

Gemeinsame Stellungnahme
Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit –
Bundesverband e.V. (GfG) und GreenBirth e.V.
zum Aufruf des Arbeitskreises Frauengesundheit von 2012:
"Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate "

Wir sehen, dass der AKF sich seit Jahrzehnten engagiert für die Frauengesundheit einsetzt und wünschen ihm weiterhin gutes Gelingen bei seiner gesundheitspolitischen Arbeit.
Wir folgen dem AKF in der Analyse der gegenwärtigen klinischen Geburtspraxis und der Folgen für die Gesundheit von Frauen und Kindern, wie sie auch in dem Arbeitspapier "Es ist Zeit..." von 2010 und dem Protokoll der Arbeitstagung von 2011 in Hannover festgehalten sind.

Wir bedauern, dass die dort formulierten Akzente und Ergebnisse in den Konsequenzen der "Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate " keinen ausreichenden Niederschlag finden.

Das möchten wir begründen.
Der AKF schlägt vor:

„Die Förderung der Schwangerenbetreuung durch ein Team von Hebamme und Frauenärztin“

Diese „Konsequenz“ übersieht vier wichtige Punkte:

1. Die eigenverantwortlich arbeitende Hebamme ist laut Berufsordnung auf die Ärztin im Normalfall einer Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe nicht angewiesen. Der Hebammenberuf ist kein Heil-Hilfieberuf. Die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme besteht für die ÄrztIn.
2. Die Formulierung „betreuendes Team von Gynäkologin und Hebamme“ verwischt die Differenz bei den grundsätzlich verschiedenen Aufgaben beider Berufsgruppen auf Kosten des Profils der unabhängigen Hebamme. Die Hebammenaufgabe liegt vor allem in der Prävention. Ärztliche Vorsorge findet vor allem in der Behandlung bei auftretenden Pathologien seine Berechtigung.

In dem Papier „Es ist Zeit...“, kommt der AKF zu der Auffassung, dass die Schwangerenvorsorge, seit vierzig Jahren gezielt in ärztliche Regie überführt, eine kostenintensive, strukturelle Fehlentwicklung war: „Auch durch die Vergütungsstrukturen werden finanzielle Anreize für die Einstufung von Schwangeren als Risikopatientinnen und für überflüssige Untersuchungen gesetzt. FrauenärztInnen können heute ohne „labelling“ keine kostendeckende Schwangerenvorsorge erbringen, d.h. ohne den Schwangeren nicht mindestens eine, häufig jedoch mehrere, Krankheitsdiagnosen zuzuschreiben.“

Die Forderung jetzt, die Schwangerenbetreuung im Team durchzuführen, würde diese Fehlentwicklung nicht korrigieren können. Stattdessen würde die Vorsorge weiter verteuert, die Pathologisierung beibehalten und auf Kosten letztlich der Gesundheit schwangerer Frauen und ihrer Kinder die Berufskompetenz der Hebammen nun auch von ÄrztInnenseite geschwächt.

3. Der historisch entstandene Grundkonflikt, dass ÄrztInnen zumeist den Anspruch aufrecht erhalten, anstatt der Hebamme prinzipiell als erste den Gesundheitszustand einer schwangeren Frau begutachten zu wollen, wird bei dieser Forderung ausgeblendet. Die Schwangerenvorsorge unter ärztlichem Führungsanspruch lässt sich nicht „entpathologisieren“, schon aus Kostengründen nicht, wie der AKF selbst darlegt.
4. Um einer weiteren Pathologisierung entgegenzuwirken, ist u. E. unverzichtbar, dass einerseits der präventiven Hebammenarbeit mehr Raum gegeben wird und andererseits jungen Erwachsenen und werdenden Eltern pädagogisch orientierte Angebote gemacht werden, sich umfassend zu informieren, um sich auf die Geburt eines Babys gut vorzubereiten und ihrer Wahlfreiheit über den Geburtsort, wie es die WHO-Erklärung von 1985 vorsieht und wie es nun auch im SGB V verankert ist, bewusst zu werden. Das beinhaltet ein gleichzeitiges Zurücknehmen ärztlicher und klinischer Strategien, die das Ziel verfolgen, an gesunden schwangeren Frauen verdienen zu wollen und sie als Zielgruppe institutionell zu binden. Zu erwähnen sind der „Mutterpass“, Verkauf von IGe-L inclusive Pränataldiagnostiktests sowie die offensive Betreibung von „Elternschulen“ an Kliniken.

Zur Forderung der „flächendeckenden Einrichtung von Hebammenkreißsälen“

Diese Forderung – als Rezept zur Minderung der Kaiserschnittzahlen – ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Zwar sehen wir, dass die von Hebammen geleiteten Kreißsäle (HKS) zu besseren Geburtsergebnissen kommen als der arztgeleitete Kreißsaal. Jedoch bleibt strukturell der HKS vollständig in Abhängigkeit des jeweiligen Klinikums. Die ärztliche Eingangskontrolle kann jederzeit durch Verschärfung der Kriterien dazu genutzt werden, Frauen in den arztgeleiteten Kreißsaal zu lancieren. Der Hebammenkreißsaal ist kaum geeignet, der strukturellen Seite des Klinikbetriebes (Schichtwechsel, fehlende Intimität, Routinebehandlungen, Technik statt Betreuung) wesentlich entgegenzuwirken und die Kaiserschnittzahlen abzusenken. Der Hebammenkreißsaal kann lediglich als strukturelle Anpassung und Abmilderung des arztgeleiteten Kreißsaales gesehen werden, nicht jedoch als die Alternative, nach der wir gesamtgesellschaftlich suchen müssen.

Um schwangere Frauen in ihrer Autonomie zu stärken und ihr Schutzbedürfnis zu achten, müssten unseres E. zu außerklinischen Geburtsorten Informationen vermittelt werden. Eine diesbezügliche präventive Ausrichtung und ökonomische Absicherung außerklinischer Geburtshilfe ist vorrangig und unverzichtbar. Wir befürworten vom ärztlich dominierten Gesundheitssektor unabhängige pädagogische Konzepte und Präventivangebote für werdende Eltern, um sie in den Stand zu versetzen, sich mit dem Gesundheitsmarkt und seinen Risiken schaffenden Seiten auseinanderzusetzen.

„Die „verbesserte Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen ambulant und stationär“

Es fällt auf, dass die außerklinische Geburtshilfe bei der Stellungnahme des AKF unter den Tisch fällt, wurde sie doch soeben im Sozialgesetzbuch V gesetzlich verankert und vom Europäischen Gerichtshof 2010 als Option für werdende Eltern ausdrücklich gestärkt, abgesehen von den Forderungen der WHO von 1985.

In „Es ist Zeit...“ formuliert der AKF noch, „Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen sollte den „Leitfaden Prävention“ vom 27.8.2010 nachbessern und die präventiven Leistungen der Hebammen darin aufnehmen. Von diesem wichtigen Gedanken ist in der „Kampagne...“ leider nichts zu lesen.

„Ein Schwerpunkt „natürliche Geburt“ im Studium und in der Facharztweiterbildung sowie Festlegung einer Anzahl an zu beobachtenden physiologischen Geburten“

Die Geburt zu beobachten, macht Frauen und Kinder zum Objekt und stört deren psycho-sozial-physiologischen Prozess der Geburt. Beobachtung durch fremde Menschen stellt eine Verletzung der Intimsphäre von Frauen dar, was nachweislich zu hormonellen Beeinträchtigungen des Geburtsgeschehens führt. In der Tat ist die Möglichkeit, physiologischen Geburten beizuwohnen, ein Problem. Deswegen sollte auf Filmmaterial zurückgegriffen werden, das zuhauf vorliegt.

„Die verpflichtende Etablierung von klinikinternen Fallkonferenzen unter Einbeziehung von GynäkologInnen und Hebammen“

Unser Ergänzungsvorschlag: Um die Klinikgeburtstpraxis zu reformieren, sollten Eltern, um deren Wohlergehen es schließlich geht, zum Nachgespräch eingeladen werden.

„Die Förderung wissenschaftlicher Evaluierung von geburtshilflichen Verfahrensweisen“

Wie vieler Studien bedarf es noch, um z. B. die Vorteile einer vertikalen gegenüber der horizontalen Geburt zu belegen? Wie vieler Studien bedarf es, um zu zeigen, dass die Verwendung des CTG die Geburt nicht fördert, der Ultraschall zu 50 % zu „Falschmessungen“ führt, was die Gefährdungslage des Kindes betrifft“ (laut eigener Äußerung des AKF)? Vieles könnte sofort unterlassen werden, wenn es ein gemeinsames Wollen der Ärzteschaft gäbe, zumindest der AKF-Mitgliedsfrauen, aufgrund der bereits vorhandenen Evaluierungen.

Wir erwarten aufgrund der Analysen des AKF auch klare Worte in Bezug auf Veränderungsstrategien, damit die geburtshilfliche Routine beendet wird, die der AKF in seinen veröffentlichten Papieren zutreffend benennt. Die programmierte Geburt wurde als Verfahren ausgebaut und technisch und medikamentös auf die Spitze getrieben. Sie ist zur Genüge infrage gestellt worden, zuletzt durch die GKV-Pilotstudie. Wir warten darauf, dass jetzt Taten folgen. Verweilkanüle, Wehenmittel und Wehenunterstützung ohne Not, KSE, MBU, Routine-Dammschnitte, Dauer-CTG, Kristellern (in eng-

lischsprachigen Ländern verboten) ohne gerechtfertigte Diagnosen..., diese Maßnahmen gehören eindeutig in die Pathologie und nicht in die Geburtsbegleitung Hunderttausender gesunder Frauen.

„Die Erarbeitung von Konzepten, die Anreize schaffen, Kliniken zu einer Veränderung der bestehenden Praxis zu bewegen, z.B. Qualitätskontrollen mit nachfolgender Beratung der Krankenhäuser mit überhöhter Kaiserschnitttrate“

Solange der ökonomische Anreiz für interventionsreiche Geburten und Kaiserschnitte besteht, wird der moderne Klinikkonzern keinen Aktionär von einer Veränderung der Geburtspraxis überzeugen. Diesem ökonomischen Aspekt weicht der AKF aus. Eine weiterführende Antwort besteht darin, Geburtshäuser sowie die Hausgeburt strukturell und ökonomisch zu garantieren und auszubauen. Ärztinnen sollten Frauen zu außerklinischen Geburten ermutigen und innerhalb der Ärzteschaft für diese Option mit Nachdruck eintreten. Auch in der Geburtshilfe sollte konsequent der Grundsatz gelten: Häusliche/ außerklinische Betreuung vor klinischer Versorgung.

„Die Information werdender Eltern über unabhängige Beratungsangebote bezüglich Kaiserschnitt und deren Folgewirkungen“

Die Beratung werdender Eltern wäre tatsächlich ausreichend, wenn die Vorsorge in der Hand der Hebammen läge. So aber haben wir es am Anfang einer jeden Schwangerschaft mit einer Weichenstellung weg von der Hebamme hin in die gynäkologische Praxis zu tun. Diese Weichenstellung führt zur Schiefelage zugunsten der Pathologisierung. Sie geht zurück auf die forcierte Einführung der sogenannten Vorsorge. Diese ist mittlerweile bestimmt vom umstrittenen „Mutterpass“ mit seiner durchschlagenden pathologisierenden und in die Klinik lenkenden Hebelwirkung

Der AKF informierte 2011 in Hannover, dass er keine Chance sähe, Reformvorschläge beim „Gemeinsamen Bundesausschuss“, dem Herausgeber des „Mutterpasses“, durchzusetzen, „aufgrund der Gender-Situation“, wie es im Protokoll heißt. Im Klartext heißt das, dass die männlichen Verbandsvertreter in diesem Gremium die Vorschläge des „AK Mutterpass“ ablehnen und es ihnen seit Jahren gelingt, eine überfällige Reform zu blockieren. Und nun?

Wir bitten den AKF, den in der Schublade liegenden „Schwangerschafts-Kompass“ mit anderen Arbeitsgruppen abzustimmen und herauszugeben. Das würde einer Klarstellung unterschiedlicher Positionen zu Prävention und Schwangerenvorsorge dienen und Eltern wieder eine Wahlfreiheit ermöglichen. Die Herausgabe dieser Alternative würde eine konstruktiv kritische Diskussion in Gang setzen, die wir dringend brauchen, auch um die „Alt-und-morbide-These“ der Gynäkologenfunktionäre zu entkräften, welche die Frauen für die Kaiserschnitttrate selbst verantwortlich machen wollen.

Wir wünschen uns vom AKF Unterstützung darin, dass unabhängige informierende Konzepte zur Familienbildung, Geburtsvorbereitung und Familienbegleitung, die sich bis 1996 bewährt hatten und ihre Wurzeln in der Frauen-Gesundheitsbewegung der 1980er Jahre hatten, von den Krankenversicherungen wieder anerkannt werden. Um werdende Eltern zu stärken und die von der WHO geforderten Richtlinien von 1985 in nationales Recht zu integrieren, brauchen wir Konzepte, die werdenden Eltern Raum für Eigenentwicklung und Eigenverantwortung geben. Zugleich brauchen wir eine Abkehr von immer engmaschigeren Kontrollmechanismen, die werdende Eltern verunsichern, ängstigen und in die Pathologie treiben.

U. E. sollte eine Kampagne zur Absenkung der Kaiserschnitttrate einen Brückenschlag herstellen zur Frauenbewegung der 1980er Jahre, als es erkennbar positive Entwicklungen durch unabhängige Angebote zur Geburtsvorbereitung und Familienbildung und eine positive Bewegung hin zu außerklinischen Geburten gab.

Berlin, Lachendorf, 1.3.2013

Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e.V. (GfG), Pohlstr. 28, 10785 Berlin, Tel. 030 - 45 02 69 20 - Email: gfg@gfg-bv.de
GreenBirth e.V., Geschäftsstelle 29331 Lachendorf, Altenceller Weg 58, Tel. 05145-284289, Email: info@greenbirth.de



Donat Kobayashi **GreenBirth** *Jrene Berman*