

## PDA - Periduralanästhesie

Entgegen der verbreiteten Meinung belegen eine große Anzahl von Studien, dass eine PDA eine Reihe negativer Konsequenzen hat: was einen komplikationslosen Geburtsverlauf, das Stillen, die Mutter-Kind-Bindung<sup>i</sup>, die körperliche und seelische Gesundheit des Kindes und die Zufriedenheit der Frau mit der Geburt betrifft.

*Was ist eine PDA?*

Die Periduralanästhesie gehört in den geburts“hilflichen“ Abteilungen heute zum Alltag. In den Periduralraum neben dem Rückenmark wird ca. 4-5 cm tief ein Anästhetikum, ein Derivat des Kokain, injiziert. Ein Katheterschlauch, der die Nadel ersetzt, verbleibt für eventuelle Nachdosierungen. Der Körper der Mutter wird von der Hüfte abwärts betäubt bis gelähmt, was den Wehenschmerz erleichtern soll, leider aber auch dazu führt, dass sie sich weniger aktiv am Geburtsgeschehen beteiligen kann. Dies wiederum kann Stress auslösen, der sich in einem Abfallen der kindlichen Herztöne äußert und eine Saugglockengeburt oder einen Notkaiserschnitt nach sich ziehen kann. Manchmal führt die Betäubung auch zu einem Geburtsstillstand, da die Hormonausschüttung gehemmt wird, dann werden wehenfördernde Mittel verabreicht, nach einer PDA gibt es mehr Bedarf an Pitocin<sup>ii</sup>. (Zu den Auswirkungen dessen, siehe den Artikel Geburtseinleitung/Wehenmittel.)

Forscher vermuten, dass vielleicht deshalb signifikant mehr Kinder, die unter PDA geboren werden, unter Neugeborenenengelbsucht leiden.<sup>iii</sup>

37 % der Frauen mit PDA erlebten eine britischen Studie zufolge eine Instrumentengeburt.<sup>iv</sup> Das ist mehr als jede dritte Geburt. (zum Vergleich: insgesamt kommt die Saugglocke in Deutschland in 4,8% der Geburten zum Einsatz.) Für ein Kind bedeutet eine Instrumentengeburt ein erhöhtes Risiko von Aufschürfungen, Gesichtsverletzungen, Verschieben der Kopfknochen und Kephalthämatomen. Das Risiko einer Blutung innerhalb des Gehirns ist bei einer Saugglockengeburt im Vergleich zu einer Spontangeburt um das **Vierfache** erhöht<sup>v</sup>.

Die PDA macht es dem Kind zudem schwieriger die richtige Eintrittslage in den Geburtskanal zu finden, vermutlich weil sich die Mutter nicht mehr in Kooperation mit ihrem Kind und den Wehen bewegt. Die sogenannte Sternguckerlage, bei der das Kind mit dem Gesicht zuerst in den Geburtskanal blickt, ist bei PDAs 4 mal häufiger. 13% der Kinder begeben sich so auf die Reise. Ohne PDA sind es nur 3 %<sup>vi</sup> Dadurch wiederum sind Saugglockengeburt wesentlich häufiger, denn nur 26% der Erstgebärenden mit Kind in Sternguckerlage erleben eine Spontangeburt (57% der Mehrgebärenden)<sup>vii</sup> Alle anderen Kinder in dieser Position werden mit Saugglocke oder einem Kaiserschnitt geholt, das sind 74 % bei Erstgebärenden.

Kinder die in Sternguckerlage in den Geburtskanal eintreten, haben ein höheres Risiko auf Quetschungen und Blutergüsse am Kopf (auch wenn es nicht zu einem operativen Eingreifen kommt). Die Langzeitauswirkungen solcher Geburtsverletzungen werden noch erforscht. Es gibt jedoch einen Zusammenhang zwischen diesen und der Wahrscheinlichkeit während der Pubertät an Anorexie zu erkranken<sup>viii</sup> Dass eine Epiduralanästhesie einen Risikofaktor für Autismus darstellt, belegen Niko Tinbergen<sup>ix</sup> und andere<sup>x</sup>

*Mögliche Komplikationen für die Mutter:*

- Das technische Nicht-Gelingen oder die suboptimale Wirksamkeit einer Periduralanästhesie sind gelegentlich Ursache erhöhter Schmerzen.
- In ca einem von hundert Fällen durchsticht die Nadel die Dura Mater, Liquor tritt aus und verursacht starke Kopfschmerzen
- Die versehentliche totale Spinalanästhesie kann zu starken Blutdruckabfällen, Atemlähmung und Verlangsamung des Herzschlages bis zum Herzstillstand führen.
- Verletzung des Rückenmarks. Eine zwar äußerst selten auftretende Komplikation, die aber das Risiko einer bleibenden Querschnittslähmung in sich trägt.
- Ein periduraler Bluterguss durch Verletzung einer Vene im Periduralraum kann das

Rückenmark dauerhaft schädigen. Ein solcher Bluterguss mit neurologischen Symptomen kommt bei etwa 1:150.000 Periduralanästhesien vor; bei Gerinnungsstörungen besteht ein erhöhtes Risiko (1:3000). Nur eine neurochirurgische Notoperation und Dekompression kann nun dauerhafte Schäden verhindern.

- auch systemische Nebenwirkungen des verwendeten Lokalanästhetikums sind möglich, zum Beispiel neuro- und kardiotoxische Symptome; Allergie
- Meningitis (0,02 %) <sup>xi</sup>

Es gibt doppelt so häufig schwere Blutungen nach der Geburt wie bei einer normalen Geburt. <sup>xii</sup> Da dann sofort etwas unternommen werden muss, kommt es zu einer Trennung von Mutter und Kind, gerade in der ersten Lebensstunde, in welcher die tiefste Bindung geschaffen wird.

So gut wie immer kommt es zu einem Blutdruckabfall, was jedoch eine Infusion, die von vornherein in den Arm gelegt wird, verhindern soll und meistens kann <sup>xiii</sup>. Solcherart wird das, was das kraftvollste Erlebnis im Leben einer Frau sein könnte, zu einer medizinischen Intervention, die strenge Überwachung benötigt.

#### *Auswirkungen:*

Eine breit angelegte schwedische Studie fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen PDA und einem niedrigen Agpar-wert bei der Geburt. <sup>xiv</sup> Es geht den Babys, die unter dem Einfluss schmerzstillender geburts“hilflicher“ Maßnahmen zur Welt kommen schlechter als denen, die ihren Weg ohne (medikamentöse) Einwirkung von außen gehen dürfen.

Der Drogengehalt im Organismus des Babys ist höchstwahrscheinlich wesentlich höher als jener der Mutter <sup>xv</sup> Die Langzeitauswirkungen dessen (Mehr Leberschädigungen? Höhere Wahrscheinlichkeit von Gehirnerkrankungen?) sind leider noch nicht hinreichend untersucht worden. Eine erhöhte Suchtgefahr belegt Odent....

Tatsache ist, dass die Fähigkeit des kindlichen Organismus Drogen abzubauen wesentlich geringer ist, als die eines Erwachsenen. Beispielsweise baut ein Neugeborenes die Hälfte der Substanz Bupivacaine innerhalb von 8,1 Stunden ab. Seine Mutter benötigt dafür nur 2,7 Stunden. <sup>xvi</sup>

Wen wundert's dass PDA-Babys weniger wach und weniger fähig sind, sich zu orientieren. <sup>xvii</sup>

Nach einem Monat beschreiben PDA-Mütter ihre Kinder als weniger anpassungsfähig, anstrengender und lästiger in ihrem Verhalten. <sup>xviii</sup> als Mütter, die ihre Kinder ohne Medikamente auf die Welt begleitet haben.

Die Forscher äußern zu recht Sorge über die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung bei einem ersten Kontakt zwischen einem desorientierten Baby und seiner „schmerzbefreiten“ Mutter. <sup>xix</sup>

#### *Stillen*

Eine PDA beeinträchtigt das erfolgreiche Stillen. Babys, die einer PDA oder anderen Schmerzmitteln ausgesetzt waren, hatten schlechtere Werte in der Fähigkeit zu trinken und wurden früher abgestellt. <sup>xx</sup> Sie hatten außerdem eine höhere Wahrscheinlichkeit in den ersten Lebenstagen an Gewicht zu verlieren. <sup>xxi</sup> Außerdem sagen Frauen nach einer PDA mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, sie hätten „nicht genug Milch“. <sup>xxii</sup>

Jedes Baby kommt mit einem biologischen Ablaufplan zur Welt, das es ihm ermöglicht, selbständig vom Bauch der Mutter zu ihrer Brust zu krabbeln, die Brustwarze zu finden, daran zu saugen und sich selbst anzubinden <sup>xxiii</sup>. Babys, die unter der Geburt Drogen ausgesetzt werden, verlieren diese Fähigkeiten in weiten Teilen. <sup>xxiv</sup> Eine schwedische Untersuchung belegte, dass Babys auch in ihrem Verhalten, das dem Trinken an der Brust vorausgeht – wie dem Nuckeln an einem Finger, dem Lecken an der Brustwarze – verwirrt und unorganisiert sind. <sup>xxv</sup>

Die psychischen Auswirkungen der Störung dieses Ablaufplans, von dem wir annehmen können,

dass seine Erfüllung der kleine Mensch erwartet, lassen sich erst erahnen. Es ist wahrscheinlich, dass eine tiefe Irritation entsteht, die der Mensch womöglich unentdeckt ein Leben lang mit sich trägt, als das vage Gefühl, dass irgendetwas in dieser Welt oder mit ihm nicht stimmt, dass das, was er glaubt, das eintreten wird, vielleicht auch ganz anders kommen könnte, eine tiefe, unerklärliche Verunsicherung also oder auch eine unbestimmte Furcht nicht das Notwendige tun zu können, das heißt letztlich nicht lebensfähig zu sein.

Aus der pränatalen Therapiearbeit können wir erahnen welche psychischen Auswirkungen die PDA auf das Kind hat.

Plötzlich reagiert die Mutter nicht mehr mit Stellungswechseln, wenn die Wellen dahin rollen. Plötzlich muss das Kind alles alleine machen. Plötzlich befindet es sich allein auf der großen Reise- Ist dazu noch betäubt, benebelt und kennt sich plötzlich nicht mehr aus. Gefühle der Ohnmacht und Verzweiflung, des Im-Stich-Gelassen-Seins, der Angst und Hilflosigkeit können uns da nicht wundern. Und auch nicht darüber, wenn das Kind Stress erlebt, der sich in einem Abfallen der fötalen Herztöne äußert und dann Indikation für Kaiserschnitt oder den Einsatz der Saugglocke ist.

Keine Mutter, die sich einer halbwegs intakten psychischen Gesundheit erfreut, käme auf die Idee, ihr Kind an seinem ersten Kindergarten tag den Weg dorthin alleine gehen zu lassen, aber bei der größten Reise, dem unvorstellbarsten Übergang, den jeder Mensch zu bewältigen hat, beim Übergang vom Wasser an die Luft, von der Rundumversorgung über die Nabelschnur zum eigenständigen Atmen und Trinken, vom wohltempierten Mutterbauch in eine Welt des hell-dunkel, warm-kalt, tun Millionen Mütter jeden Tag genau das – angeblich auf eigenen Wunsch. Wer hat ihnen diesen Wahnsinn bloß eingeredet und warum?

Schafe weisen ihre Lämmer zurück, wenn sie sie unter PDA geboren haben (gleiches ist für Antilopen und Rheseusaffen belegt<sup>xxvi</sup>), sie erkennen sie nicht, und sind nicht in der Lage Bindung aufzubauen.<sup>xxvii</sup> Nun ist der Mensch kein Schaf, mag man einwenden, klüger als ein Schaf und kann kraft seines Verstandes jene Lücke überbrücken, die im biologischen Ablaufplan durch die Einwirkung auf die Hormonhaushalte der Mutter und des Kindes entstehen. Die Frau kann dennoch das Kind als eigenes erkennen und Bindung aufbauen, das kann man – glücklicherweise – jeden Tag hundertfach in den Kliniken dieser Welt beobachten. Nicht klüger als ein Schaf sind wir jedoch, wenn wir glauben, dass diese Lücke nicht entsteht.

Und ohne Indikation unwägbare Risiken produzieren.

Der Körper einer Frau ist für eine Geburt in jeder Hinsicht ausreichend ausgestattet.

Wehen und Wehenschmerz haben ihren Sinn. Die Wehen können als eine Kommunikationsmittel zwischen der Mutter und dem Kind begriffen werden. Sie helfen dem Kind, seinen Weg ans Licht der Welt zu finden und zeigen ihm, dass alles normal verläuft, insbesondere dann, wenn die Mutter mit Bewegungen auf die Wellen reagiert. Die Mutter wird durch den Wehenschmerz veranlasst, ihre Position zu verändern. Diese Stellungswechsel im Einklang mit der Erleichterung des Schmerzes erleichtern es wiederum dem Kind die richtige Eintrittslage in den Geburtskanal zu finden. So arbeiten Mutter und Kind zusammen.

Bei jeder Welle wird ein Hormoncocktail ausgeschüttet, der die Bindung zwischen Mutter und Kind vorbereitet und gewährleistet, allen voran das Liebeshormon Oxytozin. (Das künstliche Oxytozin, welches bei Wehenfördernden bzw. Weheneinleitenden Mitteln dem Körper der Frau zugeführt wird, nimmt nicht den Weg über das Gehirn und hat damit nicht den Bindungseffekt wie das körpereigene Oxytozin. Es löst, kann man sagen, rein mechanisch die Veränderung der Zervix, das Zusammenziehen des Gebärmuttermuskels und damit Wehen aus. Vielleicht deshalb schüttet der Körper dann auch keine schmerzabfedernden Endorphine aus - (eingeleitete bzw. unterstützte Wehen werden als wesentlich intensiver erlebt als natürliche.) Körpereigene Endorphine haben anders als von außen zugeführte Schmerzmittel keine negativen Auswirkungen auf das Ungeborene haben. Marais konnte nachweisen, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Geburtsschmerz

und der mütterlichen Liebe zu ihrem Kind gibt. <sup>xxviii</sup>

Alle „Hoch“kulturen, also alle Kulturen, die Aggressivität unter den Menschen benötigen, um z.B. andere Reiche zu unterwerfen und das eigene zu vergrößern oder erfolgreiche Krieger und Jäger auszubilden, stören die Geburt<sup>xxix</sup> Was nicht verwunderlich ist, denn ein Mensch, der viel Angst erlebt hat, neigt eher zur Aggressivität als einer ohne angsterzeugende Erlebnisse<sup>xxx</sup>. (Und kann man sich etwas furchteinflößender vorstellen, als plötzlich allein im Geburtskanal zu sein? Nackt und kalt von einer Hand in die nächste gereicht zu werden? Aus einem dunklen, warmen Nest in einen hektischen Klinik-OP gezerrt zu werden? Über die Nabelschnur, die einen bislang mit allem versorgt hat und die einem die einzige Möglichkeit versorgt zu werden, darstellt, plötzlich Drogen zu erhalten, die einen benebeln und orientierungslos machen?)

Früher wurden Mutter und Kind nach der Geburt so schnell wie möglich voneinander getrennt, um diesen Effekt zu erzeugen. Heutzutage kann man fortschrittlich das Rooming-In zulassen, denn man ist dazu übergegangen, sie bereits während der Geburt einander zu entfremden. Die Frage nach Möglichkeiten der Gewaltprävention erhält, wenn man sich diese Tatsachen bewusst macht, einen seltsam grotesken Anstrich.

Sind dann wenigstens bei all diesen Nachteilen die Frauen mit ihrer angeblich schmerzfreieren Geburt zufrieden? Leider nein. Am zufriedensten scheinen jene Frauen zu sein, die keinerlei Medikamente zu sich genommen haben und zwar sowohl direkt nach der Geburt<sup>xxxi</sup> als auch sechs Wochen<sup>xxxii</sup> bzw. ein Jahr später<sup>xxxiii</sup>. Im Gegenteil: Frauen, die eine PDA in Anspruch genommen hatten, waren dieser britischen Studie zufolge die mit der Geburt am Unzufriedensten.

Glücklicherweise gibt es noch GeburtshelferInnen, die wissen, dass Geburt keine Krankheit ist, sondern eines der kraftvollsten, unglaublichsten und wunderbarsten Ereignisse des Lebens. Wenn Frauen, die Mütter werden für ihre und die Bedürfnisse ihres Kindes eintreten und die Rechte<sup>xxxiv</sup> des Kindes auf einen klaren und liebevollen Beginn seines Erdenlebens durchsetzen, die dabei von Männern unterstützt werden, die das Wunder der Geburt in staunendem Respekt begleiten, dann werden immer weniger Menschen um die Kostbarkeit einer natürlichen Geburt und den ersten Blick eines wachen Neugeborenen betrüger sein.

- i <http://www.wombecology.com/?pg=physiological>
- ii B. L. Leighton and S. H. Halpern, "The Effects of Epidural Analgesia on Labor, Maternal, and Neonatal Outcomes: A Systematic Review," *Am J Obstet Gynecol* 186, Supplement 5: Nature (2002): S69–S77.
- iii E. Lieberman and C. O'Donoghue, "Unintended Effects of Epidural Analgesia During Labor: A Systematic Review," *Am J Obstet Gynecol* 186, Supplement 5: Nature (2002): S31–S68.
- iv COMET Study Group UK, "Effect of Low-Dose Mobile versus Traditional Epidural Techniques on Mode of Delivery: A Randomised Controlled Trial," *Lancet* 358, no. 9275 (2001): 19–23.
- v B. S. Jhavar et al., "Risk Factors for Intracranial Hemorrhage Among Full-Term Infants: A Case-Control Study," *Neurosurgery* 52, no. 3 (2003): 581–590 (discussion, 588–590).
- vi E. Lieberman et al., "Changes in Fetal Position During Labor and their Association with Epidural Analgesia," *Obstet Gynecol* 105, no. 5 (2005): 974–982.
- vii S. E. Ponkey et al., "Persistent Fetal Occiput Posterior Position: Obstetric Outcomes," *Obstet Gynecol* 101, no. 5, pt. 1 (2003): 915–920.
- viii Odent **Anorexie**
- ix Tinbergen N, Tinbergen A. *Autistic children*. Allen and Unwin. London 1983
- x Glemma EJ, Bower C, Petterson B, et al. Perinatal factors and the development of autism. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 618–27.
- xi Vgl [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)
- xii N. S. Saunders et al., "Neonatal and Maternal Morbidity in Relation to the Length of the Second Stage of Labour," *Br J Obstet Gynaecol* 99, no. 5 (1992): 381–385.
- xiii [www.sarahbuckley.com](http://www.sarahbuckley.com)
- xiv K. Thorngren-Jerneck and A. Herbst, "Low 5-Minute Apgar Score: A Population-Based Register Study of 1 Million Term Births," *Obstet Gynecol* 98, no. 1 (2001): 65–70.
- xv R. Fernando et al., "Neonatal Welfare and Placental Transfer of Fentanyl and Bupivacaine During Ambulatory Combined Spinal Epidural Analgesia for Labour," *Anaesthesia* 52, no. 6 (1997): 517–524.
- xvi T. Hale, *Medications and Mother's Milk* (Amarillo, TX: Pharmasoft, 1997): {pg.#s?}. p 76  
T. Hale, "The Effects on Breastfeeding Women of Anaesthetic Medications Used During Labour," *The Passage to Motherhood Conference, Brisbane, Australia* (1998),
- xvii C. M. Sepkoski et al., "The Effects of Maternal Epidural Anesthesia on Neonatal Behavior During the First Month," *Dev Med Child Neurol* 34, no. 12 (1992): 1072–1080.
- xviii A. D. Murray et al., "Effects of Epidural Anesthesia on Newborns and their Mothers," *Child Dev* 52, no. 1 (1981): 71–82.
- xix Siehe xiv
- xx . Riordan et al., "The Effect of Labor Pain Relief Medication on Neonatal Suckling and Breastfeeding Duration," *J Hum Lact* 16, no. 1 (2000): 7–12.
- xxi K. G. Dewey et al., "Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss," *Pediatrics* 112, no. 3, pt. 1 (2003): 607–619.
- xxii P. Volmanen et al., "Breast-Feeding Problems After Epidural Analgesia for Labour: A Retrospective Cohort Study of Pain, Obstetrical Procedures and Breast-Feeding Practices," *Int J Obstet Anesth* 13, no. 1 (2004): 25–29.
- xxiii Odent, M., *The early expression of rooting reflex, Proceedings of the 5<sup>th</sup> International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Rome 1977*, London, Academic Press, 1977: 1117-1119.
- xxiv L. Righard and M. O. Alade, "Effect of Delivery Room Routines on Success of First Breast-Feed," *Lancet* 336, no. 8723 (1990): 1105–1107.
- xxv A. B. Ransjo-Arvidson et al., "Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying," *Birth* 28, no. 1 (2001): 5–12.
- xxvi **Antilopen und Rhesusaffen**
- xxvii Blauvelt, H. 'Neonate mother relationship in goat and Man.' In B. Schaffner ed. *Groizl I@roces*, es. Joseph Macy Jr Foundation, New York, 1956.
- und:
  - D. Krehbiel et al., "Peridural Anesthesia Disturbs Maternal Behavior in Primiparous and Multiparous Parturient Ewes," *Physiol Behav* 40, no. 4 (1987): 463–472.
- xxviii Marais EN. *The soul of the white ant*. Methuen. London 1937.
- xxix Odent, M., *Es ist nicht egal, wie wir geboren werden*, Patmos Verlag, 2005.
- xxx **Angst und Aggression**

- xxxi S. Kannan et al., "Maternal Satisfaction and Pain Control in Women Electing Natural Childbirth," *Reg Anesth Pain Med* 26, no. 5 (2001): 468–472.
- xxxii J. M. Green et al., "Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women," *Birth* 17, no. 1 (1990): 15–24.
- xxxiii B. M. Morgan et al., "Analgesia and Satisfaction in Childbirth (The Queen Charlotte's 1000 Mother Survey)," *Lancet* 2, no. 8302 (1982): 808–810.

xxxiv Aus der Charta der Rechte des Kindes:

Jedes Kind hat das Recht, schon vor der Geburt als eigene Person geachtet und respektiert zu sein.

• Jedes Kind hat das Recht auf eine sichere vorgeburtliche Beziehung und Bindung.

• Jedes Kind hat ein Recht darauf, dass während der Schwangerschaft und Geburt seine Erlebens-Kontinuität beachtet und geschützt wird.

• Jedes Kind hat das Recht darauf, dass medizinische Interventionen, von Anfang an immer auch auf ihre seelische Auswirkungen hin reflektiert und verantwortet werden.

• Jedes Kind hat das Recht auf Hilfen für einen liebevollen und bezogenen Empfang in der Welt, der ihm eine sichere nachgeburtliche Bindung erlaubt.

• Jedes Kind hat das Recht auf eine hinreichend gute Ernährung vor und nach der Geburt. Jedes Kind sollte nach Möglichkeit gestillt werden.

*Die Charta wurde von der Mitgliederversammlung der internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Psychotherapie (ISPPM) in Heidelberg am 3. Juni 2005 beschlossen und verabschiedet*