

## **BERICHT**

### **Fachtag des AKF**

#### **Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken - die normale Geburt fördern**

20. Juni 2014 in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Berlin

#### **Begrüßung**

Frau Dr. Maria Beckermann, 1. Vorsitzende des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) begrüßte das Publikum, die Fachleute aus der geburtshilflichen Wissenschaft und Praxis sowie die Vertreterinnen und Vertreter aus der Bundes-, Landes- und Verbandspolitik. Sie stellte kurz die Aktivitäten des Runden Tisches des AKF vor, die dem Ziel dienen, die Ideen der Salutogenese im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtsperiode zu implementieren. Das in diesem Zusammenhang erstellte Positionspapier „Es ist höchste Zeit die Kaiserschnitttrate zu senken“ wurde mittlerweile von über 4000 Einzelpersonen und Verbänden unterzeichnet und der von der BARMER GEK finanziell unterstützte Flyer zur Förderung der Normalgeburt bisher 10.000 mal verteilt.

Frau Beckermann betonte, dass die geburtshilfliche Erfahrung und die evidenzbasierte wissenschaftliche Literatur zeige, dass sich bei einer kontinuierlichen Betreuung durch eine vertraute Person (1:1 Betreuung) die Geburtsdauer verkürzt, die Frauen zufriedener mit dem Geburtserlebnis sind, sich sicherer fühlen und weniger Interventionen und Kaiserschnitte veranlasst werden. Auch das American College of Obstetricians and Gynecologists habe 2014 auf die Folgen der steigenden Kaiserschnitttrate hingewiesen. Jeder Kaiserschnitt in den USA führt mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% zu einer Resectio (einem Kaiserschnitt bei einer darauf folgenden Schwangerschaft) und zu Folgekomplikationen. Dies sei ein Darlehen mit Zins und Zinseszins. Es sei im Interesse der nächsten Generationen, den Einfluss der Fachleute im Publikum geltend zu machen, um Frauen in ihrer Kompetenz zu gebären zu unterstützen statt zu „beschneiden“.

#### **Moderation**

Im Anschluss begrüßte die Moderatorin Ulrike Hauffe die Anwesenden. Sie betonte, dass die Tagung ergebnisorientiert sein soll, die notwendigen Analysen seien von Theorie und Praxis erbracht. Das Wissen solle nun genutzt werden, die physiologische Geburt wieder zur Normalität statt zur Ausnahme zu machen.

#### **Vortrag Colette Mergeay**

*Colette Mergeay ist Dipl. Psychologin, Psychotherapeutin und arbeitete 20 Jahre in einer Bremer Frauenklinik.*

Frau Mergeay stellte die Visionen des AKF zur Förderung der normalen Geburt vor. Sie führte aus, dass Geburt im aktuellen medizinischen Kontext zum risikoreichen „Herstellungsvorgang“ geworden sei, der engmaschiger Kontrolle bedürfe. Diesem komplexen, „gefährlichen“ Geburtsvorgang sähen Frauen voll Angst und mit Hoffnung auf medizinische Hilfe entgegen, da sie ihn mit der eigenen Leiblichkeit allein nicht zu schaffen glaubten. Der illusorische Wunsch nach Machbarkeit werde mit Kontrolle und Fixierung auf abstrakte Berechnung von Risiken sowie der Forderung nach "Selbstbestimmung" bedient. So werde aus der Schwangerschaft ein angstbesetzter Hindernislauf, der Wunsch nach Kaiserschnitt sei in diesem Kontext meist ein Ausdruck von Angst. Der chirurgische Eingriff erscheine als das geringere Übel. Mit dem Titel „Die normale Geburt fördern“ möchte der AKF das seit Jahrtausenden erfolgreich erprobte natürliche Geschehen als Bezugsrahmen im Blick behalten und der zunehmenden „Normalisierung“ der medikalierten Geburt entgegensetzen. Er will die (natürliche) Geburt als Muster, Maß und Norm behalten. Deren Besonderheiten seien jedoch nicht als Vorteile zu preisen, sonst erlänge man der Gefahr, diese Vorteile auf eine Option zu reduzieren und den Kaiserschnitt auf eine gleichrangige optionale Ebene zu heben. Dadurch werde die maßgebende Bedeutung der Geburt verdeckt und die Sectio nicht als das wahrgenommen, was sie sei: eine segensreiche Notlösung.

► *Vollständiger Vortrag im Anhang*

## **Gespräch Dr. Gerd Eldering / Ulrike Hauffe**

*Dr. Gerd Eldering, langjähriger Chefarzt des Vinzenz-Pallotti-Krankenhauses in Bensberg und Leiter der geburtshilflichen Abteilung*

Im Fokus des Gesprächs standen die Veränderungen der Geburtshilfe in den vergangenen vierzig Jahren und die zunehmende Dominanz des Risikobegriffes.

Herr Eldering schilderte die große Technikbegeisterung der 1970er Jahre. Sie erzeugte u.a. die Mode der Programmierten Geburt, forcierte den Einsatz von Rückenmarksanästhesien (PDA) und die Überwachung der Geburt durch Herz-Ton-Wehen-Schreiber (CTGs), die es ermöglichten, die Gebärenden aus einer „Kommandozentrale“ zu überwachen und ihnen per Lautsprecher Anweisungen zu geben. Erst durch die französischen Geburtshelfer Frederic Leboyer und Michel Odent kam ein Umdenken. Gemeinsam mit den Frauen, die die technische Geburtshilfe kritisierten und eigene Wünsche äußerten, und dem Wissen und der Empathie von Hebammen wurden Änderungen eingeführt, die sich an den Bedürfnissen von Frauen und Neugeborenen ausrichteten. Auch Begriffe wie Milcheinschuss, Blasensprengung, Austreibung, Kanal oder Abort wurden kritisch hinterfragt, denn die martialische Wortwahl zeige die Bewertung eines Geschehens. Durch Leboyer kam die Situation des Neugeborenen in den Mittelpunkt, man versuchte, seinen physiologischen Bedürfnissen nach Wärme, Geborgenheit und Ruhe Raum zu geben. Geburtshilfliche Routinen kamen auf den Prüfstand: Der Dammschnitt, die Geburtseinleitung, der Einlauf, die Rasur der Schamhaare, der Kaiserschnitt an der wehenlosen Gebärmutter etc. Es wurde deutlich, dass es für die wenigsten Eingriffe einen seriösen wissenschaftlichen Nachweis gab und deshalb größte Vorsicht bei medizinischen Eingriffen angebracht war. Als Geburtshelfer/Geburtshelferin brauche man Ruhe, Zeit und Vertrauen in die Frauen und die Physiologie der Geburt. Fehle dies, kreierte man ein Risiko, das häufig eine operative Geburt nach sich ziehe.

### ► *Charts*

Im Anschluss leitete Frau Hauffe über zu den Fachvorträgen über die vier Schaltstellen, die sich aus den Experteninterviews der AKF-Umfrage zu den Ursachen des Kaiserschnitts herauskristallisiert hatten: **Ausbildung, Leitlinien, Haftpflicht, Ökonomisierung.**

### **Ausbildung der ÄrztInnen:**

#### **Prof. Michael Abou-Dakn:**

*Chefarzt des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin, der Klinik mit den meisten Geburten in Deutschland. Er ist Still- und Laktationsberater und Professor für Geburtsmedizin im Studiengang Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin.*

Herr Abou-Dakn begrüßte, dass im Titel des Fachtags auch die normale Geburt steht. Er habe einen Antrag beim Berliner Senat eingereicht, die normale Geburt als immaterielles Kulturerbe der UNESCO aufzunehmen.

Zum Thema Ausbildung fasste er zusammen: Um dem weltweiten Trend zum Kaiserschnitt Einhalt zu gebieten, sei die Ausbildung eine zentrale Kategorie.. In der Ausbildung werde zu wenig diskutiert, der im Fokus stehende Blick auf die Pathologie fördere in der klinischen Geburtshilfe den Risikoblick. Erschwerend komme hinzu, dass Lehre ausschließlich von ÄrztInnen betrieben werde, nicht von den Fachfrauen für Normalität, den Hebammen. So entstehe kein Vertrauen in die Normalität, keine „gute Hoffnung“. Der salutogenetische und der klinische Blick müssten produktiv und ergänzend so zusammengebracht werden, dass die beiden Berufsgruppen – ÄrztInnen und Hebammen – voneinander lernen könnten.

Unterschätzt werde in der Ausbildung die bindungsorientierte Geburtshilfe mit dem Fokus: Wie entsteht Bindung? Wie ist die Wirkung von Oxytocin auf Bindung? Medizinische Eingriffe störten häufig Bindungsstrukturen, ohne dass dies Geburtshelfern und –helferinnen bewusst sei. Z.B. werde durch den Wehentropf unter der Geburt die Adaption der neuroendokrinen Hormone gestört. Leider fehlten Geld und Geldgeber, um Bindungsforschung zu betreiben. Es fehle das Interesse, die Vorteile der Normalität zu erforschen.

Es brauche starke Vorbilder von Kollegen und Kolleginnen, die Erfahrung mit Normalgeburten haben. Ein großes Problem liege in der Finanzierung der Ausbildung. Für Fortbildung gäbe es weder genügend Geld noch Zeit. Die DRG-Struktur zwänge dazu, auf das Geld und nicht auf die Schwangere/die Patienten zu achten. Geburtshilfe werde schlecht bezahlt, man sei gezwungen, entweder sehr viele Geburten zu machen oder auf anderen Wegen Geld "reinzuholen".

Er selbst sei mit Leidenschaft in den Beruf gestartet, aber durch das Finanzierungssystem, durch viel Verwaltung und wenig Kreißsaaltätigkeit verliere man sie.

### **Ausbildung der Hebammen:**

#### **Prof. Claudia Hellmers**

*Hebamme und Professorin für Hebammenwissenschaft an die Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.*

Frau Hellmers umriss die Ziele der Ausbildung, wie sie im Hebammengesetz geregelt sind: Die Hebamme ist zuständig für die Physiologie in der Zeitspanne der Schwangerschaft bis zum Wochenbett, sowie für Fragen der Familienplanung und frühen Elternschaft. Ein Großteil der Hebammen in Deutschland wird an normalen Berufsfachschulen ausgebildet. Diese haben eine Sonderstellung im Gesundheitssystem: Sie haben den Vorteil eines großen Handlungsspielraums, aber den Nachteil zu geringer Kontrolle der Lehrinhalte und oft zu wenig Input z.B. bezüglich moderner didaktischer Konzepte.

Durch die Möglichkeit, Hebammen jetzt auch an Hochschulen anstelle der Berufsfachschulen oder parallel dazu auszubilden, eröffneten sich neue Perspektiven. Aber da die Hebammen weiterhin der fächerorientierten, nicht ganzheitlich ausgerichteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung unterlägen, würden sie fragmentiert in Fächern unterrichtet, die sie dann selbst zu einem sinnvollen Ganzen zusammenbringen müssen.

Hebammen gingen davon aus, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologische und individuelle Prozesse seien. Sie haben eine edukative, gesundheitsfördernde Rolle und wollen evidenzbasiert arbeiten. Im Detail könnten sie jedoch dem Auftrag nicht immer gerecht werden, denn auch Hebammenschülerinnen lernten in der Klinik Pathologie und medizinische Eingriffe und wenig über die Physiologie der Geburt. Die ganzheitliche Sicht auf Geburt - die Situation der Frau, ihre Ängste und deren Ursachen - könne derzeit nur in der außerklinischen Geburtshilfe gelernt werden. Hier könne durch die geringeren Interventionsraten die Physiologie der Geburt und eine andere Art der Geburtshilfe erlebt werden.

Die gewünschten Grundsätze der Hebammenbetreuung, z.B. 1:1 Betreuung, Förderung der Beratungsansätze, informed choice etc., seien schwierig zu implementieren, die Strukturen in den Kliniken und der Gesellschaft ständen dem entgegen.

Auf Seiten der Hebammen sei wissenschaftliches Hintergrundwissen ihrer Tätigkeit nötig. Hier sei als Grundlage die Vollakademisierung wichtig. Auf dieser Basis könnten Situationen und Fakten richtig beurteilt, Forschung zu betreiben und evidenzbasierte Betreuung gewährleistet werden. Auch um die gesundheitsfördernde Rolle der Hebammen ausfüllen zu können, bedürfe es gezielter Anleitungssituationen in der Praxis und Reflexion darüber. Situationen zu hinterfragen, verschiedene Blickwinkel einzunehmen, müsse auch in einer Laborsituation gelernt werden, nicht nur im Frontalunterricht. Auch Teamfähigkeit und Teamarbeit müssten erlernt werden, denn Sectoraten könnten nur im Team gesenkt werden. Durch Fallbesprechungen und Audits in einem klar strukturierten Team könne verhindert werden, dass Hebammen sich in ihrer Autonomie verlieren.

#### **Diskussion**

Das progressive Konzept, dass auch Hebammen MedizinerInnen ausbilden, brauche die Integration in die Praxis. Man müsse praktisch erleben, dass man von der anderen Berufsgruppe profitieren kann, sonst kämpfe man gegeneinander und verliere schnell aus dem Blick, dass es in der Geburtshilfe um Frauen, Kinder und Familien gehe. Die zu klärende Frage sei, wie man die Ausbildung so parallelisiert, dass die Akzeptanz der Berufsgruppen sich erhöht.

Daneben brauche es auch Professuren für Hebammen, die Ärzten und Ärztinnen Wissen um Geburtshilfe vermitteln.

### **Leitlinien:**

#### **Prof. Frank Louwen:**

*Leiter der Abteilung Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Universitätsklinik Frankfurt/Main, Sprecher aller Geburtshelfer und -helferinnen in Deutschland seitens der DGGG, führend beteiligt an der Leitlinienentwicklung zum Kaiserschnitt.*

Herr Louwen stellte die (rhetorische) Frage, ob man überhaupt etwas an der Sectorate tun müsse. Oder sei sie eine normale Entwicklung in europäischen Ländern und weltweit? Denn

wenn viele Frauen nur ein Kind bekommen, könne man dann nicht aus Sicherheitsgründen eine Sectio machen? Was heißt das?

Es brauche 220.000 Euro für die Entwicklung einer S3 Leitlinie zum Kaiserschnitt (S3-Leitlinie: höchste Stufe einer Leitlinienentwicklung, entsprechend den höchsten international definierten Ansprüchen zu einem Thema), gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und dem Hebammenverband. Er bemühe sich, für die Finanzierung auch die Krankenkassen zu gewinnen.

Eine niedrige Sectiorate sei auch laut Figó (International Federation of Gynecology and Obstetrics) eindeutig ein anzustrebendes Ziel: Ein Kaiserschnitt aus nichtmedizinischen Gründen sei nicht vertretbar. Dabei sei das Hauptproblem die Primäre Sectio, der Kaiserschnitt, der geplant vor Wehenbeginn gemacht wird, bevor die Frau weiß, wie eine Geburt abläuft. Die Zahlen für den geplanten Kaiserschnitt lägen je nach Region zwischen 8 % und 40%, Hauptgründe seien Resectiones (Kaiserschnitte nach einer vorangegangenen Sectio), Beckenendlagen oder Mehrlingsgeburten. Die Resectio sei mittlerweile die Hauptindikation für einen Kaiserschnitt. Sie bringe aber medizinische und ökonomische Risiken mit sich.

Auch die Gründe für die höchst unterschiedlichen regionalen Kaiserschnittsraten müsse ein Thema in den Leitlinien sein. Kleine Belegabteilungen hätten die höchsten Sectio- und Resectoraten, obwohl dort eher die normalen Schwangeren ohne Risiko entbänden. D.h., man müsse auch über die Versorgungsstrukturen reden. Mütterliche Erkrankungen wie z.B. das HELLP-Syndrom oder Gerinnungsstörungen sollten in spezialisierten Kliniken behandelt werden, um die Sectioraten zu senken. Es gäbe viele geburtshilfliche Mythen, die durch Zentralisierung abgeschafft werden könnten.

Mehr Beachtung müsse auch die intrauterine psychische und physische Prägung der Kinder sowohl durch die Mutter als auch den Geburtsmodus finden. Die Mutter sei die erste Umgebung des Kindes, sie präge es z.B. durch Diabetes, Rauchen, Adipositas, aber auch die Art, wie es geboren werde, präge das Kind. Der Geburtsmodus sei nicht nur ein technisches, sondern auch ein entwicklungspsychologisches Problem.

Auch die mütterlichen geburtsbedingten Erkrankungen wüchsen proportional zur Kaiserschnitttrate. Die Sectio erhöhe das Risiko für die Folgeschwangerschaft: z.B. für Frühgeburten und für eine Plazenta prävia und accreta (eine vor dem Muttermund liegende oder angewachsene Plazenta). Die Fruchtbarkeit sei eingeschränkt, das Risiko des intrauterinen Fruchttods und der Gebärmutterverletzungen erhöht. Deshalb dürfe ein Kaiserschnitt nur mit einer eindeutigen medizinischen Indikation durchgeführt werden. Die Sectio wirke auch auf die Kinder: Sie könne u.a. die Entwicklung des Immunsystems beeinträchtigen, Asthma und Allergien auslösen.

Durch die Hannah-Studie (Term Breech Trial“ von Hannah et al. im Jahr 2000) seien die Kaiserschnittzahlen bei Beckenendlagen um 4% in die Höhe geschnellt. In Holland sei im Zusammenhang mit dieser Studie ein direkter Anstieg der mütterlichen Mortalität und Morbidität verzeichnet worden. Erst eine erneute Aufarbeitung der Daten stellte die methodischen Mängel der Studie fest, so dass diese Ergebnisse kritisch betrachtet und wieder vaginalgeburten bei Beckenendlagen durchgeführt wurden.

Wenn nach vorangegangenem Kaiserschnitt bei Beckenendlagen und bei Mehrlingen immer ein Kaiserschnitt gemacht würde, auch wenn er nicht zwingend notwendig sei, erhöhe sich die Sectiorate insgesamt deutlich.

Die Kaiserschnitttrate ließe sich senken, wenn, wie in Hessen, geburtshilfliche Krankenhäuser, die mit Indikationen über der normalen Rate liegen, ihre Abweichungen begründen müssten. Das solle man auch bei allen Resectiones tun. Senke man deren Rate von 75% auf 50%, dann könne man so die gesamte Kaiserschnitttrate um 8% senken.

#### ► Charts

#### **Diskussion**

Dr. Misselwitz, Leiter der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. berichtete über die Erfahrungen mit der Hessischen Perinatalerhebung. Auf der Basis dieser Daten seien Vergleiche zwischen den Krankenhäusern möglich. Durch die vergleichende Diskussion der Zahlen in den Krankenhäusern sei ein leichtes Absinken der Kaiserschnitt-Zahlen in Hessen bemerkbar. Das solle in den anderen

Bundesländern ebenfalls Schule machen. Eine niedrige Kaiserschnitttrate solle wieder Qualitätsindikator der Geburtshilfe sein.

Es erhob sich in der Diskussion die Frage, ob die wohnortnahe Versorgung durch kleine Belegkrankenhäuser aufgegeben werden solle, wenn sie risikoreicher seien, oder ob man sich den Hausgeburten und Geburtshausgeburten mit ihren guten Perinataldaten wieder mehr öffnen müsse.

### **Haftungsfrage:**

#### **Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller**

*Rechtsanwältin, Mitglied der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ beim Bundeskanzleramt, vertritt dort den Deutschen Hebammenverband, Leiterin der Rechtsstelle des DHV.*

Es ging in diesem Beitrag um Denkanstöße zur Änderung der Haftpflichtsituation. Die Angst vor der Haftung sei u.a. auch ein Grund für die hohe Sectorate. Es gäbe ein Haftpflicht-Dilemma: Die steigenden Prämien für ÄrztInnen, Kliniken und Hebammen, der Rückzug der Versicherer und die Bedrohung durch die Privathaftung auch noch nach Jahren. Man hafte mit seinem Privatvermögen auch noch nach 10 Jahren und länger. Die Haftungshöchstsummen seien immens gestiegen und die Versorgung eines geschädigten Kindes sei schwer kalkulierbar. Deshalb sei Geburtshilfe so schwer versicherbar.

Es brauche eine große Lösung für ein großes Problem.

Frau Hirschmüller schlug zwei bzw. drei erfolgversprechende Lösungsvorschläge vor:

1. Ein Regressverzicht durch die Sozialversicherungsträger der Pflege, Sozial- und Rentenversicherung.  
Bei einem geschädigten Kind können die Versicherer das Geld von dem Schädiger zurückholen. Dies sei aber ein Teufelskreis, denn die gesetzlichen Krankenkassen zahlen einerseits die Prämienzuschläge, andererseits regressieren sie auch. Dieser Teufelskreis könnte durch einen Regressverzicht durchbrochen werden.
2. Am Effektivsten gegen Versicherer-Notstand sei ein öffentlich-rechtlich ausgestatteter Haftungsfond. D.h. man nimmt die Haftpflichtsituation vom öffentlichen Versicherungsmarkt. Der Haftpflichtfond würde neben den Beiträgen von Geburtshelfern und -helferinnen durch Zuschüsse mitfinanziert, z.B. durch den Bund und die GKV. Dies würde 1. die profitorientierten Versicherungsunternehmen ausschalten und 2. eine alternative Finanzierung begründen. Dabei gäbe es zwei Modelle: Ein wirklicher Haftungsfond, der alles regelt oder ein Ergänzungsfond, d.h. es wird eine Haftungshöchstgrenze für Geburtshelfer und -innen eingeführt. Darüber hinaus tritt ein Ergänzungsfond ein.  
Der Haftungsfond wäre für jede Finanzierung offen. Er sei in der Zukunft abwandelbar und lasse viele Möglichkeit offen. Er könnte auch den Spagat zwischen Verschuldungshaftung und Gefährdungshaftung schaffen.
3. Ein anderer Vorschlag sei, die Berufshaftpflicht in die gesetzliche Unfallversicherung zu adaptieren, aus der Individualhaftung in die Sozialversicherung überzuleiten. Auch hier läge der Vorteil in der Abkehr vom Verschuldensprinzip, in der Enthftung der GeburtshelferInnen.

Mit den beiden letzten Vorschlägen könnte der überzogene Schuldgedanke wieder auf ein normales Maß reduziert werden. Die Haftpflichtsituation sei ein menschliches und ein strukturelles Dilemma. Hier sei auch der Staat in seinen Schutzpflichten gefragt, um eine gute Geburtshilfe zu sichern. Das könnte auch das Vertrauensverhältnis zwischen GeburtshelferInnen und Eltern positiv beeinflussen und wieder erhöhen.

### **Diskussion:**

In der Diskussion wurde die Umsetzung der Vorschläge diskutiert. Das Konzept liege vor, es sei auch kein neuer Gedanke. Es gäbe Fonds im Medizinrecht, auch bei Impfungen und Atomkraftwerken, gäbe es Haftungshöchstgrenzen und Regelungen aufgrund der Nichtkalkulierbarkeit des Haftungsrisikos. Es gäbe Auffangfonds, die auf die Geburtshilfe übertragbar seien.

## Ökonomisierung:

### Dr. Wolf Lütje:

*Chefarzt des Amalie-Sievekings-Krankenhauses in Hamburg. Präsident der DGPFPG.*

Herr Lütje begrüßte einleitend, dass zumindest in diesem Land über den Kaiserschnitt diskutiert wird. Würden 50% der Menschen unnatürlich aus dem Leben scheiden, wäre das ein Thema in den Medien. Die hohe Kaiserschnittrate, eine nicht natürliche Geburt, würde dagegen bisher ohne großen Widerspruch hingenommen.

Er fasste kurz die Hauptgründe für einen Kaiserschnitt zusammen: Der gesellschaftliche Paradigmenwechsel, der Wissensverlust, das Haftpflichtproblem, die aktuellen Leitlinien zu Kaiserschnittindikationen und die personelle Ressourcenknappheit.

Der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe gehe einher mit Erfahrungsverlust, mit abnehmender Belastbarkeit der Schwangeren, mit einem Wunsch nach Perfektion, Kontrolle und Planung. Die normale Geburt sei keine Kategorie der Lifestylegesellschaft, wohl aber neue Zauberwörter wie „Risiko“ und „Notfall“. Auch die Geburt á la Carte sei ein großes Thema, zum Beispiel das Angebot des „sanften Kaiserschnitts“ oder der „Kaisergeburt“, beides schlimme Euphemismen, die dem Kaiserschnitt die Tür geöffnet hätten.

Ein großer Widerspruch unserer Zeit sei: Geburt verlange Hingabe ebenso wie die Sexualität. Es gäbe eine Analogie von Leben und Sterben, beide seien von Hingabe geprägt.

In der modernen Kliniklogik gehe Monetik vor Ethik, dies zeige die doppelt so hohe Sectiorate bei Privatpatientinnen. Im ökonomischen Mischsystem sei der Kaiserschnitt zwar kein effektives Vergütungsinstrument, aber seine Planbarkeit, seine Ressourcen- und Personalschonung seien doch wichtige Themen der Ökonomie.

Ohne Klärung des Sinnes der Geburt gäbe es kein Argument gegen Kaiserschnitt. Derzeit gäbe es aber keine Sinn- und Wissenschaftstheorie zur Geburt. Herr Lütje warf verschiedene Fragen auf: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und der Modulation der Menstruation durch Langzeit-Pilleneinnahme? Ist die Menstruation vielleicht eine Übungszeit für Gebärmutter? Wird ihr möglicher Sinn durch den Langzyklus ausgehebelt? Sind vielleicht Wehenschwäche und Geburtsstillstand eine Folge? Es gäbe wenig Interesse an der Erforschung solcher Fragen, die dem Sinn der Geburt näher bringen könnten.

Er empfahl eine konkrete Idee: Wenn Geburt als etwas Gesundes, Physiologisches gelte, sei das alleinige Krankenkassenfinanzierungssystem unlogisch. Hier sollte man eine Analogie zu den Hospizen ziehen. Sie seien ein Mischfinanzierungsmodell. Wenn eine Gesellschaft die Geburt als Wiege ihrer Wurzeln für Bindungs- und Liebesfähigkeit sähe, sollte sie sich Gedanken über eine Sonderfinanzierung machen.

Herr Lütje wies darauf hin, dass es in den amerikanischen Leitlinien zum Kaiserschnitt progressive Änderungen gäbe: U.a. seien für alle Phasen der Geburt die Zeiten verdoppelt worden. Und es werde der Kaiserschnitt erst ab einem Geburtsgewicht von 5 Kilogramm empfohlen, nicht wie bei uns ab 4 Kilogramm geschätztem Geburtsgewicht. Er empfahl, sich an diesen amerikanischen Leitlinien zu orientieren. Das müsse sich dann auch auf die Gutachten, die im Streitfall erstellt würden, auswirken.

Neben den regionalen Unterschieden bei der Kaiserschnittrate mache es auch einen Unterschied, ob ein Team aus unterschiedlichen ärztlichen Fachrichtungen oder geburtshilfliches Team Dienst habe. Abhängig davon differiere die Kaiserschnittrate bis zu 30%. Es brauche Selbsterfahrung, Psychosomatik und Teamsupervision über Teamkonstellationen.

Ebenso brauche es Forschung. Hoffnungsvoll stimme ihn, dass das Stillen, das lange abgeschrieben war, durch Forschungsergebnisse wieder hoffähig wurde. Ebenso sei die Begeisterung für die Zange und den Dammschnitt durch negative Forschungsergebnisse schnell wieder erloschen. Es gäbe die Hoffnung, dass es der hohen Kaiserschnittrate auch so ergehe.

In der Geburtshilfe brauche es Betreuung, Entängstigung und Sinnstiftung. Und Demut, "weil wir so vieles einfach nicht wissen". Das müssten sich Geburtshelfer und -helferinnen eingestehen.

Es brauche gute Hebammen und gute Geburtshelfer und -helferinnen aus Leidenschaft und mit einem salutogenetischen Ansatz. Und gut vorbereitete werdende Väter, sie hätten ein Potential für die natürliche Geburt, wenn man ihre Ängste vor der Geburt ernst nehme und ausräume.

Er schloss mit einem Zitat aus der Zeitschrift Nature: „Schmetterlinge, denen man aus dem Kokon hilft, können nicht fliegen.“

► *Charts*

**Diskussion:**

In der Diskussion wurde die Notwendigkeit angesprochen, die Salutogenese ins Bewusstsein der Geburtshelfer und –helferinnen zu rücken. Die Ausbildung brauche dringend die Beschäftigung mit Gesundheit, Vertrauen, Wohlgefühl, Kohärenz und die Angstmedizin und die MedizinerInnen Bewusstseinsbildung und Selbstreflexion.

**Podiumsdiskussion**

Auf dem Podium saßen:

**Kathrin Moroff**, Bundesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Frauenbüros (Mitglied des Sprecherinnengremiums), Gleichstellungsbeauftragte im Landkreis Helmstedt

**Dr. med. Bernhard Egger**, Leiter der Abteilung Medizin beim GKV-Spitzenverband

**Mechthild Rawert**, Mitglied der SPD-Fraktion im Bundestag, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags

**Renate Augstein**, Leiterin der Abteilung Gleichstellung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

**Matthias Blum**, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW

**Anke Erath**, Leiterin des Referats Familienplanung und Verhütung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Themen der Diskussion waren die Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt, die Möglichkeit, Schwangere und deren Partner durch Initiativen zur Förderung der normalen Geburt zu erreichen, die produktive Zusammenarbeit von Gesundheitspolitik und kommunalen Beratungsstellen bei Information und Aufklärung, um der gegenwärtigen gesellschaftlichen Normierung in der Geburtshilfe die Kraft zu nehmen.

Frau Augstein sah die Rolle des BMFSFJ, durch Information Frauen für eine selbstbestimmte Geburt zu stärken. Durch Beharrlichkeit und wissensbasierte Argumente könnten öffentliche Diskurse beeinflusst und Trends gestoppt werden. So hätten z.B. öffentliche Diskurse den Anstieg der Kaiserschnitte in den 1970er Jahren gestoppt, das Stillen und den Trend zur natürlichen Geburt in den 1980er Jahren forciert. Das BMFSFJ könne diese Impulse geben.

Frau Rawert, erklärte sich bereit, mit Frau Fischbach, thematisch zuständige Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Thema Kaiserschnitt zu diskutieren und im Gesundheitsausschuss einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Herr Eggert vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) betonte als Hauptaufgabe der GKV die angemessene Finanzierung der Leistungen. Auch bei der Verbreitung von Information darüber, dass die Frau selbst über den von ihr gewünschten Geburtsmodus entscheiden kann, könne er sich beteiligen. Da eine der Aufgaben der GKV die Qualitätssicherung der Leistungen sei, könne er - auf Basis einer zukünftigen S3- Leitlinie - die Qualität der Kaiserschnitte sichern, der Spitzenverband könne jedoch nicht die S3-Leitlinie mitfinanzieren.

Herr Blum, Mitglied am Runden Tisch Geburtshilfe NRW, bestätigte, dass die Haftpflicht ein massives Problem sei. Die Angst vor Haftpflichtprozessen sei bei allen spürbar und auch berechtigt. Bezüglich der Forschung zu den Vorteilen der normalen physiologischen Geburt wies er auf Gelder aus der Versorgungsforschung hin, die im Koalitionsvertrag vereinbart seien und auf die §§ 12 und 70, SGB 5, die die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung beinhalten. Die Geburt sei von volkswirtschaftlichem Interesse. Hier

müssten Hebammen, Ärzte und Ärztinnen zusammen kämpfen, sonst gäbe es keine Unterstützung aus der jeweils anderen Berufsgruppe.

Herr Louwen betonte noch einmal die Notwendigkeit einer S3-Leitlinie. Sonst müsse bei bestehender Rechtslage so gehandelt werden wie bisher. Gemeinsam und innovativ müsse an diesem Tisch über die Finanzierung nachgedacht werden. Alle Studien dazu seien da, sie müssten nur in eine S3-Leitlinie umgesetzt werden.

Herr Egger unterstützte den Vorredner in dem Sinne, dass die regionalen Unterschiede bei der Indikationsstellung zur primären Sectio völlig unplausibel seien. Es brauche deshalb prüfbare Kriterien für jede Indikationsstellung. Den Antrag dazu würde die GKV unterstützen, dazu sei aber die S3-Leitlinie als Entscheidungsgrundlage notwendig.

Frau Bergdoll, 2. Vorsitzende des AKF e.V. machte den Vorschlag, das öffentliche Bewusstsein zur Problematik Kaiserschnitt und zur normalen Geburt z.B. über vom BMG und BMFSFJ finanziell unterstützte Aktionen, z. B. Plakataktionen, zu fördern.

Herr Egger erläuterte, dass eine 1:1-Betreuung bei der Geburt, also die Veränderung des Personalschlüssels nur über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erreichen sei. Das Begründungserfordernis für eine Änderung des Personalschlüssels sei sehr hoch und müsse durch Studien belegt werden. Wenn die Begründung tragfähig sei, könne man, bot er an, gemeinsam im G-BA einen Antrag stellen. Es wäre aber ein Bruch mit dem DRG-System, der Beginn eines Systemwechsels.

Herr Abou-Dakn kam auf die amerikanischen Leitlinien zurück, deren Inhalt auch hier umgesetzt werden sollte. Es sei unnötig, dass Deutschland dies neu erforschen müsse und dann in der Zwischenphase bis zur Erstellung der Leitlinie die Finanzierung fehle.

Frau Moroff sicherte zu, eine stärkere Öffentlichkeitsarbeit über den Umgang mit Geburt, Kaiserschnitt und normaler Geburt in den kommunalen Frauenbüros und vor Ort anzuregen.

Frau Erath bot an, den Runden Tisch mit einer der Kernkompetenzen der BZgA, der Initiierung von Kampagnen oder Anzeigen, zu beraten und zu unterstützen.

Herr Egger bot an zu prüfen, ob die GKV im G-BA ein Qualitätssicherungsprojekt auf den Weg bringen könne.

Frau Augstein vom BMFSFJ erklärte sich bereit, das Thema natürliche Geburt zusammen mit der BZgA zu fördern. Hilfreich sei in diesem Zusammenhang, dass parallel auch durch den Antrag der Landesfrauenministerien zur Förderung der natürlichen/ Geburt Bewegung in die Diskussion gekommen sei. Man solle auch die Schwangerschafts-Beratungsstellen aktivieren und die Hebammen mehr in die Schwangerenbetreuung einbeziehen.

Frau Rawert versicherte zu prüfen, ob im Gesundheitsausschuss diese Themen diskutiert werden könnten.

Abschließend fasste Frau Hauffe die Übereinstimmung der Anwesenden zusammen, dass die Entwicklung der Kaiserschnittsraten gestoppt und die physiologische Geburt gefördert werden sollte. Unterstützt werde dieses Ziel durch den Willen vieler Bundesländer und durch das in der Bearbeitung befindliche Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt". Sie dankte allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fachtags für die Offenheit und den Respekt voreinander und die engagierte Diskussion.