

Wie verhindern, wie erkennen, wie behandeln?

Traumatisierend erlebte Geburt

Der Übersichtsartikel fasst den aktuellen Wissensstand zu Definition, Prävalenz, Risikofaktoren, Erkennung sowie evidenzbasierten Präventions- und Behandlungsansätzen zusammen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Rolle (niedergelassener) Gynäkologinnen und Gynäkologen, die durch frühzeitige Sensibilisierung, aktives Nachfragen nach dem Geburtserleben und gezielte Weiterverweisung wesentlich zur Prävention chronischer Verläufe beitragen können.

Antje Horsch



Prof. Dr. Antje Horsch

(Foto: zVg)

Die Weltgesundheitsorganisation betont das Recht jeder Person auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard sowie auf eine würdevolle und respektvolle Gesundheitsversorgung (1). Übertragen auf die Geburtshilfe bedeutet dies nicht allein die Vermeidung von Morbidität und Mortalität, sondern auch das aktive Bemühen um eine positive Geburtserfahrung.

Traumatische Geburten

Mehrere Befunde deuten darauf hin, dass die Erwartungen der Eltern an den Geburtsverlauf und an die Betreuungssituation nicht immer erfüllt werden. Während der Wehen und Geburt können Gefühle

wie Angst, Frustration, Hilflosigkeit oder Schrecken auftreten. In der Folge bewertet etwa ein Drittel der Gebärenden die Geburt als traumatisch – unabhängig davon, ob medizinische Komplikationen vorlagen (2). Auch Partner (meistens Väter) oder Partnerinnen berichten häufig über Belastung;

in Studien geben rund 60% der Väter an, die Geburt als stressreich erlebt zu haben.

Definition

Eine international verwendete Definition beschreibt eine traumatische Geburt als Erfahrung von Interaktionen und/oder Ereignissen im direkten Zusammenhang mit der Geburt, die überwältigende belastende Emotionen auslösen und kurz- und/oder langfristig Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen können (3). Ein zweiter, stärker psychiatrisch orientierter Zugang knüpft an das Traumakriterium A nach DSM-5 an: Eine Geburt gilt dann als traumatisch, wenn eine wahrgenommene Bedrohung für das Leben der Gebärenden und/oder des Neugeborenen bestand und/oder eine schwere körperliche Verletzung auftrat (4). In der Praxis ist beides wichtig: Es gibt objektiv hochkritische Situationen (z.B. Notfallkaiserschnitt, Frühgeburt), die traumatisierend sein können. Dennoch ist das Erleben immer subjektiv: Eine Geburt kann als traumatisch erlebt werden, auch wenn objektiv keine Lebensgefahr bestand.

Geburtsbezogene posttraumatische Belastungsstörung

Beide Elternteile können nach einer traumatischen Geburtserfahrung psychische Beschwerden entwickeln wie Symptome einer geburtsbezogenen posttraumatischen Belastungsstörung (GB-PTBS).

Die PTBS-Symptomatik wird im DSM-5 in vier Cluster gegliedert (4):

- 1. Intrusionen (Kriterium B):** Unwillkürliche, belastende Erinnerungen an die Geburt, z.B. Flashbacks oder Alpträume (etwa von dem Weg in den Operationsaal)
- 2. Vermeidung (Kriterium C):** Anhaltende Vermeidung traumaassoziierter Reize, z.B. Vermeidung des Spitals oder von Gesprächen über die Geburt
- 3. Negative Kognitionen und Stimmung (Kriterium D):** z.B. Selbstvorwürfe, Anhedonie, Niedergeschlagenheit
- 4. Übererregung/Hyperarousal (Kriterium E):** z.B. erhöhte Schreckhaftigkeit oder ausgeprägte Hypervigilanz, die sich auch auf das Baby richten kann.

Merkmale

- Eine traumatische Geburt liegt vor, wenn die Geburt mit einer subjektiv wahrgenommenen Lebensbedrohung für die Mutter und/oder das Neugeborene einhergeht – unabhängig vom objektiven medizinischen Verlauf.
- Etwa 3-4% der Gebärenden entwickeln eine geburtsbezogene Posttraumatische Belastungsstörung; in Hochrisikosituationen liegen die Prävalenzen deutlich höher.
- Frühes, systematisches Nachfragen nach dem Geburtserleben und nach wahrgenommener Lebensbedrohung ermöglichen eine zeitnahe Identifikation belasteter Eltern.
- Gynäkologinnen und Gynäkologen haben eine Schlüsselrolle bei Sensibilisierung, Früherkennung, Entstigmatisierung und Weiterweisung in geeignete Versorgungsangebote.

Die PTBS-Diagnose kann frühestens **einen Monat** nach dem Ereignis gestellt werden (Kriterium F); zuvor können akute posttraumatische Reaktionen auftreten (4). Zusätzlich müssen die Symptome mit klinisch relevanter Belastung oder Funktionsbeeinträchtigung einhergehen (Kriterium G). Eine spezifische DSM-5-Diagnose «GB-PTBS» existiert bislang nicht; sie wurde jedoch als möglicher Subtyp vorgeschlagen (5).

Eine traumatisch erlebte Geburt unterscheidet sich von anderen potenziell traumatisierenden Ereignissen in mehrfacher Hinsicht: Sie wird gesellschaftlich meist positiv gerahmt, findet häufig im Kontext regulärer medizinischer Versorgung statt und ist im Wochenbett schwer «abzuschliessen», weil das Neugeborene als ständige Erinnerung an das Erlebte wirken kann. Für manche Gebärende entsteht daraus eine besondere Belastung: Sie sollen für das Baby sorgen, während genau diese Nähe traumabezogene Erinnerungen aktivieren kann. Klinisch zeigen sich bei GB-PTBS teilweise Akzentverschiebungen im Symptomprofil. So fand eine Studie bei Müttern mit GB-PTBS ausgeprägtere Intrusionen als bei PTBS nach anderen Stressoren (6). Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass postpartale Faktoren wie Müdigkeit oder eine normale Wachsamkeit gegenüber dem Baby zu einer Überschätzung bestimmter Symptome führen können.

In der Allgemeinbevölkerung erfüllen etwa 3-4% der Gebärenden (Mütter) die Kriterien einer GB-PTBS (7). In Hochrisikostichproben steigen die Raten deutlich auf 16-19%, z.B. nach Notkaiserschnitt, der als besonders traumatisch wahrgenommen werden kann (7). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Betroffene mit GB-PTBS nicht zuverlässig spontan remittieren. Die GB-PTBS ist eine äusserst belastende psychische Erkrankung. Betroffene berichten, dass sie «jeden Tag ums Überleben kämpfen, geplagt von furchteinflössenden Alpträumen und Flashbacks der Geburt, Wut, Angst, Depression und schmerzhafter Isolation von der Welt der Elternschaft» (8).

Auch Partner bzw. Partnerinnen, die bei der Geburt anwesend sind, können GB-PTBS-Symptome entwickeln. Bisherige Studien zur väterlichen GB-PTBS zeigen Prävalenzen von 0-7% im ersten postpartalen Jahr in der Allgemeinbevölkerung (7). In Hochrisikoeinstellungen reichen die berichteten Prävalenzen sehr weit (1-67%), was auf starke Kontextabhängigkeit und methodische Unterschiede hinweist. Daten zu anderen Partnern/Ko-Eltern sind begrenzt.

Folgen der GB-PTBS

Geburtsbezogene PTBS hat erhebliche negative Auswirkungen auf Gebärende, Elternteile und potenziell auf das gesamte Familiensystem. Die Evidenz zeigt, dass GB-PTBS häufig komorbid mit Depressionen auftritt und mit einer ausgeprägten Angst vor weiteren Geburten assoziiert ist. Darüber hinaus stehen GB-PTBS-Symptome im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Kaiserschnittentbindung in Folgeschwangerschaften sowie mit einer reduzierten Stilldauer (9).

Neben individueller Belastung kann GB-PTBS die Partnerschaft und das Familiensystem beeinträchtigen. Nach traumatischen Geburten kann es zu Schuldzuweisungen

kommen, etwa wenn Partner bzw. Partnerinnen als mitverantwortlich für negative Geburtsaspekte erlebt werden. Eine prospektive Studie zeigte, dass mütterliche PTBS-Symptome nach der Geburt mit geringerer Beziehungszufriedenheit zwei Jahre später assoziiert waren; dieser Zusammenhang wurde durch postpartale Depressionssymptome vermittelt (10). Für andere Familienkonstellationen sind vergleichbare Wirkpfade plausibel, aber weniger gut untersucht.

Die Evidenz zur Auswirkung von GB-PTBS auf das Kind ist bislang uneinheitlich. Einige Studien deuten jedoch auf Zusammenhänge mit ungünstiger kindlicher Entwicklung, Schlafproblemen im Säuglingsalter sowie möglichen Beeinträchtigungen der Eltern-Kind-Beziehung hin. Neuere Forschungen zu anderen Traumata legt zudem nahe, dass eine intergenerationale Weitergabe von Vulnerabilität und Trauma möglich ist, die über unterschiedliche Pfade auf die Nachkommen wirken kann (9).

Diagnostik und Screening

Pragmatik für die gynäkologische Praxis

Da eine traumatische Geburtserfahrung ein zentraler Risikofaktor für GB-PTBS ist, sollten Gebärende und Partner/Ko-Eltern in den Tagen nach der Geburt aktiv nach Belastung und Symptomen gefragt werden (9). Eine von uns durchgeführte Studie zeigte, dass wenn Mütter in den ersten Stunden nach Notfallkaiserschnitt gefragt wurden, ob sie während des Geburtsvorganges dachten, dass ihr eigenes Leben und/oder das Leben ihres Neugeborenen in Gefahr war, konnte eine positive Antwort auf diese zwei Fragen die Entwicklung von CB-PTBS Symptomen bis zu 6 Monate später vorhersagen (11). Auch wenn Forschung zu Prävention und frühen Interventionen noch begrenzt ist, spricht vieles für eine frühzeitige Identifikation und Behandlung, um Eltern zu entlasten und mögliche Folgen für die kindliche Entwicklung zu minimieren.

Wenn mehr als ein Monat seit der Geburt vergangen ist, kann ein kurzer, international validierter Fragebogen verwendet werden, um CB-PTBS-Symptome frühzeitig zu identifizieren: Dies ist die «CityBirth Trauma Scale – short version» (12) oder die längere Version, die in vielen Sprachen kostenlos erhältlich ist: <https://www.citybirthtraumascale.com>.

Traumatische Geburtserfahrungen und GB-PTBS werden im Schweizer Versorgungssystem bisher nicht routinemässig erfasst. Die Folgen sind Unterdiagnostik und verzögerte Behandlung. In der Praxis bestehen mehrere Barrieren: mangelndes Bewusstsein bei Betroffenen und Fachpersonen, fehlender Konsens zu Screening sowie fehlende Leitlinien. Gleichzeitig wird ein Screening psychischer Belastungen von Betroffenen grundsätzlich akzeptiert (9).

Risikofaktoren der GB-PTBS

Gemäss dem Diathese-Stress-Modell der GB-PTBS lassen sich Risikofaktoren in drei übergeordnete Kategorien einteilen:

1. antenatale Faktoren, darunter maternale Charakteristika und psychische Gesundheit, frühere Traumaerfahrungen sowie prädisponierende demografische Merkmale

2. geburtsbezogene Faktoren, einschliesslich des subjektiven Geburtserlebens, operativer Entbindungen und geburts-hilfflicher Komplikationen sowie
3. postpartale Faktoren wie komorbide psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen und Angststörungen) und anhaltende körperliche Komplikationen bei Mutter und Kind (13).

Prävention und Behandlung

Interventionen können pränatal, peripartal oder postpartal ansetzen.

Die **Primärprävention** zielt auf die individuell angepasste Geburtsvorbereitung und Reduktion relevanter Risiken ab (Screening pränataler Risiken, Anpassung der Versorgung). Ein zentraler Ansatz ist Trauma-informierte Versorgung. Sie basiert auf den «4 Rs»: realization, recognition, response und resisting re-traumatization (14). Schwangerschaft und Geburt können frühere Traumata reaktivieren; entsprechend braucht es risikosensible Versorgungspläne, die Retraumatisierung minimieren. Trauma-informierte Versorgung ist ein organisationsweiter Ansatz. Dazu gehören Schulungen zur Erkennung typischer Traumaanzeichen, auch mit Blick auf sekundären traumatischen Stress im Team. Besonders bei früher sexualisierter Gewalt oder Kindesmisshandlung können Untersuchungen (z.B. vaginale Untersuchungen) Symptome triggern. Gleichzeitig kann die Geburt selbst das Trauma sein. Strukturell geht es darum, Wissen über Trauma in Abläufe zu integrieren, Retraumatisierung zu vermeiden und belastende Praktiken zu reduzieren.

Sekundärpräventiv werden unterschiedliche Ansätze untersucht (z.B. Schreibinterventionen, Nachbesprechungen, frühe psychologische Interventionen, EMDR-nahe Ansätze, auch verhaltensbasierte Einmalinterventionen) (9). Metaanalysen zeigen heterogene Ergebnisse; traumafokussierte Interventionen können kurzfristig moderat symptomreduzierend wirken. Andere Übersichten sehen Potenzial für Psychoedukation und frühe Interventionen innerhalb von 12 Wochen postpartal. Psychologisches Debriefing wird nicht empfohlen, da der Nutzen nicht konsistent und potenziell nachteilig ist. Unser Team zeigte, dass eine einmalige, 15-minütige Intervention in den ersten 6 Stunden nach traumatischer Geburt, die das Computerspiel Tetris einschliesst, die Entwicklung von GB-PTBS-Symptomen bis zu sechs Monate postpartal verhindern kann (15). Entscheidend ist, dass diese Intervention von geschultem Fachpersonal durchgeführt wird, nur einen geringen zeitlichen Aufwand erfordert, von den Betroffenen gut akzeptiert wird und sich unkompliziert in die routinemässige klinische Versorgung integrieren lässt.

Tertiärpräventiv bzw. therapeutisch orientiert sich die Behandlung an der PTBS-Evidenz anderer Traumata: Traumafokussierte Psychotherapien (v.a. kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und EMDR) sind wirksam. Pharmakotherapie kann bei schwerer Symptomatik oder Komorbidität erwogen werden. Für GB-PTBS zeigt eine Metaanalyse moderaten Effekt traumafokussierter Interventionen; weitere randomisierte klinische Studien sind notwendig (9).

Schlussbemerkungen

Für Gynäkologinnen und Gynäkologen ist die zentrale Handlungskompetenz allerdings nicht die Durchführung von Traumatherapie, sondern

1. frühes Erkennen
2. Entstigmatisierung
3. aktive Weiterweisung in passende Versorgungspfade (Psychotherapie/Perinatalpsychiatrie, psychosoziale Angebote) und
4. Begleitung in Folgeschwangerschaften (z.B. Beratung bei ausgeprägter Geburtsangst und Geburtsvorbereitung). □

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Antje Horsch

Vice-directrice à la recherche Institut universitaire de formation et de recherche en soins Université de Lausanne (UNIL) et

Psychologue, consultante en recherche Département femme-mère-enfant CHUV 1011 Lausanne

E-Mail: antje.horsch@chuv.ch

Referenzen:

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. United States; 2018.
2. Handelzalts JE et al. : Cross-national risk factors for childbirth-related PTSD: Findings from the INTERSECT study. *Psychological Medicine* 2025;55:e349, 1–9.
3. Leinweber J et al.: Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: a discussion paper. *Birth* 2022;49:687–696.
4. American Psychiatric Association: (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013.
5. Horesh D et al.: Childbirth-related PTSD: is it a unique post-traumatic disorder? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2021;39(3):221-224.
6. Harrison S E et al. : Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *Journal of Affective Disorders* 2020;279:749-756.
7. Heyne CS et al.: Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2022;94:102157.
8. Beck CT.: Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research* 2004; 53, 216–224.
9. Horsch A et al.: Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2024;230(3S):S1116-S1127.
10. Garthus-Niegel S et al.: The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. *Frontiers in Psychology* 2028;9:1728.
11. Gilbert L et al.: A two-item screening of maternal or infant perceived life threat during childbirth prospectively associated with childbirth-related posttraumatic stress symptoms up to six months postpartum: Two observational longitudinal studies. *Frontiers in Psychiatry* 2024;15:1360189.
12. Ayers S et al.: A brief international screening tool for traumatic birth and childbirth-related PTSD: The City BiTS-Short Form. *BMJ Global Health* 2025;10:8.
13. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K.: The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med* 2016;46:1121–1134.
14. Vogel TM, Coffin E.: Trauma-informed care on labor and delivery. *Anesthesiology Clinics* 2012;39(4):779-791.
15. Deforges C et al.: Single-session visuospatial task procedure to prevent childbirth-related posttraumatic stress disorder: a multicentre double-blind randomised controlled trial. *Molecular Psychiatry* 2023;28(9):3842-3850.