



Silke
Nixdorff

Salutogenese und Pränatale Psychologie

Mattes Verlag Heidelberg

Silke Nixdorff

Salutogenese und Pränatale Psychologie

**Gesundheitsförderung und Prävention
in der vorgeburtlichen Lebensspanne**

Mattes Verlag Heidelberg

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte
bibliographische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-86809-032-1

Abbildung auf dem Umschlag: Tonskulptur von Silke Nixdorff

Mattes Verlag 2009. Hergestellt in Deutschland

Aktualisierter Nachdruck Feb. 2011

Vorwort

Ich habe die vorliegende Arbeit mit großem Interesse erstellt und während der Erarbeitung wichtige Erkenntnisse gewonnen. Mit Sicherheit werden sich meine beruflichen Aktivitäten in dem zukunftsweisenden Neuland dieses Bereichs der Gesundheitsförderung und Prävention weiter fortsetzen.

Ganz außerordentlicher Dank gebührt Dr. Ludwig Janus für den wissenschaftlichen Beistand, den er mir gewährt hat. Ohne ihn hätte ich mich nicht an das umfassende Themengebiet der Pränatalen Psychologie herangewagt. Die vorliegende Arbeit bildete den Abschluss des Fernstudiums „Angewandte Gesundheitswissenschaften“, das ich als spät Studierende seit 2004 verfolgt habe. In der Bearbeitung des für den Bereich der Gesundheitswissenschaften noch weitgehend unbekanntem Terrains fand ich mich im Umfeld der Hochschule stets in konstruktiver Weise unterstützt und ermutigt. Ich danke Prof. Dr. Hansheinz Kreuter für seine unermüdlich wohlwollend begutachtende und beratende Präsenz und Prof. Dr. Meinrad Armbruster, der trotz großem Zeitmangel jederzeit für Fragen ansprechbar war. Doris Neumann-Enders, Teres Miriam Keller und Prof. Dr. med. Uwe Nixdorff gebührt ausdrücklicher Dank für die immer vorhandene Bereitschaft, Textpassagen gegenzulesen, bei inhaltlichen und formellen Fragen auszuwählen und mir in persönlichen Engpässen ermutigend beizustehen.

Ich widme dieses Buch meinem Vater

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Psychologische und salutogenetische Grundlagen	12
2.1	Grundlagen der Pränatalen Psychologie	12
2.1.1	Definition	12
2.1.2	Intelligenter Fötus – kompetentes Kind	12
2.1.3	Das Bindungsgeschehen	14
2.1.4	Die Geburt	18
2.1.5	Die „Physiologische Frühgeburtlichkeit des Menschen“	21
2.2	Salutogenese und Pränatale Psychologie	22
2.2.1	Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in der westlichen Welt	22
2.2.1.1	Frühe Neuzeit und Neuzeit	22
2.2.1.2	Zeitalter der Industrialisierung	25
2.2.2	Traditionelle Aspekte von Schwangerschaft und Geburt	30
2.2.2.1	Geburtsbegleitung	31
2.2.2.2	Natürliche Heilmittel	32
2.2.3	Salutogenese, Schwangerschaft und Geburt	34
2.2.3.1	Der Lebenslauf von Aaron Antonovsky	34
2.2.3.2	Das Salutogenese-Konzept	35
2.2.3.3	Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung	39
2.2.3.4	Public Health und Gesundheitspsychologie	42
2.2.3.5	Salutogenese und Psychotraumatologie	45
3	Die aktuelle gesellschaftliche Situation	51
3.1	Erwachsene, Familie und Kinder	51
3.2	Frauen	57
3.3	Schwangerschaft und Geburt	59
3.4	Die Schwangerenvorsorge	62
4	Aktueller Erkenntnisstand der Pränatalen Psychologie	64
4.1	Auswirkungen außergewöhnlicher Stressbelastungen	64
4.1.1	Das soziale Netzwerk	64

4.1.2	Stress, Angst und Depression der Schwangeren	66
4.2	Ungewollte Schwangerschaften	69
4.3	Entwicklung von Gewalt und Kriminalität	72
4.4	Wirkungsweise salutogenetisch orientierter vorgeburtlicher Begleitung und Intervention	76
4.4.1	Ärztliche Begleitung	76
4.4.2	Hebammen und Doulas	78
4.4.3	Gruppeninterventionen	83
4.4.3.1	Personenzentrierte Gruppenarbeit	83
4.4.3.2	SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern	84
4.4.4	Einzelinterventionen	85
4.4.4.1	Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse	86
4.4.4.2	Haptonomische Eltern-Kind-Begleitung	87
4.4.4.3	Präventive Psychotherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit	89
5	Kernereignisse und Leitfragen	91
6	Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne	96
6.1	Erweiterung des Bildungssystems	99
6.2	Entwicklung eines neuen Versorgungssystems	102
6.2.1	SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern	105
6.2.2	Vorgeburtliche Einzelbegleitung	106
6.2.2.1	Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse	106
6.2.2.2	Haptonomische Eltern-Kind-Begleitung	107
6.3	Förderung der psychosozialen Kompetenz in Schulen und Kindergärten	108
7	Zusammenfassende Betrachtung und Ausblick	110
8	Literaturverzeichnis	115
9	Verzeichnis der Internetquellen	123
10	Anhang	124

1 Einleitung

„Wir haben sicher nicht unser errechnetes Alter und jeder Mensch ist um einige Monate älter, als er zu sein glaubt, denn schon in dieser anderen Welt, dem eigentlichen Mikrokosmos, im Schoß unserer Mutter, leben wir, bewegen uns, haben ein Sein und sind den Wirkungen der Elemente und der Heimtücke von Krankheiten unterworfen.“

Sir Thomas Browne, aus *Religio Medici* von 1642

Die Kompetenz des Säuglings und die Bedeutung und Auswirkungen der Wechselbeziehung Mutter/Eltern-Kind für die weitere Entwicklung des Kindes werden heute kaum mehr in Frage gestellt (Krens 2002). Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Zeit und der Geburt wird hingegen trotz vorliegender Forschungsergebnisse und einem zunehmend regen Interesse der Öffentlichkeit in Wissenschaftskreisen erst anfänglich wahrgenommen.

So fasst Janus zusammen, dass die Konvergenz der Ergebnisse aus Stress-, neurobiologischer Entwicklungs- und Traumaforschung sowie aus Beobachtungen im Feld der Psychotherapie die grundlegende Bedeutung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrungen belege. Eine wirkliche Integration der bisher fachdisziplinär getrennten Forschungsansätze sei jedoch erst in Ansätzen geleistet (Janus 2005).

Auf diesem Hintergrund ist die Entwicklung des Versorgungssegmentes Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne im Hinblick auf die Unterstützung einer Optimierung des kindlichen Entwicklungsverlaufs von Lebensbeginn an nicht nur lohnend, sondern auch erforderlich.

Dies versucht die vorliegende Arbeit aufzuzeigen. Nachfolgend dargestellter Aufbau entstand bei der Bearbeitung der Thematik:

Das nach der Einleitung folgende zweite Kapitel gibt Einblick in die Pränatale Psychologie unter Einbezug der Geburt, erläutert den geschichtlichen Wandel in der westlichen Welt sowie traditionelle Aspekte im Hinblick auf den Umgang mit Schwangerschaft und Geburt, führt das Salutogenese-

Konzept ein und zeigt den Entwicklungsgang von Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspsychologie und Psychotraumatologie auf.

Eine bislang noch nicht erfolgte Integration der Pränatalen Psychologie und vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereich der sich in Deutschland noch entwickelnden Gesundheitspsychologie wird in das Blickfeld gerückt. Ausgehend von einer Verknüpfung des Salutogenese-Konzepts mit der Psychotraumatologie werden Sinn und Bedeutung neuer vorgeburtlicher Interventionen abgeleitet und verständlich gemacht.

Im Hinblick auf die bereits unter Punkt 2.2.3.3 genannten Zunahme chronischer Krankheiten als neuer Herausforderung für die Psychologie (Faltermaier 1997) wird in Kapitel drei die aktuelle Problemlage der gesellschaftlichen Situation ausgeleuchtet. Schwerpunkte der Betrachtung bilden die Veränderung von Lebensbedingungen und Lebensformen, die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, die gesundheitliche Situation der Frauen, hervorstechende Aspekte rund um die Thematik der Reproduktion und eine Einführung und Einsichtnahme in das Feld der Schwangerenvorsorge.

Im ersten Teil von Kapitel vier werden Studien aus dem Feld der Pränatalen Psychologie vorgestellt, die die Bedeutung der mütterlichen Einstellung und Emotionalität und der psychosozialen Unterstützung der Mutter auf Schwangerschaft und Geburt und somit auf die Entwicklung des Kindes verdeutlichen und belegen.

Die Konvergenz der bis dahin dargestellten Informationen weist bereits auf eine Erfordernis der Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne hin.

Im zweiten Teil von Kapitel vier folgt eine Beschreibung günstiger Auswirkungen salutogenetisch orientierter Begleitung während der Schwangerschaft und Geburt. Im gleichen Zuge führt dies nennenswerte Aspekte und für Deutschland noch neue Arten vorgeburtlicher Begleitung ein.

Die in Kapitel fünf formulierten Leitfragen verbinden sich mit drei Vorschlägen von Handlungskonzepten für das Feld vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention, die in Kapitel sechs beschrieben werden.

Neben einer Erweiterung des Bildungssystems wird eine Erneuerung des Versorgungssystems vorgeschlagen. Hier werden die im Rahmen der Studien genannten neuen Interventionen in inhaltlicher Hinsicht genauer beschrieben. Abschließend wird die Förderung der psychosozialen Kompetenz in Schulen und Kindergärten ins Auge gefasst.

Im Hinblick auf konkrete Ansätze der vorgeburtlichen Förderung und Prävention erfolgt eine Beschränkung auf Deutschland und seine bisherige Entwicklung in diesem Feld. Eine Erweiterung der Betrachtung zum Beispiel auf die USA ist mit dem Umfang der vorliegenden Arbeit nicht zu leisten.

2 Psychologische und salutogenetische Grundlagen

2.1 Grundlagen der Pränatalen Psychologie

Die Grundlagen der Pränatalen Psychologie umfassen – ausgehend von der Definition des Begriffs selber – eine Darstellung der Entwicklung des Kindes im Mutterleib, der Gestaltung der wechselseitigen Beziehung, der Bedeutung der Bindung von Mutter und Kind, der Übergangsphase der Geburt sowie nur mehr angedeutet der sich unmittelbar daran anschließenden frühen postnatalen Phase.

2.1.1 Definition

Nach Häcker und Stapf stellt die pränatale Psychologie ein Teilgebiet der Entwicklungspsychologie dar, dem die Annahme zugrunde liegt, dass psychische Einflüsse von der schwangeren Frau und der Umwelt auf das ungeborene Kind übergehen (Häcker & Stapf 2004). Aus dem Griechischen abgeleitet bedeutet ‚peri‘ um-herum, über-hinaus, ‚natus‘ wird aus dem Lateinischen mit Geburt verbunden. So umfasst der Begriff perinatal den Zeitraum vor, während und nach der Entbindung (ebd.). Die perinatale Psychologie befasst sich mit den seelischen Vorgängen dieses Zeitraums. Postnatal bedeutet entsprechend dem lateinischen Präfix ‚post‘ hier im Sinne von „nach der Geburt“ (Psyhyrembel 1994, S.1232). So spricht man bezüglich der psychologischen Betrachtung seelischer Vorgänge nach der Geburt von postnataler Psychologie.

2.1.2 Intelligenter Fötus – kompetentes Kind

In den letzten Jahrzehnten entwickelten sich immer regere Forschungsaktivitäten im Feld des werdenden Lebens. Wurden Neugeborene früher weitgehend als „bewußt- und gefühllose Zellhaufen“ (Verny & Weintraub 2003, S. 94) betrachtet, spricht man heute vom „kompetenten Säugling“ (Dornes 1997) und von der „Intelligenz des Fötus“ (Chamberlain 1990, Raffai et al.

2006). So schreibt Dornes, dass „Säuglinge (...), in allen Bereichen kompetent, aktiv und differenziert sind. Sie fühlen ebenso differenziert und reichhaltig, wie sie wahrnehmen und interagieren.“ (Dornes 1997, S.16f.) Raffai versteht bezüglich des Fötus unter Intelligenz nicht nur Denkvermögen, sondern auch kinetisches, affektives und soziales Verhalten (Raffai et al. 2006).

Rittelmeyer stellt fest, dass die Erforschung der frühen postnatalen Kindheit in den letzten beiden Jahrzehnten zur Einsicht in die erstaunlichen motorischen, sensorischen und intelligenten Leistungen kleiner Kinder geführt hat. Die Pränatale Psychologie vermittele einen ähnlichen Eindruck. Sie zeige die bemerkenswerte psychische Leistungsfähigkeit des Fötus und mache auf die vielschichtige Individualität des im Mutterleib heranwachsenden Kindes aufmerksam (Rittelmeyer 2005).

Mittels Filmaufnahmen und Ultraschallbildern wurde das pränatale Kind sichtbar (Janus 2005). Eine Erweiterung der Untersuchungen bildeten Beobachtungen an Frühgeborenen.

Bezüglich der sensomotorischen Entwicklung in der vorgeburtlichen Zeit gilt als gesichert, dass die Haut das erste Sinnesorgan ist. Bereits ein achtwöchiger Fötus reagiert reflektorisch auf Reize, die am Gesicht ausgelöst werden (Dietz et al. 2002). Das Hören beginnt offensichtlich in der 18. Schwangerschaftswoche (Chamberlain 1990). Am Ende des 5. Schwangerschaftsmonats ist das vestibuläre System völlig ausgebildet, d. h. der Fötus reagiert auf Schwingungen und grobe Bewegungen (Dietz et al. 2002). So ist der Hörnerv im 6. Monat vollständig entwickelt. Das Schmecken funktioniert wahrscheinlich ab der 15. Woche, und der Fötus beginnt mit 12 Wochen zu schlucken. Seine regelmäßigen Bewegungen ab der 12. Woche zeigen, dass die Sinnesempfindungen, die mit der Bewegung von Muskeln, Sehnen und Gelenken zu tun haben, voll funktionieren (Chamberlain 1990).

Chamberlain teilt das sich entwickelnde fetale Bewegungsverhalten in drei Kategorien ein: willentlich hervorgerufenen, reaktives und interaktives Bewegungsverhalten (Raffai et al. 2006).

Bei der Geburt zeigt das Baby ohne jede Übung starke Duftvorlieben. Viele der Sehfunktionen erreichen beim Neugeborenen schon fast Erwachseneniveau (Chamberlain 1990).

In Betrachtung der Ergebnisse von Untersuchungen zu Lernfähigkeit und Gedächtnisleistung des Fötus zeigte sich, dass gehörte Melodien, Geschichten, der Herzschlag und die Stimme der Mutter sowie ihre Sprache nachgeburtlich wiedererkannt wurden (Janus 1997, Hüther & Krens

2005). Raffai erweiterte die Untersuchung und fand ebenso ein Erkennen der Stimme des Vaters nach der Geburt (Raffai et al. 2006).

Entgegen der von Wissenschaftlern außerhalb der Neurowissenschaften zum Thema pränatale Entwicklung noch häufig vertretenen Ansicht, die Hirnentwicklung werde überwiegend von den Genen determiniert (Verny & Weintraub 2003), dokumentiert Hüther, dass das menschliche Gehirn durch die jeweiligen Nutzungsbedingungen zeitlebens formbar bleibt (Gebauer & Hüther 2001). „Zwar können sich Nervenzellen im Anschluß an die intrauterine Reifung des Gehirns schon vor der Geburt nicht mehr teilen, sie bleiben jedoch zeitlebens zur adaptiven Reorganisation ihrer neuronalen Verschaltungen befähigt („experience dependent plasticity“).“ (Hüther 2004, S. 14) Nur noch jene Bereiche würden durch genetische Programme vorbestimmt, die für das Überleben unbedingt erforderlich sind (Gebauer & Hüther 2001). Raffai stellt fest, „dass die Gene echte Demokraten sind. Nicht sie bestimmen, wie weit wir in der gesellschaftlichen Hierarchie steigen können. Wir haben also keine primäre biologische Determination, wie man früher glaubte. Die intrauterine Umgebung und die Bindung sind bestimmend.“ (Raffai 1999, S. 356)

So prägen zum einen die frühen Erfahrungen in hohem Maß die Architektur des Gehirns und damit die Art und den Umfang der Fähigkeiten des Erwachsenen (Verny & Weintraub 2003). Zum anderen kann gefolgert werden, dass Lernen und Veränderung zeitlebens möglich sind.

2.1.3 Das Bindungsgeschehen

„Unter Bindung verstehen wir ein dauerhaftes affektives Band zwischen Menschen, das unabhängig von Raum und Zeit existiert. Es entwickelt sich aufgrund spezifischer Erfahrungen mit primären Bezugspersonen (Clausen, 2000, S. 6).“ (zitiert in Krens 2001, S. 4)

Im Rahmen entwicklungspsychologischer Betrachtung von Bindung bildet die Bindungstheorie in ihrer vorwiegend nachgeburtlichen Ausrichtung ein akzeptiertes Fundament. Ihre wesentlichen Grundzüge wurden von John Bowlby (1907 bis 1989) unter Einbezug von Begriffen aus der Ethologie, Kybernetik und Psychoanalyse formuliert. Kraft empirischer Befunde verlieh Mary Ainsworth Bowlbys Erkenntnissen Untermauerung und trug durch die Berücksichtigung individueller Unterschiede und den Begriff der sicheren Basis deutlich zu einer Erweiterung der Theorie bei (Spangler & Zimmermann 1995).

Die zentrale Postulierung Bowlbys war „ein biologisch angelegtes Bindungssystem, das in Gefahrensituationen aktiviert wird und sogenanntes Bindungsverhalten auslöst.“ (Uexküll 1990, S.224) Bindungsverhalten zeigt sich darin, dass Nähe zur Bindungsperson als einem sicheren Hort gesucht wird. Stammesgeschichtlich gesehen hat das Bindungssystem die Funktion, das Überleben zu sichern. Nach Bowlby steht dem Bindungsverhaltenssystem als Antagonist ein weiteres motivationales System, das Explorationssystem gegenüber (ebd.). Dies hat insbesondere Bedeutung für die kindliche Entwicklung. Nur wenn das Kind in der Beziehung zur primären Bezugsperson eine sichere Basis besitzt, kann es seinem Erkundungsdrang zur Welt nachgehen und sich deren Anforderungen gewachsen fühlen (Spangler & Zimmermann 1995). Komplementär zum Bindungsverhalten des Kindes verhält sich die elterliche Fürsorge, die eine weitere Komponente menschlichen Verhaltens darstellt (ebd.). Eine sichere Bindung ist Bedingung für eine gesunde Entwicklung. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind die Zuversicht besitzt, dass seine Eltern verfügbar, feinfühlig und hilfsbereit sein werden, wenn es in bedrohliche oder beängstigende Situationen gerät (ebd.). Eine von Bowlbys Kernaussagen lautet: „Die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen, wird als ein grundlegendes Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit betrachtet.“ (vgl. Bowlby 1988, zitiert in Spangler & Zimmermann 1995, S. 21)

In der sich seit Jahrzehnten weiterentwickelnden Bindungsforschung finden sich Ergebnisse aus Längsschnittstudien, die von den 1970er Jahren an bis heute durchgeführt werden.

Grossmann & Grossmann präsentieren eine solche Studie aus den USA, die im ersten Schritt der Untersuchung aufzeigt, dass eine anhaltend unsichere Bindung zur Mutter in den ersten beiden Lebensjahren mit höherer Wahrscheinlichkeit während der gesamten Kindheit und Adoleszenz zu emotionalen Schwierigkeiten und Verhaltensproblemen im Umgang mit Gleichaltrigen und Erziehern führt. Als die Kinder im jungen Erwachsenenalter erneut erfasst wurden, als etliche von ihnen bereits eigene Kinder bekommen hatten, zeigte sich, dass die mütterliche Fürsorge, die sie einst erhalten hatten, und die Fürsorge, die sie ihren Babys gaben, einander sehr ähnlich waren (Grossmann & Grossmann 2005, S. 87). Nach Uexküll zeigen mehrere Kohortenstudien in den USA, in Deutschland und anderen Ländern, welche über Jahre hinweg beobachtet wurden, dass das bei Einjährigen feststellbare Bindungsverhalten zuverlässige Vorhersagen gestattet wie keine andere Verhaltensweise (Uexküll 1990).

In der Erweiterung des Blicks auf die pränatale Zeit kommentiert Alberti, dass die pränatale Entwicklungs- und Erfahrungszeit ein Teil des prä-, peri- und postnatalen Lebenskontinuums ist. Das sich fortsetzende Kontinuum der innerpsychischen Entwicklung beginne in der pränatalen Zeit und könne hier bereits Belastungen wie zum Beispiel Stressbelastungen der Mutter ausgesetzt sein (Alberti 2005).

Die erste Umgebung des werdenden Kindes ist die Gebärmutter. Das Leben des Kindes, die pränatale Beziehung, ist durch Abhängigkeit von der Ernährung, dem Schutz und der emotionalen Resonanz der Mutter gekennzeichnet (Krens 2002).

Die Gebärmutter ist zwar kein abgeschlossener Raum – sie besitzt Transparenz und das Baby kann gewisse Einflüsse von außerhalb der Mutter erfahren. Dennoch bezieht sich die Kommunikation des Fötus vor allem auf seine Mutter und ihren Körper (Verdult & Stroecken). Vielfältige Reize entstehen aus der vielgestaltigen Beziehung zwischen der Mutter und dem Ungeborenen. Diese bieten dem Kind einen ständigen Strom von Lernerfahrungen, mit denen es sich auseinandersetzt. In Betrachtung der gehirnphysiologischen Abläufe schreibt Hüther, dass das Kind dies tut, „indem es die im Gehirn erzeugten Erregungsmuster mit bereits angelegten Mustern zu verknüpfen und als neue Erfahrungen zu verankern versucht.“ (Hüther & Krens 2005, S. 99)

Die pränatale Bindung gestaltet sich wie folgt: Ihre emotionale Qualität vermittelt sich durch die Nabelschnur, welche eine Brücke zwischen dem Blutkreislauf der Mutter und dem des Kindes bildet. Durch Hormone und andere Botenstoffe gelangen Informationen über die Befindlichkeit des mütterlichen Organismus in den Fötus (Krens 2002, Hüther & Krens 2005). Berührung bildet einen weiteren emotionalen Aspekt pränataler Bindung (Krens 2002). „Das Kind berührt und wird von seiner Umgebung berührt.“ (ebd., S. 19) Es kann sich durch Berührungsimpulse, die seine Bewegungen auslösen, verständlich machen (ebd.). Bewegung und Gefühle sind untrennbar miteinander verbunden (Raffai et al.). Weiterhin vermittelt sich die pränatale Bindung über Laute und Schwingungen. Hierzu gehört beispielsweise der Herzrhythmus und Körpergeräusche. „Wenn sich die Mutter zum Beispiel ängstlich fühlt, werden vermehrt Stresshormone (...) ausgeschüttet. Ihr Herz beginnt schneller zu schlagen, und möglicherweise wird die Sauerstoffzufuhr beeinträchtigt, (...) Wenn man seine Reaktion (des Kindes, Anm. der Verf.) im Ultraschall beobachtet, dann bekommt man (...) den Eindruck, dass sein kleiner Körper (...) auf diesen ‚Angstreiz‘ reagiert. So wird von Föten berichtet, die unter solchen Bedin-

gungen erstarren, andere strampeln wild um sich. Das ungeborene Kind ist (...) Teil des emotionalen Lebens der Mutter.“ (Hüther & Krens 2005, S. 97) Die letzte Form der bindungsstiftenden Vermittlung stellt die unbewusste und die bewusste Kommunikation dar. Zur Ersteren gibt es bislang keine ausreichenden wissenschaftlichen Untersuchungen, jedoch vielfältige Erfahrungsberichte (Krens 2002). Hüther und Krens fassen zusammen, dass unbewusste Bilder, Erinnerungen und Gefühlszustände der Mutter die Beziehung zum Kind beeinflussen. Das bewusste Verhalten und somit die bewusste Kommunikation der Mutter zum Kind hängen von ihrer Einstellung und Bewertung ab (Hüther & Krens 2005), „wobei der Vater und die weitere Umwelt der Mutter in diesen Dialog einbezogen sind.“ (Häsing & Janus 1994, S. 221)

Verny betont die Bedeutsamkeit der Bindungsprozesse (bonding) vor und nach der Geburt, die beide Teile desselben lebendigen Kontinuums sind. Die Gefühlsmuster, die vor der Geburt entstünden, seien langfristig und formten die Mutter-Kind-Bindung ebenso entscheidend wie jene nach der Geburt. So sind die ersten Stunden und Tage nach der Geburt die beste Zeit für das extrauterine bonding – für das intrauterine bonding sind es die letzten drei und insbesondere die letzten zwei Monate, wenn das Kind körperlich und geistig reif genug ist, um relativ differenzierte Botschaften zu senden und zu empfangen (Verny & Kelly 1995).

Janus sowie Alberti schließen aus ihrer jahrzehntelangen psychotherapeutischen Erfahrung, dass in der vorgeburtlichen Zeit prägende emotionale Erfahrungen gemacht werden und dass die Emotionalität und die Befindlichkeit der Mutter das prägende Milieu für das Verhältnis zur Welt und zu sich selbst ist (Janus 2000, 2004, 2005, Alberti 2005). So geht Alberti davon aus, dass in der pränatalen Zeit das Urvertrauen entstehen kann, was bedeutet, sich in der Welt sicher und geborgen zu fühlen. „Das Vertrauen, etwas bewirken zu können und eine Antwort zu erhalten, hat hier seinen Anfang.“ (Alberti 2005, S. 32)

Lorenz gibt an, dass kurze Einwirkungen von Angst, bzw. Stress, für das Kind hierbei noch keine Gefahr bedeuten (Lorenz 1999). Träten hingegen während der Schwangerschaft anhaltende Irritationen wie zum Beispiel eine andauernde Übererregung der Mutter auf, so passe sich die Hirnentwicklung, d. h. die weitere Ausreifung und Strukturierung des Gehirns des Ungeborenen, entsprechend an. Falle nach einiger Zeit das Erregungsniveau der Mutter zum Beispiel durch Stressabnahme, dann versuche das Kind das hohe Erregungsniveau, das beispielsweise mit innerer Unruhe einhergeht, selber wiederherzustellen. Hüther und Krens folgern, dass es

so möglicherweise zu einem unruhigen Kind wird und dass eine Verhaltensweise, die durch derartige Anpassungen der Hirnentwicklung an vorgeburtliche Einflüsse entstanden ist, später bisweilen sehr schwer wieder aufzulösen ist (Hüther & Krens 2005).

Nach Ansicht von Verny können sich in der prä- und perinatalen Phase erlebte Traumata schädlicher auswirken als solche in der späteren Kindheit, da die Teile des Gehirns sich in aufeinander folgenden Schritten entwickeln und dabei aufeinander bezogen sind. So könnten in schweren Fällen sogar irreparable Hirnschädigungen entstehen (Verny & Weintraub 2003).

2.1.4 Die Geburt

„Eine normale Geburt ist eine glückliche und verbindende Erfahrung für die gesamte Familie. Andererseits aber können Schwierigkeiten bei der Geburt zu Spannungen aller Art führen.“ (Nathanielsz 1995, S. 192)

Janus beschreibt die Geburt als ein Grenzereignis, welches unser Selbst- und Lebensgefühl wesentlich mitbeeinflussen kann (Janus 1993). „Für die Dramatik der Situation spricht der Anstieg der Stresshormone, aber eben auch der streß- und schmerzkompenzierenden Opioide, wodurch das Kind nach der Geburt wie ‚high‘ erscheinen kann. Ob nun Himmeler oder Höllenfahrt, es ist auf jeden Fall ein dramatischer Übergang in eine andere Welt (...).“ (Janus 2000, S. 19) Verny schreibt, dass die Geburt nicht nur mit Angst und Schrecken zu tun haben muss. Sie sei ein transformatives psychologisches Ereignis, das in der Folge wie ein psychischer Schrittmacher unser Leben antreibe (Verny & Weintraub 2003). „Die Art, wie wir auf diese Welt kommen, beeinflusst wesentlich die Art, wie wir in ihr leben.“ (ebd., S. 76)

Für ein Baby, das bis zum Ende ausgetragen und gereift ist, sei der normale Geburtsverlauf wesentlich für einen guten Start ins Leben und für eine ausreichende Anpassung an die neue Umgebung (Nathanielsz 1995).

Die moderne Geburtshilfe bietet Mutter und Kind heute ein hohes Maß an Sicherheit. Daneben konstatieren einige Autoren, dass die durch die Eingriffe in den natürlichen Geburtsverlauf verursachten psychologischen Folgewirkungen zu wenig reflektiert werden (Emerson in Janus & Haibach 1997, Djalali 2000, Janus 2005).

Zahlreiche Beispiele von Klienten, die in unterschiedlichen Psychotherapien wie Hypnotherapie, Primärtherapie, den therapeutischen Ansätzen nach Grof sowie in Körperpsychotherapien ihre Geburtserinnerungen aktualisierten, belegen, dass die Belastung der Geburt aufgrund geburtshilf-

licher Eingriffe und Anästhesien für das Kind oft sehr dramatische und für seine Erlebnisverarbeitung überfordernde Eingriffe darstellen. Weitere Nachweise dafür finden sich im Feld der Traumforschung, in der klinischen Forschung zur Regressionstherapie und in der Verifizierungsforschung, wo die aufgetauchten Erinnerungen anschließend mit offiziellen Daten verglichen wurden (Emerson in Janus & Haibach 1997).

Verny umreißt Einschätzungen zu der Auswirkung von gängigen geburtsmedizinischen Eingriffen. Der Einsatz von Anästhesie und Analgetika führe dazu, dass das narkotisierte Neugeborene in seiner Fähigkeit, nach der Geburt eine Bindung aufzubauen, beeinträchtigt sei. Dies liege an der Betäubung, die verhindere, etwas zu fokussieren, Blickkontakt herzustellen und sich auf weitere zur Bindung notwendige Verhaltensweisen einzulassen.

Geburtseinleitung und -beschleunigung durch Wehen auslösende Medikamente würden den natürlichen Rhythmus, d. h. Beginn und Tempo der Geburt verhindern. Dieser werde gewöhnlich zum großen Teil durch die Biologie des Babys vorgegeben. Das Baby empfinde durch den künstlichen Einfluss zunächst Schock, Verwirrung und Angst. Danach, ganz in der Reihenfolge zunehmender Traumatisierung, fühle es sich aufgehalten, gestört, überwältigt und/oder von außen bedrängt. Hierzu fügt Verny an: „Erwachsene, deren Geburt eingeleitet wurde, sind unter Stress häufig aggressiver und aufgebracht als solche, die ohne Eingriff zur Welt gekommen sind.“ (Verny & Weintraub 2003, S. 83)

Erwachsene, die eine Zangengeburt erlebt haben und sich in der Psychotherapie unter Hypnose an ihre Geburt erinnern, beschreiben diese als schmerzhaft und gewaltsam. Offensichtlich sei der Schmerz durch die Zange größer als die betäubende Wirkung der Narkose. Auch hier sei in der Folge die Bindung erschwert. Im Erwachsenenalter wären die betroffenen Menschen oft berührungsempfindlich und würden in Stresssituationen zu Kopfschmerzen neigen (ebd.).

In Betrachtung des Kaiserschnitts sind zwei Vorgänge zu unterscheiden. Ein Teil der Kinder erlebt die Wehen und den Eintritt in den Geburtskanal, kann jedoch aus irgendeinem Grunde nicht vaginal zur Welt gebracht werden. Der zweite Teil betrifft die Kinder, wo der Arzt oder die Schwangere im Vorhinein entschieden hat, dass der Kaiserschnitt die beste Option sei. Diese Kinder sind also nicht einmal teilweise in den Geburtskanal vorgedrungen. Von Beobachtungen aus der Psychotherapie und in verallgemeinernder Weise berichtet Verny: „Das psychologische Profil der ‚freiwilligen Kaiserschnitt-Babys‘ ist durch drei Merkmale gekennzeichnet.“

net. Da sie die massierende Wirkung der Kontraktionsphase nicht erleben, sind sie erstens prädisponiert, immer nach körperlichem Kontakt zu suchen – man könnte sagen, sie werden von einer Art Schmusehunger angetrieben. Zweitens neigen sie dazu, sich selbst in schwierige Situationen zu manövrieren in der Hoffnung, dann von außen gerettet zu werden. Drittens sind sie häufig überempfindlich hinsichtlich Trennung und Verlassenwerden. Kaiserschnitt-Babys, die noch ein paar Kontraktionen erlebt haben, weisen wahrscheinlich ebenfalls die genannten Eigenschaften auf sowie zusätzlich ein starkes Empfinden einer inneren Blockade – das Gefühl, eine Aufgabe nicht lösen oder erfolgreich zum Ende führen zu können.“ (Verny & Weintraub 2003, S. 83) Ein weiterer negativer Aspekt der Sektio liegt nach Aussage von Djalali darin, dass die Rolle des Vaters auf die eines hilflosen Zuschauers reduziert wird. Selbst wenn er anwesend sei, fühle er sich nicht aktiv am Geburtsgeschehen beteiligt. So gäbe es bei der Schnittentbindung keinen Platz für die affektiven Gefühle der Eltern. Doch gerade das Erleben der Geburt habe eine immense, anhaltende Wirkung auf ihre Beziehung zueinander und zum Kind (Djalali 2000).

Eine Systematisierung detaillierter Beobachtungen zu der Auswirkung geburtshilflicher Eingriffe gibt Emerson (Emerson in Janus & Haibach 1997).

Abschließend soll das Phänomen der Frühgeburt eingeführt und erläutert werden. Als Frühgeburt werden in der Regel nach verkürzter Tragzeit geborene Kinder bezeichnet. So wird die Frühgeburt als Geburt eines Kindes vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche post menstruationem definiert. Da die Berechnung häufig jedoch nicht zuverlässig erfolgen kann, wird – und wurde insbesondere früher – auch das Geburtsgewicht < 2500 g in die Definition einbezogen (Wacker et al. 2007).

Verny gibt an, dass etwa die Hälfte aller Frühgeburten durch vorzeitige Wehen verursacht ist. Die Medizin habe zwar hinsichtlich der Lebenserwartung von Frühgeburten Fortschritte gemacht – dennoch würden die überlebenden Babys unter anderem häufig an Atemproblemen, zerebraler Kinderlähmung und geistiger Behinderung leiden (Verny & Weintraub 2003). Rauchfuß ergänzt, dass trotz normaler Intelligenz 50 bis 60% dieser Kinder später Schulschwierigkeiten zeigen.

Die Belastung, die die Geburt und die Versorgung eines frühgeborenen Kindes für die betroffene Familie bedeute, sei erheblich (Rauchfuß in Stauber et al. 1999). So beschreibt Brisch die Frühgeburt eines Säuglings immer als eine extrem verängstigende Situation für Mutter und Vater. Das Frühgeborene sei oft lebensbedrohlich erkrankt und müsse beatmet wer-

den. Es sei häufig ungewiss, ob es jemals eine gesunde Entwicklung nehmen werde. Diese Situation führe bei Mutter und Vater zu einem Zweifel an ihren elterlichen Kompetenzen (Brisch & Hellbrügge 2007).

2.1.5 Die „Physiologische Frühgeburtlichkeit des Menschen“

Obschon die Thematik der vorliegenden Arbeit sich im Schwerpunkt auf die Abläufe von Schwangerschaft und Geburt begrenzt, soll auch die unmittelbare Zeitspanne nach der Geburt kurz gefasst genannt werden.

Der Zeitpunkt der menschlichen Geburt lässt sich durch die spezifische evolutionsgeschichtliche Entwicklung des Menschen erklären und führt zu einer, Portmann nennt es „eine Art physiologischer, d. h. normalisierter Frühgeburt.“ (Portmann 1956, S. 51)

Der Schwangerschaft, auf das Kind bezogen Uterogestation genannt, schließt sich eine Phase der Exterogestation an, die etwa andauert, bis das Kind selbständig krabbeln kann – das, was Säugetiere unmittelbar nach der Geburt bereits vermögen (Montagu 1995). Portmann schreibt dazu: „Nach einem Jahre erlangt der Mensch den Ausbildungsgrad, den ein seiner Art entsprechendes echtes Säugetier zur Zeit der Geburt verwirklichen müsste. Würde also dieser Zustand beim Menschen auf echte Säugerweise gebildet, so müsste unsere Schwangerschaft etwa um ein Jahr länger sein, als sie tatsächlich ist; sie müsste etwa 21 Monate betragen.“ (Portmann 1956, S. 49) Und er stellt fest: „Das Neugeborene (...) ist ein Nestflüchter mit weit ausgebildeten, leistungsfähigen Sinnesorganen. Seine Gestalt ist, von geringen Proportionsverschiebungen, besonders der Kopfgröße, abgesehen, ein verkleinertes Abbild der Reifeform, und sein Verhalten wie seine Bewegungsweise entsprechen weitgehend dem Gebaren der Eltern. Auch verfügt es über die Elemente der für die Art kennzeichnenden sozialen Kommunikationsmittel.“ (Portmann 1956, S. 49)

Montagu folgert, dass der Mensch vergleichsweise unreif zur Welt kommt und erst einmal umhüllenden Schutz braucht. Diesen erhalte er zuerst durch die sich fortsetzende biologische Verbundenheit zwischen Mutter und Kind. Nach der Geburt sei die gegenseitige Abhängigkeit sogar noch stärker als während der Entwicklung im Uterus. Darüber hinaus sei die wechselseitige Bezogenheit zwischen Mutter und Kind noch sehr viel funktioneller und umfassender. Zu den wichtigsten der Bedürfnisse des Kindes würden die Signale gehören, die es durch die Haut, sein erstes Kommunikationsmedium empfängt. Im Frühstadium beruhe sein Sicherheitsgefühl auf dem Hautkontakt und den kinästhetischen Empfindungen,

getragen und gehalten zu werden (Montagu 1995). Wie wesentlich dieser Kontakt ist, zeige das vielzitierte Experiment von Friedrich II (1194–1250). Er suchte herauszufinden, welche Sprache und welche Art des Sprechens Kinder, die pflege- und ernährungstechnisch versorgt waren, jedoch keine Ansprache und Körperkontakt erhielten, aus sich selbst heraus entwickeln würden. Der erschütternde Ausgang dieses Versuches war, dass alle Kinder starben (ebd., Alberti 2005).

2.2 Salutogenese und Pränatale Psychologie

Eingangs wird die Entwicklung des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt in der westlichen Welt beschrieben. Dem werden in der Folge traditionelle Aspekte von Schwangerschaft und Geburt gegenübergestellt. Das Salutogenese-Konzept wird eingeführt. Die Entwicklung von Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung wird aufgezeigt. Eine Einbettung der Pränatalen Psychologie in diesen Bereich wird exploriert.

2.2.1 Umgang mit Schwangerschaft und Geburt in der westlichen Welt

Die folgende Darstellung zeigt die geschichtliche Entwicklung des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt von der frühen Neuzeit über das Zeitalter der Industrialisierung, einmündend in die heutige Zeit, auf.

2.2.1.1 Frühe Neuzeit und Neuzeit Labouvie konstatiert, dass die moderne medizinische Wissenschaft den Körper der Frau in einzelne Teile zergliedert und diesen biologische, soziale und kulturelle Aufgaben und Werte beigemessen hat. In der Frühen Neuzeit dagegen habe der Körper eine Einheit gebildet. Die Erfahrung von und mit Körperlichkeit habe jedem Menschen selbst obliegen. Aufgrund der Abstinenz von vermittelter Fremderfahrung und durch den fehlenden Blick ins Körperinnere sei die körperliche Selbstwahrnehmung von besonderer Art und ein ganzheitliches menschliches Erleben gewesen (Labouvie 1998). In Bezug auf die schwangere Frau bedeutete dies: „Leiblichkeit und Körpererfahrung orientierten sich am äußerlich Sichtbaren und seinen Konnotationen sowie an den aus dem Inneren übermittelten sensitiven Zeichen, die der Deutung im Einvernehmen mit den äußerlichen Faktoren und Anzeichen bedurfte. (...) Die Erfahrbarkeit des Körperlichen und Leiblichen war nach diesem Verständnis eine individuell variierende, sinnliche, die sich nicht an medizinischen Maßstäben

oder technischen Vorgaben, sondern an kulturellem Wissen, an gemeinsamen Bildern, soziokulturellen Wahrnehmungsmustern, Selbsterfahrungen und subjektiven Empfindungen orientierte.“ (ebd., S. 9)

Gélis berichtet, dass der Mensch seine eigene Art hatte, mit der Zeit umzugehen. Durch Beobachtung und auch durch seine Intuition habe er über ein umfassendes Wissen von den natürlichen Rhythmen verfügt. Sein Verhalten sei von den wechselnden Tages- und Nachtlängen und von der Aufeinanderfolge der Jahreszeiten bestimmt gewesen. So habe er die Rolle des Mondes bei Keimung und Wachstum der Pflanzen berücksichtigt und ihm auch Bedeutung für die Befruchtung der Frauen, den Fortgang der Schwangerschaft und den Ablauf der Niederkunft beigemessen.

Schon früh jedoch habe man versucht, Einfluss auf die biologischen Rhythmen zu nehmen. Bereits seit dem Mittelalter habe die Kirche Regeln und Verbote erlassen, zu welchen Zeiten Kinder gezeugt werden durften. So schreibt Gélis: „Der alte Gedanke des Lebenszyklus schuf einen inneren Zusammenhang, der aber auch eine Unterwerfung unter die Ordnung der Natur, unter die Familienbande und den Willen Gottes verlangte.“ (Gélis 1998, S. 326)

Janus verdeutlicht, dass zu der Zeit eine überaus harte Lebensrealität herrschte – der Überlebenskampf und die Lebensbedingungen waren aufgrund Armut, Hunger, Krankheit und Krieg so dramatisch, dass nur ein kleinerer Teil der Bevölkerung ein bezogeneres Familienleben führen konnte. Zudem seien die Kinder sehr früh weggegeben und früh als Arbeitskräfte eingesetzt worden (Janus 2007). Janus führt nach Shorter an, dass zu Beginn der Neuzeit in Mitteleuropa jede sechste Geburt für die Frau tödlich verlaufen ist, die Sterblichkeitsrate der Kinder hat im ersten Lebensjahr bei über 25% gelegen. So war der besonders verletzbar Zeitraum während Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensjahren dominant vorherrschenden, harten Belastungen ausgesetzt (ebd.).

Duden umfasst die punktuell bedeutsamen Etappen der Entwicklung der „Sichtbarmachung“ des Menschen etwa ab dem Mittelalter und verdeutlicht so die schrittweise Veränderung von Eigenwahrnehmung und Selbsterleben der Frau (Duden 1991).

Die Wahrnehmung des Körpers war ursprünglich nach haptischer, nicht nach optischer Aufmerksamkeit ausgerichtet und entsprach einer taktilen Dynamik.

Abbildungen des Körpers wurden zuerst zur Bebilderung von Text eingesetzt, nicht um ein Abbild der beschriebenen Sache zu geben, sondern um die „Schau“ zu unterstützen. Im 15. Jahrhundert kam die anatomische

Zergliederungskunst zum Einsatz. Das, was *in* der Mutter gezeigt wurde, war kein Abbild, sondern eine symbolhafte Darstellung.

Erst nach zweihundert Jahren ritueller öffentlicher Zergliederung von Leichen begann man im 16. Jahrhundert, durch Zeichnungen dem Blick das Körperinnere zu öffnen.

Ein Vorreiter in dieser Hinsicht war Leonardo da Vinci. Er erkannte Zeichnungen als ein optisches Mittel, das notwendig ist, um Körperteile dem Blick so darzubieten, dass sie in ihrer Gestalt gesehen werden können. Er postulierte, dass es für die Anatomie wesentlich sei, durch das Zeichnen von verschiedenen Seiten ein volles und wahres Wissen zu vermitteln. Da Vinci drang noch nicht zum embryonalen Inhalt der Gebärmutter vor. Was er darstellte, war ein voll ausgetragenes Kind im Uterus.

1680 schließlich habe Jan Swammerdam unter dem Mikroskop gesehen, dass die „weiblichen Samengefäße“ Bläschen enthielten, die er als „Eier“ ausmachte. Erst mit dieser Entdeckung entstand das Wissen, dass das Menschenwesen direkt aus der Befruchtung hervorgeht. So wurde die Vorstellung möglich, dass das Ei bereits eine ganze menschliche Form enthält (Duden 1991, S. 68).

Mit der Entwicklung von Drucktechniken im 17. und 18. Jahrhundert – und schließlich mittels der Strichführung im Kupferstich und in der Radierung – wurde das dargestellte Fleisch plastisch wie in einer Zeichnung – und darüber hinaus. Nun war die Möglichkeit, das Körperinnere dem Blick preiszugeben, geschaffen. Einer Vervielfältigung dessen stand nichts mehr im Wege. Der Blick gewöhnte sich an das, was zuvor unsichtbar gewesen war.

1774 erschien der erste große Atlas des schottischen Arztes und Geburtshelfers William Hunter. Er enthielt 34 Kupfertafeln, um den schwangeren Leib und seinen Inhalt lebensgroß, anatomisch genau und künstlerisch vollendet darzustellen.

1818 entstand aus einer Zufallsbeobachtung von Laennec das Stethoskop, das paradoxerweise den Namen „Brustgucker“ erhielt. Nur zwei Jahre später wurden von einem Schüler Laennecs damit erstmals die Herztöne eines Ungeborenen gehört.

In England war noch bis 1830 die von der Frau verspürte sogenannte Kindsregung der anerkannte Beweis einer bestehenden Schwangerschaft. So konnte nur der Abort einer Frau, die bereits die erste Regung verspürt und bekundet hatte, als Verbrechen belangt werden. Ähnliches wurde aus Amerika berichtet.

1831 setzte die Entdeckung der Fotografie ein. Bald darauf galt in der Wissenschaft als Beobachtung nur mehr, was schwarz und weiß auf der Platte stand. Der Lichtbildausweis entstand und schaffte Identität. Die Fotografie beglaubigte Beobachtung und lieferte Beweismaterial.

Ende des 19. Jahrhunderts wurden erstmalig Röntgenstrahlen eingesetzt. So entstand der Embryo als Knochenmann (Duden 1991).

Janus schildert, dass im Zuge des 18. Jahrhunderts eine beginnende Stabilisation der gesellschaftlichen Verhältnisse zu verzeichnen war. Wissenschaft und Technik hätten Fortschritte gemacht, die staatliche Organisation sei effektiver und berechenbarer geworden und für die Menschen sei es nicht mehr nur um das reine Überleben gegangen. Familiäre Strukturen hätten Entlastung erfahren. Dieser Wandel habe in Wechselwirkung mit der Förderung der Bildung der Kinder und Jugendlichen bis hin zur Einführung der Schulpflicht gestanden. Besonders die bürgerliche Mittel- und Oberschicht sei von dieser positiven Entwicklung betroffen gewesen, während die arbeitende Bevölkerung aufgrund harter Arbeits- und Lebensbedingungen noch sehr beeinträchtigt gewesen sei. Die Einführung des Kunstdüngers trug dazu bei, dass die immer wiederkehrenden Hungerzeiten ein Ende fanden (Janus 2007).

2.2.1.2 Zeitalter der Industrialisierung Odent spricht im Zusammenhang mit der zu Beginn des 20. Jahrhundert beschleunigt fortschreitenden Industrialisierung von einer ‚Industrialisierung des Gebärens‘, die explosionsartig einsetzte und zunächst deutlicher in den USA als in Europa zu sehen war (Odent 2004).

Auf beiden Seiten des Atlantiks brachten die Ärzte den Geburtsvorgang zunehmend unter ihre Kontrolle. Es sei argumentiert worden, den Ablauf der Geburt verbessern zu wollen, was jedoch durchaus auch ökonomische Gründe besessen habe. Den bis dahin wichtigsten Geburtshelferinnen, den Hebammen, wurde Unkenntnis bezüglich ihres Tuns unterstellt. Ab 1902 wurde in England das Verhältnis von Hebammen und Ärztestand durch ein neues Hebammengesetz formell geregelt und dadurch die untergeordnete Rolle der Hebammen festgeschrieben. In den USA seien die Hebammen ähnlich rasch ins Abseits gedrängt worden. Auch begann eine Verlagerung der Geburt in Kliniken (ebd.).

Ebenfalls um die Jahrhundertwende wurde in Deutschland die Möglichkeit einer völlig schmerzfreien Entbindung mittels Anwendung von Morphin, Scopolamin sowie Äther oder Chloroform, die sogenannte ‚Dämmer-schlafgeburt‘ entwickelt. Diese Methode erreichte große Popularität in den

USA. Sie brachte überdies die Frauen dazu, sich für die Geburt ins Krankenhaus zu begeben (ebd.).

Der verbreitete Einsatz der Dämmer Schlafgeburt zeigt, dass die möglichen Aus- und Folgewirkungen der Anästhesie zu dieser Zeit noch nicht in Betracht gezogen wurden.

Odent berichtet weiterhin, dass die sogenannte ‚vorbeugende Geburtshilfe‘ in den 1930er Jahren in USA bereits zur Norm geworden war. Diese bestand – ins Leben gebracht von DeLee – in dem routinemäßigen Einsatz der Geburtszange, des Setzens eines Dammschnitts und Sedierung der Schwangeren. Mit Gabe einer weiteren Substanz sollte die Entbindung der Plazenta beschleunigt werden, die dann mit der ‚Schuhlöffeltechnik‘ herausgeholt wurde (Odent 2004).

In den 1950er Jahren setzte eine neue Phase der Entwicklung ein. Vetter schreibt, dass nach Kriegsende, um 1945, in deutschen Großstädten 40% der Kinder nicht in Krankenhäusern geboren wurden. Danach ließ in der DDR die programmatische Geburtshilfe im Sozialismus eine außerklinische Geburtshilfe nicht mehr zu. Im Westen habe sie sich von ganz alleine eingestellt. In Westberlin habe es weiterhin etwa 6% außerklinische Geburtshilfe gegeben. Die Hausgeburtshilfe selber habe zwar abgenommen, sich zu Teilen jedoch professionalisiert und in Geburtshäuser verlagert. Der Anteil an Geburten im Geburtshaus betrage heute ein bis drei Prozent, wobei Berlin bundesweit die höchste Rate aufweise (Vetter 2005).

Bis etwa 1960 sei die Geburtshilfe eine reine Geburtshilfe für die Mutter gewesen. „Man konnte ja nichts für das Kind machen, es gab noch keine Diagnostik am Kind. (...), (...), es gab nichts außer Kindsbewegungen und Herztönen. Einen Kaiserschnitt machte man nur im Notfall, (...), (...), aber selten einmal für das Kind.“ (ebd., S. 26)

Einer der Meilensteine war die Bluttransfusion, die einen Kaiserschnitt auch außerhalb einer absolut dringenden Notlage möglich machte (ebd.).

Bald darauf, im Zuge der Verfügbarkeit von Aseptik, Antibiotika und Bluttransfusion, wurde der Kaiserschnitt eine Operation mit geringem Risiko (Odent 2004). Aufgrund der Narkosetechnik war das Risiko des Kaiserschnitts für die Mutter jedoch mindestens um den Faktor zehn höher als dasjenige einer vaginalen Geburt (Vetter 2005). Für den Eingriff musste explizit ein Chirurg hinzugezogen werden. Mit dem Eintreffen einer neuen Generation von chirurgisch ausgebildeten Geburtshelfern (Odent 2004) wurde der Kaiserschnitt auch als prospektiv planbarer Eingriff, zum Beispiel bei Beckenendlage, einsatzbereit. Das war etwa 1960 (Vetter 2005). Odent berichtet: „Ich wurde in den 50er Jahren als Chirurg ausgebildet und

kann mich noch gut daran erinnern, wie die moderne Technik des Kaiserschnitts im unteren Uterinsegment eingeführt wurde. In der ärztlichen Geburtshilfe war das zweifellos die maßgebliche Neuerung des 20. Jahrhunderts. (...) eine alte, (...) OP-Schwester, (...). (...), (...) hörte (...) gar nicht mehr auf zu weinen und wiederholte immer wieder: Das ist die herrlichste Operation, die ich je gesehen habe!“ (Odent 2004, S. 48)

Darauf folgte die Entwicklung intrauteriner Überwachung. Die Feststellung des Säure-Basen-Haushalts des Kindes, die Fetalblutanalyse wurde entdeckt. Das Kind wurde nun allmählich als Individuum und als Patient wahrgenommen – nicht in der Schwangerschaft, sondern erst einmal bei der Geburt.

1967 kam das erste Ultraschallgerät zur Anwendung. Jetzt konnte man Lage und Größe des Kindes bestimmen und Herzbewegungen feststellen. In den Siebzigern folgte die Herzfrequenz-Wehen-Schreibung, das Kardiotokogramm (CTG).

Die medizinische Ambition bestand darin, das Kind möglichst lückenlos zu überwachen. Dabei sei die Gefahr entstanden, die Mutter zur Fruchttträgerin zu degradieren (Vetter 2005). Janus bestätigt, dass Schwangere und Mütter ganz Objekt eines medizinisch-ärztlichen Regimes waren. Aufgrund der oft fehlenden Kenntnis um die Beziehung zum werdenden Kind ging dies mit der strikten Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt einher, was von den inzwischen auf Ausführungsfunktionen reduzierten Hebammen mitgetragen wurde (Janus 1995).

In den 1970er Jahren war die Krankenhausgeburt zur Norm geworden – und es gab bereits eine große Zahl an selbständig arbeitenden und chirurgisch ausgebildeten ärztlichen Geburtshelfern (Odent 2004). Die Standardgeburt vollzog sich in Rückenlage möglichst im Querbett (Vetter 2005). Die Hebammen gingen ebenfalls in die Krankenhäuser und fanden dort neben der Einordnung in die klinische Hierarchie regelmäßige Arbeitszeiten, ein gesichertes Einkommen und eine soziale Absicherung.

Da zuvor, bei der allgemein üblichen Hausgeburt, regelmäßig eine Lebensgefährdung für die Frau bestanden hatte, war in der Bevölkerung wahrscheinlich noch ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis vorhanden. Weiterhin herrschte zu der Zeit eine allgemeine Überbetonung von Hygiene (Albrecht-Engel et al. 1997).

Odent berichtet, dass in Westeuropa und den USA die Sterberate der Mütter bei der Geburt durch die 1970er Jahre hindurch schließlich auf acht pro 1000 000 zurückgegangen war. Einige Jahrzehnte zuvor kamen auf 100 000 Geburten mehrere Hunderte Todesfälle (Odent 2004).

In Deutschland sank die Müttersterblichkeit je 100 000 Lebendgeborene im Zeitraum von 1960 bis 1990 von 106,3 im Westen des wiedervereinten Deutschland auf 5,4 (Statistisches Bundesamt 1998). 1993 dokumentierte Mackay im Welt-Gesundheitsatlas, dass es in reichen Ländern kaum noch tödliche Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gibt (Mackay 1993). In der Bundesrepublik Deutschland wurde die perinatale Mortalität von 50 pro 1000 im Jahr 1950 über 26,4 pro 1000 im Jahr 1970 auf sechs pro 1000 im Jahr 1992 gesenkt (Rauchfuß in Stauber et al. 1999). Die Lage verbesserte sich hier insbesondere zwischen 1974 und 1981, nachdem Mutterschaftsvorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder ausgebaut worden waren. Der Osten erreichte den Anschluss an die Entwicklung im Westen nach der Wiedervereinigung (Statistisches Bundesamt 1998).

Rockenschaub hebt hervor, dass die genannten Fortschritte in der Geburtshilfe maßgeblich auf soziale und hygienische Errungenschaften zurückzuführen sind. Dort, wo die Medizin dazu beigetragen habe, seien die Beiträge nicht aus der Geburtsmedizin gekommen (Rockenschaub 2005).

Janus gibt zur Kenntnis, dass die beschriebenen Erfolge zwar Anerkennung verdienen, auf der anderen Seite jedoch eine Entfremdung zwischen Mutter und Kind im Geburtsprozess, einen Verlust der psychologischen Dimension und ein Missachten der instinktiven Kräfte und Basisbedürfnisse von Mutter und Kind mit sich gebracht haben (Janus 1993).

Im Verlauf der 1970er Jahre setzte eine Gegenbewegung ein, die von der Medizinalisierung von Schwangerschaft und Geburt und der technisierten Vorgangsweise der Klinik wegführte (Vetter 2005). Besonders wegweisend waren hier die Bücher von Leboyer und die durch ihn angestoßene Bewegung zur sanften Geburt, die eine Antwort auf den herrschenden gewaltmäßigen Umgang mit dem Neugeborenen war. Weiterhin ist die Einführung des Rooming-in durch Klaus und Kennell hervorzuheben, das die Wichtigkeit der frühen nachgeburtlichen Bindungsprozesse und die Folgen früher Trennung deutlich machte.

Zudem habe die allmählich wachsende Beachtung der Lebens- und Entwicklungswelt des Kindes vor der Geburt eine Aufmerksamkeit für mögliche Belastungen und Folgewirkungen geweckt. Darüber hinaus begann man aufgrund ethnologischer Forschung für die Verschiedenheit kulturellen Elternverhaltens sensibler zu werden (Janus in Schiefenhövel et al. 1995)

Anstoß erteilten auch emanzipatorische Aktivitäten von Frauen. Riecher-Rössler und Bitzer berichten, dass die Frauenbewegung sich im 19. Jahrhundert vor allem im Bereich der Mütter- und Kindsterblichkeit engagierte. Die neue Bewegung aus den späten 1960er Jahren des 20. Jahrhunderts habe sich im Rahmen des modernen Feminismus bewegt. 1970 erschien das Buch „Women and their Bodies“. Daraus wurde später „Our Bodies Ourselves“, das in 20 Sprachen übersetzt wurde (Bitzer in Riecher-Rössler & Bitzer 2005). „Was die Frauen faszinierte, war die Möglichkeit, Zugang zu tabuisierten Bereichen des eigenen Körpers zu bekommen, und zugleich die Provokation, die darin steckte, sich jetzt ein Wissen anzueignen, das längst vollständig in die Hoheit der Medizin übergegangen war.“ (Stolzenberg 1999, S.10) Weiterer Antrieb dieser Bewegung sei gewesen, Geburt und Menopause zu entmedikalisieren, auf unnötige Eingriffe und Experimente hinzuweisen, sowie die Bedeutung von Vorsorgemaßnahmen deutlich zu machen (Bitzer in Riecher-Rössler & Bitzer 2005).

Janus fasst zusammen, dass aufgrund der unterschiedlichen genannten Einflüsse eine bis dahin ungekannte Sensibilität für eine selbstbestimmte und beziehungsorientierte Schwangerschafts- und Geburtsgestaltung entstanden ist (Janus in Schiefenhövel et al. 1995).

Nur knapp zehn Jahre später kamen in der medizinischen Entwicklung die funktionellen Ultraschalluntersuchungen hinzu. So ermöglicht die Dopplersonographie, Blutströmungsgeschwindigkeiten zu bestimmen und die Blutgefäße sowie das Herz genauer zu untersuchen. Dazu gesellte sich schließlich noch die Fehlbildungsdiagnostik (ebd.). Vetter kommentiert: „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.“ (Vetter 2005, S. 27)

Duden macht auf mögliche negative Begleiterscheinungen der „körperbildenden Wirkmacht der Technik“ (Duden 1991, S. 90) aufmerksam. Nachweislich käme es häufig zu Fehldiagnosen durch die Ultraschalluntersuchung, was depressive Auswirkungen auf die Schwangere zur Folge haben könne (Duden 1991). Rockenschaub berichtet, dass eine schon ältere norwegische Studie gezeigt hat, dass bei mit Ultraschall beschickten Kindern vermehrt Lesestörungen aufgetreten sind. In Deutschland würden fast ein Fünftel der Jugendlichen Lesestörungen aufweisen. Möglicherweise sei dies die erste Generation mit Folgeerscheinung aufgrund geburtsmedizinischer Ultraschallroutine (Rockenschaub 2005).

Den Höhepunkt der elektronischen Ära bildete am Ende des 20. Jahrhunderts die Epiduralanästhesie als Form der Schmerzausschaltung, die sich gut für die ärztliche Geburtshilfe eignet. Die Heranbildung ausreichender Spezialisten, sowie eine angemessene Verfeinerung der Technik, hatte bis hierher gedauert, so dass es nun zum flächendeckenden Einsatz kommen konnte (Odent 2004).

Vetter fasst zusammen, dass die Medizin der Mutter zu einer Medizin des Kindes wurde – von der Geburt hin zur Diagnostik in der Schwangerschaft – zunächst invasiv, dann zunehmend nicht-invasiv und prospektiv. Eine schwerpunktmäßige Diagnostik in der Schwangerschaft sei in Zukunft nach zwanzig bis zweiundzwanzig Wochen abgeschlossen. Die Entwicklung der Geburtshilfe bewege sich insgesamt auf die einer prospektiven Medizin und die einer Medizin der Frau zu. Was früher vorgegeben war, werde sich zukünftig zum Angebot wandeln. So werde die Frau entsprechend ihres persönlichen Lebensplans entscheiden müssen, was sie wolle (Vetter 2005).

Die sich entsprechend wandelnde Rolle der Ärzte beschreibt er wie folgt: „Als Ärzte sind wir Dienstleister – (...). Wir sind Katalysatoren zum „Zu-sich-selbst-Kommen“, das steht aus meiner Sicht neben dem Helfen ohne zu schaden im Zentrum unserer Tätigkeit als Geburtshelfer.“ (ebd., S. 29)

Janus macht darauf aufmerksam, dass sich in den letzten 20 Jahren eine selbstbestimmte und beziehungsorientierte Kultur im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zunehmend durchgesetzt habe. Diese Entwicklung bedeute für die werdenden Eltern die Herausforderung, Identitätsveränderungen durch Schwangerschaft und Geburt zur Elternschaft bewusst zu vollziehen. Es lägen bereits Beobachtungen zu den positiven Auswirkungen von in diesem Sinne begleitet zur Welt gekommenen Kinder vor. So könne davon ausgegangen werden, dass in den beschriebenen Veränderungen ein beträchtliches psychosoziales Entwicklungspotential moderner Gesellschaften liegt (Janus in Schiefenhövel et al. 1995).

2.2.2 Traditionelle Aspekte von Schwangerschaft und Geburt

Wie bereits erwähnt, erhoben sich ab Mitte der 1970er Jahre Gegenbewegungen zu der rein somatisch orientierten Geburtshilfe. Eigene Verantwortung und Aktivität waren in den Hintergrund gedrängt worden, und wichtige Faktoren wie Geborgenheit, Zuwendung, psychologische Unterstützung, Körperkontakt und Intimität hatten Vernachlässigung erfahren (Albrecht-Engel et al. 1997).

Unter anderem liefert der Blick auf andere Kulturen und deren Umgang mit Schwangerschaft und Geburt Anregung und Bestärkung bezüglich des Wiederfindens eines Zugangs zu natürlichen Abläufen. Zum einen wird deutlich, „dass die Geburt etwas ganz Natürliches ist, ein Urvorgang, ganz so wie die Naturgewalten selbst.“ (Albrecht-Engel et al. 1997, Vorwort) An dieser Stelle sei auch noch einmal auf die anfänglichen Beschreibungen unter Punkt 2.2.1. zurückverwiesen. Zum anderen zeigt sich die Bedeutung psychosozialer Unterstützung für die Schwangere während des Schwangerschafts- und Geburtsablaufs.

Gélis warnt vor einer Idealisierung traditioneller Schwangerschaft und Geburt. Es sei wichtig, den Blick nicht derart zu beschränken und stattdessen weiterzuerfolgen, was Geburt im jeweiligen Denken bedeute und welcher Stellenwert dem Kind in der jeweiligen Gesellschaft zukomme (Gélis 1989). Kuntner ergänzt, dass mit der jeweiligen Kultur und Gesellschaft zusammenhängt, welche Bräuche und Regeln eine Schwangere befolgt (Kuntner in Albrecht-Engel et al. 1997).

Darüber hinaus darf nicht unerwähnt bleiben, dass in den Entwicklungsländern immer noch eine hohe Müttersterblichkeit besteht. Unicef spricht 1998 von weltweit 600 000 Frauen, die jährlich durch Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt sterben, wovon 99% auf die Entwicklungsländer entfallen (Unicef Information 1998). Die WHO gibt 2005 529 000 Todesfälle an, wovon weniger als 1% den Industrie-Nationen zuzurechnen ist (Bericht der WHO mit Schwerpunkt Mütter und Kinder, 2005). 2005 betrug die Müttersterblichkeitsrate pro 100 000 Lebendgeburten in den Entwicklungsländern 400, in den ärmsten Entwicklungsländern 870 Frauen (Quelle: Unicef 2009).

In Übereinstimmung mit der westlichen Welt besteht in traditionellen Gesellschaften in der Regel das zentrale Bedürfnis, Mutter und Kind vor den möglichen Risiken zu schützen, die eine Geburt begleiten. So werden Ratschläge für Verhaltensregeln Generation für Generation weitergereicht, die zusammengenommen ein Schutzsystem für die Zeit vor, während und nach der Geburt bilden (Kuntner in Albrecht-Engel et al. 1997). Die Schutzsysteme unterschiedlicher Völker sind maßgeblich aus den zwei nachfolgend genannten Grundelementen, der Geburtsbegleitung und der Anwendung natürlicher Heilmittel, zusammengesetzt.

2.2.2.1 Geburtsbegleitung Kennell et al. fanden nach Durchsicht anthropologischer Aufzeichnungen von 128 nicht-industrialisierten Jäger-, Sammler- und Ackerbaugesellschaften, dass es mit Ausnahme einer einzigen üblich

war, der Mutter während der Geburt ständigen Beistand zu leisten. Dieser Beistand wurde von Frauen geleistet (Klaus et al. 1995).

Kuntner bestätigt, dass die Aufgabe einer Hebamme in anderen Kulturen häufig von Verwandten und Nachbarinnen übernommen wird. Die entsprechenden Kenntnisse wurden in der Regel durch eigene Geburten erworben. Bei den Tujia, ein südchinesisches Volk, wird der Status einer Geburtsbetreuerin durch die selbständige Bewältigung der Geburt des ersten Kindes unter Anleitung einer Hebamme verliehen. Dies gleiche einem Initiationsritus, der dem Leben einer Frau eine größere Autonomie verleiht. Es gebe allerdings auch traditionelle Hebammen, die von einer Dorfhebamme oder der eigenen Mutter instruiert werden. Für deren zukünftigen Status sind eigene Kinder und ein gewisses Alter Voraussetzung. Bei den im Norden Kameruns lebenden Mafa werden Hebammen von einem Heiler ausgebildet. Die traditionelle Hebamme besitze oft einen Heilerinnenstatus. Meist übernehme sie weitergehende Aufgaben wie die Rolle einer engen Vertrauten und Beraterin der Frauen im Feld von Sexualität, Gesundheit und Krankheit.

Kuntner berichtet, dass die Geburt in der Regel in vertrauter Umgebung stattfindet: Im eigenen Haus, bei der ersten Geburt auch bei den Eltern, im Haus der Schwiegermutter, im Frauenhaus oder im Freien. Manchmal werden spezielle Gebärhäuser benutzt. Die Anwesenheit des Mannes ist meist unerwünscht oder sogar verboten. Bei den Guayaki in Paraguay und den Shuar in Ecuador ist der Mann jedoch auch als Geburtshelfer im Einsatz. Die häufige Abschirmung der Geburt erklärt sich dadurch, dass alles, was damit in Zusammenhang steht, als unrein betrachtet wird und niemand damit in Berührung kommen soll (Kuntner in Albrecht-Engel et al. 1997).

2.2.2.2 Natürliche Heilmittel Bezüglich der Ernährung gibt es bei vielen Völkern Vorschriften. So werden für die Schwangerschaft unterstützende Nahrungsmittel empfohlen, von Nahrungsmitteln und Kräutermedizin mit abführender und möglicher abortiver Wirkung wird abgeraten.

Religiöse Rituale stärken das seelische Befinden der Schwangeren. So suchen die Frauen in der Schwangerschaft heilige Plätze, den Tempel oder die Kirche für Gebete und das Darbringen von Opfergaben auf. Oft werden Amulette oder Fruchtbarkeitspuppen am Körper getragen.

Während der Geburt werden verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung und Schmerzerleichterung eingesetzt.

Wärmeanwendungen entspannen und lindern den Wehenschmerz. Daneben kommen heiße Steine, Kompressen, oder in heißes Wasser getauchte Tücher zum Einsatz. Auch werden Sand-, Hafer- oder Leinsamensäckchen für diesen Zweck hergestellt. Im Norden Europas wurden die Geburtswege mit Dampf behandelt oder die Gebärende nahm ein heißes Bad.

Häufig werden Kreuzgegend, Unterleib und Geburtswege massiert. Hierbei werden je nach Region unterschiedliche Mittel eingesetzt. Zur Schmerzerleichterung wird in der traditionellen Geburtshilfe häufig eine Massage mit Lorbeerpaste praktiziert.

In vielen Kulturen ist der „Besen- und Abstreifzauber“ zur Abwehr von bösen Kräften oder als Ritual zum Befreien von Krankheit, Angst und Schmerz üblich. Dies geschieht über ein Abstreifen, leichtes Klatschen, Schlagen oder Reiben eines Besens oder Büschels, der aus Pflanzen hergestellt ist.

Pflanzliche Heilmittel werden zur Anregung von Wehen oder zur Schmerzerleichterung verabreicht (Kuntner in Albrecht-Engel et al. 1997).

Einen bedeutenden Punkt zum Thema Geburt stellt die Gebärhaltung dar. Kuntner berichtet, dass sich der Gebrauch der aufrechten Gebärhaltung bis in prähistorische Zeiten zurückverfolgen lässt (ebd.). Schneider stellt fest, dass das natürliche, instinktive Verhalten der gebärenden Frau in einer Vielzahl differenzierter Gebärpositionen resultiert (Schneider et al. 2006). Kuntner konstatiert, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und Untersuchungen belegen, dass Bewegungsfreiheit und aufrechte Gebärhaltung einen günstigen Einfluss auf die Geburt ausüben. Neben der Verbesserung von Atmung, Beweglichkeit, Kreislauf und Hormonausschüttung aufgrund des Wechsels der Stellung seien die Kontraktionen stärker, regelmäßiger und häufiger; die Wehen könnten besser verarbeitet werden; das Schmerzempfinden werde gelindert und das Risiko eines Dammrisses sei geschmälert. Insgesamt komme es zu einem Abbau von Stress, Angst und Spannung der Mutter und die Geburtsdauer verkürze sich. Die Frau sei aktiv, leistungsfähig und behalte die Kontrolle. Nicht zuletzt werde die emotionale Mutter/Eltern-Kind-Bindung durch den sofortigen Blickkontakt gefördert (Kuntner in Albrecht-Engel et al. 1997).

Nach der Geburt wird in allen Kulturen der Plazentaausstoßung und dem anschließenden Umgang mit der Plazenta große Aufmerksamkeit geschenkt. Die Nabelschnur wird erst abgetrennt, wenn die Plazenta ausgestoßen ist. Da Plazenta und Nabelschnur die körperliche Verbundenheit des Kindes mit der Mutter belegen, werden sie auch nach der Geburt noch in Verbindung mit dem körperlichen Wohl des Kindes gebracht. So ist sehr

verbreitet, dass Plazenta und Nabelschnur, häufig am Ort der Geburt, in einem Topf vergraben wird. Dies war auch in Deutschland lange Zeit üblich.

In der Regel sind Mutter und Kind im Wochenbett von Fremden abgeschirmt. Während der ersten Woche und oft noch darüber hinaus wird die Wöchnerin ausschließlich von ihrer Familie versorgt. So kann sie sich intensiv dem Neugeborenen zuwenden (ebd.).

2.2.3 Salutogenese, Schwangerschaft und Geburt

Einleitend wird die Biographie von Antonovsky, des Begründers des Salutogenese-Konzepts, vorgestellt. Es folgt eine Beschreibung der Inhalte des Konzepts sowie der Entwicklung von Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung, Public Health und Gesundheitspsychologie. Die Darstellung kehrt schließlich zurück zum Modell der Salutogenese, das durch die aktuelle Entwicklung der Psychotraumatologie eine Erweiterung erhält. Dabei wird immer wieder der Bezug zur Pränatalen Psychologie hergestellt und exploriert.

2.2.3.1 Der Lebenslauf von Aaron Antonovsky Die Begründung des Salutogenese-Konzepts geht auf Antonovsky zurück.

Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn geboren. Nach dem zweiten Weltkrieg kam er mit der Medizinsoziologie und der Stressforschung in Kontakt. Nach Erwerb des M.A. und Ph.D. in Soziologie wurde er 1956 Leiter der Abteilung für Soziologie des Anti-Diskriminierungsausschusses des Staates New York. 1960 gab er seine seit 1959 begonnene Professur für Soziologie an der Universität in Teheran auf und emigrierte mit seiner Frau, einer Entwicklungspsychologin, nach Israel. Er übernahm dort eine Tätigkeit als Medizinsoziologe und wandte sich daneben der Stressforschung und der Erforschung der Funktionen von Institutionen des Gesundheitswesens zu.

Einen seiner thematischen Schwerpunkte stellten die ethnischen Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen dar. Hier stieß er auf Frauen, die in nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt und es geschafft hatten, ihr Leben neu aufzubauen (Franke 1997). Es handelte sich dabei um eine Untergruppe, nämlich 29% der Frauen, die angaben, bei relativ guter Gesundheit zu sein, obwohl sie im Kindes- und Jugendalter schwerster Traumatisierung ausgesetzt waren. Diese Entdeckung gab ihm den Anstoß, sich verstärkt mit der Bedingung von Gesundheit zu beschäftigen (Sack in Schüffel et al. 1998).

Ab 1972 baute er eine gemeindeorientierte medizinische Fakultät an der Ben-Gurion-Universität des Negev mit auf. Moaz berichtet, dass Antonovsky darauf bestand, die gesamte Fakultät „Faculty of Health Sciences“ zu nennen, in der die „Medical School“ einen Teil ausmachte. Antonovskys Vorstellung sei hier bereits die einer Integration von Gesundheitslehre und Medizin, von präventiver und kurativer Medizin gewesen (Moaz in Schöffler et al. 1998).

1977/78 und 1983/84 übernahm er im Rahmen von Forschungsseminaren eine Gastprofessur an der Abteilung für Public Health der Universität Berkeley (Franke 1997).

Ein Jahr vor seinem Tode sagte er: „Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in Bezug auf Menschen geführt. Ich bin tief überzeugt, daß wir uns alle im gefährlichen Fluß des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen.“ (Antonovsky in Franke & Broda 1993, S. 7) In wacher Kenntnis seiner „pessimistischen Neigung“ ergänzt er: „Die der Salutogenese zugrunde liegende Prämisse ist in der Tat pessimistisch, doch paradoxerweise ist die Perspektive, die sie eröffnet, zwar ohne Illusion, aber alles andere als düster.“ (Antonovsky in Franke 1997, S. 31)

Antonovsky verstarb am 7. 7. 1994 in Israel (Franke 1997).

2.2.3.2 Das Salutogenese-Konzept Antonovsky entwickelte sein Konzept in Anlehnung und Auseinandersetzung mit der Tradition der Stressforschung seit Selye und Cannon.

Diese hatten in den 1950er Jahren erkannt, dass gleiche Stressoren von verschiedenen Individuen als völlig unterschiedlich belastend empfunden und verarbeitet werden können. Hieraus ergab sich zwangsläufig die Frage nach dem Vorhandensein von individuellen Ressourcen der Stressresistenz. Hierbei verhalf die Einteilung beispielsweise in externe (zum Beispiel Familienstand), interne oder personale Ressourcen (zum Beispiel Ich-Stärke, Selbstvertrauen) zu einer Orientierung. In der Folge wurden Theoriemodelle entwickelt, die versuchten, die individuelle Resistenz gegenüber potentiell pathogenen Reizen zu konzeptualisieren.

In dieser Hinsicht beschrieb Antonovsky anfänglich die sogenannten Widerstandsressourcen. Als ihm klar wurde, dass es sich hierbei um individuell sehr verschiedene Arten des Umgehens handelte, die schwer einheitlich zu konzeptualisieren sind, begann er ein übergreifendes Konzept, das sogenannte „Kohärenzgefühl“ („sense of coherence“) (SOC), zu entwickeln

(Sack & Lamprecht in Schüffel et al. 1998). Der SOC setzt sich aus drei Komponenten zusammen. Diese sind Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness). In der Literatur findet sich häufig die nachfolgend genannte deutsche Übersetzung der von Antonovsky formulierten Definition: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky in Franke 1997, S. 36)

Antonovsky maß der Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit, im Sinne einer motivierenden, eher emotionalen Kraft, den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung zu. Er nahm an, dass ohne diese die beiden anderen, eher kognitiven Komponenten, wahrscheinlich ohne nachhaltigen gesundheitsprotektiven Effekt sein werden (ebd.).

In seiner Forschung bezüglich der Gesunderhaltung bewegte er sich in seiner Beschäftigung und Reflektion auf der transkulturellen Ebene, in Bezug zu kulturellen sowie gesellschaftlichen Aspekten, im Hinblick auf die Gruppe und auf das Individuum. Trotz seines Widerspruchsgeistes floss er im Strom seiner Zeit und setzte sich bezüglich seines Konzepts mit aktuellen Forschungsrichtungen wie zum Beispiel der Psychoneuroimmunologie sowie der Chaostheorie auseinander (Antonovsky in Franke 1997).

Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie fanden dabei noch keine Beachtung. Antonovsky ging davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl aufgrund prägender Erfahrungen in der Kindheit und Jugend entwickelt (Lorenz 2004). Seine Worte diesbezüglich waren folgende: „Ich glaube, daß die eigene Lokalisierung auf dem SOC-Kontinuum in der frühen Phase des Erwachsenenalters mehr oder weniger festgelegt wird.“ (Antonovsky in Franke 1997, S. 105) Er räumte ein, dass er vor einigen Jahren mit der Äußerung einer „Stabilitätsannahme“ ein Missverständnis zum Kohärenzgefühl in die Welt gesetzt habe. Die Stabilitätsannahme habe sich nur auf Menschen mit starkem SOC bezogen. „Als ich sagte, dass das SOC des Erwachsenen eine tief verwurzelte, stabile dispositionale Einstellung einer Person ist, wollte

ich nicht implizieren, daß es auf rigide Weise fixiert ist (...).“ (Antonovsky in Franke 1997, S. 118)

Moaz hebt hervor, dass Antonovsky sein Konzept weiter gefasst habe als seine Vorgänger. Dies sei daran zu erkennen, dass Antonovsky eine individuelle und gesellschaftliche Sinndimension einbezogen hätte und diese mit der Stressresistenz zu verbinden suchte. Dabei hätte er bewusst offen gelassen, ob mit Sinnorientierung ein religiöser Glaube, eine Gruppenzugehörigkeit oder eine andere, private Sinnorientierung gemeint sei (Moaz in Schüffel et al. 1998). Lamprecht äußert, dass Antonovsky es für eine konzeptuelle Einschränkung gehalten habe, davon auszugehen, dass bestimmte Ressourcen notwendigerweise in der eigenen Kontrolle des Betroffenen liegen müssen, um Gesunderhaltung zu gewährleisten. In dieser Weise sei das Kohärenzgefühl keine Coping-Strategie, sondern eine Fähigkeit, flexibel auf belastende Ereignisse zu reagieren (Lamprecht in Schüffel et al. 1998).

Entgegen dem konventionell pathogenetischen Postulat, dass ein gesunder Organismus sich in einer normalen, geordneten Homöostase befindet, die durch eine Krankheit aus dem Gleichgewicht gebracht wird, befand Antonovsky Gesundheit als labilen Zustand, der aktiv erhalten werden muss. Er sah Gesundheit und Krankheit nicht als dichotom geschiedene Zustände, sondern als zwei Endpunkte eines Kontinuums, zwischen denen sich unser relatives Gesundsein oder Kranksein bewegt. Er postulierte, dass die pathogenetische Orientierung, die vielen Fortschritten in Wissen und Praxis zugrunde liegt, nur einen geringen Teil vorliegender Daten erklären kann (Antonovsky in Franke 1997). So äußerte er in bildhafter Weise: „Contemporary Western medicine is likened to a well-organized, heroic, and technologically sophisticated effort to pull drowning people out of a raging river. Devotedly engaged in this task, (...), the establishment members never raise their eyes or minds to inquire up-stream, around the bend in the river, about who or what is pushing all these people in (Antonovsky 1988, 89).“ (zitiert in Lorenz 2004, S. 14) Auch hätte deren nahezu totale Dominanz über unser Denken viele einschränkende Konsequenzen. Er propagierte jedoch keineswegs die völlige Aufgabe der pathogenetischen Orientierung und befürwortete eine komplementäre Betrachtung der beiden Orientierungen (Antonovsky in Franke 1997). Moaz stimmt überein, dass das Salutogenese-Konzept keine Alternative, sondern eine andere Haltung und insofern eine Ergänzung bedeute (Moaz in Schüffel 1998). In Hinsicht auf die effektive, moderne Medizin – so äußert Anshütz – sei es geeignet, zu bereichern – und zwar dadurch, dass es den Patienten aktiviert und auf

die Erhaltung von Gesundheitsgefühl gerichtet ist (Anschütz in Schüffel et al. 1998).

Um seine Theorie empirisch überprüfbar zu machen, entwickelte Antonovsky den Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala). Mittels Sichtung und Auswertung von circa 50 empirischen Studien zum SOC-Konstrukt, die seit 1992 publiziert wurden, zeigte sich, dass Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit eng zusammenhängen. Entgegen Antonovskys Annahme erwies sich der Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit als wenig eindeutig. So hätten sich nach Anson et al. (1993a; 1993b); Chamberlain et al. (1992) und Larsson & Kallenberg (1996) signifikante Korrelationen zwischen positiven Aspekten psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und dem Kohärenzgefühl gefunden (Bengel et al. 2001, S. 44). Gunkel und Kruse setzen fort, dass mehrere Untersuchungen zeigen, dass der SOC valide prognostische Aussagen zulässt über den Erfolg von Therapien und Trainingsprogrammen, und dass durch stationäre Psychotherapie eine Erhöhung des SOC erreicht werden kann (Gunkel & Kruse 2004, S. 39). Darüber hinaus berichten sie von einer aktuellen englischen Longitudinalstudie an mehr als 20 000 Personen im Alter zwischen 40 und 80 Jahren. Diese ergab, dass ein ausgeprägter Kohärenzsinn konsistent mit einer um 30% geringeren allgemeinen Mortalitätsrate einhergeht, und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht und prävalenten chronischen Erkrankungen (Gunkel & Kruse 2004).

Bengel et al. fassen zusammen, dass trotz internationaler Publikationen in den letzten 20 Jahren der SOC von der Scientific Community nur teilweise einer Überprüfung für Wert befunden wurde – wenn, dann hätte es sich insbesondere um Forschergruppen um Antonovsky selbst gehandelt (Bengel et al. 2001).

Die wie folgt dargestellte Recherche vom 24.9.2003 vermittelt einen Eindruck von einem zwar stetigen, jedoch sehr langsamen und gemäßigten Wachstum eines Interesses am salutogenen Gedankengut in der medizinischen Welt. Gunkel und Kruse stellten die jährlichen Publikationsraten und den Gesamtoutput medizinischer Artikel und wissenschaftlicher Beiträge zum Thema Salutogenese aus der Zeitschriftenartikel-Datenbank Medline im Zeitraum 1984 bis 2003 gegenüber. Der Gesamtoutput medizinischer Publikationen betrug 8 324 117, die Anzahl der Publikationen über Salutogenese 135. Die Zunahme der Anzahl medizinischer Artikel verhielt sich wie folgt: 1984 waren es 307 927, 1994 420 669, 2002 534 773 und 2003 389 549 (die höchste Anzahl der Publikationen über diese Jahre findet sich 2002). Die Anzahl der Publikationen über Salutogenese betrug 1984 null, 1994

sieben, 2000 achtzehn und 2003 drei (hier findet sich die höchste Anzahl der Publikationen im Jahre 2000) (Gunkel & Kruse 2004). Die Eingabe von Salutogenese* im Verzeichnis der lieferbaren Bücher im Buchhandel hingegen ergab 33 Buchtitel, in denen das Wort Salutogenese enthalten ist. Die Abfrage nach Neuerscheinungen zum Thema Salutogenese in den Jahren 2006, 2007 und 2008 ergab in 2006 sieben, in 2007 sechs und für 2008 null Bücher. Aus inhaltlicher Perspektive wurde das Salutogenese-Konzept auf unterschiedlichste Bereiche angewandt. 2006 umfassten die Themen der Bücher Mythologie, betriebliches Gesundheitsmanagement, Schule, sexuelle Gewalt im kirchlichen Bereich, Leib und Seele, positive Psychotherapie und ein Titel lautete „Salutogenese und Kohärenz“; in 2007 die Bereiche Tanz, Leben, Sexualstraftäter, Gesundheitsförderung in Praxen, Lehrerberuf und soziale Arbeit ((4) 2007).

Hier scheint sich die Ansicht von Bertelsmann et al., dass das salutogenetische Modell eine große Komplexität besitzt und somit neben den Anderen möglicherweise das weitreichendste interdisziplinäre Modell darstellt, wieder zu finden. Sie fügen an, dass darin jedoch auch seine Schwäche liegt (Bertelsmann et al. 2004).

Bengel et al. bezeichnen das Modell der Salutogenese als die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit. Durch das Einbeziehen vieler Variablen und Ebenen besitze es einen hohen Integrationswert und biete sich als Orientierungsrahmen an, der komplexe Zusammenhänge ordnen und veranschaulichen kann. Seine Bedeutung für die Gesundheitswissenschaften sei zweifach: Es stimulare die gesundheitswissenschaftliche Forschung zu Protektivfaktoren und Ressourcen und erweitere den Blick auf bisher zu wenig beachtete Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Schutzfaktoren. Obschon es belege, wie wichtig eine Rahmentheorie der Gesunderhaltung ist, sind Bengel et al. der Ansicht, dass es aufgrund seiner Komplexität in seiner Gesamtheit jedoch letztlich mit den heutigen Möglichkeiten nicht empirisch überprüfbar ist (Bengel et al. 2001).

2.2.3.3 Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung Bis zum Beginn des „Dritten Reichs“ wurde die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften, manchmal auch Old Public Health genannt, weitgehend von Deutschland und England geprägt (Bertelsmann et al. 2004). Deutschland nahm diesbezüglich auf dem Gebiet der Sozialhygiene und der Sozialmedizin, vor allem zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in der Welt eine führende Position ein (Waller 2002).

Beim Wiederaufbau des Gesundheitswesens nach dem Zweiten Weltkrieg herrschte ein großes Misstrauen gegenüber staatlichen Einflussnahmen auf die öffentliche Gesundheit – so fand eine Wiederaufnahme der wissenschaftlichen Traditionen aus den 1920er Jahren nicht statt. „Letztlich erst seit Mitte der 80iger Jahre ist es zu einer wissenschaftlichen Neuorientierung gekommen, wohl auch, weil die Grenzen einer isoliert betriebenen individuell-kurativ orientierten Medizin immer deutlicher hervortraten.“ (Hurrelmann & Laaser 1998, S. 20f.)

Auch in Bezug auf andere Forschungsimpulse bewirkte die Zeit des zweiten Weltkriegs hinsichtlich einer Fortsetzung oder Wiederaufnahme ausgeprägte Brüche im eigenen Land. Wurzeln der Pränatalen Psychologie sind in dieser Zeit auffindbar. So erschien 1924 von dem Psychoanalytiker Rank das Buch „Trauma der Geburt“ (Janus 2000). Er zeigte in seinem therapeutischen Ansatz bereits eine salutogenetische Orientierung: Er bezog sich auf das positive Willenspotential, auf die „Urkraft“ des Patienten (Janus in Janus & Wirth 2006). Janus räumt ein, dass Ranks Ansatz jedoch noch eine Überforderung für den damals vorherrschenden patriarchalen Zeitgeist gewesen ist (ebd.). Rank emigrierte 1925 über einen mehrjährigen Aufenthalt in Paris nach Amerika. Zeitgleich erschien ein Buch des Psychoanalytikers Graber zur Ambivalenz des Kindes als Folge des umfassenden Milieuwechsels beim Übergang von der pränatalen zur postnatalen Lebensform. Graber nahm insofern eine Sonderstellung ein, als nur er die Bedeutung der Pränatalen Psychologie öffentlich fokussierte (Janus 2000).

In den Vereinigten Staaten führten die – zum Teil auf deutsche Vorläufer zurückgehenden – gesundheitswissenschaftlichen Aktivitäten bereits ab 1917 zur Etablierung des universitären Fachgebiets Public Health (Waller 2002).

Public Health wurde 1952 von einem Expertenkomitee der WHO wie folgt definiert: „Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting mental and physical health and efficiency through the organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease and the development of social machinery to ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health, so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity (WHO expert committee on Public Health administration 1952).“ (Bertelsmann et al. 2004, S. 25)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Vereinten Nationen gründete sich am 7. April 1948 und versteht sich als spezialisierte Vertretung von Gesundheit. Deren Satzung lautet: „WHO's objective, as set out in its constitution, is the attainment by all peoples of the highest possible level of health. (...) Health is defined (...) as a state of physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ ((3) 2005, S.1) Im Zuge genaueren Durchdringens der Formulierung wird hier individuell erlebtes und erfahrenes körperlich-seelisches Wohlbefinden ebenso rückbezogen auf die Gesellschaft. Dies drückt sich durch den Gebrauch des Begriffs „social well-being“ aus (Hurrelmann & Laaser 1993).

Die WHO spricht seit Ende der 1940er Jahre von mehreren Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden: Einmal von der physischen, von der sozialen, von der geistigen sowie schließlich seit Ende der 1980er Jahre auch von der ökologischen und spirituellen (im Sinne von Lebenssinn) Dimension (Schwartz et al. 1998).

Die Zeit der Schwangerschaft und Geburt bildet im Rahmen dieser ganzheitlichen Sicht die bio-psycho-soziale Grunddimension des menschlichen Lebens (Janus 2004).

Während der Suche nach neuen Ansätzen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerungen insbesondere in modernen Industriegesellschaften (Schwartz et al. 1998) wurde von der WHO 1986 die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet, wodurch Gesundheitsförderung als gesundheitspolitischer Begriff eingeführt wurde. Die Kennzeichnung von Gesundheitsförderung ist demnach: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als ein vorrangiges Lebensziel.“ (Rieländer & Brücher-Albers 1999, S.5) Schwartz weist darauf hin, dass dieses politisch idealistische Programm möglicherweise von unseren tatsächlichen Möglichkeiten ähnlich weit entfernt sei wie die Charta der Menschenrechte von unserer realen Welt. Dennoch bedürfe es solcher Leitvorstellungen, um ein kollektives Umdenken in Gang zu bringen (Schwartz et al. 1998).

Die modernen Gesundheitswissenschaften entstanden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Luber in Rückert et al. 2006). Der Beginn der Entwicklung lag im anglo-amerikanischen Ausland und ist daher mit dem Begriff Public Health verknüpft. In Deutschland haben sie sich als wissenschaftliche Disziplin im Sinne eines Äquivalents zu Public Health bzw. New Public Health durchgesetzt. Der Begriff Public Health findet hier jedoch durchaus auch Verwendung (Bertelsmann et al. 2004).

Gesundheitsförderung und Prävention sind die Handlungsstrategien der im interdisziplinären wissenschaftlichen Feld, in Abgrenzung zum biomedizinischen Modell sich entwickelnden Gesundheitswissenschaften. So drücken Hurrelmann und Laaser aus, dass das zentrale Ziel der Gesundheitswissenschaften die Hinwendung des Blicks auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheit ist (Hurrelmann & Laaser 1993). Luber erörtert, dass nur ein breiter, multidisziplinär angelegter Ansatz wie die Gesundheitswissenschaften eine Betrachtung von Gesundheit aus verschiedenen Blickwinkeln ermöglicht und darüber hinaus notwendig ist, um Gesundheit zu erforschen. Im Hinblick auf die gesellschaftliche Situation beispielsweise, die von einer zunehmenden Lebenserwartung mit gleichzeitiger Zunahme chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist, sei das biomedizinische Modell nur bedingt geeignet, etwas entgegenzusetzen, weil es psychologische Faktoren genauso wenig vorsehe wie Bedingungen von Umwelt und Umfeld (Luber in Rückert et al. 2006, Faltermaier 1997). Antonovsky habe mit dem Salutogenese-Konzept einen theoretischen Überbau für die Entwicklung von Gesundheitsförderung geliefert (ebd.). Sack und Lamprecht konstatieren: „Hier trifft sich die Forderung nach Selbstverantwortung durch den Patienten mit der Public-Health-Perspektive der Gesundheitsförderung. Ressourcenorientierung und Förderung eigener Initiative sowie Verantwortung für die eigene Gesundheit sind die höchst aktuellen Chancen eines Perspektivenwechsels vom pathogenetischen zum salutogenetischen Paradigma.“ (Sack & Lamprecht in Schüffel 1998, S. 335)

Hurrelmann et al. treffen die nachfolgend genannte Unterscheidung der Ausrichtung von Old Public Health und New Public Health. Old Public Health habe sich an die gesundheitlich unterversorgten Bevölkerungsgruppen gerichtet, New Public Health hingegen adressiere sich an alle Bevölkerungsgruppen (Hurrelmann et al. 2006).

2.2.3.4 Public Health und Gesundheitspsychologie Im Rahmen der vorangegangenen Darstellung und im Hinblick auf die Thematik der vorliegen-

den Arbeit soll eine Betrachtung der Beziehung von Public Health und Gesundheitspsychologie angefügt werden.

Im Hinblick auf den deutschsprachigen Raum drückte Faltermaier 1997 aus, dass die Gesundheitspsychologie eine junge Teildisziplin ist, die einen Platz finden muss zwischen den bereits etablierten Fächern der Klinischen und Medizinischen Psychologie und sich zusätzlich im interdisziplinären Feld der Gesundheitswissenschaften verorten und mit den medizinischen Wissenschaften arrangieren muss (Faltermaier 1997). Übereinstimmend bezeichneten Weitkunat et al. die Gesundheitspsychologie als Integrationsdisziplin in der Psychologie. Deren Gegenstand sei das Wahrnehmen, Erleben, Denken und Handeln von Menschen hinsichtlich der Phänomene Krankheit und insbesondere Gesundheit. Charakteristisch für die Gesundheitspsychologie sei in Abgrenzung zur Medizinischen und Klinischen Psychologie eine ressourcenorientierte, präventive Perspektive (Weitkunat et al. 1997).

Die Dringlichkeit eines psychologischen Beitrags zu Fragen der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung aufgrund der heute in allen Industriegesellschaften dominierenden chronisch-degenerativen Krankheiten sieht Faltermaier als historische Chance für die gesamte Psychologie (Faltermaier 1997). 1997 hoben Weitkunat et al. hervor, dass die Berührungspunkte zwischen Public Health und Gesundheitspsychologie, welche als Disziplin verhaltensmedizinische, medizin-psychologische, psychosomatische, sozial-, allgemein- und persönlichkeitspsychologische Dimensionen auf die Bereiche Gesundheit und Krankheit fokussiert zusammenfasst, so vielfältig und evident ist, dass eine Vernetzung beider Disziplinen auf der Hand liegt. Dass dies bisher nur im Ansatz gelungen sei, läge wohl hauptsächlich an der geringen wechselseitigen Kenntnisnahme (Weitkunat et al. 1997). Weiterhin wiesen sie darauf hin, dass statt einer gegenseitigen Grenzziehung verstärkt ein problemzentrierter, interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden sollte, der danach fragt, welchen Beitrag eine Disziplin zum jeweiligen Problem leisten kann, da die einzelnen Systemebenen interdependent sind und sich insofern gegenseitig bedingen (ebd.).

2006 bescheinigt Vogt der Gesundheitspsychologie, dass sie bereits ein gutes Stück vorangekommen sei. Angesichts des bestehenden Bedarfs habe sie sich mittlerweile als eigenständiger Zweig der Psychologie mit eigenen theoretischen Modellen und einer eigenen Empirie etabliert (Vogt in Hurrelmann et al. 2006).

2007 schreibt Schwarzer der Gesundheitspsychologie ein „rasantes Wachstum“ zu. Sie befasse sich vor allem „mit der Analyse und Beeinflus-

sung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individuell und kollektiver sowie mit den psychosozialen Grundlagen von Krankheit und Krankheitsbewältigung“ (Schwarzer 2007, S.1). So sei sie in zwei Gegenstandsbereiche aufteilbar: Stress und Krankheit sowie Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung. Er merkt an, dass im Gegensatz zu Amerika oder Österreich die Berufsbezeichnung „Gesundheitspsychologie“ in Deutschland noch nicht offiziell vergeben wird. Auf europäischer Ebene habe die European Health Psychology Society (EHPS)¹ im Jahre 2000 eine Umfrage veröffentlicht, aus der hervorgehe, dass in den teilnehmenden 23 Ländern insgesamt bereits 133 Ausbildungsprogramme verzeichnet waren, davon 86 für Diplomanden (Master) und 47 für Doktoranden. Schwarzer ergänzt, dass die Gesundheitspsychologie in Amerika bereits auf dem Weg ist, sich in der klinischen Praxis, d.h. als Berufsausübung in der Praxis, durchzusetzen. So habe das American Board of Professional Psychology die „Clinical Health Psychology“ 1991 formal anerkannt. Darüber hinaus wurde sie von der American Psychological Association (APA) 1997 als professionelle Spezialität akzeptiert (ebd.).

Es ist nicht auszuschließen, dass die Pränatale Psychologie im Zuge zunehmender Integration in die Wissenschaftsgebiete, so etwa in Form einer Erweiterung des betreffenden Lehrstoffs in der Entwicklungspsychologie, und als eine aufgrund der sich nun zügig verbreitenden neuen Ergebnisse der Hirnforschung (Hüther 2004, 2005) für Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend interessant werdende Thematik, Eingang in die sich zur Profession entwickelnde Gesundheitspsychologie finden kann.

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte fand der Wissenschaftsbereich der Pränatalpsychologie aufgrund zunehmender Forschungstätigkeit in der interdisziplinären und internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) ein eigenständiges wissenschaftliches Forum (Janus 2005). „Die ISPPM will in Forschung und Praxis dazu beitragen, menschliche Lebensqualität zu verbessern. Aufgabenschwerpunkte sind hierbei die Grundlagenforschung, die Optimierung der primären Prävention körperlicher und seelischer Fehlentwicklungen in der Prä- und Perinatalzeit, (...).“ ((3) 2007, S. 1)

Ausgangspunkt der Entwicklung bildete die Gründung der ‚Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie‘ (ISPP) durch Graber mit Caruso und Rascovsky in Wien (Janus in Janus & Wirth 2000). Aus-

¹ Die EHPS wurde 1986 gegründet. Sie veranstaltet jährlich gut besuchte Kongresse und wird von Forschungsgruppen aus vielen Ländern getragen (Faltermaier 2005).

gehend von einer psychoanalytischen Orientierung wurden theoretische und methodologische Konzepte durch Einbezug der Entwicklungspsychologie und Embryologie weiterentwickelt. Die Psychoneuroendokrinologie von Schwangerschaft und Geburt wurde Bindeglied von Psychologie und Medizin. Mit der Ausarbeitung primär-präventiver Konzepte wurden auch anwendungsbezogene Berufsgruppen einbezogen. Diese Entwicklung führte 1986 zu einer Veränderung des Namens zu „Internationale Studiengemeinschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin“ (ISPPM) (ebd.).

Hier ist also schon einiges an Entwicklungsarbeit auf dem Weg, das im Hinblick auf die Schaffung frühestmöglicher Gesundheitsförderung und Prävention in die sich noch entwickelnde Gesundheitspsychologie mit einfließen könnte.

2.2.3.5 Salutogenese und Psychotraumatologie In Folge auf die vorangegangenen Darstellungen soll nun auf den Aspekt der internen Verhaltensregulation eingegangen werden, worum sich nach Aussage von Weitkunat et al. die Gesundheitspsychologie in Abgrenzung zur pathogenetisch orientierten Medizinischen und Klinischen Psychologie (Weitkunat et al. 1997) bemüht.

In diesem Zusammenhang werden Einflüsse aufgezeigt, die das Salutogenese-Konzept auf das Gebiet der Psychotherapie ausübte.

So schreibt Peseschkian, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, der unter dem Einfluss der Salutogenese die „Positive Psychotherapie“ entwickelte: „Während im Feld der Psychotherapie und Medizin vielfach partikuläre Perspektiven nebeneinander stehen und ihr jeweiliges Vorgehen ‚überschätzen‘, kommt es hierbei darauf an, die verschiedenen Aspekte der menschlichen Existenz in einem integrierten Behandlungsverfahren zusammenzufügen. Es wird davon ausgegangen, dass der Körper mit der menschlichen Seele in einem dynamischen Zusammenspiel steht. Daraus ergibt sich ein grundlegend psychosomatisches Vorgehen, das neben der westlichen Medizin und Psychotherapie auch von den älteren Heilkünsten des Orients inspiriert ist. In dieser Tradition wurden die offenkundigen Zusammenhänge zwischen sozialen, seelischen und körperlichen Bereichen weitaus mehr beachtet als in der westlichen Medizin.“ (Peseschkian in Marlock & Weiss 2006, S.924) Petzold, Begründer der „Integrativen Therapie“, betont, dass Therapie mit einer salutogeneseorientierten Ausrichtung versucht, Gesundheitsbewusstsein und einen „gesundheitsaktiven Lebensstil“ zu entwickeln sowie Freude am Gesundsein und ein Genießen von Gesundheit zu fördern. „Das sind

wichtige, auch vorhandene Symptomatik und aktuelles Krankheitsgeschehen positiv beeinflussende Faktoren, denn Krankheit erfasst häufig nicht die ganze Person, sondern es bleiben durchaus gesunde Bereiche erhalten. Das muss gesehen, beachtet und genutzt werden. Wenn diese nämlich gestützt und gestärkt werden, wirken sie sich auch positiv auf die gestörten oder beeinträchtigten Persönlichkeitsbereiche aus und können überdies die Lebensqualität des Patienten verbessern.“ (Petzold in Lorenz 2004, S.11) Moaz, Psychiater und Kollege von Antonovsky, unterstreicht, dass eine nicht am Defizit orientierte, sondern in einem umfassenderen Sinne auf Entwicklung, Wiederherstellung, Stärkung und somit Förderung von Gesundheit gerichtete medizinische oder psychotherapeutische Intervention nicht nur kurativ sein darf, sondern auch Prävention und Ressourcenorientierung umfassen muss. So ginge es darum, alle drei Ebenen des Kohärenzsinns zu unterstützen, damit der Gesundende die verlorene Kontrolle wiedergewinne, d. h. eine Haltung entwickle, dass die Dinge verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind (Gunkel & Kruse 2004).

Moaz merkt weiterhin an, dass es durchaus bereits psychotherapeutische Methoden gibt, auf die das salutogene Denken sehr gut passt. Als Beispiel nennt er die humanistischen, anthropologischen oder logotherapeutischen Methoden, welche auf existentialistischen Philosophien oder auf religiösem Existentialismus aufgebaut sind. Bestimmte Formen von systemischen Familientherapien würden ebenfalls übereinstimmen. Dort werde oft eine „ökologische Karte“ von der gegenwärtigen Situation gezeichnet und eine Liste von allen bestehenden Ressourcen und allen wichtigen Beziehungen erstellt (Moaz in Schüffel et al. 1998).

Sack umreißt, dass Ressourcenorientierung als Wirkprinzip psychotherapeutischer Behandlungsmethoden zunehmend an Bedeutung gewinnt und nach Grawe (1995) als empirisch breit abgesicherter Wirkfaktor gilt. Therapien, die an die positiven Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivationen der Patienten anknüpfen, seien nachhaltiger wirksam (Sack in Schüffel et al. 1998). Zur Vervollständigung sei an dieser Stelle auf weitere Ergebnisse der Psychotherapieforschung hingewiesen, die zeigen, dass der Erfolg der Behandlung nicht von den Methoden, sondern entscheidend von der Qualität der Beziehung abhängt. Orlinsky et al. sprechen in diesem Zusammenhang vom „therapeutic bond“ (Orlinsky et al. in Bergin & Garfield 1994).

Neises und Rauchfuß betonen, dass psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen gerade in der Schwangerschaft, die als sensibler Prozess der Veränderung und Anpassung verstanden werden muss, beson-

ders effizient wirken (Neises & Rauchfuß 2005). Rauchfuß befürwortet diesbezüglich ebenso und ausdrücklich eine Orientierung weg vom Risiko- hin zum Ressourcenmodell (Rauchfuß 2001).

Im Rückblick auf Antonovsky hebt Faltermaier hervor, dass das theoretische Modell der Salutogenese von Antonovsky selber nie als fertige Lösung verstanden worden war, sondern vielmehr als eine erste Antwort auf die Frage nach der Salutogenese. Die Theorie wirke zunächst schlüssig, basiere jedoch auf dem damaligen Forschungsstand und sei durchaus offen für Weiterentwicklungen (Faltermaier 2005). In Antonovskys konsequenter Forschung nach den salutogenetischen Ressourcen war seine Aufmerksamkeit stetig und prioritär auf die Erforschung dessen, was Gesundheit fördert, gerichtet. Aspekte wie zum Beispiel durch „Disregulation“ entstandene „Schädigung“ oder auch „chronisches Trauma“ benennt er und belässt es dabei (Antonovsky in Franke 1997).

Die Zielsetzung vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention besteht unter anderem darin, die Weitergabe traumatischer Erfahrungen der Eltern und der Mutter zum Kind zu schmälern. Dies bedarf eines Wissens bezüglich Dynamik und Behandlung seelischer Verletzungen. Aus diesem Grunde soll im Hinblick auf Interventionen in dieser Zeitspanne eine Erweiterung des Salutogenese-Modells durch Koppelung mit der Psychotraumatologie entworfen werden.

1991 wurde in Freiburg das „Institut für Psychotraumatologie“ gegründet. Riedesser und Fischer, die Begründer, fassen das, womit sie sich beschäftigen als „(..) eine interdisziplinär ausgerichtete Lehre von psychischen Verletzungen und ihren vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 15) oder schlicht als „die Untersuchung und Behandlung seelischer Verletzungen und ihrer Folgen.“ (ebd., S. 18)

Es ist nicht auszuschließen, dass eine Bearbeitung dieser Thematik in Deutschland aufgrund der Nachwirkungen in Folge auf die horrenden Ereignisse im Dritten Reich aufgeschoben war. Allgemein bekannt wurde dieses Phänomen als „Das Kollektive Schweigen“ (Heimannsberg & Schmidt 1992).

Darüber hinaus präsentieren Fischer und Riedesser im Hinblick auf die medizinische Psychologie den zeitlich weitreichenden Kontrast zwischen der bereits mehrtausendjährigen Geschichte der chirurgischen Traumatologie, während die Psychotraumatologie sich gerade erst konstituiert. Sie führen dafür eine Erklärungshypothese an, die an sinnliche Gegebenheitsweisen körperlicher versus seelischer Verletzungen anknüpft. Körperliche

Verletzungen kann man sehen, anfassen und so auch behandeln, seelische dagegen nicht – sie sind unsichtbar. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese deswegen weniger real und wirksam sind (Fischer & Riedesser 2003).

Eine explizit psychologische und psychosomatische Traumatalogie stellt ein Novum dar. Die menschliche Erlebnissphäre ist in der Medizin und sogar in der Psychologie lange Zeit vernachlässigt worden. Gegenstand der Aufmerksamkeit in der Psychotraumatologie ist „das verletzbare, sich empfindende und sich-verhaltende menschliche Individuum, wenn es in seinen elementaren Lebensbedürfnissen bedroht und verletzt, in seiner menschlichen Würde und Freiheit missachtet wird.“ (ebd., S. 18)

Der Ausdruck „Psycho-“ wird in der Psychotraumatologie im Sinne eines Mehr-Ebenen-Konzepts von der psychosozialen und physischen Wirklichkeit verstanden. Das „Stress“-Konzept hat zwar große Verdienste in Psychologie, Psychosomatik und innerer Medizin geleistet, reicht jedoch nicht aus, um zu bezeichnen, womit sich eine psychosoziale und psychosomatische Traumatalogie befasst, nämlich mit der Störung bzw. Zerstörung psychischer Strukturen und Funktionen. So wie somatische Systeme des Menschen in ihrer Widerstandskraft überfordert werden können, so kann auch das seelische System durch Belastungen überfordert und schließlich traumatisiert, d. h. verletzt werden. „Führt (...) weder Coping noch Abwehr zu einer Kontrolle der biologisch und / oder psychosozial bedrohlichen Problemsituation, so gerät das psychophysische Individuum aus dem Bereich der Stressbelastung in eine potenziell traumatische Erfahrungssituation hinein. Die regulativen Schemata versagen. In einer extrem bedeutsamen Situation kommt es so zu einer systematischen Diskrepanz zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten.“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 82)

Dem Vorgang nach können psychotraumatische Erfahrungen überdies zu seelischen Folgeschäden führen, ohne dass zusätzliche Bedingungsfaktoren erforderlich sind. Aus diesem Grunde ist die psychische Traumatisierung als eine eigenständige Kategorie der psychologischen Medizin zu betrachten (ebd.).

Fischer et al. drücken aus, dass dem Stresskonzept durchaus nicht unähnlich eine Traumatheorie vor der Aufgabe steht, objektive Ereigniskategorien und subjektive Problemlösungsprozesse systematisch aufeinander zu beziehen. So löst die traumatische Situation eine traumatogene oder traumatische Reaktion aus, die in individualtypischen Abwehr- und Bewältigungsversuchen besteht. Diese geht über in einen traumatischen

Prozess, welcher den lebensgeschichtlichen Bewältigungsversuch der traumatisierten Persönlichkeit darstellt (Fischer et al. in Uexküll 1996).

Für den Zusammenhang der vorliegenden Arbeit sind hierbei vor allem Beziehungstraumen von Bedeutung, die in der Psychotraumatologie als eine Unterform der sozialen Traumatisierung bezeichnet werden (ebd.).

„Die transgenerationale Weitergabe im traumatischen Prozess“ stellt hierbei einen weiteren Aspekt dar, der – wie bereits erwähnt – im primärpräventiven Wirken in der vorgeburtlichen Zeitspanne besondere Beachtung findet.

Dies soll am Beispiel des innerfamiliären Missbrauchs aufgezeigt werden. Es kommt vor, dass Missbrauchserfahrungen in einem abgespaltenen Erlebniszustand gespeichert und in der nächsten Generation reproduziert werden. Fischer und Riedesser schreiben, dass es für das Zustandekommen solch einer Weitergabe entscheidend davon abhängt, ob die Opfer den Täter weiter idealisieren oder ob sie sich mit ihm auseinandersetzen können. Handelt es sich beim Täter um eine enge Beziehungsperson oder gar den Vater, liege eine Idealisierung besonders nahe. Dann werde an der Vorstellung festgehalten, dass der Vater im Grunde doch „gut“ sei. Dies diene zur Bewahrung der wertvollen inneren Bindung an ihn, führe jedoch unter Druck des Idealisierungsbedürfnisses und aus Gründen der Reduktion der kognitiven Dissonanz zur Abspaltung des Traumaschemas. Das könne entsprechend später, zum Beispiel wenn eine analoge Situation im Lebenszyklus auftauche oder eine Tochter geboren werde, erneut stimuliert werden (Fischer & Riedesser 2003). So erlebte die Autorin in einer therapeutischen Sitzung mit einer Mutter deren entsetztes Erwachen ausgelöst durch die Entdeckung der für sie gänzlich unerwarteten Tatsache, dass ihr Mann die gemeinsame achtjährige Tochter missbrauchte. Die Mutter selber und auch deren Mutter hatten ebenso Missbrauch durch den eigenen Vater erfahren. Diese Erlebnisse waren nicht bearbeitet worden und so kam es in den nachfolgenden Generationen jeweils zur Reinszenierung.

Die Schwangerschaft als sensible Entwicklungsphase führt meist zu einer tiefgehenden Umorientierung für die Eltern und oft zu einer Aktualisierung der eigenen Mutter-Kind-Beziehung (Stauber et al. 1999). Dies kann immer auch Anlass zu einer Restimulierung traumatischer Erfahrung sein. Da hier unterschiedliche Intensitäten der Betroffenheit auftreten können, bietet ein vorgeburtliches Elternseminar möglicherweise genügend Aufnahmekapazität oder die Inanspruchnahme einer Einzelintervention während der Schwangerschaft reicht für eine Bearbeitung aus. In schweren Fällen kann eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sein.

In Betrachtung der vorgeburtlichen Mutter-Kind-Beziehung schreibt Raffai: „Unter normalen Umständen ist die Internalisierung der unter Verdrängung geratenen, nicht integrierten Triebe, Sehnsüchte, Konflikte, Traumata und Repräsentationen der Mutter im Kind unvermeidlich. Wenn man hinzufügt, dass sich auch die Wechselwirkungen der aktuellen Bindung und nicht nur die Derivate der Bindungsvergangenheit der Mutter internalisieren, haben wir mehr als genug Ursache, eine Integration der unbewußten Vorgänge in der Mutter zu versuchen, die in der Bindung mit ihrem Kind hier und jetzt aktuell werden und sie durchdringen, damit diese nicht in das Selbst des Kindes gelangen.“ (Raffai 1999, S. 357)

Damit die Befindlichkeit und Unterstützungsbedürftigkeit von Eltern in der Schwangerschaft angemessen erkannt und eingeschätzt werden kann, sollten die Kenntnisse der Psychotraumatologie und dazugehöriger, angemessener Verhaltenskompetenzen nicht mehr nur ausschließlich der Psychotherapie vorbehalten bleiben. Sie sollten als Wissensgrundlage im Hinblick auf Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung allen Helfern an die Hand gegeben werden, die im Feld vorgeburtlicher Begleitung tätig sind.

3 Die aktuelle gesellschaftliche Situation

3.1 Erwachsene, Familie und Kinder

Die im Zuge der Industrialisierung eingetretenen Veränderungen bezüglich des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt wurden dargestellt.

Weiterführende Betrachtungen zu veränderten Lebensweisen in Industriegesellschaften vermittelte Hurrelmann im Rahmen von Forschungsprojekten im Sonderforschungsbereich Kinder- und Jugendforschung an der Universität Bielefeld.

Auf dem Hintergrund steigender Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / BMFSFJ 2005) lebt die Mehrheit der Bevölkerung in den meisten fortgeschrittenen Industriegesellschaften in materiellem Wohlstand und unter verhältnismäßig günstigen Lebensbedingungen. So gesehen ist die Bekämpfung des massenhaften materiellen Elends, wie es noch vor 100 Jahren weit verbreitet war, in einem historisch bisher nicht gekannten Ausmaß gelungen. Trotz dieses Erfolgs bezüglich der Versorgung der Bevölkerung mit materiellen Gütern ist aber das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der Bevölkerung nicht immer ausreichend gewährleistet. Industrialisierung und Urbanisierung haben zu Verhaltensanforderungen geführt, die erhebliche Belastungen mit sich bringen. So sind sozial, psychisch und physiologisch von der vorherrschenden Norm abweichendes Verhalten – zumindest teilweise – Symptome von Belastung und Überforderung. Diese können als „Stress“, als ein bio-psycho-sozialer Spannungszustand gewertet werden, der sich aus den vielfältigen Belastungen ergibt, denen sich Menschen in der heutigen Zeit ausgesetzt sehen (Hurrelmann 1991). Konkret spricht er auf folgende Erscheinungen an: „(...) die Zunahme von Delinquenz, Kriminalität und Aggressivität (...), (...) die Zunahme der Zivilisationsseuchen Alkoholismus, Drogenkonsum und Medikamentensucht (...), (...) die starke Verbreitung von riskanten Verhaltensweisen wie unfallträchtigem Verhalten, die hohen Quoten der Verbreitung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen, die steigende Quote von

versuchten und vollzogenen Selbstmorden, sowie die Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychosomatischen Beschwerden.“ (ebd., S. 11f.)

Wemmer und Korczak sprechen von Zivilisationskrankheiten, die weiterhin im Ansteigen begriffen sind. Aus einer individuumzentrierten Perspektive betrachtet, führen sie aus, dass die Menschen sich bezüglich ihrer Gesundheit durch falsche Lebensführung wie Fehlernährung, Bewegungsmangel, Suchtverhalten, Stress und Reizüberflutung heute selber gefährden (Wemmer & Korczak 1993).

In diesem Zusammenhang ist ein Blick auf Tendenzen der Veränderungen im Feld der „primären sozialen Netzwerke“ interessant. Die amtliche Statistik zeigt, dass die Häufigkeit von Privathaushalten mit zwei und mehr Generationen abnimmt, während Haushalte mit einer Generation – das sind Ehepaare ohne Kinder – und Einpersonenhaushalte zunehmen. Hiervon stellen Frauen 58%. Es ist eine Pluralisierung von Lebensformen mit sinkender Heiratsneigung und steigenden Ehescheidungsziffern zu verzeichnen, wengleich die Ehe in Deutschland immer noch die häufigste Form des Zusammenlebens ist. So lebten 1999 56,8% der erwachsenen Frauen in ehelichen, 5,9% in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, 5,7% waren alleinerziehend und 22,6% lebten alleine (BMFSJ 2002).

Seit den 1960er Jahren ist in fast allen Industrieländern ein Rückgang der Geburtenziffer zu verzeichnen. Im europäischen Vergleich zeigt Deutschland einen besonders hohen Anteil an dauerhaft Kinderlosen. Der Anteil der Menschen, die keine Familie gründen, liegt bei 25%. In Westdeutschland waren im Jahre 2003 etwa 12% der Familien kinderreich. 1972 lag deren Anteil noch bei 26%. Seit Mitte der 1990er Jahre gibt es wieder einen leichten Aufwärtstrend, während in Ostdeutschland der Anteil der kinderreichen Familien nur halb so hoch ist und weiter abnimmt (BMFSFJ 2005). Auch ist ein weiterer Anstieg der Zahl kinderloser Frauen bereits prognostiziert. Für die Geburtskohorte von 1965 werden 32,1% kinderlose Frauen geschätzt (BMFSFJ 2002).

1965 äußerte Bowlby in Bezug auf Familienbildung den Vorzug der früheren Großfamilien, die aus drei oder vier Generationen zusammengesetzt miteinander lebten. „Near and known relatives – grandmothers, aunts, oder sisters – are thus always at hand to take the maternal role in an emergency. Economic support moreover, is forthcoming if the breadwinner is incapacitated. The greater family group living together in one locality pro-

vides a social insurance system of great value.“ (Bowlby 1965¹, S. 84f.) So sei in den nachfolgenden Zeiten, da junge Männer und Frauen sich gewöhnlich weit von ihrem Geburtsplatz entfernen und durchaus auch noch weitere Male während des Ehelebens umziehen, die Tradition, sich in der örtlichen Umgebung bei dringenden Gelegenheiten auszuhelfen, weit seltener anzutreffen. Die Bande seien im Allgemeinen nun sehr viel lockerer geworden (ebd., aus dem Englischen übersetzt von der Verf.). „Not only does such a broken-up community provide no substitutes should a mother or father be temporarily or permanently incapacitated but, by putting this great load on parents, it may destroy a family which in better circumstances could hold together“ (ebd., S. 85).

Im Hinblick auf familiäre Lebensbedingungen betonen Hüther und Gebauer in ihrem 2001 erschienen Buch „Kinder brauchen Wurzeln“, dass sich die Lebensbedingungen in allen Schichten der Gesellschaft in den letzten Jahren deutlich in Richtung einer zunehmenden Individualisierung verschoben haben. Das soziale Bindungsgefüge, in das die Kinder hineinwachsen, sei immer brüchiger geworden. Oft mangle es an Rahmenbedingungen, welche emotionale Zuwendung und Feinfühligkeit, vielfältige Anregungen und eine angemessene Grenzziehung beinhalten, die für die Ausbildung sicherer Bindungen erforderlich sind. So sind immer mehr Kinder gezwungen, den daraus resultierenden Mangel an emotionaler Sicherheit durch verstärkte Selbstbezogenheit zu kompensieren. In der Folge käme es zu zunehmend besorgniserregenden Beeinträchtigungen des Lern- und Sozialverhaltens (Gebauer & Hüther 2001).

In einer zusammengefassten Betrachtung von Studien, die seit 1990 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Bielefeld im Feld Kinder und Jugend durchgeführt wurden, gibt Hurrelmann an, dass psychische Störungen weit verbreitet sind. Dies gelte vor allem für Störungen im Leistungsbereich, treffe aber auch für gefühlsmäßige, sexuelle und soziale Entwicklungsstörungen zu. Deutlich zugenommen habe aggressives Verhalten. So sei bereits bei Kindern im Vorschulalter die Verbreitung und die Intensität von körperlicher, psychischer und verbaler Gewalt gewachsen. Auch Hurrelmann geht davon aus, dass Grund hierfür meist soziale Desorientierungen, familiäre Haltlosigkeit und tiefe Enttäuschungen von Bindungserwartungen und Leistungszielen sind, die sich tief in die Persönlichkeitsstruktur eingegraben haben (Hurrelmann 1997).

¹ Die erste Ausgabe dieses Buches von Bowlby erschien bereits 1953.

Die nachfolgend erwähnte repräsentative Studie zeigt Ergebnisse, die eine Zunahme an Gewalt bestätigen. Sie wurde 1999 in den 35 Kindertagesstätten von Braunschweig bezüglich Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten sowie emotionalen Auffälligkeiten mittels Einsatz der Child Behaviour Check List (CBCL) durchgeführt. Im Ergebnis erhielten hier klinisch bedeutsame externalisierende Störungen (oppositionelles, aggressives und dissoziales Verhalten) mit 20%, plus 16% mit grenzfälligen Werten, d.h. insgesamt 36% besonders hohe Prozentzahlen. Im Gesamtergebnis, d.h. unter Einbezug der internalisierenden Störungen (sozialer Rückzug, ängstlich/depressive Befindlichkeit, körperliche Beschwerden) waren letztlich 17% der Kinder sehr auffällig und 18% grenzwertig auffällig (Deutsch & Wenglorz 2001).

Weiterhin sind erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS-Studie) des Robert Koch Instituts zu Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. Der zeitliche Verlauf dieser Querschnittstudie erstreckte sich von Mai 2003 bis Mai 2006. Teilnehmende waren 17 641 Kinder und Jugendliche im Alter von null bis siebzehn Jahren und deren Eltern aus 167 Städten und Gemeinden. Die Teilnahmequote betrug 66,6%. Die Eltern von 14 478 Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren beantworteten Fragen zu Verhaltensauffälligkeiten und Stärken. Berücksichtigt wurden folgende Bereiche: Emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. In Betrachtung des Endergebnisse sind 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig. Psychische Probleme traten bei hohem sozialen Status zu etwa 8,1%, bei mittlerem Status zu 13,4% und bei niedrigem Sozialstatus zu 23,2% auf. Verhaltensauffälligkeiten waren mit Abstand am häufigsten, gefolgt von emotionalen Problemen und Hyperaktivitätsproblemen. Bei den Geschlechtern zeigte sich eine deutliche Zunahme der Probleme bei den vierzehn- bis siebzehnjährigen Mädchen (Hölling et al. 2007).

Das Modul „Psychische Gesundheit“ der KiGGS-Studie, genannt BELLA-Studie, stellt eine repräsentative Unterstichprobe im Umfang von 2863 Familien mit Kindern im Alter von sieben bis siebzehn Jahren dar und befragte vertiefend zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten. Die Ergebnisse zeigen, dass 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten aufweisen. Bedeutsame Risikofaktoren seien vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status (Ravens-Sieberer et al. 2007).

In einer für Experten ausgelegten Information zur KiGGS-Studie heben Ravens-Sieberer et al. hervor, dass die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten in Beziehung zur Prävalenz nicht angemessen ist. „Nur ca. 15–20% der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen nehmen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al. 1998), wodurch sich eine gravierende Unterversorgung psychischer Störungen abzeichnet.“ ((2) S. 589) Dies sei insbesondere deswegen bedauerlich, da die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Störungen im Kindes- und Jugendalter haben (ebd.).

Eine Betrachtung der frühen Kindheit soll unter diesem Punkt nicht ausgelassen werden. Frühkindliche Regulationsstörungen sind ein Überbegriff, worunter zum Beispiel exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen, dysphorische Unruhe, exzessives Klammern und Trotzen fallen. Papousek schreibt, dass diese Störungen lange Zeit ignoriert und als passagere Verhaltensauffälligkeiten, sozusagen als Bagatelprobleme verharmlost wurden. Inzwischen lassen sich langfristige negative Folgewirkungen jedoch durchaus belegen. Frühkindliche Regulationsstörungen gehören zu den häufigsten Problemen der kinderärztlichen Praxis. Sie betreffen in repräsentativen Stichproben von reif geborenen, körperlich gesunden Säuglingen jeweils etwa jedes 4. bis 5. Kind (Papousek et al. 2004). Von Voss fasst zusammen, dass demnach etwa vier Prozent aller überwiegend gesunden Säuglinge von ernst zu nehmenden Belastungen und Gefährdungen betroffen sind. Darunter fallen auch Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen bis hin zu Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiken.

Papousek et al. berichten aufgrund ihrer mehr als zehnjährigen Erfahrung in der Münchner Schreiambulanz, dass trotz der enormen Belastungen von Eltern und Kind bis zum maßgeblichen Erstkontakt mehr als neun Monate verstreichen. Hierdurch entstehe eine so hochgradige Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehung, dass diese Zeitspanne nicht vertretbar sei (ebd.).

Die kurzgefasste Präsentation der Metaanalyse von Wittchen und Jacobi bezüglich psychischer Erkrankungen von Erwachsenen in Europa, „Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies“, bietet einen abschließenden Überblick.

Jacobi gibt an, dass mit dieser Studie die Ergebnisse aller vorliegenden landesweiten Studien in Europa das erste Mal systematisch zusammengetragen und ausgewertet wurden (mündliche Mitteilung von Jacobi am 4. 9. 2007). Berücksichtigt wurden die Daten von insgesamt 150 000 Personen und 27 Studien aus 16 europäischen Ländern. „On the basis of meta-

analytic techniques as well as on reanalyses of selected data sets, it is estimated that about 27% (equals 82.7 million; 95% CI: 78.5–87.1) of the adult EU population, 18–65 of age, is or has been affected by at least one mental disorder in the past 12 months.“ (Wittchen & Jacobi 2005, S. 357). In dem ebenfalls von ihnen erstellten Bundes-Gesundheitssurvey 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) für Deutschland beläuft sich der Wert auf 32% (Wittchen & Jacobi 2001).

In Berücksichtigung der relativ hohen Summe an auftretender Komorbidität – etwa ein Drittel wies mehr als eine Erkrankung auf – handelt es sich bei den am häufigsten vorkommenden Erkrankungen um Angststörungen, depressive und somatoforme Störungen sowie Suchterkrankungen. Ansteigende Raten finden sich bei depressiven Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Mit Ausnahme von Psychosen, schweren Depressionen und komplexen komorbiden Mustern erhielten nur 26% aller Betroffenen eine Behandlung. Dieser Wert war in den verschiedenen EU-Ländern von geringfügig unterschiedlicher Ausprägung. So nahm nur etwa eine von vier Personen mit psychischer Erkrankung überhaupt eine professionelle Hilfe in Anspruch, und ein noch geringerer Prozentsatz von etwa 10% fand eine im Groben adäquate Fürsorge durch Medikamente oder Psychotherapie (Wittchen & Jacobi 2005, aus dem Englischen übersetzt von der Verf.). „Even in the more comprehensive health care systems with access even to psychotherapy free of charge, such as Germany (Jacobi et al., 2004 a,b), the situation is not markedly different. Thus we can conclude that across the EU there seems to be substantial degree of unmet needs for treatment.“ (ebd., S. 372)

So ist vorstellbar, dass psychische Störungen und Erkrankungen über die Zeit in einen chronischen Verlauf geraten und darüber hinaus zunehmend Komplikationen aufweisen können.

Der European Brain Council und die ECNP-Arbeitsgruppe (European College of Neuropsychopharmacology) haben gemeinsam für das Jahr 2004 Analysen und Schätzungen bezüglich der durch psychische Erkrankungen angefallenen Kosten für Europa erstellt. Dabei ergab sich eine Summe von über 290 Milliarden, die zu einem sehr großen Teil aus indirekten Kosten besteht. Indirekte Kosten umfassen Ausgaben, die zum Beispiel durch Beschäftigungsverlust oder einen verfrühten Eintritt in den Ruhestand entstehen. Nach Angaben der WHO Europa beliefen sich nach offiziellen Schätzungen die Gesundheitskosten für alle psychischen und verhaltensbezogenen Störungen in Deutschland im Jahr 2002 auf 22,44 Milliarden Euro, wobei 62% auf Frauen entfielen. Darin enthalten waren Kosten für

Depressionen über 4025 Millionen Euro, für Schizophrenie und verwandte Störungen über 2756 Millionen Euro und neurotische Störungen einschließlich Stress über 2825 Millionen Euro. Hier ist ebenfalls der Hinweis zu finden, dass der Großteil der Gesamtausgaben aus indirekten Kosten erwachse (Info-Papier 2005).

3.2 Frauen

In diesem Kapitel werden hervorstechende Einzelaspekte bezüglich der Gesundheit von Frauen aufgezeigt. Dies geschieht im Hinblick auf den nachfolgenden Punkt, der die Thematik der Reproduktion behandelt.

Wittchen und Jacobi geben an, dass Frauen häufiger psychisch krank sind als Männer. Frauen zeigen im Vergleich zu Männern ein erheblich höheres Risiko, an psychischen Störungen wie Angst, Depression und somatoformen Störungen zu erkranken. Weiterhin besteht bei Frauen ein erhöhtes Risiko, komplexe komorbide Störungsmuster zu entwickeln (Wittchen & Jacobi 2005). Bitzer führt an, dass bei Frauen die Lebenszeitprävalenz bezüglich affektiver Störungen etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern (Bitzer in Riecher-Rössler & Bitzer 2005).

Die Erkrankungen treten bei Frauen meist in den gebärfähigen Jahren auf (Wittchen & Jacobi 2005) und können somit negative Auswirkungen auf die Schwangerschaft, auf ihre Neugeborenen und deren weitere Entwicklung haben.

Wurmser führt bereits über 20 Jahre zurückliegende Schätzungen von Norbeck & Tilden (1983) an, die davon ausgehen, dass 25% der Frauen im Verlauf der Schwangerschaft Stress, Ängste oder Depressionen erleben. Hierbei werde die Inzidenz emotionaler Probleme während der Schwangerschaft bei Frauen, die bereits zuvor psychosozial beeinträchtigt waren, mehr als dreimal so hoch geschätzt (Wurmser in Brisch & Hellbrügge 2007).

Aufgrund der gegebenen Informationen ist nachvollziehbar, dass Frauen häufiger als Männer psychotrope Medikamente einnehmen, die deswegen den Namen „frauenspezifische Suchtmittel“ erhalten haben. Bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren handelt es sich hierbei vorrangig um Schmerzmittel und Antidepressiva, ab 30 Jahren mehr um Beruhigungs- und Schlafmittel und ab 40 Jahren eher um Neuroleptika (BMFSFJ 2002). Verschiedene Studien zeigen darüber hinaus, dass bei Frauen die Einnahme

von Medikamenten fast doppelt so häufig ist als bei Männern (Bitzer in Riecher-Rössler & Bitzer 2005).

In Betrachtung weiterer besonderer gesundheitlicher Risiken stehen drei Aspekte im Vordergrund. So kommt Übergewicht bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Hier besteht eine inverse Beziehung zur sozialen Schicht. Je niedriger die Schicht, desto ausgeprägter das Übergewicht (ebd.). Bei jüngeren Frauen ist eine erhebliche Zunahme der Herzinfarkt-morbidität eingetreten, was auch in Verbindung mit dem Zigarettenrauchen gebracht wird. In den vergangenen Jahren nahm der Anteil an Frauen, die rauchen, kontinuierlich zu. So rauchten 1995 20% der westdeutschen und 19,4% der ostdeutschen Frauen (BMFSFJ 2002). Rauchfuß merkt an, dass nach Daten der Süddeutschen Perinatalerhebungen in Deutschland während der Schwangerschaft etwa 16% aller Schwangeren rauchen, obwohl Rauchen während der Schwangerschaft als eine der am einfachsten zu vermeidenden Risikofaktoren erscheint. In Norwegen, Schweden und Großbritannien liegen die Zahlen sogar bei 25 bis 30%. Sie fügt an, dass nach der Stresshypothese Rauchen als ein Verhalten gedeutet wird, das einem Individuum hilft, die Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen. Diese These könne auf das Rauchen während der Schwangerschaft übertragen werden, da diese eine Anpassungsphase mit starken körperlichen sowie psychosozialen Veränderungen darstellt (Rauchfuß 2001). Bitzer nennt als drittes Risiko Bewegungsmangel. Frauen sind zwar körperlich aktiv in ihrem Alltag, treiben jedoch weniger Sport als Männer (Bitzer in Riecher-Rössler & Bitzer 2005).

Ein weiterer Aspekt, der auf die Gesundheit von Frauen und somit stressinduzierend auf Schwangerschaft und Kindererziehung wirken kann, ist der Einfluss von Gewalterfahrungen. 2003 wurden im Rahmen einer Studie zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in einer repräsentativen Gemeindestichprobe 10 000 Frauen in Deutschland über Gewalterfahrungen, Sicherheitsgefühl und über ihre psychosoziale sowie gesundheitliche Situation befragt. Dies wurde mittels eines Interviews face to face über 60 bis 90 Minuten und einem zusätzlichen schriftlichen Selbstausfüller bewerkstelligt. Bei der Untersuchung von sexueller und psychischer Gewalt wurde nur ein mündlicher Fragebogen eingesetzt. Die Ergebnisse ergaben Folgendes: Sexuelle Belästigung unterschiedlichster Art und Ausprägung erlebten 58%, ausschließlich sexuelle Gewalt 13% der Frauen. Körperliche Gewalt, abgefragt in einem sehr breiten Spektrum von leicht bis schwer, gaben 37%, Formen psychischer Gewalt 43% der Befragten an. Körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides unabhängig vom Täter-

Opfer-Kontext bestätigten 40% und Gleiches durch die Hand aktueller oder früherer Beziehungspartner oder -partnerinnen 25% der Frauen. Im europäischen Vergleich zeigt Deutschland in dieser Studie eine mittlere bis hohe Betroffenheit (BMFSFJ 2004).

Einige Autoren geben an, dass, oft überlagert von personalen und akuten Gewalterfahrungen in der Familie oder im Freundeskreis, für junge Frauen bezüglich des Mutterdaseins durch die Unvereinbarkeit von traditionellen Familienorientierungen mit neuen Ansprüchen bezüglich Selbstbestimmung und Selbständigkeit handfeste Rollenkonflikte entstehen (Hurrelmann & Laaser 1993, Diederichs & Olbricht 2002).

Die Verbindung von Beruf und Familie ist die vorherrschende Lebensform bei Frauen. Die Rate liegt in Westdeutschland bei 56%, in Ostdeutschland bei 74%. Untersuchungen zeigen folgenden Hintergrund auf: Weibliche Lebensläufe sind häufig durch Brüche gekennzeichnet. Die Berufstätigkeit wird zugunsten der Kindererziehung unterbrochen. Erwerbsverläufe können nicht erfolgreich und nur mit erheblichen Nachteilen fortgesetzt werden.

Auch bestehen nach wie vor Aspekte sozialer Ungleichheit: Frauen sind häufiger als Männer ohne Berufsausbildung, Frauen besetzen selten Führungspositionen, sie stellen einen großen Anteil an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten, ihre Einkünfte sowie die Altersrenten liegen niedriger, die weibliche Armutsrate liegt höher als die der Männer und alleinerziehende Frauen weisen die höchste Armutsrate auf (BMFSFJ 2002).

In Westdeutschland entscheiden sich insbesondere hoch qualifizierte Frauen öfter gegen Kinder. 86% der Paare in Westdeutschland wünschen sich Modelle der Elternschaft, die beiden Partnern eine Berufstätigkeit ermöglichen. Eine Umsetzung gelingt nur 23% (BMFSFJ 2005).

3.3 Schwangerschaft und Geburt

In der Hinwendung zur Thematik der Reproduktion ist an erster Stelle der Geburtenrückgang zu erwähnen. Die Geburtenziffer lag 1999 in Westdeutschland bei 9,9 und in Ostdeutschland bei 7,0 je 1000 (BMFSFJ 2002). 2003 lag die Geburtenrate Deutschlands im internationalen Vergleich bei 1,3 (BMFSFJ 2005).

Es ist eine kontinuierliche Zunahme der Risikoschwangerschaften zu verzeichnen, obwohl die Gesamtzahl der betreuten Fälle abnimmt. So wird nach Daten der Bundesstelle für Qualitätssicherung (BQS) nur etwa ein

Drittel der Schwangeren als Schwangerschaft ohne dokumentiertes Risiko eingestuft. Hierbei spielen vor allem das steigende Alter der Mütter, Sterilisationstherapien und internistische Erkrankungen eine Rolle (Schneider et al. 2006).

Wie bereits erwähnt, kommen die meisten Kinder in Kliniken zur Welt. Nur in Großstädten wie Hamburg und Berlin ist eine allmähliche Steigerung des Anteils an Frauen, die außerhalb der Klinik entbinden, zu erkennen.

Die Auswertung von Daten zur stationären Morbidität zeigt, dass es häufig in Verbindung mit einer Schwangerschaft zur Klinikeinweisung kommt. Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes nehmen den höchsten Anteil an der stationären Morbidität von Frauen ein (BMFSFJ 2002). Rauchfuß hebt hervor, dass trotz des massiven Einsatzes medizinischer Maßnahmen Schwangerschaftskomplikationen wie zum Beispiel intrauterine fetale Retardierung und Frühgeburtlichkeit nicht gesenkt werden konnten. Die Bayerische Perinatalerhebung weist im Vergleich der Jahre 1987 und 1994 sogar eine Zunahme der Frühgeborenrate vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) von 5,8% auf 7,4% und vor der 32. SSW von 0,9% auf 1,2% auf. Darüber hinaus sind Frühgeburten mit mehr als 60% mit eher ansteigender Tendenz an der perinatalen Mortalität beteiligt (Rauchfuß in Stauber et al. 1999, S. 186).

Die Frühgeburt wird in ihrer Ätiologie als ein multifaktorielles Geschehen beschrieben. Epidemiologischen Studien zufolge liegt der vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft keine einheitliche Ursache zugrunde. Als wesentliche Risiken werden neben mütterlichen Erkrankungen, Infektionen, uterinen und zervikalen Veränderungen sowie fetalen Störungen psychosoziale Faktoren benannt. Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht, niedriges Haushaltseinkommen, bei der Geburt jugendliches (jünger als 18 Jahre) und höheres (älter als 35 Jahre) Lebensalter und Ledigkeit gelten als klassische Risikofaktoren für die Frühgeburtlichkeit (ebd.).

Untersuchungen belegen die große Bedeutung sozialer Faktoren für Verlauf und Ausgang von Schwangerschaften (BMFSFJ 2002).

Übermedikalisierung, Technisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt zeichnen den Klinikalltag. In etwa 80% aller Krankenhausgeburten werden Anästhesie und Analgetika verabreicht. Weiterhin wird bei 20 bis 40% der Geburten Geburtseinleitung und -beschleunigung durch die Gabe von wehenauslösenden Medikamenten (Oxytozin oder Pitozin) praktiziert (Verny & Weintraub 2003).

Im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland wird angegeben, dass Ergebnisse und Entwicklungen im Vergleich mit anderen industrialisierten Staaten zeigen, dass ein geringeres Maß an apparativ-technischer Versorgung und ein nicht pathologisierender Umgang nicht gleichzeitig von einem Anstieg der Mütter- und Säuglingssterblichkeit begleitet ist (BMFSFJ 2002). Emerson fügt an, dass Geburtstraumen weit häufiger auftreten, als gemeinhin angenommen wird. Bei 45% aller Geburten handele es sich um schwere, behandlungsbedürftige Traumata. Weitere 50% könne man als leichte bis mäßige Geburtstraumen bezeichnen (Emerson in Janus & Haibach 1997).

Weiterhin ist es in den letzten Jahren in den meisten Industriestaaten zu einem starken Anstieg der Kaiserschnittgeburten gekommen. Die „WHO Health Data 2005“ stellt diesbezüglich in einer Tabelle die Entwicklung mehrerer Länder gegenüber. Hiervon hat die Autorin auszugsweise drei Länder und die Zahlenangaben für die Jahre 1990, 2000 und 2004 entnommen. Im Jahre 1990 wurden in Deutschland (I) 157 Kaiserschnittentbindungen je 1000 Lebendgeborene, in der Russischen Föderation (II) 67,20 und in Schweden (III) 103,51 durchgeführt. Im Jahre 2000 stieg die Anzahl in (I) auf 208,85, in (II) auf 139,55 und in (III) auf 144,87. Im Jahre 2004 waren es in (I) 259,52, in (II) 161,57 und in (III) 164,69 ((5) 2005, s. Anhang I). In den USA ist die Kaiserschnitttrate von zwei bis drei Prozent in den 1970er Jahren auf 25 Prozent in den 1990er Jahren angestiegen (Verny & Weintraub 2003).

Es wird zwischen primärer und sekundärer Sectio unterschieden. Die primäre Sectio erfolgt, bevor muttermundwirksame Wehen einsetzen und ist somit fast immer eine geplante Operation. Bei einer sekundären Sectio fällt die Entscheidung für den Eingriff erst unter der Geburt. In der niedersächsischen Perinatalerhebung von 2004 setzt sich die Gesamtsectorate von 27,6% aus 13,5% primären und 12,5% sekundären Kaiserschnitten zusammen. Die restlichen 1,6% waren als nicht näher bezeichnet kategorisiert (Lutz & Kolip 2006, S. 31f.).

In der Auswertung der GKK-Kaiserschnittstudie nennen Lutz und Kolip als Ursache für den starken Anstieg Veränderungen in der Geburtshilfe; klinische und ärztliche Faktoren; rechtliche Aspekte; Gründe, die bei den Frauen und ihren Partner liegen sowie gesellschaftliche Ursachen. Eine Zusammenfassung ihrer Ausführungen findet sich im Anhang (s. Anhang II). Sie merken an, dass es entgegen der öffentlichen und teilweise fachwissenschaftlichen Diskussion kein Massenphänomen „Kaiserschnitt auf Wunsch“ gibt. Es seien tatsächlich nur wenige Frauen, die den Kaiserschnitt als Ge-

burtsmodus einer vaginalen Geburt vorziehen. So beläuft sich in der Studie der Anteil der Frauen, die per „Wunschsectio“ entbunden haben, auf nur ca. zwei Prozent. Unstrittig ist nach Forschungsergebnissen von Hildingson (2002) sowie Hellmers und Schücking (2005), dass Angst der entscheidende Faktor für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt ist (ebd.).

Dieses Kapitel soll mit dem folgenden nennenswerten Detailaspekt abgerundet werden. Die erste Regelblutung tritt bei Mädchen im Durchschnitt etwa mit 12,9 Jahren auf. Untersuchungen ergaben, dass die Mädchen meist gut darauf vorbereitet sind, nur ein Drittel von ihnen erlebt die Menarche jedoch als normal und natürlich (BMFSFJ 2002).

3.4 Die Schwangerenvorsorge

Die moderne Geburtshilfe beruht auf der Schwangerenvorsorge. Diese existiert seit 1966 als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Das medizinische Vorsorgekonzept umfasst Information und Beratung sowie Screening, Diagnose und Therapie. Je nach Bedarf werden ergänzende Beratungsinstanzen wie zum Beispiel Sozialdienst, Psychologen oder Drogenberatungsstellen in die Versorgung integriert.

Schneider et al. schildern, dass die Entwicklung der letzten Jahrzehnte eine Erweiterung der Ziele der Schwangerschaftsvorsorge gebracht hat – ausgehend von der Verminderung der mütterlichen und kindlichen Mortalität, hin zu einer Verringerung der mütterlichen Morbidität, der Förderung der ungestörten Entwicklungsfähigkeit des Kindes und der Entwicklung einer verbesserten individuellen Beratung und Betreuung der schwangeren Frau im Hinblick auf die familiäre Zufriedenheit (Schneider et al. 2006).

Rauchfuß hingegen konstatiert, dass die Schwangerenvorsorge von einer ganzheitlichen Herangehensweise noch weit entfernt ist, obwohl die Entwicklung immer neuerer Methoden in Diagnostik und Therapie für die Schwangerenbetreuung viele positive Veränderungen gebracht hat (Rauchfuß in Stauber et al. 1999).

Lutz und Kolip äußern im Rahmen der GKK-Kaiserschnittstudie den Eindruck, dass eine psychosomatische Begleitung der Frauen mit Ängsten durch die ärztliche Schwangerenvorsorge derzeit noch nicht ausreichend geleistet wird. Hier zeige sich eine Lücke in der Versorgung, die bislang nicht geschlossen worden sei (Lutz & Kolip 2006).

De Jong und Cremer bezeichnen die Orientierung der Schwangerenvorsorge darüber hinaus als „risikoorientiert“ und gehen davon aus, dass

durch deren Haltung Risiken erzeugt werden können. Der Mutterpass enthalte mit insgesamt 52 überdurchschnittlich viele Risikokriterien. Deutschland weise im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine auffallend hohe Zahl an Risikoschwangeren auf (De Jong & Cremer 1998). Rauchfuß bestätigt, dass das System von Risikokatalogen die Erwartungen nicht erfüllt hat und sogar zu einer Verunsicherung von Schwangeren führen kann (Rauchfuß 2001). Darüber hinaus kann vermutet werden, dass im Hinblick auf die hohe Zahl der Risikoschwangeren Abrechnungsbedingungen eine Rolle spielen.

Schneider et al. geben an, dass etwa 80% der schwangeren Frauen die Schwangerenvorsorge bereits im ersten Trimenon beanspruchen. Dies stelle einen Anstieg dar. Rund 75% würden die durch die Mutterschaftsrichtlinien festgelegte Anzahl der zehn Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Zusammengenommen ließe dies eine gestiegene Verantwortlichkeit erkennen, doch handle es sich hier vor allem um Frauen mit höherem Bildungsniveau. Problematisch sei hingegen, dass Risikogruppen, d. h. Schwangere, die von sozialen Belastungen betroffen sind, die Vorsorge in geringerem Ausmaß nutzen. Risikogruppen umfassen Frauen mit geringem Ausbildungsniveau (Pflichtschule ohne Abschluss), Familien mit drei oder mehr Kindern, ungeplante Schwangerschaften und Abwesenheit des Kindvaters. Unter Punkt 3,2 wurde beschrieben und auch Schneider weist darauf hin, dass ähnliche Risikofaktorkonstellationen bei Frühgeburt und erhöhter perinataler Sterblichkeit zu finden sind (Schneider et al. 2006).

Simoës et al. nutzten im Rahmen ihrer Studie die Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998–2002. Diese untersuchte bei insgesamt mehr als 470 000 Frauen Häufigkeit und Entwicklung psychosozialer Risikofaktoren und deren Einfluss auf die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge. Defizite bestanden bei Schwangeren mit psychischer und besonderer sozialer Belastung in der Schwangerschaft, bei unverheirateten Frauen und Ausländerinnen. Während bei den beiden zuletzt genannten Gruppen die mangelnde Inanspruchnahme rückläufig war, nahm sie bei den beiden erstgenannten Gruppen 2002 erneut zu (Simoës et al. 2004).

So bedürfe es für diese Zielgruppen einer speziellen Zuwendung, die die Teilnahme an der Schwangerenvorsorge fördert – um für Mutter und Kind die Nachteile der möglicherweise daraus entstehenden Folgen abzuwenden (ebd., Schneider et al. 2006).

4 Aktueller Erkenntnisstand der Pränatalen Psychologie

Unter diesem Punkt werden Forschungsergebnisse der Pränatalen Psychologie vorgestellt, die in vier unterschiedliche Bereiche gegliedert sind. 4.1 stellt Auswirkungen schutzgebender und disregulierender Aspekte des sozialen Netzwerks sowie die Auswirkungen von anhaltendem Stress, Ängsten und Depression der Mutter auf die prä-, peri- und postnatale Entwicklung des Kindes dar. 4.2 befasst sich mit den langfristigen Auswirkungen des Ungewolltseins eines Kindes auf seine Entwicklung, und 4.3 beschäftigt sich mit möglichen Ursachen für die Entwicklung von Gewalt und Kriminalität. Unter 4.4 finden sich Ergebnisse von Studien bezogen auf unterschiedliche Formen von Intervention während der Schwangerschaft. Es werden traditionelle Formen der Schwangerenfürsorge sowie innovative Ansätze mit salutogener Ausrichtung und psychosozialer Bezogenheit betrachtet.

4.1 Auswirkungen außergewöhnlicher Stressbelastungen

Punkt 4.1.1 ist auf eine Beschreibung der sozialen Umgebung der Mutter gerichtet, während unter Punkt 4.1.2 eher die Befindlichkeit der Mutter den Ausgangspunkt der Betrachtung bildet.

4.1.1 Das soziale Netzwerk

Rauchfuß führt aus, dass die Schwangerschaft eine seelische Ausnahmesituation im Leben einer Frau darstellt und mit einer Vielzahl an Veränderungen assoziiert ist. Von der Schwangeren sei eine Adaptationsleistung nicht nur im somatischen, sondern auch im psychosozialen Bereich gefordert (Rauchfuß 2005).

Wie unter Punkt 4.1.2 noch aufgezeigt werden wird, steigt bei erhöhter Stressbelastung der schwangeren Frau das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen. Anhand einer Studie von Herrera et al. (1988) gibt Rauchfuß an, dass bei Hinzukommen von inadäquater sozialer Unterstützung dieses Risiko um das Doppelte anwächst (ebd.).

Sie präsentiert eine eigene umfassende prospektive Studie zu Komplikationen in der Schwangerschaft, die an der Charite in Berlin durchgeführt wurde. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf lebensgeschichtlichen Daten, Stressverarbeitungs- und Persönlichkeitsvariablen sowie schwangerschaftsbezogenen Einstellungen und Ängsten. In Bezug auf das soziale Netzwerk fand die Beziehung zum Vater des werdenden Kindes besondere Beachtung. Diese Daten wurden von 589 schwangeren Frauen im Zeitraum der 16. bis 22. Schwangerschaftswoche erhoben. Später wurden von 508 Einlingsschwangeren Daten zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf aus den medizinischen Unterlagen entnommen. In der Auswertung erwiesen sich allgemeine Ängstlichkeit, Schwangerschaftsängste, sowie die Qualität der Paarbeziehung als wesentlich bestimmende Faktoren für den Schwangerschaftsausgang. Hinsichtlich der Qualität der Beziehung wurden verschiedene Kategorien von Partnerschaften gebildet. Die wesentlichen Grundzüge der Kategorie „ideale Partnerschaft“ waren: Während der Beziehung noch nie an Trennung gedacht haben, in einem gemeinsamen Haushalt leben, sich in der Beziehung glücklich oder sehr glücklich und sich von keinerlei Verhaltensweisen des Mannes belastet fühlen. 115 Frauen wiesen eine solche Partnerschaft auf. Das Ergebnis der Studie ergab, dass Frauen in einer „idealen Partnerschaft“ mit 2,6% eine signifikant niedrigere Frühgeborenenrate im Vergleich zu den übrigen Schwangeren der Untersuchungsgruppe (8,3%) aufwiesen (Rauchfuß 2005).

Eine Studie von Huttunen und Niskanen von 1987 aus Finnland zeigt auf indirekte Weise ebenso den schutzgebenden Einfluss der Anwesenheit des Vaters auf den emotionalen Zustand der Mutter insbesondere während der Schwangerschaft. Eine Gruppe von 167 Kindern, deren Väter vor ihrer Geburt starben, wurde mit einer Gruppe von 168 Kindern verglichen, deren Väter während ihres ersten Lebensjahres zu Tode kamen. Die meisten Väter ließen ihr Leben im zweiten Weltkrieg. Die Untersuchungsgruppen wiesen ein vergleichbares Alter und Zugehörigkeit zu vergleichbaren Gesellschaftsklassen auf. Alle Kinder wuchsen ohne Väter auf. Die Forscher folgten den 335 untersuchten Personen über 35 Jahre hinweg durch Einsichtnahme in medizinische Aufzeichnungen. Im Ergebnis der Studie litten nur diejenigen Kinder, die ihren Vater noch während der Gestation verloren, an einer erhöhten Gefahr, geisteskrank, alkoholkrank oder kriminell zu werden (Huttunen & Niskanen 1978).

Rieger fasst zusammen, dass psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft gemäß der Studien von Copper et al. (1996) und Dole et al. (2003) das Risiko für eine Frühgeburt und gemäß der Studien von Glynn

et al. (2001) das Risiko für ein geringeres Geburtsgewicht erhöhen (Rieger 2005).

Eine katamnestische Erhebung der Münchner Spezialambulanz, durchgeführt mit Familien mit exzessiv schreienden Säuglingen im Vergleich zu Kontrollfamilien ohne Schreiproblem 30 Monate postpartum, ergab eine Kennzeichnung der Familien mit Schreibabys durch „einen hohen Anteil persistierender und pervasiver Regulationsprobleme, multiple prä- und postnatale Belastungen, erhebliche psychische Beeinträchtigungen der Mütter sowie durch erheblich belastete Mutter-Kind-Beziehungen.“ (Papousek et al. 2004, S. 318f.)

In repräsentativen Stichproben ist das Schreiproblem häufig auf die ersten drei bis vier Lebensmonate begrenzt, und die betroffenen Familien sind überwiegend nur gering belastet (ebd). Wolke et al. (2002) hingegen präsentieren eine der wenigen Langzeitstudien, die mittels einer klinischen Stichprobe die Kinder nachuntersuchte. Sie berichten, dass ehemals exzessiv schreiende Kinder im Alter zwischen acht und zehn Jahren verglichen mit einer Kontrollgruppe häufiger klinisch relevante Störungen im Bereich von Hyperaktivität und Sozialverhalten aufwiesen (ebd.).

4.1.2 Stress, Angst und Depression der Schwangeren

Rieger schreibt, dass Sontag (1941) erstmals über den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung in der Schwangerschaft und dem Entstehen frühkindlichen Problemverhaltens berichtet hat. Weitere Veröffentlichungen über den Zusammenhang zwischen Stressbelastungen in der Schwangerschaft und kindlichen Auffälligkeiten seien in den 1950er Jahren gefolgt, doch habe es sich dabei meist um retrospektive Befragungen gehandelt. In Tierstudien sei bis heute der negative Einfluss pränataler Stressbelastung und assoziierter Wirkmechanismen gut dokumentiert, im Humanbereich jedoch seien noch viele Fragen offen (Rieger 2005).

Krens und Krens berichten, dass die Studien im Feld der negativen mütterlichen Emotionalität während der Schwangerschaft und der neurobehavioralen Entwicklung des Kindes erhebliche Mängel unterschiedlicher Art aufwiesen, bis in den letzten zwanzig Jahren die Forschung zunehmend multi- und interdisziplinär wurde. Technische, methodologische und konzeptuelle Fortschritte würden inzwischen die Untersuchung der mütterlich-fetalen Psychophysiologie und der neurobehavioralen Entwicklung des Menschen ermöglichen (Krens & Krens 2005).

Krens und Krens stellen ein heuristisches Modell von Van den Bergh vor, welches die in der Literatur beschriebenen Ergebnisse integriert und in drei Forschungsbereiche zusammenfasst. Aus diesen werden in der Folge Auszüge vorgestellt:

Im ersten Forschungsbereich deuten die Belege darauf hin, dass mütterliche Angst, Stress oder Depression mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie einer erhöhten Frühgeburtsrate und einem niedrigeren Geburtsgewicht in Zusammenhang stehen. Nach Lou et al. (1994) erfolgen aufgrund von Rauchen ähnliche Auswirkungen. Frühgeburt und niedriges Geburtsgewicht sind – wie bereits beschrieben – wichtige Ursachen für Neugeborenensterblichkeit, für Krankheiten bei Säuglingen und Kleinkindern sowie für Entwicklungsretardierungen und Verhaltensprobleme bei älteren Kindern (ebd.).

Der zweite Forschungsbereich bezieht sich auf den Fötus und seine Reaktionen. „Angst und Stress (der Mutter, Anm. der Verf.) korrelieren mit der fetalen Herzschlagrate, der Herzschlagvariabilität, mit Bewegungen und Verhaltenszuständen (zum Beispiel DiPietro et al. 2002; DiPietro et al. 2003; Groome et al. 1995; Van den Bergh et al. 1989a; Van den Bergh 1992; Monk et al. 2000, 2003) und verändern das fetale Lernen (...). Mütterliche Depression ist mit einem höheren fetalen Aktivitätsspiegel verbunden (Diego et al. 2003; Field et al. 2001). Die Studie von Gitau et al. (1998) zeigt, dass der pränatale mütterliche Cortisolspiegel mit dem fetalen Cortisolspiegel korreliert.“ (Krens & Krens 2005, S. 97f.)

Die folgenden zwei Studien lassen sich dem dritten Forschungsbericht zuordnen, der sich auf die neurobehaviorale Entwicklung des Kindes nach der Geburt bezieht. „Ergebnisse der groß angelegten Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC, n = 6493) zeigen, dass ein hohes mütterliches Angstniveau in der 32. Woche das Risiko für emotionale und Verhaltensprobleme im Alter von 47 und 81 Monaten sowohl bei Jungen als auch Mädchen verdoppelten; (...).“ (ebd., S. 99) OConnor et al. führten 2002 eine Stichprobe an mehr als 7000 schwangeren Frauen mit Angst und Depression und ihren Säuglingen mittels Erhebungen zweimal während der Schwangerschaft und viermal nach der Geburt bis einschließlich des 33. Monats durch. Im Alter von 47 Monaten wurden das Verhalten und die emotionalen Probleme der Kinder mit Hilfe von Elternberichten überprüft. „Es fanden sich Korrelationen zwischen der pränatalen mütterlichen Angst in der 32. Schwangerschaftswoche und Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit bei Jungen, emotionalen Problemen bei Jungen und Mädchen und Störung des Sozialverhaltens bei Mädchen.“ (Krens & Krens 2005, S. 92)

Huizink weist darauf hin, dass in diesen Studien Stress unterschiedlich definiert und dessen empirische Evidenz an Menschen eher begrenzt ist (ebd.). Rieger fügt hinzu, dass viele Studien besonders in der Operationalisierung der Stressbelastung methodische Mängel aufweisen (Rieger 2005).

Wurmser präsentiert eine Zusammenfassung von Ergebnissen aus Studien zum Einfluss des psychischen Befindens der Mutter in der Schwangerschaft auf die Entwicklung ihres Kindes. Hier finden sich Belege, dass psychosoziale Stressbelastung und Zustandsangst („transienter, situationsabhängiger Zustand der emotionalen Anspannung, Besorgtheit und Nervosität“, Wurmser in Brisch & Hellbrügge 2007, S.135) der Mutter in der Schwangerschaft zu vermindertem Geburtsgewicht oder zu disproportionaler Körperentwicklung führten.

Wurmser stellt heraus, dass die vorliegenden Befunde aus Tierexperimenten sowie die wenigen Untersuchungen im Humanbereich auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der pränatalen psychischen Belastung der Mutter und einer Beeinträchtigung der emotional-behavioralen Entwicklung des Kindes hinweisen. Nicht nur Verhaltensprobleme, sondern auch andere kindliche Merkmale seien mit der psychischen Verfassung der Schwangeren assoziiert. So hätten Field et al. (1985) in einer Prospektivstudie Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der pränatalen Angst der Mutter und einer erhöhten Erregbarkeit sowie verminderter Selbstregulationsfähigkeit des Neugeborenen gefunden (ebd.).

Wurmser präsentiert eine eigene Prospektivstudie mit 86 Schwangeren zum Zusammenhang zwischen der pränatalen Stressbelastung der Mutter und der kindlichen Verhaltensregulation im Verlauf des ersten Lebenshalbjahres. Als Ausschlusskriterien galten medizinische Risikofaktoren und psychiatrische Erkrankungen der Mutter. Das mittlere Gestationsalter betrug bei der Eingangsuntersuchung $18,3 \pm 6,8$ Wochen. Die Frauen waren im Mittel $31,5 \pm 5,3$ Jahre alt.

Von den Müttern wurden Fragebögen zu kritischen Lebensereignissen (LES – Life Experiences Survey) ausgefüllt, deren Auswertung zu einer Einteilung in zwei Gruppen, nämlich hohe LES (+) versus niedrige LES (–) pränatale Stressbelastung führte. 66 Neugeborene wurden 14 Tage nach der Geburt zur Erfassung von Aspekten der Reaktivität und Selbstregulationsfähigkeit getestet. Weiterhin wurde für 54 Säuglinge sechs Wochen, drei und sechs Monate postpartum ein Protokoll zu Schrei- und Unruheepisoden sowie zu Schlaf-, Wach- und Fütterzeiten erstellt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Neugeborenen der Gruppe LES (+) drei Monate

postpartum signifikant höhere Werte auf dem Cluster Reaktivität erzielen. Dies betraf alle vier Skalen: Maximales Erregungsniveau, Geschwindigkeit der Erregungszunahme, Irritabilität und Labilität der Verhaltenszustände. Darüber hinaus zeigten diese Säuglinge zu allen Messzeitpunkten eine längere Schrei- und Unruhedauer mit besonderer Ausprägung im dritten und sechsten Monat. Signifikante Gruppenunterschiede fanden sich in der Skala „Tröstbarkeit“ und „Selbstberuhigung“. Drei Monate postpartum wiesen die Säuglinge der Gruppe LES (+) bezüglich der Temperamentsmerkmale „Unbehagen bei Einschränkung“ und „Ängstlichkeit“ signifikant höhere Werte als die Säuglinge der Gruppe LES (-) auf. Sechs Monate postpartum waren die Werte für „Beruhigbarkeit“ in der Gruppe LES (+) auch signifikant geringer (Wurmser in Brisch & Hellbrügge 2007).

Rieger fügt bestätigend hinzu, dass nach Papousek und von Hofacker (1995, 1998) Regulationsstörungen, nach Linnet et al. (2003) Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen und nach Buitelaaret et al. (2003) und Huizink et al. (2002) ein schwieriges Temperament des Kindes mit besonderen psychischen Belastungen der Schwangeren in Verbindung gebracht werden (Rieger 2005).

Janus merkt an, dass der Stand der Forschung im Zusammenlauf der Ergebnisse aus den verschiedenen Bereichen sehr beachtlich ist. Die Differenzierung und Einsortierung der Forschungsergebnisse stehe jedoch ganz am Anfang, und eine Integration in die Wissenschaftsgebiete sei noch nicht erfolgt (Janus 2005).

4.2 Ungewollte Schwangerschaften

Die Erkenntnisse von Studien zur Ungewolltheit von Kindern zeigen eindrücklich, wie sich die Einstellung der Mutter auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann.

Dem Salzburger Entwicklungspsychologen Rottmann (1974) gelang es nachzuweisen, dass Neugeborene umso belasteter waren, je konfliktreicher, ambivalenter und ablehnender die Mütter sich in Bezug auf ihr ungeborenes Kind verhielten. In der Untersuchungsgruppe der bewusst und unbewusst abgelehnten Kinder traten die längsten Geburten auf, und die Zahl der Geburtskomplikationen war am höchsten. Die Neugeborenen hingegen, die von ihren Müttern bewusst und unbewusst akzeptiert worden waren, erlebten die kürzesten Geburten und die wenigsten Komplikationen. Darüber hinaus waren sie am ausgeglichsten (Rottmann in Graber 1974).

In der Literatur wird häufig die Prager Langzeitstudie zitiert, welche die Auswirkungen von ungewollten Schwangerschaften über einen Zeitraum von 20 Jahren aufzeigt und dabei psychosoziale Aspekte untersucht (Fedor-Freybergh 1987, Häsing & Janus 1994, Levend & Janus 2000, Odent 2004).

Gegenstand der Forschung war eine Gruppe von 220 Kindern, zusammengesetzt aus 110 Mädchen und 110 Jungen, die zwischen 1961 und 1963 in Prag geboren wurden. Deren Mütter hatten zweifach Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung gestellt, welcher sowohl von der Bezirks- als auch von der Kreisberufungs-Interruptionskommission abgelehnt worden war. Dieser Untersuchungsgruppe wurde eine Kontrollgruppe mit der gleichen Anzahl von Kindern gegenübergestellt, deren Empfängnis geplant oder zumindest akzeptiert war. In den beiden Gruppen gab es keine Unterschiede in Bezug auf das Geburtsgewicht der Kinder, das Auftreten von Missbildungen, vorzeitige Geburten, Geburtskomplikationen oder andere Anzeichen einer vorgeburtlichen Not der Frucht.

Die ersten signifikanten Unterschiede ergaben sich nach der Geburt, beim Stillen. Die unerwünschten Kinder wurden durchschnittlich bedeutend kürzer, eine signifikant größere Zahl wurde überhaupt nicht gestillt. Das körperliche Wachstum hingegen verlief in Übereinstimmung mit den Prager Normen. Bei den unerwünschten Kindern war jedoch mit drei, sechs und neun Jahren konsistent ein leichtes Übergewicht festzustellen.

Nächste signifikante Unterschiede zeigten sich in der zweiten Forschungsphase beim Schulbesuch: Die abgelehnten Kinder schnitten in der Regel in allen Schulfächern schlechter ab, sie gingen nicht gern zur Schule, wurden von den Mitschülern oft abgewiesen (Matejcek et al. in Fedor-Freybergh 1987). In ihrem Sozialverhalten zeigten sie wenig Gewissenhaftigkeit, eine hohe Reizbarkeit und die Neigung zu unkontrollierten Wutausbrüchen. Die Abweichungen im Verhalten waren auch 15 Jahre später erkennbar oder noch deutlicher. Die Messung der Intelligenz mittels eines Standardtests im Alter von neun Jahren bewegte sich bei beiden Gruppen im Bereich des besseren Durchschnitts, es bestand diesbezüglich zwischen beiden Gruppen praktisch kein Unterschied.

Die dritte Forschungsphase hatte das Erwachsenenalter zum Objekt. In Beziehung zur Kontrollgruppe wiesen die unerwünschten Kinder folgende Merkmale auf: Die Inanspruchnahme von Behandlungen wegen Alkoholismus war fast doppelt so hoch, ebenso die Strafregister für niedrigere Straftaten. Bei schwerwiegenden Straftaten erhöhte sich der Unterschied fast auf das Dreifache. Ehemals unerwünschte Kinder gaben bedeutend häufiger an,

wiederholt Enttäuschungen in Liebesbeziehungen erlebt zu haben, sie hatten durchschnittlich häufiger wechselnde Sexualpartner. Nur etwa 8,7% (in der Kontrollgruppe 31,1%) bewerteten ihr Leben als insgesamt positiv. Weitere zur Ehe gestellte Fragen brachten das Ergebnis, dass die Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften ihre Ehe signifikant häufiger als weniger glücklich bewerteten. „Könnte man die Ereignisse zurückdrehen, so würden sie heute bedeutend weniger überhaupt, resp. ihren jetzigen Partner heiraten (...). Dabei meinen sie öfter (...), dass sie es sind, die nicht alles Nötige zum Erhalt ihrer Ehe oder gerade das, was zum Zerfall ihrer Ehe führen könnte, tun.“ (ebd., S. 84)

Matejcek et al. schlussfolgern, dass es in der Gruppe der unerwünschten Kinder während des untersuchten Entwicklungszeitraums offensichtlich signifikant mehr Personen gab, die eine kleinere Chance hatten, gesunde und hinreichend befriedigende Beziehungen zu den Menschen ihrer engsten sozialen Umgebung zu formen. In Betrachtung dieses Ergebnisses meinen die Autoren in ihrer Studie eine Stütze für die Annahme zu finden, dass es sich hier nicht um die Folgen physischer Entbehrungen des Fötus im pränatalen Stadium handelt, sondern um Folgen der negativen Einstellung der Mutter zur Existenz des Kindes. So schließen sie: „Wir können zwar nicht beweisen, wie sich diese negative Einstellung pränatal in die Psychik des Kindes projiziert – postnatal können wir ihre Auswirkung jedoch von der Stillzeit bis zur mangelnden emotionalen Reife im frühen Erwachsenenalter verfolgen.“ (Matejcek et al. 1987, S. 86)

Bei der systematischen Durchsicht der Listung von 670 Studien in der Datenbank des Londoner Primal Health Research Centre (www.birthworks.org/primal-health) von Odent fand sich die Studie der Schweden Forssmann und Thuwe aus den 1950er Jahren, die die Prager Langzeitstudie zu bestätigen scheint. Sie untersuchten die Lebensgeschichte von Kindern unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten, deren Mütter erfolglos eine Abtreibung beantragt hatten. Die Lebensläufe von 240 Personen wurden bis zum Alter von 21 Jahren und anschließend bis zum Alter von 35 Jahren verfolgt. Das Hauptergebnis bestand darin, dass die Kontaktfähigkeit in der Gruppe, deren Mütter erfolglos eine Abtreibung beantragt hatten, geringer ausgeprägt war. Das konnte auch noch im Alter von 35 Jahren nachgewiesen werden (Forssmann & Thuwe 1981).

Raffai stellt zur gleichen Thematik eine Studie von Brezinka (1994) aus Österreich vor. Hierin wird über 27 Frauen informiert, die ihre Schwangerschaft erst zur Kenntnis genommen hatten, als die Wehen einsetzten. In vier Fällen stellte man fötalen Tod, in einem Fall fötale Retardation, in drei

Fällen Frühgeburt und in einem Fall den Tod des Neugeborenen fest (Raffai 1999).

Die bereits etwas ältere amerikanische Statistik des U.S. Department of Health and Human Services zeigt auf, dass in den Jahren 1973 bis 1988 35% (5,8 Millionen) der gemeldeten Geburten ungewollt waren. Davon wiederum waren 30 Prozent ausdrücklich unerwünscht und 70 Prozent ungeplant, d. h., die Kinder kamen zu einem nicht erwünschten Zeitpunkt auf die Welt. Der Anteil der eindeutig ungewünschten Kinder fand sich bei den einkommensschwachen Frauen mit 75% (Häsing & Janus 1994). Diese Werte lassen sich möglicherweise nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen, vermitteln jedoch für die Verhältnisse der modernen Industrienationen eine gewisse Vorstellung für die Problemzusammenhänge.

Im Hinblick auf unbeabsichtigte Schwangerschaften berichten Renneberg und Hammelstein, dass diesbezügliche Determinanten wesentlich weniger systematisch untersucht worden sind als beispielsweise das sexuelle Risikoverhalten im Zusammenhang mit HIV. Nach Roloff (2004), der repräsentative Befragungen zu dem Thema durchführte, tragen 78% der befragten Frauen aus den alten Bundesländern und 57% aus den neuen Bundesländern das Kind im Falle einer unbeabsichtigten Schwangerschaft vermutlich aus und behalten es. Faghihzadeh et al. (2003) gehen davon aus, dass die Zahl jährlicher unbeabsichtigter Schwangerschaften weit über der Zahl der jährlichen Schwangerschaftsabbrüche liegt. Schätzungen hätten ergeben, dass etwa jede dritte Schwangerschaft unbeabsichtigt sei (Renneberg & Hammelstein 2006).

4.3 Entwicklung von Gewalt und Kriminalität

Das Forschungsprogramm der University of Southern California ist ausgerichtet auf Wirkmechanismen und Abläufe des Gehirns, die für Psychopathologie, Verbrechen und Gewalt anfällig machen.

Raine et al. untersuchten das Zusammenwirken von Geburtskomplikationen und mütterlicher Zurückweisung – „biosocial interaction“ – in früher Kindheit und fanden, dass Personen, die beide Variablen in einer spezifischen Kombination erlebten, im Erwachsenenalter höchst wahrscheinlich gewalttätige Straftaten begehen. Dieser Effekt stand insbesondere in Verbindung mit Gewalt und wurde nicht bei nicht gewalttätiger Straftat beobachtet. Bei der ersten Durchführung der Studie betrug das Alter der herangewachsenen untersuchten Personen achtzehn Jahre. 1994, in

einem zweiten Durchgang, dehnten Raine et al. die Studie auf das Alter von 34 Jahren aus, woraufhin sich die Zahl der Gewaltstraftäter verdreifachte. Diese Studie soll hier vorgestellt werden.

Ausgewählt wurden 4269 männliche Personen, die im State University Hospital in Kopenhagen von 1959 bis 1961 Geburtskomplikationen durchliefen, im ersten Lebensjahr mütterliche Zurückweisung erfuhren sowie den Tatbestand einer kriminellen Straftäterschaft im Alter von 34 Jahren aufwiesen. Es wurden nur männliche Personen einbezogen, weil die Rate bezüglich der gewalttätigen Kriminalität bei Frauen außerordentlich niedrig war. Die Geburtskomplikationen umfassten Zangengeburt, Entbindung aus der Steißblage, Nabelschnurvorfal, Präeklampsie bei Entbindung und lange Geburtsdauer. Die Kriterien der mütterlichen Zurückweisung umfingen ungewollte Schwangerschaft, Weggabe des Kindes in öffentliche institutionelle Fürsorge für zumindest vier Monate im ersten Lebensjahr und Abtreibungsversuch. Familiäre, psychosoziale und sozioökonomische Daten wurden einmal während der Schwangerschaft festgestellt und ein zweites Mal, als die Kinder ein Jahr alt waren. Der kriminelle Status wurde für das Alter von 33–35 Jahren mit Hilfe der Angaben des Danish National Criminal Register erhoben, welches als eines der akkuratesten in der westlichen Welt gilt. Die gewalttätige Straftat fasste die Kategorien Mord, Mordversuch, Körperverletzung, Vergewaltigung, bewaffneter Überfall, illegaler Waffenbesitz und Gewaltandrohung. Zu den nicht gewalttätigen Verbrechen zählte Diebstahl, Einbruch, Betrug, Fälschung, Erpressung, Unterschlagung, Vandalismus, Prostitution, Zuhälterschaft und Rauschgifthandel.

Im ersten, originalen Studienverlauf wurden 145 (3,4%) Personen als gewalttätig kriminell klassifiziert, 540 (12,6%) als nicht gewalttätig kriminell und 3584 (84,4%) als nicht kriminell. Der zweite Durchlauf, die Erweiterung der Studie auf das Untersuchungsalters von 35 Jahren, ergab eine Klassifikation von 466 (10,9%) Personen, die gewalttätig kriminell; 844 (19,8%), die nicht gewalttätig kriminell und 2959 (69,3%), die nicht kriminell geworden waren. In beiden Studien wurde die gleiche statistische Prozedur verwandt.

Die Autoren geben an, dass bei einer Wechselwirkung von Geburtskomplikationen und früher Zurückweisung des Kindes bis zum Alter von einem Jahr eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass im Alter von 34 Jahren Gewalttaten begangen werden. Dieser Zusammenhang zeige sich in der Auswertung als hochgradig signifikant.

Für eine differenzierende Teilanalyse trafen Raine et al. eine dreiteilige Unterscheidung bezüglich des Ausmaßes der Gewalttätigkeit: Kategorie eins

umfasst Raub, Vergewaltigung oder Mord; Kategorie zwei Körperverletzung und häusliche Gewalt; Kategorie drei die Androhung von Gewalt oder illegalen Besitz von Waffen. Die Wechselwirkung der ersten und der zweiten Kategorie mit Geburtskomplikation und mütterlicher Zurückweisung zeigte sich als signifikant. Im Hinblick auf die dritte Kategorie hingegen erwies sich der Interaktionseffekt ohne nennenswerte Signifikanz.

In einer weiteren Untersuchung wurden die Personen eingeteilt in diejenigen, die früh, nämlich vor dem Alter von achtzehn Jahren, Gewalttätigkeit zeigten und solche, die spät, d.h. erst danach auffällig wurden. In einem ersten Schritt wurden die früh beginnenden Gewalttäter mit allen anderen verglichen. In einem zweiten Schritt wurden die später beginnenden Gewalttäter mit dem Rest der Stichprobe nach Ausschluss der früh beginnenden Gewalttäter verglichen. Diese Analyse zeigte eine deutliche Signifikanz bei einer Wechselwirkung von Geburtskomplikationen und mütterlicher Zurückweisung in Verbindung mit einer Vorhersage von Gewaltentwicklung mit Beginn vor dem Alter von achtzehn Jahren.

Im Hinblick auf den Aspekt der mütterlichen Zurückweisung erwies sich die Institutionalisierung des Kindes im Zusammenwirken mit Geburtskomplikation für eine Anfälligkeit zu Gewaltentwicklung im Erwachsenenalter als signifikant erhöht. In gleicher Weise verhielt es sich mit dem Abtreibungsversuch. Die Interaktion von Ungewolltsein der Schwangerschaft und Geburtskomplikation zeigte sich hingegen als nicht signifikant. Dies veranlasste Raine et al. zu der Annahme, dass die Mütter sich entgegen der anfänglichen Ablehnung des Kindes schließlich doch in eine Akzeptanz zu der Schwangerschaft eingefunden hatten.

In der abschließenden Diskussion der Studie bemerken Raine et al., dass – sollte der „biosoziale Effekt“ tatsächlich ursächlich mit Gewaltentwicklung in Verbindung zu bringen sein – ein Bereitstellen prä- und perinataler Gesundheitsbegleitung für bedürftige Mütter helfen könnte, Geburtskomplikationen und somit Gewaltentwicklung zu vermindern. Alternativ könnten Interventionen Geburtskomplikationen herabsetzen, die sich über die Einwirkung auf Psychosoziales mit Absicht der Minderung früher mütterlicher Zurückweisung ausgleichend auf das biosoziale Gleichgewicht auswirken. Interventionen, die beide Quellen der biosozialen Interaktion angehen, könnten höchst wahrscheinlich Erfolg haben, die Gewaltentwicklung in der nächsten Generation zu reduzieren. Darüber hinaus würden die Ergebnisse der Studie anzeigen, dass Interventionen eher vor der Geburt statt später in Kindheit oder Jugend eingesetzt werden sollten, damit ein

maximaler Erfolg erreicht werden könne (Raine et al. 1997, aus dem Amerikanischen übersetzt von der Verf.).

Das nachfolgend wörtlich niedergeschriebene Gesprächsprotokoll aus dem Feld der Psychotherapie zeigt ein Beispiel für das Zusammenwirken von Schwangerschaft unter hochgradiger Stressbelastung, äußerer Gewalt einwirkung auf die Mutter und eingetretener Geburtskomplikation. Das betroffene Kind beging als siebzehnjähriger Jugendlicher eine schwerwiegende kriminelle Gewalttat.

Es handelt sich um die Geschichte einer siebzehnjährigen Schwangeren, deren Vater den Kindsvater ablehnte und mit Nachdruck und unter Einsatz von Gewalt verhinderte, dass sie diesen traf oder gar heiratete. Die junge Frau berichtet: „Im dritten Monat meiner Schwangerschaft mit Anton wollte ich heiraten. Als mein Vater dies erfuhr (...) wurde er fürchterlich wütend und schlug auf mich ein. (...) ... Seit dem Tag, (...), hatte ich keine ruhige Minute mehr. Wenn ich abends später nach Hause kam und er merkte, daß ich mich mit dem Vater von Anton getroffen hatte, konnte ich die ganze Nacht nicht mehr schlafen, so hat er mich beschimpft und geschlagen. (...). Damals habe ich auch versucht, mir das Leben zu nehmen, aber ich fand dann doch nicht den Mut dazu, weil ich an mein Kind dachte ... In der Zeit bis zur Geburt wurde ich so nervös, daß ich bei der geringsten Kleinigkeit zu heulen begann ... Es kam schließlich so weit, daß mich Antons Vater auch nicht mehr mochte, (...) ... Die Geburt von Anton war mein schlimmstes Erlebnis. Als Anton auf die Welt kam, war sein linker Arm gelähmt ... Beim Stillen habe ich ständig geweint, so dass Anton daraufhin ebenfalls heulte. Anton war viel krank, er war zappelig, nervös und sehr schreckhaft ... Meine beiden anderen Kinder sind ganz anders. Bei denen hat es auch während der Schwangerschaft keine unliebsamen Ereignisse gegeben. Heute meine ich, dass die Schwangerschaft die wichtigste Zeit im Leben eines Kindes ist. Anton hat ein gutes Gemüt, er wollte keinen Mord begehen, er kann nichts dafür, dass er so ist.“ (vgl. Gareis & Wiesnet 1974, S. 16f., zitiert in Janus 2000, S. 191) Anton war im Schulalter durch unberechenbare Handlungen von Selbstbeschädigung bis zur massiven Aggression aufgefallen. Im Alter von siebzehn Jahren beging er einen Mord an einem sechzehnjährigen Mädchen, das er auf höchst grausame Weise tötete (ebd.).

4.4 Wirkungsweise salutogenetisch orientierter vorgeburtlicher Begleitung und Intervention

4.4.1 Ärztliche Begleitung

Rockenschaub ist ärztlicher Geburtshelfer und beschreibt seine Einstellung, die sich während 60 Jahren beruflicher Erfahrung entwickelt hat. Er war Direktor der Ignaz-Semmelweis-Klinik in Wien. Dort fand in der Ausübung der Geburtshilfe eine salutogenetisch orientierte Begleitung und Beratung der Schwangeren mit der Ausrichtung auf die Ermöglichung einer natürlichen Geburt zusammen.

Rockenschaub betont, dass die Geburt ein natürliches Ereignis ist, das Kraft und Verständnis braucht. Die Kraft habe die Frau, jedoch nicht immer ein ausreichendes Wissen über den Geburtsverlauf. So müsse man der Schwangeren und Gebärenden alle Aspekte so erklären, dass es ihr selbstverständlich werde und sie in der Folge jede falsche Angst ablege. Wenn dies gelinge, sei auch das Schmerzproblem gelöst. In dieser Hinsicht sei die Geburtshilfe ein Lehrproblem, ein Problem der Didaktik. Das Handicap hingegen stelle die moderne Geburtsmedizin dar, die Geburt und Schwangerschaft zur Risikoaffäre mache (Rockenschaub 2005). So sagt er: „Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht!“ (ebd., S. 33)

Die Sectiorate in der Ignaz-Semmelweis-Klinik lag während Rockenschaubs Leitung bei 1%. Nach der Ursache befragt, beschreibt er verschiedene Nachteile und negative Folgewirkungen der Kaiserschnittentbindung. Aus diesen Gründen habe er soweit als möglich einer natürlichen Geburt immer den Vorzug gegeben (Rockenschaub 2005).

Linder entwickelte die „Ermutigende Schwangerschaftsvorsorge“, eine integrative Verbindung von Geburtshilfe und Psychotherapie in freier Praxis.

Die drohende Frühgeburt betrachtet er als Gesamtheit körperlicher und seelischer Vorgänge. Bei der Schwangeren könnten Spannungen auftreten, die entweder mit den äußeren Beziehungen oder dem inneren Gefühls-erleben zu tun haben. Genau dort, wo sie entstehen, könnten sie auch gelöst werden. Weiterhin bestünde die Möglichkeit, beispielsweise über das Bescheinigen von Arbeitsunfähigkeit oder der Verordnung einer Haushaltshilfe Entlastung zu verschaffen. Solche Maßnahmen würden der Schwangeren über die Schonung hinaus die Gelegenheit geben, in sich hinein-zuspüren, wahrzunehmen und zu verändern.

Linder behandelt ungefähr 100 Schwangere jährlich, wovon etwa 50 mindestens einmal während der Schwangerschaft Tendenzen zur Frühgeburt zeigen. In den letzten acht Jahren kam es zu sieben weniger gravierenden Frühgeburten in der 36./37. und vier weiteren vor der 36. Schwangerschaftswoche. Zwei davon waren der anfänglichen Entwicklungszeit des Modells zuzurechnen, zwei weitere betrafen eine Patientin, mit der ernste sprachliche Verständigungsprobleme aufgetreten waren. In zwei Fällen kam es zu einer stationären Einweisung (Linder in Janus & Haibach 1997).

Die Hamburger Gynäkologin Christine Schulz-Züllich ging während ihrer Zeit als Assistenzärztin an einer Großklinik der Frage nach, ob die Einlieferung von Schwangeren mit vorzeitigen Wehen die Ruhe und Entspannung bringt, die von Ärzten häufig als Grund für die Einweisung angeführt wurde. Eine Analyse der dortigen klinischen Situation ergab: Im Durchschnitt kam in 24 Stunden 63mal jemand ins Zimmer, um Dienste zu verrichten. Die Verschiebung des Tagesablaufs mit sehr frühem Gewecktwerden stellte eine hoch beanspruchende Rhythmusveränderung für die Frauen dar. Die Sorge bezüglich der Familiensituation zu Hause verursachte häufig gesteigerte Unruhe. Die Einnahme wehenhemmender Medikamente (Partusisten) und ihre starken Nebenwirkungen verstärkten diese noch. Daraufhin wurde oft Valium verabreicht, wodurch die Ursache der Überlastung und der vorzeitigen Wehentätigkeit weiterhin nicht behoben wurde.

Nach Schulz-Züllich kann an dieser Stelle das Gespräch ansetzen. In ihrer Praxis nimmt sie sich Zeit, den Schwangeren Wissen zu den Schwangerschaftsabläufen zu vermitteln und im Falle einer Überlastung gemeinsam nach den Gründen zu fragen. Grundvoraussetzung für das Gespräch sei eine mutmachende Haltung. Weiterhin seien Mitverantwortlichkeit und vor allem die Veränderbarkeit wichtigste Mittel, um die Ruhe wiederherzustellen. Ich-Bestärkung statt Fremdbestimmung führe die Schwangere wieder zu sich selbst. Die Frau könne nach der Irritation durch die Diagnose ‚vorzeitiger Wehenbeginn‘ selber oder mit Hilfe herausfinden, in welchem Konflikt sie sich befindet. Bei solcherart Gelingen würden die Wehen und der Schmerz meist deutlich nachlassen.

Bei in den letzten Jahren 650 betreuten Schwangerschaften in der Praxis von Schulz-Züllich gab es nahezu keine Frühgeburten vor der 37. Woche (Schulz-Züllich 1996).

Auch Rauchfuß konstatiert, dass es in der ärztlichen Betreuung wichtig ist, gerade den von Überlastung betroffenen Frauen zu mehr Selbstbewusstsein hinsichtlich ihrer Kompetenz für ihre Schwangerschaft zu verhel-

fen. Sie berichtet, dass sie seit 1989 zusätzlich zu den Einzelkonsultationen in der Sprechstunde belasteten Schwangeren eine Risikogruppe angeboten hat. Die Gruppe habe einerseits Geborgenheit und Sicherheit gegeben, andererseits seien die Autonomie und das Selbstbewusstsein der Schwangeren gestärkt worden. Dies habe zu einer deutlichen Reduzierung stationärer Behandlungen sowie zu einer Senkung ambulanter Komplikationen geführt (Rauchfuß 2001).

4.4.2 Hebammen und Doulas

In Deutschland werden die Aufgaben der Hebamme vier Bereichen zugeordnet, die jeweils klinische bzw. außerklinische Tätigkeitsfelder enthalten. Dazu gehören die Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung, Entbindung, Überwachung des Wochenbettverlaufs und nachgehende Fürsorge sowie die gesundheitliche Aufklärung (Schneider 2004).

Die nachfolgend gegebenen Informationen bezüglich der „Doula“ und „continuity of care“ stammen nicht aus Deutschland, sind aber insofern übertragbar, da sie Bedeutung und Auswirkung der seelischen Begleitung während Schwangerschaft und Geburt belegen.

Das Berufsbild der Doula kommt aus Amerika und wurde von Klaus, Kennell und Klaus entwickelt. Sie konstatieren, dass es aufgrund der vielseitigen Anforderungen in der Geburtshilfe, des hektischen Klinikbetriebs und der gleichzeitigen Betreuung mehrerer Frauen während der Geburt äußerst unwahrscheinlich ist, dass eine Hebamme jeweils einer Frau während der gesamten Geburt vollständig zur Verfügung stehen kann. In neuerer Zeit habe zwar das Bestreben, die Väter zur Geburt hinzuzuholen und andere die Geburt erleichternde Maßnahmen einzuführen, die Situation erheblich verbessert, trotzdem fehle nach wie vor ein wichtiges Glied in der Kette: Die Geburtserfahrung für die schwangeren Frauen sei in der Regel immer noch von Einsamkeit und seelischem Stress geprägt (Klaus et al. 1995).

Klaus, Kennell und Klaus stellten der Schwangeren eine erfahrene seelische Geburtsbegleiterin, die sogenannte „Doula“ zur Seite. Deren Aufgabe ist es, eine „emotionale Atmosphäre des Getragenseins“ (ebd., S. 28) zu schaffen. Auf diese Weise steht sie der Frau und ihrem Partner während der Geburt und zum Teil auch noch danach ständig bei. Die Betonung der Begleitung liegt auf beruhigender Entspannung und Bekräftigung der natürlichen Fähigkeiten der gebärenden Frau. Im Idealfall lernt sie die Mutter und

ihren Partner schon im letzten Schwangerschaftsdrittel kennen und kann sich so auf die Wünsche der Frau oder des Paares einstellen.

Klaus, Kennell und Klaus führten über fünfzehn Jahre unter Einsatz von Kontrollgruppen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Doula durch, an denen etwa 1500 Frauen teilnahmen. Im Ergebnis stellten sie unter anderem eine deutliche Verkürzung der Geburtsdauer, einen Rückgang der Kaiserschnitt-Rate um mehr als 50% und eine deutliche Verringerung des Bedarfs an schmerzstillenden Medikamenten fest (Klaus et al. 1995). Weiterhin stellen sie eine Meta-Analyse über die Auswirkungen dieser Form seelischer Geburtsbegleitung vor, deren Ergebnisse aus sechs Untersuchungen stammen. Diese wurden unter Verwendung von Zufallsstichproben und unter Einsatz von Kontrollgruppen durchgeführt. Sie fanden in Guatemala einmal mit 136 und zum anderen mit 465 Teilnehmerinnen, in Texas mit 416, in Südafrika mit 192 Teilnehmerinnen sowie in Finnland und in Kanada statt. Die Auswertung ergab auch hier eine Reduzierung der Kaiserschnitttrate um 50%, der Geburtsdauer um 25%, der Oxytocin-Verabreichung um 40%, des Einsatzes der Zange um 40% und der Nachfrage nach einer Periduralanästhesie um 60%.

Klaus, Kennell und Klaus räumen ein, dass in Kliniken oder bei Hausgeburten, wo eine Hebamme jeweils nur für eine Mutter da ist und so auch deren emotionale Bedürfnisse erfüllen kann, derselbe Unterstützungseffekt wie bei der Begleitung durch eine Doula erfüllt wird (ebd.).

Eine systematische Recherche in Pubmed mit der Kombination der Begriffe (continuity of care) and (pregnancy) and (midwife) brachte 140 Ergebnisse. Nach deren Durchsicht und aus einer erfolgten Selektion von zehn Studien erschien der systematische Review von Hodnett ED. aus Kanada besonders aufschlussreich. „Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth“ umfasst zwei Studien mit insgesamt 1815 Frauen und ergab vergleichbare Ergebnisse wie gerade zuvor beschrieben. Kontinuität in der Begleitung versteht sich hier als Begleitung durch eine Person oder eine kleine Gruppe anstatt durch multiple Begleiter während Schwangerschaft und Geburt, wie sie in Kanada gewöhnlich praktiziert wird.

Die kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme wurde mit der nicht-kontinuierlichen Begleitung durch eine Kombination von Ärzten und Hebammen verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Frauen, die eine kontinuierliche Begleitung erfuhren, weniger häufig vorzeitig in die Klinik gingen, eher vorgeburtliche Lernprogramme in Anspruch nahmen und weniger schmerzlindernde Medikamente während der Wehen oder einen Dammschnitt benötigten. Die Neugeborenen mussten weniger häufig wie-

derbelebt werden. Es waren hingegen keine Unterschiede in Bezug auf niedriges Geburtsgewicht, Totgeburten oder neonatale Todesfälle festzustellen. Die Frauen in kontinuierlicher Begleitung waren im Vergleich zu der Kontrollgruppe mit der prä-, peri- und postnatalen Fürsorge eher zufrieden.

Die Autoren folgern, dass die „Continuity of care“ nutzbringende Effekte zeigte. Es sei jedoch nicht deutlich geworden, ob diese mit der größeren Kontinuität in der Begleitung oder mit der Begleitung durch Hebammen zu tun habe (Hodnett ED. 2000, aus dem Englischen übersetzt von der Verf.).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist ein Blick auf den Aufgabenbereich und die Rolle der Familienhebammen in Deutschland bedeutsam. Das Konzept der Familienhebamme gibt es seit 1980. Familienhebammen sind Angestellte des Gesundheitsamts und betreuen Familien mit medizinischen oder psychosozialen Risikofaktoren. Dies sind meist sozial benachteiligte Familien, die in der Regel die öffentlichen Gesundheitsdienste nicht ausreichend nutzen (können). Die Begleitung erstreckt sich über den Zeitraum von einem Jahr und erfüllt die Kriterien einer regelmäßigen Kontinuität. Diese regionale Maßnahme wurde ursprünglich eingerichtet, um die Säuglingssterblichkeit zu senken. „Das Spezifische der Familienhebammenarbeit liegt – neben dem langen Betreuungszeitraum – in der Besonderheit der Klientel begründet: von extremer Armut Betroffene, Frauen und Kinder mit Gewalterfahrungen, Migrantentum und Suchtproblematik. Hinzu kommen instabile Familienverhältnisse. Mitglieder dieser Personengruppe schreiben den Familienhebammen eine Art von Kontrollfunktion zu und sind dementsprechend misstrauisch und unkooperativ. Darüber hinaus wird der eigene Betreuungsbedarf in der Regel nicht erkannt. Da der Beziehung zu der Frau, zu den Familien aber zentrale Bedeutung zukommt, müssen die Hebammen viel Mühe in den Beziehungsaufbau investieren. Ein Vertrauensverhältnis ist unabdingbare Voraussetzung, um über eine verlässliche Zusammenarbeit einen effektiven Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten zu können.“ (Schneider 2004, S. 120f.)

2004 legte Schneider eine bundeslandbegrenzte Vollerhebung zu den in Nordrhein-Westfalen (NRW) tätigen Familienhebammen vor. Die Fragestellung der Studie war, ob die grundständige Hebammenausbildung und die im Schnitt zweitägige Fortbildung pro Jahr ausreicht, um die Aufgabenstellung zu bewältigen.

Die Studie wurde mittels problemzentrierter Interviews durchgeführt. Im erhobenen Material wurden Aussagen zu folgenden Themen berück-

sichtig: Handlungen im weitesten Sinne; Klientel, Kooperationspartner, Kolleginnen; Schwierigkeiten, Freuden; persönliche und berufliche Strategien; Erleben, Verarbeiten und persönliche Haltungen und Reflexion über die eigene Rolle. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass angemessene Kenntnisse und Fähigkeiten fehlen und die Hebammen so auf die gestellten Anforderungen nicht hinreichend vorbereitet sind. Es wurden belastende Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht geschildert, die zu einer nahezu permanenten Überforderung beitragen. Als zentrales Problem wurde genannt, dass die Mütter keine Bindung an ihre Kinder haben. An dieser Stelle sahen die Hebammen als dringende Aufgabe, den Beziehungsaufbau und damit unter anderem die mütterliche Fürsorge zu aktivieren und zu fördern. Ausgehend von den Ergebnissen der Studie zieht Schneider den Schluss, dass für eine erfolgreiche Ausübung des Berufs der Familienhebamme die Einführung einer systematischen Weiterbildung vonnöten ist (ebd.).

Ein weiterer, an dieser Stelle zu nennender Bereich der traditionellen Schwangerenfürsorge in Deutschland sind Geburtsvorbereitungskurse, die von Hebammen angeboten werden.

Lutz und Kolip geben nach Auswertung der GKK-Kaiserschnittstudie an, dass 70% der befragten Frauen eine Hebamme zur Geburtsvorbereitung oder Vorsorge genutzt haben und hohe Zufriedenheit über die erhaltenen Informationen äußerten (Lutz & Kolip 2006). Eine Studie von Spinelli et al. (2003) ging der Effektivität von Geburtsvorbereitungskursen nach. Diese bezog über 9000 Frauen ein, von denen 23% einen Kurs besucht hatten. Im Ergebnis waren die Frauen besser informiert, bewiesen eine größere Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und eine höhere Stillrate. In Betrachtung des unmittelbaren Geburtsergebnisses zeigten sich keine konsistenten Ergebnisse. So wies zum Beispiel die Sectiorate keine maßgeblichen Veränderungen auf (Spinelli in Rauchfuß 2005, S.7). Unter Bezugnahme auf die Studie von Fabian et al. (2005) geben Lutz und Kolip an, dass Frauen, die an Geburtsvorbereitungskursen teilgenommen hatten, unter der Geburt sogar häufiger eine Periduralanästhesie in Anspruch nehmen. Weiterhin hätten gemäß der Studie von Geissbühler et al. (2005) Geburtsvorbereitungskurse das Ausmaß von Ängsten nicht günstig beeinflusst (Lutz & Kolip, 2006).

Obschon in der Geburtsvorbereitung die Wissensvermittlung ein zentrales Anliegen darstellt, finden sich verschieden strukturierte Angebote, die in zeitlicher, inhaltlicher sowie didaktischer Hinsicht erhebliche Unterschiede aufweisen (Albrecht-Engel 1997).

An dieser Stelle soll eine Studie vorgestellt werden, die bereits vor über 45 Jahren durchgeführt wurde. Der französische Geburtshelfer Lamaze führte die Methode der Psychoprophylaxe, eine neue Form der Geburtsvorbereitung, an seiner Klinik ein. Ziel des Trainings war, sowohl die Frau als auch ihren Mann (gemeinsam) auf einen natürlichen Geburtsgang vorzubereiten. Die Methode beinhaltet die folgenden Prinzipien: Aufklärung und Instruktion während der Geburt; Erlernen von Atemtechniken, die eine gute Sauerstoffversorgung bringen; die sogenannte neuromuskuläre Erziehung, das sind Entspannungs- und Lockerungsübungen und Beeinflussung der Großhirnrindenaktivität. Das Angebot wurde über ein Kursangebot ab circa achte Woche und wöchentlich für etwa zwei bis drei Stunden vor dem Geburtstermin gestaltet. Dazu kamen ein Besuch der Klinik und des Kreißsaals sowie das Angebot einer Schwangerschaftsgymnastik. Die Ergebnisse waren die folgenden: Die Frühgeburtenrate betrug bei den vorbereiteten Frauen ($n = 232$) 1,7%, bei der Vergleichsgruppe ($n = 1525$) 5,8%; die Rate der perinatalen Mortalität betrug 0,9% zu 1,1%, die Sectiofrequenz 5,2% zu 9,8% und die Häufigkeit der Vakuumextraktion 1,7% zu 3,5% (Neumann in Schindler 1982).

Tönnies & Wirths geben an, dass die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren im Rahmen der Geburtsvorbereitung zur Minderung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten empirisch mehrfach bestätigt wurde. Sie beziehen sich hierbei auf Studien von Perrez et al. (1978), Pavelka et al. (1980) und Lukesch et al. (1980) (Tönnies & Wirths in Brähler & Unger 1996). Brisch bestätigt, dass das Erlernen von Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren sinnvoll ist, um mit stressvollen Situationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt besser umgehen zu können. Aus der Forschung sei bekannt, dass sich Ängste und Stresserleben während der Schwangerschaft sowohl auf die emotionale Bereitschaft der werdenden Mütter, sich im Sinne der vorgeburtlichen Bindung auf den Säugling einzulassen, als auch auf Reizbarkeit und Stresstoleranz des Säuglings selbst negativ auswirken kann. Weiterhin könnten pränatal gelernte Stabilisierungs- und Entspannungstechniken nach der Geburt eingesetzt werden, wenn stressvolle Phasen im Miteinander entstehen. Während der Schwangerschaft, wenn das Kind noch im Bauch versorgt ist, hätten die Eltern weit mehr Zeit und Bereitschaft, Entspannungsverfahren zu erlernen als nach der Geburt, wenn das Kind sie Tag und Nacht fordere (Brisch & Hellbrügge 2007).

Neises und Rauchfuß befinden, dass im Feld der aktuellen Schwangerenfürsorge, im Hinblick auf nutzbare Ressourcen, der psychosoziale

Kontext der Schwangerschaft, die individuelle Lebenssituation der Frau und ihr subjektives Erleben mehr oder weniger vernachlässigt werden. Einstellungs- und Verhaltensänderungen würden nicht optimal gefördert (Neises & Rauchfuß 2005). So solle in Gruppenangeboten über die Wissensvermittlung hinaus eine Stärkung des Kompetenzgefühls, Entspannung und das Erlernen von Copingstrategien vermittelt werden (Rauchfuß 2001).

Albrecht-Engel und Janus befürworten den Besuch von Paarkursen in der Geburtsvorbereitung, da heute über 90% der Männer bei der Geburt anwesend sind (Albrecht-Engel 1997, Janus in Schiefenhövel et al. 1995).

Nach Albrecht-Engel umfasst die Geburtsvorbereitung mehrere Bereiche. „Sie sollte auf die Schwangerschaft und alle damit verbundenen Fragen eingehen; auf die Geburt so vorbereiten, dass eine Frau mit dem nie vorhersehbaren Geburtsablauf umgehen kann; Raum geben für das Ansprechen aller Wünsche, Vorstellungen und Ängste und den Austausch der Paare (Frauen) untereinander sowie auf die Zeit danach mit dem Baby vorbereiten.“ (Albrecht-Engel 1997, S. 104f.)

Kiechle konstatiert, dass es kein optimales Konzept für effektive Geburtsvorbereitung gibt. Zentral und entscheidend sei jedoch, dass das Selbstwertgefühl der Schwangeren gestärkt werde (Kiechle 2007).

4.4.3 Gruppeninterventionen

Unter diesem Punkt werden Elternseminare beschrieben. Ergebnisse von darauf bezogenen Evaluationsstudien werden dargestellt.

4.4.3.1 Personenzentrierte Gruppenarbeit Die nachfolgend vorgestellte Studie umfasste das Angebot von personenzentrierter Gruppenarbeit mit Schwangeren und zielte auf die Minderung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten. Der Ausdruck personenzentriert meint klientenzentriert und weist darauf hin, dass in dieser Gruppenarbeit die Gesprächspsychotherapie¹ eingesetzt wurde.

An dieser Untersuchung nahmen zwei Schwangerschaftsgruppen mit je zwölf Schwangeren teil. Das Alter erstreckte sich von 23 bis 39 Jahre. 75%

¹ Die Gesprächspsychotherapie geht auf C. Rogers zurück und wird als führender humanistischer Ansatz klassifiziert. Hierbei wird die von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz gezeichnete Haltung des Therapeuten als wichtig erachtet, um den Klienten in permissiver, spiegelnder Weise das gegenwärtige Erleben und eine Änderung und Entwicklung in Richtung größerer Selbstachtung, Selbstannahme und Selbstaktualisierung zu ermöglichen (Häcker & Stapf 2004).

der Frauen befanden sich zu Gruppenbeginn im zweiten Schwangerschaftstrimester, die durchschnittliche Schwangerschaftsdauer betrug bei allen Frauen zu Anfang 5,5 Monate. Es handelte sich bei 88% der Frauen um Erstgebärende, drei Frauen hatten bereits ein Kind. Dreiviertel der Schwangeren waren verheiratet oder in Partnerschaft, drei Frauen waren ledig oder geschieden. 92% der Frauen besaßen Abitur bzw. Hochschulabschluss.

Die Auswirkung der Gruppenbehandlung wurde mittels der Geburts-Angst-Skala (GAS) (Lukesch 1983) und dem Fragebogen zur Messung von Einstellungen zur Schwangerschaft, Sexualität und Geburt (SSG) (Lukesch & Lukesch 1976) jeweils vor Beginn und im Anschluss an die Gruppensitzung erhoben. Für die zweite Gruppe erfolgte vier Wochen nach Ende der Gruppe eine Follow-up-Untersuchung mit gleichen Mitteln.

Jede Gruppensitzung wurde mit einer Entspannungsphase unter Verwendung von Körperwahrnehmungsreisen, Progressiver Muskelentspannung, imaginativer Verfahren (zum Beispiel Phantasiereisen) und Musik in einer Länge von etwa 30 Minuten eingeleitet. Danach folgte der sogenannte Wochenbericht der einzelnen Frauen. Aus dem Wochenbericht kristallisierte sich das Schwerpunktthema des folgenden Gruppengesprächs heraus. Das Therapieprogramm umfasste acht Wochen, eine Sitzung dauerte zwei bis zweieinhalb Stunden.

Die Ergebnisse der Auswertung ergaben eine gestiegene Akzeptanz der Schwangerschaft, einen Rückgang der Geburtsangst, eine Verringerung der Verletzungsangst gegenüber dem Kind, eine gestiegene Akzeptanz des Bruststillens und die Entwicklung einer positiveren Einstellung zur Sexualität. Im Ergebnis zeigte die Follow-up-Untersuchung, dass die Minderungen der Schwangerschafts- und Geburtsängste durchweg anhielten und vier Wochen nach Gruppeneinde immer noch vorhanden waren.

Die Autoren merken an, dass diese Ergebnisse aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe nicht mit Sicherheit auf die Gruppenbehandlung zurückgeführt werden können (Tönnies & Wirths in Brähler & Unger 1996).

4.4.3.2 SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern Seit 2003 gibt es das Modellprojekt ‚SAFE‘ unter der Leitung von Brisch, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologe, Facharzt für psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker, im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Hierbei handelt es sich um ein Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind, das in der prä- und post-

natalen Zeit durchgeführt wird. Auf dem Hintergrund der Bindungstheorie liegt der Schwerpunkt auf dem Durchbrechen des Teufelskreises der unbewussten Weitergabe von traumatischen Erfahrungen der Eltern an ihre Kinder und stellt somit eine Förderung der psychischen Gesundheit dar.

In diesem Präventionsprogramm sind gruppen- und individualtherapeutische Effekte kombiniert (Projektbeschreibung 2007). In der Regel werden die Gruppen von einem Leiter und einer Person, die die Co-Leitung übernimmt, geführt (Brisch in Suchodoletz 2007). Die Methoden umfassen Anleitung, Wissensvermittlung, Beratung und Therapie. Das Training besteht aus vier Modulen: Eine pränatale und eine postnatale Phase mit geschlossenen Elterntreffen, das Angebot individueller Psychotherapie und einer Beratungsstelle, der sogenannten „Hotline“.

Die Zeitdauer des Projektes erstreckt sich von etwa der 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes.

Derzeit nehmen jährlich etwa zwanzig Familien teil (Projektbeschreibung 2007).

Brisch stellt fest, dass in der Pilotphase das SAFE-Programm und seine Inhalte sehr gut realisiert werden konnten. Weiterhin wird eine prospektive randomisierte Längsschnittstudie durchgeführt, die die SAFE-Gruppenintervention mit einer herkömmlichen Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung und Stillbegleitung vergleicht. Zusätzlich wird mit Hilfe von Fragebögen prä- und postnatale Daten erhoben. Alle Eltern nehmen an einem Erwachsenen-Bindungsinterview (Adult Attachment Interview – AAI) teil. Hierbei werden vorher und nachher physiologische Stressparameter mittels einer Messung der Werte des Stresshormons Cortisol im Speichel erhoben (ebd.).

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Auswertungen noch nicht fertig gestellt (mündliche Auskunft Sekretariat von Dr. Brisch am 15.9.2009).

Die bisherige Erfahrung von SAFE habe gezeigt, dass in der Regel etwa 30% der Teilnehmer ungelöste traumatische Erfahrungen aufweisen, die eine Therapie benötigen (Brisch & Hellbrügge 2007).

4.4.4 Einzelinterventionen

Nachfolgend werden Studienergebnisse zur Durchführung von zwei Arten der vorgeburtlichen Schwangerschaftsbegleitung vorgestellt, die auf eine Stärkung des Kontakts zwischen Mutter und Kind sowie auf eine Harmonisierung der Schwangerschaft abzielen. Eine dritte Studie zeigt die Möglich-

keit einer Einflussnahme bei frühzeitiger Wehentätigkeit mittels intensiver Psychotherapie im klinischen Bereich.

4.4.4.1 Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse Die Methode der Mutter-Kind-Bindungsanalyse kommt aus Ungarn. Sie wird in Deutschland erst seit kurzer Zeit praktiziert und ist deswegen noch weitgehend unbekannt.

Die Methode wurde von Hidas, Psychiater, Lehranalytiker, Gruppenanalytiker, und Raffai, Klinischer Psychologe, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker, entwickelt. Während Raffais Tätigkeit als Psychologe in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Nationalinstitut für Psychiatrie und Neurologie in Budapest arbeitete er mit an Psychose und Schizophrenie erkrankten Teenagern und erkannte, dass die Wurzel der psychischen Erkrankung auf vorgeburtliche Ursachen zurückzuführen ist. Raffai und Hidas stellten sich gemeinsam die Frage, wie man solchen schweren mentalen Störungen vorbeugen kann. Damit nahm die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindungsanalyse Beginn der 1980er Jahre ihren Anfang (Experteninterview 2007, s. Anhang III).

Die zentrale Zielsetzung der Mutter-Kind-Bindungsanalyse liegt in der Harmonisierung der Mutter-Kind-Beziehung im pränatalen Raum. Die Gesundheitsrelevanz besteht nach Raffai nicht nur in der Verhinderung von Frühgeburten, sondern auch in der Prävention psychosomatischer Erkrankungen, die ihren Anfang schon im Mutterleib haben (ebd.).

So liegen die Ziele der Bindungsanalyse im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention in der Vertiefung und Stärkung einer positiven Mutter-Kind-Bindung, in der Förderung der natürlichen Geburt, und somit in der Förderung der psychischen Gesundheit von Mutter und Kind.

Die Bindungsanalyse findet mit in der Regel zwei Sitzungen wöchentlich etwa ab der 16. bis 20. Schwangerschaftswoche statt. Ab der 36. Woche folgt die sogenannte Abschlussphase, die zeitintensiver ist. Anschließend bereiten sich Mutter und Kind auf die Geburt vor. Die Analyse endet mit einem letzten Treffen nach der Geburt (Raffai et al. 2006).

Raffai behandelte bis Juni 2007 820 Fälle. Die Anzahl der von Hidas behandelten Fälle schätzt er auf etwas weniger als 300. So läge die Gesamtzahl der bisher behandelten Klientinnen bei über 1000. Bei seinen 820 Fällen habe der Anteil an Zwillingsschwangerschaften 40 betragen. Hier-von kam es in vier Fällen zu einer Frühgeburt. Das seien 0,5% gegenüber einer Frühgeburtenrate von in Ungarn 10%. Bei den Einzelschwangerschaften habe es bisher nicht eine einzige Frühgeburt gegeben (Raffai 2007, Experteninterview, s. Anhang III). 2005 teilte Raffai der Autorin auf An-

frage mit, dass er den Anteil der Schnittgeburten bei seinen Bindungsanalytischen Klientinnen auf 5% gegenüber der damals in Ungarn aktuellen Kaiserschnitttrate von 28% schätze (mündliche Mitteilung von Raffai am 13.11.2005). Eine Veröffentlichung der statistischen Zahlen zur Bindungsanalyse wird noch erfolgen (Experteninterview 2007, s. Anhang III).

4.4.4.2 Haptonomische Eltern-Kind-Begleitung Die Haptonomie befasst sich mit den Grundlagen der menschlichen Affektivität im Verhalten und in der Beziehung. Ihr Begründer ist der Niederländer Frans Veldman (Janus 1996). „Der Begriff Haptonomie ist dem Griechischen entlehnt. Da gibt es das Wort – hapsis –, (...). Man kann das Wort auch mit sinnlicher Empfindung oder Tast- und Gefühlssinn übersetzen. Und das andere Wort – nomos – heißt so viel wie Gesetz, Ordnung, Norm. Dann gibt es das Verb – hapto, (...). Ich nehme mit jemandem taktilen Kontakt auf, um ihn heil zu machen, zu bestärken.“ (Veldman 1996, S. 111)

Dieser Ansatz wurde vor allem in Frankreich bekannt und spielt dort eine bedeutsame Rolle in der Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung (Janus 1996).

Bei der prä-, peri- und postnatalen haptonomischen Eltern-Kind-Begleitung handelt es sich nach Veldman um eine affektiv-bestätigende Begleitung, die sowohl der Mutter als auch dem Vater ermöglicht, eine gegenseitige affektive Beziehung mit ihrem Kind schon vor der Geburt zu entwickeln. Diese Beziehung verwandele das Erleben der Schwangerschaft und errichte einen intimen Kontakt, dank dessen die Eltern – und vor allem die Mutter – lernen, ihr Baby aktiv in Richtung auf seinen Eintritt in die Welt zu begleiten. Der affektive Kontakt sei nach der Geburt unbedingt fortzusetzen, damit das Kind die gleiche Kontaktqualität in seiner neuen Umgebung wiederfinden kann. Die affektive Entfaltung des Neugeborenen, vermittelt durch die bestätigende Beziehung und Begleitung, begünstige das Kind in tiefgreifender und entscheidender Weise, eine autonome Person werden zu können (Veldman 2007², aus dem Französischen übersetzt von der Verf.).

Es wird angeraten, dass sich die Eltern bald nach der Empfängnis mit der haptonomischen Phänomenalität vertraut machen und ihre eigenen Fähigkeiten entdecken. Die haptonomische pränatale Begleitung beginnt etwa mit Beginn des vierten und nicht später als vor Ende des sechsten Monats. Bis zur Geburt sollten mindestens acht Zusammenkünfte erfol-

² Das niederländische Original dieses Buches erschien im Jahre 1988 (Janus 1996).

gen. Nach der Geburt werden mindestens vier Treffen empfohlen: Ein erstes möglichst in den ersten zwei Wochen – die anderen etwa, wenn das Kind einen Monat, dann drei Monate alt ist und zur Zeit der ersten eigenständigen Schritte ((6) 2007).

Djalali präsentiert eine deutsche Studie zu 130 haptonomisch begleiteten Geburten. Die haptonomisch begleiteten Geburten wurden statistisch ausgewertet und 130 Geburten eines zufällig ausgewählten Kreiskrankenhauses sowie der Perinatalstatistik von NRW gegenübergestellt. Zuvor wurden deren Zahlen mit den Zahlen der anderen Bundesländer verglichen. Hier fanden sich kaum Abweichungen. 110 Klientinnen von Djalali entbanden in einem Belegkrankenhaus, 20 zu Hause. 128 wurden von ihrem Partner, eine von ihrer Schwester und eine von ihrer Freundin in der Schwangerschaft sowie unter der Geburt haptonomisch begleitet. Nachfolgend werden nur die signifikanten Aspekte genannt, da der Text mit Darstellung aller Details für die Arbeit unangemessen lang werden würde.

Zuerst wurden die Parameter verglichen, die unter der Geburt vermehrt zu operativen Interventionen führen könnten. Hierzu gehörten das Alter der Schwangeren (1), die Parität der Mutter (2), vorangegangene Kaiserschnitte oder andere Uterus-Operationen (3) und die Lage des Kindes (4).

(1) Der Vergleich ergab, dass sich in der Gruppe der haptonomisch begleiteten Klientel doppelt so viele Schwangere in der Altersgruppe von 35 bis 39 befanden und der prozentuale Anteil der Schwangeren der Altersgruppe über 39 Jahre sogar vier- bzw. neunmal so hoch war.

(2) Hier fand sich keine erhebliche Diskrepanz.

(3) Neun Frauen der haptonomisch begleiteten Frauen kamen mit einem Zustand nach einer, eine Frau mit einem Zustand nach zwei Sectiones. Allen gelang es, erfolgreich spontan zu entbinden. Im Gegensatz dazu entbanden nur 29,4% der Frauen des Kreiskrankenhauses und 34,4% der Frauen der Perinatalstatistik in der darauf folgenden Schwangerschaft auf natürlichem Weg. Sechzehn Klientinnen von Djalali übertraten den Geburtstermin. Alle außer einer entbanden jedoch trotzdem vaginal. Im Kreiskrankenhaus waren es vier Geburten, in der Perinatalstatistik 2%. Hier ist es Usus, bei einer Terminüberschreitung die Geburt einzuleiten, was dann oft zu einer Sectio führt.

(4) Bei 10% der haptonomischen Geburten handelte es sich um eine Steißlage, eine im Vergleich zu den anderen Datensätzen wesentlich höhere Anzahl. Alle Frauen entbanden auf natürlichem Wege. In keinem Fall wurden wehenfördernde oder -hemmende Mittel oder die Periduralanästhe-

sie eingesetzt. Bei 48% traten während der Geburt keine Verletzungen auf; in 27 Fällen wurde ein Dammschnitt durchgeführt, was in dieser Gruppe bei 13 Frauen aufgrund spontaner Beckenendlage notwendig war. In den Vergleichsgruppen wurde bei etwa jeder zweiten Geburt ein Dammschnitt durchgeführt.

Bezüglich des Geburtsmodus liegen die haptonomischen Geburten mit 97,7% Spontangeburt gegenüber 68,4% und 69,9% an der Spitze. Bezüglich der Sectiorate liegt das Gefälle bei 2,3% gegenüber 27% und 23,2%. Vakuum- bzw. Forceps-Geburten kamen bei den haptonomischen Geburten gegenüber den Raten von 4,6% im Kreiskrankenhaus und 6,9% in der Perinatalstatistik gar nicht vor (Djalali 2000).

4.4.4.3 Präventive Psychotherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit Konnte die Entwicklung vorzeitiger Wehentätigkeit einer Schwangeren im ambulanten Feld nicht aufgefangen werden, kommt es häufig zu einer stationären Einweisung.

Rauchfuß schreibt, dass die Hospitalisierung der Schwangeren zwar als ein Abschirmen vor belastenden Stressoren gewertet werden kann, die bislang üblichen therapeutischen Verfahren jedoch nur mehr als symptomatische Behandlung anzusehen sind und einer Erweiterung bedürfen. Sie belegt dies unter anderem mit einer Studie von Zieger et al.. Während des stationären Aufenthalts wurde den Frauen eine Gruppe für Schwangere mit drohender Frühgeburt angeboten. Die Teilnehmerinnen gaben später für ihren Aufenthalt in der Klinik als wichtigste positive Erfahrungen an: Den Kontakt zu Gleichbetroffenen und das Erlernen der Fähigkeit, sich zu entspannen, und auf diese Weise Einfluss auf die vorzeitigen Wehen gewonnen zu haben (Rauchfuß 2001).

Brisch stellt ein hochgradig intensives, psychotherapeutisches Programm vor, nach dem Schwangere unmittelbar nach der stationären Aufnahme behandelt werden.

In den ersten 14 Tagen erfolgt eine mehrfache tägliche intensive psychotherapeutische Betreuung mit dem Ziel eines akuten Abbaus der Ängste. Die dadurch erreichte emotionale Entspannung soll den vorzeitigen Wehen entgegenwirken und eine weitere Verschlechterung der Sauerstoffversorgung sowie der gesamten Ernährungssituation des Fötus verhindern. Weiterhin werden die Frauen angeleitet, bestimmte Bewältigungsmechanismen zu aktivieren oder neu zu erlernen. Dies wird mittels einer modifizierten Form der Progressiven Muskelentspannung umgesetzt, die trotz der verordneten Bettruhe ausführbar ist.

In einer randomisierten kontrollierten prospektiven Interventionsstudie wurden Frauen aus der Interventionsstudie mit Frauen aus einer Kontrollgruppe beobachtet und miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Schwangeren der ersten Gruppe weniger Angst und Belastungen im Verlauf der Schwangerschaft erlebten und trotz niedriger Gestationswoche bei Beginn der Intervention, nach stationärer Aufnahme, eine ähnlich lange Schwangerschaftsdauer erreichten wie die Schwangeren der Kontrollgruppe.

Brisch fügt an, dass in einer solchen Situation jeder weitere Tag und Verlängerung der Schwangerschaft ein Gewinn für den Fötus und die Eltern ist (Brisch & Hellbrügge 2007).

5 Kernergebnisse und Leitfragen

Die Pränatale Psychologie zeigt, dass nicht nur nachgeburtliche Sozialisationsaspekte bei der Entwicklung des Kindes eine Rolle spielen, sondern dass die bereits vorgeburtlich stattfindende Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind sowie zum Vater in ihrer hinreichend guten Bindungsqualität für die Personwerdung des Kindes und als Grundlage für die Herausbildung von psychischer Gesundheit und zukünftiger sozialer Kompetenzen bedeutsam ist.

Ein diesbezügliches Gelingen benötigt von Seiten der Eltern ein hinreichendes Maß an Autonomieentwicklung und Reife sowie eine hinreichend gute Befindlichkeit der Mutter und eine angemessene Einstellung zum Kind und zur Schwangerschaft. Im Modellprojekt „Sichere Ausbildung für Eltern“ – mit Beginn in der vorgeburtlichen Zeit bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes – zeigte sich, dass 30% der Eltern ernst zu nehmende Traumatisierungen aufweisen, die ohne Behandlung zu einer schwierigen familialen Beziehungsentwicklung führen können und höchst wahrscheinlich auf die Kinder übertragen würden.

Ergebnisse von Studien weisen eine Zunahme psychischer Verhaltensauffälligkeiten und der Gewaltbereitschaft bei gleichzeitigem Rückgang sozialer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen auf, was unter anderem auf ein brüchiger werdendes Bindungsgefüge in Familien zurückgeführt wird. In den ersten Monaten nach der Geburt ist jedes vierte bis fünfte Kind von frühen Regulationsstörungen betroffen.

Mit Blick auf die Entwicklung der Zivilisation haben sich materielle Wohlstand und verhältnismäßig günstige Lebensverhältnisse eingestellt. Gleichzeitig sind die Menschen neuen Formen von Stressbelastung ausgesetzt, die eine Zunahme von Delinquenz, Kriminalität und Aggressivität, Zunahme von Depression und Suchterscheinungen, hohe Quoten der Verbreitung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen, Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychosomatischen Beschwerden hervorgebracht haben.

Trotz der Häufigkeit psychischer Störungen und Erkrankungen nehmen Kinder (vermittelt durch die Eltern) und Erwachsene nur zu einem

alarmierend niedrigen Anteil Beratung und Behandlung in Anspruch. Weiterhin stellt die seit den 1960er Jahren in den Industrienationen gesunkene Geburtenrate, welche im internationalen Vergleich in Deutschland besonders niedrig liegt, möglicherweise ein Symptom dieser gesellschaftlichen Tendenzen dar.

Multiple Forschungsergebnisse aus dem Feld der pränatalen Psychologie belegen den Einfluss der inneren Einstellung und Emotionalität wie zum Beispiel Stress und Angst der Schwangeren auf die Entwicklung des Kindes. So zeigen ungewollte Kinder langfristige emotional-behaviorale Entwicklungsdefizite. Ein hohes mütterliches Angstniveau oder Depression bringen ebenso die Gefahr einer Entwicklung von emotionalen und Verhaltensproblemen des Kindes mit sich. Extreme Bedingungen von mütterlicher Zurückweisung oder Ablehnung scheinen bei einem Zusammentreffen mit Geburtstraumata zu einer Entwicklung expliziter Gewaltneigung zu führen. Anhaltender Stress der Mutter kann Ursache für Frühgeburten und Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sein. Fehlende Unterstützung im sozialen Bezugssystem der Mutter verstärkt das Auftreten der beschriebenen Risiken erheblich.

Die Fortschritte in der Geburtsmedizin machen die Geburt sicherer als früher. Dies ist verbunden mit einer Zunahme medizinischer Interventionen. Zahlreiche Erfahrungen aus unterschiedlichen Feldern der Psychotherapie belegen deren traumatisierenden Einfluss insbesondere auf das Kind und auch auf die Mutter. Auch aktualisieren sich pränatale Traumata unter der Geburt. Einzelne Psychologen schätzen den Anteil behandlungsbedürftiger Geburtstraumata auf 45%.

Nachfolgend werden gesellschaftsrelevante Aspekte genannt, die sich ungünstig auf Schwangerschaften auswirken können. Diese stammen aus den Themenfeldern Frauen, Partnerschaft und Kinder sowie aus dem Bereich der medizinischen Geburtshilfe und Schwangerenbegleitung.

Im Rahmen der Zunahme von Depressionen und Suchterkrankungen bei Erwachsenen sind Frauen im Vergleich zu Männern vermehrt von affektiven Störungen betroffen, die insbesondere im gebärfähigen Alter auftreten. Gleichzeitig steigt die Herzinfarktморbidität sowie das Rauchen junger Frauen an. Frauen sind in nicht geringem Maße und durchaus auch im Rahmen der eigenen Partnerschaft Gewaltübergreifen ausgesetzt. Schwangere Frauen geraten in handfeste Rollenkonflikte aufgrund der Unvereinbarkeit von traditionellen Familienorientierungen und neuen Ansprüchen an Selbstbestimmung und Selbständigkeit. Paare wünschen sich die Möglichkeit einer fortgesetzten Berufstätigkeit beider, wenn sie ein

Kind bekommen. Dies ist etwa nur für 23% der Eltern umsetzbar. Familienpolitische Überlegungen, die sich hier anschließen könnten, sind nicht Thema der vorliegenden Arbeit und müssen ausgeklammert bleiben.

In Verbindung mit einer Schwangerschaft kommt es nicht selten zur Klinikeinweisung. Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts nehmen den höchsten Anteil an der stationären Morbidität von Frauen ein. Als gängiges Beispiel hierfür ist das Phänomen der vorzeitigen Wehen und der Frühgeburt zu nennen. Frühgeborene Kinder können in ihrer Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt sein. Mit Abweichungen in unterschiedlichen Bundesländern werden in Deutschland – nicht ganz nachvollziehbar – im Schnitt zwei Drittel der Schwangeren als Risikoschwangerschaft eingestuft. Es kann vermutet werden, dass hierbei Abrechnungsbedingungen eine Rolle spielen. Schwangere Frauen, die aus sozialen Risikogruppen stammen, unterliegen eher einer Gefährdung bezüglich des Eintritts einer Frühgeburt und nehmen die Schwangerenvorsorge vermindert wahr (ca. nur 20%),

Die Bereiche Schwangerschaft und Geburt erfuhren vom 19. Jahrhundert bis heute eine durchgreifende Medizinalisierung, die einen drastischen Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit bewirkte, andererseits jedoch eine Entfremdung zwischen Mutter und Kind im Geburtsprozess, einen Verlust der psychologischen Dimension und ein Missachten der instinktiven Kräfte und Basisbedürfnisse von Mutter und Kind mit sich brachte.

Der weitaus größte Teil der Geburten findet in Kliniken statt. Der gängige medizinische Umgang mit Schwangerschaft und Geburt ist oftmals von Pathologisierung, Technisierung und Übermedikalisierung geprägt. Die Frühgeborenenrate zeigt trotz alledem eine leicht ansteigende Tendenz. Die Kaiserschnitttrate ist im vergangenen Jahrzehnt stark angestiegen. Studien belegen, dass ein geringeres Maß an apparativ-technischer Versorgung und ein nicht pathologisierender Umgang nicht von einem Anstieg der Mütter- und Säuglingssterblichkeit begleitet ist.

Unterschiedliche Studien aus unterschiedlichen Blickwinkeln belegen den hohen gesundheitsfördernden Stellenwert einer seelischen und salutogenetisch orientierten Begleitung während Schwangerschaft und Geburt. So wirkt sich im Rahmen der medizinischen Begleitung gerade auch von belasteten Schwangeren der Einsatz von ressourcenorientierter und klientenzentrierter Beratung und Gespräch in Ermutigung der Klientinnen zu Eigenverantwortung in deutlich entlastender Weise aus. Die kontinuierliche Begleitung der Schwangeren durch vorwiegend eine Hebamme (continu-

ity of care) bewirkt, dass Frauen weniger vorzeitig in die Klinik gehen, weniger schmerzlindernde Medikamente beanspruchen und eher Lernprogramme nutzen. Geburtsvorbereitungskurse, die über die Wissensweitergabe hinaus seelische Unterstützung sowie Zugänge der Stressbewältigung zum Beispiel durch Entspannungsübungen vermitteln, bewirken ein Absinken der Frühgeburtsrate und erleichtern Geburtsabläufe, so dass geburts-hilffliche Eingriffe seltener nötig sind.

Das noch neue und wichtige Berufsfeld der Familienhebammen, Hochrisikoschwangere im Hausbesuch regelmäßig zu betreuen, scheint aufgrund deren nicht ausreichender Qualifikation und seelischer Überforderung an der Aufgabe noch entwicklungsbedürftig.

Die unter Punkt 4.4.3 und 4.4.4 genannten Interventionen machen über eine allgemeine Stressentlastung der Schwangeren hinaus eine Bearbeitung unbewusster, abgelagerter Traumatisierungen möglich. Die unter Punkt 4.4.3.2 und 4.4.4.1 beschriebenen Interventionen weisen zur Zeit leider noch keine abgeschlossenen Evaluationsstudien auf.

Die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung kann jedoch durch eine Studie belegen, dass die Frauen zu 97,7% natürlich entbanden, unter der Geburt weder Schmerzmittel noch eine Periduralanästhesie benötigten und dass weder Vakuum- noch Zangengeburt vorkamen. Raffai gibt in dem von der Autorin mit ihm durchgeführten Experteninterview an, dass bei der Begleitung von über 1000 Einzelschwangerschaften mittels der Mutter-Kind-Bindungsanalyse bislang keine einzige Frühgeburt aufgetreten ist.

Nachfolgend genannte Leitfragen lassen sich aus dem Pool gesammelter Informationen ableiten:

- Grundlage für die gesunde psychische Entwicklung des Menschen ist eine hinreichend gute vorgeburtliche Beziehungsentwicklung zwischen Mutter und Kind. Ist es in dieser Hinsicht und im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich, den mit Schwangeren arbeitenden Berufsgruppen im Rahmen von Aus- und Weiterbildung angemessene theoretische Kenntnisse sowie psychosoziale Kompetenzen für einen angemessenen Umgang zu vermitteln?
- Die heutige Zeit zeichnet sich durch hohe Stressbelastungen, sich verändernde, destabilisierende Lebensformen sowie einer zunehmenden Individualisierung, einer hohen Quote psychischer Verhaltensauffälligkeiten, einer Zunahme an Depressionen, Suchterkrankungen und pränatalen Traumatisierungen aus. Ist es im Hinblick auf die Vermeidung negativer Folgewirkungen für das Kind erfolversprechend,

Angebote fördernder und kompetenzstärkender Begleitung der Eltern(Mutter)-Kind-Beziehung schon in der vorgeburtlichen Lebensspanne bereitzustellen?

- Könnte im Anbetracht der aktuellen gesellschaftlichen Problemlage eine Förderung der psychosozialen Kompetenz in Schulen und Kindergärten eine Vorbereitung für eine Entwicklung von Elternkompetenz sein? Ist dies eine Chance, Kinder aus Risikogruppen zu erreichen, die im häuslichen Umfeld in dieser Hinsicht gewöhnlich wenig Vorbereitung erhalten?

In Ableitung lautet die Hypothese, dass eine Integration der Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie in Bildungssysteme, in das Gesundheitssystem über die Entwicklung eines Versorgungssystems vorgeburtlicher Förderung und Prävention und in Schulen und Kindergärten über Programme zur Förderung psychosozialer Kompetenz erforderlich ist. Dies würde zu einer Verminderung zum Beispiel von pränatalen Traumatisierungen, Frühgeburten oder Geburtstraumen und den sich daran anschließenden langfristigen negativen Folgewirkungen führen und somit eine immense Kosteneindämmung im Gesundheitswesen bewirken.

6 Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne

In diesem Abschnitt wird einleitend die Begrifflichkeit Gesundheitsförderung und Prävention erklärt. Es wird dargestellt, welche Themenfelder die vorliegende Arbeit diesbezüglich aufgreift und was nicht thematisiert werden konnte.

2007 geben Hurrelmann et al. die nachfolgend genannte Definition von Gesundheitsförderung und Prävention und der dazugehörigen Handlungsebenen. Bei der Gesundheitsförderung bestehe das Intervenieren in dem Verbessern von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und dem Fördern der ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen. Dafür sei die Kenntnis salutogenetischer Dynamiken, also die Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien, Voraussetzung. Bei der Prävention hingegen bestehe das Eingreifen im Abwenden von Ausgangsbedingungen und Risiken von Krankheiten. Dies setze die Kenntnis pathogenetischer Dynamiken, d. h. der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des individuellen und kollektiven Krankheitsgeschehens, voraus. Die angestrebte Veränderung besteht darin, dass Gesundheitsförderung und Prävention auf der einen Seite ein selbständiges Versorgungssegment darstellen, auf der anderen Seite aber zugleich auch eine Komponente der übrigen Versorgungssegmente Kuration, Therapie, Reha und Pflege sind. „Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht länger ein relativ isoliertes Glied in einer Versorgungskette, sondern Bestandteil eines integrativ arbeitenden Systems in allen Phasen der Gesundheitsversorgung.“ (Hurrelmann et al. 2007, S. 17)

Auf diese vielschichtige und differenzierte Ausführung übertragen, ist im Hinblick auf eine zu bildende Akzeptanz und eine sich daran anschließende Integration der Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie in Wissenschaft und Bildungssysteme sowie eines noch zu implementierenden Versorgungssystems der Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Zeitspanne höchst wahrscheinlich noch eine geraume Wegstrecke zurückzulegen. Doch gerade aufgrund der zuvor dargestellten, zunehmenden gesellschaftlichen Veränderungen, des dadurch wachsenden

Handlungsbedarfs und der sich kontinuierlich verbessernden Studienergebnisse aus dem Feld der Pränatalen Psychologie wird dieser Bereich voraussichtlich an Bedeutung gewinnen.

In der vorliegenden Arbeit werden die im System bereits vorhandenen, mit der Begleitung von Schwangerschaft am engsten betrauten Berufe, die Gynäkologen und Hebammen, hervorgehoben. Funktion und Lokalisierung anderer Berufsfelder wie Sozialdienste, Drogenberatungsstellen, Jugendämter und Psychologen, die ebenfalls mit Schwangeren in Berührung kommen, wurden aus Gründen der Themenbegrenzung nicht weiterführend beschrieben. An dieser Stelle soll jedoch erwähnt werden, dass ein in allen Phasen der Gesundheitsversorgung integrativ arbeitendes System eine gute Vernetzung benötigt. Der dadurch ermöglichte Informationsfluss zwischen angrenzenden Berufsgruppen und gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen ermöglicht schwangeren Frauen das Auffinden und Nutzen von Angeboten. So können beispielsweise Jugendämter hochgradig risikobehaftete Schwangere auffinden und vermitteln, die aus Gründen der Belastung keine Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch nehmen können.

Es wurde dargestellt, dass einzelne Autoren die Schwangerenvorsorge für Deutschland als insbesondere risikoorientiert einstufen und darüber hinaus kritisieren, dass die schwangere Frau aufgrund dessen in ihrer Einstellung zur Schwangerschaft zusätzlich verunsichert wird (Rauchfuß 2001, De Jong & Cremer 1998). Auch dieser Thematik wurde aus Platzgründen nicht ausführlicher nachgegangen. Dennoch ist wichtig anzumerken, dass die Einführung eines pränatalen Versorgungssystems eine Ausweitung der Schwangerenvorsorge insbesondere im Bereich der Früherkennung um die Erfassung der psychosozialen Situation und des inneren Stresszustandes der Schwangeren notwendig macht, um von Belastung betroffene Frauen erkennen und ihnen unterstützende Angebote nahe legen zu können. Dieser Vorschlag geht nicht mit einer Befürwortung von Risikolastigkeit der Schwangerenvorsorge einher. So konstatieren Ruiz und Avant im Rahmen einer Übersicht der Literatur mittels einer umfassenden Einsicht in die führenden Datenbanken bezüglich der Effekte von mütterlichem pränatalen Stress auf die Entwicklung des Kindes, dass verlässliche, schnell und leicht einzusetzende Möglichkeiten zum Messen von akutem und chronischem Stress in der Schwangerschaft außerordentlich nützlich wären. Weiterhin bestünde Bedarf an Studien bezüglich des Erstellens nicht nur von physiologischen sondern auch von psychosozialen Messwerten im Hinblick

auf die Stressentwicklung der Schwangeren (Ruiz & Avant 2005, übersetzt aus dem Amerikanischen von der Verf.).

Nach Bertelsmann et al. kann ein sinnvolles Präventionsprogramm nur dann seine gesundheitserhaltende Wirkung entfalten, wenn es von der Bevölkerung auch angenommen wird. Nach von Abholz (1991) zusammengetragenen Zahlen ist die Beteiligungsquote an Früherkennungsmaßnahmen eher gering. Ausnahmen stellen jedoch bestimmte Impfmaßnahmen, die Schwangerenvorsorge und Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter dar (Bertelsmann et al. 2004). So ist eine wesentliche Voraussetzung für neue Entwicklungen gegeben.

Renner konstatiert, dass die Schwangerschaft ein wichtiger Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und Prävention darstellt. Schwangere seien – insbesondere, wenn sie ihr erstes Kind erwarten – besonders offen für gesundheitsbezogene Informationen und eher bereit, gesundheitlich bedenkliche Verhaltensweisen abzulegen. So könnten Maßnahmen für Schwangere, sowohl für die Frauen als auch für ihre Kinder, Wirkung entfalten und seien zudem besonders effektiv, weil sie Menschen in einer sensiblen Lebensphase ansprechen (Renner 2005).

In Kapitel vier wurde die Elternschule SAFE, die Mutter-Kind-Bindungsanalyse und die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung eingeführt. Sie stellen für Deutschland verhältnismäßig neue, innovative Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne dar und werden in methodischer Hinsicht und im Hinblick auf Finanzierung, Qualitätssicherung und Implementierung unter Punkt 6.2 ausführlicher dargestellt. Die unter Punkt 4.4.3.1 und 4.4.4.3 beschriebenen Interventionen gehören dem Feld der Psychotherapie an und werden nicht weiter behandelt.

Ebenfalls aus Gründen der Themeneingrenzung wurde eine Betrachtung von Möglichkeiten der Entwicklung von Selbsthilfeinitiativen ganz ausgelassen. Rauchfuß stellt fest, dass die Aktivierung sozialer Netze eine gute Ergänzung zur traditionellen Schwangerenvorsorge darstellen würde (Rauchfuß 2001).

Zum Abschluss soll noch ein Hinweis auf die WHO/Unicef Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ angefügt werden. Babyfreundliche Krankenhäuser wollen in erster Linie die Bindung zwischen Eltern und Kindern schützen und fördern. Hierbei wird ausdrücklich Wert auf das Stillen gelegt, das als eine natürliche Folge einer gelungenen Bindung („bonding“) betrachtet wird. Mit diesem Konzept soll der Vernachlässigung von Kindern vorgebeugt werden ((7) 2009, s. Anhang IV). In Deutschland wurden

demnach bis 2009 erst 47 Krankenhäuser als „Babyfreundliches Krankenhaus“ anerkannt (s. Anhang IV). Dies scheint zu bestätigen, dass die Erkenntnisse der Pränatalen Psychologie in Deutschland nur anfänglich beachtet werden.

6.1 Erweiterung des Bildungssystems

Neben der Entwicklung eines neuen Versorgungssystems bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne sollte das Potential sowohl der Berufsgruppen, die eine Schwangere unmittelbar begleiten oder im psychosozialen Umfeld mit Schwangeren in Berührung kommen als auch Menschen, denen die Erziehung von Kindern und Jugendlichen anvertraut ist, Förderung erhalten.

Verny hebt hervor, dass Veränderungen bei Allen, die mit Schwangeren arbeiten, ein neues und verständnisvolles Bewusstsein voraussetzen (Verny & Kelly 1995).

Eine Umsetzung dessen ist denkbar durch Angebote von Weiterbildung und Supervision, die mit den Erkenntnissen und Forschungsergebnissen der Pränatalen Psychologie vertraut machen und Kompetenzen für den Umgang schulen. So lassen beispielsweise die zuvor beschriebenen positiven Auswirkungen einer bewussten, salutogenetisch orientierten ärztlichen Begleitung der Schwangeren im Hinblick auf Beratung und Gespräch eine Bereicherung des medizinischen Bildungssystems solcherart als außerordentlich sinnvoll erscheinen. Dort wurde deutlich, dass ein Auffangen der Frühgeburtsproblematik im ambulanten Feld möglich ist und dadurch stationäre Einweisungen verhindert werden können. Dies erspart der Schwangeren die Trennung vom familiären, vertrauten Umfeld. Weiterhin würde dies zu erheblichen Kosteneinsparungen führen.

Stauber et al. bestätigen, dass psychosomatische Gesichtspunkte im Fach Geburtshilfe und Gynäkologie eine große Rolle spielen. So hätte man es in diesem Fach mit zahlreichen psychisch bedingten oder mitbedingten Symptomen zu tun, und es würden oft entscheidende und krisenhaft erlebte Lebensabschnitte begleitet. Die Arzt/Ärztin-Patient-Beziehung sei sehr sensibel und bedürfe einer besonderen Aufmerksamkeit. Darüber hinaus seien schwierige Entscheidungen wie beispielsweise die des Schwangerschaftsabbruchs zu treffen.

Auf dem 106. Ärztetag 2003 in Köln wurden die Weiterbildungsinhalte für das Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ um einen acht-

zigstündigen Kurs für das Gebiet „psychosomatische Grundversorgung“ erweitert. Dieser wird durch Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Gynäkologie (DGPFPG) angeboten. Er deckt die in den Richtlinien der Weiterbildungsordnung für Frauenärzte festgelegten psychosomatischen Weiterbildungsinhalte ab und dient der Erlangung psychosomatischer Kompetenz für Vertragsärzte. Neben Theorie ist hier auch die Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken enthalten ((8) 2007).

Ein Organ der ISPPM, das „Special Committee for Education in Prenatal Psychology“ entwickelte in den Jahren 2006 bis 2008 ein umfassendes, internationales flexibles Curriculum (mündliche Mitteilung von Dr. Janus am 17.9.2009). Eine allgemeine Übersicht dazu findet sich im Anhang (s. Anhang V).

Dieses Curriculum möchte zukünftig grundlegende Richtlinien und einen Qualitätsstandard für ein hochwertiges Aus- und Weiterbildungsprogramm „in the field of education in pre- and perinatal psychology, medicine and health (EPPMH-Program)“ bereitstellen. „The goal of the EPPMH-Education Program is to spread the knowledge about pre- and perinatal developmental influences on human life within all professional areas where people are working with children, parents, family concerns or adult development. Therefore the EPPMH-Program works with the newest scientific research results of the pre- and perinatal area and offers to increase knowledge, skills and professional tools. The program integrates the combined attention on the dimension of the theoretical and empirical knowledge and the dimension of self- and relational experience.“ (International Curriculum 2007, S. 1)

Das Programm umfasst drei Bereiche: Zum einen Grundlagen und zum anderen strategische sowie spezialisierte, an die jeweiligen Berufe gebundene Kompetenzen. Die Bereiche enthalten jeweils das Angebot theoretischer Lerninhalte und die Vermittlung wesentlicher Fertigkeiten. Sie beziehen sich auf die theoretischen Forschungsergebnisse und praktischen Erfahrungen aus dem wissenschaftlichen Feld der Prä- und Perinatalen Psychologie und Medizin.

Weiterhin erschließt sich das Curriculum durch die Vernetzung von fünf Prinzipien mit neun Zielen. Bei den fünf Prinzipien handelt es sich um Empowerment; integrative, multidimensionale Wahrnehmung; Familienbeziehungen und weitere Zusammenhänge; die historische, ethnologische und kulturelle Perspektive sowie Selbstreflexion. Die neun Ziele umfassen die Vermittlung der Geschichte der Pränatalen Psychologie, von Psy-

chologie und Biologie der fötalen Entwicklung und Kindheit, von Familienkontext und Gesellschaft, der wissenschaftlichen Studien und Forschung und der sozio-kulturellen Aspekte des pränatalen Lebens und Entwicklung. Hinzu kommt die Kompetenzentwicklung bezüglich (prä- und perinatale) psychotherapeutischer und diagnostischer Methoden und Fertigkeiten, bezüglich der Integration von Prinzipien und Praktiken in die professionellen Aufgabenbereiche und der adäquaten Übertragung von Information zu den Zielgruppen und in die Öffentlichkeit. Das neunte und letzte Programmziel besteht im Erwerb einer Übersicht zu Kenntnissen von Mitteln und Methoden der Prävention.

Es werden unterschiedliche Stufen der Aus- und Weiterbildung angeboten werden, die von Grundlagenkursen bis hin zum Masterstudiengang reichen. Auf allen Ebenen wird es Vorträge, Workshops, Selbsterfahrung, Fallstudien, klinische Studien, Supervision, schriftliches Material und Tests geben. In den Grundlagenkursen entfallen klinische Studien (Internationales Curriculum 2007, aus dem Englischen übersetzt von der Verf.).

Das besondere Kennzeichen des Curriculums besteht darin, dass gesammeltes Wissen aus dem Feld der Psychotherapie als anwendbares Lebenswissen anderen Berufsbereichen zugänglich gemacht wird.

Wie in der Geschichte zum Umgang mit Schwangerschaft und Geburt und in der Darstellung traditioneller Aspekte bereits erwähnt wurde, hatten und haben Hebammen zu unterschiedlichen Zeiten, in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Rollen und Aufgaben inne. Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung messen Rockenschaub als auch Odent den Hebammen in den Industrienationen eine wichtige Bedeutung bei. So sagt Rockenschaub: „Eine fortschrittliche Geburtshilfe müsste das Phantom der Geburtsmedizin durch die Kunst der Hebamme ersetzen.“ (Rockenschaub 2005)

In Deutschland wird in Bezug auf die Hebamme eine Akademisierung des Berufsbildes im Hinblick auf einen Kompetenzzugewinn und eine verstärkte Authorisation erwogen. Diesbezüglich finden seit einiger Zeit Diskussionen mit verschiedenen Fachhochschulen statt. Eine Umsetzung dessen lief 2008 an (mündliche Mitteilung von Ulrike Haldenwang, 1. Vorsitzende des Berliner Hebammenverbands am 10. 9. 2007). Einen Vergleichswert zu Deutschland liefert Holland. Dort befinden sich die Hebammen zu 80% in einer unabhängigen und starken Position. Die ärztliche Geburtshilfe beschränkt sich vor allem auf das Eingreifen in besonders problematischen Situationen. Weiterhin finden 30% der Geburten zu Hause statt. Die Anzahl der Risikoschwangeren liegt landesweit bei 20%.

Im Gegensatz dazu weist Deutschland, wie bereits erwähnt, 40 bis 70% auf, abhängig vom jeweiligen Bundesland und von der jeweiligen Stadt (De Jong & Cremer 1998).

Im Hinblick auf eine Höherqualifizierung von Hebammen in Deutschland wäre eine Integration von Teilen des Curriculums der ISPPM in die Ausbildungsgänge der entsprechenden Fach- oder Fachhochschulen denkbar. Darüber hinaus sollte für die Befähigung zu einer ganzheitlicheren Gestaltung von Geburtsvorbereitungskursen gesorgt werden.

Besonderes Augenmerk verdient an dieser Stelle noch einmal die Aufgabe der Familienhebamme. Ausgestattet mit der grundständigen Ausbildung einer Hebamme ist sie in der kontinuierlichen Begleitung von Risikoschwangeren mit Anforderungen konfrontiert, die eine explizit über die (jetzige) Hebammenausbildung hinausreichende, psychologische Kompetenz in theoretischer sowie praktischer Hinsicht erfordert. Wie bereits dargestellt wurde, wird hier das Angebot einer systematischen und gezielten, spezifisch ausgestalteten Weiterbildung benötigt.

Hurrelmann et al. konstatieren, dass der Durchsetzungserfolg von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen nicht zuletzt vom gelungenen Nachweis ihres politischen und wirtschaftlichen Nutzens abhängen wird und dass ein wichtiger Aspekt dabei der Ausgleich sozialer Benachteiligung ist (Hurrelmann et al. 2007). Unter diesem Blickpunkt befinden sich die Familienhebammen im Arbeitsfeld Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne an der vordersten Front und sollten entsprechend ausgebildet und unterstützt werden.

6.2 Entwicklung eines neuen Versorgungssystems

Das Modellprojekt SAFE, die Mutter-Kind-Bindungsanalyse und die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung stellen in Deutschland erste Beispiele von Interventionen im Hinblick auf die Entwicklung eines neuen Versorgungssystems im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensspanne dar. Hierbei sieht das Modellprojekt SAFE im Rahmen seiner in vier Modulen angelegten Konzeption vor, dass bei Bedarf einzelnen Teilnehmern die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung angeraten wird.

Für die oben genannten Ansätze, ausgenommen der genannten psychotherapeutischen Einzelbehandlung im Rahmen von SAFE, existiert zur Zeit noch keine öffentliche Kostenübernahme. So werden die Interven-

tionen entweder privat bezahlt und bleiben so finanzkräftigen Klientinnen vorbehalten oder es werden im Rahmen von Projektentwicklung, wie beispielsweise bei dem Modellprojekt SAFE, anteilig Fremdmittel zur Unterstützung akquiriert.

Ein gut entwickeltes Beispiel für die Förderung der Elternkompetenz in der nachgeburtlichen Zeit gibt die Eltern-AG, ein Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien, das für den Präventionspreis 2006 nominiert wurde. Hierbei handelt es sich um ein Präventionsprogramm für die Zeit der frühen Kindheit, das von Armbruster entwickelt wurde. Das Projekt lässt sich flexibel in unterschiedliche professionelle Einsatzfelder wie Kindertagesstätten, Schulen, Beratungsstellen oder Heime übertragen. Nachdem die Finanzierung zu Anfang von verschiedenen Trägern übernommen worden war, begann ab 2007 der Weg in die wirtschaftliche Selbständigkeit durch vertraglich abgesicherte Verkäufe des Eltern-AG-Pakets an verschiedene Jugendämter in Sachsen-Anhalt (Armbruster 2006, s. Anhang VI).

Die konsequente Ausrichtung auf Risikofamilien stellt eine wertvolle Anregung für die Gestaltung von Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention in der vorgeburtlichen Lebensphase dar.

Die gezielte Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit spielt bei der Verbreitung neuer Projekte eine wichtige Rolle, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch keine Berücksichtigung finden.

Das Modellprojekt SAFE weist gemäß seiner Konzeption Ähnlichkeiten mit der Eltern-AG auf. Es besitzt aufgrund seiner gut strukturierten Ausstattung ebenfalls eine gute Übertragbarkeit. Die Teilnahme erfolgt durch Eigeninitiative der Eltern oder durch Zuweisung von Risikoschwangeren über Jugendämter, allgemeine Sozialdienste, Hebammen oder Geburtshelfer.

Über fünf Jahre – bis zum 30. 6. 2010 – besteht eine Förderung durch die Aktion Mensch¹. Der finanzielle Eigenanteil für Eltern beträgt 50 Euro bzw. 25 Euro für einzeln teilnehmende Mütter oder Väter.

Weitere SAFE-Standorte in verschiedenen Städten befinden sich im Aufbau (Projektbeschreibung 2007, mündliche Auskunft Sekretariat von Dr. Brisch am 17.9.2009). Im Hinblick auf diese zukünftige Entwicklung wird es unterschiedliche Finanzierungsmodelle geben, die jeweils von der Regelung abhängen, die die verantwortlichen Mentoren in Abstimmung

¹ Hierbei handelt es sich um die ZDF Lotterie, die sich früher Aktion Sorgenkind nannte.

mit Brisch treffen (Brisch in Suchodoletz 2007). Seit Herbst 2006 sieht ein Beschluss der bayrischen Staatsregierung vor, in allen Schwangerschaftsberatungsstellen in Bayern zukünftig das kostenfreie Angebot von SAFE-Gruppen zu unterstützen. Mitarbeiter erhalten eine Finanzierung der SAFE-Mentorenausbildung und verpflichten sich anschließend, SAFE-Gruppen in der Einrichtung anzubieten (mündliche Mitteilung von Brisch am 17.10.2007).

Diese zügige Entwicklung hin zu einer Akzeptanz, ohne dass bereits die Ergebnisse der Evaluationsstudie vorliegen, zeigt möglicherweise den akut bestehenden Bedarf an vorgeburtlicher Förderung und Prävention auf.

Darüber hinaus lässt sich aus professioneller Perspektive eine positive Resonanz auf das Projekt verzeichnen. An dem sogenannten SAFE-Mentor-Programm, der SAFE-Ausbildung, besteht ein reges Interesse. 2006 wurden 100 SAFE-Mentoren ausgebildet, die zum Teil bereits eigenständig Gruppen anbieten. 2007 hatten sich schon mehr als 300 neue Teilnehmer für die Ausbildung eingeschrieben (Projektbeschreibung 2007). Die erste Ausbildung in Berlin im Oktober 2007 war bereits ausgebucht, bevor eine Veröffentlichung erfolgt war.

Zu den genannten neuen Ansätzen vorgeburtlicher Begleitung stehen noch weitere Evaluationsstudien aus. Gerade im Hinblick auf die Einzelinterventionen können nur ausreichende Qualitätsnachweise – evidence-based – beispielsweise zu einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen führen.

Weiterhin sollten im Zuge des Heranwachsens und für den Schutz einer Qualitätsentwicklung des neuen Versorgungssystems Richtlinien bezüglich des Leistungsstandards und der Gewährleistung von Qualität erstellt werden.

Wünschenswert für die Weiterentwicklung wäre die Bildung eines Forums, das erprobte Methodenansätze aus verschiedenen Psychotherapierichtungen sowie bereits angewendete vorgeburtliche Ansätze zusammenträgt und auswertet.

Im Rahmen der ISPPM finden sich regelmäßig Therapeuten zusammen, um sich im Rahmen von Wochenendtagungen zur Thematik „Methodische Ebenen in der Pränatalen Psychologie“ auseinanderzusetzen (mündliche Mitteilung von Dr. Janus am 17.9.2009).

Nachfolgend werden SAFE, die Mutter-Kind-Bindungsanalyse und die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung etwas ausführlicher beschrieben, um einen besseren methodischen Einblick zu ermöglichen.

6.2.1 SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern

Es folgt eine Darstellung des inhaltlichen Aufbaus der vier Module, aus denen SAFE zusammengesetzt ist.

Das pränatale Modul umfasst geschlossene Treffen der Elterngruppen an vier Sonntagen vor der Geburt, beginnend etwa ab der 20. Schwangerschaftswoche. Inhalt des pränatalen Moduls bildet umfassende Informationsvermittlung und Austausch in der Gruppe. Eltern-Kind-Interaktionen werden mittels Videoaufnahmen veranschaulicht. Die Eltern werden dabei gezielt geschult, die Signale eines Babys genau wahrzunehmen und sich feinfühlig darauf einzustellen. Darüber hinaus werden Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren erlernt, damit ein Umgang mit stressvollen Situationen während der Schwangerschaft und der Geburt besser möglich wird.

Das postnatale Modul enthält sechs sonntägliche Treffen ab dem ersten Monat nach der Geburt. Inhalt der Gruppentreffen ist insbesondere die Verarbeitung des Geburtserlebnisses, die Umstellung der Partnerschaft und die Neuentwicklung einer emotionalen Beziehung zu dritt mit dem Säugling. Die Eltern bringen die Babys zu den Terminen mit. So können elterliche Kompetenzen und interaktionelle Schwierigkeiten direkt beobachtet und daraus gelernt werden. Weiterhin werden individuelle Videoaufnahmen zu der Eltern-Kind-Interaktion gefertigt, denen sich ein individuelles Feedbacktraining anschließt. Mit Einverständnis der Eltern werden die Videos auch in der Gruppe als Feedbacktraining für alle Teilnehmer verwendet.

Ein weiteres Modul bildet die individuelle Traumatherapie. Wie bereits erwähnt wurde, führen die Mentoren (Gruppenleiter) mit allen werdenden Müttern und Vätern ein Erwachsenen-Bindungs-Interview durch, um festzustellen, welche Bindungsressourcen und ungelöste traumatische Erfahrungen mit in die Beziehung zu den Kindern eingebracht werden. Eltern, die ungelöste traumatische Erfahrungen aufweisen, erhalten Aufklärung und den Hinweis, dass traumatische Erfahrungen und dazugehörige Affekte gerade durch Kinder ungewollt wachgerufen werden und für die gemeinsame Beziehungsentwicklung fatale Folgen haben können. Es wird die Inanspruchnahme einer individuellen Aufarbeitung bei dafür angemessen qualifizierten Psychotherapeuten empfohlen.

Das vierte Modul stellt die Beratungsstelle oder die sogenannte „Hotline“ dar. Hier wird den Eltern die Möglichkeit geboten, die ihnen bereits bekannten und somit vertrauten Gruppenleiter anzurufen oder über Email zu kontaktieren, wenn ein Bedarf nach Unterstützung besteht. Da

dem Gruppenleiter durch die Zusammenarbeit die Ressourcen sowie Risiken und Schwierigkeiten der Teilnehmer vertraut sind, ist eine rasche und gezielte Intervention und Beratung häufig gut möglich.

Brisch fasst zusammen: „Ziel des gesamten SAFE-Programms ist es, daß nach dem Ablauf des ersten Lebensjahres möglichst viele Kinder von Eltern, die an der SAFE-Gruppe teilgenommen haben, sichere Bindungsmuster aufweisen und sich die Erfahrungen der elterlichen Traumata nicht mit dem Säugling wiederholt haben.“ (Brisch & Hellbrügge 2007, S. 295)

6.2.2 Vorgeburtliche Einzelbegleitung

6.2.2.1 Die Mutter-Kind-Bindungsanalyse

Raffai umreißt, dass es bei der Bindungsanalyse weder darum geht, dass die Mütter keine natürliche Beziehung zu ihrem Baby haben, noch darum, ob Babys eine funktionierende Psyche haben. Es ginge vielmehr darum, ob die Psyche des Babys für die Mütter verstehbar und reflektierbar werden kann, damit zwischen beiden ein fruchtbarer Dialog und eine Vertiefung der Beziehung erreicht wird. Manchmal werde dies von dem psychischen Zustand, der Sozialisierungsvorgängen, den eigenen fetalen Erlebnissen, den Elternbildern oder auch von den Spannungen der psychosozialen Umgebung der Mutter beeinflusst und sogar geschädigt.

Er beschreibt den Ablauf der Bindungsanalyse: „Einerseits enthüllen wir die unbewußten Vorgänge, die durch die Mutter-Kind-Bindung aktiviert werden. (...) Auf der anderen Seite versuchen wir, einen emotional-kognitiven Bindungsraum zwischen der Mutter und ihrem Kind zu schaffen, der für beide durchdringbar und verstehbar ist, wo die Emotionen teilbar und austauschbar werden und die Bindung selbst dabei regulierbar, differenziert und harmonisch gemacht werden kann. Es ist keine Therapie, sondern eine Korrektur der unbewußten Vorgänge, eine Entwicklung der Bindung, und dadurch wird die Individuation beeinflusst.“ (Raffai 1999, S. 356)

Raffai führt das Beispiel eines Falles von seinem Kollegen Hidas (1998) an, wo eine junge Frau in der Bindungsanalyse den Kontakt mit ihrem Kind nicht aufnehmen konnte. Zwischen den Beiden befand sich ein dunkler Fleck, dessen Empfindung vitale Angst bei ihr auslöste. In einer der folgenden Sitzungen wandelte sich der Fleck in eine Mutter mit dämonischen Zügen, die ihr Kind nicht gewollt hatte. Hierbei handelte es sich um die intrauterine Mutterrepräsentanz, die den Kontakt verhindert hatte. Mit dieser Erfahrung und dem darauf folgenden Verstehen löste sich der dunkle Fleck

zusammen mit der Angst auf, so dass die Mutter ihr Kind zum ersten Mal empfinden konnte (Raffai 1999).

Es ist eine der wichtigsten Entdeckungen der Bindungsanalyse, dass der Uterus ein „Mehrgenerationenraum“ ist. Nicht nur die Mutter der Mutter, sondern auch die Großmutter und der Großvater und auch der Partner der Mutter sind im Mutterleib präsent und nehmen so an der Beziehung zum Fötus teil.

Während einer gelingenden Mutter-Kind-Bindungsanalyse reift die Mutter vom Kinde ihrer Mutter zur Mutter ihres Kindes heran. Die Mutter wird immer fähiger, die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und somit auch die Beziehung zu strukturieren (Experteninterview 2007, s. Anhang II).

Raffai kommentiert abschließend: „Ungelöste Traumata stören die seelische und geistige Entwicklung des Kindes. Kinder, die keine Traumata erlebten, oder deren Traumata gelöst wurden, entwickeln sich besser und schneller, sie sind selbstsicherer, empathischer, sind reifer in ihrer Wahrnehmung, kreativer, kooperativer und lebenswürdiger“ (Raffai et al. 2006, S. 31).

6.2.2.2 Haptonomische Eltern-Kind-Begleitung Im Hinblick auf die Entstehung der Haptonomie erklärt ihr Begründer Veldman: „Es sind die tiefen Gemütsbewegungen, die die Welt der Affektivität bestimmen, die wir zu unserer Selbstentfaltung brauchen, eine daseinsbestärkende und bejahende Achtung unseres besonderen Wesens. Und dies von der Zeugung bis zum Tod. Auf dieser Erkenntnis basiert die Haptonomie.“ (Veldman 1996, S. 115

Janus schreibt, dass Veldman ab den 1940er Jahren während lebensbedrohlicher, erschütternder Extremsituationen im zweiten Weltkriegs eine instinktnahe, basisaffektive Ebene des menschlichen Kontakts entdeckte, die dem anderen Menschen in wechselseitiger Bezugnahme befindliche, existentielle Anerkennung und fundamentale Sicherheit verleiht. Diesen habe er als psychotaktilen Kontakt bezeichnet. In der Folge habe er diese Art des Kontakts erschlossen und in verschiedenen Bereichen in der Arbeit mit Menschen zugänglich gemacht (Janus 1996).

De Jong und Cremer geben an, dass nach Veldmans Auffassung in unserer Gesellschaft vielen zwischenmenschlichen Beziehungen die gegenseitige Zuneigung und Liebe fehlt und die übliche rationale, vom Verstand gelenkte Existenzbestätigung nicht ausreicht, um echte vertrauensvolle, affektive Beziehungen herzustellen. Es fehle die Gefühlsebene. Diese

Grundstörung habe in besonderem Maße Auswirkungen auf die pränatale Phase und auf den Geburtsverlauf. Der Grundstock des affektiven Bewusstseins eines Menschen werde zu einem Großteil bereits im Mutterleib angelegt (De Jong & Cremer 1998).

Veldman konstatiert, dass es wichtig ist klarzustellen, dass es sich bei der haptonomischen Eltern-Kind-Begleitung nicht um eine Form der „pränatalen Erziehung“ handelt. Weiterhin sei der Ansatz nicht kompatibel mit Techniken wie Gymnastik, Yoga oder Atemübungen. Die haptonomische Begleitung impliziere zwar eine Sensibilisierung für die Geburt, sei aber weit mehr als das und könne nicht als eine einfache Geburtsvorbereitung interpretiert werden. Die Erfordernis einer persönlichen und tief respektvollen Begegnung zwischen Begleiter und der begleiteten Mutter/Eltern mache es unmöglich, diesen Ansatz in einer Gruppe anzubieten (Veldman 2007, aus dem Französischen übersetzt von der Verf.).

6.3 Förderung der psychosozialen Kompetenz in Schulen und Kindergärten

Das Angebot einer entsprechenden gesundheitsbezogenen Erziehung im Hinblick auf eine möglicherweise später einsetzende Elternschaft bereits in den Schulen könnte einen frühzeitigen Zugewinn an persönlichen Kompetenzen und Orientierung bewirken, ganz im Sinne einer frühzeitigen Förderung von Elternkompetenz. Dies erhält besonderen Sinn, da die Grundlagen der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes durch kompetente und bezogene Eltern bereits im vorsprachlichen, vorgeburtlichen Raum gelegt werden.

Janus weist auf die Diskrepanz zwischen dem immer noch bestehenden Mangel einer Erziehung zu „emotionaler Reflexivität“ sowie der Vermittlung „psychosozialer Basiskompetenzen“ an Schulen hin, während das Gesundheitssystem unter enormem Kostenaufwand die negativen Folgewirkungen nicht herangebildeter eigenverantwortlicher Potentiale bis hin zu der Entwicklung von multiplen Krankheitserscheinungen in unserer heutigen Gesellschaft auszugleichen versucht. „Das Wissen um die Bedeutung emotionaler Reflexivität und ihrer Handhabung ist noch weitgehend eingeschränkt auf den Raum der verschiedenen Psychotherapien. Dies ist ein ungueter und zum Teil destruktiver Zustand, der die psychosoziale Entwicklung in unserer Gesellschaft verzögert.“ (Janus in Bruder Müller 2009) Betroffen seien davon insbesondere sozial schwache Familien, die häufig nicht

in der Lage sind, ihren Kindern eine solche Erziehung zu Hause anzubieten.

Eine denkbare Maßnahme wäre beispielsweise eine grundlegende Integration tiefenpsychologischer Inhalte in einzelne Unterrichtsfächer wie Gemeinschaftskunde und auch Deutsch. Auf diese Weise könnten entscheidende Ressourcen für die künftige Entwicklung unserer Gesellschaft geschaffen werden (ebd.).

Brisch stellt das Präventionsprogramm „B.A.S.E. – Babywatching gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie“ für drei- bis sechsjährige Kindergartenkinder vor, das auf der Arbeit von Henri Parens beruht. Ziel ist die Förderung von kooperativem, prosozialem und insgesamt kreativerem und aufmerksamerem Verhalten. So gibt Fonagy (1998, 1998, 2003, 2003) an, dass Kinder, die nach frühen Traumatisierungen eine Bindungsstörung entwickelten, extreme Schwierigkeiten haben, sich in die Fühl- und Denkwelt von anderen hineinzusetzen.

Grundlage des angeleiteten Lernprozesses stellt die Beobachtung eines Säuglings in Interaktion mit der Mutter jeweils einmal in der Woche für 20 bis 30 Minuten über eine Zeitspanne von etwa einem Jahr dar. Über sich daran anschließende Aufgaben wird den Kindern der Zugang zu einer Entwicklung selbstreflexiver Kompetenzen und Empathie ermöglicht.

Eine Studie, in der 50 Kinder mit einer Kontrollgruppe vor Beginn und am Ende der Intervention nach einem Jahr Babywatching miteinander verglichen wurden, wies signifikante Unterschiede auf. In Bezug auf externalisierende Störungen verhielten sich die Jungen und Mädchen, die an dem Programm teilgenommen hatten, weniger aggressiv, aufmerksamer und weniger oppositionell. Im Hinblick auf internalisierende Störungen waren sie weniger ängstlich-depressiv, zogen sich nicht so schnell zurück und waren in Konfliktsituationen emotional reaktiver. Die Kontrollgruppe zeigte diese Veränderungen nicht auf.

Es ist in Planung, das Babywatching in ausgeprägten sozialen Brennpunkten einzusetzen, wo Kindergartenkinder besonders verhaltensauffällig sind. In Zukunft soll das Programm auch bei verschiedenen Altersgruppen erprobt werden und in Grundschulklassen pilotmäßig untersucht und eingeführt werden (Brisch in Suchodoletz 2007).

7 Zusammenfassende Betrachtung und Ausblick

Wenn auch die seelische Dimension der vorgeburtlichen Zeit und der Geburt in Wissenschaftskreisen erst anfänglich wahrgenommen wird, so belegen gesammelte Studien aus dem Feld der Pränatalen Psychologie bereits überzeugend, dass eine hinreichend gute vorgeburtliche Beziehung zwischen Mutter und Kind einen entscheidenden Grundbaustein für die Entwicklung von Autonomie, Persönlichkeit und sozialer Kompetenz des Menschen legt. Die von Bowlby begründete Bindungstheorie, die die gesundheitliche Bedeutung einer hinreichend guten nachgeburtlichen Bindungsentwicklung zwischen primärer Bindungsperson und Kind nachweist, lässt sich auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der vorgeburtlichen Zeit übertragen.

So kann zusammengefasst werden, dass die pränatale Entwicklungs- und Erfahrungszeit ein Teil des prä-, peri- und postnatalen Lebenskontinuums darstellt. Das sich fortsetzende Kontinuum der innerpsychischen Entwicklung beginnt in der pränatalen Zeit und kann hier bereits Belastungen ausgesetzt sein.

Diese können zum einen von der Art des gesellschaftlichen Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt ausgehen, zum anderen wirken sich Lebensweise und Einstellung der Mutter auf das werdende Kind aus.

Im Hinblick auf den gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zeichnete sich die Entwicklung der Geburtshilfe nach Einsetzen der Industrialisierung, das 19. und 20. Jahrhundert hindurch, durch eine zunehmende Medizinalisierung aus. Dies führte zu einem bis dahin ungekannten Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, brachte jedoch eine Entfremdung zwischen Mutter und Kind im Geburtsprozess, einen Verlust der psychologischen Dimension und ein Missachten der instinktiven Kräfte und Basisbedürfnisse von Mutter und Kind mit sich. Der Einfluss der Hebammen wurde durch die zunehmende Dominanz der ärztlichen Geburtshilfe abgedrängt.

Darüber hinaus hatte eine Wiederaufnahme der gesundheitswissenschaftlichen Tradition in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg nicht stattgefunden. Die Vormachtstellung der Ärzte und damit eine Dominanz

des bio-medizinischen Modells hielt sich so in Deutschland besonders lange aufrecht. Wahrscheinlich durch das Deutlichwerden der Grenzen einer isoliert betriebenen individuell-kurativ orientierten Medizin hob erst in den 1980er Jahren eine neue wissenschaftliche Orientierung an. Daraufhin setzte bald eine von der WHO angestoßene Entwicklung von Gesundheitsförderung ein. In den 1970er Jahren waren bereits geburtshilfliche Gegenbewegungen entstanden, die Impulse für eine Abkehr von einer nur medizinischen Versorgung von Schwangeren gaben. Ebenfalls ab den 1970er Jahren begann durch reger werdende Forschungsaktivitäten bezüglich des werdenden Lebens eine Beachtung der Lebens- und Entwicklungswelt des Kindes vor der Geburt und eine Aufmerksamkeit für mögliche Belastungen und Folgewirkungen zu entstehen.

Der Beitrag des Salutogenese-Konzepts bestand in einer Stimulation der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zu Protektivfaktoren und Ressourcen und es erweiterte den Blick auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Risiken und Schutzfaktoren.

Im Hinblick auf die Praxis vorgeburtlicher Förderung und Prävention wird in der vorliegenden Arbeit eine Erweiterung des Salutogenese-Konzepts durch die Psychotraumatologie, die sich mit Untersuchung und Behandlung von seelischen Verletzungen beschäftigt, entwickelt. Die Milderung oder Abwendung einer transgenerationalen Weitergabe von Trauma stellt einen wichtigen Aspekt vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention dar.

Bezüglich der Frage nach einer Verortung des Bereichs vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention, der auf dem Wissen der Pränatalen Psychologie aufbaut, wird die Integration in den sich in Deutschland neu entwickelnden Teilbereich der Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitspsychologie vorgeschlagen. Weiterhin wird der Einbezug des vollen Umfangs des Wissensgebietes der Pränatalen Psychologie in die Entwicklungspsychologie als sinnvolle Perspektive erachtet.

Eine Fortsetzung der Betrachtung der gesellschaftlichen Entwicklung zeigt, dass Industrialisierung und Urbanisierung zwar zu günstigen Lebensbedingungen und Wohlstand führten, dass sich jedoch Verhaltensanforderungen entwickelt haben, die erhebliche Belastungen mit sich brachten. Der eingetretene Stress kann als ein bio-psycho-sozialer Spannungszustand gewertet werden und zeigt sich in einer Zunahme von Delinquenz, Kriminalität und Aggressivität, einem Anstieg von Depression und Suchterkrankungen, einer steigenden Quote von Selbstmorden sowie der Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychosomatischen

Beschwerden (Hurrelmann 1991). Lebensformen verändern sich und eine zunehmende Individualisierung entsteht. Die Ursache für die hohe Quote früher Regulationsstörungen sowie der Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und steigender Gewaltbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen sehen einige Autoren in brüchiger werdenden familialen Bindungsbezügen (Gebauer & Hüther 2001, Hurrelmann 1997). Frauen sind in hohem Maße von affektiven Störungen betroffen, die besonders im gebärfähigen Alter auftreten.

Stellt man die bis dahin beschriebenen Kennzeichen der modernen Welt den Studienergebnissen aus dem Feld der Pränatalen Psychologie gegenüber, dann verdeutlicht sich zusehends, dass im gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt zukünftig nicht nur die medizinisch-organische Betrachtung, sondern auch die psychosoziale Situation der Schwangeren verstärkt Berücksichtigung finden und Förderung erhalten muss.

Evaluationsstudien zum Einsatz unterschiedlicher, salutogenetisch orientierter Arten seelischer Begleitung der Schwangeren, die die psychosoziale Lebenssituation einbeziehen und in der ärztlichen Begleitung, von Hebammen, in der Geburtsvorbereitung, in Elternausbildungen oder von einer Doula angewandt werden (können), zeigen im Ergebnis unter anderem ein Absinken der Frühgeburtsrate, eine Verminderung von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und eine verminderte Einnahme von Schmerzmitteln unter der Geburt. Aufgrund dieser Studienergebnisse wird eine Erweiterung des Bildungssystems durch Angebote der Weiterbildung und ergänzende Ausbildungsinhalte für mit Schwangeren arbeitenden Berufsgruppen vorgeschlagen. Zielsetzung bildet hierbei die Vermittlung von Hintergrundwissen aus dem Feld der Pränatalen Psychologie sowie von angemessenen Kompetenzen für Umgang, Beratung und Gespräch.

Gezielte Formen der Einzelintervention wie die Mutter-Kind-Bindungsanalyse und die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung, die auf Förderung und Harmonisierung in der Schwangerschaft abzielen, weisen bei der Begleitung von Einzelschwangerschaften nicht eine einzige Frühgeburt auf. Zuletzt genannte Intervention kann einen gänzlichen Verzicht auf wehenhemmende oder – einleitende Mittel sowie der Periduralanästhesie und einen Prozentsatz von 97,7 an Spontangeburt belegen. Die Perinatalstatistik in NRW beispielsweise weist demgegenüber 69,9% auf.

Diese Erkenntnisse veranlassten die Autorin dazu, die Etablierung eines neuen Versorgungssystems, das solche Interventionen zugänglich macht, vorzuschlagen.

Trotz dieser offensichtlich positiven Einzelergebnisse kann jedoch nicht gefolgert werden, dass es möglich ist, jeder Schwangeren eine seelische Schwangerschaftsbegleitung dieser Art zur Seite zu stellen. Beispielsweise sind die genannten Interventionen nicht in allen Fällen anwendbar, da für eine Durchführung von Seiten der Klientinnen Interesse, Motivation und eine gewisse Verfügbarkeit von Zeit Voraussetzung ist. So ist anzunehmen, dass eine Inanspruchnahme von zum Beispiel mit hohem Risiko behafteten Schwangeren seltener in Frage kommt. Bei Vorliegen gravierender psychischer Themen der Mutter beispielsweise ist, bevor es zum Einsatz der genannten Interventionen kommen kann, oftmals zuerst eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt.

Insgesamt ist die Evaluation zu den vorgestellten Formen vorgeburtlicher Förderung und Prävention – die Elternausbildung sowie die Einzelinterventionen – noch spärlich entwickelt und muss weiter fortgesetzt werden. Hier würde eine Recherche in anderen Ländern, aufschlussreich sein, insbesondere dort, wo bereits mehr Erfahrungswerte in diesem Feld vorliegen.

Dennoch ist die bereits entstandene Akzeptanz bezüglich SAFE in Bayern ein Zeichen für die Aktualität vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention, da es hier zu einer Implementierung der Maßnahme in den Schwangerschaftsberatungsstellen kommt, ohne dass die Evaluationsstudie des Modellprojekts bereits abgeschlossen wurde.

Weiterhin wird in der vorliegenden Arbeit die Einführung von Programmen zur Förderung psychosozialer Kompetenz in Schulen und Kindergärten reflektiert. Diese Option eröffnet die Möglichkeit, einen wirksam fördernden Zugang zu Risikogruppen zu bahnen. Dies wurde in den Plänen für eine zukünftige Implementierung des Programms „B.A.S.E. – Babywatching gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie“ bereits einbezogen.

Eine neue Aufmerksamkeit für die Inhalte der Pränatalen Psychologie scheint sich auch in der wachsenden Hinwendung und der zunehmenden Aktivierung des Berufsfelds der Familienhebammen anzudeuten. So wurde der deutsche Präventionspreis 2006 an das Hamburger Projekt „Adebar“ vergeben. Es ist dem Feld der Familienförderung zuzuordnen und kümmert sich um sozial benachteiligte Eltern. Die geschickte Vernetzung von vier verschiedenen Angeboten enthält neben der Einrichtung eines Familiencafés, einer familiären Krisenhilfe und dem Engagement für die Gestaltung einer kindgerechten Stadtteilentwicklung auch eine Betreuung durch Familienhebammen ((9) 2007).

Im Feld vorgeburtlicher Gesundheitsförderung und Prävention stellt sich letztlich die größte Herausforderung mit der Schaffung einer angemessenen Versorgung der gesellschaftlichen Risiko- und insbesondere der Hochrisikogruppen. Ob eine Versorgung dort und überhaupt gelingen kann – in inhaltlicher Hinsicht kann hierbei nur eine salutogenetische Orientierung die Richtung weisen.

Schlusslicht dieser Arbeit bildet der Erfahrungsbericht einer Frau nach der Geburt ihres ersten Kindes, der im Anhang zu finden ist (s. Anhang VII).

In für die heutige Zeit seltener Weise ist es dieser Schwangeren gelungen, für den Ablauf von Schwangerschaft und Geburt weitgehend optimale, gesundheitsfördernde Umstände einzurichten. Es ist anzumerken, dass keine unterstützenden verwandtschaftlichen Kräfte vor Ort verfügbar waren, weil die Familienangehörigen in einer anderen deutschen Stadt sowie in einem anderen europäischen Land leben.

Folgende Umgebungsfaktoren wirkten zusammen: Die Lebenssituation war finanziell ausreichend versorgt. Es bestand eine gut funktionierende, Unterstützung gebende Partnerschaft. Eine zuvor erfolgte Frühgeburt und eine dadurch noch bestehende Verängstigung wurde während einer von der Autorin begleiteten Mutter-Kind-Bindungsanalyse verarbeitet. Es wurde eine kontinuierliche Begleitung durch eine Hebamme in Anspruch genommen. Die Geburt erfolgte in einem Geburtshaus unter einfühlsamer Betreuung sowie unter Bedingungen, die den Ablauf einer natürlichen Geburt unterstützen.

In dieser Erfahrung fügte sich die Konvergenz unterschiedlicher salutogener Wirkfaktoren zu einem ganzheitlich stimmigen Ablauf. Die Klientin erwies sich als Expertin ihrer Lebenssituation und wusste sie zu gestalten. Angemessen unterstützende Einrichtungen und Angebote standen ihr in ihrem Lebensumfeld (Berlin) zur Verfügung.

8 Literaturverzeichnis

- ALBERTI, B.: Die Seele fühlt von Anfang an. Wie pränatale Erfahrungen unsere Beziehungsfähigkeit prägen. München: Kösel 2005
- ALBRECHT-ENGEL, I., KUNTNER, L. & ALBRECHT M. (Hrsg.): In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. Augsburg: Midena 1997
- ARMBRUSTER, M.: Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg: Carl-Auer 2006
- BENGEL, J., STRITTMATTER, R. & WILLMANN, H.: Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Herausgegeben von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln: 2001
- BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4. Auflage New York: Wiley 1994
- BERTELSMANN, H., GERBER, U., VON STÜNZNER, W. & WALLER, H.: Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit. In: Einführung in die Gesundheitswissenschaften. Hrsg.: Weiterbildendes Fernstudium ‚Angewandte Gesundheitswissenschaften‘ Universität Bielefeld, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH). 2004. S. 6–22. (= 1. Studententext)
- BOWLBY, J.: Child Care and the Growth of Love. Second edition based by permission of the World Health Organization on the report *Maternal Care and Mental Health*. England: Penguin Books 1965
- BRÄHLER, E. & UNGER, U. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag 1996
- BRISCH, K.H., GROSSMANN, K.E., GROSSMANN, K. & KÖHLER, L.: Bindung und Seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta 2002
- BRISCH, K.H. & HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 2007
- BRUDERMÜLLER, G. (Hrsg.): Familie – Öffentliches Gut. Würzburg: Königshausen und Neumann 2009
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West-

- und Ostdeutschland. Schriftenreihe Band 209, 2. Auflage Stuttgart: Kohlhammer 2002
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Baden-Baden: (zu beziehen über Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock) 2004
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Familie ja, Kinder nein. Was ist los in Deutschland? Monitor Familiendemographie. Ausgabe 1–3 Berlin: (zu beziehen über Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock) 2005
- CHAMBERLAIN, D.: Woran Babys sich erinnern. München: Kösel 1990
- DE JONG, T.M. & CREMER, A.F.: Im Dialog mit dem Ungeborenen. Zürich, Düsseldorf: Walter 1998
- DEUTSCH, W. & WENGLORZ, M. (Hrsg.): Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta 2001
- DIEDERICH, P. & OLBRICHT, V.: Unser Baby schreit so viel! Was Eltern tun können. München: Kösel 2002
- DIETZ, S., MIKES, M.-A. & NEISES, M.: Positive Beeinflussung des Geburts- und Stilllebens durch ein pränatal durchgeführtes Mutter-Fetus-Kommunikationstraining. Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin, Heidelberg, 14 (2002) 3/4, S. 307–323.
- DJALALI, M.: Analyse von 130 haptonomisch begleiteten Geburten. Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin, Heidelberg, 12 (2000) 2, S. 355–363
- DORNES, M.: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag 1997
- DUDEN, B.: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Hamburg, Zürich: Luchterhand 1991
- FALTERMAIER, T.: Die Salutogenese als neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie. Störfaktor, Österreich, 10. Jahrgang (1997) Heft 1, S. 37–58
- FALTERMAIER, T.: Grundriss der Psychologie Band 21. Gesundheitspsychologie. Kohlhammer Urban 2005
- FEDOR-FREYBERGH, P.G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. (Zu beziehen über ISPPM Sekretariat, Friedhofweg 8, 69118 Heidelberg) Äl Vsjö: Saphir 1987
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. Auflage München, Basel: Ernst Reinhardt 2003
- FORSSMANN, H. & THUWE, J.: Continued follow-up study of 120 persons born after refusal of application for therapeutic abortion. Acta psychiatrica scandinavica, 64 (1981) S. 142–149

- FRANKE, A. (Hrsg.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT 1997
- FRANKE, A. & BRODA, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT 1993
- GEBAUER, K. & HÜTHER, G. (Hrsg.): Kinder brauchen Wurzeln. Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung. Düsseldorf, Zürich: Walter 2001
- GÉLIS, J.: Die Geburt. Volksglaube, Rituale und Praktiken von 1500–1900. München: Diederichs 1989
- GRABER, G.H. (Hrsg.): Pränatale Psychologie. München: Kindler 1974
- GROSSMANN, K.E. & GROSSMANN, K.: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. 2. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta 2005
- GROSSMANN, K.H. & GROSSMANN, K. (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 2003
- GUNKEL, S. & KRUSE, G. (Hrsg.): Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund? Was bewirkt Heilung? Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union 2004
- HÄCKER, A. & STAPP, K.H.: Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 14. Auflage Bern: Verlag Hans Huber 2004
- HEIMANN, B. & SCHMIDT, C.J. (Hrsg.): Das kollektive Schweigen. Nationalsozialistische Vergangenheit und gebrochene Identität in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie 1992
- HODNETT, E.: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Database Systematic Review, (2000) (2): CD000062.
- HÖLLING, H., ERHART, M., RAVENS-SIEBERER, U. & SCHLACK, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Darmstadt (2007)
- HÜTHER, G.: Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. 6. Auflage Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2004
- HÜTHER, G. & KRENS, I.: Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Düsseldorf, Zürich: Walter 2005
- HURRELMANN, K.: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. 2. Auflage Weinheim und München: Juventa 1991
- HURRELMANN, K.: Die Psycho-Krüppel. Spiegel Special, Hamburg, 12 (1997), S. 87–89
- HURRELMANN, K., KLOTZ, T. & HAISCH, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Auflage Bern: Hogrefe 2007
- HURRELMANN, K. & LAASER, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz 1993
- HURRELMANN, K., LAASER, U. & RAZUM, O. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage Weinheim, München: Juventa 2006

- HUTTUNEN, M.O. & NISKANEN, P.: Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of general psychiatry*, 35 (1987), S. 429–431
- INFO-PAPIER 2005: Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Zu beziehen über Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, 2100 Kopenhagen, Dänemark
- INTERNATIONAL CURRICULUM 2007: Preliminary Version 31.7.2007. Unveröffentlichtes Manuskript, ist in Kürze zu finden auf der Website der ISSPM (<http://www.isppm.de>)
- JANUS, L.: Was ist Haptonomie? *Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin*, Heidelberg, 8 (1996) 1, S. 119–121
- JANUS, L.: *Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie.* Düsseldorf, Zürich: Walter 2000
- JANUS, L.: *Die Psychoanalyse der vorgeburtlichen Lebenszeit und der Geburt.* Gießen: Psychosozial-Verlag 2000
- JANUS, L. (Hrsg.): *Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Ergebnisse der pränatalen Psychologie Band 1.* Heidelberg: Mattes 2004
- JANUS, L.: „Wir lernen vor der Geburt, was wir von der Welt zu erwarten haben.“ *Die seelische Dimension der vorgeburtlichen Entwicklung und der Geburt. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, (2005) 2*
- JANUS, L.: *Wie die Seele entsteht. 2. Auflage* Heidelberg: Mattes 2010
- JANUS, L. & HAIBACH, S. (Hrsg.): *Seelisches Erleben vor und während der Geburt.* Neu-Isenburg: LinguaMed 1997
- JANUS, L. & WIRTH, H.-J. (Hrsg.): *Otto Rank. Technik der Psychoanalyse. Band I–III.* Gießen: Psychosozial 2006
- KIECHLE, M. (Hrsg.): *Gynäkologie und Geburtshilfe.* München, Jena: Urban & Fischer 2007
- KLAUS, M.-H., KENNEL, J.H. & KLAUS, P.H.: *Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung.* München: Mosaik 1995
- KRENS, I.: Von Bindungswunsch und Bindungsangst. In: *Von Bindungswunsch und Bindungsangst.* Hrsg.: Gesellschaft für Tiefenpsychologische Körpertherapie. Hamburg: (zu beziehen ebd., Alsterdorfer Str. 2a, 22299 Hamburg) 2001. S. 4–51. (= Band 2)
- KRENS, I.: Die erste Beziehung. In: *Ursprung und Werden.* Hrsg.: Gesellschaft für Tiefenpsychologische Körpertherapie. Hamburg: (zu beziehen ebd., Alsterdorfer Str. 2a, 22299 Hamburg) 2002. S. 8–44. (= Band 3).
- KRENS, I. & KRENS, H. (Hrsg.): *Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2005
- LABOUVIE, E.: *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt.* Köln, Weimar, Wien: Böhlau 1998
- LEVEND, H. & JANUS, L. (Hrsg.): *Drum hab ich kein Gesicht. Kinder aus unerwünschten Schwangerschaften.* Würzburg: Echter 2000

- LINDER, R.: Ermutigende Mutterschaftsvorsorge – ein Beispiel für die integrative Verbindung von Geburtshilfe und Psychotherapie. *Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin*, 17 (2005) 3/4, S. 247–252
- LORENZ, R.: *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München, Basel: Ernst Reinhardt 2004
- LORENZ, S.: *Wie das Seelenleben des Kindes schon im Mutterleib geformt wird*. 2. Auflage Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 1999
- LUTZ, U. & KOLIB, P.: *Die GEK-Kaiserschnittstudie*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe 2006
- MACKAY, J.: *Der Welt-Gesundheitsatlas*. Bonn: Dietz 1993
- MARLOCK, G. & WEISS, H. (Hrsg.): *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer 2006
- MONTAGU, A.: *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen*. 8. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta 1995
- MYHRMAN, A. & RANTAKALLIO, P.: Unwantedness of pregnancy and schizophrenia of a child. *The British journal of Psychiatry*, 169 (1996) S. 637–640
- NATHANIELSZ, P.W.: *Leben im Mutterleib. Der Weg bis zur Geburt und die Geburt*. München, Leipzig: Paul List 1995
- NEISES, M. & RAUCHFUSS, M.: „*Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft*“. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Köln, (2005) 2
- ODENT, M.: *Im Einklang mit der Natur. Neue Ansätze der sanften Geburt*. Düsseldorf, Zürich: Walter 2004
- OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 5. Auflage Weinheim: Psychologie Verlags Union 2002
- PAPOUSEK, M., SCHIECHE, M. & WURMSER, H.: *Regulationsstörungen in der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Hans Huber 2004
- PORTMANN, A.: *Zoologie und das neue Bild des Menschen. Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen*. Hamburg: Rowohlt 1956
- PROJEKTBE SCHREIBUNG 2007: *Projektbeschreibung des Programms „SAFE“ – Sichere Ausbildung für Eltern*. Unveröffentlichtes Manuskript, zu beziehen über die Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Hauerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstr. 10, 80336 München
- PSCHYREMBEL, W.: *Klinisches Wörterbuch*. 257. Auflage Berlin, New York: De Gruyter 1994
- RAFFAI, J.: Die größeren Entwicklungschancen des Kindes im Mutterleib durch die Bindungsanalyse. *Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin*, Heidelberg, 11 (1999) 3, S. 353–364
- RAFFAI, J. & HIDAS, G.: *Nabelschnur der Seele*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2006
- RAINE, A., BRENNAN, P. & MEDNICK, S.A.: *Interaction Between Birth Complications and Early Maternal Rejection in Predisposing Individuals to Adult Violence*:

- Specificity to Serious, Early-Onset Violence. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (1997) 9, S.1265–1271
- RAUCHFUSS, M.: Ressourcenorientierte Interventionen in der Schwangerschaft. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 123 (2001), S.102–110
- RAUCHFUSS, M.: Psychosoziale Aspekte der Schwangerschaft. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Köln, (2005) 2
- RAVENS-SIEBERER, U., WILLE, N., BETTGE, S. & ERHART, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, Band 50, Heft 5/6, Darmstadt (2007)
- RENNEBERG, B. & HAMMELSTEIN, P. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer 2006
- RENNER, I.: „Schwangerschaftserleben. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der BzGA 2004“. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Köln, (2005) 2
- RIECHER-RÖSSLER, A. & BITZER, J. (Hrsg.): *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München, Jena: Urban & Fischer 2005
- RIEGER, M.: Einfluss psychosozialer Stressbelastung während der Schwangerschaft auf die physische und behavioral-emotionale Entwicklung des Kindes. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag 2005
- RIELÄNDER, M. & BRÜCHER-ALBERS, C. (Hrsg.): *Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen*. Bonn: Dt. Psychologen-Verlag 1999
- RITTELMAYER, C.: *Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer 2005
- ROCKENSCHAUB, A.: „Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht!“ *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Köln, (2005) 2
- RÜCKERT, N., ONDRACEK, P. & RONANENKOVA, L.: *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese. Body and Soul: Salutogenesis and Pathogenesis*. Berlin: Frank & Timme 2006
- RUIZ, R.J. & AVANT, K.C.: Effects of maternal prenatal stress on infant outcomes: a synthesis of the literature. *Advances in nursing science*, 28 (2005) 4, S.345–355
- SCHIEFENHÖVEL, W., SICH, D. & GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E.: *Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. 3. Auflage Berlin: VWB 1995
- SCHINDLER, S. (Hrsg.): *Geburt. Eintritt in eine neue Welt*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe 1982
- SCHNEIDER, E.: *Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren*. Frankfurt: Mabuse 2004
- SCHNEIDER, H., HUSSLEIN, P. & SCHNEIDER, K.T.M. (Hrsg.): *Die Geburtshilfe*. 3. Auflage Heidelberg: Springer 2006

- SCHÜFFEL, W., BRUCKS, U., JOHNEN, R., KÖLLNER, V., LAMPRECHT, F. & SCHNYDER, U. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein 1998
- SCHULZ-ZÜLLICH, C.: Neue Wege im Umgang mit vorzeitigen Wehen in der geburtshilffichen Praxis. Internationale Zeitschrift für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin, Heidelberg, 8 (1996) 2, S. 219–226
- SCHWARTZ, F.W., BADURA, B., LEIDL, R., RASPE, H. & SIEGRIST, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1998
- SCHWARZER, R. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie 1. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe 2007
- SIMOES, E., KUNZ, S., BOSING-SCHWENKLENKS, M. & SCHMAHL, F.W.: Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg. Psychoneuro: Zeitschrift für Praxis und Klinik; Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie; Organ der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie, Stuttgart, 30 (2004) 6, S. 342–347
- SPANGLER, G. & ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta 1995
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel 1998
- STAUBER, M., KENTENICH, H. & RICHTER, D. (Hrsg.): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin, Heidelberg: Springer 1999
- STOLZENBERG, R.: Drei Jahrzehnte Einmischen und Verändern. Dokumentation Frauengesundheit in Bewegung (1974–1999) 1. Auflage Berlin: (zu beziehen über FFGZ e.V., Bamberger Str. 51, 10777 Berlin) 1999
- SUCHODOLETZ, W. (Hrsg.): Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe 2007
- VON UEXKÜLL, T.: Psychosomatische Medizin. 5. Auflage München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1996
- VELDMAN, F.: Haptonomie. Science de l’Affectivité. 9. Auflage Paris: Presses Universitaires de France 2007
- VERDULT, R. & STROECKEN, G.: Symbiose. (Pränatale) Bindung und Kinderrechte. Zu beziehen über Perspektief (Sekretariat), Opleeuwstraat 59, 3840 Gors-Opleeuw, Niederlande
- VERNY, T. & KELLY, J.: Das Seelenleben des Ungeborenen. Wie Mütter und Väter schon vor der Geburt Persönlichkeit und Glück ihres Kindes fördern können. 12. Auflage Frankfurt/M., Berlin: Ullstein 1995
- VERNY, T. & WEINTRAUB, P.: Das Baby von morgen. Bewußtes Elternsein von der Empfängnis bis ins Säuglingsalter. 1. Auflage Hamburg: Rogner & Bernhard 2003

- VETTER, K.: „Die Geburtshilfe entwickelt sich hin zu einer prospektiven Medizin und einer Medizin der Frau.“ Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Köln, (2005) 2
- WACKER, J., SILLEM, M., BASTERT, G. & BECKMANN, M.W.: Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg: Springer 2007
- WALLER, H.: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Auflage Stuttgart: Kohlhammer 2002
- WEITKUNAT, R., HAISCH, J. & KESSLER, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte Methoden Prävention Versorgung Politik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber 1997
- WEMMER, U. & KORCZAK, D.: Gesundheit in Gefahr. Daten-Report 1993/94. Frankfurt: Fischer 1993
- WITTCHEN, H.-U. & JACOBI, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2001) 44
- WITTCHEN, H.-U. & JACOBI, F.: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. The journal of the European Neuropsychopharmacology, 15 (2005), S. 357–376
- WITTCHEN, H.-U., JÖNSSON, B. & OLESEN, J.: Editorial. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. The journal of the European Neuropsychopharmacology, 15 (2005), S. 355–3569

9 Verzeichnis der Internetquellen

- (1) World Health Organization. About WHO. www.who.int/about/en/ (Stand: 11. 7. 2005)
- (2) Ravens-Sieberer, U., Schulte-Markwort, M., Bettge, S. & Barkmann, C., Robert Koch Institut, 11 – 2002: Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. www.kiggs.de/experten/do.PDF (Stand: 7. 7. 2007)
- (3) Internationale Studiengemeinschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. www.isppm.de (Stand: 1. 8. 2007)
- (4) Verzeichnis lieferbarer Bücher. www.buchhandel.de (Stand: 8. 8. 2007)
- (5) Tabelle (statistisch): Kaiserschnittentbindungen (WHO Health Data). www.gbe-bund.de (Stand: 6. 7. 2007)
- (6) Haptonomie. Die haptonomische prä- und postnatale Eltern-Kind-Begleitung. www.haptonomy.org/ (Stand: 14. 5. 2007)
- (7) WHO/UNICEF Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“. www.babyfreundlich.org (Stand: 15. 9. 2009)
- (8) DGPF e.V. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Gynäkologie. www.dgpf.de (Stand: 5. 10. 2007)
- (9) BZgA: Pressearchiv. Pressemitteilungen 2006. Deutscher Präventionspreis 2006 für Hamburger Projekt „Adebar“. www.bzga.de/ (Stand: 17. 8. 2007)

10 Anhang

- Anhang I: Kaiserschnittentbindungen 1980–2006 (WHO Health Data) ((5) 2007)
- Anhang II: Gründe für die Erhöhung der Kaiserschnitttrate. Zusammengefasster Auszug aus der GKK-Kaiserschnittstudie (Lutz & Kolip 2006), erstellt von Silke Nixdorff
- Anhang III: Transskript des Experteninterviews mit Dr. Jenő Raffai (J.R.) – entworfen und durchgeführt von Silke Nixdorff (S.N.) am 3. 6. 2007 in Heidelberg während eines Weiterbildungsseminars in Mutter-Kind-Bindungsanalyse
- Anhang IV: Die zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen ((7) 2009)
Babyfreundliche Krankenhäuser. Insgesamt: 47 Babyfreundliche Krankenhäuser in Deutschland ((7) 2009)
- Anhang V: International Curriculum ISPPM (Preliminary Version 31. 7. 2007)
- Anhang VI: Das Präventionsprogramm Eltern-AG im Überblick (Armbruster 2006, S. 243f.)
- Anhang VII: Erfahrungsbericht einer Geburt (aus dem Setting einer Bindungsanalyse, aus Datenschutzgründen anonymisiert, Juli 2007)

Anhang I: Kaiserschnittentbindungen 1980–2006

Jahr	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Polen	Russische Föderation	Spanien	Schweden	Schweiz
Anzahl								
1980	.	8.489	4.278	.	.	.	11.139	.
1985	.	11.417	6.120	.	.	47.664	11.452	.
1990	.	14.673	7.768	.	133.649	57.081	12.829	.
1991	126.297	15.385	7.590	.	129.041	59.508	13.283	.
1992	128.991	15.649	7.549	.	128.052	64.265	13.095	.
1993	132.334	16.519	7.445	.	124.229	66.851	12.957	.
1994	131.351	17.947	7.571	66.308	131.821	65.803	12.507	.
1995	131.921	18.379	7.622	65.723	134.500	68.342	11.739	.
1996	140.184	19.069	7.754	66.624	140.109	69.932	11.247	.
1997	147.314	19.996	7.701	66.527	149.288	73.064	11.265	.
1998	149.723	22.050	7.974	.	161.370	75.011	11.654	.
1999	152.612	22.731	7.975	.	159.531	79.873	12.032	13.254
2000	160.183	24.522	8.092	.	176.786	85.540	13.102	15.160
2001	161.548	27.629	8.875	.	193.587	91.079	14.291	17.329
2002	170.249	27.313	8.901	.	211.822	97.933	14.922	17.953
2003	175.341	27.097	9.066	.	227.035	104.740	15.617	19.609
2004	183.122	26.471	8.962	.	242.758	110.173	16.680	20.312
2005	183.346	25.383	9.484	.	250.755	116.650	17.006	21.067
2006	186.889	.	9.694	.	266.192	125.208	18.278	.

Jahr	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Polen	Russische Föderation	Spanien	Schweden	Schweiz
je 1.000 Lebendgeborene								
1980	.	46,8	83,8	.	.	.	114,7	.
1985	.	64,0	119,6	.	.	104,4	116,3	198,0
1990	157,0	74,1	127,4	.	67,2	142,2	103,5	186,0
1991	152,1	77,4	124,8	.	71,9	150,2	107,3	177,0
1992	159,4	79,5	125,5	.	80,6	161,9	106,6	.
1993	165,7	84,3	124,7	.	90,0	173,2	109,9	.
1994	170,6	91,7	125,9	137,7	93,6	177,7	111,5	.
1995	172,4	96,4	126,4	151,7	98,6	188,0	113,6	.
1996	176,1	100,6	127,2	155,5	107,3	192,8	118,1	.
1997	181,3	103,9	128,7	161,2	118,4	197,9	124,6	.
1998	190,7	110,5	136,6	.	125,7	205,4	130,9	.
1999	198,0	113,4	134,4	.	131,3	210,1	136,4	169,0
2000	208,8	118,6	136,6	.	139,5	215,1	144,8	193,2
2001	219,9	136,3	156,5	.	147,6	224,1	156,2	235,7
2002	236,7	135,1	160,5	.	151,6	233,8	155,7	248,0
2003	248,1	135,2	160,5	.	156,6	237,0	157,5	272,9
2004	259,5	136,4	157,3	.	161,5	242,3	165,2	277,9
2005	267,3	135,0	167,1	.	172,0	250,1	167,8	288,9
2006	277,8	.	165,5	.	179,9	.	172,5	.

Die WHO empfiehlt bei internationalen Ländervergleichen die Datenquellen und Methodiken der ausgewählten Daten einzusehen.

Copyright © European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Angaben der OECD zu diesem Thema finden Sie hier: [Kaiserschnittentbindungen \[OECD Health Data\]](#)

Anhang II: Gründe für die Erhöhung der Kaiserschnitttrate

Zusammengefasster Auszug aus der GKK-Kaiserschnittstudie (Lutz & Kolip 2006), erstellt von Silke Nixdorff

Lutz und Kolip schildern, dass der Einsatz des Kaiserschnitts anfänglich nur mehr zur Rettung der Mutter erfolgt war und dann zunehmend bezüglich präventiver Indikationen bei fetaler Gefährdung eingesetzt wurde. Fortschritte in der Intensivtherapie führten zu extrem verbesserten Überlebenschancen für Frühgeborene, so dass mittlerweile bereits ab der 25. Schwangerschaftswoche Kaiserschnitte durchgeführt werden. Auch bei anderen Indikationen wird sehr viel großzügiger mit der Schnittentbindung verfahren. Vaginale Entbindung bei der als risikoreich geltenden Beckenendlage sind heute selten geworden. Der Kaiserschnitt wird hierbei inzwischen in über 90% der Fälle eingesetzt. Es besteht an dieser Stelle auch eine geringere Risikobereitschaft der Frauen und Partner, weil der Kaiserschnitt inzwischen so viel risikoärmer geworden ist, und weil die Ärzte im Umgang mit Entbindungen aus Beckenendlage inzwischen keine ausreichende Erfahrung mehr besitzen. Schnittentbindungen kommen außerdem zur Prävention von möglichen geburtsassoziierten Langzeitschäden wie Inkontinenz und Sexualstörungen zur Anwendung.

Bezüglich klinischer und ärztlicher Faktoren ist die Technisierung der Geburtshilfe für den Anstieg der Kaiserschnitttrate verantwortlich. Die technische Überwachung bietet zwar Sicherheit, birgt jedoch auch die Gefahr, dass geringe Normabweichungen der beobachteten Parameter pathologisiert werden und die Schwelle für Interventionen sinkt. Bezüglich des CTGs und der Gewichtseinschätzung des Föten per Ultraschall liegen bereits Studien vor, die dies bestätigen. Weitere Studien zeigen, dass die Kaiserschnitttrate bei Geburtseinleitung gegenüber Geburtsverläufen ohne medizinische Einleitung steigt. So kommen sehr häufig Kaiserschnitte mit der Indikation „protrahierte Geburt“ vor. Eine protrahierte Geburt jedoch ist nicht selten die Folge einer „Interventionskaskade“, die zum Beispiel Geburtseinleitung, Periduralanästhesie, Wehentropf bei Wehenschwäche, mütterliche Erschöpfung sowie dazu noch die Ungeduld der Geburtshelfer umfasst.

Eine systembedingte Ursache für den Anstieg der Rate sehen Lutz und Kolip in der Tatsache, dass vaginale Geburten verglichen mit Kaiserschnitt mit einem wesentlich höheren Personen- und Organisationsaufwand verbunden sind. Zusätzlich unterscheidet sich zur Zeit die Vergütung von vaginalen Geburten und Kaiserschnittentbindungen – so erhält eine Klinik für einen einfachen Kaiserschnitt 78% mehr Geld. Im Hinblick auf rechtliche Aspekte ist anzuführen, dass die Geburtshilfe als Hochrisikomedizin gilt. So sind hier die höchsten Haftpflichtversicherungsprämien zu finden und es treten die teuersten Schadensfälle auf. Für schwere Geburtsschäden werden bis zu zwei Millionen Euro ausgereutelt – eine durchschnittliche Schadenssumme beträgt circa 100 000 Euro pro Fall. Laufend steigende Zahlen an Schäden und der wachsende Schadensumfang haben bereits einen Rückzug der Versicherungsgesellschaften vom Markt zur Folge. Dies führt immer stärker zu einer Defensivmedizin, bei der die juristische Absicherung der Geburtshelfer im Vordergrund steht und nicht die Interessen der gebärenden Frauen.

Bezüglich der Frauen und Partner selber spielt das gestiegene Schwangerschaftsalter und damit einhergehende Komplikationen wie Schwangerschaftsdiabetes und Bluthochdruck eine Rolle. Auch kommt es im erhöhten Alter weit seltener zu einer zweiten oder dritten Geburt, so dass dem erheblichen Risiko bei weiteren Schwangerschaften und Geburt nach einmal durchgeführtem Kaiserschnitt keine sehr hohe Bedeutung beigemessen wird. Weiterhin können Frauen mit chronischen Krankheiten aufgrund des Einsatzes eines Kaiserschnitts relativ sicher eine Schwangerschaft erleben. Schließlich trägt die Zunahme der reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zu einer Erhöhung der Rate bei – Kinder aus künstlicher Befruchtung werden weit häufiger per Kaiserschnitt geboren als Kinder aus spontanen Schwangerschaften. Dies liegt zum Teil an den sich dabei häufig entwickelnden Mehrlingsschwangerschaften. Schließlich ist das Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Schwangeren und ihrer Partner in den letzten Jahren stark gestiegen.

Gesellschaftliche Aspekte wie der Umgang mit Schmerzen spielen möglicherweise auch eine Rolle. In unserem Kulturkreis ist Schmerz überwiegend negativ besetzt und wird häufig mit Medikamenten behandelt. So wird die Diskussion um den Geburtsmodus ideologisch geführt – und so auch die Diskussion, ob Schmerzen zum Geburtserleben dazugehören oder nicht (Lutz & Kolip 2006, S. 18–29).

Anhang III: Transskript des Experteninterviews mit Dr. Jenő Raffai

Transkript des Experteninterviews mit Dr. Jenő Raffai (J.R.) – entworfen und durchgeführt von Silke Nixdorff (S.N.) am 3.6.2007 in Heidelberg während eines Weiterbildungsseminars in Mutter-Kind-Bindungsanalyse

In dem vorliegenden Wort für Wort niedergeschriebenen Interview sind folgende Zeichen verwandt:

Sprechpausen:	# = pro Sekunde Sprechpause
Einatmen:	hhh
Beim Sprechen betonte Wörter:	unterstrichen
Gedehnter Vokal:	jaaaaa
Herausheben von gestischen Beschreibungen:	- lächelt -, - schaut an die Decke -
Gesprochene Laute:	sind aufgeschrieben, z.B. eh, ähm usw.

Die Fragen sind in Fettdruck gesetzt, damit sie zügig auffindbar sind.

1. Teil / Vormittag

S.N.: Das hier ist ##### So, o.k. ### Die Fragen hatte ich Ihnen ja auch gemailt,

J.R.: ja ##

S.N.: und die erste Frage ist: **Sie haben gemeinsam mit Dr. Hidas die Mutter-Kind-Bindungsanalyse entwickelt. # Wann haben Sie damit angefangen?**

J.R.: Ja, am Anfang, eh neunzi, am Anfang achtziger, am Anfang achtziger Jahre, als ich eh # eh als ich in einer kinder-, jugendpsychotherapeutischen Abteilung in Budapest eheh gearbeitet habe. # Ja, dort, dort habe ich mich mit eheh mit ehehe schizophrenen Jungen beschäftigt, psychoanalytisch. Ich habe diese, diese eh Teenager, diese Teenager eheh psychoanalytisch behandelt hhh eh und ich bin darauf gekommen, dass die Wurzel ihrer ehehe ihrer Störung eheh liegt in der pränatalen Zeit ## ääh und eh und eheh dann eheheh haben wir den Gedanken eh gemacht, hhh eh wie können wir solche äh solche # eheh schwere mentale Störungen eh vorbeugen. ## ääh. und eh und eh dann saßen wir mit Herr Hidas zusammen und eh fangen an, die Me, eh die Methode der Bindungsanalyse auszuarbeiten.

- S.N.: Mmh, verstehe # mmh, ja.
- J.R.: Ja.
- S.N.: Wie würden Sie ihre Motivation für die Arbeit umreißen?
- J.R.: Ja, ehehehä, was ich Ihnen vorge vorher gesagt habe, ehehää – die Motivation am Anfang war die Vorbeugung
- S.N.: ja
- J.R.: also die Vorbeugung, spätere schwere mentale ehäh mentale Störungen – atmet tief hörbar ein - ja - seufzt - und eh und und ananandererseits dann, dann, dann eheh inzwischen wurde eheheeee wurde ehe meine Motivation ehehe, ververänderte sich meine Motivation eh und im # heute steht im Mittelpunkt die Harmonisierung der Mutter-Baby- hhh Bindung eheh oder Beziehung eh
- S.N.: aaah
- J.R.: oder Beziehung eh schon, schon im Mutterleib.
- S.N.: Eine saluto, salu, salutogenetische, eine sa - lacht - salutogenetische Ausrichtung sozusagen.
- J.R.: Ja, eieigentlich
- S.N.: eigentlich ja
- J.R.: eigentlich ja, ja
- S.N.: ja
- J.R.: eigentlich ja, ja, ja.
- Beide schweigen kurz -
- S.N.: **Wie viele Patientinnen oder Patienten haben Sie im Ganzen bis heute behandelt?** Also Patientinnen muss man ja schon sagen.
- J.R.: Ja, ja ### es wär besser also, schwangere Frauen?
- S.N.: Ja, - unverständlich -
- J.R.: Ja, ja ja Klientinnen, ja Klientinnen. Ja, ja, bisher habe ich eeeben jetzt eheh versucht zusammen eheheeh zusammen zu ## – Zahlen?
- S.N.: Zusammenzufassen zu Zahlen
- J.R.: Ja, zusammenzufassen die Zahlen. Äh und und ich hab insgesamt etwa 820 e hhhh eh Klientinnen, also schwangere Frauen bisher # äh bindungsanalytisch begleitet.
- S.N.: Und das ist Dr. Hidas hat ja wahrscheinlich auch eine ähnliche Zahl.
- J.R.: Nein, nein, Hidas eheh etwa die Hälfte oder ein bisschen noch weniger
- S.N.: ja
- J.R.: weil er, eheh weil er schon im Alter
- S.N.: ja

J.R.: eh und und und und er kann nicht so viel, er kann nicht so viel arbeiten. Ja ehee Hidas kann etwa ## bisschen über 300

S.N.: mmh

J.R.: bisschen. Also insgesamt über 1000, das

S.N.: ja

J.R.: ist ganz sicher.

S.N.: Ja, mmh.

J.R.: Ja, ja, beide insgesamt über über 1000.

S.N.: Anständiger Wert.

J.R.: Ja, # ja.

S.N.: Das kann man sagen.

J.R.: Ja, das kann man - ja, das kann man sagen.

- Beide schweigen kurz -

S.N.: **Und welche Erfahrungen oder Ergebnisse sind für Sie # in der Anwendung am augenfälligsten?**

J.R.: Ja, ja hier hier kommt eheh die Statistik

S.N.: ja

J.R.: gut ehehe gut an. # Also ich kann Ihnen nur noch öheh meine eheheh meine Zahlen eh meine Zahlen erwähnen eh also ich habe ehe bisher 820 ehehee schwangere Frauen hhh eh davon etwa 40 eh Zwillingsschwangerschaften

S.N.: - leise - mmh

J.R.: eheh und eheh und eh insgesamt eheh die insinsgesamt eheh hab ich bisher # eh vier Frühgeburten gehabt, insgesamt. Das ist 0,5 Prozent, # das ist 0,5 Prozent e und eh,e und eh die normale eheh Frühgeburtensrate liegt etwa eh etwa eh 10 # 10 10 bis 12 Prozent, in Ungarn – ich ich meine auch in Deutschland

S.N.: ja

J.R.: liegt in Deutschland ähnlicher. Aber alle Frühgeburten ehehehee Frühgeburten eh waren unter Zwillingsschwangerschaften. Also bei den einzelnen SchwangerSchwangerschaften gab es bisschen kein einzige FrühFrühgeburt.

S.N.: Aah

J.R.: Ja, kein

SN.: aahja

J.R.: einzige Frühgeburten, ja ## .

S.N.: Haben wir noch etwas Zeit oder müssen wir zurück? Schauen Sie mal.

J.R.: Ja, nur eine Minute haben wir noch.

S.N.: Eine Minute?

- J.R.: Eine Minute.
 - Beide sprechen durcheinander -
 S.N.: Sollen wir an dieser Stelle unterbrechen?
 J.R.: Ja, wir können das ja fortsetzen. Ja, o.k., gut.
 S.N.: Dann erst mal danke!
 J.R.: Ja o.k. Silke. Und machen wir weiter.

2. Teil / Nachmittag

- S.N.: O.k. – Fortsetzung ####.
 Eeh, die nächste Frage ist: **Bezüglich welcher Aspekte erachten Sie die Gesundheitsrelevanz # der Mutter-Kind-Bindungsanalyse für besonders wertvoll und nutzbringend?**
- J.R.: O.k., das ist eine komplizierte Frage
- S.N.: Gesundheitsrelevanz # also
- J.R.: Ja, o.k. o.k.
- S.N.: Was ist dran und was besonders # ? Ist auch ne bisschen komplexere Frage.
- J.R.: Ja, das ist eine komplexere Frage. Ja also, # äh eine der wichtigsten Entdeckungen der Bindungsanalyse ist, dass eh dass die Uterus, eheh dass die Uterus ein Mehrgenerationenraum ist. Das heißt, das heißt nicht nur die Mutter, sondern auch # ehe die Mutter der Mutter also also die Großmutter und die Großvater eh und auch und auch der Partner der Mutter eheh nimmt an der Beziehung teil und ist eh präsent in der Mutterleib. Ja eh und eheh und eheh darüber können eheheheh davon können eh verschiedene Komplikationen # eheheheh können eeh gegeben verschiedene Komplikationen eh und ehh und eheee und können die die Mutter-Baby-Bindung eh schädigen. Ja, und eh eine der wichtigste Aufgabe eh der Bindungsanalyse ist also die Harmonisierung der Mutter-Baby-Bindung im pränatalen Raum eh und eh und eh hhh und eheheheh und die unbewusste Konflikte, unbewusste Konflikte, die eh die # ehehe den Mutterrepräsentant der Mutter und den Babyzustand kommen irgendwie eh behandeln # eh und und und reduzieren ##. Ja also das ist eineine der, ja das ist eieine der der der der wichtigste Aufgabe der der eh der Bindungsanalyse, ja. Ja und und und und natürlich und natürlich eh die die andere Aufgabe – aber das das geht mit eieigentlich mit dem, eheh das geht mit dem Prozess eheheheehähe # das hängt mit dem Prozess zusammen eh dass während der Bindungsanalyse # die Mutter eh selbst reift, die Mutter

selbst reift ehehe vom Kinde, vom Kinde ihrer Mutter # wird sie zur Mutter eh ihres Kindes eheh wer eheh ##

S.N.: ja

J.R.: werwerden werden und und und dadurch entwickelt sich auch das Kind, auch das Kind im Mutterleib # . Ja, also, während der Bindungsanalyse die Mütter werden immer fähäää immer fähiger, die Signale des Kindes eheh des Kindes ## zu perzipieren oder oder ememempfangen

S.N.: ja

J.R.: und ja - unverständlicher Kommentar S.N. - und und und darauf - unverständlicher Kommentar S.N. - ja, ja, darauf zu reagieren

S.N.: ja

J.R.: und dadurch die Beziehung zu strukturieren und dadurch eheheh dass ich das Babies zu strukturieren.

S.N.: Ja, das heißt, darin liegt die besondere Entwicklungschance

J.R.: ja ja

S.N.: zur Mutterwerdung eigentlich.

J.R.: Ja, ja, ja, ja, jajaja, ja.

- Beide schweigen kurz -

S.N.: Jetzt kommt die nächste Frage geht ein bisschen so # in, über den Tellerrand hinaus

J.R.: ja

S.N.: also über das Verhalten hinweg: Wie schätzen Sie den gesundheitspolitischen Wert ääh ## ihrer Methode ein?

J.R.: Ja also ehehe ganz ganz hoch ganz hoch, also eh denken Sie eheheeh anan die Statistik

S.N.: ja

J.R.: an die Statistik eheh über die wir früher gesprochen haben # und die Statistik zeigen ganz eindeutig, ganz eindeutig hhh, dass eheheh vieles hängt von der eheheh von der eh intrauterinen Bindung zwischen Mutter und dem Baby ab. Also, eh nicht nur, nicht nur eheheh nur die # eh die Frühgeburten, nicht nur die Frühgeburten, sondern eh sondern die ganze psychosomatische Geschichte, die ganze psychosomatische Geschichte, # also eh also eheheh fast alles psychoso eheheh psychosomatische Erkrankung eheh Erkrankungen haben haben eeh den Anfang schon im Mutterleib. Ja, ja also also die Wurzel die Wurzel der psychosomatischen Erkrankungen Erkrankungen eheheh liegen liegen eigentlich im Mutterleib. # Ja und und darüber haben wir schon von, schon diese

longitudinale eheh diese longitudinlongitudinale Studien ehehehe von
eheh von öhöööh von verschiedenen eheheh Forscher ##

S.N.: Prager Langzeitstudie zum Beispiel

J.R.: ja, ja, ja zum Beispiel – oder oder die Stressforschungen

S.N.: ja, die Stressforschungen

J.R.: weisen ganz eindeutig darauf hin, dass dass die Wurzel alle alle
späteren psychosomatischen Erkrankungen eheh im Mutterleib eheh
stattfinden.

S.N.: Ist eigentlich die Entsprechung der, # d.h. die Entsprechung zur
gehirnphysiologischen Entwicklung auf der seelischen

J.R.: ja

S.N.: oder in der seelischen Betrachtung

J.R.: ja

S.N.: könnte man sagen.

J.R.: Ja, ja, das könnte man sagen.

S.N.: Ja.

J.R.: Ja, ja # .

S.N.: Gut, dann haben wir schon die letzte Frage.

J.R.: Ja, o.k.

S.N.: **Also, werden Sie das – das ist eine einfache Frage jetzt #
werden Sie ihr Zahlenmaterial # auch in Form einer
wissenschaftlichen Studie veröffentlichen** – oder, das hatten Sie,
glaube ich, schon einmal vor # emmh, ## werden Sie das
veröffentlichen?

J.R.: Jjjah, ja, das das das das ja ja das ich hab bisher sehr viele
Publikationen eheh # eine Mengagika im International Journal

S.N.: aja

J.R.: of of pre- and perinatal psypsychology and medicine and medicine
and hab zwei Buch geschrieben ääh # .

S.N.: Zwei Bücher haben Sie geschrieben?

J.R.: Zwei Bücher, ja.

S.N.: Ich dachte, das wäre nur ‚Die Nabelschnur der Seele‘ # und noch
eins?

J.R.: Ja, das # ‚Der Nabelschnur der Seele‘ war war das zweite Buch.

S.N.: Das war das zweite Buch?

J.R.: Das war das zweite – ja, ja, im Jahre 1998 habe ich eh habe ich
mein erstes Buch Buch geschrieben

S.N.: ach so

J.R.: über die Pränatale Psychologie.

S.N.: Ach ja?

- J.R.: Ja. Ja und dann später
- S.N.: Aber das gibt es nur in ungarisch, oder?
- J.R.: Ungarisch. Das das gibt nur nur ungarisch, nur ungarisch.
- S.N.: Ach schade, könnte man mal auch dran denken zu übersetzen, vielleicht.
- J.R.: Ja, ja, dasss ## würde sich nicht lohnen.
- S.N.: Also, ich kann das
- J.R.: das deutsche Übersetzen
- S.N.: überhaupt nicht lesen jedenfalls.
- J.R.: Ja, ja, ja ja ja also ich habe mal sehen, mal sehen einmal einmal gehen wir auch mit den Publikationen weiter natürlich und und und und werden diese Eckdaten eh irgendwann publizieren.
- S.N.: Ja, ja o.k., das war nur so eine Frage am Rande, dachte ich mir schon so ein bisschen zum Abrunden und # . Ja, herzlichen Dank!
- J.R.: Vielen Dank auch - lacht - ja, o.k.
- S.N.: Das war das Interview mit Dr. Jenő Raffai am 4. Juni, denke ich?
- J.R.: Dritten
- S.N.: Oh, 3. Juni 2007
- J.R.: Ja.

Anhang IV

Die „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“

Ein Babyfreundliches Krankenhaus fördert aktiv das Stillen durch die Umsetzung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“. Alle Einrichtungen mit der Auszeichnung von WHO und UNICEF erfüllen folgende zehn Anforderungen:

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung haben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahe gebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiter-Team in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.
4. Es Müttern umgehend ermöglichen, ab der Geburt mindestens eine Stunde ununterbrochen Hautkontakt mit ihrem Baby zu haben oder bis es das erste Mal gestillt wurde.
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.
6. Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint.
7. Rooming in praktizieren – Mutter und Kind erlauben, zusammenzubleiben – 24 Stunden am Tag.
8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
9. Gestillten Kindern keine künstlichen Sauger geben.
10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.

Babyfreundliche Krankenhäuser

95 Mitgliedskrankenhäuser in Deutschland insgesamt

davon sind:

50 Babyfreundliche Krankenhäuser (bereits zertifiziert)

45 Krankenhäuser in Vorbereitung auf ein Gutachten

50 Babyfreundliche Krankenhäuser in Deutschland

Stand 02/2010

Nr.	PLZ	Krankenhaus	Bundesland	Baby- freundlich seit:	Bestätigt durch Nach- gutachten:
1	70374	St. Anna-Klinik Obere Waiblinger Str. 101, 70374 Stuttgart Tel: 0711/5202-208, Fax: 0711/5202-511 E-Mail: verwaltung@st-anna-klinik.de Internet: www.st-anna-klinik.de	Baden- Württemberg	10/2009	
2	70794	Filderklinik gGmbH Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden Tel: 0711/7703-0, Fax: 0711/7703-2890 E-Mail: frauen@filderklinik.de Internet: www.filderklinik.de	Baden- Württemberg	05/2003	11/2006 11/2009
3	72076	Universitäts-Frauenklinik Tübingen Calwer Str. 7, 72076 Tübingen Tel: 07071/298-2211, Fax: 07071/292-202 E-Mail: info@med.uni-tuebingen.de Internet: www.medin.uni-tuebingen.de	Baden- Württemberg	12/2008	
4	73430	Ostalb-Klinikum Aalen Im Käblesrain 1, 73430 Aalen Tel: 07361/55-2360, Fax: 07361/55-1403 E-Mail: petra.racsits@ostalb-klinikum.de Internet: www.ostalb-klinikum.de	Baden- Württemberg	03/2009	
5	75179	Krankenhaus Siloah Wilferdinger Str. 67, 75179 Pforzheim Tel: 07231/498-2740, Fax: 07231/498-2708 E-Mail: direktion@siloah.de Internet: www.siloah.de	Baden- Württemberg	06/2005	03/2008
6	75365	Kreisklinikum Calw-Nagold/Kliniken Calw – Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Eduard-Conz-Str. 6, 75365 Calw, Tel: 07051/14-0, Fax: 07051/14-2 619, E-Mail: i.giess@klinikverbund-suedwest.de Internet: www.klinikverbund-suedwest.de	Baden- Württemberg	03/2008	
7	77815	Kreiskrankenhaus Bühl Klinikum Mittelbaden gGmbH Robert-Koch-Str. 70, 77815 Bühl Tel: 07223/81-5309, Fax: 07223/815299 E-Mail: M.Frueh@Klinikum-Mittelbaden.de Internet: www.klinikum-mittelbaden.de	Baden- Württemberg	11/2005	11/2008

Nr.	PLZ	Krankenhaus	Bundesland	Baby- freundlich seit:	Bestätigt durch Nach- autachten:
8	78464	Klinikum Konstanz Luisenstr. 7, 78464 Konstanz Tel: 07531/8010, Fax: 07531/8012604 E-Mail: info@klinikum-konstanz.de Internet: www.klinikum-konstanz.de	Baden- Württemberg	05/2009	
9	78532	Klinikum Landkreis Tuttlingen Zeppelinstr. 21, 78532 Tuttlingen Tel: 07461/97-1600, Fax: 07461/97-51 600 E-Mail: i.heine-penning@klinikum-tut.de Internet: www.klinikum-tut.de	Baden- Württemberg	07/2006	06/2009
10	79106	Universitätsklinikum Freiburg, Frauenklinik Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg Tel: 0761/270-3067, Fax: 0761/270-4641 E-Mail: ulrike.halter@uniklinik-freiburg.de Internet: www.uniklinik-freiburg.de	Baden- Württemberg	6/2004	06/2008
11	79110	Evangelisches Diakoniekrankenhaus Wirthstr. 11, 79110 Freiburg Tel: 0761/130-101, Fax: 0761/1301-611 E-Mail: basters@diak-fr.de Internet: www.diak-fr.de	Baden- Württemberg	12/2003	10/2006 11/2009
12	79539	St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH Feldbergstraße 15, 79539 Lörrach Tel: 07621/171-4201, Fax: 07621/171-4299 E-Mail: geburtshilfe@elikh.de Internet: www.elikh.de	Baden- Württemberg	03/2000	05/2008 06/2004
13	89584	Krankenhaus GmbH Alb-Donau-Kreis, Kreiskrankenhaus Eningen Spitalstr. 29, 89584 Eningen Tel: 07391/586-5641, Fax: -5251, E-Mail:ehi@adk-gmbh.de Internet: www.kreiskrankenhaus-eningen.de	Baden- Württemberg	12/2005	12/2008
14	63906	Kliniken Miltenberg-Erlenbach GmbH Krankenhausstr. 45, 63906 Erlenbach am Main Tel: 09372/700-0, Fax: 09372/700-1009 E-Mail:gf@krankenhaus-gmbh.de Internet: www.krankenhaus-gmbh.de	Bayern	07/2009	
15	87509	Kliniken Oberallgäu gGmbH Im Stillen 3, 87509 Immenstadt Tel: 08323/910-273, Fax: 08323/910-272 E-Mail: gisela.maeck@kliniken-oa.de Internet: www.kliniken-oa.de	Bayern	03/2009	
16	90491	St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg Mommensenstr. 24, 90491 Nürnberg Tel: 0911/5699-3430, Fax: 0911/5699-447 E-Mail: still-info@Theresien-Krankenhaus.de Internet: www.Theresien-Krankenhaus.de	Bayern	10/2007	
17	93053	Caritas Krankenhaus St. Josef Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg Tel: 0941/782-2030, Fax: 0941/782-4015 E-Mail: sbauer@caritasstjosef.de Internet: www.caritasstjosef.de	Bayern	7/2004	11/2007
18	97074	Missionsärztliche Klinik gGmbH Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg Tel: 0931/791-2610, Fax: 0931/791-2839 E-Mail: info@missioklinik.de Internet: www.missioklinik.de	Bayern	10/2008	

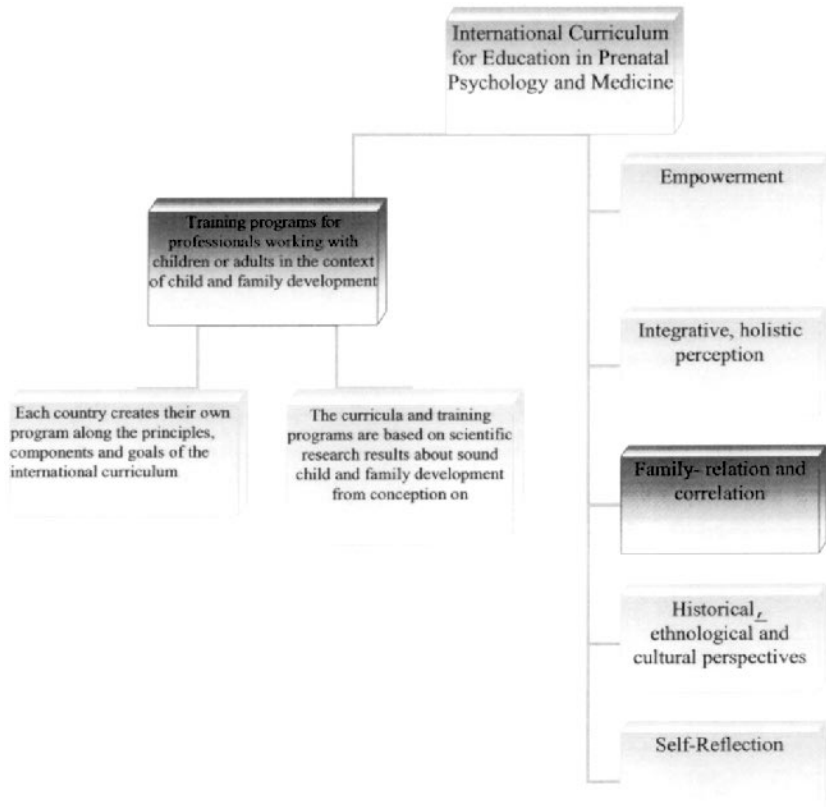
Nr.	PLZ	Krankenhaus	Bundesland	Baby- freundlich seit:	Bestätigt durch Nach- autachten:
19	10365	Sana Klinikum Lichtenberg Fanningenstr. 32, 10365 Berlin Tel: 030/5518-2430, Fax: 030/5518-2060 E-Mail: b.thiele-kedor@sana-kl.de Internet: www.khl-berlin.de	Berlin	09/2007	
20	12101	St. Joseph-Krankenhaus, Gynäkologie und Geburtshilfe Bäumerplan 24, 12101 Berlin Tel: 030/7882-2236, Fax: 030/7882-2766 E-Mail: Frauenklinik@sjk.de Internet: www.sjk.de	Berlin	08/2007	
21	12101	St. Joseph-Krankenhaus, Josephinchen - Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderklinik Bäumerplan 24, 12101 Berlin Tel: 030/7882-2750, Fax: 030/7882-2769 E-Mail: Kinderklinik@sjk.de, Internet: www.sjk.de	Berlin	12/2007	
22	13509	Vivantes Humboldt-Klinikum, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Am Nordgraben 2, 13509 Berlin Tel: 030/13012-2287, Fax: 030/13012-1262, E-Mail: gitte.nicklich@vivantes.de, Internet: www.vivantes.de	Berlin	09/1998	09/2003 09/2006 09/2009
23	14089	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Kladower Damm 221, 14089 Berlin Tel: 030/36501-0, Fax: 030/36501-435 E-Mail: info@havelhoehe.de Internet: www.havelhoehe.de	Berlin	04/2005	07/2008
24	21075	Asklepios Klinik Harburg Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg Tel: 040/1818 86-2433, Fax: 040/1818 86-2744 E-Mail: ren.meyer@asklepios.com Internet: www.asklepios.com/hamburg	Hamburg	07/2003	01/2007 02/2010
25	22359	Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH Haselkamp 33, 22359 Hamburg Tel: 040/64411-421, Fax: 040/64411-312 E-Mail: w.czopnik@amalie.de Internet: www.amalie.de	Hamburg	01/1995	02/2004 02/2007
26	22417	Asklepios Klinik Nord - Heidberg Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg Tel: 040/1818 87-9432, Fax: 040/1818 87-3696 Email: t.juppe@asklepios.com Internet: www.asklepios.com	Hamburg	01/2002	11/2005 11/2008
27	65197	Asklepios Paulinen Klinik Geisenheimer Str. 10, 65197 Wiesbaden Tel: 0611/847-0, Fax: 0611/847-2028 E-Mail: o.zimmer@asklepios.com Internet: www.asklepios.com/wiesbaden	Hessen	05/2006	05/2009
28	65812	Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH Kronberger Str. 36, 65812 Bad Soden Tel: 06196/65-7800, Fax: 06196/65-7802 E-Mail: kontakt@kliniken-mtk.de Internet: www.kliniken-mtk.de	Hessen	01/2009	
29	29451	Capio Elbe-Jeetzel-Klinik Hermann-Löns-Str. 2, 29451 Dannenberg (Elbe) Tel: 05861/83-0, Fax: 05861/83-430 E-Mail: info.cejk@de.capio.com Internet: www.elbe-jeetzel-klinik.de	Nieder- sachsen	09/2007	

Nr.	PLZ	Krankenhaus	Bundesland	Baby- freundlich seit:	Bestätigt durch Nach- autachten:
30	30625	Medizinische Hochschule Hannover - Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover Tel: 0511/532-0, -5550, E-Mail: Frauenklinik@mh-hannover.de, Internet:www.mh-hannover.de	Nieder- sachsen	10/2009	
31	31134	Klinikum Hildesheim GmbH - Perinatalzentrum Weinberg 1, 31134 Hildesheim Tel: 05121/89-0, Fax: 05121/89-4110 E-Mail: gf@klinikum-hildesheim.de Internet: www.klinikum-hildesheim.de	Nieder- sachsen	10/1995	06/2003 08/2006 07/2009
32	31675	Krankenhaus Bethel Herminenstr. 12-13, 31675 Bückeburg Tel: 05722/202-555, Fax: 05722/202-559 E-Mail: i.tscherbner@krankenhaus-bethel.de Internet: www.krankenhaus-bethel.de	Nieder- sachsen	03/2009	
33	31756	Krankenhaus des Kreises Hameln-Pyrmont Wilhelmstr. 5, 31785 Hameln Tel: 05151/97-1241, Fax: 05151/97-1141 E-Mail: ulbrich@kreiskrankenhaus-hameln.de Internet: www.kreiskrankenhaus-hameln.de	Nieder- sachsen	10/1995	08/2004 09/2009
34	40479	Marien Hospital Rochusstr. 2, 40479 Düsseldorf Tel: 0211/4400-2323, Fax: 0211/4400-2835 E-Mail: info@marien-hospital.de Internet: www.marien-hospital.de	Nordrhein- Westfalen	09/2009	
35	44649	St. Anna Hospital Hospitalstr. 19, 44649 Herne Tel: 02325/986-0, Fax: 02325/986-2649 E-Mail: info@annahospital.de Internet: www.annahospital.de	Nordrhein- Westfalen	03/2006	03/2009
36	45239	Kliniken Essen-Süd Probsteistr.2, 45239 Essen Tel: 0201/8408-1001, Fax: 0201/8408-1281 E-Mail: st.josef.werden@t-online.de Internet: www.kliniken-essen-sued.de	Nordrhein- Westfalen	05/2000	07/2003 02/2007
37	47441	St. Josef Krankenhaus Moers Asberger Str. 4, 47441 Moers Tel: 02841/107-0, Fax: 02841/107-2000 E-Mail: gynaekologie@st-josef-moers.de Internet: www.st-josef-moers.de	Nordrhein- Westfalen	11/2008	
38	47805	Helios Klinikum Krefeld Lutherplatz 40, 47805 Krefeld Tel: 02151/32-0, Fax: 02151/32-2220 E-Mail: info@helios-kliniken.de Internet: www.helios-kliniken.de	Nordrhein- Westfalen	09/2000	12/2007 11/2003
39	51429	Vinzenz Pallotti Hospital Vinzenz-Pallotti-Str. 20-24, 51429 Bergisch Gladbach Tel: 02204/41-1400, Fax: 02204/41-1419 E-Mail: frauenklinik@vph-bensberg.de Internet: www.vph-bensberg.de	Nordrhein- Westfalen	04/1997	04/2008 12/2003
40	53113	Gemeinschaftskrankenhaus Bonn - Haus St. Elisabeth Prinz-Albert-Str. 40, 53113 Bonn Tel: 0228/508-1534, Fax: 0228/508-1524 E-Mail: d.lepach@gk-bonn.de Internet: www.gk-bonn.de	Nordrhein- Westfalen	04/2009	

Nr.	PLZ	Krankenhaus	Bundesland	Baby- freundlich seit:	Bestätigt durch Nach- gutachten:
41	59423	Katharinen-Hospital Unna Obere Husemannstr. 2, 59423 Unna Tel: 02303/100-2848 Fax: 0302/100-2840 E-Mail: elternschule@katharinen-hospital.de Internet: www.katharinen-hospital.de	Nordrhein- Westfalen	04/2009	
42	54293	Marienkrankenhaus Trier-Ehrang August-Antz-Str. 22, 54293 Trier Tel: 0651/683-0, Fax: 0651/683-149 E-Mail: info@marienkrankenhaus-ehrang.de Internet: www.marienkrankenhaus-ehrang.de	Rheinland- Pfalz	08/2008	
43	76726	Asklepios Südpfalzklinden GmbH An Fronte Karl 2, 76726 Germersheim, Tel: 07274/504-0, Fax: 07274/504-113, E-Mail: s.pastor@asklepios.com Internet: www.asklepios.com/germersheim	Rheinland- Pfalz	06/2007	
44	08280	HELIOS Klinikum Aue GmbH Gartenstr. 6, 08280 Aue Tel: 03771/58-0, Fax: 03771/58-1280 E-Mail: Diana.Lohmann@helios-kliniken.de, Internet: www.helios-kliniken.de	Sachsen	12/2009	
45	01445	Elblandkliniken Meißen GmbH & Co.KG - Elblandklinikum Radebeul Heinrich-Zille-Str. 13, 01445 Radebeul Tel: 0351/833-3500, Fax: -3504, E-Mail: kontakt.radebeul @elblandkliniken.de, Internet: www.elblandkliniken.de	Sachsen	02/2009	
46	39576	Johanniter Krankenhaus Genthin-Stendal gGmbH Bahnhofstraße 24-26, 39576 Stendal Tel: 03931/66-7300, Fax: 03931/212296 E-Mail: kontakt@jksdl.de Internet: www.genthin-stendal.krankenhaus.johanniter.de	Sachsen- Anhalt	11/1996	05/2003 06/2006
47	23795	AK Segeberger Kliniken GmbH Krankenhausstr. 2, 23795 Bad Segeberg Tel: 04551/802 0, Fax: 04551/802-1500 E-Mail: S.Lietsche@web.de Internet: www.segebergerklinikengruppe.de	Schleswig- Holstein	09/2007	
48	24340	Kreiskrankenhäuser und Kreissenioreneinrichtungen Eckernförde Eckernförder Str. 114-116, 24340 Eckernförde Tel: 04351/882-0, Fax: -228, E-Mail: info@khh- eckernfoerde.de, Internet: www.khh-eckernfoerde.de	Schleswig- Holstein	10/2009	
49	25524	Klinikum Itzehoe, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Robert-Koch-Str. 2, 25524 Itzehoe Tel: 04821/772-1243, Fax: -2709, E-Mail: h.brosch@ kh-itzehoe.de, Internet: www.kh-itzehoe.de	Schleswig- Holstein	03/2005	03/2008
50	99867	HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf GmbH Heliosstr. 1, 99867 Gotha Tel: 03621/220-249, Fax: 03621/220-248 E-Mail: postmaster@gotha.helios-kliniken.de Internet: www.helios-kliniken.de	Thüringen	10/2001	10/2007 10/2004

Hinweis: Seit 2002 werden regelmäßig Nachgutachten durchgeführt.

Anhang V: International Curriculum ISPPM



Anhang VI: Das Präventionsprogramm Eltern-AG im Überblick

<p>Warum ELTERN-AG?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtgesellschaftliches Defizit: zu wenig Familienbildung, vor allem zu wenig Eltern-Trainings zur Prävention frühkindlicher Störungen • Politisches Defizit: Für Gesellschaft, Volkswirtschaft und Krankenkassen entstehen immense Belastungen, wenn kindlichen Entwicklungsrückständen nicht vorgebeugt wird. • Bedeutung der frühen Kindheit: Die ersten Lebensjahre sind entscheidend für die Entwicklung und Gesundheit im Jugend- und Erwachsenenalter. • Transferprobleme: Die Eltern-Trainings erreichen sozial benachteiligte Eltern nicht. • Forschung: Es fehlen niedrigschwellige wissenschaftliche Konzepte zur Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • ELTERN-AG-Eckpunkte • Frühe Kindheit »Auf den Anfang kommt es an!« • Intuitive Erziehungsfähigkeit • Eltern sind die Experten ihrer Kinder!« • Kompetente Kinder »Hilf mir, es selbst zu tun!« • Verzicht auf Experten »Selbsthilfe und gleiche Augenhöhe« • Implizites Lernen »Learning by doing« • Empowerment – Klientenorientierung – Ressourcenorientierung – Lebensweltorientierung – Positive Psychologie • Konzentration auf positive Verhaltensziele »Nichts befähigt mehr als der Erfolg!« 	<p>ELTERN-AG-Erziehungsregeln</p> <p>Die »Sechs goldenen Erziehungsregeln«</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor dem Kind • Förderung und Ansprechbarkeit • Grenzen-Setzen und Konsequenz • Verstärkung des erwünschten Verhaltens und Nichtbeachten des unerwünschten Verhaltens • Austragen von Konflikten ohne Verlierer • Gewaltfreie Erziehung 	<p>ELTERN-AG-Gruppenregeln</p> <p><i>So haben Eltern Spaß in der Gruppe</i></p> <p>Selbsthilfegrundsätze</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Freiwilligkeit 2. Respekt 3. Vertraulichkeit 4. Gruppenthema »Erziehung« (Kindzentrierung) 5. Gleiches Recht für alle 6. Gegenseitige Unterstützung 7. Positive Ansprache – Verzicht auf Abwertung und Etikettierung 8. Verselbstständigung der Gruppe 	<p>Vorteile von Eltern-AG</p> <ul style="list-style-type: none"> • niedrige Zugangsschwelle, flexibel anpassbar (wendet sich ausdrücklich an Menschen, die sozial benachteiligt, bildungsfern oder Migranten sind) • präventive Ausrichtung • Empowerment, Ressourcen-Ansatz, Autonomieerhöhung • überprüfbare Wirksamkeit • leicht verständlich, praktisch umsetzbar, langfristige Effekte • Nachhaltigkeit durch Selbsthilfeorientierung • hohe Wissenschaftlichkeit: empirische Evidenzbasierung • optimale Kosten-Nutzen-Relation für Auftragnehmer
---	--	---	---	--

Kursaufbau	Mentorenschulung	Adressaten und Auftraggeber	Umsetzung	Qualitätssicherung
<ul style="list-style-type: none"> • Vorlaufphase: Werbung der Eltern zur Teilnahme an der ELTERN-AG • Initialphase (Sitzung 1–10): Bausteine; jeweils mit 3 Elementen <ul style="list-style-type: none"> – <i>Schlaue Eltern</i> – <i>Relax</i> – <i>Mein aufregender Elternalltag</i> • Konsolidierungsphase (Sitzung 11–20): wie Sitzung 1–10; zusätzlich Verselbstständigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Adressaten: akademische Sozial- und Gesundheitsberufe (z. B. Pädagogen, Sozialpädagogen, Psychologen), besonders qualifizierte Erzieherinnen • Zusatzausbildung: 9-monatige berufsbegleitende Schulung im ELTERN-AG-Konzept mit Praxisanleitung und Supervision • Abschluss: ELTERN-AG-Zertifikat in früher Bildung und Erziehung 	<ul style="list-style-type: none"> • Adressaten: Paare und Alleinerziehende in der Familienplanungsphase; Eltern von Kindern von der Geburt an bis zur Sekundarstufe (<i>Ausschlass:</i> klinische Behandlungsbedürftige Störungen) • Auftraggeber: Jugendämter, Krankenkassen, Kommunen, Stadt, Landkreise, Stiftungen, freie Träger, Vereine 	<ul style="list-style-type: none"> • Marketing: Gewinnung von Auftraggebern • Vertrag mit Auftraggeber: Festlegung der Bedingungen • Koordination: erfolgt durch den Trägervertreter MAPP e. V. • Klientengewinnung: durch die Mentoren • Durchführung: Vorlauf, Initial-, Konsolidierungsphase • Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Learning-Team-Prinzip • Evidenzbasiert Kriterien: definierte Erfolgsmaße • Empirische Überprüfung: fortlaufende Evaluation • Wissenschaftliche Begleitforschung

Anhang VII: Erfahrungsbericht einer Geburt

Die Mutter hatte unter Begleitung der Autorin eine Mutter-Kind-Bindungsanalyse durchlaufen und berichtet über den Geburtsablauf

Nun ist Torge¹ bereits eine Woche alt – er verzaubert uns jeden Tag mehr und ist ganz und gar ein Bindungs-Analyse-Baby.

Er kam in der Badewanne zur Welt. Wir hatten fast die ganze Geburt über einen guten Kontakt zueinander.

Die Entscheidung fürs Geburtshaus war absolut die richtige. Ich möchte nicht wissen, wie ich in der Klinik entbunden hätte. So hatten wir eine durchaus heftige, aber sehr kurze Geburt. Wir kamen um kurz vor ein Uhr ins Geburtshaus und um 4.54 Uhr hat Torge uns dann schon aufmerksam angeguckt. Vier Stunden finde ich vergleichsweise (was man so hört und gelesen hat) wirklich rekordverdächtig und wir sind sehr dankbar dafür.

Torge hatte die Augen bereits unter Wasser geöffnet und schaute uns lange mit seinen großen dunklen Augen an, als wollte er sagen: „Ah, so sieht das alles hier draußen also aus.“ Ein Moment, den Klaus² und ich niemals in unserem Leben wieder vergessen könnten. Seitdem schläft er viel, ist unheimlich ausgeglichen und unkompliziert. Wenn er nachts Hunger hat, dann lässt er sich in beidseitigem Halbschlaf stillen. Wir entdecken jeden Tag neue Seiten an ihm und schauen ihn manchmal stundenlang einfach nur gerührt, glücklich und dankbar an.

Ach ja, was mich betrifft, ich bin ganz heil geblieben: Kein Dammschnitt, oder –riss, nur ein paar Schürfwunden, die bereits gut verheilen. Das hat mich zwar einige Presswehen mehr gekostet, worüber eben dieser Dehnungsgrad erreicht werden konnte. Die beiden Hebammen haben großartige Arbeit geleistet und uns eine sehr schöne Atmosphäre bereitet, waren in jedem Augenblick mit dem richtigen Rat zur Seite und haben mit ihrer Ruhe und Besonnenheit wesentlich zum Gelingen beigetragen.

Dass Klaus mich unglaublich gut unterstützt hat, brauche ich eigentlich nicht zu erwähnen.

Dennoch, so eine Geburt ist eine wahrhaft existenzielle Erfahrung, die man sich vorher – trotz guter Vorbereitung – nicht wirklich vorstellen kann. Es ist wie eine Naturgewalt, die sich entfesselt und der man nichts entgegensetzen, sondern nur mitmachen kann, so gut es eben geht. Auch zu erleben, dass der Körper spürbar ein perfektes Programm abspult, das er nicht geprobt hat, von dem ich bislang irgendwie vielleicht etwas ahnte, aber nichts wusste, ist absolut faszinierend.

Ja, wir Frauen sind zum Gebären gemacht und diesen Mut und dieses Selbstvertrauen sollte man den Frauen zurückgeben, damit die Klinikgeburten sich wirklich nur noch auf risikobehaftete Geburten beschränken.

¹ Name wurde verändert

² Name wurde verändert