

**Psychosoziale Aspekte  
der Schwangerschaft**

*Mechthild Neises,  
Martina Rauchfuß*

**Geburtshilfe im Wandel –  
der Kaiserschnitt auf Wunsch**

*Claudia Hellmers,  
Beate Schücking*



„Wir lernen vor der Geburt,  
was wir von der Welt zu  
erwarten haben.“

Die seelische Dimension der  
vorgeburtlichen Entwicklung  
und der Geburt

*Ludwig Janus*



**Schwangerschaftserleben**  
Ergebnisse einer  
repräsentativen Befragung der  
BZgA 2004  
*Ilona Renner*



**Das Thema „Schwangerschaft“  
im Internet**

Ein neues Angebot der BZgA  
*Petra Otto, Mechthild Paul*



„Die Geburtshilfe entwickelt  
sich hin zu einer prospektiven  
Medizin und einer Medizin  
der Frau.“

Ein Gespräch mit Professor  
Klaus Vetter über Geschichte  
und Perspektiven der Geburts-  
hilfe und Geburtsmedizin



„Die Frauen können es, man  
lässt sie nur nicht!“

Ein Gespräch mit Professor  
Alfred Rockenschaub über  
50 Jahre Geburtshilfe und die  
wichtige Rolle der Frau



Geburtshilfe  
Geburtsmedizin

Im Verlauf von 50 Jahren hat sich die Geburtshilfe grundlegend gewandelt – darin stimmen unsere Gesprächspartner, Klaus Vetter, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, und Alfred Rockenschaub, ehemals Leiter der Ignaz Semmelweis Frauenklinik in Wien, überein: Ultraschall, CTG und Perinatalmedizin sind nur drei Meilensteine einer rasanten Entwicklung. Bei der Bewertung und Folgenabschätzung dieser Entwicklung gehen die Meinungen der Experten allerdings auseinander. Wie sie die technischen Errungenschaften jeweils einordnen, woran sich ihre Kritik festmacht und welche Perspektiven sich für Geburtshilfe und Geburtsmedizin abzeichnen, können Sie ausführlich in der Rubrik DIALOG nachlesen.

Um psychosoziale Aspekte wie Stress und Ängste in der Schwangerschaft und psychotherapeutische Hilfsangebote geht es im Beitrag von Mechthild Neises und Martina Rauchfuß, der ehemaligen beziehungsweise amtierenden Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, DGPFPG e.V.

Mit dem Kaiserschnitt auf Wunsch haben sich Beate Schücking und Claudia Hellmers auf Grundlage empirischer Studien kritisch auseinander gesetzt.

Ludwig Janus berichtet über Ergebnisse pränatalpsychologischer Bindungsforschung: Inwieweit prägen die vorgeburtliche Beziehung zwischen Mutter und Kind und der Geburtsverlauf das Verhältnis des Kindes zur Welt, und welche Folgerungen lassen sich daraus für Gesundheitspolitik und Prävention ableiten?

Ilona Renner fasst Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der BZgA zur subjektiven Befindlichkeit Schwangerer, ihren Einstellungen und (Informations-)Bedürfnissen zusammen.

Das Thema „Schwangerschaft im Internet“ und ein neues online-Angebot der BZgA ist schließlich Gegenstand eines Berichts von Mechthild Paul und Petra Otto, die auch maßgeblich an der Konzeption dieses FORUM mitgewirkt hat.

Mitherausgeberin dieser Ausgabe ist die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG). DGPFPG und BZgA, die beide einen ganzheitlichen Ansatz in der Medizin und Gesundheitsförderung vertreten, sind Kooperationspartnerinnen in den Schwerpunktbereichen Sexualaufklärung und Familienplanung. Ihr gemeinsames Ziel ist eine noch effektivere Aufklärungsarbeit im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und die Förderung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses in der Prävention, insbesondere in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

*Ihre Redaktion*

# Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft

Wie sich Angst und Stress von Schwangeren auf Schwangerschaftsverlauf und Geburt auswirken und welche Faktoren ein positives Erleben fördern, wurde an der Charité Berlin in einer Studie mit rund 500 Frauen erforscht. Im zweiten Teil des Beitrags werden Modelle psychotherapeutischer Unterstützung in der Schwangerschaft diskutiert.

In den letzten Jahren rückte insbesondere im US-amerikanischen Raum der Einfluss von mütterlichem Stress auf den Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft in den Mittelpunkt des Interesses (LOCKWOOD et al. 2001, WADHWA et al. 2001). Mütterlicher Stress kann sich über biologische und/oder Verhaltensmechanismen auf den Schwangerschaftsverlauf auswirken. Als psychophysiologische Brücken werden eine stressinduzierte<sup>1</sup> erhöhte Anfälligkeit für Infektionen und entsprechend induzierte Gefäßveränderungen diskutiert. Als Stressoren wird eine Vielzahl von Umwelteinflüssen wie Aufregungen, seelische und körperliche Überlastung, Lärm und anderes bezeichnet.

Die Symptome einer drohenden und die tatsächlich eingetretene Frühgeburt stehen am Ende eines pathophysiologischen Prozesses, der bislang ungenügend verstanden wird. So verwundert es nicht, wenn bisherige Präventions- und Therapiestrategien unzureichende Erfolge bei der Senkung der Frühgeburtsrate gebracht haben. Entscheidende Defizite bisheriger Untersuchungen liegen zum einen in der Vernachlässigung wichtiger psychosozialer Einflussfaktoren (insbesondere Ängste, soziale Netze und Partnerschaft), zum anderen beschränkt das retrospektive Design die Aussagekraft. Eine Reihe von aktuellen Studien verweist auf Zusammenhänge zwischen Stress und dem Auftreten von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Was wir im Alltagsleben als Stress bezeichnen, ist durchaus mit Angstreaktionen vergleichbar.

Angst ist kein primär pathologisches, sondern ein allgegenwärtiges, notwendiges Phänomen des Menschen mit nur zwei auffälligen Varianten: einem Zuviel und einem Zuwenig davon. Neue und komplexe Sachverhalte lösen zunächst immer Angst aus. Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch in der Schwangerschaft Angst ein normales Phänomen darstellt. In Tierversuchen fand sich für schwangere Versuchstiere eine höhere Ängstlichkeit gegenüber einer nichtschwangeren Population.

## Schwangerschaft als Anpassungsprozess

Eine Schwangerschaft stellt eine physiologische, aber oft auch seelische Ausnahmesituation im Leben einer Frau dar und ist mit einer Vielzahl von Veränderungen assoziiert. Dies fordert eine Adaptationsleistung der Schwangeren, nicht nur im somatischen, sondern auch im psychosozialen Bereich. Betrachten wir die Schwangerschaft als ein kritisches Lebensereignis, so führt der Eintritt dieses Ereignisses zu einem Stadium relativen Ungleichgewichts „in dem bis dato aufgebauten Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt“ (FILIPP 1995). Wichtiges Kriterium für die Güte der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis stellt das Ausbleiben gravierender gesundheitlicher Folgen dar (LAZARUS 1993).

## Ängste und Schwangerschaftskomplikationen

Inwieweit Ängste mit Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf assoziiert<sup>2</sup> sind, wird zum Teil kontrovers diskutiert. In einigen Studien wird Angst als ein Faktor beschrieben, der mit vorzeitigen Wehen und Frühgeburt assoziiert sein kann (OMER et al. 1986; MCCOOL et al. 1994; WADHWA et al. 1993). Andere Autoren fanden keine solchen Zusammenhänge (BROOKE et al. 1989; LEVI et al. 1989). Wichtig erscheint die Unterscheidung von „Trait“- und „State“-Angst, also zwischen Angst als Persönlichkeitseigenschaft und situationsbezogenen Ängsten. Bei den letzteren sind in der Schwangerschaft besonders die auf Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bezogenen bedeutsam und scheinen eher mit Schwangerschaftskomplikationen assoziiert zu sein. Soziale Unterstützung kann mäßigend auf Ängste wirken. NORBECK und ANDERSON (1989) fanden hohe Stressbelastung und geringe Unterstützung durch den Partner mit der größten Ängstlichkeit assoziiert. Bereits 1988 wiesen HERRERA et al. nach, dass bei einer höheren Stressbelastung das relative Risiko für Schwangerschaftskomplikationen auf 5,1 steigt. War bei erhöhtem Stressniveau gleichzeitig die soziale Unterstützung inadäquat, betrug das Risiko

1 stressbedingte, durch Stress verursachte (Anm. d. Red.)

2 verknüpft (Anm. d. Red.)

sogar 10,2. 72,7% der Schwangeren mit hohem Stressniveau und ungenügender sozialer Unterstützung zeigten eine Verminderung der Lymphozytenaktivität<sup>3</sup> (HERRERA et al. 1988).

### Einflussfaktoren für den Schwangerschaftsverlauf: eine prospektive Studie

In einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten, an der Charité Berlin durchgeführten prospektiven Studie zu Komplikationen in der Schwangerschaft wurden bekannte medizinische und soziodemographische Risikofaktoren sowie in der Literatur als für die Genese einer Frühgeburt bedeutungsvoll beschriebene Bereiche wie Gesundheitsverhalten und berufliche Situation einbezogen. Der Schwerpunkt lag jedoch auf bisher weniger beachteten Feldern wie lebensgeschichtliche Daten, Stressverarbeitungs- und Persönlichkeitsvariable und schwangerschaftsbezogene Einstellungen und Ängste. Im Bereich des sozialen Netzwerkes wurde der Beziehung zum Vater des werdenden Kindes besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Von 589 Frauen lagen in der 16. bis 22. Schwangerschaftswoche erhobene Daten zu den oben genannten Bereichen vor. Von 508 Einlingsschwangeren konnten später Daten zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf aus den medizinischen Unterlagen entnommen werden.<sup>4</sup>

### Bedeutung von Ängsten und Paarbeziehung für den Schwangerschaftsverlauf

An dieser Stelle sollen Ergebnisse zum Einfluss von Ängsten und Paarbeziehung auf den Schwangerschaftsverlauf referiert werden.

Der Faktor „allgemeine Ängstlichkeit“ umfasste vier Items: Schwangere mit einer hohen Angstaussprägung bezeichneten sich als eher ängstlich (1), unbekannte Situationen ängstigten sie (2), sie überkam manchmal grundlos ein ängstliches Gefühl (3) und die Angst überwältigte diese Frauen manchmal so stark, dass sie keinen klaren Gedanken fassen konnten (4).

Der Faktor „Schwangerschaftsangst“ hatte drei Items: Hohe Schwangerschaftsangst ist gekennzeichnet durch Ängste, dass das Kind bei einem Sturz oder Unfall geschädigt werden könnte (1), dass Blutungen auftreten könnten, die zum Verlust des Kindes führen würden (2) und durch die Sorge, dem Kind durch eine falsche Lebensweise zu schaden (3).

Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen Ängsten und Frühgeburtlichkeit beschrieben.

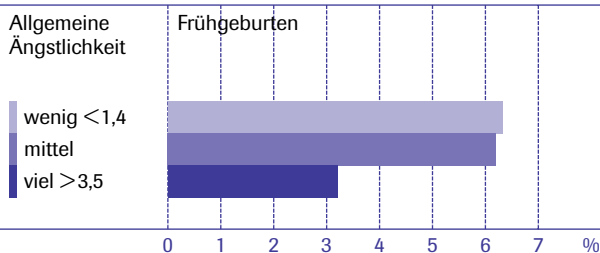
Schwangere mit einer höheren allgemeinen Ängstlichkeit hatten in der vorliegenden Studie eine deutlich niedrigere Frühgeburtenrate als Frauen mit mittlerer beziehungsweise wenig Ängstlichkeit. Die größere Ängstlichkeit ist in diesem Zusammenhang nicht als pathologische Erscheinung zu bewerten, sondern als natürliche Reaktion, die zu größerer Umsicht im Schwangerschaftsverlauf führt (Abb. 1).

Ein gegensätzliches Ergebnis fand sich für die schwangerschaftsbezogenen Ängste. Hier hatten die Schwangeren mit einem hohen Maß an schwangerschaftsbezogenen Ängsten eine etwa doppelt so hohe Frühgeburtenrate wie Frauen mit mittlerer oder wenig Schwangerschaftsangst (Abb. 2).

Ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt lag auf der Erfassung der subjektiv erlebten Qualität der Beziehung.

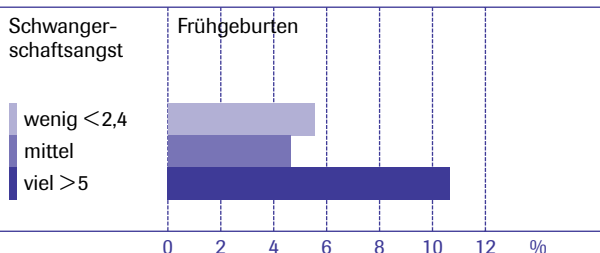
1

#### Allgemeine Ängstlichkeit und Frühgeburt



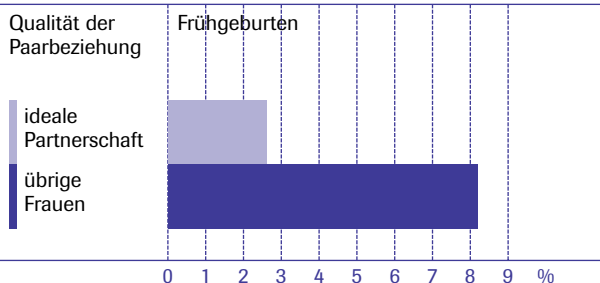
2

#### Schwangerschaftsangst und Frühgeburt



3

#### Subjektiv erlebte Qualität der Paarbeziehung und Frühgeburt



3 Lymphozyten, weiße Blutkörperchen (Anm. d. Red.)

4 Zur Datenreduktion wurden Faktorenanalysen mit der Hauptkomponentenmethode und anschließender Varimax-Rotation gerechnet und die ermittelten Faktoren einer Reliabilitätsprüfung unterzogen.

Für die weitere Auswertung bildeten wir hinsichtlich der Qualität der Beziehung verschiedene Gruppen von Partnerschaften: Die „ideale Partnerschaft“ umfasste 115 Frauen, die im Laufe der Beziehung noch nie an Trennung gedacht hatten, mit dem Kindesvater in einem gemeinsamen Haushalt lebten, glücklich oder sehr glücklich in ihrer Partnerschaft waren und in denen es keine die Schwangere belastenden Verhaltensweisen des Mannes gab.

Abbildung 3 dokumentiert in eindrucksvoller Weise, dass eine ideale Partnerschaft einen Schutzfaktor im Hinblick auf Frühgeburtlichkeit darzustellen scheint. Frauen, die in einer idealen Partnerschaft leben, haben mit 2,6% eine signifikant niedrigere Frühgeborenrate als die übrigen Schwangeren unseres Untersuchungskollektivs (8,3%).

In der Auswertung, in die eine Vielzahl biomedizinischer, sozialer und psychischer Faktoren einging, erwiesen sich allgemeine Ängstlichkeit, Schwangerschaftsängste sowie die Qualität der Partnerschaft als wesentliche Prädiktoren<sup>5</sup> für den Schwangerschaftsausgang.

Da die Frühgeburtlichkeit unabhängig von biomedizinischen Risikofaktoren signifikant mit Ängsten und der Qualität der Partnerschaft korreliert, sollten präventive Strategien psychosoziale Faktoren und insbesondere die Partnerschaft als Ressource einschließen. Dies bedeutet für die Betreuung der Schwangeren, falls diese es wünscht, eine möglichst frühzeitige Einbeziehung des Partners, das heißt nicht erst zur Geburtsvorbereitung, sondern von Beginn der Schwangerschaft an. Dies bietet zunächst bessere diagnostische Möglichkeiten hinsichtlich der Partnerschaft.

### Sicherheit als Ressource in der Schwangerschaft

MOLINSKI (1988) betont immer wieder, dass die Frau für den guten Verlauf ihrer Schwangerschaft ein Gefühl der Sicherheit benötigt, dies setzt er weitgehend gleich mit Freiheit von Angst. Er betrachtet Angst und Angstphysiologie im Rahmen des Abortgeschehens, seine diesbezüglichen Überlegungen sind aber auch auf die vorzeitige Wehentätigkeit und andere Schwangerschaftskomplikationen zu übertragen. Auch MELENDER und LAURI (2001) führen aus, dass ein Gefühl der Sicherheit Ressourcen, Empfinden und Verhalten der Schwangeren beeinflusst.

DA COSTA (1999) fand eine geringere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung assoziiert mit einem niedrigeren Geburtsgewicht. Es ist allgemein bekannt und akzeptiert, dass soziale Beziehungen einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Soziale Unterstützung hat die Funktion, eine Person bei ihren Bewältigungsbemühungen im Hinblick auf ein belastendes Lebensereignis zu unterstützen.

Die Chance zur Gesundheitsberatung und -förderung in der Schwangerschaft wird bisher nicht effizient genug genutzt. Eine Ursache dafür liegt in dem im Wesentlichen biologisch orientierten Konzept; der psychosoziale Kontext der Schwangerschaft wird mehr oder weniger vernachlässigt,

die individuelle Lebenssituation der Frau, ihr subjektives Erleben ausgeblendet. Damit bleibt man auf der Stufe der Wissensvermittlung (und dies häufig auch noch auf den organischen Bereich reduziert) stehen. Einstellungs- und Verhaltensänderungen werden so nicht optimal gefördert, obwohl psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft besonders effizient wirken. Es verwundert daher, wie wenig diese Möglichkeit bislang genutzt wird.

### Modelle psychotherapeutischer Unterstützung in der Schwangerschaft

Auch wenn die Schwangerschaft eine erwartete Lebensumstellung ist, kann sie dennoch mit krisenhaftem Erleben oder mit psychosomatischen Symptomen einhergehen. Ursachen hierfür können sowohl soziale Konflikte als auch Überforderungssituationen, aber auch körperliche Erkrankungen sein sowie schwangerschafts- und zukunftsbezogene Ängste nach einem tatsächlichen oder vermeintlich pathologischen Befund und Belastungen im Rahmen einer Pränataldiagnostik. Nicht zuletzt ist der biografische Hintergrund, insbesondere die Erfahrung sexueller Gewalt, zu beachten (WEIDNER et al. 2004).

Die Schwangerschaft stellt einen besonderen Bedingungsrahmen für die Psychotherapie dar. Hier bewegt sich die psychodynamische Therapie zwischen den verinnerlichten Determinanten des Erlebens und Verhaltens des Erwachsenen einerseits und der ganz besonderen Lebenswirklichkeit der aktuellen Schwangerschaft andererseits. Dies gilt in mehrfacher Hinsicht.

1. Schon die Entstehung der Schwangerschaft kann entweder hingenommen, gewünscht oder geplant sein, die Erfüllung eines geheimen Wunsches oder auch die Absicht beider Partner. Schließlich kann sie das Ergebnis eines langjährigen Bemühens, unter Umständen sogar durch In-vitro-Fertilisation entstanden sein.

2. Die auf das ungeborene Kind gerichteten Erwartungen können von vielfältigen Ängsten begleitet sein. Ist es ein Junge oder ein Mädchen? Ist es gesund? Wie wird es sich entwickeln? Was wird es mir bedeuten? Werde ich es lieben können? Werde ich dieser Aufgabe gewachsen sein? Oft wechseln diese Fragen sich ab mit optimistischen Vorstellungen über eine erfüllende und erfüllte Mutterschaft und der ersehnten Harmonie der erwartenden und sich bildenden Familie und einer lebenslangen Zugehörigkeit.

3. Grundsätzlich beinhaltet jede Schwangerschaft die Möglichkeit der gesundheitlichen Gefährdung von Mutter und Kind, sei es durch Schwangerschaftserkrankungen wie Gestationshypertonie<sup>6</sup> und Präeklampsie<sup>7</sup>, Geburtskomplikationen oder auch Depressionen vor oder nach der Geburt. Erst recht kann durch das Eintreten einer Erkrankung die Erwartung der Schwangeren zwischen Angst und Hoffnung pendeln (NEISES/PLOEGER 2005).

Für das Durchführen einer Psychotherapie sind zwei Situationen prinzipiell zu unterscheiden: Dies ist zum einen die Psychotherapie, die bereits vor der Schwangerschaft begonnen hat und die Psychotherapie, die aus Gründen der Schwangerschaft und damit verbundener Konflikte und Erkrankungen begonnen wird. Auf diesen zweiten Fall soll im Folgenden skizzenhaft Bezug genommen werden. Neben der ärztlichen Indikation ist bei jeder psychotherapeutischen Behandlung die Motivation der Patientin grundlegend zu berücksichtigen, um eine erfolgreiche Therapie überhaupt durchführen zu können.

<sup>5</sup> Prädiktoren, bestimmende Faktoren (Anm. d. Red.)

<sup>6</sup> Gestationshypertonie, Bluthochdruck, der weder vor der 20. SSW bestanden hat noch länger als sechs Wochen nach der Geburt anhält (Anm. d. Red.)

<sup>7</sup> Präeklampsie, Symptomkomplex mit z.B. Hypertonie, Ödemen, Kopfschmerz, Oberbauchschmerz, Augenflimmern (Anm. d. Red.)

## Die Schwangerschaft als Veranlassung einer Psychotherapie

Wie gestaltet sich eine Psychotherapie, wenn die Schwangerschaft selbst ein Problem wird? Betrachten wir zunächst den Konflikt „Schwangerschaftsabbruch oder nicht?“. In dieser Situation tritt eine Beratung sinnvollerweise als notwendige Hilfestellung vor eine langfristige Psychotherapie. Dies ist allein schon aus zeitlichen Gründen notwendig, da sich über einen Abbruch nur in einem begrenzten Zeitrahmen entscheiden lässt.

In der Beratungssituation oder auch in einer psychotherapeutischen Krisenintervention sind psychodynamische Grundsätze in der Therapie nur insoweit relevant, als der Schwangerschaftskonflikt in der Regel aus eigenen lebensgeschichtlichen Belastungen erwächst. Dies kann im somatischen Gebiet das Vorliegen einer familiären genetisch bedingten Erkrankung, im psychischen Bereich eine soziale Deprivation und Vernachlässigung der Schwangeren selbst in ihrer Kindheit und Jugend sein, die so massive Störungen nach sich zieht, dass das Leben als Erwachsene möglicherweise nur schwer zu gestalten ist; etwa können Zwangs- oder depressive Störungen vorliegen, die möglicherweise kaum Raum für eine weitere Bezugsperson wie ein Kind lassen.

Eine völlig andere Veranlassung zu einer Psychotherapie ergibt sich dann, wenn es während einer ersehnten Schwangerschaft zu einem völlig unerwarteten Schwangerschaftsabbruch kommt. Der Konflikt gleicht dann dem bei plötzlichem Verlust eines nahen Angehörigen, besonders im späteren Verlauf der Schwangerschaft, wenn die Mutter bereits Kindsbewegungen spürt und sie mit dem Kind in einen inneren Dialog getreten ist. Die erwartete gemeinsame Zukunft, auch mit dem Vater, wird damit abrupt unterbrochen und gelöscht. Inzwischen liegen vielfältige Erfahrungen mit ambulanten Interventionsangeboten sowie stützenden Begleitungen während des stationären Aufenthaltes und der Arbeit von Selbsthilfegruppen vor (WALDSCHÜTZ 2001; KERSTING 2001).

## Beginn einer Psychoanalyse während der Schwangerschaft

Die Durchführung einer Psychoanalyse mit in der Regel drei bis fünf Stunden pro Woche ist fragwürdig. Die notwendige Aufmerksamkeit und Hinwendung zur Schwangerschaft kann vom psychoanalytischen Prozess ablenken, da die notwendige Konzentration auf frühkindliche Begebenheiten während der psychoanalytischen Sitzungen beeinträchtigt sein dürfte – zumal bei Belastungen, die durch die Schwangerschaft ausgelöst wurden, die Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt gebunden sein wird. Deshalb erscheint eine psychotherapeutische Hilfe während einer Schwangerschaft in der Form einer stützenden Beratung oder als tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeit-Psychotherapie eher ratsam.

## Verhaltenstherapie in der Schwangerschaft

Die Verhaltenstherapie kann zur Prävention und Behandlung einer Vielzahl neurotischer Störungen eingesetzt werden. Bei den Indikationen in der Schwangerschaft sind zu nennen die Reduktion eines Nikotin- oder Alkoholabusus, Schlafstörungen, Hyperemesis gravidarum (übermäßiges Schwan-

gerschaftserbrechen), vorzeitige Wehentätigkeit und hypertensive Schwangerschaftserkrankungen.<sup>8</sup> Weitere psychosomatische Erkrankungen wie chronischer Kopfschmerz, Reizdarmsyndrom, Obstipation (Stuhlverstopfung) und Schwangerschaften nach sexueller Gewalterfahrung bedürfen einer unterstützenden Begleitung zum Beispiel im Umgang mit Ängsten. Diese können durch die fehlende Kontrolle über körperliche Veränderungen in der Schwangerschaft ausgelöst sein, aber auch in Erwartung der Geburt und der Mutterrolle. Hilfreich sind dabei Entspannungs- und kognitive Verfahren.

Die Hyperemesis gravidarum ist die klassische geburts-hilfliche Indikation zur Verhaltenstherapie. Es geht dabei um die Korrelation von Teilzielen, zum Beispiel Nahrungsaufnahme in bestimmter Menge und Frequenz mit positiven Verstärkern, Ausüben angenehmer Tätigkeiten und das Erkennen und Vermeiden auslösender Stimuli wie etwa Gerüche. Wichtig ist das Entwickeln von Schutzmechanismen und das Nutzen des sozialen Umfeldes für positive Verstärkungen.

## Motivation zur Psychotherapie

Unabhängig von der speziellen Indikation ist entscheidend, ob die schwangere Frau zur Psychotherapie motiviert ist. Eine Motivation dürfte sich vorwiegend aus den sozialen Umständen entwickeln, die aus der neu entstandenen Lebenswirklichkeit resultieren. Die werdende Mutter ist ganz aktuell mit relevanten Bereichen der Lebensgestaltung konfrontiert und gefordert, Lösungen zu finden. In dieser Situation ergibt sich die Motivation eher für eine aktuelle Beratung oder eine therapeutische Krisenintervention, seltener für den Beginn einer psychodynamischen Psychotherapie.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich eine Motivation in der Regel nicht als spontane Aktion der Patientin einstellt, sondern häufig vom Frauenarzt/von der Frauenärztin selbst oder einem/einer hinzugezogenen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin im Gespräch mit der Patientin entwickelt. Hier tragen GynäkologInnen eine ganz besondere Verantwortung bei der Entscheidung, ob eine Patientin während einer Schwangerschaft einer seelischen Krise selbst gewachsen ist oder ob sie fachtherapeutische Hilfe braucht. Das Hinzuziehen eines Fachpsychotherapeuten kann bei der Patientin zu unterschiedlichen Reaktionen führen. Nicht selten wird der Vorschlag zur Psychotherapie psychisch stigmatisierend erlebt, deshalb kann es günstiger sein, erst einmal nur auf „ärztliche Hilfe in der gegenwärtigen Krise“ hinzuweisen. Die empathische Zuwendung durch den Frauenarzt/die Frauenärztin kann für die Patientin eine Schlüsselerfahrung sein im Sinne von Sich-verstanden-Fühlen und die Vermittlung in fachpsychotherapeutische Weiterbehandlung wesentlich erleichtern. Auf jeden Fall sollte der Frauenarzt/die Frauenärztin selbst eine positive Einstellung zur Psychotherapie haben, um diese adäquat erklären und gegebenenfalls vermitteln zu können.

Der Abschluss einer Psychotherapie hängt möglicherweise von äußeren Umständen wie der Zahl der Sitzungen ab und davon, ob die Patientin mit ihren Problemen besser umgehen kann beziehungsweise ihre Störung bewältigt hat. Kommt die Schwangerschaft mit einer Geburt zum Ab-

8 hypertensiv, bluthochdruckbedingt (Anm. d. Red.)

schluss, die von der Patientin positiv und beglückend erlebt wurde, dürfte die Fortführung nur bei schweren psycho-reaktiven Störungen erforderlich sein, soweit die Psychotherapie von diesen ihren Ausgang nahm. Wird allerdings die Entbindung als weitere Belastung erlebt oder insbesondere nach Verlust des ersehnten Kindes, ist eine psychotherapeutische Hilfe in jedem Falle indiziert und wird bei entsprechender Motivation der Patientin auch in dem dann noch notwendigen Umfang fortgeführt. Unter dieser Voraussetzung hängt der weitere Verlauf entscheidend davon ab, ob und inwieweit die Patientin ihr Leben nach einer Zeit der Trauer sinnvoll gestalten kann und inwieweit dies auch von ihrem sozialen Umfeld gefördert wird.

## Studienergebnisse in diesem Kontext

### Geburtsvorbereitungskurse

Zur Effektivität der Geburtsvorbereitungskurse liegen zahlreiche umfangreiche Studien vor, exemplarisch sei eine Untersuchung an über 9000 Frauen angeführt, von denen 23% Geburtsvorbereitungskurse besucht hatten. Mit Abschluss der Kurse waren die Frauen besser informiert, zeigten eine größere Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und eine höhere Stillrate (SPINELLI et al. 2003). Bezogen auf das Geburtsergebnis, wie zum Beispiel die Sectiorate, zeigen sich keine konsistenten Ergebnisse. Geburtsvorbereitungskurse, die für Paare angeboten wurden, führten zu einer deutlichen Reduzierung der Postpartum-Belastung allgemein und speziell von Depressionen mit Abschluss des Wochenbettes. Dieser Effekt wurde insbesondere darauf zurückgeführt, dass die Partner eine größere Aufmerksamkeit dafür hatten, wie ihre Partnerin die ersten Postpartum-Wochen erlebt hat und dieser Effekt wurde besonders deutlich bei Frauen mit geringerem Selbstwertgefühl.

Neben der Effektivität zeigen die Studien allerdings auch die Notwendigkeit auf, in höherem Maße Paare zu erreichen, die nicht aus Eigenmotivation Geburtsvorbereitungskurse aufsuchen (MATTHEY et al. 2004).

### Psychotherapeutische Interventionen in der Schwangerschaft

Für die Therapie von Angststörungen und Depressionen in der Schwangerschaft liegen umfangreiche Erfahrungen und entsprechende Übersichtsarbeiten vor mit der Beschreibung psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen sowie pharmakologischer Therapien (NONACS/COHEN 2002). Es ist selbstverständlich, dass die Entscheidung über pharmakologische Begleitmedikation in der Schwangerschaft in fachkompetente Hände gehört und erst zum Einsatz kommt, wenn ein gesundheitliches Risiko für die Mutter besteht. Es verlangt oft eine gute Zusammenarbeit von GynäkologInnen, PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen, die Mutter und den Fetus bis zu einem erfolgreichen Schwangerschafts-ende zu begleiten.

## Fazit

Eine Psychotherapie, die unmittelbar durch die Schwangerschaft notwendig wurde, verläuft in Form einer Beratung, stützenden Begleitung oder psychotherapeutischen Krisenintervention ab und beinhaltet weniger Elemente einer psychodynamischen Theorie.

Die Psychotherapie setzt eine Indikation von Seiten des Arztes/der Ärztin und eine Motivation der Patientin voraus wie jede andere ärztliche Behandlung auch.

Die Indikation kann sich sowohl aus dem Lebensbereich vor der Schwangerschaft, aus der Schwangerschaft selbst oder ihrem unerwarteten Ende ergeben.

*Mechthild Neises, Martina Rauchfuß*



## Literatur

- BROOKE, O. G./ANDERSON, H. R./BLAND, J. M./PEACOCK J. L./STEWART CM. (1989): *Effects on birth weight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress*. BMJ 298, S. 795–801
- DA COSTA, D./LAROCHE, J./DRITSA, M./BRENDER, W. (1999): *Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress*. J Psychosom Res 47, S. 609–21
- FILIPP, SH. (1995): *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union
- HERRERA, J. A./ALVARADO, J. P./MARTINEZ, J. E. (1988): *The psychosocial environment and cellular immunity in the pregnant patient*. Stress Medicine 4, S. 49–56
- KERSTING, A. (2001): *Zur psychischen Belastung von Müttern perinatal verstorbenen Kinder: Trauma oder Trauer*. In: ROHDE, A./RIECHER-RÖSSLER, A. (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg: Roderer, S. 117–123
- LAZARUS, R. S. (1993): *From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks*. Ann Rev Psychol 44, S. 1–21
- LEVI, R./LUNDBERG, U./HANSON, U./FRANKENHAEUSER, M. (1989): *Anxiety during pregnancy after Tschernobyl accident is related to obstetric outcome*. J Psychosom Obstet Gynaecol 10, S. 221–230
- LOCKWOOD, CJ., KUCZYNSKI, E. (2001) *Risk stratification and pathological mechanisms in preterm delivery*. Paediatr Perinat Epidemiol 15 Suppl. 2, S. 78–89
- MATTHEY, S./KAVANAGH, D. J./HOWIE, P./BARNETT, B./CHARLES, M. (2004): *Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes*. J. Affect Disord, 79, S. 113–26
- MCCOOL, W. F./DORN L. D./SUSMAN, EJ. (1994): *The relation of cortisol reactivity and anxiety to perinatal outcome in primiparous adolescents*. Res Nurs Health 17, S. 411–20
- MELENDER, H. L./LAURI, S. (2001): *Security associated with pregnancy and childbirth-experiences of pregnant women*. J Psychosom Obstet Gynecol 22, S. 229–239
- MOLINSKI, H. (1988): *Psychosomatische Aspekte bei Fehlgeburt*. Gynäkologie 21, S. 273–275
- NEISES, M./PLOEGER, A. (2005): *Psychotherapie in der Schwangerschaft*. In: GERHARDT, I./FEIGE, A. (Hrsg.): *Geburtshilfe integrativ*. München: Urban & Fischer, S. 328–333
- NONACS, R./COHEN L. S. (2002): *Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options*. J Clin Psychiatry, 63 Suppl 7, S. 24–30
- NORBECK, J. S./ANDERSON, N. J. (1989): *Life stress, social support and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women*. Research in Nursing & Health, 12, S. 281–287
- OMER, H./PALT, Z./FRIEDLANDER, D. (1986): *Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problems*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 22, S. 229–236
- SPINELLI, A./BAGLIO, G./DONATI, S./GRANDOLFO, M. E./OSBORN, J. (2000): *Do antenatal classes benefit the mother and her baby?* J Matern Fetal Neonatal Med. 2003, 13, S. 94–101
- WADHWA, P. D./SANDMAN, C. A./PORTO, M./DUNKEL-SCHETTER, C./GARITE, TJ. (1993): *The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation*. Am J Obstet Gynecol 169, S. 858–865
- WADHWA, P. D./CULHANE, JF./RAUH, V./BARVE, S. S./HOGAN, V./SANDMAN, C. A./HOBEL, C. J./CHICZ-DEMET, A./DUNKEL-SCHETTER, C./GARITE, T. J./GLYNN, L. (2001): *Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective*. Paediatr Perinat Epidemiol 15 Suppl. 2, S. 17–29
- WALDSCHÜTZ, E. (2001): *Die pränatale Betreuung bei Totgeburt, Fehlgeburt und nicht lebensfähigem Kind*. In: ROHDE, A./RIECHER-RÖSSLER, A. (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg: Roderer, S. 124–131
- WEIDNER, K./PETROVSKI, K./HELLMANN, V. (2004): *Die ambulante psychosomatische Betreuung von seelisch belasteten Schwangeren*. Gynäkol Prax 28, S. 305–312



Prof. Dr. Dr. Mechthild Neises ist seit Mitte 1998 Leiterin des Funktionsbereiches Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie ist 1. Vorsitzende der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie, Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie wissenschaftliche Beirätin in diversen Gremien und Verbänden.

**Kontakt:**

Prof. Dr. Dr. Mechthild Neises  
FB Psychosomatische Frauenheilkunde  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Telefon (0511) 532 95 51  
Telefax (0511) 532 94 70  
neises.mechthild@mh-hannover.de



PD Dr. med. Martina Rauchfuß ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie für Psychotherapeutische Medizin. Seit 2003 ist sie in der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité-Universitätsmedizin Berlin tätig und leitet dort als Oberärztin die Poliklinik, den Konsildienst und zudem die AG Frauenheilkundliche Psychosomatik. Seit März 2005 ist sie Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG).

**Kontakt:**

PD Dr. Martina Rauchfuß  
Oberärztin  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Medizinische Klinik m. SP Psychosomatik  
AG Frauenheilkundliche Psychosomatik  
Luisenstraße 13a  
10117 Berlin  
Telefon (030) 4 50 55 35 39  
Telefax (030) 4 50 55 39 00  
martina.rauchfuss@charite.de



# Geburtshilfe im Wandel – der Kaiserschnitt auf Wunsch

In Deutschland steigt der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt kontinuierlich an. Die Autorinnen analysieren die Ursachen für diese Entwicklung, fragen nach veränderten Indikationsstellungen und Risiken und sie diskutieren das Thema „Kaiserschnitt auf Wunsch“, wobei sie auf Ergebnisse empirischer Untersuchungen aus verschiedenen europäischen Ländern Bezug nehmen.

Die Geburt eines Kindes wird von der Mehrzahl der Frauen und Paare als eines der größten Ereignisse ihres Lebens betrachtet. Entsprechend hoch ist damit auch die Aufmerksamkeit, die den Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zuteil wird. Konzentriert sich die Fürsorge und gleichsam auch die Verantwortung der werdenden Mutter in der Schwangerschaft auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Ungeborenen, erfolgt in dieser Zeit zugleich die Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt des Kindes, die den unausweichlichen Abschluss der Schwangerschaft bildet. Diese Gewissheit kann bei der Frau Gefühle der Freude, Neugier und Lust hervorrufen, aber auch mit Scham, Angst und Bedrohung verbunden sein.<sup>1</sup> Für die Wahl der Geburtsmethoden und das spätere Geburtserlebnis können diese Emotionen eine hohe Bedeutung erlangen.

## Klinische Geburtshilfe – ein Weg der Technisierung?

Setzt sich die Schwangere mit der bevorstehenden Geburt auseinander, wird sie mit den jeweiligen Geburtsritualen konfrontiert, die durch die Gesellschaft, in der sie lebt, geprägt sind. Mit diesen Bedingungen kann sie sich identifizieren, aber sie kann sich auch gegen diese zur Wehr setzen und somit zu einer Veränderung beitragen.

In Deutschland führte ein grundlegender Wandel der Geburtshilfe im 20. Jahrhundert zu einer technisch ausgerichteten Medikalisierung der normalen Geburt, die inzwischen allgemein akzeptiert zu werden scheint. Die Wende von der Hausgeburt zur Klinikgeburt ging einher mit einer intensiven ärztlichen Kontrolle der physiologischen Lebensvorgänge Schwangerschaft und Geburt und mit dem Einzug des Risikobegriffs in die Kreißsäle.

Die Anzahl der Risikofaktoren, die im Mutterpass als anamnestische oder befundete Risiken dokumentiert werden,

hat sich im Zeitraum von 1968 bis 1986 von 12 auf 52 erhöht. Entsprechend hoch zeigt sich der Anteil der Schwangeren, für die ein oder auch mehrere Risikofaktoren in der Schwangerschaft gefunden werden. Betrachtet man beispielsweise den Anteil der Risikoschwangeren in Niedersachsen, zeigt sich eine Erhöhung von 29,9% im Jahr 1987 auf 74% im Jahr 1999. Die Einteilung in „Risikoschwangere“ an sich lässt jedoch nicht erkennen, ob eine akute Gefährdung der Schwangeren vorliegt oder damit nur geringfügige gesundheitliche Bedenken für ihre reproduktive Phase gekennzeichnet wurden.<sup>2</sup> Sie führt jedoch häufig dazu, dass die Frauen, die mit einem Risiko behaftet sind, sich auch entsprechend gefährdet fühlen, unabhängig davon wie aussagekräftig dieser entsprechende Vermerk im Mutterpass tatsächlich für sie sein mag.

Neben dieser Entwicklung haben sich in den letzten Jahren auch die Interventionen, die unter der Geburt durchgeführt werden, kontinuierlich erhöht. Zu diesen gehören zum Beispiel die Einleitung der Geburt, die elektronische Überwachung der kindlichen Herztöne, die medikamentöse Unterstützung der Wehentätigkeit, die Gabe von schmerzstillenden Medikamenten und Anästhesien sowie operative Eingriffe zur Geburtsbeendigung. Lediglich 6,7% der Frauen in Niedersachsen bekamen ihr Kind im Jahr 1999 ohne eine geburtshilfliche Intervention.<sup>3</sup> Konnte die Müttersterblichkeit in Deutschland erfreulicherweise drastisch verringert werden, wurden die geburtshilflichen Eingriffe zur Beherrschung von Komplikationen jedoch auch in die klinische Routine zur Betreuung der normalen Geburt integriert. Eine Maßnahme, deren Auswirkung noch weitgehend unerforscht ist.

## Wie entwickelt sich der Kaiserschnitt?

Ein Thema, das in den letzten Jahren sowohl in Deutschland als auch international für Schlagzeilen gesorgt hat, ist die kontinuierlich steigende Kaiserschnitttrate. In vielen Ländern hat sich der Anteil der Schnittentbindungen in den letzten Jahrzehnten vervielfacht. Weltweit zeigt sich eine durchschnittliche Rate zwischen 10 und 40%.<sup>4</sup> Auch in Deutsch-

1 RINGLER/LANGER 1991, S. 101 f.

2 SCHÜCKING/SCHWARZ 2004, S. 163 ff.

3 SCHÜCKING/SCHWARZ 2004, S. 163 ff.

4 HUSSLEIN 2001, S. 169

land lässt sich ein fortdauernder Anstieg erkennen. Während im Jahr 1991 noch 15% der Kinder mittels Kaiserschnitt geboren wurden, lag die Kaiserschnitttrate im Jahr 2003 bereits bei 26,7%.<sup>5</sup> Mit dem Ziel einer geringen Sterblichkeitsrate von Mutter und Kind empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingegen eine Sectiofrequenz, die 10 bis 15% nicht übersteigen sollte.<sup>6</sup>

### Die Indikationsstellung zur Schnittentbindung – harmloser Eingriff oder Risiko?

Im Hinblick auf die Indikationen zur Durchführung eines Kaiserschnittes lässt sich generell feststellen, dass dieser immer dann indiziert ist, wenn eine Gefährdung der Mutter oder eine Gefährdung des Kindes besteht.<sup>7</sup> In Bezug auf die hohe Frequenz der Schnittentbindungen wird jedoch eine sich verändernde Indikationsstellung vermutet, die unter anderem auf eine inzwischen sehr niedrige Sterblichkeit von Mutter und Kind im Anschluss an einen Kaiserschnitt zurückgeführt wird.<sup>8</sup> Aufgrund der geringeren Gefahren scheint die Hemmschwelle für die Entscheidung zur Schnittentbindung deutlich geringer zu sein als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Wurde der Kaiserschnitt bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts als eine Notfallmaßnahme angesehen, die mit enormen gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden war, erhält der präventive Charakter des Kaiserschnittes in unserer Gesellschaft eine zunehmend höhere Bedeutung. Dennoch ist diese oftmals lebensrettende Operation auch weiterhin mit Risiken verbunden.<sup>9</sup> Dazu zählt im Vergleich zur vaginalen Geburt ein um den Faktor 3 erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für gesunde Frauen<sup>10</sup> sowie ein 10-fach erhöhtes operationsbedingtes Krankheitsrisiko.<sup>11</sup> Hierzu zählen neben der erhöhten Infektionsgefahr, den thromboembolischen Komplikationen, den Wundheilungsstörungen und den erhöhten Blutverlusten insbesondere die Gefahren für eine erneute Schwangerschaft wie zum Beispiel die Implantationsstörung der Placenta und die Uterusruptur.<sup>12</sup>

### Der Kaiserschnitt auf Wunsch – ein neuer Trend in der Geburtshilfe?

In einer Zeit, in der die Mehrzahl der Frauen als Risikoschwangere eingestuft wird und die Kaiserschnitttraten kontinuierlich steigen, erscheint es somit kaum verwunderlich, dass die Schnittentbindung verstärkt in den Blickwinkel der Schwangeren gerät. Dabei wird der Ruf der Gesellschaft nach Anerkennung des Wunschkaiserschnittes, der ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation ausschließlich auf Wunsch der Schwangeren durchgeführt wird, immer lauter. Es wird darüber diskutiert, ob unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Frau nicht jede Schwangere das Recht haben müsse, den Kaiserschnitt als Geburtsmethode einfordern zu können. Auf der anderen Seite werden jedoch auch die damit im Zusammenhang stehenden steigenden Kosten für das Gesundheitswesen sowie juristische und ethische Aspekte thematisiert. Während die Hebammen und GynäkologInnen kontrovers über die Risiken, den Nutzen und die Konsequenzen des Wunschkaiserschnittes diskutieren, erfährt dieses Thema auch in den Medien ein wachsendes Interesse und einen hohen Beliebtheitsgrad. Den betroffenen Schwangeren scheint geradezu suggeriert zu werden, dass

sie bereits die Wahl haben, ihr Baby entweder auf normalem vaginalen Wege oder per Kaiserschnitt gebären zu können. Für den Anstieg der Kaiserschnitttraten wird indes auch der Wunsch der Schwangeren zur Durchführung dieses Eingriffs verantwortlich gemacht.<sup>13</sup>

### Wie viele Frauen wünschen sich einen Kaiserschnitt?

Wie viele Schwangere sich tatsächlich für eine Schnittentbindung entscheiden, bleibt somit interessant zu betrachten. Hat die Mehrzahl der Frauen das Vertrauen in ihre ureigene Kraft, in ihre Fähigkeit zu gebären, bereits verloren? Und verlagert sich somit das Geschehen Geburt, das bis vor kurzem als eines der natürlichsten Ereignisse der Welt verstanden wurde, in die Operationssäle der Kliniken? Oder äußern viel weniger Frauen den Wunsch zum Kaiserschnitt als gemeinhin angenommen beziehungsweise beschrieben wird?

Die Ärzte-Zeitung online berichtet diesbezüglich von über 40% der Frauen in Deutschland, die den Wunsch zur Schnittentbindung äußern.<sup>14</sup> Internationale wissenschaftliche Untersuchungen geben deutlich niedrigere Zahlen an und lassen einen Unterschied zwischen Erstgebärenden und Mehrgebärenden erkennen.

Eine große Untersuchung an 3061 Schwangeren in Schweden<sup>15</sup> konnte beispielsweise zeigen, dass 8,2% der Frauen einen Kaiserschnitt bevorzugen würden. Bei den Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten, lag dieser Wunsch bei 7,2%. Die Ergebnisse einer Studie mit 2475 Teilnehmerinnen in England, Wales und Irland<sup>16</sup> zeigten für 5,3% der Frauen den Wunsch zur Schnittentbindung auf. Für die Erstgebärenden lag dieser Wunsch lediglich bei 3,3%. Zusammenfassend zeigen die internationalen Untersuchungen Ergebnisse zwischen circa 4 und 15% für die Erst- und Mehrgebärenden.<sup>17</sup>

In einer eigenen Studie zu dieser Fragestellung in Deutschland konnten 366 Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten, befragt werden. Es zeigte sich eine Kaiserschnittpräferenz der Schwangeren von 3,8%.<sup>18</sup>

Diese Ergebnisse demonstrieren insgesamt einen eher geringen Anteil der Frauen mit dem subjektiven Wunsch zur Schnittentbindung, wobei Erstgebärende dies noch seltener wünschen als Mehrgebärende. Die Mehrzahl dieser befragten schwangeren Frauen würde eine normale Geburt bevorzugen. Die Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass der mütterliche Wunsch eine eher untergeordnete Rolle für den Anstieg der Kaiserschnitttraten zu spielen scheint, zumal

5 Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH 2004, S. 59

6 WHO 1985, S. 437

7 DUDENHAUSEN/PSCHYREMBEL 2001, S. 289

8 HUCH/CHAOUI 2004, S. 766

9 ENKIN/KEIRSE/NEILSON/CROWTHER/DULEY/HODNETT/HOFMEYR 2000, S. 407

10 WELSCH 2001, S. 48

11 HILLEMANN/ANTHUBER/HEPP 2000, S. 880

12 SCHMIDT/HENDRIK 2001, S. 54 ff.

13 HELLMERS 2005, S. 3 ff.

14 Ärzte-Zeitung 2002

15 HILDINGSSON/RADESTAD/RUBERTSSON/WALDENSTRÖM 2002, S. 619

16 THOMAS/PARANJOTHY 2001, S. 101 ff.

17 HELLMERS 2005, S. 35

18 HELLMERS/SCHÜCKING 2005, S. 79

nur wenige Frauen, die die Präferenz zum Kaiserschnitt angeben, diesen Wunsch in der Geburtsklinik auch tatsächlich durchsetzen.<sup>19</sup>

### Welche Gründe geben die Frauen für den Wunsch zum Kaiserschnitt an?

Die Frauen, die dennoch die Präferenz zum Kaiserschnitt äußern, geben unterschiedliche Gründe für diesen Wunsch an. Am häufigsten werden die Vermeidung von Schmerzen und Verletzungen, eine bestehende Furcht vor der Geburt, die Sicherheit für das Kind, traumatische Geburtserlebnisse, die Beckenendlage des Kindes und ein vorangegangener Kaiserschnitt als Begründung genannt.<sup>20</sup> Aber auch die Angst vor Schmerzen, der Wunsch nach einer schnellen Geburt, eigene gesundheitliche Probleme der Frau, ein festgelegter Geburtstermin und die Erfahrungen beziehungsweise Erzählungen von Dritten werden von den Schwangeren als Begründung angeführt. Generell zeigt der Faktor Angst in unterschiedlichen Zusammenhängen eine hohe Dominanz.<sup>21</sup>

In der bereits erwähnten Untersuchung aus Schweden<sup>22</sup> konnten drei Faktoren identifiziert werden, die einen Zusammenhang zum Kaiserschnittwunsch aufwiesen. Dazu gehörten ein „vorheriger Kaiserschnitt“, die „Furcht zu gebären“ und ein „vorangegangenes negatives Geburtserlebnis“. Zudem fanden die AutorInnen heraus, dass die Frauen mit dem Wunsch zum Kaiserschnitt mehr depressive Symptome aufwiesen und ängstlicher beziehungsweise besorgter waren. Auch ledige Frauen, Raucherinnen, Frauen über 35 Jahre, Frauen mit einer vorangegangenen Fehlgeburt und Mehrgelbärende zeigten einen erhöhten Wunsch zur Schnittentbindung. Die AutorInnen schlussfolgern, dass es sich bei diesen Frauen um eine vulnerable Gruppe handelt, die statt eines Wunschkaiserschnittes besser eine psychologische Begleitung erhalten sollte.

### Gibt es noch technikarme Geburten?

Im Kontext von Technisierung und Wunschkaiserschnitt stellt sich gleichwohl die Frage, welche Alternative zur Klinikgeburt den Frauen in Deutschland geboten wird. Noch gebären 2% der Schwangeren ihr Baby „außerklinisch“ (Hausgeburten, Geburten im Geburtshaus, Praxisgeburten). Der Qualitätsbericht der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland ([www.quag.de/downloads/qm\\_bericht2003.pdf](http://www.quag.de/downloads/qm_bericht2003.pdf)) belegt für diese Form der Entbindung einen sehr geringen Einsatz von Interventionen bei hoher geburtshilflicher Ergebnisqualität und gutem gesundheitlichen Outcome der betreuten Frauen und Kinder.<sup>23</sup>

Für Frauen, die sich dies zutrauen, ist hier eine Alternative zu sehen – allerdings nur für Schwangere mit einem niedrigen Risiko, die entsprechend erfahrene Hebammen finden und bereit sind, sorgsam zu planen. Ein kleiner Teil der außerklinisch begonnenen Geburten endet in der Klinik,

allerdings auch dann ohne erhöhte Gefahren. Basierend auf den medizinischen Befunden und der psychosozialen Situation der Schwangeren ist also ein sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Geburtsorte geboten.

### Zusammenfassung und Ausblick

Die Entwicklung in der Geburtshilfe zeichnet sich durch eine zunehmende technische Kontrolle aus und führt zu einer Medikalisierung physiologischer Lebensvorgänge, da neben der durchaus notwendigen intensiven Überwachung der echten Risikoschwangeren auch gesunde Schwangere und Gebärende den zahlreichen medizinischen Routine-Maßnahmen unterliegen.

Die steigenden Kaiserschnitttraten sind ein Beispiel zunehmender Interventionen, und ihre Auswirkung spiegelt sich unter anderem in einer veränderten Einstellung der Gesellschaft gegenüber den besonderen Lebensphasen Schwangerschaft und Geburt. Wenn auch der subjektive Wunsch der Frauen, das Baby mittels Kaiserschnitt zu gebären, insbesondere beim ersten Kind, eher gering erscheint, so lässt sich dennoch der Begriff des Wunschkaiserschnittes nicht gänzlich wegdiskutieren. Vielmehr stellt sich die Frage, wie die Ziele in der Geburtshilfe unter Berücksichtigung der Sicherheit für Mutter und Kind für die Zukunft gesetzt werden sollen. Wenn der Wunsch zum Kaiserschnitt beim zweiten Kind beispielsweise aufgrund traumatischer Geburtserlebnisse eine zunehmende Bedeutung gewinnt, dann sollte die Intention der geburtshilflichen ExpertInnen doch darin bestehen, den Frauen eine positive Geburtserfahrung zu ermöglichen. Die Frage ist, ob eine negativ erlebte Geburt nicht auch Ausdruck der oftmals unerwünschten medizinischen Interventionen ist. An dieser Stelle sind die Schwangeren und Gebärenden gefordert, ihre Wünsche und Anliegen durchzusetzen, was ihnen nur möglich sein wird, wenn sie informiert entscheiden können. Eine Stärkung der Kompetenzen der Mädchen und Frauen und eine Fokussierung der physiologischen Lebensvorgänge könnten hierzu bereits in einer frühen Lebensphase einen positiven Beitrag leisten. Dazu könnte zum Beispiel auch gehören, die spezifischen Ängste zu thematisieren und zu hinterfragen. Viele dieser Befürchtungen unterliegen einem mangelnden Wissen um die physiologischen Körpervorgänge und einer Unterbetonung der weiblichen Kompetenzen.

Wenn die Autonomie der Frau in den Mittelpunkt gestellt wird, dann wird es auch Situationen geben, in denen einem Wunschkaiserschnitt zugestimmt werden muss. Diesem muss jedoch eine konsequente Aufklärung über Risiken, Nutzen und Alternativen vorausgehen.

*Claudia Hellmers, Beate Schücking*

19 HELLMERS 2005, S. 154

20 HELLMERS/SCHÜCKING 2005, S. 79

21 HELLMERS 2005, S. 143

22 HILDINGSSON/RADESTAD/RUBERTSSON/WALDENSTRÖM 2002, S. 619

23 Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. 2003, S. 96

## Literatur

ÄRZTE-ZEITUNG: Kaiserschnitt erfolgt immer häufiger ohne Indikation.

22.05.2002. Gefunden am 22.12.2002 unter [www.aerztezeitung.de/docs/2002/05/22/093a0901.asp](http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/05/22/093a0901.asp)

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG GMBH: BQS-Qualitätsreport 2003. Kapitel 6. Geburtshilfe, 2004. Gefunden am 28.11.2004 unter [www.bqs-qualitaetsreport.de/2003/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/12Geburtshilfe-2004-07-20.pdf/download](http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2003/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/12Geburtshilfe-2004-07-20.pdf/download)

DUDENHAUSEN, J./PSCHYREMBEL, W.: *Praktische Geburtshilfe mit geburts-hilflichen Operationen*. 19., völlig überarbeitete Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2001

ENKIN, M./KEIRSE, M./NEILSON, J./CROWTHER, C./DULEY, L./HODNETT, E./HOFMEYER, J.: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3. Auflage. Oxford: Oxford University Press, 2000

GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT IN DER AUßERKLINISCHEN GEBURTSHILFE e.V.: *Qualitätsbericht 2003, Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gefunden am 07.06.2005 unter [www.quag.de/downloads/qm\\_bericht2003.pdf](http://www.quag.de/downloads/qm_bericht2003.pdf)

HELLMERS, C.: *Geburtsmodus und Wohlbefinden – eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes*. Noch unveröffentlichte Dissertation an der Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften. Graduiertenkolleg Integrative Kompetenzen und Wohlbefinden, 2005

HELLMERS, C./SCHÜCKING, B.: *Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden*. Die Hebamme, 18 (2), 2005, S. 79–82

HILDINGSSON, I./RADESTAD, I./RUBERTSSON, C./WALDENSTRÖM, U.: *Few women wish to be delivered by caesarean section*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109 (6), 2002, S. 618–623

HILLEMANN, P./ANTHUBER, C./HEPP, H.: *Risiken bei Sectio caesarea und vaginaler Geburt*. Der Gynäkologe, 33 (12), 2000, S. 872–881.

HUCH, A./CHAOUI, R.: *Sectio caesarea*. In: SCHNEIDER, H./HUSSEIN, P./SCHNEIDER, K. (Hrsg.): *Die Geburtshilfe*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2004, S. 765–782

HUSSEIN, P.: *Elective caesarean section versus vaginal delivery. Whither the end of traditional obstetrics?* Archives of Gynecology and Obstetrics (265), 2001, S. 169–174

RINGLER, M./LANGER, M.: *Psychologie der Geburt*. In: DAVIES-OSTERKAMP, S. (Hrsg.): *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim, Basel, Cambridge, New York: VCH Verlagsgesellschaft, 1991, S. 101–113

SCHMIDT, W./HENDRIK, H.: *Mütterliche Kurz- und Langzeitmorbidity der Geburt im Spiegel der zunehmenden Lebenserwartung*. In: HUCH, A./CHAOUI, R./HUCH, R. (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Bremen: Uni-Med Verlag AG, 2001, S. 54–57

SCHÜCKING, B./SCHWARZ, C.: *Technisierung der „normalen“ Geburt. Interventionen im Kreißaal*. In: PARAVICINI, U./ZEMPEL-GINO, M. (Hrsg.): *Dokumentation. Impulse zur Wissenschaftsentwicklung*. Hannover: Wissenschaftliche Reihe NFFG, Band 4. Niedersächsischer Forschungsverbund für Frauen-/Geschlechterforschung in Naturwissenschaften, Technik und Medizin (NFFG) 2004, S. 163–206

THOMAS, J./PARANJOTHY, S.: *Clinical Effectiveness Support Unit. National Sentinel Caesarean Section Audit Report*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London: RCOG Press, 2001

WELSCH, H.: *Sectiomortalität und -letalität in Bayern 1983–1999*. In: HUCH, A./CHAOUI, R./HUCH, R. (Hrsg.): *Sectio caesarea*. Bremen: Uni-Med Verlag AG, 2001, S. 47–50

WHO: *Appropriate technology for birth*. The Lancet, 24 (8), 1985, S. 436–437



Claudia Hellmers ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Osnabrück in der Forschungsgruppe Maternal Health im Fachbereich Humanwissenschaften/Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften. Sie ist Hebamme und Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH) und führte im Rahmen ihrer Dissertation eine Studie zum Thema Wunschkaiserschnitt durch.



Prof. Dr. Beate Schücking ist Professorin für das Fachgebiet Krankheitslehre, Gesundheitslehre und Psychosomatik an der Universität Osnabrück. Sie ist Leiterin der Forschungsgruppe Maternal Health im Fachbereich Humanwissenschaften/Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften und Vizepräsidentin für Forschung und Nachwuchsförderung an der Universität Osnabrück.

## Anschrift:

Universität Osnabrück  
Fachbereich Humanwissenschaften  
Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften  
Forschungsschwerpunkt Maternal Health  
Albrechtstraße 28  
49069 Osnabrück  
chellmers@uos.de

---

# „Wir lernen vor der Geburt, was wir von der Welt zu erwarten haben.“

## Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung und der Geburt

Die vorgeburtliche Beziehung zwischen Mutter und Kind wie auch das Geburtserlebnis prägen das spätere Verhältnis des Kindes zur Welt und zu sich selbst entscheidend, so die These dieses Beitrags aus pränatalpsychologischer Sicht. Dabei wird die zunehmende Zahl von Interventionen in Schwangerschaft und Geburt zu wenig auf ihre psychologischen Folgewirkungen hin untersucht. Der Autor analysiert auch die weit reichende Bedeutung, die die Erkenntnisse pränataler Psychologie für Gesundheitspolitik und Prävention haben.

### Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat sich unsere Einstellung dem Baby und dem Kind vor und während der Geburt gegenüber nachhaltig verändert. In früherer Zeit war der Umgang mit dem Säugling von viel Fremdheit geprägt. Er war mehr noch ein biologisches Wesen, das versorgt wurde, dessen eigene Bedürfnisse aber wenig gesehen wurden. Die korrekte äußere Versorgung war wichtig, wie man auch den damaligen Elternratgebern entnehmen kann. Der Wandel begann Anfang der Siebzigerjahre mit dem „Rooming-in“, das die grundlegenden Beziehungs- und Bindungsbedürfnisse zwischen Mutter und Kind berücksichtigte und deren Bedeutung für eine gesunde Entwicklung anerkannte. Einen Ausdruck fand die neue Einstellung im Schlagwort vom „kompetenten Säugling“.

Mehr im Hintergrund begann sich aber auch die Einstellung zum Kind im Mutterleib zu verändern. Durch Filmaufnahmen und Ultraschallbilder war es „sichtbar“ geworden und gewann dadurch soziale Wirklichkeit. Es gab Berichte über das Verhalten des Kindes vor der Geburt und ebenso Berichte über dessen erstaunliche Lernfähigkeit: vor der Geburt: gehörte Melodien, Geschichten, die Stimme der Mutter wie auch ihre Sprache wurden nachgeburtlich wieder erkannt (JANUS 1997; HÜTHER/KRENS 2005). Die Gedächtnisforschung begann, diesen vorsprachlichen Gedächtnisformen mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Das hatte zur Folge, dass man auch den negativen Einflüssen und deren möglichen Folgen mehr Aufmerksamkeit widmete. Es entwickelte sich eine ausgedehnte Forschung zu den Auswirkungen von vorgeburtlichem Stress bei Tier und Mensch, deren Ergebnis sich in einem Satz zusammenfassen lässt: Gestresste Mütter bringen gestresste Kinder zur Welt, und das hat Langzeitfolgen in Form von Stressempfindlichkeit und Verhaltensauffälligkeiten (JANUS 1997, S. 103 ff.). In den letzten Jahren erkannte man zusätzlich noch den spezifischen hirnpfysiologischen Ablauf bei seelischen Verletzungen und ihren Folgewirkungen und konnte daraus Rückschlüsse auf die Vorgänge und Folgewirkungen bei frühen vorsprachlichen Verletzungen vor, während und nach der Geburt ziehen (HOCHAUF 1999).

Erfolgt diese Beobachtungen aus der Außenperspektive, so gibt es auch Beobachtungen aus der Innenperspektive des gestressten oder verletzten Kindes, wie sie in den psychotherapeutischen Settings sichtbar werden können. Seelische Probleme und Symptome wie etwa Ängstlichkeit, Verstimmbarkeit oder eingeschränkte Belastbarkeit und auch psychosomatische Symptome können ihre Wurzeln in sehr frühen überfordernden Belastungen haben. Hier gibt es in der Zwischenzeit eine sehr weitläufige Literatur mit Einzelfalldarstellungen (ALBERTI 2005; JANUS 2004). Aus diesen Beobachtungen hat sich in den letzten Jahrzehnten der Wissenschaftsbereich der Pränatalpsychologie entwickelt, der in der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) sein wissenschaftliches Forum gefunden hat ([www.isppm.de](http://www.isppm.de)). Im Folgenden sollen nun einige wichtige Themenbereiche der Pränatalen Psychologie, die sich der Erforschung des vorgeburtlichen, geburtlichen und nachgeburtlichen Erlebens und Verhaltens widmet, dargestellt werden. Es sind dies die vorgeburtliche Beziehung, die Geburtserfahrung, die „Frühgeburtlichkeit des Menschen“, die lebensgeschichtliche Bedeutung von vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen, die gesellschaftliche Dimension des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt und die kulturpsychologische und die gesundheitspolitische Bedeutung der frühen vorsprachlichen Erfahrungen.

### Vorgeburtliche Beziehung

Aus zahlreichen Beobachtungen in der Psychotherapie können wir heute schließen, dass in der vorgeburtlichen Zeit prägende emotionale Erfahrungen gemacht werden und die Emotionalität und die Befindlichkeit der Mutter das prägende Milieu für das Verhältnis zur Welt und zu sich selbst ist (ALBERTI 2005; JANUS 1997, 2000, 2004). So kann eine tiefe Zuversichtlichkeit und Lebensbejahung eine Wurzel in einem Gewollt- und Bestätigtsein vor der Geburt haben, wie umgekehrt eine Ablehnung der Welt und eine Rückzugstendenz eine Wurzel in einem Ungewolltsein oder einer Unbezogenheit vor der Geburt haben kann. Die Beobach-

tungen aus der Psychotherapie finden ihre Ergänzungen in der schon genannten Stressforschung und der neurobiologischen Entwicklungsforschung, die feststellt, dass das vorgeburtliche Milieu die synaptischen Verschaltungen im Hirn mitprägt (HÜTHER 2005; VERNY 2003). Wir lernen vor der Geburt, was wir von der Welt zu erwarten haben. Der Hamburger Erziehungswissenschaftler LAUFF hat auch vom „Mutterleib als erstem Erziehungsraum“ gesprochen. Das so genannte Urvertrauen oder Urmisstrauen kann nicht nur in den nachgeburtlichen Erfahrungen wurzeln, sondern wesentlich und grundlegend auch in den vorgeburtlichen Erfahrungen. Die Ergebnisse verschiedenster Untersuchungen hierzu lassen sich in dem schlichten Satz zusammenfassen, dass vorgeburtlich ungewollte und belastete Kinder später unglücklichere, empfindlichere und misstrauischere Menschen sind (HÄSING/JANUS 1999; LEVEND/JANUS 2000). Umgekehrt können gute vorgeburtliche Erfahrungen, wie gesagt, eine lebenslange Ressource für eine vertrauende und bejahende Lebenseinstellung sein. Und hier können Mütter und auch Väter ihre Kinder durch vorgeburtliche Kontaktnahme in bedeutsamer Weise fördern (DITZ/MIKES/NEISES 2002; HIDAS/RAFFAI 2005).

### Die Geburtserfahrung

Zeitgleich haben Mitte der Zwanzigerjahre die Hebamme GARLEIGH, der Psychoanalytiker RANK und der Geburtshelfer SCHWARTZ die Dramatik und auch die mögliche quälende Seite der Geburt entdeckt und beschrieben (Einzelheiten s. JANUS 1997). Hatte man bis dahin die Geburt als ein „natürliches Ereignis“ gesehen, begann man nun, sich in das Erleben des Kindes während der Geburt einzufühlen und mit ihm zu fühlen. Man kann Gefühle des Schreckens und der Verzweiflung aus einer schwierigen Geburtserfahrung unmittelbar in der Mimik und im Verhalten des Neugeborenen ablesen, wie auch Gefühle von Gehobenheit und einer Offenheit und Neugier für Begegnung nach einer guten und stärkenden Geburtserfahrung (Beobachtungen der Hebamme). Man kann in Psychotherapien Beobachtungen von abgründiger Angst und elementaren Enge- und Verzweiflungsgefühlen als Folgewirkungen einer belastenden Geburtserfahrung machen und umgekehrt Gefühle der Vitalität und Abenteuerlust als Folgewirkungen geglückter Geburtserfahrungen beobachten. Und der Geburtshelfer wiederum kann die Verformungen des Kopfes, damit verbundene Verletzungen und die Zeichen der Erschöpfung beim Kind nach der Geburt als Folge eines belastenden Geburtsvorganges erfassen und umgekehrt eine gute Vitalität und Reagibilität des Kindes als Folge einer eher stärkenden Geburtserfahrung. Das Neue bei diesen Beobachtungen Mitte der Zwanzigerjahre bestand darin, dass man dem Kind, das man bis dahin von der Wissenschaft her als biologisches Reflexwesen eingeschätzt hatte, zutraute, dass es seine Geburt erlebt. Diese Sichtweise war damals neu und verstieß gegen den noch vorherrschenden patriarchalen Zeitgeist. Erst in den Siebzigerjahren begann sich die Einstellung, das Kind in seinen Erlebnismöglichkeiten ernst zu nehmen, breiter durchzusetzen und fand ihren Ausdruck in der Forderung nach der „sanften Geburt“.

Es bleibt hier aber noch viel Aufklärungsarbeit zu tun. Die Geburtsmedizin und die Neonatologie sind heute technisch enorm entwickelt und stellen eine früher ungekannte Sicherheit der Geburt her. Die Kehrseite besteht darin, dass

heute Geburten und auch schon die vorgeburtliche Entwicklung durch eine Vielzahl von Interventionen belastet sind, die zu wenig auf ihre psychologischen Folgewirkungen hin reflektiert werden. Für das Kind sind geburtshilfliche Eingriffe und Anästhesien oft sehr dramatische und es in seiner Erlebnisverarbeitung überfordernde Eingriffe, wie wir heute aus zahlreichen psychotherapeutischen Beobachtungen wissen (s. z.B. EMERSON 1997). Die Geburt ist eine ganz tiefe Erfahrung von Sichanstrengen, seinen Weg finden, Sich-durch-etwas-Hindurcharbeiten und auch von Sichbefreien und Triumph. Diese Erfahrung ist so etwas wie ein Pragemuster für das Erleben von späteren Veränderungssituationen im Leben. Und dieses kann durch unvermittelte, überfordernde und traumatische geburtshilfliche Eingriffe in tiefer Weise verwirrt oder verzerrt werden, so dass dann eine Veränderungssituation in scheinbar irrationaler Weise Angst und Panik auslösen kann, weil traumatische Elemente der Geburtserfahrung aktiviert wurden. Umgekehrt ist eine gelingende Geburt so etwas wie eine Initiation in das Goethesche „Wer strebend sich bemüht, den werden wir erlösen“ und das „Stirb und Werde“ des Lebens.

### Die Frühgeburtlichkeit des Menschen

Die Besonderheit des Menschen im Vergleich zu den uns genetisch so verwandten anderen Primaten scheint wesentlich in der so genannten „Frühgeburtlichkeit“ zu bestehen. Aufrechter Gang, Hirnwachstum und Enge des Beckens erzwangen die Vorverlegung des Geburtstermins von etwa 20 Monaten auf neun Monate, so dass wir in einer fötalen Körperlichkeit zur Welt kommen und eine verlängerte Babyzeit haben. Ausgeglichen wurde diese biologische Notsituation durch eine Stärkung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und frühen Eltern-Kind-Beziehung. Die Babys entwickelten Mimik, Augenkontakt und stimmlichen Austausch, um ihre Mütter und auch Väter so zu faszinieren, dass sie sie dazu brachten, die biologische Mangelsituation auszugleichen (MORGAN 1995). Das kleine Affenbaby kann sich einfach an seiner Mutter festhalten und ist in Sicherheit. Beim Menschen wird die Sicherheit durch Beziehungsintensivierung hergestellt und dies prägt unseren Umgang miteinander lebenslang mit der Dominanz von mimischem, stimmlichem Austausch und Augenkontakt.

### Lebensgeschichtliche Bedeutung von vorgeburtlichen und geburtlichen Erfahrungen

Es wurde schon mehrfach angedeutet, dass vorgeburtliche und geburtliche Erfahrungen lebensgeschichtliche Bedeutung haben. Dies ergänzt die bisherigen Beobachtungen in der Tiefenpsychologie über die lebensgeschichtliche Bedeutung kindlicher Erfahrungen. Wenn eine frühe Belastungserfahrung sehr umgrenzt war und die sonstigen Bedingungen günstig waren, kann sich deren Nachwirkung besonders scharf hervorheben. So entwickelte ein junger Mann, der vorgeburtlich einen Abtreibungsversuch als Folge der Beziehungskrise der Eltern erlebt hatte, sonst aber als Kind später sehr gefördert war, ganz spezifisch in Bindungssituationen panikhafte Vernichtungsängste. Seine übrige Lebensgestaltung war sehr bezogen und erfolgreich. Es können sich die Ereignisse aber auch addieren. Eine vorgeburtliche Ängstigung kann sich durch ein nachgeburtliches

Weggegeben werden verstärken und sich dann später zu einer allgemeinen Lebensängstlichkeit steigern. Dann können die Beeinträchtigungen sehr umfassend sein. Ebenso wie die vorgeburtliche Zeit ein „unseliger Unterricht im Leiden“ sein kann, wie der Pädagoge CAMPE schon anfangs des 19. Jahrhunderts bemerkt hatte, kann sie umgekehrt ein lebenslang wirksamer Unterricht in Lebensfreude und Lebensmut sein. Darum sind die Entwicklungen zu einer beziehungsorientierten Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung in unseren Gesellschaften so bedeutsam. Und auch mit Krisen in der Schwangerschaft kann heute in einer wirklich unterstützenden Weise umgegangen werden. So kann etwa der Prozentsatz der Frühgeburten entscheidend gesenkt werden, wenn die vorzeitigen Wehen als psychosoziales Alarmsignal verstanden werden, wie der Pforzheimer Frauenarzt und Geburtshelfer LINDER (1997) zeigen konnte.<sup>1</sup>

Die üblichen Standardwerke zu den neurotischen, psychosomatischen und dissozialen Erkrankungen berücksichtigen die vorgeburtliche und geburtliche Dimension unserer Biografie noch in einer zu wenig systematischen Weise, weil die genannten Beobachtungen noch relativ neu sind und unabhängig in verschiedenen Wissenschaftsfeldern gemacht wurden. Es spielen dabei aber auch traditionsbedingte Vorurteile und Tabus eine Rolle. Dazu kommt, dass die Forschungskapazität der universitären Psychologie bisher zu wenig praxisnah eingesetzt worden ist, weil die Psychologie an den Universitäten zu weit weg vom Feld der sozialen Notstände und der Krankheiten ist. Deshalb besteht trotz wichtiger Einzelarbeiten angesichts der enormen praktischen und gesellschaftlichen Bedeutung dieser Zusammenhänge ein beträchtliches Forschungsdefizit.

### **Gesellschaftliche und kulturelle Bearbeitung der frühen Erfahrung**

Wie uns Untersuchungen an Indianerstämmen gezeigt haben, stehen der Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit und die charakteristische Mentalität eines Stammes in einer tiefen Wechselwirkung mit den Mythen und der wirtschaftlichen Ausrichtung dieses Stammes (ERIKSON 1966). Holzschnittartig zusammengefasst: Der aggressive Jägerstamm der Sioux provoziert bei seinen Säuglingen durch aggressives Abstillen Wut, der passive Fischerstamm der Yeruda macht seine Säuglinge durch Hunger-rituale passiv und sehnsüchtig. So speist sich die zur Jagd nötige Aggressivität bei den Sioux aus ganz frühen Quellen, wie ebenso die Fähigkeit zu monatelangem Warten auf bestimmte Fischzüge bei den Yeruda.

Die kriegerischen Einstellungen in den geschichtlichen Hochkulturen hängen möglicherweise mit einem eher entfremdenden und traumatisierenden Umgang mit den Säuglingen in diesen Kulturen zusammen, wobei hier komplexe Überlagerungen durch Not und Unwissen bestehen, die zum entfremdeten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in der Vergangenheit beigetragen haben. Insgesamt waren die Kindheiten und insbesondere die frühen Kindheiten in den geschichtlichen Kulturen viel leidvoller und traumatischer, als dies von den Historikern wegen ihrer fachlichen Ferne zu Psychologie und Psychotherapie erfasst und reflektiert worden ist (DEMAUSE 1979). Doch lässt sich

heute mit einiger Sicherheit zeigen, dass eine Wurzel der Kriegsbereitschaften in Gesellschaften in kollektiven Mangelsituationen in der frühen Sozialisation begründet liegt (DEMAUSE 2000, 2005). Die Kriege sind auch Reinszenierungen frühen Leids auf der Ebene der Erwachsenen.

### **Kulturpsychologische Bedeutung der frühen Erfahrung**

Vieles spricht dafür, dass wir uns in der Welt nach dem Modell der Mutterleibserfahrung beheimaten beziehungsweise dass wir die Kraft der Urheimat auf eine uns eigentlich fremde Umwelt projizieren und sie uns so vertraut machen, sie zur Heimat erklären. Anders ausgedrückt, wir suchen den Mikrokosmos der vorgeburtlichen Welt im Makrokosmos der äußeren Welt wieder zu finden (RANK 1932) oder wir gestalten sie entsprechend so um, dass sie zu unseren Urbedürfnissen passt. Die philosophische Ausgestaltung dieser Grundidee hat PETER SLOTERDIJK in seinen drei „Sphären“-Büchern gegeben. Ich bin diesen Zusammenhängen ebenfalls an verschiedenen Stellen nachgegangen (JANUS 1997, 2000). Die Kunst hat in dieser Perspektive die wichtige Funktion, frühe Erfahrung und aktuelle Lebenswirklichkeit miteinander zu vermitteln. So wird etwa das im Erleben eines heiligen Hains gegenwärtige Gefühl des uterinen Raumes im Säulenwald des gotischen Kirchenraums wiedererschaffen. Auch in den Mythen lassen sich die frühen Erlebnis-inhalte zeigen (RENGGLI 2003). In der modernen Kunst kommen die vorgeburtlichen und geburtlichen Bezüge und Inhalte oft ganz direkt zum Ausdruck (JANUS 1997; JANUS/EVERTZ 2002). So hat etwa DALI unmittelbar aus seinen pränatalen Imaginationen von belastenden vorgeburtlichen Erfahrungen geschöpft, wie er in seinen Autobiographien beschrieben hat (JANUS 1997, S. 206 ff.).

### **Gesundheitspolitische Bedeutung und Prävention**

Die Konvergenz der Beobachtungen aus Psychotherapie, Stressforschung, Psychotraumatologie und neurobiologischer Entwicklungsforschung belegt die eigene Bedeutung vorgeburtlicher, geburtlicher und früher nachgeburtlicher Erfahrungen. Das frühe Milieu prägt die Feinstruktur unseres Hirns und unserer Handlungs- und Wahrnehmungsbereitschaften. Wenn auch eine wirkliche Integration dieser Forschungsansätze, die bisher immer fachdisziplinär getrennt waren, erst in Ansätzen geleistet ist, so kann doch jetzt schon von einer prägenden Bedeutung der Frühsozialisation ausgegangen werden. Für die Gesundheitspolitik und die Prävention liegen in dieser Situation große Potenziale und Verantwortlichkeiten. Konkret bedeutet dies, dass Jugendliche und junge Erwachsene in viel umfassenderer Weise, als dies bisher geschieht, auf ihr Leben als Paar, als Eltern und als Mutter oder Vater vorbereitet werden müssten. Es gibt heute im Rahmen von Entwicklungspsychologie und Tiefenpsychologie ein ausgedehntes Wissen, das in den Schulcurricula vermittelt werden könnte, um einer besseren Vorbereitung auf das Leben eine Grundlage zu geben. Heutzutage sind die Lehrinhalte unserer Schule oft zu einseitig auf die berufliche Perspektive ausgerichtet und Herzens- und Lebensbildung kommen zu kurz. Der Schwangerschaftskurs kommt für eine tiefer gehende Vorbereitung auf Elternschaft

<sup>1</sup> S. a. den Beitrag von Neises/Rauchfuß in diesem Heft (Anm. d. Red.)



zu spät. Erste Ansätze für die Vermittlung des speziell von der Pränatalpsychologie zur Verfügung gestellten Wissens in den Unterrichtsinhalten sind in Italien gemacht, wo entsprechende Lehrinhalte auf Grund einer Initiative des Kultusministeriums an einigen Orten in der Oberstufe der Gymnasien vermittelt werden (s. ISPPPE, [www.anep.it](http://www.anep.it)).

Gesundheitspolitisch und ökonomisch ist es sinnvoll, in die Minderung oder gar Beseitigung der Bedingungen für eine belastete und entgleisende Frühsozialisation zu investieren und nicht in die Folgewirkungen, wie es in unserem Gesundheits- und Sozialsystem üblich ist. Mit den Kommunikationsfachleuten SIGRUN HAIBACH und MIKE SCHWARZ haben der Neurowissenschaftler GERALD HÜTHER, der Bindungsforscher KARL-HEINZ BRISCH und ich für das präventive Feld die Initiative New Family gegründet, die in diesem Sinne Krankenkassen und Stiftungen ansprechen und sich zunächst einmal um eine bessere Information bemühen will (Kontakt Sigrun Haibach, Lersnerstraße 40, 60322 Frankfurt). Um die Öffentlichkeit mehr auf diese Zusammenhänge und Verantwortlichkeiten aufmerksam zu machen, hat die ISPPM in Ergänzung zur Charta der UNO zu den Rechten der Kinder eine Charta zu den Rechten des Kindes vor, während und nach der Geburt formuliert und verabschiedet (s. [www.isppm.de](http://www.isppm.de)).

Darüber hinaus haben die Zusammenhänge zwischen Frühsozialisation und Mentalität in einer Gesellschaft auch eine friedenspolitische Dimension. Demokratie und Konfliktfähigkeit können sich nach den Ergebnissen der Psychohistorie nur auf dem Hintergrund leidlich bezogener und nicht zu traumatischen frühkindlichen Sozialisationsbedingungen entwickeln. In diesen Zusammenhängen liegen große Möglichkeiten, über eine Verbesserung der Frühsozialisation und der Elternkompetenz die Friedens- und Demokratiefähigkeit in Gesellschaften zu fördern und ungünstige Entwicklungen besser zu verstehen und präventiv zu beeinflussen (OTTMÜLLER/KURTH 2003; JANUS/KURTH 2004).

Ludwig Janus

#### Literatur

- ALBERTI, B. (2005): *Die Seele fühlt von Anfang an*. München: Kösel
- DEMAUSE, L. (1979): *Hört Ihr die Kinder weinen?* Frankfurt: Suhrkamp
- DEMAUSE, L. (2000): *Was ist Psychohistorie?* Gießen: Psychosozial
- DEMAUSE, L. (2005): *Das emotionale Leben von Nationen*. Klagenfurt: Darva,
- DITZ, S./MIKES, M. A./NEISES, M. (2002): Positive Beeinflussung des Geburts- und Stilllebens durch ein pränatal durchgeführtes Mutter-Fetus-Kommunikationstraining. In: *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 14, S. 307–324.
- EMERSON, W. (1997): Die Folgen von geburtshilflichen Eingriffen. In: JANUS, L./HAIBACH, S. (Hg.): *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. Neu-Isenburg: LinguaMed
- ERIKSON, E. (1966): *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta
- EVERTZ, K./JANUS L. (2003) (Hg.): *Kunstanalyse*. Heidelberg: attes
- HÄSING, H./JANUS L. (1999) (Hg.): *Ungewollte Kinder*. Wiesbaden: text-o-phon
- HIDAS, G./RAFFAI J. (2005): *Die Nabelschnur der Seele*. Gießen: Psychosozial
- HOCHAUF, R. (1999): Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Kindern. In: *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 11, S. 503–517
- HÜTHER, G. (2005): Pränatale Einflüsse auf die Hirnentwicklung. In: KRENS, I., (Hg.): *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie*. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht
- HÜTHER, G., KRENS, I. (2005): *Das Geheimnis der ersten neun Monate – unsere frühesten Prägungen*. Düsseldorf: Walter
- JANUS, L. (1997): *Wie die Seele entsteht?* Heidelberg: Mattes
- JANUS, L. (2000): *Der Seelenraum des Ungeborenen*. Düsseldorf: Walter,
- JANUS, L. (2004): *Pränatale Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Mattes
- JANUS, L./KURTH, W. (2004): *Psychohistorie und Politik*. Heidelberg: Mattes
- LEVEND H./JANUS L. (2000) (Hg.): *Drum hab ich kein Gesicht – Kinder aus ungewollten Schwangerschaften*. Würzburg: Echter
- LINDER, L. (1997): Psychosomatische Aspekte der drohenden Frühgeburt. In: JANUS, L./HAIBACH, S. (Hg.): *Seelisches Erleben vor und während der Geburt*. Neu-Isenburg: LinguaMed
- MORGAN, E. (1995): *The Descent of the Child*. New York, Oxford: Oxford University Press
- OTTMÜLLER, U./KURTH, W. (2003): *Trauma, gesellschaftliche Unbewusstheit und Friedenskompetenz*. Heidelberg: Mattes
- RANK O. (1932): *Der Künstler*. Gießen: Psychosozial
- RENGGLI, F. (2003): *Der Ursprung der Angst – antike Mythen und das Trauma der Geburt*. Düsseldorf: Walter
- RENGGLI, F. (2004): Babytherapie. In: JANUS, L. (Hg.): *Pränatale Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Mattes
- VERNY, T. (2003): *Das Baby von Morgen*. Frankfurt: Zweitausendeins



Dr. med. Ludwig Janus ist seit 1975 Psychoanalytischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Heidelberg sowie Dozent und Lehranalytiker am Psychoanalytischen Weiterbildungsinstitut in Heidelberg. Seit 1995 ist er Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM).

#### Kontakt:

Dr. med. Ludwig Janus  
Köpfelweg 52  
69118 Heidelberg.  
[Lujanus@AOL.com](mailto:Lujanus@AOL.com)

# Schwangerschaftserleben

## Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der BZgA 2004

Was Frauen in der Schwangerschaft bewegt, wie sie sich fühlen, welche Beschwerden sie haben, wie sie sich informieren und welche Themen sie besonders interessieren – diese Fragen stehen im Zentrum der Erhebung. Sie ist Teil der Forschung, auf deren Basis die BZgA in naher Zukunft weitere Medien und Maßnahmen zum Schwerpunktthema „Schwangerschaft“ entwickeln wird.

Die Schwangerschaft ist ein wichtiger Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und Prävention. Interventionen kommen sowohl der werdenden Mutter als auch dem ungeborenen Kind zugute und wirken sich nicht nur zum Zeitpunkt der Schwangerschaft, sondern auch noch nach der Geburt des Kindes positiv auf die Gesundheit beider aus. Schwangere sind auch – insbesondere wenn sie ihr erstes Kind erwarten – besonders offen für gesundheitsbezogene Informationen und eher bereit, gesundheitlich bedenkliche Verhaltensweisen abzulegen. Medien und Maßnahmen für Schwangere können also sowohl für Frauen als auch für ihre Kinder Wirkungen entfalten und sind zudem besonders effektiv, weil sie Menschen in einer sensiblen Lebensphase ansprechen.

Seit 1997 ist die Schwangerschaft ein Schwerpunktthema in der Sexuaufklärung und Familienplanung der BZgA. Es wurden bereits verschiedene Aufklärungsmaterialien, zum Beispiel ein Faltblatt zur Pränataldiagnostik oder ein Dokumentarfilm über Väter im Kreißsaal, entwickelt. Weitere Medien und Materialien, mit denen Schwangere über Themen informiert werden, die aus der Perspektive der Gesundheitsprävention wichtig sind, werden in den nächsten Jahren folgen.

Um mehr über die subjektive Befindlichkeit von Schwangeren, über ihre Einstellungen und ihren Informationsbedarf zu erfahren und die neuen Medien besser darauf abstimmen zu können, hat die BZgA eine repräsentative Befragung beauftragt. Die Probanden wurden von dem Meinungsforschungsinstitut TNS Healthcare nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und gaben Auskunft über verschiedene Aspekte des Schwangerschaftserlebens sowie über ihre Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik und über ihre Zukunftserwartungen.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse zum Schwangerschaftserleben dargestellt, denen folgende Fragen zugrunde liegen: Welches Alter ist – aus Sicht der Frauen – das beste für eine Schwangerschaft? Was ist die optimale Kinderzahl? Wie wohl fühlen sich die Schwangeren und welche Beschwerden treten auf? Welche Gefühle sind mit der Schwangerschaft verbunden? Wie informieren sich die Schwangeren und welche Themen interessieren sie besonders? Um die Ergebnisse nicht zu verzerren, haben wir ausschließlich Frauen einbezogen, deren Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist, d.h. die sich mindestens in der 20. Schwangerschaftswoche befinden (559 Frauen).

### Methode der Datenerhebung

Bei turnusmäßigen Befragungen von rund 30.000 Haushalten, Mitgliedern des TNS ACCESS Panels, wurde 2003 und 2004 in drei Wellen eine Screening-Frage nach schwangeren Haushaltsmitgliedern gestellt.<sup>1</sup> In etwa 2 % der Haushalte befand sich eine Schwangere, die auch den voraussichtlichen Geburtstermin angeben konnte. Diese Frauen wurden gezielt ab der 20. Woche ihrer Schwangerschaft angeschrieben und um die Beantwortung eines umfangreichen Fragebogens (25 Seiten) gebeten.<sup>2</sup> Die Antwortbereitschaft der Schwangeren war sehr hoch, was sich auch in einer Ausschöpfungsquote von 72 % zeigt. 791 rücklaufende Fragebogen wurden insgesamt ausgewertet; 559 stammen von Schwangeren in der 20. bis 40. Woche.

Dieses Sample ist hinsichtlich mehrerer Kriterien repräsentativ für die Gesamtheit der Schwangeren in Deutschland, zum Beispiel hinsichtlich der Region, in der sie leben, des mittleren Alters bei der Geburt des ersten und zweiten Kindes, der durchschnittlichen Anzahl der bereits geborenen Kinder, des Anteils der Erst- und Mehrgebärenden sowie der Erwerbstätigen. Feststellen lässt sich jedoch ein Mittelschicht-Bias: Frauen, die schlechter ausgebildet sind, haben den Fragebogen seltener beantwortet. Nicht berücksichtigt wurden in dieser Untersuchung die Migrantinnen.

<sup>1</sup> Das ACCESS Panel besteht aus einem Pool von Adressen befragungsbereiter Haushalte. Die Adressen streuen über alle Gemeinden des Bundesgebiets und sind somit regional repräsentativ.

<sup>2</sup> Die meisten Anschreiben enthielten einen weiteren Fragebogen, der an eine andere schwangere Frau aus dem Bekanntenkreis des Panel-Mitglieds weitergegeben werden sollte. Das Rekrutieren weiterer Schwangerer nach dem „Schneeballverfahren“ war jedoch nur bedingt erfolgreich: Nur 11 % der Frauen wurden auf diesem Weg für die Untersuchung gewonnen. 89 % stammen aus dem ACCESS Panel.

## Das beste Alter und die optimale Kinderzahl

Da Kinder eher dann geplant werden, wenn (auch) das Alter der Eltern als passend empfunden wird, kann der Anteil geplanter Schwangerschaften in einer Altersgruppe Aufschluss darüber geben, welches Lebensalter im Allgemeinen als „das beste“ für eine Schwangerschaft gilt.

Über 70% der Befragten im Alter zwischen 25 und 34 Jahren sagen, dass sie die feste Absicht hatten, schwanger zu werden. Bei weniger als jeder zehnten Frau in dieser Altersgruppe war die Schwangerschaft zum jetzigen Zeitpunkt ungewollt. Ganz anders sieht es bei den sehr jungen und den älteren Schwangeren aus: Die Mehrheit der unter 25- und der über 40-Jährigen gibt an, dass die Schwangerschaft nicht geplant oder zum Zeitpunkt ihres Eintretens ungewollt war. Es scheint also einen breiten Konsens darüber zu geben, dass man Kinder erst ab Mitte 20 bekommen sollte. Mit 35 und insbesondere mit über 40 schließt sich das optimale Zeitfenster nach Einschätzung der Schwangeren wieder.

Dass sie die feste Absicht hatten, schwanger zu werden, sagen insbesondere Frauen, die bereits ein Kind haben: 76% der Ein-Kind-Mütter haben ihr zweites Kind geplant. Nur 6% geben an, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht schwanger werden wollten. Sind bereits zwei Kinder in der Familie vorhanden, ist ein drittes Kind von nur noch etwa der Hälfte der Mütter geplant, ein viertes von 38%. Die Ergebnisse bestätigen die verbreitete Präferenz für die Zwei-Kind-Familie.

## Gründe für den Verzicht auf ein weiteres Kind

Wir haben uns gefragt, warum viele Eltern auf ein zweites, drittes oder viertes Kind verzichten. 322 der werdenden Mütter geben an, dass sie kein weiteres Kind mehr möchten. Als Grund nennen die meisten Schwangeren (70%), dass mit der Geburt des Babys ihre persönliche Wunschkinderzahl erreicht ist. Über die Hälfte der Frauen gibt an, dass (auch) finanzielle Gründe ihrem Kinderwunsch entgegenstehen. Die dritt- und vierthäufigsten Nennungen sind ungeeignete Wohnverhältnisse und berufliche Gründe.

Dass die Wunschkinderzahl erreicht ist, sagen zum Zeitpunkt der gegenwärtigen Schwangerschaft überwiegend Mütter eines Kindes, die mit der Geburt des Babys das Zwei-Kind-Familien-Ideal realisieren (85%); ungeeignete Wohnverhältnisse tragen insbesondere bei Familien mit zwei oder mehr Kindern zu einem Verzicht auf weiteren Nachwuchs bei (49%), und berufliche Gründe werden überwiegend von kinderlosen Schwangeren genannt (42%).

## Wohlgefühl und Gesundheit

Nach ihrem generellen Befinden befragt, sagen die meisten Frauen, dass sie sich in ihrer Schwangerschaft „wohl“ oder „sehr wohl“ fühlen (79%). Bei den Mehrgebärenden ist der Anteil der Frauen, die ihr Befinden als „weniger wohl“ und „gar nicht wohl“ bezeichnen, deutlich höher als bei den kinderlosen Schwangeren (25% versus 17%). Möglicherweise kommt hier die in der Regel höhere Belastung von schwangeren Müttern zum Ausdruck.

Um den allgemeinen Gesundheitszustand der Schwangeren einschätzen zu können, wurden die Frauen nach der Anzahl der Tage gefragt, an denen sie in den letzten vier

Wochen wegen gesundheitlicher Beschwerden im Bett bleiben mussten. 23% der Frauen waren an durchschnittlich 6,1 Tagen an das Bett gebunden. Erstaunlich ist, dass die älteren Schwangeren im Durchschnitt weniger Tage im Bett verbrachten als die jüngeren: So liegt der Durchschnitt in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen bei 7,8 Tagen, bei den 35- bis 39-Jährigen aber bei nur 4,4 Tagen.

## Unter welchen Beschwerden leiden Schwangere?

Von leichten gesundheitlichen Beschwerden wie zum Beispiel Müdigkeit oder Sodbrennen berichten fast alle Schwangeren. Demgegenüber treten Beeinträchtigungen, die mit einem hohen Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind einhergehen, selten auf, werden aber als besonders belastend erlebt.

Die am häufigsten genannte Befindlichkeitsstörung ist „Müdigkeit“: 95% der Schwangeren geben an, dass sie sich „häufig“ oder „manchmal“ müde fühlen. Jede fünfte dieser Frauen empfindet die Müdigkeit als „sehr belastend“. Jeweils fast 80% leiden unter Erschöpfung und Rückenschmerzen, 64% unter Schlafstörungen. Diese häufig auftretenden, „typischen“ Schwangerschaftsbeschwerden werden als störend, aber – mit Ausnahme der Kreuz- und Rückenschmerzen – oft nicht als belastend eingeschätzt.

„Untypische Blutungen“ werden am seltensten genannt, wirken sich aber besonders stark auf das Schwangerschaftserleben aus: 76% der Frauen mit „untypischen Blutungen“ fühlen sich dadurch „sehr belastet“. Auch andere Beschwerden, die hohe Risiken für Mutter und Kind bergen wie zum Beispiel „vorzeitige Wehen“ und „Erbrechen“ beeinträchtigen die Befindlichkeit sehr stark.

## Ambivalenzen in der Schwangerschaft

Eine große Mehrheit der Schwangeren gibt an, sich in ihrer Schwangerschaft „wohl“ oder „sehr wohl“ zu fühlen. Um neben dieser generellen Einschätzung einen Einblick in die ganz konkreten Gefühle zu erhalten, die mit einer Schwangerschaft verbunden sein können, wurden die Frauen noch einmal explizit nach verschiedenen Aspekten ihres momentanen Gefühlszustandes befragt. Über 85% der Schwangeren antworten, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung über ihre Schwangerschaft „erfreut“ sind; 78% bezeichnen sich als „optimistisch“, 61% als „erfüllt“. Hier kommt ein ausgesprochen positives Erleben der Schwangerschaft zum Ausdruck. Gleichzeitig berichten die Frauen jedoch auch von negativen Gefühlen: 35% sind (auch) „besorgt“; ein Viertel bezeichnet sich als „gestresst“ und 13% der Frauen fühlen sich „niedergeschlagen“.

Trotz der fast durchweg positiven Grundeinstellung gegenüber ihrer Schwangerschaft schwingen bei vielen Frauen auch negative Gefühle mit. Gestresst fühlen sich insbesondere Schwangere der mittleren Altersgruppen; Sorgen machen sich vor allem sehr junge Frauen und Schwangere über 40, von denen sich fast die Hälfte als „besorgt“ einschätzt. Der Anteil der Niedergeschlagenen ist in allen Altersgruppen annähernd gleich.

## Unterstützung – benötigt und erhalten

Die Schwangeren wurden gefragt, welche Art der Unterstützung sie benötigen und welche sie erhalten. Bei einigen Unterstützungsarten gibt mehr als die Hälfte der befragten Frauen an, mehr Unterstützung zu erhalten, als sie eigentlich benötigen, zum Beispiel Hilfe bei regelmäßig anfallenden Aufgaben und kurzfristige Hilfe in dringenden Fällen. Auch „Dinge für das Kind“ (z.B. Kleidung oder Spielsachen) erhalten die Frauen oft mehr als sie eigentlich brauchen.

Demgegenüber werden andere Formen der Unterstützung häufig vermisst: So sagt ein Viertel der Schwangeren, dass es weniger finanzielle oder materielle Zuwendungen erhält als notwendig. Ein Fünftel vermisst Bestätigung und Anerkennung von anderen Personen; ein weiteres Fünftel benötigt Ratschläge und Informationen bei praktischen Dingen.

Interessant ist ein Vergleich der Antworten von Schwangeren unterschiedlicher sozialer Lagen. Den Frauen wurde über verschiedene Indikatoren (z.B. Bildung und Einkommen) eine Position in einem Schichtkontinuum zugewiesen. werdende Mütter mit geringer Bildung und/oder niedrigem Einkommen benötigen nach eigener Einschätzung in allen Bereichen deutlich mehr Unterstützung als andere Frauen: Die höhere Bedürftigkeit betrifft nicht nur die finanziellen oder materiellen Zuwendungen – fast die Hälfte dieser Gruppe benötigt mehr als sie erhält –, sondern auch zum Beispiel Bestätigung und Anerkennung von anderen Personen (30%), einen Gesprächspartner für persönliche Angelegenheiten (28%) oder Ratschläge/Informationen bei praktischen Dingen (33%).

## Informationsquellen – welche werden genutzt, welche sind hilfreich?

Die am häufigsten genutzte Informationsquelle in der Schwangerschaft ist die Ärztin beziehungsweise der Arzt: Drei Viertel der Frauen haben in der gynäkologischen Praxis Neues erfahren. Etwas weniger (69%) bezogen Informationen aus Broschüren, von Hebammen (68%) oder aus Büchern (64%). Selten informieren sich Schwangere in Beratungsstellen (13%), über Werbung (13%), in der Apotheke (9%) oder über Vorträge/Seminare/Lehrveranstaltungen (8%).

Ärztin/Arzt und Hebamme sind die mit Abstand wichtigsten AnsprechpartnerInnen der Schwangeren. Sie sind nicht nur die am häufigsten in Anspruch genommenen Informationsquellen, sondern werden auch als besonders hilfreich eingeschätzt: 91% der Schwangeren, die von einer Hebamme Neues erfahren haben, fanden diese Informationen nützlich; 89% schätzten (auch) die ärztlichen Informationen als besonders wertvoll ein.

Besonders zufrieden waren auch die Schwangeren, die sich im Internet informierten. Zwar haben nur 41% der Frauen Neues zum Thema Schwangerschaft im Internet gesucht, von diesen beurteilten jedoch 89% die dort gefundenen Informationen als hilfreich. Offensichtlich ist das Internet ein noch nicht sehr bekanntes Informationsmedium für werdende Mütter, scheint sich aber sehr gut zur Informationsvermittlung zu eignen.

## Was interessiert die Schwangeren?

Fast alle Schwangeren – bei den Erstgebärenden 98% – haben sich über die Entwicklung des Kindes im Mutterleib informiert. Das zweitwichtigste Thema ist der Schwangerschaftsverlauf, gefolgt von der Geburt, der Geburtsvorbereitung und dem Stillen. Es ist wenig überraschend, dass Erstgebärende bei allen Themen eher nach Informationen gesucht haben, als Frauen, die bereits mindestens ein Kind geboren haben.

In einer offenen Abfrage erläuterten die Frauen den Grund für ihre intensive Beschäftigung mit einem bestimmten Thema. Auffällig ist, dass sich die Schwangeren eher über Themen informieren, die positiv besetzt sind: So wird etwa die Entwicklung des Kindes im Mutterleib, für die sich fast alle Frauen interessiert haben, auch ganz besonders positiv erlebt. Für einen Großteil der Schwangeren ist „jede Woche, jeder Monat sehr faszinierend, was alles so passiert“, einige empfinden dies als das „Interessanteste und Schönste in der Schwangerschaft“ und bezeichnen es als „Wunder der Natur“.

Deutlich seltener haben sich die Frauen über Themen informiert, die mit negativen Gefühlen verbunden sind. Am wenigsten interessant fanden sie Informationen über pränatale Diagnostik, über Fehlbildungen, über Früh- und Fehlgeburten, über den plötzlichen Kindstod oder über die Vererbung genetischer Krankheiten. Die hauptsächliche Beschäftigung mit angenehmen Themen in der Schwangerschaft und die Ausblendung von Informationen, die Angst erzeugen können, ist ein Mechanismus des Selbstschutzes. Er trägt dazu bei, dass Frauen in der Ausnahmesituation einer Schwangerschaft eine optimistisch gelassene Grundhaltung beibehalten können. Wichtig ist jedoch, dass auch die mit negativen Assoziationen belasteten Themen, die aber für Vorsorge und Prävention von besonderer Bedeutung sind, den Schwangeren so vermittelt werden können, dass sie das Schwangerschaftserleben nicht beeinträchtigen.

*Ilona Renner*



*Ilona Renner ist Soziologin. Seit 1999 arbeitet sie in der Abteilung „Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung“ der BZgA als Referentin für Forschung und Evaluation.*

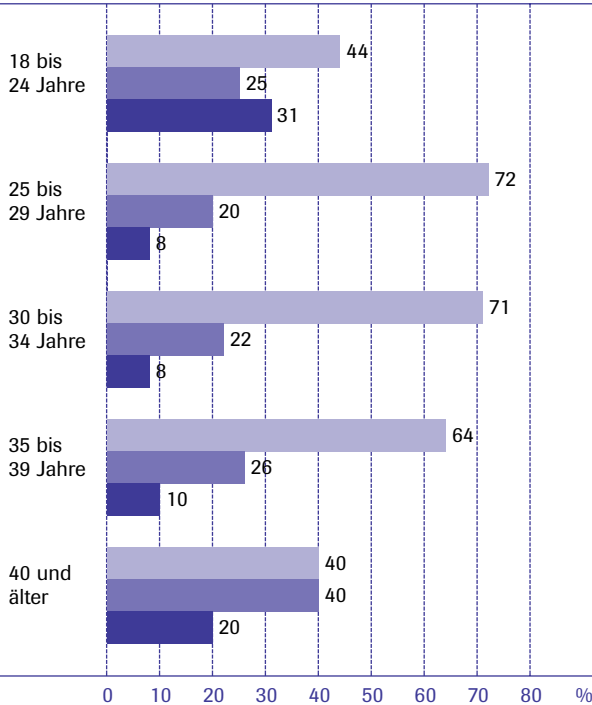
### **Kontakt:**

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ilona Renner  
Ostmerheimer Straße 220  
51109 Köln  
ilona.renner@bzga.de*

1

### Planung der Schwangerschaft in den Altersklassen

- ja, ich hatte die feste Absicht, schwanger zu werden
- ich hatte es darauf ankommen lassen
- nein, ich wollte zu diesem Zeitpunkt nicht schwanger werden

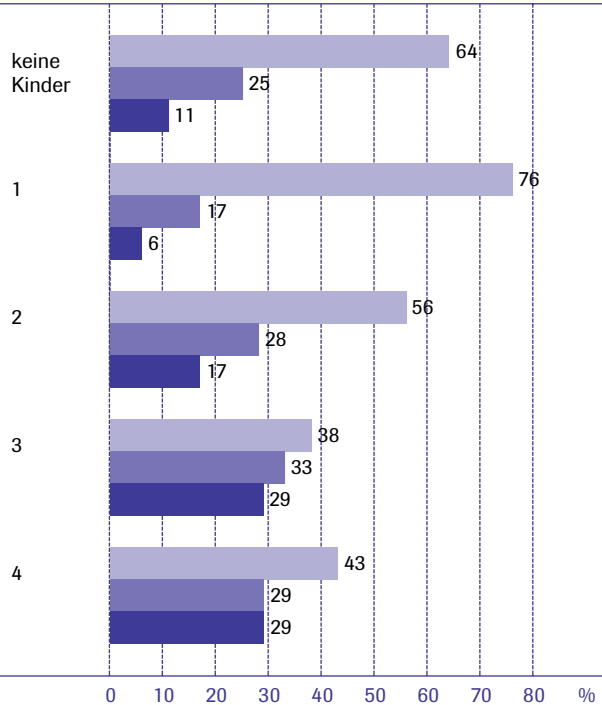


Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

2

### Planung der Schwangerschaft bezogen auf Anzahl der Kinder

- ja, ich hatte die feste Absicht, schwanger zu werden
- ich hatte es darauf ankommen lassen
- nein, ich wollte zu diesem Zeitpunkt nicht schwanger werden

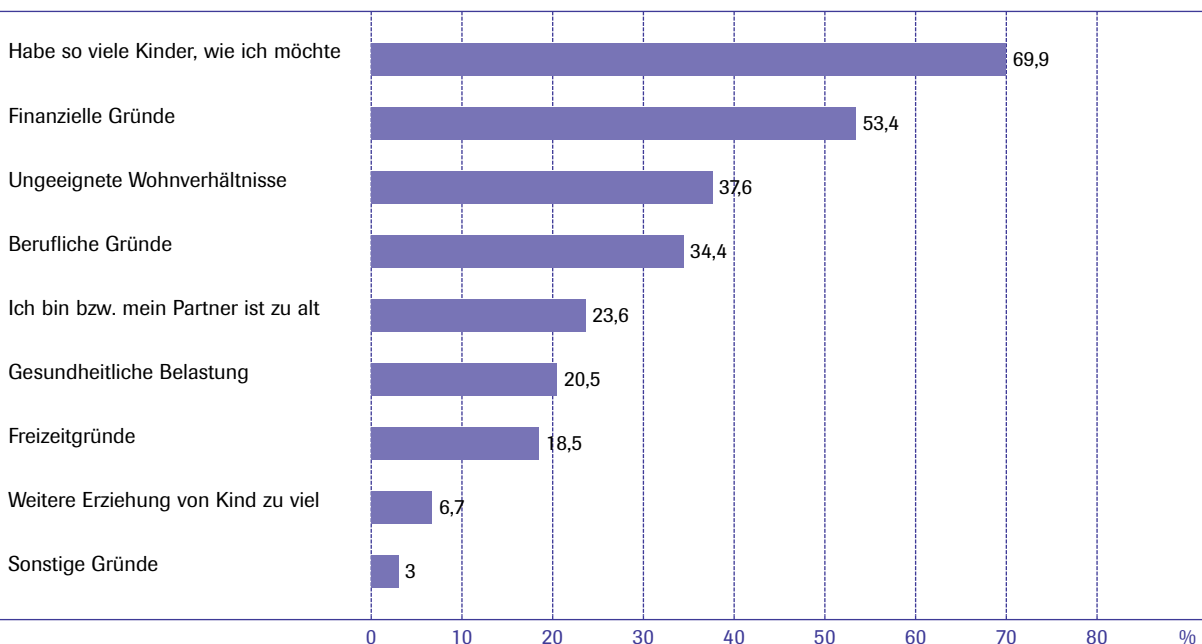


Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3

### Gründe, kein weiteres Kind zu wollen

**Top Two Boxes (in %)**  
„Grund trifft voll und ganz zu/ziemlich zutreffend“



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## 4

**Benötigte und erhaltene Unterstützung im Vergleich**

Für alle Schichten (in %)

Hilfe bei regelmäßig anfallenden Aufgaben	56	37	7
Kurzfristige Hilfe in dringenden Fällen	51	44	5
Bestätigung und Anerkennung von anderen Personen	38	41	21
Gesprächspartner für persönliche Angelegenheiten	40	46	14
Ratschläge zum Umgang mit dem Säugling	48	43	10
Ratschläge/Informationen bei praktischen Dingen	29	52	19
Möglichkeit, etwas mit anderen zu unternehmen	38	46	16
Dinge für das Kind	54	36	10
Finanzielle oder materielle Zuwendungen	33	43	24
Anregungen zum Nachdenken/Meinungsaustausch	24	68	8
Unterstützung bei Streit und Konflikten	22	68	9
Hilfe und Unterstützung bei beruflichen Problemen	19	71	10

und sofern bereits ältere Kinder vorhanden sind:

Hilfe bei der Beaufsichtigung der älteren Kinder	41	49	10
Ratschläge, die die älteren Kinder betreffen	31	63	6
Personen, die Kinder in den Kindergarten/Schule bringen	20	71	8

■ mehr als benötigt    ■ angemessen    ■ weniger als benötigt

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## 5

**Informationsquellen während der Schwangerschaft**

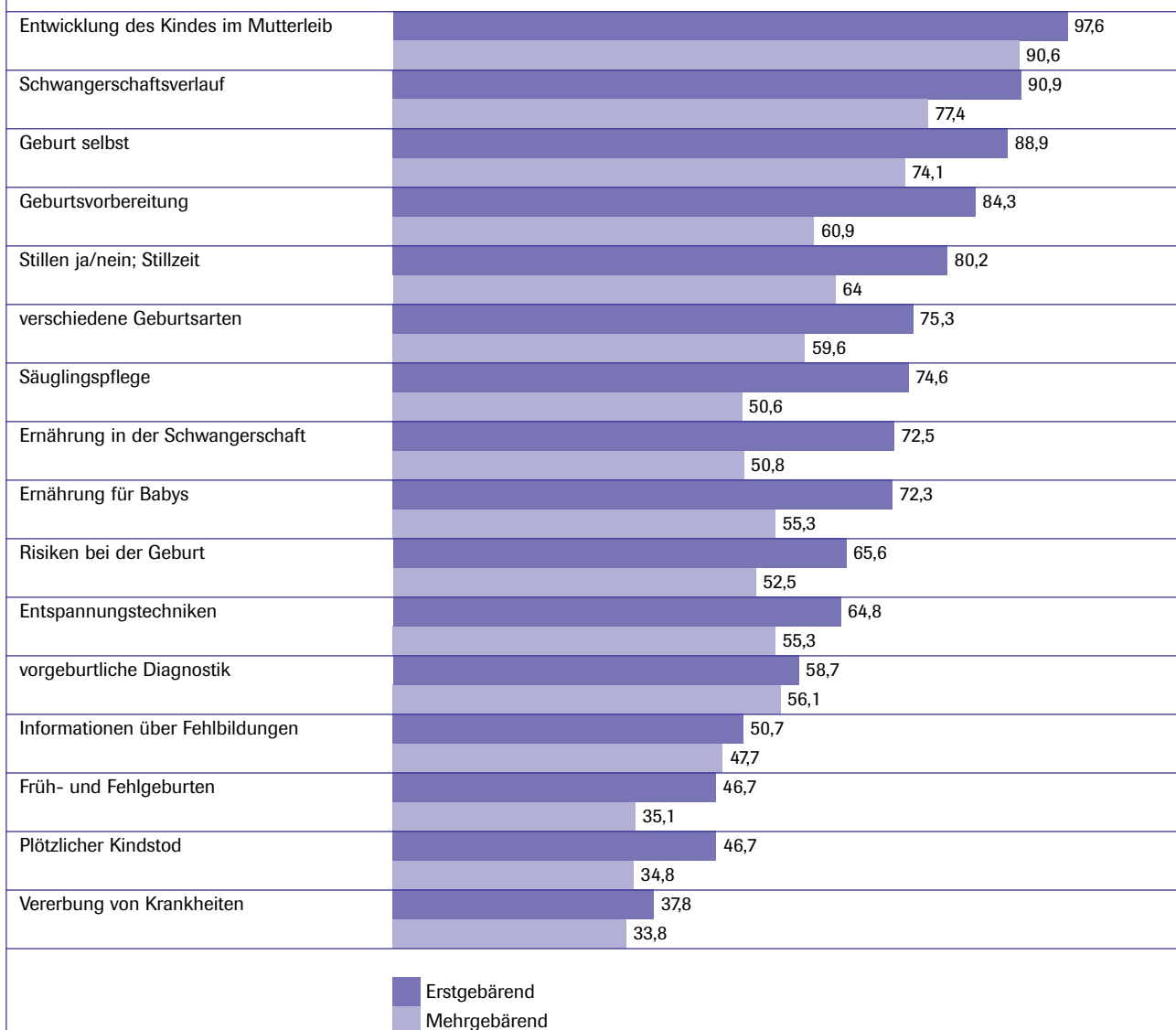
	Nutzung der Informationsquelle (in %)	War hilfreich bezogen auf die Nutzer (in %)
Ärztin/Arzt	75	89
Infobroschüren	69	82
Hebamme	68	91
Bücher	64	89
Berichte in Illustrierten/Zeitung	59	80
Geburtsvorbereitungskurse	58	87
Gespräche mit Freunden/Verwandten	53	70
Beste Freundin	49	75
Gespräche mit Partner	48	86
Internet	41	89
Filme, Fernsehsendungen	32	62
Gespräche in Beratungsstelle	13	72
Werbung, Werbeprospekte	13	37
Beratungsgespräche in der Apotheke	9	71
Vorträge, Seminare, Lehrveranstaltungen	8	76

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

## 6

**Themen, die Mütter am meisten interessieren**

**Top Two Boxes** „Ich habe mich für folgendes Thema sehr/ziemlich interessiert“  
(in %)



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



# Das Thema „Schwangerschaft“ im Internet

## Ein neues Angebot der BZgA

In der Hierarchie wichtiger Informationsquellen steht für die Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen, zu denen die meisten (werdenden) Eltern zählen, das Internet bereits an dritter Stelle. Angesichts der Vielzahl von zum Teil kommerziellen Angeboten im Themenfeld „Schwangerschaft“ hat die BZgA das Portal „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ entwickelt, das aktuelle, qualitätsgesicherte Informationen bietet.

### Das Internet als Informationsmedium

Das Internet hat in wenigen Jahren als Informations- und Kommunikationsplattform eine enorme Bedeutung erlangt und eine einzigartige Entwicklung und Verbreitung erlebt. Für über der Hälfte der Bevölkerung ist es von einem exklusiven Luxusartikel zu einem alltäglichen Gebrauchsgegenstand zum Abruf von Informationen geworden. Den höchsten Anteil unter den NutzerInnen verzeichnet die Gruppe der 14- bis 19-Jährigen; für sie ist es ein selbstverständliches Informationsmedium, dessen Stellenwert unstrittig ist. Perspektivisch wird sich das Internet weiter als feste Größe bei der Informationsbeschaffung etablieren und sich auch in den restlichen Bevölkerungsgruppen weiter verbreiten.

Zunehmend gewinnt es auch an Bedeutung bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen. Eine repräsentative Befragung der BZgA 2004 ergab, dass über 40% der Schwangeren Schwangerschaftsinformationen im Internet suchten und fast 90% die dort gefundenen Informationen hilfreich fanden.<sup>1</sup>

### Internetnutzung nach Alter und Geschlecht

Circa 55% der Bevölkerung ab 14 Jahre benutzen mittlerweile in unterschiedlichen Ausmaßen das Internet, dabei gibt es allerdings deutliche Alters- und Geschlechtsunterschiede. In der Altersgruppe zwischen 14 und 29 Jahren nutzten 2004 über 80% das Web, bei den 30- bis 49-Jährigen waren es immerhin noch knapp 70%, bei den über 60-Jährigen nur noch etwa 13%. Aufgeschlüsselt nach Geschlecht waren in 2004 etwa 60% der Männer online und etwas über 45% der Frauen.

Bei den bis 29-Jährigen gab es noch keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern, hier waren rund 80% der weiblichen und männlichen Bevölkerung online. Danach gehen die Zahlen auseinander: Bei den bis 39-Jährigen nutzten noch etwa 67% Frauen, demgegenüber aber 79% Män-

ner das Internet. Der Frauenanteil unter den NutzerInnen nahm dann deutlich bei der Gruppe der über 40-Jährigen ab, bei den Männern erst bei den über 50-Jährigen.

### Internetnutzung nach Bildung und Geschlecht

Die Zahlen zeigen, dass eine Korrelation zwischen Bildung, Geschlecht und Internetnutzung besteht. Bei der Internetnutzung gibt es zwischen Schülern und Schülerinnen noch keine Unterschiede und zwischen Akademikern und Akademikerinnen nur geringe. Je niedriger formal der Bildungsabschluss ist, desto geringer ist die Zahl der Onliner bei beiden Geschlechtern, bei den Frauen allerdings noch einmal deutlich geringer als bei den Männern.

In fast allen Berufsgruppen sind Frauen weniger online als Männer, arbeiten sie doch häufiger in Positionen, die keinen Internetanschluss benötigen.

### NutzerInnentypologien

Interessant ist, dass sich ein gravierender Strukturwandel bei den NutzerInnen vollzogen hat: Die Neugier aufs neue Medium verbunden mit Experimentierfreudigkeit und breitem Surfen im Netz hat sich deutlich abgeschwächt und einem gewohnheitsmäßigen Aufsuchen bestimmter persönlich nützlicher Websites Platz gemacht. Die größte Gruppe unter den Onlinern bilden die so genannten „RandnutzerInnen“ oder „SelektivnutzerInnen“, die einmal gefundene passende Seiten immer wieder nutzen. Damit findet sich eine stärkere Habitualisierung und Zielstrebigkeit bei der Internetnutzung als noch vor fünf Jahren. Der/die durchschnittliche NutzerIn hat ein „eng umgrenztes Koordinatensystem, in dem persönliche Fixpunkte definiert sind“ (ARD/ZDF Onlinestudie 2004). Das Nutzungsspektrum hat sich reduziert in Richtung eines von Nützlichkeitsdenken geleiteten, zielgerichteten Umgangs mit dem Web. Hauptsächlich dient das Internet dabei als Informationsbörse und Kommunikationsplattform. Hier hat die E-Mail-Kommunikation eine besondere Bedeutung erlangt.

<sup>1</sup> siehe auch Beitrag von Ilona Renner in diesem Heft

## Anspruch an die Internetnutzbarkeit

Als besonders wichtig bei der Informationssuche gilt die schnelle Verfügbarkeit und Aktualität der Informationen, Übersichtlichkeit und einfache Navigation, eine selbst bestimmbare und beliebig erweiterbare Tiefe der Information und eine gute Verlinkung. Als Störfaktoren gelten mangelnde Sachlichkeit, übermäßige Buntheit, Pop-Ups, Werbung, eine nicht eindeutige Navigation sowie kostenpflichtige Inhalte.

## Das Thema „Schwangerschaft“

Da die Zielgruppe der unter Vierzigjährigen, die Altersgruppe junger Eltern, den neuen Medien gegenüber sehr aufgeschlossen ist, tauchten im Netz schnell auch speziell auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Angebote rund um die Geburt auf. Damit lagen die Anbieter richtig, denn der Gesundheits-Survey des Robert-Koch-Instituts von 2003 zeigt, dass die Bedeutung des Internets bei der Suche nach Gesundheitsinformationen steigt. Zwar stehen Funk und Fernsehen bei der Beschaffung von Gesundheitsinformationen noch mit Abstand an erster Stelle, jedoch folgt dem Medium Buch (Rang 2) direkt das Internet als wichtigste Informationsquelle in der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen.

## Bewertung bestehender Internetportale

Mittlerweile gibt es ein breites Angebot an Internetportalen rund um Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt. Überwiegend sind es Produkte kommerzieller Anbieter, die verschiedenen Sponsorengruppen verpflichtet und deshalb gebunden sind, auf ihren Seiten zum Teil aggressiv um KundInnen zu werben. Neben den eingblendeten Produkten werden zum Beispiel oft Chats von Moderatoren geleitet, die dort neben der Vermittlung von Gesundheitsinformationen auch Produktmarketing betreiben.

Sowohl eine BZgA-Analyse (2003) als auch eine Kurzbewertung der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung von ausgewählten Schwangerschafts-Websites kommt zu dem Ergebnis, dass sich abhängig von der Interessenlage des Informationsanbieters auch das inhaltliche Angebot gestaltet.

Wichtige Qualitätskriterien wie zum Beispiel Aktualitätsangaben von medizinischen Informationen, Angaben der Quellen, die den medizinischen Informationen zu Grunde liegen, Angaben zu Sponsoren beziehungsweise zur Finanzierung der Seiten und damit verbundene explizite Erklärungen der inhaltlichen (Un-)Abhängigkeit der Informationen sowie Angaben über die AutorInnen werden zwar zunehmend, aber immer noch ungenügend berücksichtigt. Inhaltlich unabhängige und nicht kommerzielle Angebote sind selten und in der Regel auch schlechter zu finden.

## Qualitätssiegel

Durch die Entwicklung und Einführung von Qualitätssiegeln wie afgis<sup>2</sup>, HON<sup>3</sup>, Medcertain<sup>4</sup> etc. wurde die Aufmerksamkeit der NutzerInnen auf das Thema Qualitätssicherung gelenkt, die Ansprüche an Transparenz und inhaltliche Qualität der Seiten stiegen. Viele Portale verfügen mittlerweile

über entsprechende Qualitätssiegel. Bestehen bleibt jedoch die Abhängigkeit von Sponsoren und Produktwerbung.

## Das neue Internetportal der BZgA

Die BZgA hat die Bedürfnisse der Zielgruppen „werdende Eltern“, „Frauen und Männer mit potenziellem Kinderwunsch“, „Menschen mit Fragen zu Fruchtbarkeit und Verhütung“, „Menschen mit Beratungsbedarf im Bereich Familienplanung“ aufgegriffen und mit dem Portal „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ ein unabhängiges, nicht kommerzielles Online-Angebot zum Thema Familienplanung konzipiert.

Anspruch ist die Bereitstellung seriöser und umfassender Informationen zu den Themenbereichen Schwangerschaft, Geburt, Kinderwunsch, Übergang zur Elternschaft, Verhütung und Schwangerschaftskonflikt. Dies wird mit Hilfe verschiedener Text- und Stilelemente umgesetzt: Neben Basisinformationen zum Thema Schwangerschaft, Kinderwunsch und Verhütung gibt es Interviews und Erfahrungsberichte, Pro & Contra-Diskussionen von ExpertInnen in strittigen Fachfragen, Statistiken, Hinweise auf aktuelle Informationen und wichtige Studien. Dieser breit gefächerte Informationspool bietet bei aller Vielfalt an Informationen eine gute Orientierung und eine qualitätsgesicherte Grundlage, auf der eigene, der persönlichen Situation angemessene Entscheidungen in Fragen rund um die Familienplanung getroffen werden können.

Bei Beratungsbedarf wird es möglich sein, über das BZgA-Portal einen schnellen, direkten Zugang zu Beratungsstellen zu bekommen und telefonisch oder per E-Mail direkt Kontakt aufzunehmen. In speziellen Dialogfenstern, den so genannten „Minisites“, werden die Beratungsstellen über sich und ihre Angebote ausführlich informieren, so dass im Bedarfsfall die fachlich zuständige Beratungsstelle gezielt ausgewählt und angesprochen werden kann.

Das Angebot ist als Portal aufgebaut mit zielgruppenspezifischen Kanälen zu den Themen:

- Schwangerschaft und Geburt
- Kinder oder keine (Entscheidungshilfen zur Familienplanung)
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Verhütung und Schwangerschaftskonflikt
- Schwanger unter 18
- Beratung

2 afgis ist aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten und von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. durchgeführten Projekt „Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) – Entwicklung und Erprobung von Grundlagen und Strukturen für ein qualitätsgesichertes Gesundheitsinformationsnetzwerk im Internet“ hervorgegangen. In afgis e.V. haben sich Verbände, Körperschaften, Unternehmen und Privatpersonen organisiert, die sich für die Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen einsetzen.

3 HON (Health on the Net) ist eine NGO auf europäischer Ebene, die medizinischen PraktikerInnen und Laien nützliche und qualitätsgesicherte Informationen im Themenbereich Medizin und Gesundheit im Internet zugänglich machen möchte und ethische Standards für Anbieter entwickelt.

4 Der von der Europäischen Gemeinschaft unterstützte Verband Medcertain evaluiert Gesundheitsinformationen im Netz, u.a. in dem sowohl Fachleute als auch medizinische Laien Inhalte nach festgelegten Kriterien bewerten.

## Qualitätssicherung

Die BZgA legt einen besonders großen Wert auf die Qualitätssicherung der angebotenen Informationen auf der Grundlage abgesicherter wissenschaftlicher Studienergebnisse.

Bei der Menge und inhaltlichen Vielfalt der Informationen ist es für ungeübte NutzerInnen oft schwer, seriöse, das heißt wissenschaftlich gesicherte, von interessengeleiteten Informationen zu unterscheiden. Das BZgA-Portal soll ein Beitrag zu einer transparenten Informationsvermittlung sein, bei der Quellen, Links, AutorInnen und Aktualität gekennzeichnet sind. Die Gewährleistung der Gender-Mainstreaming-Prinzipien und die Umsetzung von Barrierefreiheit sind ebenfalls prioritäre Ziele. Durch diese verschiedenen Maßnahmen soll ein hoher Grad an Verlässlichkeit und Aktualität der bereitgestellten Informationen gewährleistet werden.

Das umfassende Konzept der Qualitätssicherung beinhaltet auch die Evaluation des Auftritts, um zu überprüfen, wie Texte, Ansprache und Navigation von den Zielgruppen und von Fachleuten angenommen und beurteilt werden.

Das Portal ist damit – neben der Informationsvermittlung – auch ein positives Beispiel zur Förderung der Internetkompetenz, das heißt es will die NutzerInnen dabei unterstützen, Websites auf die Qualität der angebotenen Informationen hin besser einschätzen zu können. Geplanter Start des Internetportals „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ ist November 2005.

*Petra Otto, Mechthild Paul*



Petra Otto ist Diplom-Pädagogin mit den Themenschwerpunkten „Schwangerschaft, Geburt und Sexualität“. Zur Zeit ist sie unter anderem als redaktionelle Mitarbeiterin im Internetprojekt „familienplanung.de/schwangereninfo.de“ tätig

**Kontakt:**

petraotto@aol.com

Telefon (0221) 712 79 40



Mechthild Paul ist Diplom-Pädagogin und leitet das Referat für Familienplanung in der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung der BZgA.

**Kontakt:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Mechthild Paul

Ostmerheimer Str. 220

51109 Köln

mechthild.paul@bzga.de

### Quellen

- Robert-Koch-Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
- Frauen geben Technik neue Impulse e.V.
- ARD/ZDF Online-Studie 2004
- [www.kompetenzz.de/daten\\_fakten/internet\\_daten\\_fakten](http://www.kompetenzz.de/daten_fakten/internet_daten_fakten)
- [www.kompetenzz.de/content/download/5767/25035/file/GenMain%20Sonderauswertung%20nonliner%202003.pdf](http://www.kompetenzz.de/content/download/5767/25035/file/GenMain%20Sonderauswertung%20nonliner%202003.pdf)
- [www.digitale-chancen.de/content/stories/index.cfm/key.399/secid.16/secid2.49](http://www.digitale-chancen.de/content/stories/index.cfm/key.399/secid.16/secid2.49)
- [www.nonliner-atlas.de/](http://www.nonliner-atlas.de/)
- Urban & Fischer Verlag, (ZaeFQ) (2002) 96: 683-685
- [www.urbanfischer.de/journals/zaefq](http://www.urbanfischer.de/journals/zaefq)

# „Die Geburtshilfe entwickelt sich hin zu einer prospektiven Medizin und einer Medizin der Frau.“

## Ein Gespräch<sup>1</sup> mit Professor Klaus Vetter über Geschichte und Perspektiven der Geburtshilfe und Geburtsmedizin

Im Laufe von rund 50 Jahren haben bahnbrechende medizinische Neuerungen wie etwa Bluttransfusion, CTG und Ultraschall die Geburtshilfe vollständig verändert. Angesichts der gegenwärtigen Möglichkeiten einer prospektiven, angebotsorientierten Medizin kommt den GynäkologInnen verstärkt die Aufgabe zu, gemeinsam mit der schwangeren Frau den individuell richtigen Weg zwischen technikarmer Geburt, etwa im Geburtshaus, und intensiver medizinischer Betreuung zu finden.

**FORUM:** Herr Professor Vetter, wie sehen Sie die Entwicklung der Geburtshilfe in den letzten 50 Jahren? Welche Meilensteine sind hier zu nennen?

**Vetter:** Nach dem Krieg ist ein Wandel eingetreten, als Ost und West getrennt wurden. Im Osten wurde die klinische Geburtshilfe programmatisch betrieben, dort gab es keine außerklinische Geburtshilfe mehr. Man muss sagen, dass in den Großstädten, um 1945, noch etwa 40% der Kinder nicht in Krankenhäusern geboren wurden. Das hat erst später sprunghaft zugenommen. Es gab dann die programmatische Geburtshilfe im Sozialismus, die eine außerklinische Geburtshilfe nicht zuließ – und im Westen starb sie von alleine. In West-Berlin hat es immer etwa 6% außerklinische Geburtshilfe gegeben, das blieb über viele Jahre konstant. Die Hausgeburtshilfe hat stark abgenommen. Wir haben in Berlin sechs oder sieben Geburtshäuser. Hebammen konzentrieren die Geburtshilfe mit kontinuierlicher Betreuung außerhalb der Klinik jetzt in Geburtshäusern, insgesamt zwischen ein und 3%. Das Ganze ist jetzt professionalisiert.

Berlin hat die höchste Rate an außerklinischen Geburten, bundesweit ist es etwa 1%. Die außerklinische Geburtshilfe ist, wenn ich so sagen darf, mehr oder weniger konstant in der Menge geblieben, aber statt zu Hause ihr Kind zu bekommen gehen die Frauen heute ins Geburtshaus, das ist der Trend. Allerdings nicht überall, Großstädte haben mehr Geburtshäuser.

**FORUM:** Kommen wir jetzt auf die inhaltlichen Veränderungen. Welche Meilensteine oder Zäsuren sind hier zu nennen?

**Vetter:** Die Geburtshilfe hat sich völlig gewandelt. Damals, in den Vierziger-, Anfang der Fünfzigerjahre, bis ungefähr 1960, war die Geburtshilfe eine reine Geburtshilfe für die Mutter, das Kind spielte für Entscheidungen fast keine Rolle. Man konnte ja nichts für das Kind machen, es gab noch keine Diagnostik am Kind. Es gab keinen Ultraschall, es gab kein CTG, es gab nichts außer Kindsbewegungen und Herztönen. Einen Kaiserschnitt machte man nur im Notfall, wenn ein Missverhältnis vorlag, oder wenn man nicht weiter wusste, aber selten einmal für ein Kind. Das Kind musste schon sehr deutliche Probleme aufweisen.

**FORUM:** Wie wurden denn in den Fünfzigerjahren

Schwangerschaft und Geburt überwacht?

**Vetter:** Gar nicht wie heute. Man hat den Bauch abgetastet und die Herztöne gehört sowie Kindsbewegungen wahrgenommen.

Hier im alten Kreißsaal war in den Fünfzigerjahren noch ein Wecker eingebaut, der alle 15 Minuten ging. Dann wurden alle Viertelstunden mit dem Pinardschen Hörrohr die Herztöne abgehört. Es gab die klassischen Schwangerschaftszeichen, entweder palpatorisch<sup>2</sup>, der Uterus wuchs, ab 20 Wochen die Kindsbewegungen und das Wachstum des Bauches.

**FORUM:** Welche Veränderungen erscheinen Ihnen am wichtigsten?

**Vetter:** Der erste Meilenstein war die Bluttransfusion, die Möglichkeit, einen Kaiserschnitt zu machen, auch einmal außerhalb einer absolut dringenden Notlage. Man begann, prospektiv zu handeln, nicht erst, wenn das Problem schon da war. Dem Feuer zuvorkommen, zum Beispiel bei der Beckenendlage. Die Diskussion um die Geburt aus Beckenendlage durch Kaiserschnitt begann etwa 1960.

Der Kaiserschnitt wurde zur Option, als die Asepsis, die Antibiotika und die Bluttransfusion verfügbar waren. Ende der Fünfziger stand das System. Bis vor ein paar Jahren ging man davon aus, dass das Risiko des Kaiserschnitts für die Mutter mindestens um den Faktor 10 höher war als dasjenige einer vaginalen Geburt.

**FORUM:** Wie wurde dieses Risiko gesenkt?

**Vetter:** Die Medizin wurde besser, die Techniken wurden einfacher und man machte nicht mehr die Vollnarkose der Art wie damals. Die Narkose war ja eines der zentralen Risiken. Das Narkoserisiko wird auch heute als Operationsrisiko um den Faktor 10 und mehr höher eingeschätzt als das von Spinal- oder Periduralanästhesie.

**FORUM:** Bevor wir jetzt zum Kaiserschnitt kommen ...

**Vetter:** Aber das ist der Turning Point, an dem man sehen kann, was passiert. Wenn also der Kaiserschnitt prospektiv für die Beckenendlage ins Spiel kommt, bedeutet das einen großen Wandel. Das war etwa 1960.

<sup>1</sup> am 13. Mai 2005 im Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

<sup>2</sup> Palpation, das Betasten (Anm. d. Red.)

Als Nächstes kam die intrauterine Überwachung. Professor SALING, mein Vorgänger, hob die Perinatalmedizin<sup>3</sup> aus der Taufe. Er machte Blutuntersuchungen am Ungeborenen unter der Geburt und stellte den Säuren-Basen-Haushalt des Kindes fest, die so genannte Fetalblutanalyse. Das Kind wurde jetzt als Individuum wahrgenommen, es wurde nicht mehr nur die Beckenendlage als Problem behandelt.

Neben den Herztönen waren die ersten Methoden, die halfen, besser über das Kind Bescheid zu wissen: die Mikro- oder Fetalblutuntersuchungen. Ab etwa 1960 wurde das Kind zum Patienten, aber noch nicht in der Schwangerschaft, sondern erst einmal bei der Geburt. Das war die programmatische Kehre weg von der Mutter, die bis dahin im Vordergrund gestanden hatte, hin zum Kind. Dabei bestand durchaus die Gefahr, die Mutter zur Fruchträgerin zu degradieren und nur noch auf die Technik zu achten. Korrigiert wurde das einige Jahre später, zum Beispiel durch LEBROYER und seine Publikationen zur „sanften Geburt“.

**FORUM: War die Einführung der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen 1966 auch ein Meilenstein? Hierüber erhielten die Ärzte doch wichtige Daten über den Schwangerschaftsverlauf.**

**Vetter:** Der Beweis steht aus, dass dem so ist. Es sind damals ja viele Entwicklungen parallel gelaufen. In der Schweiz hat man einen anderen Weg eingeschlagen. Dort hat man keinen Mutterpass eingeführt. Das kann man sich hier gar nicht vorstellen, aber ich meine, unserer ist nicht der einzige gangbare Weg.

**FORUM: Sehen Sie noch weitere Veränderungen?**

**Vetter:** In den Sechzigerjahren die Fetalblutanalyse, 1967 das erste Ultraschallgerät „Vidoson“ von Siemens und in den Siebziger fast gleichzeitig das CTG (Kardiotokogramm, die Herzfrequenz-Wehen-Schreibung).

Basis war die Entwicklung der Elektronik. Jetzt konnte man Ultraschallbilder erzeugen, konnte Geräusche abfiltern und die Herzfrequenzen von Mutter und Kind trennen. Nun war in der Schwangerschaft die Überwachung durch das CTG möglich, und unter der Geburt durch Einsatz der Kopfschwartenelektrode.

**FORUM: Warum verzichtet man jetzt auf den Einsatz der Kopfschwartenelektrode?**

**Vetter:** Die gibt es im Prinzip schon noch, aber bei uns eigentlich nicht mehr. Man war der Meinung, das Kind müsse möglichst lückenlos überwacht werden. Dazu musste man die Fruchtblase öffnen, was die Infektionsgefahr erhöhte. Eine Kopfschwartenelektrode wurde fixiert und nicht selten wurde noch der Wehendruck in der Gebärmutter gemessen. Seit Mitte der Achtzigerjahre kann man auch ohne Kopfschwartenelektrode dank intelligenter elektronischer Logik das Kind unter der Geburt überwachen, ohne die Fruchtblase zu öffnen.

**FORUM: Dreht man sich die Kopfschwartenelektrode unter die eigene Haut, spürt man, wie weh das tut. Ist zu vermuten, dass durch den Schmerz die kindlichen Herztöne verfälscht wurden beziehungsweise sich erhöhten?**

**Vetter:** Ja, das ist möglich. Man muss davon ausgehen, dass Schmerzen erzeugt werden. Es dauert ja immer einige Zeit, bis sich etwas durchsetzt oder verändert. In Berlin konnten wir feststellen, dass es diesbezüglich nach der Wende noch große Unterschiede gab.

**FORUM: Welche Vorteile brachten CTG und Ultraschall?**

**Vetter:** Der Ultraschall machte eine intrauterine Diagnostik möglich, man konnte zunächst die Lage und die Größe des Kindes bestimmen und Herzbewegungen feststellen

sowie Zwillinge sichtbar machen. Heute ist dank technischer Neuentwicklungen eine fast vollständige Abbildung auch innerer Organe des Feten möglich. Der nächste Sprung war dann die Entwicklung der funktionellen Ultraschalluntersuchungen.

Die Dopplersonographie ermöglichte es, Blutströmungsgeschwindigkeiten zu bestimmen und die Blutgefäße sowie das Herz genauer zu untersuchen. Das war etwa 1980, also wieder zehn Jahre später. Man konnte das Kind jetzt ganz anders betrachten. Die Entwicklung des Kindes ist immer durchsichtiger geworden, die Black Box ist immer weiter aufgeklappt worden. Sagt man heute Geburtshilfe, dann meint man etwas ganz anderes als damals. Früher war sie wirklich die Hilfe zur Geburt, noch nicht viel mehr. Dann kam die Pränataldiagnostik dazu. Jetzt begann die Zeit der Schwangerschaftsmedizin.

Heute kann man auf die Genetik des Kindes zurückgreifen und daneben mit dem Ultraschall sein Wachstum verfolgen, die Zahl der Kinder angeben, erkennen, wo das Kind liegt. Dazu kam später die Fehlbildungsdiagnostik, zum Beispiel die Möglichkeit der Diagnose des offenen Rückens. Zusätzlich hatte man die Serumdiagnostik. Man untersuchte das Alphafetoprotein, das AFP.<sup>4</sup> Jetzt blickte man also in die Schwangerschaft hinein, man klappt sozusagen durch den Ultraschall die Gebärmutter auf und schaut hinein.

Ich prognostiziere, dass die Diagnostik an der Schwangerschaft in Zukunft schwerpunktmäßig nach 20 bis 22 Wochen abgeschlossen ist. Wir können die meisten Organe bezüglich Form und zum Teil Funktion analysieren; insbesondere auch das Herz.

Bestimmte genetische Risiken können gezielt ausgeschlossen werden. So könnte man theoretisch, plakativ gesagt, nach 22 Wochen den Körper schließen beziehungsweise nicht mehr öffnen und im Prinzip schauen, ob das Kind noch wächst oder nicht. Die Risiken, die man diagnostiziert hat, sind natürlich gesondert zu beachten.

Eine zunehmende Rolle spielt dann noch die Frage, ob die Mutter einen Diabetes in der Schwangerschaft entwickelt hat. Was aber das Kind angeht, ist der größte Teil der Diagnostik heute schon Mitte der Schwangerschaft abgeschlossen. Das heißt, wenn das Kind seine Lebensfähigkeit erreicht hat, könnten fast alle Diagnosen feststehen.

Die Engländer zum Beispiel haben keine Ultraschalluntersuchung nach 24 Schwangerschaftswochen mehr vorgesehen. Dies hat zur Konsequenz, dass keine späten ultrasonographischen Diagnosen gestellt werden können, und es dann keine späten Abbrüche gibt.

**FORUM: Dann könnte also die Schwangerschaft sich ohne besondere Überwachung weiterentwickeln?**

**Vetter:** Den Hauptteil der Risiken des Kindes, nicht der Mutter, könnte man in der ersten Schwangerschaftshälfte ausschließen. Und das wird so kommen. Diese Intensivierung der Diagnostik bedarf fortschrittlicher Technik und kostet dementsprechend auch Geld. Das könnte man allerdings später sparen. Die Kosten würden damit eigentlich nur nach vorn verschoben.

Zum Beispiel wenn die Blutströmungsanalyse der Uterus-

<sup>3</sup> perinatal, um die Geburt herum, d.h. in der Spanne zwischen dem Beginn des letzten Schwangerschaftsmonats bis zum 7. Lebenstag des Neugeborenen (Anm. d. Red.)

<sup>4</sup> Alphafetoprotein, ein Eiweiß, das im mütterlichen Blut etwa ab der 15. SSW nachgewiesen werden kann und Aufschluss über einen möglichen Neuralrohrdefekt („offener Rücken“) gibt (Anm. d. Red.)



arterien, die die Versorgung der Gebärmutter und damit auch der Plazenta anzeigt, normal ist, dann muss ich dies nicht noch einmal untersuchen, dann ist das so. Ist die Blutversorgung dort nicht normal, so heißt das, dass die Plazenta vielleicht nicht richtig angewachsen ist, und dass es Probleme geben kann. So kann ich also mit dieser Untersuchung unterscheiden zwischen normalem und erhöhtem Risiko. Mit neuen Ultraschallgeräten kann dies diagnostiziert werden, die meisten Gynäkologen machen auch entsprechende Kurse. Da bewegt sich also noch etwas auf uns zu. Dahin geht der Trend. Wir können also sagen, dass die Medizin der Mutter zur Medizin des Kindes geworden ist, von der Geburt hin zur Diagnostik in der Schwangerschaft, zunächst invasiv, jetzt zunehmend nicht-invasiv und prospektiv.

Nehmen wir die Nackentransparenzmessung; damit weise ich nicht nur auf ein mögliches Down-Syndrom hin, sondern hierin äußern sich noch viele andere Befunde. Das kann zum Beispiel auch ein Herzproblem sein, und bei einem positiven Befund muss man sich vielleicht auf eine Operation einstellen oder auf einen veränderten Schwangerschaftsverlauf. Es geht ja nur selten um einen Abbruch, sondern viel häufiger einfach darum, sich auf eine Therapie einzurichten, oder darauf, dass man mit einer Störung leben wird. Mit der pränatalen Diagnostik kann man eben früh erkennen und steuern.

**FORUM: Wie weit sind denn hier schon die medizinischen Eingriffsmöglichkeiten?**

**Vetter:** Sie meinen die Fetalchirurgie? Die Fetalchirurgie ist ja vor einigen Jahren sehr stark überbewertet worden beziehungsweise mit zu großen Hoffnungen versehen worden. Die Anfänge waren dagegen sehr enttäuschend. Man hatte zum Beispiel beim Hydrocephalus versucht durch Druckentlastung während der Schwangerschaft das Problem zu lösen. Die Idee war, eine Druckentlastung zu erzielen indem das Hirnwasser reduziert wird, um damit dem Hirn zu einer normalen Entwicklung zu verhelfen. Das war natürlich Unsinn. Die Störung lag ja nicht selten in der Hirnentwicklung selbst. Es gibt zwar auch Überdruckprobleme, aber das ist eben nicht bei allen das primäre Problem. Ähnlich wurde bei einem Nierenstau gedacht. Tatsächlich profitieren die einen von einer Entlastungspunktion, die anderen aber nicht. Heute geht man das Problem sehr viel zurückhalten an.

Die meisten intrauterinen Eingriffe zwecks Therapie werden heute bei Zwillingen durchgeführt, deren Gefäßverbindungen zu einem Versorgungsungleichgewicht geführt haben, dem so genannten Zwillingstransfusionssyndrom. Die Verödung derartiger Verbindungen wird nur an wenigen Stellen in Deutschland durchgeführt.

Man hat natürlich auch nützliche Eingriffe durchgeführt, wie eine Herzklappensprengung bei Verengung der Herzklappen, wenn das Herz nicht schon geschädigt ist.

Ein anderes Beispiel sind Zwerchfellhernien: Das Zwerchfell hat ein Loch, durch das Bauchorgane in den Brustraum kommen können. Sie verdrängen die Lungen und diese können sich dann nicht ausbilden. Das Kind entwickelt dadurch keine austauschfähigen Lungen, es erstickt quasi, wenn es auf die Welt kommt. Um das zu vermeiden, verschließt man die Luftröhre, so dass das Kind sozusagen einen Rückstau in die Lungen entwickelt, die sich dann entfalten. Dieser neue Ansatz funktioniert zwar nicht in 100%, aber doch in einigen Fällen. Der Eingriff wird nicht über einen Bauchschnitt, sondern durch ein Endoskop durchgeführt. Das ist zwar auch mit Risiken verbunden, aber das Endoskop ist nur ein

kleines Gerät, das in den Mund des Kindes eingeführt wird. Schließlich wird ein Ballon in die Luftröhre platziert und aufgeblasen und damit die Luftröhre vorübergehend verschlossen.

**FORUM: Ist also die Fetalchirurgie in Ihren Augen auch ein Meilenstein?**

**Vetter:** Das muss man noch sehen. Es gibt viele Hoffnungen, zum Beispiel auch beim offenen Rücken, wo man zum Teil davon ausgehen kann, dass das Fruchtwasser schädigend ist. Dort versucht man über eine Abdeckung (Patch), auch endoskopisch, das Fruchtwasser vom empfindlichen Nervengewebe fern zu halten. Das ist aber noch theoretisch und in der Praxis noch nicht ausgereift; insbesondere fehlen Langzeitergebnisse. Aber die große Zeit, die man einmal erwartet hat, ist nicht in dem Maß eingetreten.

**FORUM: Sie haben hier viele medizintechnische Eingriffsmöglichkeiten. Haben Sie den Eindruck, dass das Schwangeren auch Angst vor der Entbindung macht und die Mediziner zum schnelleren medizinischen Eingreifen verleitet?**

**Vetter:** Nein, ein Vorteil ist unsere Konzentration und die Zentralisierung. Wenn ich vorher so viel weiß, kann ich die Frauen auch an den richtigen Geburtsort verweisen. Ich kann also eine großzügige Geburtshilfe auf der einen Seite vorhalten und eine konzentriertere bei Risiken andererseits.

So kann ich mir hier doch etwas leisten, ich kann zum Beispiel eine vaginale Geburt bei Beckenendlage anbieten. Neonatologen, Anästhesisten, Hebammen und viele hilfreiche Leute sind doch im Hintergrund und sorgen für Sicherheit durch rechtzeitige Verfügbarkeit.

**FORUM: Haben Sie alle wichtigen Meilensteine der Geburtshilfe nach dem Zweiten Weltkrieg zusammengefasst?**

**Vetter:** Zusammenfassend könnten wir noch einmal sagen: Wir haben einen Wandel vom Nichts-tun-Können, weil nichts zur Verfügung stand, über das Handeln auf Basis von Befunden, einer Art Beweismedizin, hin zu einer prospektiv orientierten Medizin. Heute können wir vielfach vorhersagen, wie etwas ausgehen wird.

**FORUM: Was sagen Sie zu den weltweit steigenden Kaiserschnittraten? Eine französische Soziologin, ISABELLE AZOULAY, schrieb, Gebären sei etwas, was man der heutigen Frau nicht mehr zumuten sollte.**

**Vetter:** Nick Fisk, ein Australier, der in England lebt, hat gesagt, man würde bald erkennen, dass die vaginale Geburt etwas für „subhuman beings“ sei, also nur Tieren zumutbar. Das ist extrem; dafür bekam er vor einigen Jahren in Hamburg Buhrufe zu hören.

Das Thema hat viele Facetten und die erhöhte Rate von Kaiserschnitten eine Reihe Ursachen: Auf der einen Seite stehen die Veränderungen bei den Müttern. Wir haben eine Akzeleration beim Alter der Mutter einerseits und bei der Größe der Kinder andererseits, das sind die zwei wichtigsten Faktoren. Durch das höhere Alter der Mütter ergibt sich in unseren Ländern auch eine Zunahme von Mehrlingen infolge hormoneller reproduktionsmedizinischer Maßnahmen.

Das Alter ist wahrscheinlich der Hintergrund der Steigerungsraten der Probleme. In den letzten 15 bis 20 Jahren ist das Alter der Mutter um zehn Jahre angestiegen. Damit steigen unter anderem auch die Stoffwechselprobleme der Schwangeren massiv an. Das andere ist eine veränderte Risikosituation beim Kaiserschnitt. So wissen wir heute, dass

bei einem geplanten Kaiserschnitt das Operationsrisiko mit Spinal- oder Periduralanästhesie das Risiko einer geplanten vaginalen Geburt nicht überschreitet.

Wenn eine Erstgebärende fragt: Wie kann ich das Risiko für das Kind minimieren, wie kann ich das Risiko für mich minimieren, und das ganz klar basierend auf wissenschaftlicher Evidenz, dann wird sie rechentechnisch sehen, dass bei einem Kaiserschnitt das Risiko für das Kind überschaubar ist, bis auf ein respiratorisches<sup>5</sup> Restrisiko im Rahmen einer Anpassungsschwierigkeit, und dass das Risiko für die Mutter für die jetzige Schwangerschaft gegenüber der vaginalen Geburt nicht erhöht ist. Der Haken ist aber die nächste Schwangerschaft, die in dieser einfachen Rechnung nicht auftritt: Es kann zum Beispiel zum Einwachsen der Plazenta oder zum Aufreißen der Operationsnarbe an der Gebärmutter (Uterusruptur) kommen. Die Mutter kann daran sterben, das Kind kann daran sterben. Das ist das zukünftige Risiko nach einem Kaiserschnitt. Aber eben nicht für die aktuelle Schwangerschaft.

**FORUM: In der Literatur über Kaiserschnitt finden sich wenig Langzeitstudien über Spätfolgen des Kaiserschnitts bei Mutter und Kind.**

**Vetter:** Was es ganz sicher gibt sind Identitätsprobleme, die solche Frauen bekommen, die sich innerlich über den Erfolg einer normalen Geburt definieren: Sie haben dann entweder etwas verpasst oder nicht geschafft.

**FORUM: Kommt das häufig vor?**

**Vetter:** Es steht nicht im Zentrum normaler Nachkontrollen. Das Risiko eines Kaiserschnitts ist in neuen Studien eigentlich äquivalent mit demjenigen einer geplanten vaginalen Geburt mit offenem Ausgang, aber das Zukunftsrisiko wird gewöhnlich nicht gleichzeitig erforscht. Wenn ein Paar zum Beispiel sechs Kinder haben will, etwa im arabischen Kulturkreis (dazu gibt es publizierte Artikel), vermeidet es – auch aus unserer Erfahrung – zunächst, einen Kaiserschnitt durchführen zu lassen, wegen des Risikos, dass die Frau danach ihre Funktion als Mutter vieler Kinder vielleicht nicht mehr voll erfüllen könnte, wenn sich Komplikationen einstellen. Das sind Gesichtspunkte, die gern übersehen werden.

**FORUM: Es ist schwer nachzuvollziehen, warum die Gesellschaft einerseits das Risiko liebt, Extremsportarten, Bungee-Sprünge, aber vor der Geburt solche Angst entwickelt.**

**Vetter:** Das ist ja auch negativ besetzt, zum Beispiel mit Schmerzen. Würden wir das ebenfalls positiv besetzen, das wird teilweise ja auch gemacht, wäre das etwas anderes – als ob eine Geburt Geld kosten müsste, um im Wert zu steigen.

Das eine ist ein Erlebnis-Risiko, das andere ist ein Lebens-Risiko. Die beiden werden sehr unterschiedlich bewertet. Wenn ich die Geburt als Erlebnis plane und es gelingt, kann das auch so positiv erlebt werden.

**FORUM: Mich erinnert die Begeisterung für den Kaiserschnitt an die Begeisterung über die programmierte Geburt Ende der Siebzigerjahre. Danach fand man bei Kindern gehäuft das Phänomen der Minimalen Cerebralen Dysfunktion (cerebral vermittelte Funktionsstörungen). Gab es da einen Zusammenhang oder warum gab es die programmierte Geburt später nicht mehr?**

**Vetter:** Weil die Medikalisierung aufhörte. Zu den geburtshilflichen Entwicklungen gehörte in den Siebziger-

jahren zum Beispiel die Durchtrittsnarkose, dann verschwand sie plötzlich. Im medizinischen Sprachjargon „schoss“ man die Frauen ab – bei Durchtritt des kindlichen Kopfes. Man hat nicht die Frauen gefragt, wie sie es erlebt haben. Man hat nicht festgestellt, was ist, sondern sich vielmehr an Messdaten orientiert. In der zweiten Hälfte der Siebzigerjahre ging ja alles miteinander zusammen: Das war der Boden für Alternativen zur Standardgeburt in Rückenlage möglichst im Querbett, Dammschnitt etc. LAMAZE, LEBOYER und andere äußerten sich und schrieben Bücher über Erkenntnisse, weg von der technisierten und medikalierten Geburtshilfe. Das Bewusstsein hat sich in der Folge recht schnell und für manche quasi unbemerkt gewandelt.

Auch heute noch werden wir auf Messdaten verpflichtet. Die Krankenkassen zwingen uns dazu, sonst erhalten wir für medizinische Leistungen – und die sind ja gefragt – kein Geld. Diese Entwicklungswelle kommt nun von außen. Standardisierte medizinische Leistungen werden eingekauft. Sie werden wie Waren normiert und bezüglich ihrer Qualität überprüft wie ein technisches Gerät. Entsprechend aufwändig ist die Dokumentation, die heute einen nicht unerheblichen Teil der Tätigkeit einnimmt. Auch diese Entwicklung muss man immer wieder analysieren.

**FORUM: Wohin entwickelt sich die Geburtshilfe?**

**Vetter:** Hin zu einer prospektiven Medizin, aber auch hin zu einer Medizin der Frau. Das heißt, die objektive Beratung wird gesteigert werden müssen und die Frauen werden unter Zugzwang geraten, zu entscheiden, was sie wollen. Was früher medizinisch vorgegeben war, oder von den Krankenkassen vorgehalten wurde, wandelt sich heute zum Angebot.

Ich glaube, wir laufen in eine Angebotsmedizin hinein, weil wir vieles selbst auch nicht besser wissen und manche Entscheidung entsprechend dem persönlichen Lebensplan getroffen werden sollte. Wenn eine Frau wirklich nur ein Kind haben will, werden wir argumentieren, welche Vor- und Nachteile sowohl eine vaginale Geburt als auch ein Kaiserschnitt haben, ihr oder dem Paar dann aber die Entscheidung überlassen.

**FORUM: Wenn Sie auf ihre lange Berufserfahrung zurückblicken, was war die wichtigste Erkenntnis für Sie als praktizierender Geburtshelfer?**

**Vetter:** Ich denke, das Wichtigste ist, zu begreifen, was vom Gegenüber gemeint wird, der kommunikative Aspekt. Wir sind in der Situation, beim Verwirklichen eigener Vorstellungen helfen zu können, damit die Frauen „für sich in der Spur bleiben“ und sich nicht in etwas verstricken, was sie eigentlich nicht möchten. Deshalb heißt auch der nächste DGGG-Kongress: „Frauen, Medizin, Kommunikation – Professionalität im 21. Jahrhundert“.

Als Ärzte sind wir Dienstleister – keine finanzielle, keine medizinische, keine normative, aber auch keine ethische oder moralische Instanz. Wir sind Katalysatoren zum „Zusich-selbst-Kommen“, das steht aus meiner Sicht neben dem Helfen ohne zu schaden im Zentrum unserer Tätigkeit als Geburtshelfer. Dies außerdem zu vermitteln, ist zumindest eines meiner Ziele.

**FORUM: Wenn jetzt eine Frau bei Ihnen wäre, die Sie betreuen, und sie sagt kurz vor der Geburt: „Ich fühle mich jetzt so gut, ich möchte doch daheim gebären.“ Würden Sie sie dabei unterstützen?**

**Vetter:** Natürlich. Unterstützen geht vielleicht etwas zu weit, davon könnten wir ja nicht leben, aber wenn das für sie der richtige Weg wäre, dann ist das okay.

5 die Atmung betreffendes (Anm. d. Red.)



Die Angst vor einer Hausgeburt ist ja grob betrachtet nicht immer begründbar. Es kommt im Einzelfall darauf an, wie erfahren die Menschen sind, die die Frau um sich hat und ob sie sich prospektiv handelnd einbringen. Dann kann es manchmal – im Fall ohne Risiken – besser sein, als in einem kleinen Krankenhaus, wo eventuell die Besetzung schwach ist und es an permanent vorgehaltener geburtshilflicher Kompetenz mangelt. Man muss sehen, wo man steht und nicht alles schematisch, sondern vielmehr sachgerecht und individuell behandeln.

Ich bin ein Anhänger des Zwiebelmodells: Außen befindet sich eine einfache Hebammengeburtshilfe für unkomplizierte Verläufe, zum Beispiel auf unserem Gelände oder nahe dran. Auf jeden Fall sind ausreichend Fachkundige kurzfristig erreichbar. Die Kosten für die Frauen blieben unverändert, es muss keiner zuzahlen. Nach innen folgt eine Standardgeburtshilfe, die voll dem Krankenhaus zuzuordnen ist. Der mittige Kern umfasst die Hoch-Risiko-Geburtshilfe, ja eigentlich Perinatalmedizin, denn hier ist die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten gefragt. Dieser Kern umfasst zwar nur zwei bis 5% aller Geburten, er ist aber das Maß der Dinge, für die an einem Krankenhaus Vorsorge getroffen wurde. Ein derartiges dreistufiges Konzept, das an einem Ort vorgehalten wird, scheint mir zukunftsweisend zu sein.

**FORUM: Herr Professor Vetter, wir danken Ihnen für das Gespräch.**

*Interview: Petra Otto*



*Professor Dr. med. Klaus Vetter ist Chefarzt am Vivantes Klinikum Neukölln (Klinik für Geburtsmedizin) und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.*

**Kontakt:**

*Professor Dr. Klaus Vetter  
Klinik für Geburtsmedizin  
Vivantes Klinikum Neukölln  
Rudower Straße 48  
12351 Berlin*

# „Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht!“

Ein Gespräch<sup>1</sup> mit Professor Alfred Rockenschaub über 50 Jahre Geburtshilfe und die wichtige Rolle der Frau

Heute werden Schwangerschaft und Geburt weniger als natürliche denn als risikoreiche Ereignisse wahrgenommen; geburtsmedizinische Interventionen sind zur Regel geworden. Diese Entwicklung wird aus geburtshilflicher Sicht kritisch bewertet. Rockenschaub plädiert für eine intensive Geburtsvorbereitung, die das Selbstbewusstsein der Frauen stärkt und für eine Rückbesinnung auf einfühlsame „Hebammenkunst“.

**FORUM:** Herr Professor Rockenschaub, Sie haben einen großen Überblick über fast 60 Jahre Geburtshilfe. Wo sehen Sie große positive Entwicklungen und positive Veränderungen in den letzten fünfzig Jahren, wo Fehlentwicklungen?

**Rockenschaub:** Die positive Entwicklung war der soziale und hygienische Fortschritt. Synchron mit diesem und der Verbesserung der sozialhygienischen Verhältnisse sind sowohl Müttersterblichkeit als auch Säuglingssterblichkeit drastisch zurückgegangen.

Wenn jedoch heutzutage, wie sich jüngst herausstellte, an die 93% der Gebärenden geburtsmedizinische Prozeduren über sich ergehen lassen (müssen), die zu gut 22% in einer Kaiserschnittentbindung enden und hierdurch immense Kosten für das Gesundheitssystem entstehen, dann halte ich das für eine extreme Fehlentwicklung, der dringend gesundheitspolitisch gegengesteuert werden sollte.

**FORUM:** Das Positive wäre mehr ein sozialpolitischer als ein medizinischer Erfolg?

**Rockenschaub:** Ohne Zweifel! Und wo es um einen medizinischen Beitrag ging, waren es Entdeckungen in der Biologie, Pathologie, Bakteriologie und Biochemie. So wurden in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Grundlagen für die Bluttransfusion und Antibiotikatherapie geschaffen und deren Anwendung im Zweiten Weltkrieg im Besonderen forciert. Damit waren in der Geburtshilfe die zwei schlimmsten tödlichen Komplikationen, Kindbettfieber und Verblutung, weitgehend gebannt.

**FORUM:** Welche weiteren Fortschritte sehen Sie?

**Rockenschaub:** Ein weiterer Fortschritt, der aber bei Weitem nicht mehr so ins Gewicht fiel wie die Vorteile dank der Bluttransfusion und Antibiotikabehandlung, war die Rhesusprophylaxe. Diese Fortschritte sind jedoch, insbesondere in der Geburtshilfe, nur die eine Seite der Medaille. Ein gravierender Nachteil ergab sich alsbald dadurch, dass – da mit dem Fortschritt auch die Entbindungsoperationen viel weniger gefährlich wurden – in der Geburtsmedizin nur umso leichtfertiger zum Messer gegriffen wurde. Man

huldigte jetzt auch nur umso mehr dem alten Motto: „Die kann das nicht, das machen wir!“

So schürt man denn bei den Frauen die Angst, bei der Geburt könnte dem Kind ein Übel, dem mit einer Entbindungsoperation vorzubeugen wäre, widerfahren. Zu diesem Zweck führte man die Mutterpasskontrollen ein. Man schaut dabei den Harn an, misst den Blutdruck und kontrolliert das Gewicht, lauter Maßnahmen, die andernorts in der Medizin jeder Patient selbst zu erledigen angehalten wird. Die Frauen könnten es natürlich genauso gut, aber sie trauen es sich nicht zu, da ihnen ständig zu verstehen gegeben wird, sie verstünden es nicht.

Was im Übrigen bei den unzähligen ärztlichen Mutterpasskontrollen über das übliche Schema hinausgeht, ist meist überflüssig und erledigt gegebenenfalls eine Hebamme genauso gut.

**FORUM:** Wie werten Sie die vaginale Untersuchung und den Ultraschall in der Vorsorge?

**Rockenschaub:** Ich weiß nicht, warum ununterbrochen vaginal untersucht wird. Zumindest wer die äußere Untersuchungstechnik beherrscht, bedarf nur ausnahmsweise einmal einer vaginalen oder Ultraschalluntersuchung. Bei den routinemäßigen vaginalen Untersuchungen geht es meines Erachtens um die Demonstration eines Machtverhältnisses, dass nämlich die Frau diesen intimen Eingriff selbst auch dann zu dulden hat, wenn er rein willkürlich und nach Gutdünken erfolgt.

Was den Ultraschall betrifft, gibt es eine schon ältere norwegische Studie, die ergeben hat, dass mit Ultraschall beschickte Kinder vermehrt Lesestörungen haben. Auch bei uns soll fast ein Fünftel der Jugendlichen Schwierigkeiten beim Lesen haben. Angehörige der ersten Generation im Gefolge der geburtsmedizinischen Ultraschallroutine? Immerhin werden bei diesen Untersuchungen auf die sich entwickelnden Hirnzellen Druckwellen losgelassen, die so stark sein müssen, dass die zurückgeworfenen Wellen in ein Bild umgewandelt werden können.

Es wäre übrigens nicht das erste Mal, dass man in der Geburtsmedizin Schädigungen durch routinemäßig angewendete Eingriffe erst nach Jahrzehnten anfängt zu bemerken. Zwei Physiker in Hamburg haben die Aussagekraft

<sup>1</sup> am 4. Dezember 2004 in Wien

medizinischer Arbeiten nachgeprüft und haben gefunden, dass vier Fünftel der medizinischen Forschungsarbeiten, da unexakt und fehlerhaft, nicht verwertbar sind. Für die Geburtsmedizin trifft dies meines Erachtens in noch höherem Maße zu.

**FORUM: Sie sagen, eine Geburt braucht eigentlich nicht weh zu tun. Dennoch empfinden Frauen Schmerzen und das Gefühl der maximalen Dehnung. Warum?**

**Rockenschaub:** Wo immer im Körper etwas Ungewöhnliches vor sich geht, dort entsteht ein Warnsignal, und zwar in Form von Schmerz, der mehr oder weniger stark empfunden wird. Wer zum Beispiel bei Überbelastung seiner Gelenke in diesen keinen Schmerz empfindet und diese daher weiter über Gebühr belastet, hat im Nu eine Arthrose. Wer Muskularbeit leistet, bis er nicht mehr kann, dem tut jeder Handgriff weh. Die Geburt ist ein ungewöhnliches Ereignis und eine schwere Arbeit. Sie geht nicht ohne Warnzeichen vor sich. Wie weit diese dann als Schmerz empfunden werden, ist wie bei allen Herausforderungen eine Frage der Grundeinstellung.

Ein weiteres sinnvolles Warnsignal stellt die Angst dar. Wer keine und vor nichts Angst hat, landet irgendwo im Gewahrsam, auf einer Notfallstation, eventuell sogar im Grab. Angst und Schmerz gehören insofern zusammen, als sie sich im Idealfall irgendwie ergänzen. Normale Angst macht vorsichtig und wachsam und daher abwehrfähig, auch in Bezug auf Schmerz. Abnorme Angst dagegen macht jede Kleinigkeit, so auch die geringsten Schmerzen, zum Problem. Anpassung und Abwehr von Belastung, Angst und Schmerz werden in subtiler Weise hormonell gesteuert.

In der Geburtshilfe können wir beide Extreme erleben. Da rutscht der einen irgendwo ihr Kind heraus, weil sie nichts bekümmert, bei der anderen geht die Geburt vor lauter Angst und Schmerz nicht weiter.

Die Geburt ist eine mühevollende Arbeit, die aber durchwegs gut vonstatten geht, wenn es gelingt, der Gebärenden den Vorgang der Geburt, vor allem wie einfach alles von der Natur konzipiert ist, klar zu machen. Mit anderen Worten, Geburtshilfe ist ein Lehrproblem, ein Problem der Didaktik. Es geht vor allem darum, der Schwangeren und Gebärenden alles, was ihr und nur ihr jetzt widerfährt und widerfahren kann und was sie und nur sie dazu tun soll und kann, so einfach zu erklären, dass es ihr selbstverständlich wird. Wenn dies gelingt, ist auch das Schmerzproblem gelöst.

**FORUM: Sie sehen die Geburt also auch als ein didaktisches Problem?**

**Rockenschaub:** Natürlich! Man muss die Frau an die Geburt heranzuführen, und zwar so, dass sie jede falsche Angst ablegt. Dazu gehört aber, dass man die Vorgänge der Geburt entsprechend darzustellen weiß. So werden bei den Vorbereitungen zur Geburt die Gebärenden kaum einmal mit den räumlichen (geometrischen) Verhältnissen ausreichend vertraut gemacht. So ist meist nicht bekannt, dass die Gebärmutter am Ende der Schwangerschaft praktisch einem Ellipsoid (Ei) mit Durchmessern von 22/18/24 cm vergleichbar ist. Engt sich dieses rundum um nur 2 bis 3 mm ein, verschieben sich rund 700 ml Inhalt nach unten, das heißt, der Kopf des Kindes steht dann bereits am Beckenausgang; und der Kopf hat im Becken reichlich Platz, da dessen Inhalt gut 1000 ml beträgt. Der Geburtsweg ist nicht mehr als 10 cm lang. Der Kopf legt diesen Weg zu einem Drittel dadurch zurück, indem er sich stark beugt (Hinterhauptshaltung) oder gegebenenfalls einmal auch streckt (Gesichtshaltung), und zu einem weiteren Drittel, indem beim Herausdrücken

des Kindes der Beckengürtel von der Mutter über den Kopf entsprechend hochgezogen wird – einfache Rechenbeispiele, und die ganze Angst vor „zu eng gebaut“ ist weg.

**FORUM: Wenn die Geburt also auch ein didaktisches Problem ist, was wird denn falsch vermittelt?**

**Rockenschaub:** Vieles. Vielleicht fange ich mit einer kleinen Geschichte an: Eines Tages saß ich in meinem Büro und hörte laute Schreie vom Kreißsaal her. Als ich nachschaute, hockte da eine junge Türkin und meinte, nachdem sie wieder und nach Leibeskräften, aber fern jeder Wehklage geschrien hatte: „Nix schreien, Kind nix schön!“

Der Kern der Geschichte ist, dass sie mit dem Schrei das Durchtreten des Kindes im Zaume hält. Man hocke sich einmal hin, schreie und versuche, unten zusammenzuzwicken: das geht nicht. Die Methode der Türkin ist zweifellos die beste für das Kind und entspricht ganz der Evolutionsbiologie der Geburt. Ein Anstoß durch kurzes Pressen und dann Lockerlassen ergibt den optimalen Effekt. Ich habe einmal eine Rinderzucht betrieben und gesehen, dass dieses „Anstoß, Lockerlassen, Anstoß, Lockerlassen“ die Kühe perfekt beherrschen.

In der menschlichen Geburtshilfe heißt es immer: „Pressen, Pressen, Pressen!“ So wird denn dann auch das Kind viel zu abrupt herausgetrieben. So verkam das „Leibhalten“ der alten Hebammen zum „Dammschutz“ und, da dieser unter den gegebenen Umständen nichts nützt, zum viel geübten Dammschnitt. Der Durchtritt des kindlichen Kopfes wird so gelehrt, dass es zu Damm- und Scheidenrissen kommen muss. So machte man den Dammschnitt zur schier unerlässlichen Routine. Gibt man dem Durchtritt des Kindes entsprechend Zeit, bleiben Quetschungen und Risse, denen man mit einem Dammschnitt vorzubeugen vorgibt, meistens aus.

Denn was man in der Geburtsmedizin Damm nennt, ist gar kein Damm, sondern plastisches Gewebe um den Beckenausgang, das die Anatomen auch so nennen, nämlich massa perinei. Diese liegt auch nicht vor der Scheide, sondern bildet einen Gewebekeil über der Afteröffnung, um den Stuhl nach hinten abzuleiten. Mit Damm signalisiert man aber wie mit Beckenkanal und Beckenboden ein Hindernis, das es zu umgehen oder zu beseitigen gilt – so wird Angst erzeugt. Auch Kanal und Boden werden unterbewusst mit eng und hinderlich verknüpft. Dabei ist das Becken kein Kanal, sondern ein 5 cm breiter und in sich beweglicher Knochengürtel mit hinten und seitlich halbschildförmigen Fortsätzen. Da ist weit und breit kein Kanal. Nach unten zu ist an diesem Gürtel ein beckenartiges und sehr flexibles Zwerchfell mit Durchlässen für die Harnröhre, den Enddarm und die Scheide angebracht.

**FORUM: Die Sprache spielt also bei der Bewusstseinsbildung eine große Rolle: Gürtel zum Beispiel signalisiert Ihrer Meinung nach „mehr Spielraum“?**

**Rockenschaub:** Sicher! Wir haben wie gesagt einen 5 cm breiten Gürtel mit Durchmessern, die reichlich Platz für den Durchtritt des Kindes lassen. Dieser Umstand kann nicht oft genug betont werden. Denn der Hinweis auf ein enges Becken und zu eng gebaut zu sein, ist noch immer angetan, den Frauen Angst zu machen und deren Zustimmung für die eine oder andere Entbindungsoperation zu erreichen. Nichtsdestoweniger sind und waren enge Becken, so beliebt sie bei den Geburtsmedizinern sind, immer eine Seltenheit

Von 1789 bis 1817 gab es unter dem berühmten JOHANN LUKAS BOER im Gebärrhaus in Wien 30 000 Geburten mit 0,4% Zangengeburten, 0,7% Extraktionen am Steiß und

0,17% Geburten, in denen der Kopf des Kindes perforiert und verkleinert werden musste. Es waren also nicht mehr als 1,3% Entbindungsoperationen und trotzdem war nur ein einziges Mal ein Zerreißen der Gebärmutter zu verzeichnen. Wären enge Becken so häufig gewesen, wie es in den Lehrbüchern behauptet wird, hätte es als deren Folge viel öfter zu einem Zerreißen der Gebärmutter kommen müssen.

Die Häufigkeit der engen Becken hatte aber einen ganz anderen Hintergrund. So gut wie in keinem Lehrbuch der Geburtshilfe aus dem 18. Jahrhundert fehlt ein eigenes Kapitel über „abgerissene Köpfe“. Man zog nämlich die Kinder heraus, noch bevor der Muttermund adäquat eröffnet war, so dass dieser, wenn je nach Kindeslage der Kopf oder Körper herausgezogen war, sich um den kindlichen Hals zusammenkrampfte und den in der Gebärmutter verbliebenen Kindesteil nicht mehr losließ. Bei den Versuchen, den zurückgebliebenen Kindesteil mit brachialer Gewalt herauszubringen, wurde dem Kind des Öfteren der Kopf vom Körper oder umgekehrt abgerissen. Das Alibi für die Folgen dieser barbarischen Eingriffe fand man im – engen Becken.

Die Schimäre vom engen Becken ging so weit, dass man im 19. Jahrhundert, um das Becken zu erweitern, den Frauen die Schamfuge, die Symphyse durchschnitt. Die betroffenen Frauen litten, da der Beckengürtel keinen entsprechenden Halt mehr hatte, ihr Leben lang an groben statischen Behinderungen. Nichtsdestoweniger kam die Operation so in Mode, dass die Haute Couture in Paris gegen Ende des Jahrhunderts Hüte und Krawatten „à la symphyse“ kreierte.

**FORUM: In Ihrem Buch machen Sie die Unterscheidung zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Warum?**

**Rockenschaub:** Auf dem Deutschen Gynäkologenkongress 1966 in München hat man in Analogie zur englischsprachigen Dichotomie von Midwifery<sup>2</sup> und Obstetrics<sup>3</sup> als Pendant der Geburtshilfe die Geburtsmedizin eingeführt. Als Begründung wurde angeführt, dass die Geburt als der gefährlichste Lebensabschnitt des Menschen anzusehen sei und die Gebärende daher nicht nur einer Hilfe, sondern auch einer entsprechenden geburtsmedizinischen Oberaufsicht bedürfe.

**FORUM: Worin sehen Sie konkret die Unterschiede zwischen der Geburtshilfe und der Geburtsmedizin?**

**Rockenschaub:** Die Geburt ist eine große Anstrengung, aber ein natürliches Ereignis. Dieses braucht Kraft und Verständnis. Die Kraft hat die Frau, aber ihr Wissen über den Geburtsverlauf ist nicht unbedingt immer groß genug. Also muss man ihr helfen, diesen verstehen zu lernen, damit sie mit ihrer Kraft besser zurechtkommt.

Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht! Und das Handicap ist die moderne Geburtsmedizin, die Geburt und Schwangerschaft zur Risikoaffäre macht.

**FORUM: Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die auffallend gestiegenen Kaiserschnittzahlen?**

**Rockenschaub:** Wie Ende des 19. Jahrhunderts die Symphysiotomie, kam gegen Ende des 20. Jahrhunderts der Kaiserschnitt in Mode. In einem gewissen Sinn war dieser es schon einmal, auch wenn man ihn noch nicht als Kaiserschnitt bezeichnete, nämlich vor 500 Jahren – in der Inquisition. Auch damals gab man vor, das (ewige) Leben des Kindes retten zu müssen und es aus dem Mutterleib zu schneiden – um es zu taufen.

Der (Kaiser-)Schnitt war laut theologischer Lehrmeinung durchzuführen, wenn es Hinweise gab, dass das Kind die Seele auszuhauchen und so dem Teufel anheim zu fallen drohte. Die dringlichen Indikationen waren aus dem „Hexenhammer“ zu entnehmen. Wenn dabei die Mutter auch zumeist zugrunde ging, war dies nicht weiter von Belang, als diese ja schon getauft war und daher getrost sterben konnte. Es gab sogar Mütter, die, sich sterbenselend fühlend, darum baten das Kind durch Schnitt zu befreien. Das Pendant des Wunschkaiserschnitts war also auch einmal schon aktuell.

Letztlich ist noch zu erwähnen, dass, wer anderer Meinung war, als im Bunde mit dem Teufel galt und damit zu rechnen hatte, als Hexe oder Hexenamme auf dem Scheiterhaufen zu landen und verbrannt zu werden.

Auch beim Kaiserschnitt von heute gibt man vor, das (irdische) Leben des Kindes retten zu müssen und es aus dem Mutterleib zu schneiden – um es zu reanimieren. Der Kaiserschnitt ist laut geburtsmedizinischer Lehrmeinung durchzuführen, wenn es Hinweise gibt, dass das Kind sein Leben auszuhauchen und einer Asphyxie<sup>4</sup> anheim zu fallen droht. Die dringlichen Indikationen sind aus der Hightech-Herzschlagrate zu entnehmen. Wenn die Müttersterblichkeit bei einem Kaiserschnitt statistisch deutlich höher ist als bei einer Geburt, betrachtet man dies als nicht weiter von Belang, weil heute auch beim Kaiserschnitt nicht mehr viele sterben. So gibt es manchen Professor der Geburtsmedizin, der den „Wunschkaiserschnitt“ für einen Fortschritt hält.

Letztlich ist noch zu erwähnen, dass der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahre 1990 verlauten ließ: „Ferner ist zu prüfen in welchem Umfang sich das Verfügungsrecht der Mutter über ihre eigene Person auch auf das Kind erstrecken darf.“ Und dass man in den USA erst kürzlich überlegte, ob man eine Frau, die eine Kaiserschnittentbindung abzulehnen wagte und deren Kind verstarb, nicht des Mordes anklagen sollte.

An sich hat sich seit einem halben Jahrtausend eigentlich nicht viel geändert. Eine wirkliche Anzeige zu einer Kaiserschnittentbindung besteht eigentlich in kaum mehr als einer von hundert Geburten, zu 0,5% in einem engen Becken, 0,3% in einem über dem Muttermund liegenden Mutterkuchen und 0,2% in irgendwelchen seltenen Komplikationen. Alles darüber hinaus ist nichts anderes als Aberglaube, Scharlatanerie und/oder Mode.

Sogar die Bezeichnung Kaiserschnitt (lat. sectio caesarea) ist ein Schwindel, aber gut gewählt, da Kaiser- in jedweder Kombination für die meisten das Gefühl von etwas ganz Besonderem vermittelt. Zu Kaiserschnitt kam man durch die Verballhornung des lateinischen caesa re (zu Deutsch: im Todesfall) zu Caesare (zu Deutsch: bei oder von Caesar). Im Übrigen nannten die Römer ihre Kaiser nicht Caesar, sondern Rex.

**FORUM: Ein Argument für den Kaiserschnitt sind auch die schmalen Becken der heutigen, eher androgynen Frauen. Wie stehen Sie zu diesem Argument?**

**Rockenschaub:** Als Kinder haben wir alle die gleiche Form des Beckens. Der Mann behält in vergrößerter Form die Grundform bei. Bei Mädchen und Frauen ändert sich die Form zuerst in Richtung juveniles Becken und letztlich in die eines weiblichen Beckens. Wenn die Entwicklung im juvenilen Becken stecken bleibt, kann es bei der Geburt unter Umständen zu Schwierigkeiten kommen. Juvenile Becken können sich jedoch in der Schwangerschaft weiterentwickeln, so dass es dann bei der Geburt zu den erwarteten

2 sinngemäß etwa „Hebammenbeistand“ (Anm. d. Red.)

3 Geburtsmedizin (Anm. d. Red.)

4 Asphyxie, Pulslosigkeit (Anm. d. Red.)

Schwierigkeiten gar nicht mehr kommt. So kann denn auch die erste Geburt Schwierigkeiten bereiten und die nächste glatt vonstatten gehen. Sogar hier ist das „einmal Sectio, immer Sectio“ nicht stichhaltig.

**FORUM:** Als Sie Direktor der Ignaz-Semmelweis-Klinik in Wien waren, hatten Sie eine Sectioquote von nur 1%. Wie haben Sie das erreicht? Wann halten Sie eine Sectio für nötig, wann nicht?

**Rockenschaub:** Am Anfang war die Erkenntnis, dass 90% der wissenschaftlichen Publikationen der Geburts- und Perinatalmedizin nicht haltbar und nötigenfalls ohne Schwierigkeit zu widerlegen sind. Wir hielten uns daher vornehmlich an drei Grundsätze:

1. Die Geburt auf dem natürlichen Weg ist für die Mutter wesentlich weniger gefährlich als eine Kaiserschnittentbindung.
2. Die Kaiserschnittentbindung ist für das Kind hinsichtlich der Entwicklung seines Abwehr- und Anpassungssystems ein Handicap, eventuell sogar ein lebenslanges.
3. Keine der kindlichen Anzeigen modernen Stils zum Kaiserschnitt gehen über fiktionale Annahmen hinaus.

Die einzigen kindlichen Indikationen in fast 44 000 Geburten waren ein paar Fälle von relativ engem Becken bei Steißlage und ein Fall von Nabelschnurvorfal, ein bei uns insofern seltenes Ereignis, als wir trachteten, die Fruchtblase so lang wie möglich intakt zu erhalten. Denn Fruchtwasser und Wehen sind zwei wesentliche Momente der Umstellung am Übergang vom Leben innerhalb zu dem außerhalb des mütterlichen Organismus.

Im Mutterleib ist das Kind von einem 7 bis 8 mm dicken Fruchtwassermantel umgeben, bei 38°C keinen Temperaturschwankungen unterworfen, braucht – über den Mutterkuchen versorgt – keine Atmungs- und Verdauungsarbeit leisten und ist auch sonst keinen besonderen Belastungen ausgesetzt. Mit der Geburt wird dies schlagartig anders: Das Neugeborene ist nun mit Kälte, Atmung, Ernährung und anderen körperlicher Anstrengungen konfrontiert und muss jetzt damit selbst fertig werden, eine immense Herausforderung.

In der Umstellung dazu spielen Wehen und Fruchtwasser eine elementare Rolle, die Wehen als Bewegungselement, das Fruchtwasser als Hormonkonzentrat. Kinder, die aus welchen Gründen immer nicht imstande sind, Fruchtwasser zu schlucken und einzusaugen, haben nach der Geburt vielfach größte Schwierigkeiten mit der Atmung und Verdauung. Diese so wichtige „Spülung“ der Atem- und Verdauungswege mit Fruchtwasser wird durch die Wehentätigkeit intensiviert.

Diese hat zudem einen wesentlichen Einfluss auf die Zirkulation der Hirnflüssigkeit. Da die kindlichen Schädelknochen noch gegeneinander beweglich sind, wird jeder Druck von außen in das Innere des Kopfes übertragen. So werden in der Hirnflüssigkeit und damit auch im zentralen Hormonsystem besondere Wellenbewegungen erzeugt. Diese wirken sich vor allem auf die Hormone des Anpassungssystems aus, deren Umstellung im Einzelnen schon näher bekannt ist und erkennen lässt, wie sorgsam die Natur Ereignisse wie die Geburt vorbereitet.

Alle diese wichtigen Umstellungsprozesse fallen bei einer Kaiserschnittentbindung weitgehend, bei der so genannten elektiven (geplanten, Anm. d. Red.) sogar zur Gänze aus. Daher haben Kinder nach einer Kaiserschnittentbindung oft und eventuell lebenslang Probleme mit der Anpassung. In der Beachtung all dieser Umstände liegt die Erklärung,

warum sowohl die Mütter- als auch Säuglingssterblichkeit der Semmelweisklinik so signifikant unter dem Wiener Durchschnitt lag.

**FORUM:** In den letzten zwanzig Jahren ist die Zahl der Kaiserschnitte von 11 auf etwa 25% gestiegen, in einigen Kliniken ist die Zahl noch größer. Der Kaiserschnitt wird oft als schonende Geburtsmethode für Mutter und Kind vermittelt. Wie ist die Studienlage über etwaige Spätfolgen?

**Rockenschaub:** In den Achtzigerjahren erschien eine Reihe von Studien über die Säuglingssterblichkeit aus soziologischer und demographischer Sicht, eine auch aus der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Der Tenor dieser Studien ergab einen überraschenden Zusammenhang, nämlich: Die Säuglingssterblichkeit verhält sich direkt proportional zur Ärztedichte. Diese Ergebnisse ließen denn auch für die Spätfolgen nicht unbedingt Erfreuliches erwarten. So gibt es bezüglich der Spätfolgen praktisch keine aussagekräftigen Studien. Es ist allerdings bemerkenswert, dass die bei den Kindern in einem auffallenden Maß zunehmende Neigung zu Allergien, Diabetes und diversen anderen Anpassungsstörungen zeitlich mit der Zunahme der Frequenz der geburtsmedizinisch manipulierten Geburten im Allgemeinen und der Kaiserschnittentbindungen im Besonderen zusammenfällt. Beginnt die Misere, die man so betont nur mit Umwelteinflüssen in Zusammenhang bringt, eventuell schon bei der Geburt?

Vielleicht mag dazu noch eine Anmerkung zur heute üblichen Kaiserschnitttechnik interessant sein. Operiert man chirurgisch einwandfrei und durchtrennt die Gebärmutterwand bis zum Ansatz der Blutgefäße scharf, um so die größte, also fürs Kind beste Länge des Schnittes zu erreichen, resultiert ein Schnitt von höchstens 13 cm. Damit ergibt sich eine Öffnung mit einem Durchmesser von höchstens 8,5 cm, also um einen cm weniger als der im Durchschnitt kleinste Durchmesser des kindlichen Kopfes. Die meisten Operateure machen aber nur einen Schnitt von 7 bis 8 cm und dehnen diesen mit den Fingern weiter aus, was natürlich nie 13 cm ergibt. Durch diesen Spalt wird nun der Kopf mehr oder weniger herausgehoben. Von schonend kann dabei wohl keine Rede sein.

Zöge man nämlich bei einer Geburt das Kind bei einem Muttermund von Handtellergröße, also nicht völlig, aber einem Kaiserschnitt entsprechend weit eröffneten Muttermund heraus, würde man zu Recht eines Kunstfehlers bezichtigt. Beim Kaiserschnitt hingegen macht das geburtsmedizinische Establishment das Pendant des Kunstfehlers zur Rettungsaktion.

All dem nachzugehen wäre nicht nur mühsam, sondern für die Verantwortlichen wohl auch nicht opportun. Also lässt man die Spätfolgen nach Möglichkeit links liegen.

**FORUM:** Noch einmal: Welche Gründe sprechen für einen Kaiserschnitt, wann erkennen Sie eine Indikation zum Kaiserschnitt an?

**Rockenschaub:** Bei der Mutter besteht ein Grund für eine Kaiserschnittentbindung, wenn für sie eine sonst nicht zu beseitigende Gefahr gegeben ist. Zu bedenken ist dabei, dass der Kaiserschnitt an sich auch als ernste Gefahr zu werten ist. Mütterliche Indikationen bringen vielfach kindliche mit sich. Diese spielen aber insofern keine Rolle, als ja die mütterliche schon gegeben ist. So kann zum Beispiel ein Missverhältnis zwischen Kopf und Becken für die Mutter durch ein Zerreißen der Gebärmutterwand, für das Kind durch Kopfverletzungen gefährlich werden.

Die rein kindlichen Indikationen zum Kaiserschnitt sind



jedoch nichts denn Fiktionen, die Ankündigungen kindlicher Fährnisse Orakel. Hält ein Kind eine Kaiserschnittentbindung aus, hält es eine normale Geburt erst recht aus.

Im Grunde geht es um Folgendes: Man kündigt ein kindliches Risiko an und belegt dieses mit apparativen Dokumentationen, die an sich zwar nicht viel auszusagen imstande sind, aber so einigermaßen erkennen lassen, ob es dem Kind gut geht. Dann entbindet man das Kind bequem per Kaiserschnitt, der für das Kind keineswegs so harmlos ist, wie man die Laien glauben macht. Erweist sich das Kind, wie aus objektiver Sicht nicht anders zu erwarten, durch die Kaiserschnittentbindung entsprechend mitgenommen, stellt man es als Beweis für das angekündigte Risiko und die Operation als rettenden Eingriff dar. Jedoch wirklich haltbare kindliche Diagnosen und Indikationen vermag die moderne Geburtsmedizin nicht zu bieten.

**FORUM: Ist da zum Beispiel der Ultraschall nicht eindeutig?**

**Rockenschaub:** Ganz im Gegenteil. Ultraschall erscheint zwar den Laien imposant, da durch ihn alles sichtbar gemacht werden kann. Aber nicht alles, was man sieht, muss richtig sein. Das Ultraschallgerät mag jenen, denen die klinischen Methoden nicht mehr geläufig sind, unentbehrlich scheinen. Jedoch wissen wir noch bei weitem nicht, ob man damit eventuell nicht mehr Schaden stiftet als Nutzen bringen kann. Auch mit dem Ultraschall wird in der Geburtsmedizin viel Unfug getrieben.

**FORUM: In welche Richtung sollte Ihrer Meinung nach die Entwicklung gehen?**

**Rockenschaub:** Der Ausweg liegt bei der Hebamme. Eine fortschrittliche Geburtshilfe müsste das Phantom der Geburtsmedizin durch die Kunst der Hebamme ersetzen. Dazu bedarf es allerdings einer echten akademischen Ausbildung, die nicht nur das Wissen, sondern auch das Gefühl, so etwas wie einen sechsten Sinn für die Geburtshilfe, vermittelt. Die Fachhochschulausbildung ist dafür zu schablonenartig. Mit akademisch meine ich keine Schulart, sondern den Lehrstil. Ich versuche es an der Steißgeburt zu erklären.

Die Handgriffe, die zur Leitung einer Steißgeburt angeblich wesentlich sind, werden am Phantom gelehrt. Es sind Handgriffe, die dazu dienen, um das Kind am Steiß herauszuziehen. In Wirklichkeit sind sie aber fehl am Platz, wenn es gilt, einer Frau bei ihrer Steißgeburt zu assistieren. Denn ohne Wehen, wie es am Phantom der Fall ist, lässt sich eine Geburt nicht imitieren. Das heißt, die Handgriffe werden just so geübt, wie sie bei der Leitung einer Steißgeburt strikt zu vermeiden sind. So wird die Steißgeburt zum Risiko, nicht wegen der Lage, sondern weil die angehenden Geburtsmediziner nicht mit dieser umzugehen wissen und falsche Handgriffe anwenden. Dann erscheint als einziger Ausweg die Kaiserschnittentbindung.

Ich erinnere mich noch gut, wie mir mein Nachfolger fast vorwurfsvoll erzählte, dass eine meiner Hebammen eine Steißgeburt zu Ende führte – zu einem guten Ende! Sie hatte kein Problem damit. Sie hat es oft genug gesehen, oft genug gezeigt bekommen und oft genug gehört, worin die Tücken liegen können und was der Natur zu überlassen ist. Sie wusste auch, wie das Kind durch die Haltung seiner Arme selbst seine Nabelschnur davor bewahrt, eingeklemmt zu werden, dass also in Ruhe dem Geschehen sein Lauf gelassen werden

kann. Nicht zuletzt war ihr bewusst, dass die Steißlage auf eine Unreife der Stellreflexe im Mittelhirn zurückzuführen ist und mit anderen Fehlfunktionen einhergehen kann. Sie ist nicht nach einem fachlichen Lehrplan ausgerichtet, sondern – akademisch unterrichtet worden. Und das gab ihr jene Sicherheit und Ruhe, die in der Geburtshilfe so unerlässlich sind.

**FORUM: Was ist denn Ihre wesentliche Erkenntnis aus einem halben Jahrhundert Geburtshilfe?**

**Rockenschaub:** Auch im letzten halben Jahrhundert sind die Fortschritte in der Geburtshilfe auf die sozialen und hygienischen Errungenschaften zurückzuführen. Wo die Medizin etwas dazu beigetragen hat, kamen die Beiträge nicht aus der Geburtsmedizin.

Nichtsdestoweniger hat es das geburtsmedizinische Establishment verstanden, die Erfolge auf seine Fahnen zu heften. Viele der geburtsmedizinischen Methoden sind schlampig erprobt. So verhielt sich denn auch die Säuglingssterblichkeit direkt proportional zur Ärztedichte. Dazu findet sich jetzt ein Pendant in der Abwehr- und Anpassungsschwäche der Kinder.

Letztlich ist nicht zu übersehen, dass jede Art von forcierter Geburt die diffizile Kybernetik der Hydraulik und Tensegriätät der weiblichen Beckenorgane empfindlich beeinträchtigt und deren optimale Rückbildung behindert.

**FORUM: Mit Ihrer nun knapp 60-jährigen Berufserfahrung, was ist Ihre Botschaft?**

**Rockenschaub:** Meine Botschaft an die Frauen: Ihr könnt das! Bereitet euch nur entsprechend vor und habt keine Angst.

Meine Botschaft an die Hebammen: Zeigt wer ihr seid und macht den Frauen klar, dass ihr statt arroganter Wissenschaftlichkeit Wissen und Gewissen, statt apparativer Überwachung intuitive Wachsamkeit und statt banalem Entbindungshandwerk einfühlsame Kunst zu bieten habt.<sup>5</sup>

**FORUM: Herr Professor Rockenschaub, wir danken Ihnen für das Gespräch.**

*Interview: Petra Otto*

---

*Professor Alfred Rockenschaub war unter anderem von 1965 bis 1985 Leiter der Ignaz Semmelweis Frauenklinik in Wien und ist seit den Sechzigerjahren Dozent für Geburtshilfe/Gynäkologie an der Universität Wien und Lehrer an der Hebammenlehranstalt und -akademie in Wien. Schwerpunkte seiner Arbeit sind hygienische Probleme und endokrinologische Gesichtspunkte der Geburtshilfe.*

**Kontakt:**

*Prof. Dr. med. Alfred Rockenschaub  
Langackergasse 11a, II 4  
1190 Wien*

<sup>5</sup> In Kürze erscheint das Buch „Gebären ohne Aberglauben“ von Alfred Rockenschaub in 3. Auflage im Facultas Verlag, Wien

## BROSCHÜREN

### Literaturliste Homosexualität

Auf Initiative des Hessischen Sozialministeriums haben die Hessische Fachstelle für öffentliche Bibliotheken Außenstelle Kassel und die Bücherei-stelle Koblenz des Landesbibliothekszentrums Rheinland-Pfalz eine Literaturliste Homosexualität „Lesben und Schwule in der Literatur der Gegenwart – Belletristik und Sachliteratur“ (Erscheinungsjahre 2000–2004) erstellt. Sie enthält auf 16 Seiten vier Rubriken:

1. Belletristik – Romane und Erzählungen (für Erwachsene)
  2. Bücher für Kinder und Jugendliche
  3. Sachliteratur (für Erwachsene)
  4. Andere Medien (DVDs und CDs).
- Diese Literaturliste liegt nun gedruckt vor und kann kostenlos bestellt werden.

#### Bestelladresse:

Ulrich Bachmann  
Hessisches Sozialministerium  
Referat II 2 „Jugend“  
Dostojewskistraße 4  
65187 Wiesbaden  
Telefon (0611) 817 3858  
Telefax (0611) 817 3260  
u.bachmann@hsm.hessen.de oder  
b.rigault@hsm.hessen.de

### Rauchfrei in der Schwangerschaft

Für verschiedene Zielgruppen bietet die BZgA Broschüren zum Thema „Rauchfrei in der Schwangerschaft“ an:

Ein Manual für GynäkologInnen und Hebammen enthält einen 62-seitigen praxisnahen Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht, die Broschüre „Ich bekomme ein Baby“ für schwangere Frauen und Kopiervorlagen mit Hilfen und Tipps zur Nikotinentwöhnung.

Die übersichtlich gestaltete Arbeitshilfe bietet unter anderem aktuelle Zahlen und Fakten zum Rauchen, ver-

tiefendes medizinisches Grundlagenwissen und Hinweise auf ergänzende Beratungsangebote. Ein Schritt-für-Schritt-Programm zeigt, dass die zu meist motivierten schwangeren Frauen mit relativ wenig Aufwand durch fachliche Hilfe wirkungsvoll unterstützt werden können.

Die Broschüre „Ich bekomme ein Baby, rauchfrei in der Schwangerschaft“ hilft werdenden Eltern dabei, ein auf ihre persönliche Lebenssituation zugeschnittenes Programm zum Ausstieg aus dem Rauchen zu entwickeln. Sie informiert über die Gefährdung des werdenden Kindes und beschreibt die einzelnen Schritte zum Nichtraucher.

Das Faltblatt „Ihr Kind raucht mit“ informiert über die Gefährdung von Kindern durch Passivrauchen und wie man es schützen kann.

Der Elternratgeber „Das Baby ist da“ greift das Thema „Passivrauchen“ ausführlich auf, zeigt ebenfalls eine schrittweise Methode zum Nichtrauchen und gibt Tipps, wie mit Schwierigkeiten umzugehen ist.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 31 520 000 (Manual)  
Best.-Nr. 31 500 000  
(Broschüre „Ich bekomme ein Baby“)  
Best.-Nr. 31 540 000 (Faltblatt)  
Best.-Nr. 31 510 000  
(Broschüre „Das Baby ist da“)

### Alkohol in der Schwangerschaft

Auch zu diesem brisanten Thema steht ein Beratungsleitfaden für Ärzte und Ärztinnen der Fachrichtung Gynäkologie sowie für Hebammen zur Verfügung.

Er unterstützt dabei, kritischen Alkoholkonsum zu erkennen und eine erfolgreiche Beratung mit dem Ziel des Alkoholverzichts durchzuführen.

Das Manual enthält Informationen über motivierende Gesprächsführung, Stadien der Verhaltensänderung und ein ausführliches Beratungskonzept in vier Schritten. Zudem bietet es ergänzendes medizinisches Grundlagenwissen, Hinweise auf weiterführende Angebote und Materialien, Kopiervorlagen als Arbeitshilfen, und es enthält die Broschüre „Auf dein Wohl, mein Kind“ für werdende Eltern.

Diese Broschüre informiert über die Gefährdung des werdenden Kindes durch Alkohol, die Verantwortung des Vaters dabei und über Möglichkeiten, das Trinkverhalten gemeinsam zu verändern.

#### Bestelladresse:

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 25  
Best.-Nr. 31 040 000 (Manual)  
Best.-Nr. 32 041 000 (Broschüre)

## DOKUMENTATIONEN

### Gib Aids keine Chance

„Mit der Dokumentation ‚Gib Aids keine Chance‘ legt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einen Überblick über den Stand der größten nationalen Gesundheitskampagne vor, die es in Deutschland je gab“, so Elisabeth Pott, die Direktorin der BZgA, in ihrem Vorwort.

Die 64-seitige, zweisprachige (deutsch-englische) Publikation dokumentiert 20 Jahre Aidsprävention: von 1985 bis 2005. Aktuelle Daten zur weltweiten Ausbreitung von HIV und Aids, die die Grundlage für die HIV-Präventionskampagne bilden, werden am Anfang anschaulich dargestellt. Sie belegen die dramatische Zunahme von Infektionen, insbesondere in den Entwicklungsländern, aber auch beispielsweise in Osteuropa und Süd-/Ostasien.

Rund 50 einschneidende Ereignisse



im Zusammenhang mit HIV/Aids und deren Bekämpfung zeigt eine teilweise bebilderte Zeitleiste: zum Beispiel die Gründung der Deutschen Aids-Hilfe 1983 und die Postwurfsendung der BZgA im Jahr 1985 an alle 27 Millionen Haushalte. Auch der Tod von Idolen wie Rock Hudson und Freddy Mercury ist hier dokumentiert.

Ganz entscheidend im Kontext der Maßnahmen gegen HIV/Aids, die in der Kampagne „Gib Aids keine Chance“ gebündelt sind, sind die unzähligen Kooperationen und Public Private Partnerships, die ausführlich vorgestellt werden.

Am Ende der Dokumentation steht das Thema „Vernetzung und Wissenstransfer“ angesichts der Tatsache, dass „Epidemien nicht an Landesgrenzen Halt machen“. Aus 20 Jahren erfolgreicher Aidsprävention in Deutschland macht die BZgA anderen Ländern Know-How, Kompetenzen und Erfahrungen zugänglich.

In Deutschland sorgen gegenwärtig unter anderem interdisziplinäre „Zukunftswerkstätten“ dafür, dass die Aidsprävention in Deutschland sich den ständig wandelnden Problemlagen anpassen kann.

Die Dokumentation ist im Mai 2005 erschienen und kann kostenlos bestellt werden.

**Bestelladresse:**

BZgA  
51101 Köln  
order@bzga.de  
Telefax (0221) 89 92 257  
Best.-Nr. 70 91 0000

**ZEITSCHRIFTEN**

**Dr. med. Mabuse:  
Schwangerschaft und Geburt**

Das Themenheft „Schwangerschaft und Geburt“ ist bereits im April 2004 erschienen. Es enthält viele lesenswerte und noch aktuelle Beiträge, die dieses FORUM ergänzen können und soll deshalb hier nochmals erwähnt werden.

Unter anderem geht es um den Wunschkaiserschnitt, das Problem später Schwangerschaftsabbrüche nach pränataler Diagnostik aus Hebammen-sicht, das Modellprojekt Hebammenkreißsaal und eine repräsentative Erhebung zur Qualität der außerklinischen Geburtshilfe. Außerdem fasst der Geburtshelfer und Arzt Michel Odent in einem Interview seine umstrittenen

Thesen zur Rolle der Väter im Kreißsaal zusammen.

**Bestelladresse:**

Mabuse-Verlag GmbH  
Kassler Straße 1a  
60486 Frankfurt  
Telefon (069) 70 79 96 16  
Telefax (069) 70 41 52  
www.mabuse-verlag.de

**TAGUNGEN**

**Drittes bundesweites Forum der  
Lokalen Bündnisse für Familie**

Am 13. September 2005 findet in Berlin unter dem Titel „Innovationstag“ die dritte Tagung der Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ statt. Das Forum ist als Treffpunkt aller Beteiligten und Interessierten konzipiert und dient dem direkten Austausch. Geplant sind eine Podiumsdiskussion mit TeilnehmerInnen aus Ländern, Unternehmen, Bündnissen und Verbänden, eine „Bündnismesse“ mit vielen Praxisbeispielen sowie Workshops zu folgenden Themen:

- Unternehmen im Bündnis – ein Gewinn für alle
- Von der Idee zur Gründung – so geht's!
- Das Rad am laufen halten – Erfolge sichern
- Familien für Familien – mitmachen im Bündnis
- In Bestform – welche Organisationsstruktur passt?
- Zur Zukunft der Bündnisfamilie – das Servicebüro fragt nach
- Das Bündnis im Landkreis – Multiplikator, Drehscheibe und mehr
- Ungeahnte Potenziale – KooperationspartnerInnen in den Bündnissen
- Überbetriebliche Lösungen – gemeinsam geht mehr
- Lokale Bündnisse – aktiv im Sozialraum
- Bürgerschaftliches Engagement – Lokale Bündnisse aktiv in kleinen Gemeinden
- Ressourcen für die Bündnisse – Fördervereine, Bürgerstiftungen und mehr
- Erziehung, Bildung und Betreuung im Lokalen Bündnis: gemeinsame Sache von Anfang an

**Kontakt:**

Servicebüro Lokale Bündnisse für Familie  
c/o JSB Dr. Jan Schröder  
Beratungsgesellschaft GmbH

Charlottenstraße 65  
(Am Gendarmenmarkt)  
10117 Berlin-Mitte  
Postanschrift:  
Am Neutor 5  
53113 Bonn  
Telefon (0180) 52 52 212  
Telefax (0180) 52 52 213  
info@lokale-buendnisse-fuer-familie.de  
www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de

**Zwei Welten – ein Weg?**

Mit Gender-Kompetenz in der Kinder- und Jugendhilfe können sich interessierte pädagogische Fachkräfte, FachberaterInnen und Leitungskräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen einer Fachtagung am 11. Oktober in Idar-Oberstein befassen.

Veranstalter ist das Paritätische Bildungswerk, Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V. in Kooperation mit dem Stadtjugendamt Idar-Oberstein.

Arbeitsgruppen werden zu den folgenden Themen angeboten:

- Gender-Mainstreaming in der Jugendhilfe – was denn noch alles?
- Früh übt sich ... – geschlechtssensible Pädagogik in Kindergarten, Grundschule und Hort
- Echte Kerle und coole Mädels! Sexualpädagogische Angebote für Mädchen und Jungen
- Die neue Gender-Dimension: Frauen in der Arbeit mit Jungen – Männer in der Arbeit mit Mädchen
- Gender-Mainstreaming – eine Aufgabe für Führungskräfte in Einrichtungen der Jugendhilfe.

Der Teilnahmebeitrag beträgt 30 Euro. Anmeldungen für die eintägige Veranstaltung sollten bis zum 9. September 2005 erfolgen.

**Kontakt:**

Paritätisches Bildungswerk  
Rheinland-Pfalz/Saarland e.V.  
Fachstelle Jungenarbeit  
Feldmannstraße 92  
66119 Saarbrücken  
Telefon (0681) 92 66 022  
Telefax (0681) 92 66 023  
L.Reuter@quarternet.de  
www.jungenarbeit-online.de

**Mädchenarbeit und Schule**

Mit dem Vernetzungskongress „Mädchenarbeit und Schule“ vom 16. bis zum 18. Oktober 2005 in Essen möchten die Landesarbeitsgemeinschaft

Mädchenarbeit in NRW e.V. und das Landesinstitut für Schule/Qualitätsagentur in Soest gelingende Kooperationen zwischen schulischer und außerschulischer Mädchenarbeit fördern.

Der Kongress richtet sich an Lehrerinnen und (Sozial-)Pädagoginnen, die Mädchenarbeit als Teil ihrer Praxis schätzen und sie in Kooperation ausbauen wollen.

Das Programm bietet Informationen über Angebote und Projekte aus der Mädchenarbeit, Fachvorträge, Workshops über gelungene Beispiele aus der Praxis, Austausch und Begegnung von Fachfrauen aus verschiedenen Arbeitsfeldern sowie Diskussionen mit Jugend- und BildungspolitikerInnen des Landes NRW.

#### Anmeldung und Information:

Landesarbeitsgemeinschaft  
Mädchenarbeit in NRW e.V.  
Robertstraße 5a  
42107 Wuppertal  
Telefon (0202) 7595046  
lag@maedchenarbeit-nrw.de  
www.maedchenarbeit-nrw.de

### Health Care and Quality

Qualität und Effizienz sind die Ziele von Modernisierungsprogrammen im Gesundheitswesen. Zahlreiche Länder haben neue Modelle und Institutionen eingeführt, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Mit dem internationalen Kongress „Health Care and Quality. Challenges of Gender Equality and Consumer Involvement“ am 17. und 18. November 2005 in Berlin sollen neue Perspektiven in der Qualitätsdebatte eröffnet werden, die den Bedarf an standardisierten Programmen mit den Anforderungen an eine geschlechtergerechte Versorgung und PatientInnenorientierung zusammenbringen.

Was ist aus den Erfahrungen anderer Länder zu lernen, die bereits seit längerem neue Regulierungen eingeführt haben, und welche Anwendungsmöglichkeiten bieten sich für das Gesundheitssystem in Deutschland?

Diese Konferenz bringt erstmals in Deutschland Politik und Praxis, Geschlechter-, PatientInnen- und Qualitätsforschung sowie internationale Expertise in der Regulierung von Gesundheitssystemen zusammen, um neue Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu diskutieren.

Alle Beiträge werden simultan übersetzt.

#### Kontakt:

Zentrum für Sozialpolitik  
Parkallee 39  
28209 Bremen  
Telefon (0421) 218 72 69  
Telefax (0421) 218 74 55  
www.health-quality-gender.de

### Allein unter Heteros

Lesbische und schwule Jugendliche im ländlichen Raum sind Thema einer Fachtagung am 6. Oktober 2005 in Frankfurt am Main, eine Kooperationsveranstaltung des Hessischen Jugendrings mit dem Hessischen Sozialministerium.

Ein großer Teil junger Lesben und Schwuler lebt außerhalb der hessischen Großstädte. Das Leben als jugendliche/r Lesbe oder Schwuler auf dem Land oder in Kleinstädten muss nicht zwangsläufig problematisch sein; aber einige Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Situation für Jugendliche dort schwieriger ist als in den Städten. Es gehört viel Mut dazu, als Lesbe oder Schwuler die sexuelle Orientierung im ländlichen Raum offen zu leben. Beleidigende und verletzende Äußerungen bis hin zu körperlichen Angriffen gehören zu den Erfahrungen, die Homosexuelle häufiger „auf dem Land“ machen.

Im Rahmen der geplanten Fachtagung soll die Situation von jungen Lesben und Schwulen im ländlichen Raum dargestellt sowie über die Konsequenzen für die Jugendarbeit in Hessen nachgedacht werden.

Zielgruppe sind pädagogische Fachkräfte in der Jugendhilfe, in Beratungsstellen und alle Interessierten.

Anmeldeschluss ist der 28. September 2005, Die Tagungsgebühr beträgt 20 Euro.

#### Kontakt:

Hessischer Jugendring  
Schiersteiner Straße 31–33  
65187 Wiesbaden  
Telefon (0611) 990830  
Telefax (0611) 9908360  
info@hessischer-jugendring.de

derung im Geburtsprozess“ heißt das Projekt eines Forschungsverbundes in Osnabrück und Bremen, dessen Ziel es ist, ein neues geburtshilfliches Konzept, den Hebammenkreißaal, zu evaluieren.

„Als Fachfrauen für Geburtshilfe verfügen Hebammen über die fachliche Kompetenz und die rechtliche Befugnis, eigenverantwortlich Geburten zu betreuen“, heißt es dazu im Pressetext. „Trotzdem erfolgen in Deutschland die meisten Geburten in Kliniken und dort traditionell unter ärztlicher Leitung. (...) Wissenschaftliche Studien belegen, dass gesunde Frauen im Hebammenkreißaal genauso sicher gebären wie in den üblichen ärztlich geleiteten Kreißsälen. Darüber hinaus sind die Frauen mit der Betreuung im Hebammenkreißaal besonders zufrieden, die Rate der operativen Eingriffe ist sehr niedrig. Überzeugt von diesen positiven Aspekten der Hebammenkreißsäle wollen die deutschen Forscherinnen das Modell wissenschaftlich gestützt in die Praxis umsetzen und hierzulande möglichst vielen Frauen zugänglich machen.“

Im Juni 2003 wurde im Zentral-krankenhaus Reinkenheide in Bremerhaven, auf Initiative des Bundes Deutscher Hebammen e.V. (BDH), der erste Hebammenkreißaal Deutschlands eingerichtet. Bei ihrer Forschungsarbeit kooperieren die Wissenschaftlerinnen eng mit dessen Hebammen- und Ärzte-/Ärztinnenteam. Das Verbundprojekt dient der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung konkreter Methoden und Instrumente für eine optimale frauen- und familiengerechte geburtshilfliche Versorgung.

#### Kontakt:

Annegret Siebe  
Stiftung Fachhochschule Osnabrück  
– Verbund Hebammenforschung –  
Geschäftsstelle  
Postfach 1940  
49009 Osnabrück  
Telefon (0541) 969-3665  
Telefax (0541) 969-3765  
siebe@wi.fh-osnabrueck.de  
www.hebammenforschung.de

### FORSCHUNG

#### Hebammenforschung an der Universität Osnabrück

„Frauen- und familienorientierte Versorgungskonzepte: Gesundheitsför-

## Berichte

- 3 Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft  
*Mechthild Neises, Martina Rauchfuß*
- 9 Geburtshilfe im Wandel – der Kaiserschnitt auf Wunsch  
*Claudia Hellmers, Beate Schücking*
- 13 „Wir lernen vor der Geburt, was wir von der Welt zu erwarten haben.“  
Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung und der Geburt  
*Ludwig Janus*
- 17 Schwangerschaftserleben  
Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der BZgA 2004  
*Ilona Renner*
- 23 Das Thema „Schwangerschaft“ im Internet  
Ein neues Angebot der BZgA  
*Petra Otto, Mechthild Paul*

## Dialog

- 26 „Die Geburtshilfe entwickelt sich hin zu einer prospektiven Medizin und einer Medizin der Frau.“  
Ein Gespräch mit Professor Klaus Vetter über Geschichte und Perspektiven der Geburtshilfe und Geburtsmedizin
- 31 „Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht!“  
Ein Gespräch mit Professor Alfred Rockenschaub über 50 Jahre Geburtshilfe und die wichtige Rolle der Frau

## Infothek

- 36 Broschüren, Dokumentationen, Zeitschriften, Tagungen, Forschung

### **FORUM** Sexualaufklärung und Familienplanung

Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),  
Abteilung Sexualaufklärung,  
Verhütung und Familienplanung  
Ostmerheimer Straße 220  
51109 Köln

[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme  
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst  
der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung/BZgA  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung, Abteilung Sexualaufklärung,  
Verhütung und Familienplanung – Köln: BZgA  
Erscheint jährlich viermal.  
Aufnahme nach 1996.1  
ISSN 1431-4282

Konzeption:  
Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung  
und Familienplanung  
Verantwortlich:  
Mechthild Paul  
Text und Redaktion:  
Heike Lauer, Frankfurt  
Layout und Satz:  
Dietmar Burger, Berlin  
Druck: Moeker/Merkur, Köln  
Auflage: 1./15./8.05

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung  
2–2005 wurde gemeinsam mit der Deutschen  
Gesellschaft für Psychosomatische Frauen-  
heilkunde und Geburtshilfe, DGPPG e.V., heraus-  
gegeben und ist kostenlos erhältlich unter der  
Bestelladresse  
BZgA, 51101 Köln  
Best.-Nr. 13 32 92 00  
[order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
Alle Rechte vorbehalten.  
Namentlich gekennzeichnete oder mit einem  
Kürzel versehene Artikel geben nicht in jedem  
Fall die Meinung der Herausgeberin wieder.

