduld und Durchhaltevermögen mitbringen und früh einen Kaiserschnitt verlangen. Auch das Sicherheitsbedürfnis von Frauen spielt eine Rolle dabei, dass Frauen aus Sorge um das Kind recht schnell einem Kaiserschnitt zustimmen. Häufig findet sich auch das Argument, dass Frauen prominenten Beispielen folgen und massiv eine Sectio ohne medizinische Indikation einfordern.

Vor diesem Hintergrund führten wir im Jahr 2005 eine Studie durch, in der wir Frauen, die einen Kaiserschnitt erlebten, nach ihren Erfahrungen fragten. Alle GEK-versicherten Frauen, die im Jahr 2004 ihr Kind per Kaiserschnitt gebo-

ren hatten (insgesamt 2.685), erhielten im Sommer 2005 einen Fragebogen. 1.339 Frauen (48 Prozent) haben den Fragebogen zurück gesandt, zum Teil mit sehr ausführlichen Erfahrungsberichten auf der Rückseite. Etwa die Hälfte der Frauen erhielt eine primäre Sectio, bei der die Entscheidung vor Einsetzen muttermundswirksamer Wehen gefallen ist. Bei der anderen Hälfte fiel die Entscheidung unter der Geburt. Hauptgründe waren hier ein protrahierter Geburtsverlauf und schlechte Herztöne des Kindes.

Die Ergebnisse lenken den Blick auf verschiedene Problembereiche, die im Kontext einer Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung diskutiert werden müssen:



Der Anteil der Frauen, die einen Kaiserschnitt wünschten, ohne dass eine medizinische Indikation vorlag, ist mit 2 Prozent sehr gering. Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen anderer deutscher und internationaler Studien, die zeigen, dass das Phänomen Wunschkaiserschnitt in der öffentlichen Wahrnehmung deutlich überbewertet wird. Befragt nach ihrer Einstellung zum Kaiserschnitt, äußerte die Mehrzahl der Frauen, dass ein Kaiserschnitt Notfallsituationen vorbehalten bleiben sollte. „Convenience-Faktoren“ wie Bequemlichkeit oder bessere Terminplanung spielten nur für eine sehr kleine Gruppe von Frauen eine Rolle. Auch wenn sie nicht-medizinische Gründe für sich selbst nicht akzeptabel fanden, waren sie gleichwohl der Ansicht, dass jede Frauen dieses für sich selber entscheiden sollte. Deutlich wurde hier das Selbstbestimmungsrecht von Frauen betont.

Die Diskussion um Wunschkaiserschnitte und der Verweis auf das Vorbild prominenter Frauen hatten für viele Frauen, die einen Kaiserschnitt erlebten, negative Implikationen. Viele Frauen fühlten sich mit dem Vorwurf konfrontiert, sie hätten eine leichte Geburt gewollt: „Durch diese ganzen Prominentenkaiserschnitte wird jeder anderen Frau, die aus medizinischen Gründen mit einem Kaiserschnitt entbinden muss, das Gefühl gegeben, nichts wert zu sein“ schrieb eine Frau auf den Fragebogen.

ÄrztInnen hatten eine Schlüsselrolle in der Betreuung und Beratung schwangerer Frauen; ihre Empfehlung war auch bei der Entscheidung zur primären Sectio ausschlaggebend. Auffallend war, dass Frauen sich in der Regel gut über den Ablauf einer Sectio, aber schlecht über die Folgen informiert fühlten. Viele Frauen äußerten, dass die Nachteile in der Beratung kaum erwähnt wurden. So schrieb eine befragte Frau im Begleitbrief: „Ich finde, dass die Frauen besser darüber informiert werden sollten, wie es einem unter Umständen nach der Entbindung geht. Es sollte wirklich vor Augen geführt werden, dass der Kaiserschnitt keinesfalls eine schmerzfreie Geburt darstellt. Im Gegenteil! Die Schmerzen treten zu einem Zeitpunkt auf, an dem man sich lieber um das Kind kümmern würde. Bei mir wurde das nicht wirklichkeitsgetreu dargestellt.“ Deutlich wurde auch, dass viele Frauen sich nach einer Sectio alleine gelassen fühlen: Sie haben keine Gelegenheit, die Sectio zu besprechen, um zum Beispiel die Gründe zu erfahren, die zu einer sekundären Sectio geführt hatten. Zahlreiche Frauen bedankten sich bei uns, dem ihnen unbekannten Forscherinnenteam, dafür, dass sich endlich einmal jemand danach erkundigt, wie es ihnen ergangen ist – ein Hinweis auf eine eklatante Lücke im Versorgungsgeschehen!

Und schließlich wurde deutlich, wie wichtig Hebammen in der Begleitung zum Kaiserschnitt sein können. Insbesondere dann, wenn im Vorfeld der Geburt über eine mögliche Sectio gesprochen wird, fühlten sich Frauen bei Hebammen besser aufgehoben, weil sie dort auch die nicht-medizinischen Aspekte ansprechen könnten. „Eine Betreuung durch eine Hebamme, die einen durch die Schwangerschaft und Geburt begleitet, gibt einem viel Sicherheit und das Gefühl, jederzeit gut aufgehoben zu sein. Als wir an dem Punkt waren, wo der Kaiserschnitt nötig war, hatte ich das gute Gefühl, dass wir alles versucht hatten für eine natürliche Geburt.“

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung
Grazer Str. 4
28359 Bremen
kolip@uni-bremen.de

Schwangerenvorsorge in Deutschland – ein Beispiel für Non-Evidence?

Eine schwangere Frau erhält in Deutschland zu Beginn der Schwangerschaft ein Dokument, welches sie für die folgenden neun Monate bei sich führen soll: Den Mutterpass, der den Verlauf der Schwangerschaft dokumentiert. Er enthält eine Vielzahl an Tabellen und Spalten. Diese lassen erahnen, welchen Umfang mittlerweile die nach den „Mutterschaftsrichtlinien“ während der Schwangerschaft vorgesehen Regeluntersuchungen angenommen haben. Doch häufig wird selbst in unkompliziert verlaufenden Schwangerschaften noch über die Richtlinien hinausgehend untersucht. Im Jahr 2006 gingen laut BQS-Qualitätsbericht (2007) 41,7 Prozent aller Frauen, die ihr Kind im Krankenhaus zur Welt brachten, zu mindestens 12 Vorsorgeterminen. Bei 17 Prozent der Frauen ohne angegebenes Risiko wurden 6 und mehr Ultraschalluntersuchungen vorgenommen.

Die Situation stellt sich im internationalen Raum teilweise ähnlich dar. Laut WHO (2003) durchlaufen schwangere Frauen in vielen Ländern während der Schwangerschaft durchschnittlich 150 und mehr Einzeluntersuchungen, Tests und Interventionen. Die Richt- oder Leitlinien für die Betreuung von Schwangeren unterscheiden sich dabei in den einzelnen Ländern erheblich. So ist einem 2004 erhobenem Survey (Bernloehr et al. 2005) für die damals 25 europäischen Mitgliedsstaaten zu entnehmen, dass z.B. laut Richtlinie für die normale Schwangerschaft in Deutschland 114 verschiedene Tests und Untersuchungen vorgesehen sind, in den Niederlanden dagegen nur 38. In 5 Staaten existieren keine Richtlinien (Belgien, Zypern, Griechenland, Irland und Malta). Bei dieser Bandbreite kann davon ausgegangen werden, dass die Inhalte der Schwangerenvorsorge nur in begrenztem Maße auf wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen beruhen und möglicherweise eher rituellen Charakter haben (Villar et al. 2001).

Wie sollte denn eine optimale Schwangerenvorsorge aussehen? Um diese Frage beantworten zu können, muss zunächst einmal das Ziel klar sein. Laut WHO (2003) besteht es in der Prävention, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsrisiken bei Mutter und Kind und darin, Schwangerschaft sowie Geburt als positive Erfahrung erleben zu können. Folgende Fragen tun sich auf:

1. Welche Betreuung ist in welcher Häufigkeit für alle schwangeren Frauen geeignet, um diejenigen Frauen zu identifizieren, die eine spezielle Versorgung benötigen (laut Pittrof et al. (2002) ca. 9-15 Prozent der Schwangeren)? 2. Welche Maßnahmen sind geeignet, um Frauen während der Schwangerschaft, auch im Hinblick auf die Geburt, zu unterstützen? Die medizinische Disziplin der Geburtshilfe war die erste, die sich seit Mitte der 1980er Jahre zum Ziel gesetzt hat, die Fülle der vorliegenden randomisiert-kontrollierten Studien systematisch auszuwerten, um damit die Versorgung der Bevölkerung auf die Basis nachgewiesener Evidenz zu stellen.

Diese Reviews bilden die Grundlage für die regelmäßig aktualisierten Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien, wie auch für die Empfehlungen des Health Evidence Network der WHO. Der Bezug auf die verfügbare Evidenz, dass die Reduzierung

der Anzahl und Intensität der Vorsorgetermine für Schwangere mit niedrigem Risiko keine nachteiligen Effekte für das mütterliche und kindliche Outcome hat, führte die WHO zu einem Modell der Schwangerenvorsorge, welches die Basisversorgung von gesunden schwangeren Frauen mit vier Vorsorgeterminen vorsieht (Banta 2003). Die NICE-Leitlinien (2003) empfehlen dagegen für Erstgebärende 10 und für Mehrgebärende 7 Einzeluntersuchungen, da die Reduzierung der Vorsorgetermine zu Unzufriedenheit bei den betreuten Frauen führen kann. Auf die Frage, ob die reguläre Schwangerenvorsorge von FachärztInnen durchgeführt werden sollte, gibt es eine klare Antwort: Es liegt Evidenz dafür vor, dass ihre routinemäßige Einbeziehung in die Betreuung von schwangeren Frauen nicht das perinatale Ergebnis verbessert, und dass die Betreuung durch Hebammen zu einer niedrigeren Rate an Interventionen und einer höheren Zufriedenheit bei den Frauen führt.

Zusammengefasst lässt sich sagen: Schwangerenvorsorge leistet unbestritten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit von Mutter und Kind. Es werden jedoch nach wie vor viele Tests, Maßnahmen und Interventionen angewandt, die nachgewiesenermaßen ineffektiv sind, bzw. über deren Nutzen kein wissenschaftlicher Nachweis vorliegt oder die sich sogar nachteilig auswirken können. Wünschenswert wären eine verstärkte Forschung zur Effektivität von Maßnahmen und Interventionen im Rahmen der Schwangerenvorsorge sowie die stärkere Ausrichtung an vorhandener Evidenz unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Nutzerinnen.

Barbara Baumgärtner
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,
baumgaer@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.praevention.uni-bremen.de
Literatur bei der Verfasserin sowie online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de

Die „Entbettung“ des Wochenbettes

Das Wochenbett ist heute ein „Unthema“. *„Offensichtlich gibt es keine deutlichen kulturellen Muster, mit deren Hilfe die Zeitperiode der ersten Wochen nach der Geburt gestaltet wird. (…). Die Zeit des Übergangs zur Mutterschaft scheint unter den Bedingungen der westlichen Moderne mit dem Zeitpunkt der Geburt mehr oder weniger abgeschlossen zu sein“* (Graner, Die Zeit nach der Geburt, 1996).

Damit wird das Wochenbett, wie die Schwangerschaft und die Geburt, der Medizin überlassen – mit allen Folgen einer möglichen Pathologisierung. Dies gilt umso mehr, als für die meisten Mütter (in der BRD für 98 Prozent) das Wochenbett im Krankenhaus beginnt. Dementsprechend wird in der Geburtshilfe das Wochenbett als postpartale, beziehungsweise postnatale Phase oft reduziert wahrgenommen: Nur als Folgezustand nach der Geburt, nicht aber als Zeit des Beginns.

Bedeutung des Wochenbettes

Nehmen wir die Bedeutung des Wochenbettes und die Notwendigkeit einer adäquaten Unterstützung aber wahr, so ist das Wochenbett alles andere als eine defizitäre Lebenssituation oder gar ein Syndrom. Dennoch wird es in manchen medizinischen Abhandlungen immer noch in dieser Weise beschrieben (Waldmann). Auch in der psychosomatischen Literatur wird im Zusammenhang mit dem Wochenbett erwähnt, das Menschenkind käme ein Jahr zu früh auf die Welt und sei ein Nesthocker, der noch der extrauterinen Nabelschnur bedürfe (Uexküll, Psychosomatische Medizin, 1971) „Zu früh“: dies postuliert offenkundig eine Norm, an welche sich bedauerlicherweise die Natur bei den Geburtsbedingungen des Menschen nicht gehalten habe. Aber der Mensch ist eben kein Nesthocker wie andere Säugetiere, sondern ein Tragling. Er muss am Anfang seines Lebens getragen werden. Dass das Menschenkind etwa ein Jahr unselbstständig ist, ist offenkundig eine Bedingung für seine enorme psychische Entwicklung in dieser Zeit. Als Tragling bekommt es in dieser Haltung zusätzlich zur Muttermilch Haut- und Augenkontakt, Stimulation aller Wahrnehmungssinne, Bewegung, also Rhythmus und Wärme.

Anfang der Bindung

Die Selbstverständlichkeit des Traglingsdaseins ist eng verknüpft mit der Selbstverständlichkeit der Bindung zu seiner Mutter nach der Geburt. In unserer Gesellschaft ist es aber

schwer geworden, das Wochenbett als besonderen Anfang der Bindung zu verstehen. Die Geburtsvorbereitungskurse zeigen es oftmals: Auf die Entbindung wird vorbereitet, nicht auf die anschließende neue Bindung. So ist auch häufig die Erwartung der Kursteilnehmerinnen auf den Ablauf im Kreißsaal begrenzt. Die lineare Vorstellung, die hinter dieser Erwartung steht, ist bewusst oder unbewusst, dass nach der Geburt „alles beim Alten bleiben würde, mit einem Kind dazu.“ Die Antizipation des Lebens mit einem Kind ist oft eine additive. Natürlich ist der qualitative Sprung, den ein Kind im Leben seiner Eltern bewirkt, nicht vorhersehbar. Dennoch: Für viele künftige Eltern ist die grundsätzliche Alltagsveränderung durch das Wochenbett kein Thema, weil es schwer fällt, sich mit Vertrauen auf eine Veränderung der eigenen Identität und des Beziehungsgeflechtes einzu-

dürfnis, Bindung zuzulassen und über die Konsequenzen, die daraus entstehen können. Der unerwartete innere Konflikt, den die Mutter vielleicht zu spüren beginnt, ist die Erfahrung eines gesellschaftlichen Widerspruches, denn tendenziell ist unsere Gesellschaft gleichzeitig gebärfordernd und mutterfeindlich. Und die Angst, sich auf die Bindung zum Kind einzulassen, entsteht oft aus der Vorstellung, dass die Lösung dann nicht mehr geschehen könne. In lebendigen Prozessen ist aber das Loslassen gerade durch die Intensität der vorher erlebten Bindungsphase bedingt. Das Wochenbett ist eine solche Phase. In dieser Zeit entsprechen sich die Bedürfnisse von Mutter und Kind. (Sonst hätte das neugeborene Menschenkind - das so abhängig von seiner Mutter ist – in der Evolutionsgeschichte kaum eine Überlebenschance gehabt). Beide brauchen Zeit und Raum für die Entwicklung ihrer Beziehung. Die Haltung der Umwelt müsste so sein, wie Uexküll sie beschreibt: „Bedingungen zu schaffen, die die kostbare sensitive Phase zwischen Mutter und Kind fördern helfen“, das heißt: Bedingungen, unter denen die Mutter sich mit Selbstverständlichkeit auf die Bindung zu ihrem Kind einlassen kann und gleichzeitig auch selbst getragen wird.

lassen. Vor der Geburt wird dann das Leben mit Kind wie das Kinderzimmer in pflegeleichter Distanz durchorganisiert und geplant.

Psychosoziale Krise

Das Wochenbett wird als psychosoziale Krise beschrieben. Worin besteht diese Krise? Ich nehme das Wort Krise in seinem etymologischen Sinn wahr: Das Wochenbett ist eine Entscheidung. Wie schon in der Schwangerschaft manifestiert sich auch im Wochenbett die krisenhafte Kollision zwischen zwei Haltungen: Sich auf die Bindung einzulassen oder nicht, d.h. die Prioritäten so zu setzen, dass dieses Einlassen möglich ist oder ihm mit kontinuierlicher Abwehr zu begegnen. Viele Frauen, die im Wochenbett emotionale und psychische Störungen erleiden, haben eine solche unerbittliche Entscheidungsnotwendigkeit nicht erwartet. Erst recht haben sie nicht erwartet, dass sie sich nun anders fühlen, dass sie andere Bedürfnisse verspüren als in ihrer früheren Vorstellung vom Leben mit einem Kind. Sie sind verunsichert, ja erschüttert über ihr eigenes Be-

Wochenbett-Traditionen

Betrachten wir die Geschichte des Wochenbettes, so wird klar, dass sich seine Bedingungen in den letzten Jahrzehnten radikal verändert haben. In der dörflichen Tradition Deutschlands, in einigen Regionen bis in den Anfang des 20. Jahrhunderts, wurde dem Grenzcharakter des Wochenbettes Rechnung getragen. Mit ihrem Kind überschritt die Mutter eine Schwelle. „Es war eine freudige aber auch durch böse Mächte gefährdete Zeitperiode.“ (Graner) Dementsprechend galt es, dem Durchleben dieser Zeit eine Struktur zu geben. „Das Wochenbett, wie die Geburt, hatte eine kulturelle Bedeutung, war ein Ereignis von öffentlichem Belang, begleitet von einer Fülle von Bräuchen, Geboten, Verboten, Besuchen, Geschenken und Festen“ (Graner). Die Frauen waren Trägerinnen dieser Kultur. Das Wochenbett hatte seinen Anfang (die Geburt), seine wahrgenommene und begleitete Zeit (vierzig Tage) und sein klares Ende, nach welchem die Frau mit ihrer neuen Identität (als Mutter, bzw. als Mutter eines neuen Kindes) wieder am öffentlichen Leben Anteil hatte.

Bedeutungsverlust des Wochenbettes

Heute erleben wir die „Entbettung“ des Wochenbettes: es wird individualisiert und anonymisiert und hat keine Relevanz in der Öffentlichkeit. Durch den Zusammenbruch der traditionellen Unterstützungsstrukturen ist auch seine kulturelle Bedeutung verschwunden. Für die heutigen Wöchnerinnen gibt es keine erkennbare, vorgegebene Struktur des Wochenbettes. Schon seine Dauer scheint beliebig und beschränkt sich in der Vorstellung von vielen unter ihnen auf „die Woche in der Klinik“. Dies bedeutet, dass die Gestaltung dieser Zeit, vor allem der Wochen, die dem Klinikaufenthalt folgen, der Mutter und ihrem Partner überlassen wird. Die jeweils individuelle Organisation muss in einem reflexiven Prozess ausgehandelt werden, eine Aufgabe, auf die das Elternpaar nicht vorbereitet ist und die es oft überfordert. Nach wie vor begleitet viele Wöchnerinnen ein weibliches Unterstützungsnetz, dessen Bedeutung allerdings kaum geachtet oder wahrgenommen wird. Darüber hinaus spaltet es sich in der Regel auf. Zum einen gibt es die beruflichen Expertinnen, zum anderen die älteren verwandten Frauen, allen voran die Mutter, deren Beitrag meist in der Hausarbeit besteht, die aber selten als Vorbild im Umgang mit den Kindern gesehen werden. Schließlich gibt es die gleichaltrigen Frauen, mit denen die Wöchnerinnen sich austauschen und von denen sie sich Rat holen. Dies geschieht meist per Telefon, da die Gesprächspartnerinnen ans Haus oder an den Arbeitsplatz gebunden sind.

Rolle und Aufgaben des Partners

Radikal gewandelt haben sich im Wochenbett wie schon bei der Schwangerschaft und der Geburt die Bedeutung und die Aufgaben des Partners. „Mit dem Wegfall von vielen traditionellen Bindungen hat sich der Binnenraum der Partnerbeziehung intensiviert und intimisiert. Die Zuwendung durch ihren Partner ist für die heutige Wöchnerin ganz zentral. Die Unterstützung durch den Partner im Wochenbett ist das einzige, was eine Wöchnerin in unserer Kultur an Hilfe wirklich einfordern kann. Allerdings bedeutet dies nicht, dass es immer gelingt, denn die Ausschließlichkeit dieses Unterstützungsmodells ist ambivalent. Wenn der Partner keine Elternzeit wahrnimmt, besteht spätestens nach seinem möglichen Urlaub für die Wöchnerin kaum Anspruch mehr auf dieses einzige sozial erlaubte Hilfemuster, so dass sie ab

diesem Zeitpunkt nur noch wenig oder keine Arbeitsentlastung erfährt. Statistisch gesehen ist sogar der Anteil des Partners an der Haushaltsarbeit ab dann geringer als vor der Geburt des Kindes, nicht zuletzt, da sich sein Engagement im Beruf, auch aus Verantwortung für die materielle Sicherheit der Familie, erhöht" (Gesterkamp). Auch ist zu bedenken, was diese Alleinverantwortung des Partners für alle Belange des Wochenbettes bedeutet: Ohne im Normalfall vorbereitet zu sein, muss oder müsste er alles das leisten, was früher von einem Frauennetzwerk selbstverständlich getragen wurde. Eine Überforderung ist fast unvermeidlich. Dennoch wird sie so wenig thematisiert wie das anschließende Alleinsein der jungen Mutter. Vielleicht hängt dieses „Stillschweigen" mit der Nichtachtung und der mangelnden Anerkennung von Familienarbeit in unserer Kultur zusammen. Vielleicht ist es auch verbunden mit der allgemeinen, unausgesprochenen Forderung, Unterschiede in Gefühlen, Bedürfnissen, Fähigkeiten und Aufgaben zwischen Mutter und Vater tendenziell zu leugnen. So sind auch oft die Probleme und Leidensmomente, die im Wochenbett entstehen und sich nicht selten in späteren Lebensphasen manifestieren, für die Mütter wie für die Väter schwer in Worte zu fassen.

Es gilt, auf die Stimme des Kindes horchen und dem Lebendigen zu gehorchen.

Bindung fördern

All diese Faktoren gilt es zu berücksichtigen, in der Vorbereitung auf den Geburtsprozess wie auch in der Unterstützung der jungen Familien. Mir scheint es wünschenswert, auf folgende Punkte mit besonderer Aufmerksamkeit zu achten:

1. Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind im gesamten Geburtsprozess, mit entsprechender Unterstützung des Stillens,
2. Bemutterung der Mutter,
3. Unterstützung des Vaters in seiner besonderen Verantwortung, in wertschätzender Annahme des Unterschiedes zwischen Mutter und Vater,
4. Wahrnehmung der Eigenzeit des Geburtsprozesses,
5. Gesellschaftliche Anerkennung von Mütterlichkeit und Familienarbeit,
6. Aushandlung von neuen Formen der Unterstützung, die der initialen Erfahrung des Geburtsprozesses im gesellschaftlichen Wandel Rechnung tragen. Das bedeutet auch: keine Sanktionierung des Fürsorgeverhaltens durch Verschlechterung der Berufsbedingungen, Flexibilität in der Gestaltung von Arbeitsplätzen, wie überhaupt in den gesellschaftlichen Formen der Unterstützung von Familien. Mütter und Väter von Säuglingen haben andere Aufgaben und andere Bedürfnisse als Eltern von älteren Kindern.

Resümee

Wir leben in einer Zeit, in der Verhältnisse und Zusammenhänge unübersichtlich erscheinen und Entwicklungsrichtungen trotz oder wegen der Informationsflut nicht mehr klar sind. Wenn wir nach Kriterien für unsere Unterstützung der „neugeborenen Familien" suchen, damit Menschen in unserer Gesellschaft bindungs- und dadurch autonomiefähig sein können, führt der Weg zur einfachen Wahrheit der elementaren Bedürfnisse des Kindes, das bei allen heutigen Machbarkeits- und Planbarkeitsentwürfen nicht gefragt wird. Mit einer besonderen Dringlichkeit gilt es, auf seine Stimme zu horchen und so dem Lebendigen zu gehorchen.

Colette Mergeay, Dipl.-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Klinikum Bremen-Nord
Hammersbeckerstr. 228
28755 Bremen

Auszug aus dem Vortrag bei der Fachtagung der AK Bremen „Vater-Mutter-Kind-Beruf", Bleyer-Rex, Dokumentationsheft, 2006

Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes e.V.

Auf den Anfang kommt es an.
Plädoyer für eine Wochenbett-Kultur

In den vergangen Jahrzehnten hat das „Wochenbett" in unserer Gesellschaft allmählich an Beachtung verloren, der Focus in der Betreuung ist auf Schwangerschaft und Geburt ausgerichtet. Dies hat mehrere Ursachen. Zum einen sind mit der allgemeinen Verbesserung der Lebensumstände Komplikationen im Wochenbett eher zu einer Seltenheit geworden, und eine länger dauernde medizinische Überwachung des Wochenbettverlaufs in der Klinik wird als nicht mehr notwendig betrachtet.

Des Weiteren hatten Veränderungen im Abrechnungssystem der Krankenhäuser zur Folge, dass sich die Aufenthaltszeit in der Klinik schrittweise von zehn auf zwei Tage bei normaler Geburt und von vierzehn auf fünf Tage bei Kaiserschnitt verkürzt hat.

Andererseits mehren sich die Probleme im psychosozialen Bereich. Es setzt sich immer mehr die Ansicht durch, dass viele der späteren Beziehungs- und Erziehungsprobleme in den Familien schon kurze Zeit nach der Geburt des Kindes ihren Anfang genommen haben. Im Rahmen der Sorge um das Kindeswohl, der Prävention von Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder rückt das Wochenbett damit wieder in das Interesse der Öffentlichkeit. Hier werden große Chancen gesehen, mit der Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind und der Verbesserung der psychosozialen Situation die beste Vorsorge zu schaffen.

Der Deutsche Hebammenverband plädiert für eine Wochenbett-Kultur, die für Mutter und Kind und im weiteren Sinne für die gesamte neue Familie einen Rahmen schafft, der umfassende und fachliche Unterstützung bietet, damit sich innerhalb der Familien gesunde Bindungsstrukturen entwickeln und die Familie in guter Begleitung in die neue Lebenssituation hineinwächst.

Was wir haben

Die Begriffe Wochenbett oder Wochenbettzeit stehen für einen Zeitraum der Erholung für die Mutter nach der Geburt, der Regeneration ihres Organismus, für die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind sowie die Entwicklung einer Routine im Umgang miteinander, aber auch für die Neuorientierung in der neuen Lebenssituation und die Bewältigung des Alltags.

Der medizinischen Definition zufolge dauert das Wochenbett acht Wochen.

Nach gesetzlicher Definition ist das Wochenbett ein Teil des Mutterschutzes der sich in einem achtwöchigen Arbeitsverbot nach der Geburt ausdrückt.

In dieser Zeit vollzieht sich eine der größten Veränderungen im Leben einer Frau und eines Paares. Nicht nur die körperlichen Umstellungen nach neun Monaten Schwangerschaft und das Geburtserlebnis müssen verarbeitet werden.

Das neugeborene Kind muss in die bestehende Zweierbeziehung oder Familie integriert werden. Die Paar- und Familiendynamik ändert sich, weil einer der beiden Partner vorübergehend aus dem Erwerbsleben aussteigt beziehungsweise beide Elternteile ihre Erwerbstätigkeit reduzieren, um die Versorgung des Säuglings zu gewährleisten. Auf der psychischen Ebene vollzieht sich nach der Geburt des ersten Kindes ein einschneidender Statuswechsel: Tochter und Sohn sind selbst Mutter und Vater geworden und damit konfrontiert, ihre Rollen als Eltern anzunehmen.

Die Gründung einer Familie, aber auch der Zuwachs in eine bereits bestehende Familie ist heute für die Gesellschaft von weitreichender Bedeutung.

Die Betreuung während Schwangerschaft und Geburt ist ausgerichtet auf medizinische Faktoren. Psychosoziale Entwicklungen hingegen werden nicht systematisch berücksichtigt. Häufig führt die Fokussierung auf Risikofaktoren in der Schwangerschaft zu Verunsicherung und mangelnder Übernahme von Eigenverantwortung in der Elternrolle. In der Wochenbettzeit fühlen sich Eltern in der Folge überfordert und weitgehend sich selbst überlassen.

Viele Mütter und Väter fühlen sich in ihrer neuen Rolle hilflos und inkompetent.

Trotz eines schier uferlosen Marktes an schriftlichen Ratgebern und Foren im Internet fühlen sich viele Mütter und Väter in ihrer neuen Rolle hilflos und inkompetent. Häufig fehlt ihnen der direkte Austausch mit Gleichgesinnten und die Bestätigung, dass sie ihre Aufgabe gut und richtig erfüllen.

Wichtige Gesundheitsziele sind so schwer flächendeckend zu erreichen.

Was wir wollen

Ziele sind: eine lange Stilldauer entsprechend internationalen Empfehlungen, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind und die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind.

Die Geburt eines Kindes ist ein einschneidendes Ereignis im Leben eines Paares/einer Familie, dem nicht nur durch technisch-medizinische Überwachung, sondern auch durch liebevolle und umfassende Betreuung durch Familie, Fachpersonal und Gesellschaft Rechnung getragen werden muss.

Alle Frauen und Paare, unabhängig von Bildungsstand und sozialer Herkunft, müssen bereits während der Schwangerschaft die Möglichkeit haben, detaillierte und verständliche Informationen über die ersten Wochen mit dem Kind zu erhalten.

In den Hebammenpraxen, gynäkologischen Praxen und staatlichen Beratungsstellen müssen Themen wie die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung (Bonding), das Stillen und die Besonderheit der Wochenbettzeit mit den Schwangeren besprochen und auf mögliche wie nötige Vorbereitungen hingewiesen werden.

Im Zeitalter der Kleinfamilie sind soziale Netzwerke unabdingbar. Alle an der Betreuung Beteiligten unterstützen die junge Familie beim Knüpfen sozialer Netzwerke

Eine stärkere gesellschaftliche Akzeptanz der Wochenbettzeit trägt dazu bei, dass die Schutzbedürftigkeit der jungen Familie auch im engeren Umfeld akzeptiert und unterstützt wird

Selbstverständlichkeiten vergangener Jahrhunderte müssen in modernisierter Form neu belebt werden, als

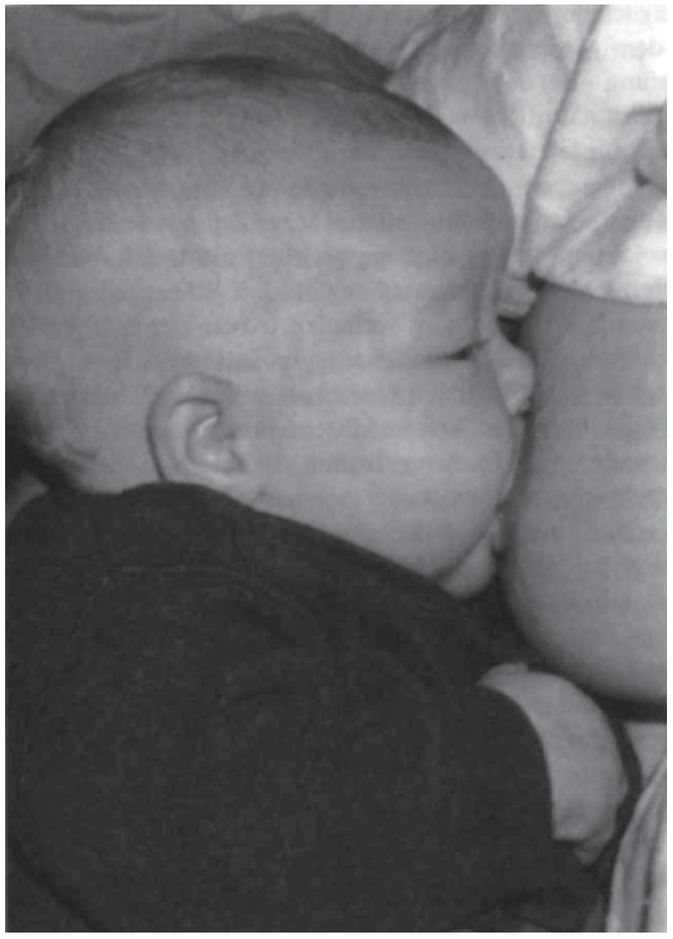
- Unterstützung durch Freunde und Nachbarn, indem sie das Kochen, den Einkauf und die Versorgung älterer Geschwister übernehmen
- Möglichkeit der Bettruhe der Wöchnerin in den ersten Tagen und des vorübergehenden Rückzugs aus gesellschaftlichen und Erwerbsverpflichtungen
- flächendeckende Begleitung durch Hebammen bis acht Wochen nach der Geburt, bei Bedarf auch darüber hinaus
- Unproblematischer Einsatz von Haushaltshilfen bei Gesundheitsbeeinträchtigung der Mutter.

Im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention trägt eine von Unterstützung geprägte und zugleich geschützte Wochenbettzeit zu einem guten Start in die Stillbeziehung bei. Mutter und Kind gehen gestärkt und mit einer soliden Basis für den weiteren Lebensweg aus diesen Wochen hervor. Darin liegt eine große Chance, Bindungsstörungen vorzubeugen.

Was wir fordern

Um nicht nur Schwangerschaft und Geburt, sondern auch die Zeit danach als gesunden, normalen Prozess im Leben einer Frau zu stärken und damit die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind zu fördern, fordern wir:

- Aufklärung durch Hebammenunterricht an Schulen über Schwangerschaft und Geburt sowie ebenso über Wochenbett und Stillzeit
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Wochenbett: Broschüren und andere Informationsmedien von staatlichen Stellen, Krankenkassen, Ärzte- und Hebammenverbänden
- Kontinuität in der Betreuung durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Förderung des Bondings direkt nach der Geburt, flächendeckende Umstellung auf Integrative Wochenbettbetreuung in den Kliniken und eine flexible Organisation des Stationsablaufes
- Verstärkte Einrichtung von Familienzimmern in den Krankenhäusern
- Rechtzeitige, gezielte und verbindliche Verknüpfung von stationärer Betreuung und anschließender ambulanter Weiterversorgung von Mutter und Kind durch Hebammen, Kinderärztinnen, Gynäkologinnen und andere Berufsgruppen
- Staatliche Finanzierung von Familienhebammen, um eine erweiterte Betreuung im Bedarfsfall zu ermöglichen und zu gewährleisten
- Berücksichtigung und stärkere Betonung der Wochenbettzeit in Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen, wie zum Beispiel in Geburtsvorbereitungskursen und nach der Geburt in Rückbildungsgruppen und Stillgruppen
- Dass Krankenkassen ihren Anspruch der umfassenden Beratung und Betreuung ihrer versicherten Frauen einlösen, indem sie Schwangere bereits frühzeitig über Unterstützungsangebote wie ambulante Hebammenbetreuung oder Haushaltshilfe informieren.



Deutscher Hebammenverband e.V.
info@hebammenverband.de

Best-Practice-Modell „Stillförderung in einer Kommune“. Ein Erfahrungsbericht

„Gäbe es einen neuen Impfstoff, der jedes Jahr den Tod von einer Million oder mehr Kindern verhindern könnte, der zudem billig, sicher und oral zu verabreichen ist und keine Kühlkette benötigt, würde er sofort zur zwingenden Notwendigkeit für die öffentliche Gesundheit erklärt. Stillen vereint all dies und noch viel mehr, doch es braucht eine eigene funktionsfähige Kette der Unterstützung – die sachkundige Betreuung der Mütter, um ihnen Zuversicht zu vermitteln, ihnen zu zeigen, was zu tun ist und sie vor schädlichen Praktiken zu bewahren. Wenn diese Kette der Unterstützung in einer Kultur verloren gegangen ist oder Schaden genommen hat, dann muss dies durch das Gesundheitswesen wieder gut gemacht werden“ (Lancet, A warm chain for breastfeeding, 1994, 344).

Dieser Leitgedanke prägt seit 2004 meine Arbeit zur Verbesserung der Stillinformation und -unterstützung in München. Im Rahmen der Fachstelle Frau & Gesundheit des Referats für Gesundheit und Umwelt München bin ich seit 2006 mit der Umsetzung eines Stadtratsbeschlusses zur Stillförderung beauftragt worden („EU Aktionsplan: Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa – wo steht München?“ – Antrag der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen/Rosa Liste vom 15.02.06).

Begonnen hat die Zusammenarbeit mit der Gründung eines Arbeitskreises zur Vernetzung auf Stadtteilebene im Münchner Norden, in einem Gebiet mit hohem Anteil an sozial Benachteiligten, darunter viele MigrantInnen. Hier verbesserte sich schnell die Verweisung von Müttern mit Fragen zum Stillen an qualifizierte Beraterinnen und an einen neu gegründeten Stadtteil-Stilltreff. Es wurde ein Stadtteilflyer mit Basisinformationen und Anlaufadressen für Stillberatung (in mehreren Sprachen) gedruckt, den insbesondere ÄrztInnen, Apotheken und soziale Einrichtungen im Stadtviertel gern verteilen. Gleichzeitig fanden ein fachlicher Austausch und ein Kennenlernen der Professionellen vor Ort statt, was dazu führte, dass Mütter mit Stillproblemen schneller und kompetenter betreut wurden. Dies entscheidet hauptsächlich darüber, ob Stillhindernisse behoben werden können. Im Internet wurde eine Seite („Stillen macht stark“) mit Stillinformationen und Beratungsangeboten (z.B. eine Liste mit inzwischen fast 50 Beratungsangeboten zum Stillen in München) sowie aktuellen Tipps und Hinweisen (wie eine Liste zu stillfreundlichen Orten in der Stadt) eingestellt (zu googeln unter „muenchen+stillen – Stillen macht stark“).

Kern der Arbeit ist der interdisziplinäre Arbeitskreis Stillen: Hebammen, KinderärztInnen, FrauenärztInnen, ApothekerInnen, Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagoginnen, öffentlicher Gesundheitsdienst und Stillberaterinnen arbeiten gemeinsam daran, Stillinformationen und Stillunterstützung für möglichst alle am Stillen interessierten Frauen und ihre Angehörigen zur Verfügung zu stellen. Sie vernetzen sich gegenseitig, tauschen sich zu fachlichen Fragen aus und verweisen auf andere Beratungsangebote, wenn sie selber ausgelastet sind.

Inzwischen sind nach dem ersten Vorbild fünf neue Stilltreffs entstanden, in denen eine ehrenamtliche, auf Kosten der Stadt München ausgebildete Stillberaterin und eine hoch qualifizierte Stillberaterin mit medizinischem Berufshintergrund regelmäßig für die Fragen der Mütter und für deren Erfahrungsaustausch zur Verfügung stehen. Derzeit wird bei Münchner Geschäften und Restaurants für die Einrichtung stillfreundlicher Bereiche geworben, die mit einem einheitlichen Aufkleber gekennzeichnet werden sollen.

Wichtiger erscheint es mir jedoch, dass tatsächlich so etwas wie eine „Marke“ gesetzt wird: Stillen macht einen qualitativen Unterschied für Mütter und Kinder und ihre Beziehung zueinander (vorausgesetzt die Mütter sind zum Stillen bereit). Stillen passiert aber nicht einfach so, es ist zu Anfang meist harte „Arbeit“ der Mütter und ihrer UnterstützerInnen. Erst nach einigen Wochen ist der Entlastungsaspekt des Stillens für den Alltag, die Mobilität der Mütter und bezüglich der geringeren Erkrankungsrate der Kinder wahrnehmbar.

München hat im Jahr 2006 als erste Kommune die Notwendigkeit erkannt, diese effektivste Form der Gesundheitsförderung in der ersten Lebenszeit zu unterstützen und hat damit den EU-Stillförderplan und den Nationalen Stillförderplan umgesetzt.

Auf Landesebene hat das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) schon im Jahr 2004 eine groß angelegte Studie „Stillverhalten in Bayern“ durchgeführt, die bundesweit ohne Beispiel ist. (Ergebnisse unter: www.lgl.bayern.de/gesundheit/umweltmedizin/pic/poster_stillen2007.pdf)

Derzeit wird durch das LGL eine Interventionsstudie zur Verbesserung der Stillbedingungen in einer Modellregion durchgeführt (www.lgl.bayern.de/gesundheit/umweltmedizin/projekt_stillbedingungen.htm). Mit dem LGL arbeite ich seit Beginn der Stillkampagne eng zusammen.

Einfluss kann auf vielen Ebenen genommen werden: Mit jeder Benennung der Wichtigkeit des Stillens in Fachveranstaltungen, im Rahmen von Forschungsvorhaben und bei der Erhebung von Gesundheitsdaten wächst die Chance auf öffentliche Aufmerksamkeit und Verbreitung.

Rückmeldungen bestätigen mir, dass sich etwas entwickelt hat: Eine Kinderkrankenschwester und eine Sozialpädagogin aus dem Münchner Norden berichten zum Beispiel, dass schätzungsweise jede zweite Mutter in ihrem Aufgabenbereich stillt – wo es früher stets hieß: „Die stillen nicht oder schon längst nicht mehr; höchstens jede zehnte Frau ist für längeres Stillen zu motivieren“. Was daran das Vorbild stillender Prominenter ausmacht, denen man beim Stillen auf „youtube“ zuschauen kann, ist vermutlich nicht einzuschätzen. Ich gehe davon aus, dass es eine Änderung der Einstellung in der Öffentlichkeit gemeinsam mit verbesserter Information und erreichbarer Unterstützung ebenso wie ein selbstverständlicheres Stillen im Erfahrungsbereich junger Mütter braucht, um wieder eine „Kultur des Stillens“ entstehen zu lassen. Und wenn erst viele Mütter mit höherem Bildungshintergrund erfolgreich über längere Zeiträume stillen, wird es einen „Trickle-Down-Effekt“ geben, der auch diejenigen erreicht, bei denen die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit noch erheblich deutlicher sind, weil soziale Lage und mangelnde Ressourcen ihre Gesundheit einschränken.

Die Kosten des Best Practice-Modells Stillförderung sind relativ gering: Die Stadt München hat bislang Ressourcen für die Moderation des AK Stillen und für die Entwicklung neuer Stilltreffs im Rahmen der Arbeit der Fachstelle Frau & Gesundheit aufgebracht (ca. drei Arbeitsstunden/Woche) sowie Fortbildungskosten à 400,- € für insgesamt zwei ehrenamtliche Stillberaterinnen jährlich (Kurz-Fortbildung bei der Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen oder LaLecheLiga) übernommen. Die ehrenamtlich tätigen Beraterinnen sind, wo immer möglich, im Wechsel mit medizinisch vorgebildeten, als Still- und Laktationsberaterin IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) ausgebildeten Frauen tätig. Letztere erhalten pro Stunde 21,- bis 27,- €, die von den Schwangerenberatungsstellen in Bayern im Rahmen der Regelförderung aufgrund des Schwangerenberatungsgesetzes vergütet werden. Aufgabe der Moderatorin ist es, Kooperationen zwischen ehrenamtlichen Stillberaterinnen, Schwangerenberatungsstellen und IBCLC´s zu vermitteln, um eine hoch qualifizierte Stillberatung in der Kommune zu sichern. Die Räume wurden bislang immer kostenlos von anderen Institutionen wie Eltern-Kind-Zentren zur Verfügung gestellt. Insgesamt fallen sehr geringe Kosten an im Verhältnis dazu, dass allein dem Gesundheitssystem in München durch das bisher mehrheitlich praktizierte „Kurzstillen“ Mehrkosten von nahezu einer halben Million Euro jährlich entstehen, wie eine vorsichtige Schätzung ergab.

Juliane Beck, Juristin,
Fachstelle Frau & Gesundheit München, Referat für Gesundheit und Umwelt der LH München

Väter bei der Geburt

Die Teilnahme werdender Väter an der Geburt gilt in Deutschland heute als selbstverständlich. Hinter dieser scheinbaren Selbstverständlichkeit verbirgt sich jedoch ein enormer kulturhistorischer Wandel, dessen Bedeutung und mögliche Konsequenzen wenig Beachtung finden.

Seit rund 30 Jahren erst haben Väter Zutritt zum Kreißsaal. Dies ist eine extrem schnelle und radikale Veränderung einer vermutlich Jahrtausende alten Tradition, die Gebären als Frauensache sah. Historisch gesehen hat sich der werdende Vaters in nur wenigen Jahren aus der Rolle des von der Geburt Ausgeschlossenen zu einem anerkannten „Begleiter, Coach, Vermittler und Anwalt“ für die Frau und nebenbei auch zum von den Krankenhaus-Verwaltungen eingeplanten Kreißsaalhelfer entwickelt. Mittlerweile begleiten neunzig Prozent der Männer ihre Frauen. Obwohl der kulturelle Wandel außergewöhnlich ist und Traditionsbrüche immer eine hohe Anforderung an die Anpassungsfähigkeit der Menschen bedeuten, werden Rolle, Einfluss und Bedürfnisse des Vaters bei der Geburt und die Rückwirkung des Geburtserlebnisses auf ihn selten thematisiert.

Die Aufgabe des Mannes reduzierte sich im Wesentlichen auf das Warten.

Der werdende Vater – das unbekannte Wesen

Die vielen bei der Geburt anwesenden Väter machen zwar alle ihre Erfahrungen, aber es gibt bisher keine systematische Forschung, sondern nur vereinzelte Studien darüber, wie die Teilnahme an der Geburt auf die Psyche des Mannes, auf Partner- und Vaterschaft, Sexualleben und den Geburtsverlauf wirkt.

Es lässt sich derzeit deshalb wissenschaftlich belegbar nichts sagen über

- die emotionale Situation der Väter während und nach der Geburt
- die Bedeutung ihrer Unterstützung für die Partnerin
- ihre Bedeutung, ihre Rolle, ihren Auftrag und die stillschweigende oder explizite Erwartung an den Vater von Seiten der verschiedenen Akteure
- den Einfluss des Vaters auf den Geburtsverlauf, z.B. auf den Schmerzmittelverbrauch
- die Wirkung des Geburtserlebnisses auf die Sexualität des Paares
- die Wirkung des Geburtserlebnisses auf die Vater-Kind-Beziehung
- den Nutzen der bisherigen Geburtsvorbereitungskurse für Männer.

Die männliche Geburtstradition

In früheren Zeiten und in den meisten Kulturen war die Geburt eine reine Frauenangelegenheit, die von Hebammen und geburtserfahrenen Frauen unterstützt wurde.

Männer waren von der direkten Teilnahme an der Geburt ausgeschlossen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts hatten sie allerdings wichtige Aufgaben im Umfeld der Geburt, die den störungsfreien Ablauf sichern sollten. Sie holten die Hebamme, sorgten für den Eintrag ins Geburtsregister und meldeten die Taufe an. Dem Vater fiel das Recht zu, das Neugeborene als sein legitimes Kind anzuerkennen. In einigen Kulturen hatten sie auch die Aufgabe, mit rituellen Handlungen den Geburtsverlauf vor bösen Geistern zu schützen.

Die Couvade

Da das Vaterwerden in den meisten Kulturen als initiales Ereignis im Leben des Mannes erachtet wurde, entwickelten Männer verschiedene Formen eines eigenen rituellen Geburtsverlaufs: die so genannte Couvade (französisch „couver“: „brüten“). Verschiedene Riten verbanden den werdenden Vater mit der Geburt und dienten ihm als Übergangsritual in die Vaterschaft. So imitierte der Vater Geburtsschmerzen oder andere körperliche und seelische Symptome der Geburt. Er brachte vor der Niederkunft Opfer, fastete, verzichtete auf Tanz, Musik und außerehelichen Sex und mitunter sogar auf seine Arbeit. Die Couvade schuf damit eine Zäsur zwischen dem alten Leben und dem neuen Leben mit Kind, eine Ausnahmesituation, die half, das Alte abzuschließen und für das Neue offen zu sein.

Mit der sich langsam vollziehenden Verlagerung der Geburt ins Krankenhaus im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ging sie in die Hände fremder professioneller Geburtshelfer und -helferinnen über. Diese Veränderung war im Wesentlichen nach dem zweiten Weltkrieg abgeschlossen, und ab dann war für den Mann auch kein indirekter Kontakt zum Geburtsgeschehen mehr üblich. Seine Aufgabe reduzierte sich im Wesentlichen auf das Warten.

Traditionsbruch

Wie konnte sich eine so tief verinnerlichte und scheinbar stabile Gebärkultur, zu der auch der Ausschluss der Väter vom direkten Geburtsgeschehen gehörte, in knapp zehn Jahren so fundamental ändern? Drei ausschlaggebende Gründe waren:

Die Geburt als traumatisierende Tortur

Geburt war im letzten Jahrhundert bis in die 1970er Jahre hinein mit vielen körperlichen und seelischen Verletzungen verbunden: mit Schmerzen und Einsamkeit in OP-ähnlichen gekachelten kalten Räumen, fehlendem Zuspruch, einem überwiegend rüden Ton im Umgang mit der Gebärenden, der erzwungenen Rasur der Schamhaare, mit schmerzhaften Geburtseinleitungen, um die „programmierte Geburt“ zu ermöglichen, routinemäßigen Dammschnitten (in der Regel ohne Betäubung), teilweise tagelanger Rückenlage

und Bandagieren des Bauches nach der Geburt für eine bessere Rückbildung der Bauchmuskulatur, routinemäßig verabreichten Abstillspritzen mit der Folge häufiger Brustentzündungen. Für viele dieser Maßnahmen gab es keine wissenschaftliche Begründung. Die meisten wurden später als unnötig, unwirksam und teilweise schädlich wieder abgeschafft.

In den 1960er und 1970er Jahren wurde der Gebärvorgang der Frau zum Geburtsvorgang des Gynäkologen, und an die Stelle der weiblichen Gebärfähigkeit trat das gynäkologische Geburtshandwerk bzw. die Geburtstechnik. Der Gynäkologe wurde zum Herrn über die Geburt, die Gebärende zum passiven Objekt von geburtshilflichtechnischen und teilweise traumatisierenden Ein- und Übergriffen, mit negativen Folgen auch für die Sexualität vieler Frauen.

In dieser Situation des Ausgeliefertseins forderten viele Frauen die Unterstützung durch den Partner. Seine Anwesenheit war jedoch in den Kliniken erst einmal nicht erwünscht und institutionell auch nicht möglich, weil meist mehrere Frauen, oft nur durch Vorhänge getrennt, in den Kreißsälen entbanden.

Der Wunsch nach „neuen Vätern“

Nicht nur die inhumanen Zustände in den Kreißsälen schufen das Bedürfnis, den Mann mit zur Geburt zu nehmen. Ein weiterer, eher unbewusster Grund war eine Gegenbewegung zum Bedeutungsverlust des Vaters, der in der Nachkriegszeit als abwesender, strafender oder politisch belasteter Vater für viele Heranwachsende seine positive Autorität verspielt hatte. Viele der mit problematischen Vaterbeziehungen aufgewachsenen Frauen und Männer suchten „neue Väter“: anwesend, liebevoll und auf das Kind bezogen.

Zudem stand die erste Generation der Eltern im Kreißsaal als Kinder der „Tätergeneration“ noch unter dem Eindruck des Krieges. Sie hegte die Hoffnung, dass Männer, die an der Geburt ihrer Kinder teilnehmen, für Kriege schwerer zu gewinnen seien. Diesen Wunsch nach gesellschaftspolitischem Wandel „aus dem Kreißsaal heraus“ formulierte damals auch der französische Geburtshelfer Odent: „Wir werden in einer anderen Gesellschaft leben, wenn Millionen junger Männer ein Neugeborenes gesehen, berührt und gebadet haben“.

Aufhebung der Geschlechtertrennung

Politisches Bestreben war in dieser Zeit, die Trennung der Lebensbereiche von Männern und Frauen aufzuheben und dadurch einen partnerschaftlichen Umgang und einen neuen, emotionalen Zugang zum jeweils anderen Geschlecht zu finden. In diese Zeit der Koedukation, Durchsetzung juristischer Gleichberechtigung und Aufhebung der Trennung der Lebensbereiche fügte sich

der Wunsch nach gemeinsamem Erleben der Geburt. Erstaunlicherweise entwickelte sich die von den Frauen in Gang gesetzte rasante Durchsetzung der Teilnahme der Männer an der Geburt entgegen der Hauptströmung der Frauenbewegung, die zu dieser Zeit eine separate weibliche Kultur und Politik schuf in Form von Frauenprojekten aller Art, Frauenhäusern, -zeitschriften, -cafés, etc., die in der Regel männliche Beteiligung ausschlossen. Es ist ein interessantes Paradox, dass viele Frauen, die bereit waren, Männer aus politischen Gründen aus bestimmten Frauenbereichen auszuschließen, gleichzeitig die Anwesenheit der Partner im intimen Bereich der Geburt erkämpften. „Väter in den Kreißsaal“ war damals eine politisch und psychologisch motivierte Forderung von Frauen, Männern und GeburtshelferInnen, die zur Humanisierung der Geburt sowie frauen- und kinderfreundlicheren Verhältnissen in den Kliniken führten.

Kulturschock Geburt?

Die Väter der ersten Kreißsaalgeneration (und die dazugehörenden Mütter) eroberten das fremde Territorium noch mit einem gewissen revolutionären Elan, der über Zweifel und Unsicherheiten hinweghalf. Inzwischen ist das Terrain erobert und der Mann – weitgehend unvorbereitet und ohne stützende Traditionen – in der nüchternen bzw. hochtechnisierten Kreißsaalrealität angekommen.

Nur 20% der Männer fühlen sich nach einer Umfrage ausreichend auf die Geburt vorbereitet.

Es sind starke Eindrücke, die werdende Väter – in der Regel relativ unvorbereitet – zu verarbeiten haben. Rund 30 Prozent der Väter erleben direkt oder indirekt eine Bauchoperation, den Kaiserschnitt, mit. Viele andere sind mit unterschiedlichen Formen einer medikalisierten Geburtshilfe konfrontiert: mit eingeleiteten Geburten, Rückenmarksspritzen, Dammschnitten, Zangen- oder Saugglockengeburten.

Nach Schätzungen verlaufen in Deutschland rund 90 Prozent der Geburten mit medizinischen Interventionen. Es liegt nah, dass viele Männer Geburtsvorgänge erleben, die auch negative Spuren hinterlassen.

Auf einer Tagung der Gesellschaft für Perinatalmedizin 2009 wurde über den „Kulturschock Geburt“ diskutiert, den Migrantinnen und ihre Partner erleiden, wenn sie mit der deutschen Kreißsaalroutine und dem westlichen Umgang mit den intimen Vorgängen bei der Geburt konfrontiert werden.

Es ist naheliegend, einen ähnlichen Kulturschock auch bei Männern zu vermuten, denn auch sie sind traditionell fremd im Kreißsaal und in der weiblichen Gefühlswelt der Geburt. Auch für sie ist die Geburt ein psychisch dichtes Erleben, das biografische Erfahrungen und Ängste wachruft, umso bedrohlicher, wenn die Umgebung fremd und die Regeln unbekannt sind. Es überrascht nicht, dass manche Väter angeben, unter Depressionen, Schuldgefühlen und sexuellen Problemen zu leiden – je nach Geburtsverlauf.

Ein Kulturschock ist unvermeidlich, wenn wir mit einer Kultur bzw. einem anderen Wertesystem in Kontakt kommen und die gewohnten Strategien zur Bewältigung der Lebenssituation nicht mehr funktionieren. Während der Geburt sind die eher männertypischen Ordnungssysteme wie Handlungs- und Zeitorientierung, Geschwindigkeits- und Effektivitätsdenken, etc. außer Kraft gesetzt und damit auch Handlungsgewohnheiten gekappt. Für die Psyche bleibt die „Heimatkultur“ in dieser Situation erst einmal das Mittel, mit dem sie versucht, die Anforderungen der anderen Kultur zu bewältigen. Insofern liegt es auf der Hand, sich mit den Teilen der fremden Kultur zusammentun, die bekannt erscheinen, z.B. mit dem männlichen Geburtshelfer und der Technik als bekannter Hilfe zur Bewältigung von Problemen. Von daher könnte durchaus ein Zusammenhang zwischen den Vätern im Kreißsaal und den seit den 1980er Jahren um das Dreifache gestiegenen Kaiserschnittzahlen bestehen, zwischen einem unzureichend auf die Geburt vorbereiteten Vater und der Hoffnung auf technische Hilfe in einer fremden und schwierigen Situation.

Geburtsvorbereitung für Väter – eher kurz und selten

Die Geburt ist für Vater, Mutter und Kind eine Grenzerfahrung, bei der auch die Gesundheit von Mutter und Kind auf dem Spiel steht. Insofern hat die Vorbereitung aller am Geburtsprozess Beteiligten einen großer Stellenwert. In der Praxis wird jedoch der Vorbereitung der werdenden Väter wenig Bedeutung beigemessen. Über ihre Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen werden keine Daten erhoben. Nach Schätzungen von Hebammen nehmen zwischen 30 und 80 Prozent der Männer teil, je nach Stadt, Stadtteil und Wahl des Geburtsortes. Teilnahme heißt, an ausgewählten Abenden dabei zu sein, seltener beim ganzen

Kurs. Die eher schlecht besuchten Kurse sind vermutlich ein Indiz dafür, dass sie die Bedürfnisse der Männer wenig oder nicht treffen. Die Kassen übernehmen die Kosten für Väterkurse nicht, auch das ein Hinweis, dass die Vorbereitung der Väter nicht notwendig erscheint.

Nur 20 Prozent der Männer fühlt sich nach einer Umfrage ausreichend auf die Geburt vorbereitet.

Das heißt auch, dass 80 Prozent weitgehend unvorbereitet in eine existenzielle Situation hineingehen, die von Medizinern gern als „gefährlichster Augenblick im Leben des Menschen" bezeichnet wird. Die Konsequenzen dieser Situation müssen erforscht und ein schlüssiges Konzept für Geburtsvorbereitung für Männer entwickelt werden.

Fazit:

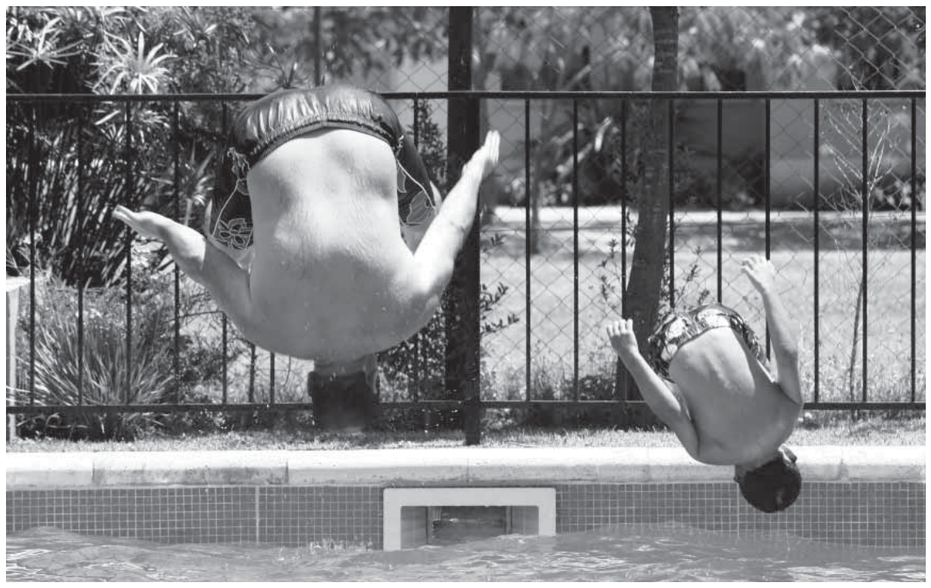
Kulturhistorisch neu ist, dass die Teilnahme von Vätern an der Geburt die Regel und nicht die Ausnahme ist. Die scheinbare Normalität verdeckt, dass in vielen Kulturen die Teilnahme mit mächtigen Tabus und Verboten belegt war und ist. Die Geburtssituation ist so intim, dass sie – würden die Gefühle zugelassen – Angst, Scham und Peinlichkeit auslösen würde. Dass diese Gefühle selten diskutiert werden, bedeutet nicht, dass sie nicht existieren und wirken.

Nach dreißig Jahren Erfahrung mit der Anwesenheit von Vätern bei der Geburt ist es an der Zeit, Vor- und Nachteile sys-tematisch retro- und prospektiv zu erforschen. Welchen Wert hat die Anwesenheit des Vaters? Intensiviert der frühe Kontakt während der Schwangerschaft und Geburt z.B. die spätere Vater-Kind-Beziehung? Was ist für ihn eine „gute" Geburt, was ist es für sie? Welche Erwartungen hat das Paar aneinander? Welche verdeckten Ängste existieren bei beiden? Ein möglicher Zusammenhang zwischen Technisierung der Geburten und die Anwesenheit von Vätern muss geprüft werden.

Der Begriff des Kulturschocks sollte in die Debatte aufgenommen werden, sowohl im Hinblick auf deutsche Väter wie auch auf Migranten, die durch die gesellschaftliche und die Geschlechterkultur in doppelter Weise davon betroffen sind.

Unabdingbar ist eine Geburtsvorbereitung für Männer. Aus Frauensicht sollte sie neben der sachlichen Vorbereitung auf den Geburtsverlauf auch auf die existenzielle und spirituelle Bedeutung der Geburt eingehen. Öfter vorgebrachte Vorschläge wie: ein Crashkurs für Männer, knapp, kurz, fünf Fragen – fünf Antworten, oder: die Geburt muss für Männer wie ein Märklin-Baukasten beschrieben werden, erfassen nicht das Wesen der Geburt und können im ungünstigen Fall eine männliche Dynamik in die Situation bringen, die den Geburtsablauf schwierig machen kann und aus dem gemeinsamen Erlebnis Geburt ein heikles Gegeneinander machen.

Petra Otto, Diplompädagogin
Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (GfG)
Arbeitskreis Frauengesundheit,
petraotto@aol.de,
Literatur bei der Verfasserin



Die Großfamilie ist schwanger

Erfahrungen einer türkischen Hebamme

Sie haben mich gebeten, als türkische Hebamme über meine Erfahrungen mit der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett in türkischen Familien zu berichten. Bevor ich dies tue, möchte ich betonen, dass Berlin, wo ich arbeite, ein besonderes Pflaster ist und meine Erfahrungen nicht einfach auf andere Regionen übertragbar sind. Außerdem kann man nicht von „der Türkin" und der „türkischen Familie" sprechen, ohne die individuelle Herkunft und den kulturellen Hintergrund im Blick zu haben.

Schwanger sein in der Großfamilie

In der türkischen Gesellschaft wird von jungen Paaren eine Schwangerschaft erwartet und in den meisten Fällen mit Freude aufgenommen. Die türkische Gesellschaft ist davon überzeugt, dass alle Menschen eine Gemeinschaft mit Geschwistern und einer großen Familie brauchen. „Kein Mensch ist allein, nur Gott."

Die Großfamilie trägt gemeinsam die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Dadurch fühlen sich junge Frauen oft geschützt, umsorgt und „bedeutend" mit dem Baby im Bauch. Viele Dinge, die das junge Paar betreffen, werden gemeinsam mit den Familienmitgliedern aufgrund von Empfehlungen und Erfahrungen entschieden. Das kann sowohl die Wahl der Klinik, der behandelnden GynäkologIn und der Hebamme, als auch in manchen Fällen sogar den Namen des Kindes betreffen. Die Familie des Mannes hat hierbei den größten Einfluss.

Für viele junge Frauen, die aus der Türkei hierhergekommen sind, die sich hier fremd fühlen und die Sprache und Gewohnheiten in Deutschland nicht kennen, kann der Einfluss der Großfamilie eine Erleichterung, aber auch Einengung und Bevormundung sein. Allerdings sind die meisten der jungen Paare in der Regel Anfang 20 damit noch finanziell abhängig von der Familie und akzeptieren daher ein Mitspracherecht.

Kinder – ein erwünschter Reichtum

Viele junge Frauen, die aus der Türkei kommen, werden relativ schnell, oft in den ersten zwei Jahren, schwanger. Das mag oft an dem starken Wunsch, „seine eigene kleine Familie" in der Fremde zu gründen liegen, aber auch in manchen Fällen an einer gewissen „Einsamkeit" inmitten der Großfamilie.

Auch werden Alternativen, wie zum Beispiel Teilnahme an Deutschkursen, Hobbys nachgehen oder ein eigener Freundeskreis anfangs wenig wahrgenommen. Es geht zunächst darum, sich in der neuen Familie und der alltäglichen Umgebung zurechtzufinden.

Die Erwartungshaltung der Familienmitglieder in Bezug auf einen baldigen Familienzuwachs darf ebenfalls nicht unterschätzt werden. Die Erwartung ist so groß, dass häufig bereits nach drei kinderlosen Jahren die Reproduktionsmedizin zu Hilfe genommen wird, um Nachwuchs zu erzeugen. Medizinische Eingriffe werden zunächst einmal an der Frau vorgenommen.

Im Mittelpunkt – die Bedürfnisse der Frau

In der Schwangerschaft wird besonders viel Wert auf die Bedürfnisse der Frau gelegt.

Das Essen steht fast an oberster Stelle, und

Betül Firat Wyszniewski im Gespräch mit Karin Bergdoll, 2. AKF-Vorsitzende

wenn man dem Wunsch der Schwangeren nicht nachgeht, befürchtet man, „dem Kind könnte etwas fehlen“. Es gibt eine Reihe von alten Mythen: zum Beispiel glaubt man, dass Haare schneiden in der Schwangerschaft zur Verkürzung des Lebens des Ungeborenen führen könnte.

Türkische Frauen haben in der sensiblen Zeit der Schwangerschaft die gleichen Fragen wie deutschstämmige Frauen. Sie sind werdende Mütter, mit individuellen Vorstellungen, Freuden, Ängsten und Sorgen.

Mir fällt auch auf, dass immer mehr Frauen ihre Vorsorgeuntersuchungen über türkische Internetseiten, die vielfach schulmedizinischer als deutsche Schwangerschaftsportale orientiert sind, parallel verfolgen. Sie telefonieren viel mit ihrer Familie und Freunden aus der Türkei und vergleichen die Untersuchungen, Präventionen und medizinischen Interventionen. Dabei tauchen manchmal Missverständnisse auf, die ich als Hebamme dann aufkläre. Wichtig ist die Zusammenarbeit zwischen GynäkologInnen und Hebammen. Ich bitte die Frauen, ihre Ärztin oder ihren Arzt darauf aufmerksam zu machen, rechtzeitig über alternative vorhandene Ressourcen aufzuklären.

Geburtsvorbereitungskurse sind wenig verbreitet und es gibt auch nur wenig Nachfrage. Die Frauen ziehen eine individuelle häusliche (muttersprachliche) Beratung durch die Hebamme vor.

Unter der Geburt fühlen sich die meisten Frauen gut betreut

In der Regel sind türkische Frauen, insbesondere wenn sie aus ländlichen Gebieten kommen, mit der deutschen Geburtshilfe sehr zufrieden. In der Türkei steht das Wohlbefinden der Gebärenden oftmals nicht unbedingt im Mittelpunkt. Die Geburt läuft in der Regel in der wenig geburtsfreundlichen Rückenlage ab, und auf spezielle Bedürfnisse der Schwangeren wird kaum eingegangen.

Im Vorfeld sind die Ängste, die den Geburtsvorgang betreffen, schwer zu bewältigen. Besonders, wenn keine Geburtsvorbereitung oder Beratung diesbezüglich stattgefunden hat.

Aufgrund dieser Unsicherheiten und des mangelnden Wissens oder sogar der Erfahrungen anderer Frauen über den Geburtsverlauf ist die Möglichkeit, dass unvorhergesehene Komplikationen im Kreissaal entstehen können, eher gegeben.

Viele türkische Frauen wünschen sich, dass der werdende Vater bei der Geburt dabei ist. Aber auch erfahrene Frauen aus dem Familien- und Freundeskreis sind willkommen. Etwa 80 Prozent der werdenden Väter sind beim Geburtsablauf dabei bzw. in der Nähe des Kreißsaals. Viele wollen oder sollen aber nicht im Augenblick dabei sein, wenn das Kind zur Welt kommt. Es passiert auch, dass Männer von den Frauen hinausgeschickt werden, weil sie zu ungeduldig sind und das Warten nicht aushalten (Ich denke, dass dieses Problem auch bei deutschen Männern auftaucht). Während der Geburt herrscht ein Kommen und Gehen. Viele nehmen Anteil, es kann vorkommen, dass 10 BegleiterInnen vor der Kreißsaaltür warten. Die bei der Geburt Anwesenden wechseln sich in der Regel ab.

Die meisten Familien wünschen, dass das Kind nach der Geburt gebadet wird. Zwar akzeptieren die Wöchnerinnen die Argumentation, dass es besser für das Baby ist, es nicht zu baden, aber sie fühlen sich im Wochenbett manchmal unwohl vor nachfragenden BesucherInnen. Die ältere Generation ist der Ansicht, dass die Neugeborenen 40 Tage lang jeden Tag gebadet werden müssen, da Babys dann besser schlafen, wachsen und gedeihen.

Fast alle türkischen Frauen beginnen mit dem Stillen. Es wird aber relativ schnell zugefüttert, da ein „strammes Baby“ gewünscht wird. Es besteht sicherlich ein Hang zur Überversorgung durch die Familie.

Die türkischen Frauen wollen eigentlich keinen Kaiserschnitt

Obwohl die Kaiserschnittrate in der Türkei mittlerweile höher ist als in Deutschland, wollen türkische Frauen keinen Kaiserschnitt. Sie wollen mehrere Kinder und fürchten – mit Recht – Schwierigkeiten bei Folgegeburten. Trotzdem muss ich feststellen, dass in der Regel türkische Frauen die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt positiver bewerten als deutsche Frauen: je mehr interveniert wird, desto besser die medizinische Betreuung. Hier ist sicherlich eine stärkere Aufklärung notwendig. Allerdings ist die Vermittlung schwierig: bei meiner Arbeit fällt mir immer wieder auf, dass die meisten Frauen unter Verständigungsschwierigkeiten leiden. Sie sind abhängig von der Übersetzung des Partners oder von Übersetzerinnen, die meistens Familienmitglieder des Ehemanns sind. Das bringt aber die Schwierigkeit mit sich, dass wahrscheinlich nicht immer das übersetzt wird, was die Hebamme oder die Frau wirklich gesagt hat.

Betül Firat Wyszniewski
Lindauerallee 17
13407 Berlin

Eltern mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

Zur Situation behinderter und chronisch kranker Eltern

Elternschaft von behinderten Menschen ist noch immer ein gesellschaftliches Tabu. Zur Anzahl behinderter Eltern in Deutschland gibt es bisher keine aussagekräftigen Studien. Eines zeigt sich jedoch in den letzten Jahren, es gibt immer mehr Eltern mit Behinderungen: Einerseits beziehen mehr geburtsbehinderte Menschen durch die bessere Lebenssituation heute eigene Kinder in ihre Lebensplanung mit ein. Andererseits gibt es durch das generell höhere Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes viele Frauen, die sich noch in der aktiven Mutterphase mit den Auswirkungen von chronischen Erkrankungen (z.B. Krebs, Multiple Sklerose, Rheuma) und Behinderungen auseinandersetzen müssen.

Schwangerschaft behinderter Frauen

Immer noch herrscht das gesellschaftliche Bild vor, nach dem ein Mensch, der Hilfe für seine eigene Person, z.B. Pflege, benötigt, nicht die Verantwortung für andere Menschen übernehmen kann. Oft hören behinderte Menschen den Satz: „Sie haben doch genug mit sich zu tun, dann sollten Sie auf eigene Kinder verzichten!“ Künftige Großeltern fühlen sich mitunter stärker in die Verantwortung genommen als Eltern nichtbehinderter Mütter, da die Unterstützungsmöglichkeiten für Mütter mit Behinderungen gesetzlich nicht geklärt sind. Auch bei GynäkologenInnen stößt die Schwangerschaft einer behinderten Frau auf unterschiedliche Reaktionen. Manche Frauen

berichten, dass sich die ÄrztIn mit ihnen gefreut hat. Gemeinsam suchten sie nach Lösungen für eventuell auftretende Probleme, z.B. bei der Wahl des geeigneten Geburtsortes oder einer veränderten Medikamenteneinnahme. Andere MedizinerInnen sind entsetzt über eine Schwangerschaft der behinderten Patientin und raten zum Schwangerschaftsabbruch. Wenn die Frau dies nicht wünscht, muss nach anderen GynäkologInnen gesucht werden. Da Arztpraxen aber selten auf die Bedürfnisse behinderter Frauen eingestellt und noch seltener wirklich barrierefrei gestaltet sind, kommt hier eine weitere Hürde auf sie zu.

Für werdende Mütter mit Lernschwierigkeiten („geistige Behinderung“) und auch für gehörlose Schwangere bedeuten Schwangerschaftskurse mitunter eine große Herausforderung, weil sie viele Fachbegriffe nicht verstehen und zum Teil nicht nachlesen können. Daher sind Ratgeber in leichter Sprache entwickelt worden. Gehörlose Frauen haben Anspruch auf GebärdensprachdolmetscherInnen bei allen medizinischen Leistungen, also auch bei der Schwangerenvor- und -nachsorge.

Behinderte Mütter

„Behinderte Mütter entsprechen nicht dem gesellschaftlichen Mutterbild. Von Müttern wird erwartet, dass sie Hilfe geben, nicht, dass sie Hilfe brauchen“ (Stefanie Bargfrede, Expertise über Eltern mit Lernschwierigkeiten). Unter diesem Dilemma leiden viele behinderte Mütter und Väter, da sie diesen Anspruch der Gesellschaft auf sich übertragen. Viele versuchen zunächst einmal, alles allein zu schaffen, sie wollen nicht auffallen und lehnen sogar wohlwollende Hilfsangebote ab. Sie möchten beweisen, dass sie es schaffen können.

Gerade für behinderte Eltern ist es wichtig, sich klar zu machen, was sie für ihr Kind tun können und in welchen Bereichen sie Hilfe benötigen. Eltern mit Behinderungen, besonders wenn sie Hilfe in Anspruch nehmen, stehen ständig unter gesellschaftlicher Beobachtung. Fehler bei der Pflege der Kinder oder im Erziehungsalltag werden schneller als fehlende Kompetenz gewertet als bei nichtbehinderten Eltern. Die Entwicklung der Erziehungskompetenzen muss allen Eltern ermöglicht werden, Hilfen sind allen Eltern zur Verfügung zu stellen.

Es fehlt an Literatur zur medizinischen Unterstützung von Frauen mit bestimmten Erkrankungen. So ist es für medizinisches Personal oft schwer, hilfreiche Antworten auf spezifische Fragen zu geben. Frauen mit Multipler Sklerose (MS) fühlen sich in der Schwangerschaft meist sehr gut und achten deshalb nach der Geburt nicht ausreichend auf ihren besonders hohen Erholungsbedarf. Ein MS-Schub ist aber meist nur zu vermeiden, wenn die Mutter umfassende Hilfe erhält. Von Epilepsie betroffene Mütter müssen dafür sorgen, dass ihrem Kind bei einem Anfall kein Schaden zugefügt wird: wickeln sollten sie z.B. besser auf dem Fußboden.

Familienarbeit

Eltern benötigen Hilfen bei der Pflege und Erziehung der Kinder. Dies können technische Hilfsmittel (z.B. barrierefreie Kindermöbel) oder personelle Hilfen (Elternassistenz) sein. Beides ist nicht ausdrücklich im Sozialsystem verankert. Mit Durchsetzungsvermögen und Ausdauer haben aber schon viele Eltern mit Behinderungen verschiedenste Hilfen erhalten.

Für Eltern mit Lernschwierigkeiten gibt es inzwischen in Deutschland verschiedene Angebote für vorübergehende oder dauerhafte Hilfen in der eigenen Wohnung oder stationäre Wohnangebote (siehe www.begleitete-elternschaft.de). Viele Mütter nehmen dabei einen Umzug in Kauf, um so ihre Elternkompetenzen entwickeln zu können, ohne in Überforderungssituationen zu geraten.

Auch ein nichtbehinderter Elternteil kann schnell an die Belastungsgrenze geraten und braucht Unterstützung. Dadurch kann ein Kreislauf, der das Wohl aller Familienmitglieder gefährden würde, vermieden werden.

Wichtig ist es, zu wissen, dass Krankheit und Behinderung der Eltern allein keinen Eingriff in das elterliche Sorgerecht rechtfertigen. Die verfassungsrechtlichen Grundsätze besagen, dass vorhandene Erziehungsdefizite vorrangig durch unterstützende öffentliche Hilfen ausgeglichen werden müssen. Bei einer vorübergehenden oder langfristigen Trennung von Eltern und Kind aufgrund eines Klinikaufenthaltes oder einer Überforderungssituation ist ein regelmäßiger Besuchskontakt für die gesunde Entwicklung des Kindes besonders wichtig. Die Eltern geben die Fürsorge für ihre Kinder dann in andere Hände, weil sie aus Verantwortung für ihre Kinder handeln, nicht weil sie ihre Kinder nicht lieben.

Kerstin Blochberger, Sozialpädagogin (MASW) und Peer- Councelorin (ISL),
arbeitet in der Informations- und Dokumentationsstelle des Bundesverbands behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e.V. Hannover. Sie hat 2 Jungen im Altern von 9 und 12 Jahren und ist selbst körperbehindert (Polandsyndrom).
bbe.indokus@gmx.de,
www.behinderten-eltern.com

„Wir, der Dreimädelhaushalt"

taz vom 25./26. Juli 2009

FAMILIE Matzi (36) und Virginie (39) aus Bamberg schaffen in der Debatte über das Adoptionsrecht für Homopaare Fakten. Die Frauen erwarten im September ihr Kind

INTERVIEW MARTIN REICHERT

taz: Virginie, Sie sind im siebten Monat schwanger, Matzi, ab Oktober werden Sie Mitverantwortung für das Kind Ihrer Lebensgefährtin tragen – sind Sie beide sicher, dass Sie dem Kind optimale Bedingungen gewährleisten können?

Virginie: Wie bitte?

Die für Sie zuständige Sozialministerin Christine Haderthauer von der CSU findet, „Ehepaarfamilien" gewährleisteten am besten optimale Bedingungen im Sinne des Kindeswohls.

Matzi: Ja klar. In heterosexuellen Partnerschaften gibt es keine Scheidungen und keine vernachlässigten Kinder ...

In der Debatte geht es vordergründig um das gemeinsame Adoptionsrecht für gleichgeschlechtliche Paare – aber adoptieren müssen Sie ja gar nicht?

Matzi: Doch, Virginie ist die leiblicher Mutter, und wir beide werden eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingehen. Dann stelle ich einen Adoptionsantrag beim Jugendamt, das dann die sozialen Bedingungen prüft. Das dauert ungefähr ein Jahr – wie bei Heteros auch.

Gemeinsam hätten Sie kein Kind adoptieren können.

Nein, mussten wir ja auch nicht, wir können ja selbst schwanger werden. Wir haben eine dänische Samenbank konsultiert, die an deutsche Arztpraxen liefert, und dann glücklicherweise einen Arzt in der Umgebung gefunden, der die Insemination vorgenommen hat.

Glücklicherweise?

Virginie: Das ist eine rechtliche Grauzone, die Ärzte müssen damit rechnen, dass Sie Ärger mit der Ärztekammer bekommen – und glücklicherweise hat es beim ersten Mal geklappt.

Wissen Sie, wer der Vater ist?

Nein, aber wir haben uns für einen Ja-Spender entschieden. Das bedeutet, dass er damit einverstanden ist, dass unser Kind ihn ab seinem 18. Lebensjahr kontaktieren kann, wenn es möchte.

Anders als Schwule können Sie relativ unproblematisch Tatsachen schaffen. Hatten Sie dennoch Bedenken, diesen Schritt zu tun?

Virginie: Allerdings. Wir haben uns jahrelang schwergetan mit der Entscheidung, hatten alle möglichen Ängste.

So wie Wolfgang Bosbach, Unions-Fraktionsvize der CDU der im Namen seiner Partei sagt: „Wir sind nach wie vor der festen Überzeugung, dass Kinder am besten in einer Beziehung von Mann und Frau aufwachsen."

Virginie: Ja, so ähnlich. Wir hatten aufgrund genau dieser von Konservativen vertretenen Vorurteile Zweifel, ob wir das dem Kind antun dürfen: Wird es von seiner Umwelt blöd angemacht werden? Wird es schikaniert? Wird seine Geschlechtsidentität beschädigt? Und ist es von unserer Seite aus legitim, unsere Wünsche in den Vordergrund zu stellen?

Eine erste repräsentative Studie des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Ihrer Heimatstadt Bamberg gibt Entwarnung: Sie besagt, dass homosexuelle Paar keine schlechteren Eltern sind. Beruhigt Sie das?

Matzi: Den Entschluss haben wir ja schon vor Bekanntmachung der Studie gefasst – irgendwann war der Kinderwunsch einfach stärker als die Angst. Und ermutigt haben uns vor allem unsere Freunde. Heterosexuelle mit Kindern, besonders die Väter, haben uns immer wieder gefragt, wann wir nun endlich loslegen!

Gibt es denn auch Kritik in Ihrem Umfeld?

Matzi: Einige Verwandte Virginies hatten Bedenken. Aber das liegt daran, dass sie Schwule und Lesben nur von den Fernsehbildern des CSD kennen: alles Paradiesvögel. Aber das ist so, als ob man Heterosexuelle auf die Bilder vom Karneval reduziert. Oder auf die aus dem Fußballstadion.

Apropos Rollenbilder: Wer von Ihnen wird nach der Geburt Hausfrau und Mutter?

Virginie: Ich werde ein Jahr Elternzeit nehmen, Matzi kann im Anschluss ebenfalls Elternzeit nehmen, weil sich die Regelung auch bei der eingetragenen Lebenspartnerschaft danach richtet, ob „ein Kind im Haushalt" vorhanden ist.

Matzi: Danach haben wir dann – wie alle anderen in Bamberg – das Problem, einen Krippenplatz zu finden – da hat Frau von der Leyen noch eine Menge zu tun.

Und wird es nun ein Junge oder ein Mädchen?

Virginie: Unsere Frauenärztin hat uns gesagt, dass wir ein Dreimädelhaushalt werden.

Virginie, 39, stammt aus Frankreich und ist Personalreferentin.

Matzi, 36, ist Vertriebsleiterin im IT-Bereich. Beide leben in Matzis Geburtsstadt Bamberg. Zurzeit machen sie Urlaub in Frankreich und freuen sich auf Oktober.

Modelle zur Vermeidung und Begleitung psychischer Störungen nach der Geburt

Einleitende Gedanken

Schwangerschaft, Geburt und die Ankunft eines Kindes bedeuten für die Frau, den Mann und die beiden als Paar grundlegende Veränderungen in ihrem Lebensverlauf.

Was verändert sich mit der Ankunft eines Kindes?

Beim ersten Kind kommt jemand Drittes zu einer Zweierbeziehung, beim zweiten Kind jemand Viertes. Mit jeder Ankunft einer weiteren Person verändert sich die interpersonelle Dynamik innerhalb der Familie.

Beim ersten Kind sind die Umwälzungen besonders stark. Die werdenden Eltern sind konfrontiert mit ihrer eigenen Lebensgeschichte. Welche Beziehungsmuster sie selber als Kind erlebt, und welche Bindungserfahrung sie gemacht und welche Art der Be-Elterung sie erfahren haben, wird sich auf ihre Grundannahmen und Erwartungen an das Kind und an die neue Lebensform auswirken. So wird es eine Rolle spielen, ob sie mit Geschwistern aufgewachsen sind, ob in einer Familie mit beiden Eltern oder allein erziehenden Elternteilen, und welche Fürsorge und welche Störungen sie erlebt haben. Die Ankunft eines Kindes konfrontiert bewusst und unbewusst mit der eigenen Vergangenheit. Hierbei werden negative Erfahrungen oft begleitet von dem innigen Wunsch, es „besser machen zu wollen", und der gleichzeitigen Belastung, „es nicht besser machen zu können".

Die veränderte Konstellation in der Partnerschaft ist abhängig von der Erfahrung der triadischen Beziehung in der eigenen Familie. Eine unbewusste Identifikation mit den eigenen Eltern prägt die Bindungsgestaltung mit dem Kind.

Die kommende Verantwortung kann mit Zuversicht und Selbstvertrauen erwartet werden, jedoch auch von Selbstzweifeln und Ängsten begleitet sein. Hierbei leiden vor allem die Menschen unter Zweifeln und Ängsten, welche traumatische Erlebnisse in ihrer Kindheit zu verarbeiten haben. Um einige Beispiele zu nennen: aufwachsen mit psychisch kranken Eltern; körperliche, seelische und/oder sexuelle Misshandlungen; häufig wechselnde Bezugspersonen; ein desorganisiertes Bindungsmuster; verwirrende Familiensysteme u.v.m.

Abhängig von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur und den Bewältigungsstrategien werden die Anforderungen verarbeitet. Ob jemand

optimistisch, sicher, zuversichtlich und belastbar ist, oder aber depressiv, ängstlich, kontrollierend und voller narzisstischer Zweifel reagiert, hängt von der eigenen Lebensgeschichte ab und prägt die Erwartungen an das Leben mit einem Kind. Die Erkenntnis, dass für die nächsten Jahre bzw. lebenslang eine Verantwortung für das Kind gefordert ist, wird besonders im Wochenbett realisiert und macht einen „spezifischen Stress" nach Ankunft des Kindes aus.

Hinzu kommt die körperliche und seelische Erschöpfung nach der Zeit der Schwangerschaft und durch die Anforderung der Geburt. Auch die Belastung durch die Umgebung stellt eine psychische Herausforderung dar, denn diese erwartet zumeist, dass die junge Mutter „ausschließlich glücklich" zu sein habe. Wenn sie jedoch erschöpft und ängstlich ist und sich „leer" fühlt, so wird die Enttäuschung über sich selbst entsprechend verstärkt sein. Die Erwartung der Umgebung „Sei glücklich!" erhöht den Druck auf die Wöchnerin. Die Außenwahrnehmung entspricht nicht der Innenwahrnehmung. Körperliche Erschöpfung, Wundschmerz und Schlafmangel verstärken eine mögliche bedrückte Grundstimmung. Gelingt das Stillen, ist dies befriedigend und verstärkt das Selbstgefüge. Gelingt es nur schwer zu stillen, so kann das als Überforderung erlebt werden, als „Nichts abzugeben haben" – als „Selbstverlust" und als Bedrohung durch die Anforderungen des Kindes. „Es fließt aus mir heraus" (Wochenfluss, Milch) kann empfunden werden als Kraftmangel, Bedrohung und gefährlichen Verzicht.

Die Zeit des Wochenbettes ist ein Übergang. Übergänge beinhalten in sich das Risiko krisenhafter Verläufe. Jede Phase des Überganges erfordert einen besonderen Schutz.

Methoden und Modelle zur Verhinderung und Begleitung pathologischer Verläufe

Die „gemischten Gefühle" treten schon in der Frühschwangerschaft auf. Diese gemischten Gefühle sind nicht nur „normal", sondern sie sind gut und als überaus sinnvoll zu bewerten. Denn sie bereiten auf die Realität vor! Die Realität besteht aus „Vorteilen und Nachteilen" – aus „Freud und Leid". In dem Maße, wie es gelingt, die Wirklichkeit im Vorhinein anzunehmen, d.h. zu antizipieren, wird die Bewältigung der realen Umstellungen und der „normalen" Schwierigkeiten gelingen. So ist die Enttäuschung an der Realität ungleich größer, wenn nur von „rosaroten Idealen" ausgegangen wird.

Anamnese

Eine gute Besprechung der Vorgeschichte der schwangeren Frau ist erforderlich, um mögliche psychische Risikofaktoren zu kennen und besprechen zu können und ggf. auf mögliche Krisen vorbereitet zu sein:

- Wie ist die Lebensplanung und wie sind die Erwartungen an die Zukunft mit Kind?

- Liegen Belastungen aus der eigenen Kindheit vor (Gewalterfahrung)?
- Gab es Probleme in anderen Übergangszeiten, z.B. Pubertät, Frühschwangerschaft?
- Gibt es eine vorbestehende Depression, Angsterkrankungen, Suizidalität?
- Wurde früher eine Psychotherapie gemacht?

Multiprofessionelle Betreuung

Vielerorts hat es sich als sinnvoll und erfolgreich erwiesen, die Schwangerenbetreuung durch die Zusammenarbeit von Hebamme und ÄrztIn zu gestalten. Hierbei hat sich nach unserer Erfahrung gezeigt, dass der Hebamme eher die Rolle der Begleitung gesunder Abläufe zugewiesen wird (und als solche ist sie auch in den Richtlinien vorgesehen).

Vom der ÄrztIn wird besonders der Blick auf abweichende und pathologische Befunde erwartet.

Die Einbeziehung des Partners ist hilfreich, da auch der Mann mit erheblichen seelischen Umstellungen zu rechnen hat. Mit der Frage „…und wie geht es Ihnen?“ ermöglicht man dem Mann, auch über seine Befürchtungen und Ängste zu sprechen. Mit dieser „simplen“ Frage wird auch er sich ernst- und wahrgenommen fühlen.

Auf mögliche Probleme im Wochenbett ist zu achten, und es gilt aufmerksam zu sein bei:

- depressiver Grunderkrankung und Angststörungen
- überwertiger Leistungsorientierung (die in eine Enttäuschung münden kann)
- Kontrollzwängen (da sich Schwangerschaft und ein Kind nicht kontrollieren lassen, geraten diese Schwangeren eher in Konflikte).

In einzelnen Fällen kann es notwendig sein, bei ausgeprägten Depressionen und Ängsten eine Psychotherapeutin hinzuzuziehen. Jedoch ist es zumeist Anliegen der Schwangeren, bei ihrer Hebamme und ihrer ÄrztIn des Vertrauens betreut und nicht „weg geschickt zu werden“. Grundkenntnisse in der psychosomatischen Beurteilung sind daher sinnvoll und nützlich, um nicht frühzeitig zu delegieren.

Geburtsvorbereitungskurse

Soziale Netzwerke haben sich verändert. Durch die Auflösung der Großfamilienstrukturen und die Vereinzelung in Kleinfamilien und allein erziehenden Familien ist die Weitergabe von Kenntnissen und Erfahrungen erschwert.

Die Aufgabe des Geburtsvorbereitungskurses bezüglich des Wochenbettes ist es, deutlich zu machen dass „das Kind nicht erst nach der Geburt da“ ist. Bereits in der Schwangerschaft ist es möglich und sinnvoll, über die verschiedenen Gefühle zum Kind zu sprechen und einseitigen Idealisierungen vorzubeugen.

Zwar hat sich gezeigt, dass das Denken zumeist fixiert zu sein scheint auf den Zeitpunkt der Geburt. Und es überwiegt die Haltung, die Geburt erst einmal abzuwarten und für die Zeit danach noch recht verschlossen zu sein. Dennoch hat es sich bewährt, einen Abend des Kurses auch auf die Zeit nach der Geburt zu verwenden, im Sinne des Antizipierens möglicherweise auftretender Probleme bzw. im Sinne einer „Umstellungskrise“. Körperübungen und Beziehungsaufnahme zum Kind im Mutterleib können frühzeitig einen positiven Einfluss haben auf die Bindung zum Kind nach der Geburt. Der Einbeziehung des Vaters und seiner Vorbereitung ist es dienlich, seine Ängste vor der intensiven, neuen Körperlichkeit seiner Frau unter der Geburt zu besprechen. Seine Begegnung mit den Bildern: „der geweiteten Scheide", Riss oder Schnitt, Blut und Schreien, können auch heute noch zu einem schockierenden Erlebnis werden, mit einer nachfolgenden Beziehungsstörung bezüglich Sexualität und Körperbeziehung. Diese Störung kann die Frau dann wiederum als Ablehnung und Enttäuschung erleben.

Dabei kann es im Falle eines Paarkurses gut sein und zur Offenheit der Männer beitragen, die Gruppe einmal in ‚Männer' und ‚Frauen' aufzuteilen. Es hat sich gezeigt, dass Männer in „ihrer“ Runde eher ihre Befürchtungen formulieren.

Die Hebamme zu Hause

Durch die Möglichkeit der Hebammenhilfe können alle Frauen durch eine Hebamme zu Hause begleitet werden. Die Hebamme wird diejenige sein, die frühe Probleme zwischen Mutter und Kind erkennen kann. Bei ausgiebigen Schwierigkeiten ist eine verlängerte Betreuung auf Rezept möglich.

Der Termin bei der FrauenärztIn nach der Geburt

Der Bericht des Geburtserlebnisses – „Wie haben Sie die Geburt erlebt?“ unter Achtung der Subjektivität ermöglicht, eventuelle traumatische Erlebnisse zu erfahren. Diese können ihrerseits die Beziehung zwischen Mutter und Kind belasten. Auch ein Gespräch im Krankenhaus mit der betreuenden Hebamme kann organisiert werden und hilft, die „Überwältigung“ durch die Ereignisse im Kreissaal zu verstehen. Verstehen hilft bei der Verarbeitung!

Die Frau wird dadurch erfahren, dass ihre ÄrztIn dafür offen ist, sich das Erleben schildern zu lassen und kann somit Vertrauen schöpfen und sich mit eventuellen Schwierigkeiten an diese wenden. Oft sind Schamgefühle wegen negativer und aggressiver Fantasien zum Kind die Ursache, dass Frauen sich nur schwer mit einer beginnenden Depression oder Psychose melden, und es verstreicht kostbare Zeit.

Hierbei ist es jedoch gut und wichtig, den so genannten „Wochenbett-Blues“ zu unterscheiden von krankhaften Verläufen. Der ist ein normales Durchgangsstadium einer notwendigen Innenwendung, ein Schutzraum und ein Rückzug für die enorme Arbeit des Überganges mit allen Anpassungserfordernissen im Sinne einer erforderlichen Regression.

Der Zwang, „gut drauf zu sein“ und die Ungeduld, schnell wieder in den Alltag zu gehen, verstärken Überforderung und das Schuldgefühl, keine ausreichend gute Wöchnerin und Mutter zu sein. Hierbei kann nicht oft genug betont werden, dass das Wochenbett sechs bis acht Wochen dauert!

Der Zwang, „gut drauf zu sein“ verstärkt Überforderung und Schuldgefühle.

Jegliche Hilfen zur Entlastung der jungen Familie sind klug, um der Überforderung vorzubeugen.

Fallen junge Familien durch beginnende Schwierigkeiten mit dem Kind auf, sind die Kontaktaufnahme zur betreuenden KinderärztIn sowie mancherorts die Möglichkeit von frühen Hilfen bei Fütterungsproblemen (Kinderzentrum, Säuglingsambulanzen in kinderpsychotherapeutischen Einrichtungen) angeraten.

An vielen Orten haben sich ‚Netzwerke postpartale Depression' gebildet, in welchen Hebammen, Frauenärztinnen, niedergelassene Psychotherapeutinnen, Nervenärztinnen und Kliniken zusammengeschlossen sind zur konkreten Zusammenarbeit und schnelleren Vermittlung von Therapieplätzen.

Zusammenarbeit FrauenärztIn und PsychotherapeutIn

Besteht der Verdacht, dass die Frau in der Zeit nach der Geburt verstärkt unter Gedanken von Sinnlosigkeit und Hoffnungslosigkeit leidet, die das Maß beim „Wochenbett-Blues“ in Dauer und Intensität übersteigen, so ist die Zusammenarbeit mit PsychotherapeutInnen sinnvoll. Diese können diagnostisch klären, ob eine Depression vorliegt oder der Verdacht auf eine beginnende Psychose besteht. Gleichfalls wird dort besprochen, ob und welche therapeutischen Maßnahmen angebracht sind. Hierbei können schon wenige Entlastungsgespräche sinnvoll sein, eine Kurzzeitpsychotherapie mit 25 Stunden oder je nach Ausmaß und Chronizität eine Langzeittherapie.

Die Frauenstation in der Psychiatrischen Versorgung

Eine stationäre Behandlung ist erforderlich bei Störungen des Verhaltens mit Selbst- und Fremdgefährdung und bei Nichtbehandelbarkeit unter ambulanten Bedingungen.

Eine Wochenbettpsychose ist keine eigenständige Erkrankung, sondern wird verstanden als Erstauftreten einer Psychose oder als Rezidiv einer vorbestehenden Psychose.

Bei Psychose-Verdacht mit Selbstgefährdung (angesprochenen Selbstmordgedanken) und/oder Gefährdung des Kindes (mitgeteilte Gewaltgedanken oder Zwangsgedanken gegenüber dem Neugeborenen) sollte eine PsychiaterIn hinzugezogen werden. Hierbei ist es erforderlich, selbst keine medikamentenfeindliche Haltung einzunehmen, da im Falle einer Psychose Medikamente erforderlich sein werden, und sonst die Vertrauensbildung zur ÄrztInnen bei der bereits ängstlichen Patientin beeinträchtigt werden kann.

Es gibt inzwischen eine zunehmende Anzahl von Abteilungen in Nervenkliniken, welche die Mitaufnahme des Kindes ermöglichen. Es ist sinnvoll, als FrauenärztIn und Hebamme dieses in der eigenen Stadt zu wissen und ggf. zu beantragen.

Eine Krise ist ein produktiver Zustand, wenn man ihr der Beigeschmack der Katastrophe nimmt (Max Frisch).

Krisen sind Chancen zur Entwicklung im Leben und gehören zu den Reifungsprozessen.

Dr. Mura Kastendieck, Frauenärztin, Psychotherapie und Psychoanalyse in Bremen
murakastendieck@aol.com

Sichere Mutterschaft (WHO)

Betreuung der normalen Schwangerschaft: Ein praktischer Leitfaden

Dieser Leitfaden wurde von einer Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet und 1996 in Genf als Empfehlung herausgegeben. Die auch für Europa gültigen Empfehlungen entsprechen den Vorstellungen des AKF von einer salutogenetischen Geburtshilfe zur Vermeidung der in Deutschland weit verbreiteten Über-, Unter- und Fehlversorgung und sollen als Orientierung dienen. In der hier wiedergegebenen Kurzfassung finden Sie das 6. Kapitel der Langfassung, in dem die Maßnahmen bei normalen Geburten in vier Kategorien unterteilt sind. Die angegebenen Zahlen in Klammern beziehen sich auf die entsprechenden Kapitel der Langfassung.

MATERNAL AND NEWBORN HEALTH/SAFE MOTHERHOOD UNIT FAMILY AND REPRODUCTIVE HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA

6. Klassifikation der Maßnahmen bei normalen Geburten

Kategorie A:

6.1 Maßnahmen, die nachgewiesenermaßen nützlich sind und gefördert werden sollten

1. Ein individuelles Konzept, wo und von wem die Geburt betreut werden soll, welches gemeinsam mit der Frau in der Schwangerschaft erarbeitet und ihrem Partner oder Ehemann, und, falls sinnvoll, auch der Familie vermittelt wird. (1.3)
2. Erhebung des Risikos im Rahmen der Schwangerenvorsorge und bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem, ebenso beim ersten Kontakt mit der geburtsbegleitenden Fachperson und im weiteren Geburtsverlauf. (1.3)
3. Beobachtung des physischen und emotionalen Wohlbefindens im Geburtsverlauf und danach. (2.1)
4. Anbieten von Getränken während der Geburt. (2.3)
5. Respektieren der informierten Entscheidung einer Frau, an welchem Ort sie gebären möchte. (2.4)
6. Geburtshilfe auf der periphärsten Ebene, auf der eine angemessene Betreuung gewährleistet ist, so dass die Frau sich sicher und geborgen fühlt. (2.4, 2.5)
7. Respektieren der Privatsphäre der Gebärenden am Ort der Geburt. (2.5)
8. Empathische Unterstützung durch die Betreuungspersonen während der Geburt. (2.5)
9. Die Wahl der Frau respektieren, welche Personen sie bei der Geburt begleiten sollen. (2.5)
10. Übermittlung von Informationen und Erklärungen in dem von der Frau gewünschten Maß. (2.5)
11. Nichtinvasive, nichtpharmakologische Methoden der Schmerzerleichterung unter der Geburt wie Massagen und Entspannungstechniken. (2.6)
12. Überwachung des Feten durch intermittierende Auskultation. (2.7)
13. Einmaliger Gebrauch von Verbrauchsmaterialien und ordentliche Dekontaminierung wiederverwendbarer Artikel während der Geburt. (2.8)
14. Gebrauch von Handschuhen bei vaginalen Untersuchungen, während der Geburt und der Versorgung der Plazenta. (2.8)
15. Freie Wahl der Körperposition und Bewegungsfreiheit während der Geburt. (3.2)
16. Unterstützung der Frau, während der Wehen nicht die Rückenlage einzunehmen. (3.2, 4.6)
17. Sorgfältige Überwachung des Geburtsfortschritts, beispielsweise durch den Einsatz des WHO-Partographen. (3.4)
18. Prophylaktische Oxytocingaben in der Plazentarphase bei Frauen mit erhöhtem postpartalen Blutungsrisiko, und bei Frauen, deren Gesundheit bereits durch geringeren Blutverlust gefährdet ist. (5.2, 5.4)
19. Sterile Bedingungen beim Durchtrennen der Nabelschnur. (5.6)
20. Vermeidung einer Hypothermie des Neugeborenen. (5.6)
21. Früher Hautkontakt zwischen Mutter und Kind und Unterstützung des ersten Anlegens innerhalb der ersten Lebensstunde entsprechend den WHO Stillrichtlinien. (5.6)
22. Die routinemäßige Untersuchung der Plazenta und Eihäute. (5.7)

Kategorie B:

6.2 Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder ineffektiv sind, und abgeschafft werden sollten

1. Darmeinlauf als Routinemaßnahme. (2.2)
2. Routinemäßige Rasur der Schamhaare. (2.2)
3. Routinemäßiger Einsatz intravenöser Infusionen während der Geburt. (2.3)
4. Prophylaktisches Legen einer intravenösen Verweilkanüle als Routinemaßnahme. (2.3)
5. Routinemäßiges Einnehmen der Rückenlage bei der Geburt. (3.2, 4.6)
6. Rektale Untersuchungen (3.3)
7. Einsatz röntgenologischer Beckenmessung. (3.4)
8. Verabreichung von Wehenmitteln zu jedem Zeitpunkt vor der Geburt des Kindes ohne die Möglichkeit, deren Wirkung zu beeinflussen. (3.5)
9. Routinemäßiges Einnehmen der Steinschnittlage mit oder ohne Beinhalter bei der Geburt. (4.6)
10. Ausdauerndes, zielgerichtetes Pressen (Valsalva, „Powerpressen") in der Austreibungsphase. (4.4)
11. Massagen und Dehnung des Dammgewebes während der Austreibungsphase. (4.7)
12. Orale Ergometringaben in der Plazentarphase zur Prophylaxe oder Therapie verstärkter Blutungen. (5.2, 5.4)
13. Routinemäßige parenterale Gabe von Ergometrin in der Plazentarphase. (5.2)
14. Routinemäßige Uterusspülung post partum. (5.7)
15. Routinemäßige Uterusrevision (manuelle Exploration) post partum. (5.7)

Kategorie C:

6.3 Maßnahmen, die bislang noch nicht ausreichend erforscht sind, um eindeutige Empfehlungen aussprechen zu können, und deshalb mit Vorsicht angewandt werden sollten, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann

1. Nichtpharmakologische Methoden der Schmerzerleichterung während der Geburt wie Kräuteranwendungen, Bäder und Nervenstimulation. (2.6)
2. Routinemäßige frühe Amniotomie in der Eröffnungsphase. (3.5)
3. Fundusdruck bei der Geburt ("Kristellerhilfe"). (4.4)
4. Handgriffe zum Schutz des Dammgewebes und zur Führung des Köpfchens beim Kopfdurchtritt. (4.7)
5. Aktive Entwicklung des Körpers bei dessen Geburt. (4.7)
6. Routinemäßige Oxytocingaben, kontrollierter Zug an der Nabelschnur oder eine Kombination dieser Maßnahmen in der Plazentarphase. (5.2, 5.3, 5.4)
7. Frühes Abnabeln. (5.5)
8. Brustwarzenstimulation zur Verstärkung der Uteruskontraktionen während der Plazentarphase. (5.6)

Kategorie D:

6.4 Maßnahmen, die häufig unangemessen angewandt werden

1. Einschränkung von Essen und Trinken während der Geburt. (2.3)
2. Schmerzerleichterung durch systemisch wirksame Mittel. (2.6)
3. Schmerzerleichterung durch Periduralanästhesie. (2.6)
4. Elektronische Überwachung des Kindes. (2.7)
5. Tragen von Masken und sterilen Kitteln bei der Betreuung der Geburt. (2.8)
6. Wiederholte oder häufige vaginale Untersuchungen, insbesondere durch mehrere Betreuungspersonen. (3.3)
7. Wehenunterstützung (3.5)
8. Routinemäßige Verlegung der Gebärenden in einen anderen Raum zum Beginn der Austreibungsphase. (4.2)
9. Katheterisieren der Harnblase. (4.3)
10. Anleitung der Frau zum Pressen, nachdem die vollständige oder fast vollständige Eröffnung des Muttermundes diagnostiziert worden ist, bevor die Frau selbst den Drang zum Mitschieben verspürt. (4.3)
11. Rigides Festhalten an einer künstlich festgelegten Dauer der Austreibungsphase von beispielsweise einer Stunde, wenn es Mutter und Kind gut geht und ein Geburtsfortschritt feststellbar ist. (4.5)
12. Operative Geburten (4.5)
13. Großzügiger oder routinemäßiger Einsatz von Episiotomien. (4.7)
14. Manuelle Nachtastung des Uterus nach der Geburt. (5.7)

Impressum

HERAUSGEBERIN:
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft – AKF e.V.
Sigmaringerstraße 1
10713 Berlin
Tel.: 030 - 863 933 16
Fax: 030 - 863 934 73
buero@akf-info.de
www.akf-info.de

REDAKTION:
Karin Bergdoll (V.i.S.d.P.), Petra Otto
Grafik: Roland Bühs
Druck: Geffken, Bremen
Alle Beiträge, die nicht namentlich gekennzeichnet sind, verantwortet die Redaktion.
Bankverbindung:
Bremer Landesbank, BLZ: 290 500 00
Konto Nr.: 104 904 4009

Wir bedanken uns für die Unterstützung der Erstellung des INFOs durch die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, die Ute-Hüffner-Stiftung, München, Dr. Edith Bauer, Katja Koblitz und Ricarda de Haas
Abbildungsverzeichnis: Jane Dunker: U1, S.16. Frieda Kalho: S. 2 / Vladimir Bagrianski: S. 25 / Noel Matoff: S. 10, 35 / Aus: Rademacher 2006: S. 12 / Aus: Schindele 1995: S. 29, 31. Bei einigen Abbildungen konnten wir die Rechteinhaber nicht ausfindig machen.
Umschlagseite: Gedicht - H. Domin (S. Fischer Verlag, F-M)

Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft – AKF e.V.
Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin-Wilmersdorf
Tel.: 030 - 863 933 16
Fax: 030 - 863 934 73
buero@akf-info.de
www.akf-info.de