

Geburts- und Perinatal-Medizin: Bestandsaufnahme zu einigen aktuellen Fragen

Erich Saling

Im Vordergrund steht heute die Erkenntnis, daß der Geburts- und Perinatalmedizin weithin die nötige Beachtung und Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Politische Institutionen, fachliche Gremien und Massenmedien setzen sich mit den noch anstehenden Problemen konzentriert auseinander. Verschiedene Ministerien und Ausschüsse beraten über Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit und zur Anhebung der Geburtenrate. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat im Oktober vergangenen Jahres unseren Vorstellungen weit entgegenkommende Empfehlungen zur Ausstattung und personellen Besetzung geburtshilflicher Abteilungen verabschiedet. In unzähligen fachlichen Tagungen stehen Fragen der Geburts- und Perinatalmedizin als Dauerthema im Vordergrund der Programme. Unsere angesehene „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie“ hat es vor Jahren für richtig befunden, sich umzubenennen und nunmehr auch „Gesellschaft für Geburtshilfe“ zu heißen. Seit Jahren sind auch zahlreiche Kollegengruppen sehr aktiv geworden. Ich denke an die Münchener Perinatalstudie, deren besonderer Erfolg es u. a. war, daß auch auf breiter Basis zahlreiche Kollegen sich angesprochen fühlten und aktiv mitwirkten. Für Fernsehen, Rundfunk und Presse sind Themen der Geburts- und Perinatalmedizin beliebte und aktuelle Anlässe für Berichterstattung. Liberationsbewegungen der Frauen haben dazu manche Impulse gegeben.

Insgesamt sind breite Bevölkerungskreise mit wichtigen Fragen aus unserem Problemfeld konfrontiert wor-

den. Das ist gut so, denn je mehr Aufmerksamkeit unseren gemeinsamen Fragen gewidmet wird, um so besser sind die Chancen, auch weiterhin die noch dringend erforderlichen Verbesserungen zu erzielen.

Außerordentliche Fortschritte zur Erhöhung der Sicherheit für das Kind

Wer als Fachmann Vergleiche zieht zwischen dem, was vor 20 Jahren war, und dem, was in der Gegenwart möglich ist, steht unter dem starken Eindruck der außerordentlichen Fortschritte zur Erhöhung der Sicherheit für das Kind, besonders in der Fetal-, aber auch in der Neonatalperiode. Was hier medizinisch realisierbar ist, haben fortschrittliche geburtsmedizinische Zentren wie auch Neonatalzentren eindrucksvoll bewiesen. Vor etwa 15 bis 20 Jahren hätte kaum einer von uns an einer Schwerpunktlinik Ergebnisse für erreichbar gehalten wie eine perinatale Mortalität von zirka 1 Prozent und eine Zahl „gefährlich asphyktischer“ Neugeborener von unter 0,5 Prozent. Hervorragende Neonatologen berichten, daß stark untergewichtige Kinder von 1500 g und weniger Geburtsgewicht zu 90 Prozent die Intensivbehandlung bereits schadlos überstehen können.

Solche Berichte strafen diejenigen Lügen, die immer wieder behauptet haben, die Perinatalmedizin führe zur Zunahme geschädigter, am Leben bleibender Kinder.

Die heutigen Möglichkeiten, den Feten ultrasonographisch, fetoskopisch oder amnioskopisch zu sehen, seinen Herzschlag, seine Atemex-

„Wer als Fachmann Vergleiche zieht zwischen dem, was vor 20 Jahren war, und dem, was in der Gegenwart möglich ist, steht unter dem starken Eindruck der außerordentlichen Fortschritte zur Erhöhung der Sicherheit für das Kind, besonders in der Fetal-, aber auch in der Neonatalperiode.“ Der nachstehende Aufsatz gibt einen Überblick über das Realisierte, einmündend in eine Erörterung relativer neuer Problematik, nämlich der „Psychologisierung“.

kursionen, seine Körperbewegungen kontinuierlich beobachten zu können, sein Blut zu untersuchen, zahlreiche andere Befunde von ihm zu erhalten, haben die Geburt des Kindes als ein mit vielen Unbekannten und zahlreichen negativen Überraschungen verknüpftes medizinisches Ergebnis in beträchtlichem Maße entschärft. Viel häufiger als heute stand man damals als Geburtshelfer vor ernstesten Situationen und war sich der Ohnmacht bewußt, nicht schon viel früher Gefahren abwenden zu können.

In der Intensivneonatalogie möchte ich zwei markante Errungenschaften der 70er Jahre nennen: Die Atmung oder Beatmung unter kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck – unter den Schlagworten CPAP und PEEP bekannt – und die Einführung der transkutanen PO_2 -Messung.

Noch Mängel in der Breitenversorgung . . .

Die vielen Fortschritte, die erzielt wurden, stellen wichtige Voraussetzungen für die Realisierung einer guten Breitenversorgung dar, die leider immer noch nicht in genügendem Maße gegeben ist. Zwar sinkt die Säuglingssterblichkeit (Tabelle 1) – im Jahre 1978 betrug sie in der Bundesrepublik Deutschland 14,7 Promille – dennoch entsprechen

Geburts- und Perinatal-Medizin

solche Werte bei weitem nicht den erreichbaren Ergebnissen.

Es ist so, als ob es gelungen wäre, ein hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit hervorragendes Sicherheitsauto zu entwickeln und für den Verkehr bereitzustellen, aber weder benutzen genügend Fahrer das Sicherheitsauto – viele haben es nur in der Garage stehen –, noch ist das Servicenetz genügend ausgebaut.

Ich werde konkreter: Eine von Tietze 1977 in Rheinland-Pfalz vorgenommene Untersuchung hat ergeben, daß von den behandelnden Ärzten in den Mutterpässen auf der Seite mit den Risikofaktoren zu 62 Prozent gar keine Eintragungen vorgenommen wurden. Damit blieb offen, ob die betreffende Schwangere erhöhten Risiken ausgesetzt war oder nicht.

Indizien dieser Art zeigen, welche schwerwiegenden Mängel in der Breitenversorgung von Schwangeren noch existieren, wenn nicht einmal Grundlagen und wichtige Voraussetzungen für eine solche ärztliche Betreuung beachtet werden.

Dagegen gibt es eine Reihe von Kollegen, die Risikofaktoren einwandfrei feststellen und diese Fälle in zunehmendem Maße selbst ambulant betreuen. Solchem Vorgehen kann man zustimmen, wenn

① die Betreuung ausschließlich von den wenigen Kollegen, die eine fundierte Ausbildung in allen wichtigen Fragen der Geburts- und Perinatalmedizin erhalten haben, durchgeführt wird und

② man sich nur auf Fälle beschränkt, bei denen eine ambulante Betreuung auch sinnvoll ist, d. h. auf eine stationäre Behandlung verzichtet werden kann. Dies ist z. B. nicht gegeben bei den zahlreichen Schwangeren mit drohender Frühgeburt oder Verdacht auf Hypotrophie. Zwar könnten solche Patientinnen auch zu Hause liegen, sie können dort aber nicht einwandfrei überwacht werden. Fahren sie dagegen häufig zum Arzt, durchbrechen sie die Forderung nach Bettruhe.

Unsere eigenen Erfahrungen zeigen, daß Fälle von Schwangeren mit nicht erkannten Gefahren für den Feten oder einer offensichtlich fehlgeschätzten Situation, in denen die Betreffende zu spät zur Schwerpunktambulanz kommt, sich eindeutig mehren, anstatt sich zu verringern.

Ferner zeichnet sich noch ein anderer gefährlicher Trend insofern ab, als ohne ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen Geräte gekauft und nicht fachgerecht eingesetzt werden. So klagten kassenärztliche Abrechnungsstellen über viel zu hohe Zahlen von CTG- und Ultraschallabrechnungen. Nicht ohne Grund

greifen die KV-Stellen deshalb bereits zur Selbsthilfe und verlangen Qualifikationsnachweise. Gegen solche „Trittbrettfahrer der Geburts- und Perinatalmedizin“ ist scharfe Kritik zu richten.

... aber auch in der klinischen Versorgung

Die klinische Versorgung von Schwangeren und Kreißenden mit erhöhtem Risiko ist vielerorts noch immer unbefriedigend. Die Hauptgründe sind im Personalmangel wie auch in der fehlenden Regionalisierung zu suchen.

Es ist anachronistisch und zwiespältig, einerseits ständig Lippenbekenntnisse in Richtung auf Senkung der Säuglingssterblichkeit kundzutun und vom „Jahr des Kindes“ zu reden, dagegen aber rücksichtslos an antiquierten Personalschlüsseln festzuhalten und drastische Sparmaßnahmen rigoros durchzusetzen.

Um die klinische Versorgung in der Breite zu verbessern, müssen wir heute dringend fordern, daß die neuen Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Oktober 1978 besonders hinsichtlich der personellen Ausstattung von geburtshilflichen Abteilungen schnellstens in die Tat umgesetzt werden.

Die regionale Einordnung der geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken der Grund- und Regelversorgung einerseits sowie in Schwerpunktabteilungen zur Breitenversorgung von Risikofällen andererseits vollzieht sich schleppend. Zum Teil werden erhebliche Widerstände geleistet, so daß der Prozeß stagniert. Falls hier in naher Zukunft keine Einsicht und Änderung erreichbar sein wird, bleibt nur übrig, sich grundsätzlich für eine Zentralisierung auszusprechen, also für die starke Verringerung kleinerer Abteilungen, wie man es aus verschiedenen Ländern bereits kennt. Dies wäre sicher eine ungerechtfertigte Härte gegenüber stark engagierten Kollegen in kleineren Abteilungen. ▷

Tabelle 1: Die Säuglings- und Müttersterblichkeit hat sich in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970 wie folgt entwickelt:

Bundesrepublik Deutschland	Säuglingssterblichkeit je 1000 Lebendgeborene	Müttersterblichkeit je 100 000 Lebendgeborene
1970	23,4	51,8
1971	23,1	50,5
1972	22,4	42,7
1973	22,7	45,9
1974	21,1	34,0
1975	19,7	39,5
1976	17,4	36,3
1977	15,4	34,0
1978	14,7	25,0

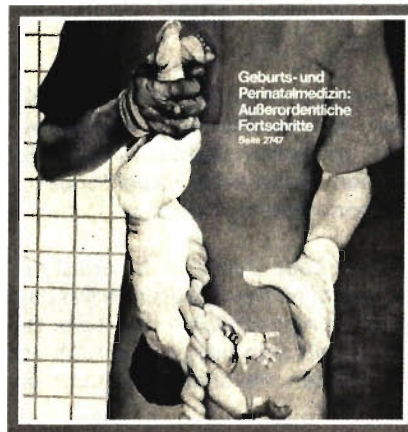
1978 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 1279 geburtshilfliche Abteilungen. 92 Prozent von ihnen hatten Geburtenzahlen unter 1000 pro Jahr. Die meisten dieser Abteilungen sind besonders personell, zum Teil aber auch apparativ nicht so besetzt bzw. ausgestattet, daß eine vollwertige Breitenversorgung von Risikofällen rund um die Uhr möglich wäre. Nach Vollzug einer Regionalisierung würde das Gros dieser Abteilungen für die Grund- und Regelversorgung zuständig sein. Die Hauptaufgabe bestünde darin, vorzugsweise die selektierten Normalfälle sowie die wenigen Fälle mit erst sub partu erstmalig auftretenden Risikohinweisen zu betreuen.

Wenn wir die kritische Situation der dargestellten ambulanten und klinischen Versorgung der Bevölkerung einmal unbeschönigt, also realistisch betrachten und daran denken, was in der Öffentlichkeit zum Teil an vernichtenden Urteilen über unseren Beruf gefällt wird, so muß man doch bekennen, daß wir in nicht geringem Maße selbst Schuld daran tragen.

Würde man heute durch eine neutrale Kommission jede Praxis, die Schwangere versorgt, und jede geburtshilfliche Klinik auf ihre Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Berücksichtigung moderner Gesichtspunkte kritisch überprüfen, fürchte ich, wir erhielten, statistisch gesehen, ein deprimierendes Resultat.

Um die Misere abzubauen, muß dringend eine ebenso simple wie elementare Forderung erfüllt werden: Jede Schwangere soll den für ihre Versorgung geeigneten Frauenarzt und später die für sie richtige Klinik finden können. Dies ist für eine große Zahl von Schwangeren und Gebärenden in unserem Lande wegen der fehlenden Information darüber, welcher Frauenarzt und welche Klinik wofür gut geeignet sind, leider ausgeschlossen.

Es ist deshalb zu befürchten, daß wir für den Hochmut der überzogenen Ansprüche, für alles fachlich zustän-



dig zu sein, auch für das, was wir durch die Gegebenheiten gar nicht leisten können, in Zukunft noch mehr als bisher unseren Tribut in Form von Verlust des ärztlichen Ansehens und der berechtigten Diskriminierung werden zahlen müssen.

Die eigene Leistungsfähigkeit kritisch abgrenzen!

Lassen Sie mich meine bereits früher einmal vorgetragenen konkreten Vorschläge zur Verbesserung der Situation erneuern. Es wäre sinnvoll, die eigene Leistungsfähigkeit kritisch abzugrenzen und zu bekennen, was man zu leisten imstande ist und was nicht. Vor allem kleinere, nicht genügend ausgestattete und nicht genügend personell besetzte Kliniken sollten klar zu erkennen geben, daß sie nur geburtshilfliche Normalfälle versorgen. Praktizierende Kollegen sollten eine Zusatzbezeichnung führen dürfen, die deutlich zeigt, worauf sie spezialisiert sind, z. B. „spezialisiert in Schwangerenbetreuung“ oder „spezialisiert in der Betreuung aller Frauenkrankheiten, ausgenommen Schwangerschaften“; über Formulierungsdetails wäre noch zu beraten. Dazu müßten natürlich die Landesorganisationen, besonders die Ärztekammern, von ihrer starren Haltung abgehen und seriös formulierte Zusatzbezeichnungen akzeptieren. Nicht nur, daß die Kollegen in ihrem selbstgewählten Zuständigkeitsbereich sich besser auf dem laufenden

halten würden, endlich wüßten auch die Patientinnen besser, wohin sie zu gehen haben und wo sie medizinisch gut aufgehoben sind.

Schwangerschaftsabbruch: bei echter sozialer Not

Nach wie vor beschäftigt die Öffentlichkeit sowie besonders uns Geburts- und Perinatalmediziner sehr die Frage, wie der Schwangerschaftsabbruch auf breiter Ebene praktiziert wird. Als engagierter Geburts- und Perinatalmediziner stehe auch ich auf dem Standpunkt, daß in jedem Fall einer überzeugenden, echten sozialen Not ein Schwangerschaftsabbruch gerechtfertigt ist. Ich wehre mich aber entschieden gegen die Banalisierung dieser Indikation zu einer Farce, wobei dann sogar immer wieder in einseitigen Darstellungen von Massenmedien so getan wird, als wenn es geradezu schändlich wäre zu prüfen, ob es sich auch wirklich um einen sozialen Notstand und nicht wie häufig um Bequemlichkeits- oder andere, nicht überzeugend begründete Indikationen handelt.

In unserer Gesellschaft scheinen immer wieder irrationale Bewegungen unvermeidlich zu sein, die mehr emotionalen Wirren denn dem nüchternen Verstand unterworfen sind. Nur so ist zu verstehen, daß z. B. einerseits mit energischem Nachdruck ein Vernichten entstehenden menschlichen Lebens unter der Deklaration des Notstandes gefordert wird, als wären diese Notstände schicksalhaft, unvermeidlich und unbeeinflussbar, so daß ihnen das werdende Leben geopfert werden muß, andererseits viel weniger engagiert und energisch man Maßnahmen sucht und fordert, um den Betroffenen wirksam zu helfen und wenn dies z. B. nur für die Dauer der Schwangerschaft wäre, um die dann geborenen Kinder den vielen, auf Adoptionsmöglichkeiten Wartenden zu übertragen.

Mit der gleichen Entschiedenheit muß aber auch verurteilt werden, daß Frauen, die sich in nachweis-

bar echter Notsituation befinden, menschlich unzumutbaren Belastungen ausgesetzt werden, um einen gesetzlich erlaubten Abbruch zu erlangen. Es liegt in hohem Maße an uns Frauenärzten, und zwar an allen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, menschlich und sozial korrekte Entscheidungen zu treffen, d. h. von Fall zu Fall bewußt objektiv zu befinden, ob ein wirklicher, fundierter, anderweitig unabwendbarer sozialer Notstand besteht oder nicht. Eine saubere Entscheidung zu treffen, setzt ein hohes Maß an menschlicher Qualität voraus. Diese Eigenschaft hat man dem Arzt – dafür spricht das Ansehen, das er in größeren Bevölkerungskreisen nach wie vor noch genießt – schon immer in erhöhtem Maße zugestanden. Er sollte versuchen, diesem Ansehen gerecht zu werden, sonst ist für manche von uns die Gefahr beträchtlich, unter falsch verstandenem Gefälligkeitsempfinden einerseits Erfüllungsgehilfe zur Wohlstandsmaximierung, andererseits uneinsichtiger Moraldogmatiker anstatt echter, realitätsbezogener Helfer aus sozialer und menschlicher Not zu sein.

Die Psychologisierung der Schwangerenbetreuung

Hoch aktuell ist die Frage der Psychologisierung der Patientenbetreuung während der Schwangerschaft und besonders während des klinischen Aufenthalts um die Geburt herum. Es wird kaum jemand bestreiten können, daß mit der Verlagerung der Geburt aus dem Privathaus in die Klinik, die sich in diesem Jahrhundert vollzog, zu einseitig naturwissenschaftlich-medizinische und klinisch schematische Gesichtspunkte im Vordergrund standen. Deshalb muß mit Nachdruck eine Psychologisierung unterstützt werden. Diese ist in einer Reihe von Kliniken bereits voll im Gange oder schon in hohem Maße erreicht. Wogegen wir uns allerdings wehren müssen, ist, daß der Bogen überspannt und der mühsam aufgebaute medizinische Fortschritt wieder gefährdet wird.

Zwei Punkte stehen im Vordergrund:

- ① Die Verteufelung der Technizismen mit größtenteils erfundenen und unwahren Behauptungen. Sie können durch erste Patientenbefragungen widerlegt werden.
- ② Die über das Ziel hinausschießende, d. h. mystifizierende Psychologisierungswelle, die ihrerseits Gefahren mit sich bringt und auch von ernsthaften Psychologen nicht geteilt wird.

Beste Lösung: die familienfreundliche Klinikbetreuung

Die medizinische Intensivüberwachung hat uns, wie ich bereits eingangs sagte, in der Sicherheit für Mutter und Kind Fortschritte gebracht, wie wir sie vor 20 Jahren kaum für möglich gehalten hätten. Die erzielte Sicherheit auch nur teilweise aufzugeben, um dafür falsch verstandene – ich möchte sie „Psycho-Seligkeit“ nennen – einzuhandeln, kann mit Recht als sträflicher Leichtsinns und naive Fahrlässigkeit, die zu paradoxen Konsequenzen führt, angesehen werden. Als beste, von aufgeschlossenen Geburts- und Perinatalmediziner, von realistisch eingestellten Psychologen, wie auch vom Gros der Frauen selbst angesehene Lösung ist die verschiedenorts bereits praktizierte Berücksichtigung der wesentlichen psychologischen Aspekte bei vollem Einsatz der heute möglichen medizinischen Fortschritte. Ich möchte sie „familienfreundliche Klinikbetreuung“ nennen. Glücklicherweise erkennt die weit überwiegende Zahl unserer Patientinnen diesen Weg an.

► An unserer Klinik bemühen wir uns seit einigen Jahren in zunehmendem Maße, eine solche familienfreundliche Klinikbetreuung zu praktizieren. Dazu zählen vorgeburtliche Kurse, Anwesenheit des Ehemannes während der gesamten Geburt, Sofort-Kontakt durch Auflegen des Neugeborenen auf den Oberkörper der Mutter unmittelbar nach Ab-

nung, also innerhalb der 1. Minute nach der Geburt, anschließend gleich Anlegen des Kindes an die Brust, „rooming in“, je nach Wunsch Tag und Nacht oder nur tagsüber.

► Parallel zu der kürzlich publizierten Umfrage von Walter aus der UFK Würzburg haben wir unsere Patientinnen detailliert über ihre Ansichten und Eindrücke befragt. Die interessantesten, an einem ausreichend großen Material erhobenen Ergebnisse gehen aus der Tabelle 2 hervor.

Besonders hervorzuheben ist das Ergebnis, daß die Technizismen im Kreißsaal zu 94 Prozent bzw. 95 Prozent die Mütter weder gestört noch geängstigt und in 86 Prozent ihnen sogar das Gefühl der Sicherheit vermittelt haben. In fast 90 Prozent behielten die Frauen die Geburt in überwiegend positiver Erinnerung. Alles in allem uns Geburts- und Perinatalmediziner befriedigende Resultate.

Warnung vor „psychologischer Umweltverschmutzung“

Zurück zu den Psychologisierungsaktivitäten: Die Höhenflüge einiger Fanatiker und einiger phantastisch ausschmückender Medien mit oft mehr poetisch-mystischem als psychologisch-medizinischem Charakter können, wie ich kürzlich las, treffend als psychologische Umweltverschmutzung angesehen werden. Dabei ist auch folgendes zu beachten: Eine beträchtliche Zahl von Frauen hat zu all den Fragen der Psychologisierung um die Geburt herum eine offensichtlich aufgeschlossene, gleichzeitig aber eine gemäßigte, realistische Einstellung. Das zeigt unsere Befragung: Diese Frauen werden von mystifizierenden Höhenfliegern nicht nennenswert beeinflusst.

Ein anderer Teil verfügt dagegen nicht über das nötige gesunde Selbstbewußtsein und ist deshalb für übertriebenes Getue empfänglich-

Tabelle 2		
Empfanden Sie die Betreuung während der Geburt im Kreißsaal	Kamen Sie sich während Ihres Aufenthaltes im Kreißsaal verlassen vor?	War der Geräuschpegel im Kreißsaal
Prozent freundlich: 81,8 angenehm: 13,3 nüchtern, sachlich: 3,5 unfreundlich: 0,3 schlecht: 1,2 n=346	Prozent nie: 75,4 manchmal: 20,5 oft: 4,1 n=341	Prozent nicht störend: 95,5 laut und etwas störend: 3,6 unzumutbar störend: 0,9 n=335
Haben während des Kreißsaalaufenthaltes die dort vorhandenen medizinisch-technischen Geräte	Fanden Sie die Aufklärung über alle medizinischen Maßnahmen, die im Laufe der gesamten Geburt notwendig waren	In welcher Erinnerung werden Sie die Geburt behalten?
Prozent Sie gestört? ja 5,0 nein 95,0 n=300 Sie geängstigt? ja 5,6 nein 94,4 n=231 Eher Sicherheit vermittelt? ja 88,3 nein 11,7 n=264	Prozent gut: 74,9 ausreichend: 20,0 mangelhaft: 3,9 völlig unzureichend: 1,2 n=335	Prozent in überwiegend positiver Erinnerung: 87,5 in überwiegend negativer Erinnerung: 12,5 n=321
War der werdende Vater während der Geburt anwesend?	Wie empfanden Sie seine Anwesenheit?	Wie empfand der werdende Vater seine Anwesenheit?
Prozent ja: 54,3 nein: 45,7 n=221	Prozent positiv und hilfreich: 99,1 eher negativ: 0,9 n=114	Prozent positiv: 98,1 fühlte er sich überflüssig? 0,9 negativ: 0,9 n=107

cher und daher beeinflussbarer. Sie stilisieren Schwangerschaft und Geburt zu einem rituellen Akt, in welchem sie sich Selbstfindung und besonders tiefes Empfinden versprechen. Manchen Frauen mag eine solche Gefühlssteigerung gelingen, anderen nicht. Stellt man diese Steigerung als zu selbstverständlich und „natürlich“ dar, werden manche Frauen zwangsläufig enttäuscht. Entweder werden sie sich einer Übertreibung bewußt, das hinterläßt

eine eher getrübte Erinnerung, oder sie haben das Gefühl, im psychischen Bereich nicht vollwertig empfinden zu können, damit also versagt zu haben. Abgesehen von solchen psychischen Schäden entscheiden sich einige wenige aus den obengenannten Motiven zur Hausgeburt, wobei gelegentlich mit einer Komplikation und daraus resultierenden ernstesten Konsequenzen zu rechnen ist. In allen genannten Fällen mit negativen Folgen ist den Betroffenen

ein denkbar schlechter Dienst erwiesen worden.

Als weiterer wichtiger Punkt ist hervorzuheben, daß keineswegs gleich psychische Schäden für Mutter und Kind zu befürchten sind, wenn aus medizinischen Gründen ein Frühkontakt sofort nach der Geburt zwischen beiden nicht möglich war. Sicher sollte man einer Mutter sehr empfehlen, z. B. nach einer Sektio oder im Falle einer Frühgeburt so

bald wie möglich engeren Kontakt mit ihrem Kind anzuknüpfen und aufrechtzuerhalten und seitens der Klinik die Möglichkeiten hierzu fördern. Entschieden sollte aber abgelehnt werden, den Kontakt unmittelbar nach der Geburt zu einer Art „kritischen Periode“ zu stilisieren, in der allein ein späterer guter emotionaler Mutter-Kind-Kontakt sichergestellt werden könne. Entschieden sollte die „Muß-Psychologisierung“ abgelehnt werden, weil in Fällen des nicht möglichen Frühkontaktes bei der Mutter die Gefahr eines Versäumnisschuldgefühles entstehen kann.

Für und wider die Vermeidung intensiverer Reize

Im Zusammenhang mit der Psychologisierung noch einige Wort zu Leboyer. Ihm gebührt das Verdienst – ähnlich wie Vorgänger es in verschiedenen Varianten bereits taten – auf stärkere Berücksichtigung psychologischer Faktoren um die Schwangerschaft und die Geburt herum hingewiesen zu haben. Doch auch Leboyers Empfehlungen gegenüber sollte man sich ein gesundes, kritisches Augenmaß bewahren.

Der Versuch einer Vermeidung von intensiveren Reizen sofort nach der Geburt, was ja das Kernstück der sogenannten „sanften Geburt“ ausmacht, darf zunächst nicht apodiktisch als das Nonplusultra angesehen werden. Es ist bei wissenschaftlich unvoreingenommener Betrachtung durchaus möglich, daß ein Kind sofort nach Austritt aus den Geburtswegen gewisser Mindestreize bedarf, um die biologischen Adaptationsvorgänge nach der Geburt optimal ablaufen zu lassen. Selye unterscheidet seit einiger Zeit – zwar in ganz anderem Zusammenhang – den Eustreß vom Distreß, wobei der Eustreß für den ungestörten Ablauf von Lebensvorgängen als unbedingt erforderlich angesehen wird.

Auf unsere Neugeborenen übertragen, wäre denkbar, daß durch zu

sanfte Gestaltung der ersten extrauterinen Lebensperiode, also der ersten Lebensminuten nach der Geburt, physiologischerseits auch Nachteile, z. B. hinsichtlich der Eröffnung der pulmonalen Strombahn und der Lungenentfaltung entstehen könnten. Es fällt auf, daß der Mutter sofort nach der Geburt auf den Oberkörper gelegte Kinder sich häufig auffallend ruhig verhalten.

Dabei läßt sich bei aufmerksamer Betrachtung feststellen, daß manche Kinder verdächtig lange zyanotisch bleiben, also ein verspätetes Einsetzen der Hautrötung stattfindet.

Hierbei handelt es sich zunächst um Einzelbeobachtungen, die auch andere Geburtshelfer gemacht haben. Daraus dürfen noch keine verbindlichen wissenschaftlichen Schlüsse gezogen werden.

► Bevor die „sanfte“ Geburt als Optimum anerkannt werden kann, sollten geeignete und ausreichend fundierte wissenschaftliche Untersuchungen stattfinden, ob die geforderte Reizarmut auch physiologisch kompatibel, also unbedenklich für die Umstellung vom intra- zum extrauterinen Leben ist.

Es gibt bisher keinerlei wissenschaftliche Belege dafür, daß es notwendig sei, direkt nach der Geburt alle Umweltreize für das Kind zu minimieren, wie es die Vertreter der „sanften Geburt“ fordern.

Ebenso ist wissenschaftlich keineswegs sichergestellt, daß psychologischerseits Nachteile entstehen oder gar echte Gefahren drohen, wenn ein Kind nach der Geburt kräftigeren Reizen, zum Beispiel dem durch Raumtemperatur bedingten Kältereiz, ausgesetzt wird, woraufhin das Neugeborene eine kurze Periode lang schreit, oder wenn bei nicht sofort einsetzender Spontanatmung – was bei zu sanftem Vorgehen durchaus häufiger auftreten kann – wirksame taktile Reize, zum Beispiel durch kräftiges Hautreiben und nicht nur durch sanftes Streicheln verursacht werden.

Gegen jede überschwänglich manipulierte Psychologisierung

Bestimmte Psychologisierungshänger sind schon einmal einem groben Fehlschluß erlegen, als im vorausgegangenen Jahrzehnt die Welle der überzogenen antiautoritären Erziehungsbewegung mit hohen Wogen die Gemüter bewegte. Inzwischen ist es um diese Aktivitäten sehr ruhig geworden.

Kurz: Leboyers Empfehlungen haben ohne Zweifel zu positiven Impulsen geführt. Die von ihm induzierten Wogen haben auch überhöhte Schaumkämme: Die Zukunft muß erst zeigen, was solide Welle und was nur Schaum ist.

Zum Punkt Psychologisierung darf ich folgende Schlußfolgerung ziehen: Möglichst viele unserer Patientinnen sollten das ihrer Persönlichkeit und ihrer Beziehung zum Partner entsprechende psychische Erleben der Schwangerschaft, der Geburt und der postpartalen Periode unter voller Berücksichtigung medizinischer Sicherheitsbedürfnisse unbedingt ermöglicht bekommen. Hier ist, was die Breitenversorgung betrifft, noch vieles an Verbesserungen anzustreben und zu realisieren.

Ich bin aber gegen die überschwänglich manipulierte Psychologisierung, weil sie medizinische und psychohygienische Gefahren in sich birgt. Ich hoffe, daß meine Kritik dazu beiträgt, bei der Einschätzung dieser Probleme auf dem Boden der Realitäten zu bleiben.

(Der Artikel basiert auf der Eröffnungsrede zum 9. Deutschen Kongreß für Perinatale Medizin, gehalten am 11. Juni 1979)

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Erich Saling
Mariendorfer Weg 28
1000 Berlin 44