



Bonding – Bindung von Mutter und Kind

Roland Uphoff und Axel Näther

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei für Medizinrecht ausgezeichnet.

Definiert man *Bonding* unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten, dann bezeichnet der Begriff die emotionale Bindung der Eltern, insbesondere der Mutter, an das Kind, während *Attachment* die emotionale Bindung und Anhänglichkeit des Kindes an eine Bezugsperson bezeichnet.

Klaus und Kennell (Klaus, M. H. und Kennell, J. H., *Mutter-Kind-Bindung*, Gedanken über die frühe Trennung, 1976, Deutscher Taschenbuchverlag) haben bei Müttern und Vätern neugeborener Kinder – mutmaßlich – genetisch programmierte, spontane Fürsorglichkeit beobachtet, die sich auf die Versorgung des gemeinsamen Babies richtet und diese sichert. Diese Fürsorge sei in einer tiefen und unbedingten emotionalen Bindung der Mutter (und des Vaters) an das Kind verankert, die hormonell vorbereitet und zeitbegrenzt in den ersten Minuten nach der Geburt ausgelöst oder geweckt werde (Klaus und Kennell, a.a.O.). Die Geburt selbst (und die ersten Minuten und Stunden danach) soll also eine Form von „sensibler Phase“ für den Prägungsvorgang darstellen, wobei besondere Auslöser und Verstärker dieser elterlichen Bindung ein

enger körperlicher Kontakt mit dem neugeborenen Kind sowie die Reaktionen des Kindes auf das elterliche Verhalten, wie z. B. in Form von Körpersprache und Augenbewegungen, seien.

Nicht nur von den genannten Autoren wird die Auffassung vertreten, Bonding wirke wie ein „emotionaler Sekundenkleber“, es wird vielfach vertreten, dass Bonding im Idealfall Eltern und Kind „lebenslang zusammen schweißt“. Danach ist die in den ersten Minuten entstehende innere Bindung zwischen Eltern und Kind das wichtigste und stärkste Bindungsmoment, das sich für einen Menschen im Laufe seines Lebens ergibt. Dem neugeborenen Kind werde das Leben gesichert und die Möglichkeit, Urvertrauen zu bilden, den Eltern schenke die Bindung die Stärke, in der Lage zu sein, für das gemeinsame Kind buchstäblich alles opfern zu wollen.

Den ersten Minuten bzw. der ersten Stunde direkt nach der Geburt ist sicherlich ein hohes Maß an Bedeutung beizumessen und es handelt sich um eine äußerst sensible Phase für das Knüpfen von Banden zwischen Kind und Eltern. Kind und Mutter sind dann in der Regel besonders wach und aufmerksam. Auch die hormonelle Situation von Mutter und Kind ist zumeist förderlich für den Beginn des Bonding. Entsprechend wird in vielen (den meisten) Geburtskliniken diese sensible Phase des Kennenlernens besonders respektiert und nach den notwendigen postpartalen medizinischen Maßnahmen wird der Mutter und dem Kind bzw. den Eltern und dem Kind eine möglichst lange Zeit Privatsphäre gegönnt. Diese ersten Minuten und Stunden nach der Geburt sind für das Bonding sicherlich wesentlich, nicht aber insgesamt und über alles entscheidend. So gibt es na-

türlich regelmäßig auch Konstellationen, in denen die erste Zeit mit dem neugeborenen Kind nicht vollkommen ungestört verbracht werden kann, z. B. in Fällen einer Frühgeburt und/oder notwendiger medizinischer (Nach-) Behandlungen. Der intensive Kontakt zwischen Mutter und Kind kann auch nach der ersten Lebensstunde etabliert werden.

Zudem muss man sich Folgendes vergegenwärtigen:

Wenn die von Klaus und Kennell vertretene Bonding-These in ihrer ausgesprochen starken biologischen Ausprägung vollends zuträfe, müssten nahezu alle Menschen, die vor 1980 geboren wurden, unter den Folgen eines schweren Bindungsdefizits leiden. Denn erst ab diesem Zeitpunkt, in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts, haben die Geburtskliniken damit begonnen, dem Bonding Raum zu geben. Zuvor war diesem Aspekt keine besondere Bedeutung beigemessen worden, so führte man operative Entbindungen lange Zeit noch unter Vollnarkose durch, sodass eine körperliche Nähe und Hautkontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt kaum hergestellt werden konnten.

Dass fast alle vor 1980 geborenen Menschen schwere Bindungsdefizite aufweisen, wird man nicht feststellen können. Auch die vorliegenden wissenschaftlichen Befunde sprechen gegen einen (stark biologisch ausgerichteten) Prägungsvorgang. Die Effekte zusätzlicher Frühkontakte nach der Geburt lassen sich problemlos als regulärer Lernprozess interpretieren – früher Erstkontakt und häufige, intensive und ungestörte Beobachtungs- und Interaktionsmöglichkeiten in den ersten Lebenstagen erleichtern es sowohl den Eltern als auch dem Kind, einander kennenzulernen und eine herzliche und intensive Beziehung zueinander aufzunehmen (siehe hierzu: Oerter Montada, *Entwicklungspsychologie*, 5. Auflage, München 2002).

Unstreitig jedoch kommt den ersten Minuten und der ersten Stunde nach der Geburt für die Beziehung von Mutter und Kind große Bedeutung zu. In dieser Phase sollen beide, insbesondere aber das Neugeborene, überwacht und der Vitalzustand des Kindes, auch nach der einschlägigen Rechtsprechung, sorgfältig überprüft werden. Das OLG Köln hatte im Jahre 1996 festgestellt, dass bei einem „lebensfrisch“ und ohne erkennbare Einschränkungen zur Welt gekommenen Kind zumindest in der zweiten Stunde nach der Geburt eine Überwachung durch das ärztliche oder nichtärztliche Personal der Geburtsklinik

nicht ständig sicherzustellen sei. Es genüge vielmehr, wenn in Intervallen von etwa 10-15 Minuten nachgeschaut werde, ob das Kind weiter stabil sei. Eine ununterbrochene, ständige Überwachung sei nicht erforderlich.

Daran anknüpfend muss jedoch betont werden, dass das ärztliche und nicht-ärztliche Personal trotzdem aufmerksam sein muss und auch bei einem Kind, das zunächst keine klinischen oder sonstigen Auffälligkeiten zeigt, auf Warnzeichen zu reagieren hat und Hinweise auf mögliche gesundheitliche Einschränkungen beim Kind ernst nehmen muss. Zu diesen Hinweisen zählen z. B. Äußerungen, Bemerkungen oder Beobachtungen insbesondere der Mutter. Dazu soll nachstehend ein Fall vorgestellt werden:

Der Fall

Nach einer unauffälligen Schwangerschaft bringt die 26-jährige Erstgebärende ihre Tochter im Juli 2011 in der 39. SSW auf die Welt. Wegen eines bestehenden Anhydramnions wird das Mädchen per Sectio geboren. Der arterielle pH-Wert und die Werte zum Basenüberschuss sind völlig normal, die Apgar-Werte liegen bei 9/10/10 nach 1/5/10 Minuten. Die Notiz im Kinderuntersuchungsheft zu der Neugeborenenuntersuchung U1 dokumentiert eine gute Adaption, die Apgar-Werte und einer insgesamt unauffälligen Untersuchungsbefund. Hinweise auf Missbildungen oder Verletzungen liegen nicht vor. Das Geburtsgewicht von 3.500 g, eine Körperlänge von 53 cm und ein Kopfumfang von 35 cm liegen auf der 80. bzw. 85. Perzentile, was insgesamt für eine gute intrauterine Entwicklung des Kindes spricht. Es besteht also nicht der geringste Anhalt für eine Schädigung des Kindes im Mutterleib; auch die Sectio ist unkompliziert verlaufen.

Zunächst wird das Mädchen nach der Erstversorgung kurz in den Arm des Vaters gelegt und – noch im Operationssaal – auf die Brust der Mutter. Dies erfolgt etwa eine Viertelstunde nach der Geburt. Etwa eine Stunde nach der Geburt ist dokumentiert, dass die Patientin auf die Station übernommen worden sei, das Kind sei bäuchlings bondend auf der Brust der Mutter vital mit guter, unauffälliger Atmung und gutem Tonus gelagert gewesen und habe fast die ganze Zeit am Finger gesaugt.

Die Mutter gibt an, dass sie auf dem Weg aus dem OP-Bereich bemerkt habe, dass ihr Baby ganz leise war und – gemessen an den ersten Minuten des Kontakts – ausgespro-

chen ruhig lag. Sie fragte die anwesende Hebamme, ob dies „normal“ sei, worauf sie die Antwort erhielt, dass das Mädchen jetzt vor Erschöpfung schliefe und man sich keine Gedanken machen müsse. Eine wie auch immer geartete Kontrolle erfolgte nicht. Das neugeborene Kind lag durchgängig auf dem Oberkörper der Mutter und war mit mehreren Handtüchern zugedeckt. Die Eltern, d. h. die Mutter und der zunächst ebenfalls anwesende Vater, realisierten, dass das Kind in Richtung des Halses der Mutter rutschte und an den Hals der Mutter gepresst wurde. Während es unmittelbar nach der Entbindung laut geschrien hatte, wurde das Mädchen zunehmend ruhiger.

Nachdem die Mutter die anwesende Hebamme erstmalig auf das ruhige und bewegungslose Kind aufmerksam gemacht hatte – und insoweit von der Hebamme beruhigt worden war – sprach die Mutter wenige Minuten später ein weiteres Mal die anwesende Hebamme an und machte, nunmehr mit Nachdruck, auf das zumindest für die Mutter ungewöhnlich ruhige Verhalten des Kindes aufmerksam. Zu diesem Zeitpunkt waren nach dem Verlassen des OP-Bereichs etwa 20 Minuten vergangen. Jetzt, gelegentlich des Anlegens einer Blutdruckmanschette bei der Mutter, wurden die Vitalparameter des Kindes kontrolliert: Es lag ohne Atmung leblos auf der Brust der Mutter. Das Reanimationsprotokoll gibt zu der Situation wieder:

„Alarmierung durch Hebamme, Kind im Alter von einer Stunde 13 Minuten leblos in Bauchlage auf Bauch der Mutter gefunden. Bei Eintreffen der Pädiater bereits Maskenbeatmung durch Gynäkologen und Herzdruckmassage, Kind weiß, kein Atemantrieb, keine Herzfrequenz.“

15 Minuten nach Beginn der Reanimation wird eine Blutgasanalyse durchgeführt, die einen pH-Wert von 6,6 ergibt. 45 Minuten nach Beginn der Reanimationsmaßnahmen ergibt eine weitere Blutgasanalyse einen pH-Wert von 6,9 und einen Basenüberschuss von –22 mmol/l. Die Werte verbessern sich dann kontinuierlich.

Das Mädchen ist schwerstgeschädigt. Es zeigen sich Neugeborenenkrämpfe und rezidivierende Apnoeanfälle, nachgewiesen wird eine hypoxisch ischämische Encephalopathie. Sonographisch kann ein Hirnödem gesichert werden. Insbesondere in motorischer Hinsicht ist das Kind im schwersten Maße beeinträchtigt.

Es ist nicht gänzlich klar, wie es zum Atem- und Herzstillstand gekommen ist oder gekommen sein könnte. In der Lite-

ratur wird ausdrücklich auf die besondere Gefährlichkeit der Bauchlage des Kindes hingewiesen. Anscheinend können bei einem Kind in Bauchlage die Atemwege verlegt werden, sodass es ersticken kann. Dass eine solche Entwicklung hier eingetreten sein könnte, ist den Schilderungen der Mutter zu entnehmen. Sie hatte wiedergegeben, dass ihre Tochter, als man sie ihr auf den Oberkörper legte, anfangs noch geweint habe und dann mit mehreren Handtüchern bedeckt worden sei. Sie hatte bemerkt, wie das Kind in Richtung ihres Kopfes hochrutschte und dabei das Gesicht an den Hals gepresst habe. Vieles spricht dafür, dass sich das Mädchen die gesamte Zeit über, die es bei der Mutter war, in Bauchlage befand.

In der Literatur findet sich der Hinweis (Rath/Gembruch/Schmidt, *Geburtshilfe und Perinatalmedizin*), dass bei einer Sectio, die vor Eintreten regelmäßiger Wehen durchgeführt wird, der Mechanismus der pulmonalen Flüssigkeitsresorption erheblich beeinträchtigt sein kann. Diese Tatsache erklärt, warum Neugeborene nach einem Kaiserschnitt ein höheres Risiko von respiratorischen Störungen aufweisen und folgenschwere kardiorespiratorische Komplikationen wie die „persistierende fetale Zirkulation“ entwickeln können.

Allerdings ist, festzuhalten, dass das Mädchen völlig unbeeinträchtigt zur Welt kam und kein Anlass bestand, eine kontinuierliche bzw. engmaschige Überwachung, ggf. sogar mit apparativer Unterstützung, durchzuführen. Vorliegend hatte die Hebamme Mutter und Kind wohl durchaus „im Auge behalten“. Das Erfordernis einer gewissen räumlichen Nähe war also gewährleistet und die betreuende Hebamme ist auch nicht über längere Zeit in andere Bereiche der Klinik abgezogen worden, sondern widmete sich in regelmäßigen Abständen beiden, der entbundenen Mutter und dem Neugeborenen.

Die durchgeführte Überwachung – ob nun lückenlos oder in Intervallen – kann allerdings nur dann suffizient sein, wenn auf Alarm- und/oder Hinweiszeichen umgehend und adäquat von Behandlerseite reagiert wird. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass risiko- und schadenträchtige Situationen für das Kind oder die Mutter vermieden werden. Die anwesende Hebamme bzw. ein anwesender Arzt müssen also reagieren, wenn Anzeichen dafür vorhanden sind, dass das Kind oder die Mutter gesundheitlich beeinträchtigt sind.

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die im Beispielfall zutage tretene Sensibilität der Mutter nicht ge-

wöhnlich ist, sondern vielmehr im Regelfall Mütter unmittelbar nach der Geburt zu erschöpft oder belastet sind, um potentiell gefährliche Unregelmäßigkeiten beim Kind zu registrieren, geschweige denn in Worte zu kleiden. Was die schulmäßige Reaktion des Pflegepersonals und ärztlichen Personals in einer derartigen Situation angeht, wenn also eine entbundene Mutter das auf ihr ruhende Kind als „still“ bezeichnet, ist im Rahmen eines Gutachtens formuliert worden:

„Zu fordern ist, sich persönlich davon zu überzeugen, dass Puls und Atmung in den entsprechenden Referenzbereichen verlaufen und die Hautfarbe des Kindes so unauffällig ist, dass eine eventuelle weitere Abklärung durch einen Kinderarzt oder Neonatologen nicht erfolgen muss. Die Untersuchung von Atmung und Puls sollte dokumentiert werden. Diese Vorgehensweise wird auch in den AWMF-Leitlinien gefordert. Das Zurechtrücken eines zugedeckten Kindes in Bauchlage würde den Anforderungen nicht genügen, da es nur schwer vorstellbar ist, wie man ein unter Tüchern befindliches, zugedecktes bondendes Kind in Bauchlage sowohl optisch als auch durch Abhören der Atmung und des Pulses mit einem Stethoskop (oder aber ausschließlich die Atmung über die Exkursionen des Brustkorbs bei der Ein- und Ausatmung) beurteilen kann.

Klären im suboptimalen Sinne würde bedeuten, die Mutter zu beruhigen, das Kind ungesehen oder ununtersucht ein wenig zu verrücken und die Situation auf sich beruhen zu lassen. Der gedankliche Verweis aus dem Gedächtnis der Mutter, „wer schreit, der kann auch atmen“, ist zwar physiologisch in Grenzen korrekt, jedoch bezieht er sich auf die Gleichzeitigkeit der Ereignisse: In der Tat ist es eine der Hauptfunktionen des Schreiens nach der Geburt, Atemmechanik und –physiologie in Gang zu setzen. Somit ist es richtig, dass „wer schreit“ in diesem Moment „auch atmet“. Hieraus lässt sich aber nicht ableiten, dass das Neugeborene „genug atmet“, besonders, wenn es in Bauchlage zugedeckt auf der Mutter liegt. Allein das Auszählen der Atemzüge kann hier Klärung schaffen.“

Die richtige Reaktion wäre also gewesen, auf einen entsprechenden Hinweis der Mutter, dass das Kind auffällig still/regungslos/ruhig sei, umgehend eine Kontrolle in der beschriebenen Art vorzunehmen. Wenn schon durch die Mutter in einer Situation, in der üblicherweise aufgrund der Um-



Foto: 126075022 mikumistock

stände eine besondere Sensibilität für den Zustand des Kindes nicht gegeben ist, ein derartiger Hinweis erfolgt, muss diesem Hinweis nachgegangen werden, auch dann, wenn die nichtärztlichen oder ärztlichen Behandler davon ausgehen, dass es sich um eine eher unproblematische Situation, handelt. Wenn sich diese Annahme durch eine vorgenommene Kontrolle bestätigt – umso besser.

Zusammenfassend muss also festgehalten werden, dass es für Kinder überlebenswichtig sein kann, wenn ärztliches und nichtärztliches Personal auf Hinweise, insbesondere der Mutter, zu Auffälligkeiten beim Kind sensibel reagieren und ohne Verzögerungen die klinische Situation des Kindes kontrollieren. 

AUTOR

Axel Näther
Rechtsanwalt
Fachanwalt für
Medizinrecht



Dr. Roland Uphoff
Fachanwalt für
Medizinrecht
Kanzlei für Geburtsschaden-
recht und Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist Str. 4
53113 Bonn

