

# Beziehung und Kommunikation als neue Grundparadigmen in der Geburtshilfe

*Sven Hildebrandt*

---

**Zusammenfassung:** Die Sicherheit und der Erfolg einer Geburt hängen nicht ausschließlich von medizinischen Faktoren ab, denn fast immer stehen Regelwidrigkeiten im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf im Zusammenhang mit Störungen im psychosozialen Beziehungs- und Bindungssystem der Schwangeren und des Kindes. Somit wird nach dem Paradigma der „Beziehungsgeleiteten Geburtshilfe“ die Förderung und Stabilisierung dieser psychosozialen Faktoren zum wichtigsten präventiven Anliegen von Ärzten und Hebammen.

**Abstract:** Relationship and communication as new paradigm in obstetrics The obstretical security isn't only a medical problem. Anomalies in the course of pregnancy and delivery often are connected whith disorders in the psycho-social system of bond and relationship of the mother and her child. Therefore the advancement and the stabilisation of this psychosocial factors is one of the most important preventive concern of midwifes and obstretics.

**Stichwörter:** Geburtsphilosophie, Notfallprävention, beziehungsgeleitete Geburtshilfe, Sicherheit der Geburt

Der frühe Dialog, die Kommunikation, die Beziehung und die Bindung bilden das Grundfundament für eine gesunde Geburt.

Diese auf den ersten Blick schlüssig und einleuchtend erscheinende These ist jedoch vom Verständnis der modernen Geburtsmedizin leider weit entfernt. Das Denken und Handeln vieler Geburtshelfer und Neonatologen – und leider auch einiger Hebammen – wird überwiegend von einem Risikodenken beherrscht, das die entscheidende Bedeutung dieser Werte weitgehend verkennt. Die Kinderärzte reden unbelehrbar vom „dritten Lebenstag“ des Kindes und meinen damit den dritten Tag nach seiner Geburt. Und in den geburtshilflichen Lehrbüchern wird weiterhin vom „Geburtsobjekt“, ja sogar von „der Geburtswalze“ oder wie erst kürzlich gelesen „vom Neonat“ gesprochen.

Dies sind keine terminologischen Oberflächlichkeiten, sondern es handelt sich hier höchstens um „Freudsche Versprecher“, die eine Haltung zum Kind, zur Frau und zur Beziehungswelt unter der Geburt offenbaren, die schlichtweg gefährlich ist. Ich behaupte, dass die Anschauung vom gefühllosen Geburtsobjekt zahlreiche Kinder z.B. bei einer Schulterdystokie oder im Falle einer notwendigen Reanimation immer wieder handfesten Risiken aussetzt. In solchen Krisensituationen ist es nämlich besonders wichtig, sich das Kind als empfindsame und verletzbare kleine Person zu vergegenwärtigen und ja nicht wie an einer Phantompuppe herumzumanipulieren. Und Kinder, die traumatische Geburten erlebt oder überlebt

haben, beanspruchen das gleiche Recht auf Traumatherapie wie jeder Erwachsene nach einem Verkehrsunfall.

Frühe Bindung, Beziehung und Kommunikation haben eine herausragende Bedeutung für die Prävention, aber auch für die Therapie von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Nachfolgend soll diese These durch eine Analyse der modernen Geburtsmedizin hinsichtlich ihrer Kommunikations- und Beziehungsdefizite belegt werden, um daraus die Vision einer menschlicheren Geburtshilfe abzuleiten. Eine menschliche Geburtshilfe ist – davon bin ich fest überzeugt – auch eine sicherere Geburtshilfe.

Diese Betrachtung soll dabei keineswegs als unkollegiale Nörgelei an der gewachsenen Geburtshilfe verstanden werden. Es geht vielmehr darum, alle Routinen in unseren Kreißsälen und jeden Eingriff in den naturgegebenen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf hinsichtlich einer Risikodisposition kritisch zu hinterfragen. Und das wichtigste Bewertungskriterium ist für mich dabei immer die Frage, inwieweit die Bedürfnisse der Frau und des Kindes respektiert und kommuniziert werden.

Das Risikoverständnis der modernen Geburtshilfe wird in einem Zitat des Mannes, der sich gern in der Rolle des Vaters der Geburtsmedizin sieht, deutlich. Erich Saling sagte einmal:

„Die gefährlichste Situation im Leben eines Menschen ist seine Geburt. Es muss alles getan werden, diese Situation so sicher wie möglich zu gestalten. Nur unter Intensivüberwachung sind Mutter und Kind vor dem konzentrierten Gefahregeschehen unter der Geburt geschützt.“

Abgesehen davon, dass diese Worte auf jede Schwangere eine vernichtende Wirkung haben dürften, transportiert dieses Zitat eine Haltung zur Geburt, die ich – bei allem Respekt vor Erich Saling – für unangemessen und falsch halte.

Richtig ist, dass das natürliche Geburtsrisiko des Menschen gegenüber anderen Primaten und Säugetieren erhöht ist. Das hat handfeste Gründe, die vor allem im aufrechten Gang und der vergleichsweise großen Hirnmasse begründet sind und von mir nicht bestritten werden. Die Menschengeburt ist sozusagen eine „Geburt für Fortgeschrittene“ – aber wir haben ja schließlich auch eine größere Hirnmasse und geben vor, fortgeschritten zu sein.

Und doch ist das „Basisrisiko“ der Menschengeburt im Vergleich zu anderen Alltagsrisiken, die wir ohne tiefer darüber nachzudenken immer wieder eingehen, nicht besonders hoch. Dies gilt allerdings nur unter der Bedingung, dass wir der Natur ihren Raum lassen und nicht manipulativ in den Geburtsverlauf eingreifen.

Und das machen wir leider regelmäßig – und merken es jedoch oft schon gar nicht mehr. Ein Beispiel dafür ist das Abnabeln. Kein anderer Primat trennt die Verbindung des Kindes zu seiner Plazenta, bevor diese geboren ist. Wir machen das regelmäßig und mit größter Selbstverständlichkeit, obwohl wir nichts über die subtilen Kommunikationskanäle wissen, mit dem das Kind seiner Plazenta signalisiert: „Es geht mir gut, du kannst dich lösen.“ Für uns ist die eigentliche Geburt mit der Geburt des kindlichen Körpers beendet. Die Geburt der Plazenta ist ein lästiges und Zeit raubendes Nachspiel. Wir sehen in der Plazenta nicht das Liebesobjekt, das „heilige Organ“, aber auch nicht die wertvolle Sauerstoff- und Volumenressource im Falle einer kindlichen Not. Für uns ist die Plazenta eine blutige, eklige Appendix, die wir im C-Müll entsorgen. Und wir verteidigen diese

Praxis leidenschaftlich und mit oft unwissenschaftlichen Argumenten. Wir sprechen von der Gefahr eines „plazento-fetalen Übertransfusions-Syndromes“ und merken nicht einmal, wie absurd dieser Begriff ist. Und wir wundern uns, warum sich die Plazenta so oft nicht löst und warum es manchmal zu Blutungen kommt, die unsere Kollegen Schimpansen und Gorillas definitiv nicht kennen.

Die verbreitete Abnabelungskultur ist ein Paradebeispiel dafür, wie aus dem ursprünglichen Wunsch, Mutter und Kind vor Gefahren zu schützen, eine Risikodisposition entsteht, weil wir in frühe Bindungs- und Kommunikationsmuster eingreifen und es besser machen wollen als die Natur. Und am beachtlichsten finde ich, dass wir diesen Eingriff gar nicht mehr als solchen wahrnehmen. Das Sprichwort „Das Gegenteil von gut ist gut gemeint.“ trifft hier eindeutig zu.

Es gibt in der Entwicklung der medizingeleiteten Geburtshilfe weitere Beispiele, wie sich zunächst Fortschritt und Sicherheit versprechende Neuerungen ins Gegenteil verkehrten:

- Die Entwicklung der Antibiose führte nicht wie erhofft zum Verschwinden von Infektionskrankheiten. Hospitalinfektionen stellen heute ernste Gefahren für Mutter und Kind dar.
- Die Verbesserung der Operationstechnik führte zwar im Einzelfall häufig zur Rettung von Mutter oder Kind. In der Gesamtschau betrachtet müssen wir uns aber mit der Tatsache auseinandersetzen, dass fast 1/3 aller Geburten mit einem Kaiserschnitt enden.
- Die Entwicklung der Kardiotokographie ermöglichte zwar eine Beurteilung der kindlichen Befindlichkeit während der Geburt, führte zugleich zu einer geburtsdynamisch nachteiligen Verarmung der Gebärpositionen
- Unkritisch und nicht auftragsbezogen verwendete Ultraschalldiagnostik verbessern nicht immer die Gesundheit von Mutter und Kind, sondern können schwerste emotionale Beeinträchtigungen zur Folge haben.

Die nachfolgende Liste führt geburtshilfliche Routinen auf, die aus meiner Sicht eine Risikodisposition darstellen, weil sie einen Eingriff in den naturgegebenen Geburtsverlauf und eine Störung früher Bindungs- und Kommunikationsmuster bedeuten:

**Geburtseinleitung:** Wir erklären die intrauterine Beziehung und Bindung des Kindes an seine Mutter einfach am 291. Tag nach der von uns vermuteten Befruchtung für beendet, weil wir das Kind in der Gefahr sehen, nicht mehr genügend Sauerstoff zu bekommen und nicht mehr durch das Becken der Mutter zu passen. Wir machen uns oft nicht erst die Mühe, die Plausibilität des vermuteten Empfängnistages zu prüfen. Wir ignorieren die biologische Varianz, die wir bei allen anderen biologischen Parametern anerkennen, nur bei der Tragzeit nicht. Ab 40+1 SSW sprechen wir von „Übertragung“. Auch betrachten wir weder die Fruchtwassermenge, die verlässlich über die plazentaren Ressourcen Auskunft gibt, noch die vermutete Größe des Kindes und des Beckens. Wir gehen stur nach Kalender – und setzen Mutter und Kind damit einer eindeutigen Gefahr aus, denn die Zahl der Geburtskomplikationen ist nach Geburtseinleitung hoch signifikant erhöht. Das Gegenteil von gut ist gut gemeint.

**Periduralanaesthesie:** Auch hier greifen wir in das Kommunikations- und Bindungssystem ein. Wir kappen die subtilen neuronalen und bioenergetischen Ver-

bindungen zwischen Mutter und Kind, weil wir der Gebärenden die Schmerzen nehmen wollen. Wir denken nicht darüber nach, wie das Kind dieses plötzliche „Mutterseelenalleinsein“ erlebt und später verarbeitet. Auch mir fällt manchmal nichts besseres ein als eine „PDA“ – aber die inflationäre Verwendung dieser Technik bereitet mir große Sorgen.

Weheninduktion: Auch die künstliche Herbeiführung von Wehen ist ein grober Eingriff in Kommunikationsstrukturen. Fast immer haben Wehenpausen einen Sinn, dessen Ergründung für uns Aufgabe und Chance sein sollte. Warum lassen wir der erschöpften Gebärenden oder auch dem erschöpften Kind nicht die dringend benötigte Pause, die wir jedem Wanderer selbstverständlich zugestehen? Wir zerren Mutter und Kind von der Parkbank und verlangen oft übermenschliche Leistungen. Das Gegenteil von gut ist gut gemeint.

Wie könnte denn ein von der Fachgesellschaft der prä- und perinatalen Psychologie entwickeltes und getragenes Risikoverständnis aussehen? Die Antwort liegt schon im Namen des von Ludwig Janus maßgeblich geprägten Paradigmas der „beziehungsgeliteten Geburtshilfe“. Diese sieht in der Störung früher Bindungs-, Beziehungs- und Kommunikationssysteme das eigentliche Risiko der Geburt.

Diese These lässt sich auf verschiedenen Ebenen eindrucksvoll betrachten. Nehmen wir allein die kulturhistorische Ebene: Unsere physiologische Frühgeburtlichkeit, unsere „Vertreibung aus dem Paradies“ ist die Quelle unseres Sicherheits- und Bindungsbedürfnisses, das so gravierend in unsere Befindlichkeit während der Schwangerschaft und der Geburt bestimmt – und das sowohl für die Schwangere wie auch für die sie betreuenden Ärzte und Hebammen.

Gleiches gilt für die autobiographische Ebene unserer eigenen Geburtserfahrung, die unser professionelles Handeln als Hebammen und Ärzte oft behindert oder gar blockiert.

Aber selbst auf der individuellen Ebene der Schwangeren lässt sich die Bedeutung des Paradigmas für die Sicherheit belegen. Nahezu jede Störung im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf steht nämlich im Zusammenhang mit einer Störung des psychosozialen Bindungs- und Beziehungssystems der Frau – auch hier auf mehreren Ebenen: Mutter – Kind – Vater – Hebamme – Arzt/Ärztin – Gesellschaft

Betrachten wir allein die Ebene der Mutter mit ihren Unterebenen eigenes Willkommensein – Schwangerschaft – Geburt – frühe Bindung – Kindheit – Lebensentwurf kann sich stabilisierend oder destabilisierend auf Schwangerschaft und Geburt auswirken.

Der Moment, in dem aus der Tochter eine Mutter wird, stellt in der Biographie jeder Frau einen besonders sensiblen Punkt, eine Art „Soll-Bruchstelle“ dar. Wenn das „innere Kind“ verletzt wurde, wenn es noch nicht geboren oder erwachsen ist, wird der Schritt in die Mutterschaft erschwert.

Es gibt – abgesehen vom Schwangerschaftskonflikt – mehrere Erkrankungen und Komplikationen, die wir mit dieser These direkt in Zusammenhang bringen.

Nehmen wir zum Beispiel die Eklampsie: Die modernen geburtshilflichen Lehrbücher nehmen eine pathologische Immunreaktion gegen den Syncytiotrophoblasten als Ursache der Plazentationsstörung mit den bekannten fatalen Spätfolgen an. Wenn die Immunologen von pathologischer Immunreaktion sprechen, dürfen wir Pränatalpsychologen dies als frühe Bindungs- und Kommunika-

tionsstörung zwischen Mutter und Kind, aber eigentlich zwischen der Mutter und ihrem inneren Kind übersetzen.

Wenn wir nach diesem hypothetischen Schema alle Ebenen des psychosozialen Beziehungs- und Bindungssystems der Frau betrachten, finden wir eine Fülle von Belegen für das Paradigma der beziehungsgeleiteten Geburtshilfe. Alle nachfolgend genannten Schwangerschaftskomplikationen stehen im Zusammenhang mit Störungen im psychosozialen Bindungs-, Beziehungs- und Kommunikationssystem der Schwangeren:

- Schwangerschaftskonflikt
- Fehl- oder Totgeburt
- Hyperemesis grav.
- vorzeitige Wehen
- Frühgeburt
- Präeklampsie/Eklampsie/Hellp-Syndrom
- Plazentainsuffizienz
- Übertragung
- Einstellungs- und Lageanomalie
- Geburtsstillstand
- Plazentalösungsstörung/Atonie

Aus diesen Überlegungen lässt sich eine ganze Reihe von Forderungen an die moderne Geburtshilfe ableiten:

Wir sollten in der Erziehung unserer Kinder, in der Erlangung und Schulung sozialer Kompetenz darauf hinwirken, dass in der Geburt nicht mehr ein medizinisches Risiko, sondern ein faszinierendes, archaisches Naturereignis gesehen wird. Die Geburt ist ein grandioses Schauspiel der Natur, bei dem wir staunende Zuschauer sein dürfen.

Wir sollten darauf hinwirken, dass eine Frau auf dem Weg zur eigenen Mutterschaft möglichst wenige Störungen und Traumatisierungen erfährt, und ihr ggf. helfen, diese möglichst frühzeitig zu überwinden.

Wir sollten unsere eigene Geschichte, eigene Verletzungen und Traumatisierungen im Blick haben, um unser professionelles Handeln von Ängsten und Vermeidungen zu befreien.

Wir sollten jeder Gebärenden für ihre Geburt einen geschützten Raum – räumlich, zeitlich, und personell geschützt – geben und ihrem archaischen Regressionsbedürfnis mit Rücksicht und Feingefühl begegnen. Dies impliziert ausdrücklich eine Kompetenzverlagerung zurück zur Hebamme und eine Besinnung der Ärzte auf ihre originäre Rolle bei der Geburt.

Wir sollten im Kind stets eine empfindsame, verletzbare Persönlichkeit sehen und dessen mutmaßliche Befindlichkeit konsequent und gleichberechtigt in jede geburtshilfliche Entscheidung einbeziehen. Nach traumatischer Geburt sollten wir ihm eine angemessene Nachbetreuung ermöglichen.

Wir sollten in unserer „professionellen Angst“ einen bedeutsamen Risikofaktor der Geburt erkennen. Nicht Angst, sondern Empathie, Sorgfalt, Aufmerksamkeit und vor allem Kommunikation sollte unser Denken und Handeln bestimmen. Das meine ich, wenn ich von „kühner Geburtshilfe“ spreche, die nicht leichtsinnig, aber beherzt und optimistisch ist.

Denn wir haben allen Grund zum Optimismus, weil die Geburt ein auf Erfolg ausgerichteter Naturvorgang ist.

Und in alle diese Überlegungen fließt immer wieder die Forderung ein, die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind, genauso aber auch die psychosoziale Beziehungswelt jeder Frau zu unterstützen und zu bewahren. Damit können wir entscheidend auf die Prävention von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen einwirken.

Korrespondenzanschrift: Sven Hildebrandt, Dr. med., Markt 4, 01833 Stolpen, Deutschland, Telefon +49 351 269980, Telefax +49 351 2699820, E-Mail [info@dr-sven-hildebrandt.de](mailto:info@dr-sven-hildebrandt.de), Internet [www.dafigb.de](http://www.dafigb.de)

Vortrag auf dem XVIII. Internationalen Kongress der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM), Heidelberg, 10. Oktober 2008.