

Für die Wiedergeburt der normalen Geburt

Dokumentation des Fachtags 2014
Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers
Bundesweite Aktivitäten zur normalen Geburt



Für die Wiedergeburt der normalen Geburt. Dokumentation zum Fachtag 2014 – Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers – Bundesweite Aktivitäten zur normalen Geburt.
Herausgegeben vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.), Berlin 2015.

Textredaktion und Interview: Petra Otto

Umschlaggestaltung und Layout: Dr. Kerstin Schmitt – www.kerstin-schmitt.de

Umschlagfoto: „Kokon 3“, Performance von Gabriele Kaiser-Schanz, fotografiert von Ingrid Weidig

Fotos: Gudrun Kemper

Wir danken dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für die Bereitstellung der Tagungsräumlichkeiten und der Tagungstechnik.

Der Fachtag und die Dokumentation wurden gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.)
Sigmaringer Str. 1 | 10713 Berlin
Tel: 030 – 86 39 33 16 | Fax: 030 – 86 39 34 73
buero@akf-info.de
www.akf-info.de | [facebook.com/AKFeV](https://www.facebook.com/AKFeV)
Registergericht: Amtsgericht Berlin Charlottenburg | Registernummer: VR 27868B

Dokumentation des Fachtags 2014 „Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken – die normale Geburt fördern“

Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers

Bundesweite Aktivitäten zur normalen Geburt

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Dokumentation der Vorträge und Diskussionen beim Fachta – Ergebnisse der Podiumsdiskussion	5
Visionen zur Förderung der normalen Geburt, Colette Mergeay	6
Gespräch Dr. med. Gerd Elderling/Ulrike Hauffe	10
Zur Ausbildung der ärztlichen Geburtshelferinnen und Geburtshelfer, Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn	12
Zur Ausbildung der Hebammen, Prof. Dr. Claudia Hellmers	14
Zur Frage der ärztlichen Leitlinien, Prof. Dr. med. Frank Louwen	16
Zur Haftungsfrage, Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller	18
Zur Ökonomisierung der Geburtshilfe, Dr. Wolf Lütje	20
Podiumsdiskussion	22
In den Vorträgen angeführte Quellen	25
3. „Man muss sich kümmern. Geburtshilfe ist kein „Nebenjob““ Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers, Perinatalzentrum Coesfeld	26
4. AKF-Aktivitäten rund um Geburt und Kaiserschnitt seit 2009	30
5. Anfragen an den Deutschen Bundestag und an Landesregierungen zum Thema: Kaiserschnitt und normale Geburt	32
Anfragen an den Deutschen Bundestag	32
6. Kampagnen, Studien und andere Aktivitäten zur Förderung der normalen Geburt	35

1. Einleitung

In den letzten zwei Jahrzehnten änderte der Kaiserschnitt seinen Ruf und seine Bedeutung grundlegend: Von einer einst bedrohlichen Notfall- zu einer Routine-Operation, die mit einem schnellen Schnitt „elegant und sanft“ das Kind zur Welt bringt. Sie galt zunehmend als zeitgemäße Form des Gebärens, die Mutter und Kind unnötige Schmerzen, Mühen und Gefahren erspart.

Nach fast zwei Jahrzehnten eines scheinbar unaufhaltsamen Anstiegs der Kaiserschnittraten mit immer neuen Indikationen – Beckenendlage, Mehrlinge, Frühgeburten, mütterliches Alter über 35, Übergewicht, usw. – beginnt ein Umdenken auf Seiten der (betroffenen) Frauen, der Pädiater/-innen, Hebammen und Geburtshelfer/-innen. Erfahrungen, Studien und Untersuchungen geben Anlass, die bisherige Praxis kritisch zu hinterfragen.

Vor diesem Hintergrund entstand die Umfrage des AKF unter Hebammen und ärztlichen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern, die zeigte: Über die Hauptursachen der steigenden Kaiserschnittraten besteht weitgehende Einigkeit. Sie liegen in

- einer Defensivmedizin aus Angst vor Haftpflichtprozessen
- einer mangelhaften Ausbildung im Hinblick auf die physiologische Geburt und daraus folgend einer Risikosicht auf die normale Geburt
- fehlenden, wissenschaftlich abgesicherten ärztlichen Leitlinien für den Kaiserschnitt
- einem großen Druck durch die Ökonomisierung der Medizin.

Die aus dieser Umfrage entstandene Broschüre „Handlungsbedarf Kaiserschnitt“ (2013) war die Grundlage des hier dokumentierten Fachtags „Zeit zu handeln – die Kaiserschnittrate senken – Die normale Geburt fördern“ (2014). Er war als ein Schritt zur Vereinheitlichung der Vorgehensweise gedacht. Ziel war die Diskussion effektiver, konkreter Maßnahmen, mit denen den Hauptursachen der hohen Kaiserschnittraten wirkungsvoll begegnet werden könnte. Es sollte die Chance wahrgenommen werden, eingefahrenes Denken und Handeln zu ändern und zu lernen, einerseits den Gesetzmäßigkeiten des Gebärens zu vertrauen und andererseits seinen Zufälligkeiten fachlich kompetent zu begegnen, wie Colette Mergeay in ihrem Eingangsvortrag fordert. Ein wichtiger erster Erfolg des Fachtags ist die Bereitstellung von Geldern durch die Bundesregierung für eine S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt.

Nicht nur der AKF hat die Problematik des Kaiserschnitts und der Förderung der natürlichen Geburt durch verschiedene Aktivitäten aufgegriffen. Deshalb haben wir die Dokumentation des Fachtags um einen Überblick über Aktivitäten anderer Akteure und Akteurinnen erweitert – als Überblick, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.. Das Unwohlsein mit dem Status Quo der modernen Geburtshilfe wird breit diskutiert und die Diskussion bleibt nicht theoretisch. Erste Kliniken haben Konsequenzen gezogen. Stellvertretend dafür steht das Interview mit einem Chefarzt, der in seiner Klinik die Kaiserschnittrate von fast 40% (2006) auf unter 20% (2013) senkte. Die diversen politischen Anfragen an den Bundestag und die Parlamente der Bundesländer, die Kampagnen einzelner Bundesländer zur Förderung der natürlichen Geburt sowie verschiedene Studien, Untersuchungen, Kongresse und andere Aktivitäten zeigen ebenfalls die breite Bewegung um das Thema und dokumentieren einen neuen Willen zur Veränderung.

HINWEIS

Diese Dokumentation ist über die Homepage des AKF www.akf-info.de abrufbar. Von der Onlineversion aus können alle unten angegebenen Links erreicht werden.

2. Dokumentation der Vorträge und Diskussionen beim Fachtag – Ergebnisse der Podiumsdiskussion

Begrüßung

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 bisherigen Aktivitäten des Runden Tisches "Lebensphase Eltern werden" des AKF vor, die das grundsätzliche Ziel verfolgen, die Ideen der Salutogenese in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtsperiode umzusetzen.

Moderation

Im Anschluss begrüßte die Moderatorin Ulrike Hauffe die Anwesenden. Sie betonte die Ergebnisorientierung der Tagung. Die notwendigen Ursachenanalysen sind von Theorie und Praxis erbracht. Das Wissen muss nun umgesetzt und die physiologische Geburt wieder zur Normalität statt zur Ausnahme werden.



Bildnachweis: © Zweiwochendienst, mit freundlicher Genehmigung

Vorträge und Diskussionen

Visionen zur Förderung der normalen Geburt Colette Mergeay

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



In Deutschland kommen 98% der Kinder im „Haus der Kranken“ zur Welt.

Die Selbstverständlichkeit der Krankenhausgeburt, die sich innerhalb der letzten sechzig Jahre entwickelt hat, hat auch ein – immanent logisches – pathogenetisches Verständnis der Geburt etabliert. Vom schöpferischen Naturprozess, den Mutter und Kind in sich, mit sich aktiv geschehen lassen, wird die Geburt im aktuellen medizinischen Kontext zunehmend als risikoreicher aber planbarer „Herstellungsvorgang“ betrachtet, den es „engmaschig“ zu kontrollieren gilt.

Es darf uns also nicht wundern, wenn Schwangere sich mit einer „Leistungsanforderung“ konfrontiert sehen, die sie mit ihrer Leiblichkeit allein nicht schaffen zu können glauben. Heute läuft die Geburtshilfe (und schon dieser Begriff ist irreführend, denn die Geburt braucht keine Hilfe) Gefahr, sich von einer ganzheitlichen Unterstützung der Subjekte zur hochtechnisierten, teuren (oder lukrativen, je nach Standpunkt), zunehmend operativen „Entbindungsmedizin“ zu entwickeln.

Die Geburt als initiale Erfahrung

Alles was lebt, hat einen Anfang. Und noch eine einfache Wahrheit: die Geburt und das Sterben sind die wesentlichen Übergänge im Leben eines Menschen.

Blicken wir auf die Selbstverständlichkeit des Lebensrhythmus, so ist die Geburt die initiale Erfahrung des Eintrittes in die Gesetzmäßigkeiten und Zufälligkeiten des Lebendigen. „Initial“ ist die Erfahrung im doppelten Sinne des Wortes: als erste auf dieser Welt und als Einweihung in den Rhythmus von Übergängen, in dem sich der Mensch vom ersten bis zum letzten Atemzug, vom „Erblicken des Lichtes“ bis zum letzten Augenblick bewegt. Denn dieser Lebensrhythmus stellt uns alle, die wir Geborene sind, bei jedem Übergang jeweils vor Neues, vor nicht Berechenbares, bei allen Antizipationsbemühungen im Letzten, vor nicht Planbares. Das gilt für die ersten Schritte eines Kleinkindes, die hereinbrechende Pubertät, den gewünschten Berufswechsel oder eine plötzliche Erkrankung. Diese initiale Qualität der Geburt gilt es ins Zentrum unserer heutigen Überlegungen zu stellen. Mit anderen Worten: Damit die Qualität der Geburtshilfe konkret erhöht werden kann, müssen Kriterien gelten, die der Bedeutung der Geburt für das Leben gerecht werden.

Unser Runder Tisch „Lebensphase Eltern werden“ hat sich in diesem Zusammenhang um die Erarbeitung von Orientierungen bemüht. Dabei kristallisierte sich für uns nach und nach und immer konkreter etwas eigentlich Selbstverständliches heraus: Im Anfang und vor allem muss es bei der Geburt um die Bedürfnisse, das Anliegen des Kindes gehen, das zur Welt kommt. Nehmen wir diese Gewichtung vor, dann entkommen wir der Logik des scheinbaren Sachzwangs und der Beliebigkeit einer Kundenorientierung: Alle Subjekte am Geburtsgeschehen gewinnen.

Das Kind als Subjekt seiner Geburt

Wir wissen seit langem, dass das Kind Wochen vor seiner Geburt über die Gesamtheit seiner Sinnesfähigkeiten verfügt und dass sein Gehirn schon in der Lage ist zu strukturieren, z. B. zu träumen. Wir wissen, dass das Kind bei seiner Geburt spürt, fühlt und, wie seine Mutter, von Hormonen durchflutet wird, die ihm in ständiger Interaktion mit ihr bei seiner „initialen Geburtserfahrung“ helfen. Wir wissen, dass es also seine Geburt wahrnimmt, dass es auch im Übergang zwischen dem ihm vertrauten Universum des Mutterleibes und der ihm unbekanntem neuen Welt aktiv ist.

Die romanischen Sprachen bieten uns Unterstützung. Im französischen z. B. „wird das Kind geboren“ (*l'enfant est né*), gleichzeitig aber gibt es ein aktives Verb (*naître*) für das Kind als Subjekt im Geschehen der Geburt (*l'enfant naît*): das Kind „geburtet“.

Nehmen wir also das Kind als Subjekt seiner Geburt ernst, gehen wir also davon aus, dass es ihm nicht gleichgültig ist, wie es „geburtet“ und geboren wird, dass es dementsprechend auch für die Beziehung zwischen Mutter und Kind, zwischen Eltern und Kind, nicht gleichgültig ist, ob Angst, Unsicherheit, Sachzwänge, Dienstplan oder Vertrauen, Annahme, Lebenslust im Anfang prägend sind. Beim aktuellen Wissens- und Reflexionsstand bietet sich eine Fülle von Möglichkeiten, den Geburtsprozess aus dieser Perspektive adäquat, d.h. bewusst und respektvoll, vom Anfang der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes zu unterstützen.

Wenn wir dreißig oder vierzig Jahre zurückblicken, dann ging es Frauen damals vor allem um die schöpferische Kraft der Gebärenden, um die Relativierung der ärztlichen Autorität zugunsten der Bedeutung und Präsenz der Hebammen, um die Mitbeteiligung der Väter. Die Forderung nach einer „frauenbestimmten Geburtshilfe“ ging dabei mehr oder weniger stillschweigend vom Gedanken aus, dass im komplexen Geschehen der Geburt die Bedürfnisse der Mutter mit denen des Kindes derart verwoben, ja reziprok seien, dass ein ausdrückliches Rekurrieren auf das Kind und seine Bedürfnisse nicht notwendig sei. Die Betonung auf das „Recht der Frau“, der Begriff „frauenbestimmt“, war also vor allem ein Ausdruck des Protestes gegen damalige ärztliche Interventionen, die als Fremdbestimmung empfunden wurden. Erreicht haben wir eine Umgestaltung der Kreißsäle, teilweise eine Wiederbelebung der Hausgeburt, eine selbstverständliche Anwesenheit der Väter, eine abgeschwächte Hierarchie zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Hebammen, eine familiengerechtere Wochenbettpflege. Aber unter dem Banner der „Selbstbestimmung“ der Frauen hat paradoxerweise auch eine invasive Medikalisierung und Pathologisierung in das gesamte Geburtsgeschehen Einzug gehalten. Die Forderung nach „Selbstbestimmung“, die dem politischen, juristischen Kontext entstammt, erweist sich bei der Geburt als problematisch.

Mehr noch: das Schlagwort der „Selbstbestimmung“ ist heute zum Bumerang geworden. Der illusorische Wunsch nach Machbarkeit wird mit Kontrolle, Überwachung, Fixierung auf abstrakte Berechnung von Risiken bedient und die Schwangere ständig aufgefordert, sich „selbstbestimmt“ für oder gegen mögliche Maßnahmen zu entscheiden. Ein Horizont unzähliger Risiken macht aus ihrer Zeit der „guten Hoffnung“ einen Hindernislauf der Ängste, der nicht selten dazu führt, dass sie „freiwillig“ die Hoheit über ihre Gebärfähigkeit an die Anästhesie und die Chirurgie delegiert. Die elementaren Bedürfnisse des zur Welt kommenden Kindes geraten in dieser Realität notwendigerweise nicht in den Blick, und die mit diesen existentiell verwobenen Bedürfnisse der Mütter (und Väter) werden mit einer proklamierten „Kundenorientierung“ abgespeist. Symptomatisch ist hier die Anwendung des euphemistischen Begriffes „Wunsch-Kaiserschnitt“ und die damit verbundene scheinbar unaufhaltsame Erhöhung der Sectiorate. Dieser „Wunsch“ ist, nach Wochen der Fokussierung auf Risiken, meistens Ausdruck von Angst: Denn welche Frau wünscht sich schon eine solche Operation? Eher ist anzunehmen, dass ihr der chirurgische Eingriff als das geringere Übel erscheint.

Umgang mit Angst und Risiko

Angst ist überall in der Geburtshilfe präsent, schon deshalb, weil sie das Initialgefühl jedes Überganges ist. Angst ist im Anfang und ist der Beginn einer neurobiologischen Kettenreaktion, die uns Menschen befähigt, die angstauslösende Situation im Wandlungsprozess aufzuheben, zu bewältigen. Aus ihr kann also ebenso Freude, Erleichterung und Glück wie Trauer, Lähmung und Verzweiflung entstehen. Für eine in diesem Sinne gelingende, eine gute Aufhebung ist es wesentlich, die Angst nicht zu leugnen, sie weder zu verharmlosen, noch zu überhöhen, sie vielmehr wahr- und anzunehmen. Wichtig ist es, sie zu verstehen, damit wir nicht von ihr getrieben, sondern in die Lage versetzt werden, ihre Signale zu nutzen.

Angst erfahren das zu gebärende („geburtende“) Kind und seine Mutter. Das gilt in je eigener Form aber auch für den Partner der Gebärenden und diejenigen, die Mutter und Kind beim Geburtsvorgang unterstützen. Der hilfreiche Umgang mit der Angst setzt für alle Beteiligte, jeweils in ihrer besonderen Situation und Aufgabe, eine Haltung von Aufmerksamkeit und Vertrauen voraus, die es ermöglicht, durch die Angst hindurch zu gehen, mitzugehen, zu begleiten. Es geht hier um eine Haltung, die ich mit „aktives Geschehen Lassen“ bezeichnen möchte. Denn nach wie vor und trotz der stetigen Entwicklung der vermeintlich sicherheitseinflößenden Technik gilt für die professionellen Begleiter und Begleiterinnen, den Gesetzmäßigkeiten des Lebendigen zu vertrauen, also „viel zu wissen, um wenig zu tun“. (Dabei ist mit „wissen“ vor allem persönliches empirisches intuitives Wissen gemeint, nicht (nur) der Umgang mit Geräten.) Der berühmte Satz: „Der beste Platz für die Hände des Geburtshelfers sind seine Hosentaschen“ ist Ausdruck von Erfahrung und respektvoller Aufmerksamkeit, nicht von unwissender Gleichgültigkeit.

Allerdings heißt es auch kritisch zu hinterfragen, inwiefern „hausgemachte“ Ängste, die eine nicht-organische Eigendynamik entwickeln, zu lähmenden Blockaden führen können, aus denen heraus wiederum die Aktion als einzige mögliche Lösung erscheint und tatsächlich nur Aktionismus entsteht. Uns geht es hier um die allgemeine Stimmung und Organisation des Kreißsaales, um die Wahrung von elementaren Bedürfnissen nach Ruhe und Intimität, um etablierte Strukturen von Kommunikation und Austausch für die professionellen Begleiter und Begleiterinnen, um deren Erfahrung und Ausbildung. Es geht aber auch um die Haltung, die die werdenden Eltern während der gesamten Schwangerschaft begleitet, also auch um den kritischen und kompetenten Umgang mit Risiken. Sich auf ein Kind einzulassen bedeutet eben: sich für Neues zu öffnen, für Ungewisses, für Unplanbares, für einen einzigartigen noch nie dagewesenen Menschen. Die Schwangerschaft hat ihre vorgegebene, nicht wählbare Zeit, damit sich Vertrauen, Aufmerksamkeit und Hingabe entfalten können. Wir sind gehalten dafür Sorge zu tragen, dass sich diese besondere Lebenszeit, in der auch die psychische Geburt der Schwangeren zur Mutter geschieht, nach ihrem eigenen Rhythmus entwickeln kann, und dass sie nicht von der Jagd nach Risiken vergiftet wird. Und auch hier wieder: der kompetente Umgang mit Risiken beinhaltet nicht nur eine korrekte Interpretation von Statistiken und ein kritisches Lesen von Studien. Er bedeutet vor allem, die Frau und das Kind als jeweils konkrete einzigartige Personen wahrzunehmen, sie nicht hinter einem abstrakten „Risikoprofil“ verschwinden zu lassen.

Zum Schluss dieser kurzen Vorstellung unserer Überlegungen eine Bemerkung: Auch im Gesundheitswesen, in diesem Teilsystem unserer Gesellschaft gelten die Prinzipien und Kriterien der Ökonomie. Das ist so und soll hier

nicht im Allgemeinen beklagt werden, denn möglichst sachgerechtes Bewirtschaften wie möglichst effektive Strukturen sind für jede größere Organisation und für jedes soziale System unverzichtbar, will man der gegebenen Aufgabe gerecht werden. Aber die Logik der Ökonomie ist eben nicht identisch mit der Logik der Heilkunde, und das erst recht dann nicht, wenn erstere auf Gewinn und Profit ausgerichtet ist. Der gegenwärtige Umgang mit Risiken etwa, der allgemeine Ängste eher noch befeuert, gehört in diesen problematischen Zusammenhang. Denn während nun einerseits die Angst als Urfahrung im Geburtsgeschehen kaum noch annehmend aufgehoben wird, beruhen andererseits fast alle freiwilligen Leistungen in der Geburtshilfe auf der Suggestion, sich durch bezahlte Rituale von vorher geschürten Ängsten loskaufen zu können. In „informed consent“ werden kaufvertragsähnliche Leistungsvereinbarungen unterschrieben. Von dieser Praxis ist es nur ein kleiner Schritt zur Unterschrift unter den Behandlungsvertrag der Sectio.

Ein Letztes

In der Vorbereitungsgruppe zu diesem Fachtag haben wir nach einem geeigneten Titel gesucht, um unser Anliegen auf den Begriff zu bringen: „Förderung der natürlichen Geburt“? „Förderung der vaginalen Geburt“? oder schlicht „Förderung der Geburt“?

Mit dem gewählten Titel „...die normale Geburt fördern“ möchten wir zweierlei: zum einen das seit Jahrtausenden, millionen- und abermillionenfach „erfolgreich erprobte“ natürliche Geschehen hervorheben, um es auch heute als Bezugsrahmen im Blick behalten zu können. Und zum anderen, um der zunehmenden „Normalisierung“ der medikalisierten Geburt einen dem Lebendigen zugeordneten – und insoweit kritischen – Begriff von „normal“ entgegenzusetzen. Im medizinischen Bezugsrahmen, in dem eine Schwangere als Patientin registriert wird, ist eine salutogenetische Unterstützung des Geburtsgeschehens nicht selbstverständlich, auch wenn sie erwünscht und angestrebt wird.

Umso wichtiger ist es, die (natürliche) Geburt als Muster, Maß und Norm zu behalten, deren Besonderheiten nicht als Vorteile zu preisen sind. Paradoxerweise laufen wir dann, wenn wir uns bemühen, diese Vorteile zu belegen, Gefahr, die Geburt auf eine Option zu reduzieren, und den Kaiserschnitt auf eine gleichrangig optionale Ebene zu heben. Dadurch wird die maßgebende Bedeutung der Geburt verdeckt, und der Kaiserschnitt einerseits verharmlost, andererseits nicht wahrgenommen als das, was er ist: eine segensreiche, wenn auch für Mutter und Kind mehr oder weniger traumatische Notlösung.

Gespräch Dr. med. Gerd Eldering/Ulrike Hauffe

Gerd Eldering war bis 2003 Chefarzt des Vinzenz-Pallotti-Krankenhauses in Bensberg und Leiter der geburtshilflichen Abteilung.



Im Fokus des Gesprächs zwischen Dr. Eldering und Ulrike Hauffe standen die Veränderungen der Geburtshilfe in den vergangenen vierzig Jahren und die zunehmende Dominanz des Risikobegriffes.

Dr. Eldering war 40 Jahre Geburtshelfer. Er schilderte die große Technikbegeisterung der 1970er Jahre. Die Reduzierung der damaligen perinatalen Mortalitätsrate von 2 Prozent auf 0,4 Prozent wurde auf die neuen technischen Möglichkeiten zurückgeführt, sie schienen die Gesundheit von Mutter und Kind zu sichern. Diese Technikbegeisterung erzeugte unter anderem die Mode der programmierten Geburt, forcierte den Einsatz der so genannten „Rückenmarksspritze“ (PDA) und die Dauerüberwachung der Geburt durch Herz-Ton-Wehen-Schreiber (CTGs), die es ermöglichten, die Gebärenden aus einer Art „Kommandozentrale“ zu überwachen und ihnen per Lautsprecher Anweisungen zu geben. Das bedeutete aber gleichzeitig, dass die Frauen abgekoppelt wurden von persönlicher Betreuung. Die Geburtshelfer fühlten sich alternativ, waren aber tatsächlich auf einem technischen Trip.

Erst durch die Ideen der französischen Geburtshelfer Frederic Leboyer und Michel Odent kam in den 1970er und 1980er Jahren in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen ein Infragestellen der geburtshilflichen Praxis und ein radikales Umdenken auf. Gemeinsam mit den Frauen, die die technische Geburtshilfe kritisierten und eigene Wünsche äußerten, und dem Wissen und der Empathie von Hebammen wurden Änderungen ermöglicht, die sich an den Bedürfnissen von Frauen und Kindern und nicht am Willen der Geburtshelfer ausrichteten. Viele geburtshilfliche Routinen kamen auf den Prüfstand: Der Dammschnitt, die medikamentöse Geburtseinleitung, der Einlauf, die Rasur der Schamhaare, der geplante Kaiserschnitt an der wehenlosen Gebärmutter, etc. Auch Begriffe wie Milcheinschuss, Blasensprengung, Austreibung, Kanal oder Abort wurden kritisch hinterfragt, denn die martialische, noch heute übliche Wortwahl zeigt bildlich, in welchem Kontext die Geburt gesehen wurde und teilweise noch wird.

Durch Leboyer kam auch die Situation des Neugeborenen in den Mittelpunkt. Man versuchte, seine physiologischen Bedürfnisse nach Wärme, Geborgenheit und Ruhe zu verstehen und ihnen Raum zu geben.

Insgesamt wurde in diesem großen Lernprozess deutlich, dass es für die wenigsten Eingriffe einen seriösen wissenschaftlichen Nachweis gab. Z.B. wies keine Studie nach, dass das Rasieren der Schamhaare die Infektionsgefahr bei der Geburt oder einem Kaiserschnitt senkt oder den Heilungsprozess nach der Geburt verbessert. Für die hohe Dammschnittrate fehlte ebenso die wissenschaftliche Begründung wie für den Einlauf, der medizinisch der spontanen physiologischen Darmentleerung vorgezogen wurde. Oftmals basierten die geburtshilflichen Eingriffe auf Moden oder persönlichen Einstellungen der Fachleute.

Für einen guten Geburtshelfer oder eine gute Geburtshelferin ist die Erkenntnis wichtig, dass die Geburt nicht nur ein körperlicher, sondern auch ein seelischer und geistiger Vorgang ist. Damit sie gut gelingen kann, sind Ruhe, Zeit und Vertrauen in die Frauen und die Physiologie der Geburt unabdingbare Voraussetzungen. Fehlen sie, werden nicht selten genau die Risiken kreiert, die dann häufig eine operative Geburt nach sich ziehen.

Im Anschluss leitete Frau Hauffe über zu den Fachvorträgen über die vier Schaltstellen, die sich aus den Expertinneninterviews der AKF-Umfrage zu den Ursachen des Kaiserschnitts ergeben hatten:

- die geburtshilfliche Ausbildung
- die Kaiserschnitt fördernden Leitlinien
- die Haftpflichtproblematik
- die Ökonomisierung der Geburtshilfe.

Zur Ausbildung der ärztlichen Geburtshelferinnen und Geburtshelfer

Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn

Michael Abou-Dakn ist Chefarzt des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin, der Klinik mit den meisten Geburten in Deutschland. Er ist als einer der wenigen Männer Fachmann für Stillfragen und Professor für Geburtsmedizin im Studiengang Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin.



Herr Abou-Dakn begrüßte sehr, dass im Titel des Fachtags auch die normale Geburt steht. Er hat einen Antrag beim Berliner Senat eingereicht, die normale Geburt in die UNESCO-Liste des immateriellen Kulturerbes aufzunehmen.

Um dem weltweiten Trend zum Kaiserschnitt Einhalt zu gebieten, ist aus seiner Sicht die Änderung der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner ein zentrales Thema. In der gegenwärtigen Ausbildung wird zu wenig kritisch über die technisierte geburtshilfliche Praxis und den Verlust der „handwerklichen Kunst“ diskutiert. Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die Pathologie, so wird in der klinischen Geburtshilfe fast automatisch ein pathologisches Verständnis der Geburt verbunden mit einem Blick für Risiken gefördert und geschärft. Erschwerend kommt hinzu, dass die medizinische Lehre ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten betrieben wird und die physiologischen Geburtsaspekte nicht von den Hebammen, den Fachfrauen für Normalität. So kann kaum Vertrauen in die Normalität, keine „gute Hoffnung“ entstehen. Der salutogenetische Aspekt und der „ärztliche“ Blick auf die Pathologie müssen produktiv und ergänzend so zusammengebracht werden, dass die beiden Berufsgruppen – Ärztinnen, Ärzte und Hebammen – voneinander lernen können und somit ein gutes Gleichgewicht entsteht.

Vollkommen unterschätzt wird in der Ausbildung die bindungsorientierte Geburtshilfe mit dem Fokus: Wie entsteht Bindung? Wie ist die Wirkung von Oxytocin auf Bindung? Oft stören medizinische Eingriffe direkt die sensiblen Bindungsstrukturen zwischen Mutter und Kind nach der Geburt, ohne dass dies Geburtshelferinnen und Geburtshelfern bewusst ist. Z.B. stört der Wehentropf unter der Geburt die Adaption der neuroendokrinen Hormone. Allerdings fehlen Interesse, Geld und Geldgeber, um Bindungsforschung zu betreiben.

Ebenso fehlt auch das Interesse oder die Einsicht in den Nutzen, die Vorteile der Normalität der physiologischen Geburt zu erforschen. Deshalb sind starke Vorbilder von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen notwendig, die ihr Wissen und ihre Erfahrung mit Normalgeburten mutig weitervermitteln und Studien hierzu auf möglichst hohem Evidenzlevel anregen.

Ein weiteres großes Problem liegt in der Finanzierung der Ausbildung. Für Fortbildung gibt es weder genügend Geld noch Zeit. Die DRG-Struktur drängt dazu, auf Geld und ökonomischen Nutzen und nicht auf die Bedürfnisse der Schwangeren und der Kinder zu achten. Da die Geburtshilfe schlecht bezahlt wird, wird ein Personalmangel erzeugt, der eine sinnvolle Betreuung nicht möglich macht.

Selbst wer mit Leidenschaft in den Beruf gestartet ist, verliert sie oft sehr schnell durch das Finanzierungssystem, durch viel Verwaltung, wenig Kreißaaltätigkeit und ausreichenden Kontakt zu den Gebärenden. Motivierte Ärztinnen, Ärzte und Hebammen verlassen dann das System Krankenhaus und erworbenes Wissen geht erneut verloren.

Es wird Zeit, dass alle Akteurinnen und Akteure die evidenten Studien gemeinsam in Leitlinien auswerten und somit eine gemeinsame Handlungsgrundlage schaffen, die die normale Geburt wieder in den Fokus rückt und die unnötigen operativen Eingriffe verhindert. Zum Wohle der Mütter und Kinder.

Zur Ausbildung der Hebammen

Prof. Dr. Claudia Hellmers

Claudia Hellmers ist Hebamme und Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.



Nach den Zielen der Ausbildung, wie sie im Hebammengesetz geregelt sind, ist die Hebamme zuständig für die Physiologie in der Zeitspanne der Schwangerschaft bis zum Wochenbett, ebenso für Fragen der Familienplanung und frühen Elternzeit. Ein Großteil der Hebammen in Deutschland wird an normalen Berufsfachschulen ausgebildet. Diese haben eine Sonderstellung im Gesundheitssystem: Sie haben den Vorteil eines großen eigenständigen Handlungsspielraums, aber den Nachteil zu geringer Kontrolle der Lehrinhalte und oft zu wenig neuem Input, beispielsweise bezüglich moderner didaktischer Konzepte.

Durch die Möglichkeit, Hebammen jetzt auch an Hochschulen anstelle der Berufsfachschulen oder parallel dazu auszubilden, eröffnen sich neue Perspektiven. Allerdings unterliegen die Hebammen weiterhin der fächerorientierten, nicht ganzheitlich ausgerichteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Somit werden sie noch häufig fragmentiert in Fächern unterrichtet, die sie dann selbst zu einem sinnvollen Ganzen zusammenbringen müssen. Hebammen sollten davon ausgehen, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologische und individuelle Prozesse sind. Sie haben einerseits eine edukative, gesundheitsfördernde und erfahrungsbezogene Rolle und wollen andererseits auch auf einer evidenzbasierten wissenschaftlichen Grundlage arbeiten. Im Detail können sie jedoch diesem neuen Auftrag nicht immer gerecht werden, denn auch Hebammenschülerinnen lernen in einer in der Regel von Arbeitsdichte und Technisierung geprägten Klinikstruktur mehr über Pathologie und medizinische Eingriffe als über die Physiologie der normalen Geburt.

Die ganzheitliche Sicht auf Geburt – die Situation der Frau, ihre Ängste und deren Ursachen – kann derzeit in den Kliniken somit immer schwieriger erlernt werden, sodass der außerklinischen Geburtshilfe ein hoher Stellenwert zukommt. Insbesondere hier kann durch die geringeren Interventionsraten und die kontinuierliche Begleitung der Frauen und Paare die Physiologie der Geburt und eine andere Art der Geburtshilfe erlebt und erlernt werden.

Die gewünschten Grundsätze der Hebammenbetreuung, z.B. 1:1 Betreuung, Förderung der physiologischen Prozesse, Integration von Beratungsansätzen, die sogenannte „informed choice“ der (informierten) Schwangeren etc., sind nicht leicht in den feststehenden Strukturen der Kliniken und der Gesellschaft umzusetzen.

Auf Seiten der Hebammen ist das Erlernen von wissenschaftlichem Hintergrundwissen ihrer Tätigkeit notwendig. Eine Grundlage dafür ist die angestrebte Vollakademisierung. Auf dieser Basis können dann Situationen und Fakten richtig beurteilt, Forschung betrieben und eine evidenzbasierte, individuelle Betreuung sowie ein gelungener Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet werden.

Auch um die gesundheitsfördernde Rolle der Hebammen ausfüllen zu können, bedarf es gezielter Anleitungssituationen in der Praxis und ebenfalls eine Reflexion darüber. Hebammen müssen lernen, Situationen kritisch zu hinterfragen und verschiedene Blickwinkel einzunehmen. Auch Teamfähigkeit und Teamarbeit müssen erlernt werden, denn eine der Voraussetzungen, die Sektoren zu senken, ist die intensive gemeinsame Diskussion und die Arbeit im Team. Durch die Institutionalisierung von interdisziplinären Fallbesprechungen, einer Neuorientierung in Bezug auf die Fehlerkultur und die Diskussion von Anordnungen und Richtlinien in einem klar strukturierten Team können Hebammen vom Erfahrungsaustausch profitieren und es kann auch verhindert werden, dass sie sich in ihrer Autonomie verlieren.

Diskussion

Das progressive Konzept, dass auch Hebammen Mediziner und Medizinerinnen ausbilden, braucht die Integration in die Praxis. Es muss praktisch erfahrbar sein, dass man von der jeweils anderen Berufsgruppe lernen und profitieren kann. Andernfalls kämpft man gegeneinander und verliert schnell aus dem Blick, dass es in der Geburtshilfe um Frauen, Kinder und Familien geht. Zu klären bleibt, wie die Ausbildung so gestaltet werden kann, dass sich die gegenseitige Akzeptanz der Berufsgruppen erhöht.

Es fehlen derzeit ausreichend Professuren für Hebammen, die Ärzte und Ärztinnen Wissen über Geburtshilfe vermitteln.

Zur Frage der ärztlichen Leitlinien

Prof. Dr. med. Frank Louwen

Frank Louwen ist Leiter der Abteilung Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Universitätsklinik Frankfurt/Main, Sprecher aller Geburtshelfer und Geburtshelferinnen in Deutschland seitens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und führend beteiligt an der Leitlinienentwicklung zum Kaiserschnitt.



Einleitend stellte Herr Louwen dem Publikum die rhetorische Frage, ob man überhaupt etwas an der Sectiorate tun müsse. Sei sie vielleicht das Ergebnis einer normalen Entwicklung in europäischen Ländern und weltweit? Denn wenn viele Frauen nur ein Kind bekommen, könne man dann nicht aus Sicherheitsgründen eine Sectio machen?

Laut der Internationalen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) ist jedoch eine niedrige Sectiorate eindeutig ein anzustrebendes Ziel. In einem Statement, veröffentlicht 2012, äußert sie, dass ein Kaiserschnitt ohne medizinische Begründung nicht vertretbar sei. Das Hauptproblem sieht sie in der Primären Sectio, also dem Kaiserschnitt, der geplant vor dem Wehenbeginn gemacht wird, bevor die Frau überhaupt weiß, wie sich Wehen anfühlen und wie der normale Beginn und Ablauf einer Geburt ist. Die Zahlen für die geplanten Kaiserschnitte liegen in Deutschland je nach Region zwischen 8 % und 40%. Als Hauptgrund für geplante Kaiserschnitte wird ein vorangegangener Kaiserschnitt angegeben, weitere Gründe sind Beckenendlagen oder Mehrlingsgeburten. Der „Kaiserschnitt nach Kaiserschnitt“ (Resectio) ist jedoch mittlerweile die Hauptindikation für eine Schnittentbindung. Sie bringt allerdings medizinische und ökonomische Risiken mit sich.

Die mütterlichen geburtsbedingten Erkrankungen wachsen proportional zur Kaiserschnitttrate. So erhöht die Sectio das Risiko für die Folgeschwangerschaft, z.B. für Frühgeburten und für eine Plazenta prävia und accreta (eine vor dem Muttermund liegende oder angewachsene Plazenta). Nachweislich ist die Fruchtbarkeit eingeschränkt, das Risiko von Gebärmutterverletzungen und des intrauterinen Fruchttods erhöht. Die Sectio wirkt

aber auch auf die Kinder, sie kann unter anderem die Entwicklung des Immunsystems beeinträchtigen und Asthma und Allergien auslösen.

Aus all diesen Gründen und Unsicherheiten sollte ein Kaiserschnitt nur mit einer eindeutigen medizinischen Indikation durchgeführt werden.

Mehr Beachtung muss auch die intrauterine psychische und physische Prägung der Kinder finden. Die Mutter als erste Umgebung und erster Lebensraum prägt das Kind, aber auch die Art, wie es geboren wird. Der Geburtsmodus wird als technisches Problem gesehen, er hinterlässt aber auch entwicklungsphysiologisch und -psychologisch Spuren. Diabetes, Adipositas, Alkohol und Nikotin, aber auch die Art, wie es geboren wird, prägen das Kind.

Die bis 2013 gültige Leitlinie zur Kaiserschnittindikation ist abgelaufen. Das Thema Kaiserschnitt muss also neu und auf Basis guter Studien aufgegriffen und eine neue Leitlinie entwickelt werden. Für die Entwicklung einer S3 Leitlinie zum Kaiserschnitt (S3-Leitlinie: höchste Stufe einer Leitlinienentwicklung, entsprechend den höchsten international definierten Ansprüchen zu einem Thema) sind allerdings etwa 220.000 Euro notwendig, über deren Finanzierung gemeinsam nachgedacht werden muss.

Die Leitlinie sollte gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), dem Hebammenverband und anderen unabhängigen Fachkräften konzipiert werden. Die neue Leitlinie sollte auch die Gründe für die höchst unterschiedlichen regionalen Kaiserschnittsraten analysieren und die Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen. Z.B. haben kleine Belegabteilungen die höchsten Sectio- und Resectioraten, obwohl dort eher die normalen Schwangeren ohne Risiko entbinden. D.h. Thema sind auch gute und schlechte Versorgungsstrukturen. Mütterliche Erkrankungen wie z.B. das HELLP-Syndrom oder Gerinnungsstörungen sollten in spezialisierten Kliniken behandelt werden, auch das senkt die Sectioraten.

Wie Sectiozahlen plötzlich verändert werden, zeigt die Hannah-Studie („Term Breech Trial“ von Hannah et al. im Jahr 2000). Die Studie schien eindeutig nachzuweisen, dass ein Kaiserschnitt bei Beckenendlage besser sei. Im Anschluss an die Veröffentlichung der Studie schnellten die Kaiserschnittzahlen in Deutschland um 4% in die Höhe, weil niemand mehr eine Vaginalgeburt bei Beckenendlage verantworten wollte. In Holland ist im Zusammenhang mit dieser Studie ein direkter Anstieg der mütterlichen Mortalität und Morbidität verzeichnet worden. Erst eine erneute Aufarbeitung der Daten Jahre später stellte die methodischen Mängel der Studie fest, so dass die Ergebnisse kritisch betrachtet und wieder Vaginalgeburten bei Beckenendlagen durchgeführt wurden.

Die Kaiserschnitttrate lässt sich auch senken, wenn – wie in Hessen – Krankenhäuser, die deutlich über der durchschnittlichen Sectiorate liegen, ihre Abweichungen begründen müssen. Das sollte bei allen Resectiones geschehen. Senkt man deren Rate von 75% auf 50%, dann kann so die gesamte Kaiserschnitttrate um 8% gesenkt werden.

Wenn nach vorangegangenem Kaiserschnitt bei Beckenendlagen und bei Mehrlingen nicht mehr routinemäßig ein Kaiserschnitt gemacht wird, sondern über das Vorgehen individuell entschieden wird, sinkt die Sectiorate insgesamt deutlich.

Diskussion

Dr. med. 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 sind Vergleiche zwischen den Krankenhäusern möglich. Durch die vergleichende Diskussion der Zahlen in den Krankenhäusern gab es ein leichtes Absinken der Kaiserschnitt-Zahlen in Hessen. Das sollte in den anderen Bundesländern ebenfalls Schule machen, verbunden mit der Idee, dass eine niedrige Kaiserschnitttrate wieder ein Qualitätsindikator der Geburtshilfe ist.

Strittig blieb jedoch die Frage, ob die wohnortnahe Versorgung durch kleine Belegkrankenhäuser aufgegeben werden sollte, oder ob man sich stattdessen im Interesse der Schwangeren den Hausgeburten und Geburtshausgeburten mit ihren guten Perinataldaten wieder mehr öffnen sollte.

Zur Haftungsfrage

Dr. Ann-Kathrin Hirschmüller

Ann-Kathrin Hirschmüller ist Rechtsanwältin und Mitglied der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ beim Bundeskanzleramt. Dort vertritt sie den Deutschen Hebammenverband.



Frau Hirschmüller formulierte Denkanstöße zur Änderung der Haftpflichtsituation. Die Angst vor der Haftung ist einer der Hauptgründe für die hohen Sectoraten. Derzeit gibt es drei Problemfelder im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung für Geburtshelfer und -helferinnen: Die steigenden Prämien für Ärzte und Ärztinnen, Kliniken und Hebammen, der Rückzug der Versicherer und die Bedrohung durch die Privathaftung auch noch nach Jahren. Man haftet mit seinem Privatvermögen auch noch nach 10 Jahren und länger. Die Geburtshilfe ist mittlerweile so schwer versicherbar, weil die Haftungssummen immens gestiegen und die Mittel für die Versorgung eines geschädigten Kindes schwer kalkulierbar sind.

Es braucht eine große Lösung für ein großes Problem.

Frau Hirschmüller schlug zwei bzw. drei Erfolg versprechende Lösungsmöglichkeiten 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 ist 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 scheint ein öffentlich-rechtlich ausgestatteter Haftungsfonds. Dadurch nimmt man die Haftpflichtsituation vom privaten Versicherungsmarkt. Der Haftpflichtfonds könnte neben den Beiträgen von Geburtshelfern und -helferinnen durch Zuschüsse mitfinanziert werden, z.B. durch den Bund und die GKV. Dies würde die Abhängigkeit von den letztlich gewinnorientierten Versicherungsunternehmen auflösen und eine alternative Finanzierung begründen. Dabei gäbe es zwei Modelle: Ein wirklicher Haftungsfonds, der alles regelt, oder ein Ergänzungsfonds, d.h. es wird eine Haftungshöchstgrenze für Geburtshelferinnen und Geburtshelfer eingeführt. Für darüber hinausgehende Schäden tritt ein Ergänzungsfonds ein. Der Haftungsfonds wäre für viele Finanzierungsmodelle offen. Er sei in der Zukunft anpassungsfähig und lasse viele Entwicklungsmöglichkeiten offen. Er könnte auch den Spagat zwischen Verschuldungshaftung und Gefährdungshaftung schaffen.
3. Ein anderer Vorschlag nach Franz Knieps sei, die Berufshaftpflicht in die gesetzliche Unfallversicherung zu adaptieren und damit aus der Individualhaftung in die Sozialversicherung überzuleiten. Auch hier läge der Vorteil in der Abkehr vom Verschuldensprinzip und damit in der Enthftung der Geburtshelferhelferinnen und Geburtshelfer.

Mit den beiden letzten Vorschlägen könnte der überzogene Schuldgedanke wieder auf ein normales Maß reduziert werden. Die Haftpflichtsituation ist ein menschliches und ein strukturelles Dilemma. Hier ist auch der Staat in seinen Schutzpflichten gefragt, um eine gute Geburtshilfe zu sichern. Die Abkehr vom alleinigen Verschuldensprinzip kann auch das Vertrauensverhältnis zwischen Geburtshelfern und -helferinnen sowie Eltern positiv beeinflussen und wieder erhöhen.

Diskussion:

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass das vorgestellte Konzept in einigen Bereichen bereits vorliegt. Es gibt Fonds im Medizinrecht und bei Impfungen sowie auch im Zusammenhang mit dem Betreiben von Atomkraftwerken, in denen Haftungshöchstgrenzen und Regelungen aufgrund der Nichtkalkulierbarkeit des Haftungsrisikos eingeführt wurden. Es existieren bereits Auffangfonds, die durchaus auf die Geburtshilfe übertragbar seien.

Zur Ökonomisierung der Geburtshilfe

Dr. Wolf Lütje

Wolf Lütje ist Chefarzt des Amalie-Sieveling-Krankenhauses in Hamburg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF).



Wolf Lütje begrüßte sehr, dass zumindest in diesem Land über den Kaiserschnitt so engagiert diskutiert wird. Würde beispielsweise die Hälfte der Menschen unnatürlich aus dem Leben scheiden, wäre das ein Thema in allen Medien. Die hohe Kaiserschnitttrate jedoch, also die enorme Verbreitung der nicht natürlichen Geburt, wurde dagegen lange Zeit fast widerspruchslos hingenommen.

Die Hauptgründe für einen Kaiserschnitt sind schnell zusammengefasst: Sie liegen im gesellschaftlichen Paradigmenwechsel zum Alles-ist-Machbaren, im Wissensverlust der Geburtshelfer und -helferinnen, im erdrückenden Haftpflichtproblem, in den fehlenden Leitlinien zu Kaiserschnittindikationen und in der personellen Ressourcenknappheit.

Der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe geht einher mit einem enormen Erfahrungsverlust in der Medizin, ebenso mit einer abnehmenden Belastbarkeit der Schwangeren, mit einem Wunsch nach Perfektion, Kontrolle und Planung. Die normale Geburt ist keine Kategorie der neuen Lifestyle-Gesellschaft mehr, wohl aber neue Zaubewörter wie „Risiko“ und „Notfall“. Auch die Geburt „à la Carte“ ist ein großes Thema, dazu gehören die Angebote des „sanften Kaiserschnitts“ oder der „Kaisergeburt“, beides schlimme Euphemismen, Beschönigungen, die dem Kaiserschnitt weit die Tür geöffnet haben.

Ein großer Widerspruch unserer Zeit ist, dass die Geburt Hingabe verlangt, ebenso wie die Sexualität. Es gibt eine Analogie von Leben und Sterben und beide sind von Hingabe geprägt. Das fällt in einer Gesellschaft, die das „Machen“ glorifiziert, schwer.

In der modernen Kliniklogik geht jedoch „Monetik vor Ethik“, dies wird schneidend sichtbar in der doppelt so hohen Sectiorate bei Privatpatientinnen. In unserem ökonomischen Mischsystem ist der Kaiserschnitt zwar kein besonders effektives Vergütungsinstrument, aber seine Planbarkeit, seine Ressourcen- und Personalschonung sind jedoch nicht zu vernachlässigende Themen der Ökonomie.

Bezüglich der Finanzierung der Geburtshilfe könnte man der Idee folgen: Wenn Geburt als etwas Gesundes, Physiologisches gilt, dann ist das alleinige Krankenkassen-Finanzierungssystem unlogisch. Hier kann man eine Analogie zu den Hospizen ziehen: Sie sind ein Mischfinanzierungsmodell. Wenn eine Gesellschaft dahin kommt, die Geburt als Wiege ihrer Wurzeln für Bindungs- und Liebesfähigkeit zu sehen, dann sollte sie sich ernsthafte Gedanken über eine Sonderfinanzierung machen.

Ohne dass wir den Sinn der Geburt suchen und klären, wird es kein Argument gegen Kaiserschnitt geben! Derzeit gibt es aber keine Sinn- und Wissenschaftstheorie zur Geburt. Verschiedene Fragen sind es aber wert, dass wir ihnen nachgehen. Zum Beispiel: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und der Veränderung der Menstruation durch Langzeit-Pilleneinnahme? Ist die Menstruation vielleicht eine Übungszeit für die Gebärmutter? Wird ihr möglicher Sinn durch den Langzyklus ausgehebelt? Sind vielleicht Wehenschwäche und Geburtsstillstand eine Folge? Es gibt leider wenig Interesse an der Erforschung solcher Fragen, die uns den Sinn der Geburt wieder näher bringen könnten.

Ein Lichtblick ist, dass es in den neuen amerikanischen Leitlinien zum Kaiserschnitt progressive Änderungen gibt: U.a. sind für alle Phasen der Geburt die Zeiten verdoppelt worden. Und der Kaiserschnitt wird erst ab einem Geburtsgewicht von 5 Kilogramm empfohlen, nicht wie in Deutschland ab 4,5 Kilogramm geschätztem Geburtsgewicht. Die Orientierung an den amerikanischen Leitlinien kann der deutschen Geburtshilfe gut tun. Das würde sich auch positiv auf die Gutachten, die im Streitfall erstellt werden, auswirken.

Für den Geburtsverlauf und die Höhe der Kaiserschnitttrate ist im Übrigen nicht unwesentlich, ob z.B. ein primär onkologisch ausgerichtetes Team von Ärztinnen und Ärzten oder reine Geburtshelferinn und Geburtshelfer die Entscheidungen im Kreissaal treffen. Abhängig von der jeweiligen fachlichen Zusammensetzung differiert die Kaiserschnitttrate bis zu 30%. Es braucht Selbsterfahrung, Psychosomatik und Teamsupervision über personelle Konstellationen, um ein gutes geburtshilfliches Team zu entwickeln.

Ebenso ist Forschung notwendig. Hoffnungsvoll stimmt es zum Beispiel, dass das Stillen, das lange abgeschrieben war, durch Forschungsergebnisse wieder hoffähig wurde. Im Gegensatz dazu ist die Begeisterung für die Zange und den Dammschnitt durch negative Forschungsergebnisse schnell wieder erloschen. Es gibt also durchaus die Hoffnung, dass es der hohen Kaiserschnitttrate auch so ergeht.

In der Geburtshilfe braucht es Betreuung, Entängstigung und Sinnstiftung. Und Demut, weil wir so vieles einfach nicht wissen. Das müssen sich Geburtshelfer und -helferinnen immer wieder eingestehen. Es braucht gute Hebammen und gute Geburtshelferhelferinnen und Geburtshelfer, die aus Leidenschaft und mit einem salutogenetischen Ansatz arbeiten. Und gut vorbereitete werdende Väter, sie können – spezifisch eingestimmt – zur Ressource für eine natürliche Geburt werden.

Ein Zitat aus der Zeitschrift Nature kann auch beim Thema Kaiserschnitt die Richtung angeben: „Schmetterlinge, denen man aus dem Kokon hilft, können nicht fliegen.“

Diskussion

In der Diskussion wurde die Notwendigkeit angesprochen, die Salutogenese ins Bewusstsein der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer zu rücken. Die Ausbildung braucht dringend die Beschäftigung mit Gesundheit, Vertrauen, Wohlgefühl, Kohärenz: Die Angstmedizin und ihre Protagonisten brauchen Bewusstseinsbildung und Selbstreflexion.

Podiumsdiskussion

An der Podiumsdiskussion beteiligten sich Vertreter und Vertreterinnen von Ministerien, der Gesundheitspolitik und -organisationen sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Frauenbüros:

Kathrin Moroff, Bundesarbeitsgemeinschaft der kommunalen Frauenbüros (Mitglied des Sprecherinnengremiums)

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)

Diskussionsleitung: Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen



Im Fokus der Diskussion standen

- gemeinsame Maßnahmen zur Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt
- die Frage: Was muss geschehen, um die Erarbeitung einer dringend notwendigen neuen S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt zu realisieren, die auf der Basis evidenzbasierter Fakten eindeutige Kaiserschnittindikationen vorgibt?
- die Frage, wie Schwangere und deren Partner/Partnerinnen durch konkrete Informationen und Beratungsangebote die normale Geburt als erste Option betrachten und wie vermittelt werden kann, dass ein Kaiserschnitt eine Notfalloperation ist.
- die produktive Zusammenarbeit von Gesundheitspolitik, kommunalen Gleichstellungsbeauftragten und Frauengesundheitsorganisationen bei Information und Aufklärung, um den gegenwärtigen gesellschaftlichen Normierungen in der Geburtshilfe die Kraft zu nehmen.

Folgende Möglichkeiten und Vorschläge wurden von den Teilnehmenden erörtert:

- Das **BMFSFJ** kann Denkpulse geben und durch Informationen und durch das Ministerium finanzierten Tagungen für Multiplikatorinnen Frauen für eine selbstbestimmte Geburt stärken. Durch Beharrlichkeit und wissensbasierte Argumente wurden in der Vergangenheit öffentliche Diskurse beeinflusst und Trends forciert, wie zum Beispiel das Stillen und die Hinwendung zur natürlichen Geburt in den 1980er Jahren.
- Das **BMFSFJ** erklärte sich bereit, die Aktivitäten zum Thema Förderung der natürlichen Geburt zusammen mit der BZgA zu unterstützen. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang, dass parallel auch durch den Beschluss der Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) im Oktober 2014 zur Förderung der natürlichen Geburt Bewegung in die Diskussion gekommen ist.
- Das öffentliche Bewusstsein zur Problematik Kaiserschnitt und zur „Normalität“ der normalen Geburt könnte über vom BMG und BMFSFJ finanziell unterstützte Aktionen, z. B. Plakataktionen, gefördert werden.
- Die **Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros (BAG)** wird die kommunalen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten anregen, das Thema vor Ort in ihrer Öffentlichkeitsarbeit regelmäßig einzubeziehen und über den Umgang mit Kaiserschnitt und normaler Geburt zu informieren. Dabei sind die Kommunen sowie die lokalen gesundheitlichen Einrichtungen wie z.B. Ärztekammern, Krankenkassen und Frauen(gesundheits)organisationen mit einzubeziehen. Die BAG-Vertreterin sagte zu, einen solchen Prozess anzustoßen.
- Alle Teilnehmenden wiesen auf die Dringlichkeit einer neuen S3-Leitlinie hin. Da alle notwendigen Studien vorhanden sind, stehen die Klärung der Finanzierung und die Umsetzung an.
- In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, dass das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** das Thema Kaiserschnitt - normale Geburt stärker aufgreifen und die Erstellung einer neuen S3-Leitlinie u.a. finanziell fördern könnte. Frau Rawert sagte zu, das Thema in die Hand zu nehmen und mit der Staatssekretärin Frau Fischbach zu besprechen. **Nachtrag: In der Zwischenzeit wurden die nötigen Gelder im Haushalt des BMG auf Initiative von Frau Rawert eingestellt und der Auftrag zur Erstellung einer S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt erteilt.**
- Der **Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)** kann durch eine angemessene Finanzierung aller geburtshilflichen Leistungen, die Information, dass die Frau die letztendliche Entscheidung hat, wie und wo sie gebären will, sowie die Sicherung der Qualität der Kaiserschnitte zu einer Senkung der Kaiserschnitttrate beitragen. Da die regionalen Unterschiede bei der Indikationsstellung zur primären Sectio unplausibel sind, müssen eindeutige Kriterien für jede Indikationsstellung erarbeitet werden. Eine 1:1-Betreuung bei der Geburt bedeutet eine Veränderung des Personalschlüssels und könnte nur über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erreicht werden. Die Begründungsnotwendigkeit für eine solche Änderung ist sehr hoch und muss durch Studien belegt werden. Die GKV prüft konkret, ob zeitnah im G-BA ein Qualitätssicherungsprojekt auf den Weg gebracht werden kann.

- Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** hat durch ihre Förderung des Fachtages bereits einen wichtigen Beitrag zur Senkung der Kaiserschnittraten und Förderung der normalen Geburt geleistet. Zusätzlich erklärte sie sich bereit, den Runden Tisch „Lebensphase Eltern werden“ des AKF mit einer der Kompetenzen der BZgA, nämlich der Initiierung von Kampagnen oder Anzeigen, fachlich in Hinsicht auf die geplante Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen. (Hinweis der Redaktion: Die Fachberatung der BZgA ist in der Zwischenzeit in Form eines Workshops erfolgt)
- Der Vertreter der **Krankenhausesellschaft NRW** wies bezüglich der Forschung zu den Vorteilen der physiologischen Geburt auf mögliche Gelder aus der Versorgungsforschung hin (Versorgungsstärkungsgesetz) und auf die §§ 12 und 70, SGB V, 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.
- Das Podium ist sich einig darin, dass die derzeitige Regelung zur Haftpflicht und die berechtigte Angst vor Haftpflichtprozessen massive Probleme darstellen. Hier müssen Hebammen, Ärzte und Ärztinnen zusammen agieren, damit sie erfolgreich sein können.

Abschließend stimmten die Anwesenden darin überein, dass die Entwicklung der Kaiserschnittraten gestoppt und die physiologische Geburt gefördert werden sollte. Unterstützt wird dieses Ziel durch den erklärten Willen vieler Bundesländer und durch das sich in der Erarbeitung durch die Kooperationsgemeinschaft gesundheitsziele.de befindende nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“.

In den Vorträgen angeführte Quellen

AKF-Kaiserschnitt-Kampagne: „Es ist höchste Zeit die Kaiserschnitttrate zu senken“

<http://www.akf-kaiserschnitt-kampagne.de/cms/kaiserschnitt-kampagne/>

Informationen zur normalen Geburt

http://www.akf-info.de/uploads/media/geburt_flyer_neu_druck.pdf

Otto, P.; Wagner, T. (2013): Handlungsbedarf Kaiserschnitt

<http://www.akf-info.de/fileadmin/aktuelles/KaiserschnittBroschuereEndfassung.pdf>

Vortrag F. Louwen

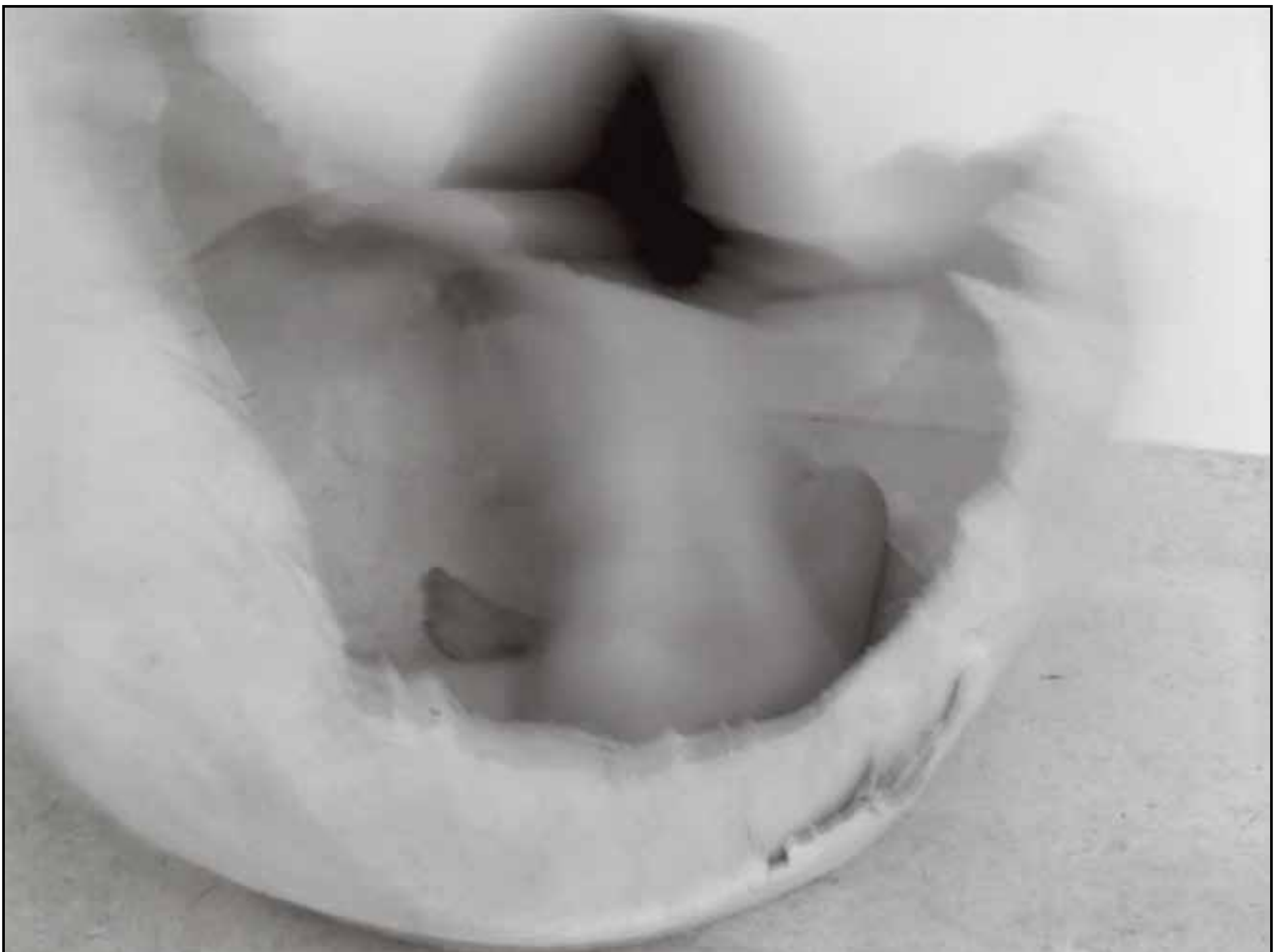
Internationale Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO): Statement des Komitees zu ethischen Aspekten von menschlicher Fortpflanzung und Frauengesundheit. 1998/2012

<http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

Vortrag W. Lütje

ACOG/SMFM OBSTETRIC CARE CONSENSUS: Safe prevention of the primary cesarean delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology. März 2014.

http://www.ajog.org/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ymob/YMOB_Consensus.pdf



„Kokon 5“, Performance von Gabriele Kaiser-Schanz, fotografiert von Ingrid Weidig

Dass Kaiserschnittraten gesenkt werden können, wenn der Wille zur Reflexion der klinischen Praxis bei FachärztInnen und Hebammen vorhanden ist, zeigt das Beispiel des Perinatalzentrums in Coesfeld. Es hat die Kaiserschnittrate von knapp 40 auf rund 19 Prozent gesenkt.

3. „Man muss sich kümmern. Geburtshilfe ist kein „Nebenjob““ Interview mit Dr. med. K.-D. Jaspers, Perinatalzentrum Coesfeld

Sie sind Chefarzt eines Perinatalzentrum Level 1. Was bedeutet dieser Begriff?

Ein Perinatalzentrum ist eine Einrichtung, die Schwangere mit besonderen Risiken und auch sehr kleine Neugeborene versorgen kann. Seit etwa 2006 hat der G-BA Qualitätskriterien für Perinatalzentren in verschiedenen Abstufungen wie Level I und Level II festgelegt. Sie müssen eine sehr enge räumliche Verzahnung von hochqualifizierter Geburtshilfe, Kinderklinik/Neonatalogie mit entsprechender OP-Ausstattung gewährleisten. Auf allen Seiten werden hohe Qualifikationen und nachprüfbare Qualitätsstandards erwartet, wenn Kinder jeden Geburtsgewichtes und Schwangere mit Vorerkrankungen oder besonderen Risiken, mit Mehrlingsschwangerschaften oder nach Sterilitätsbehandlung behandelt werden dürfen.

In unserem Zentrum der höchsten Stufe betreuen wir etwa 1.400 bis 1.500 Geburten pro Jahr. Coesfeld liegt ländlich im westlichen Münsterland, entsprechend kommen Schwangere durchaus bis zu einer Entfernung von 100 km zu uns.

Drei Viertel der Schwangeren haben dabei dokumentierte Risiken, die in der Regel die Schwangerschaft selbst betreffen, sich aber mit Erreichen des Geburtstermins erledigen, sodass dann auch eine normale vaginale Geburt möglich ist. Andere wünschen sich auch in schwierigen Situationen eine physiologische Geburt. So begleiteten wir im vergangenen Jahr z.B. über 200 Frauen, die sich eine Vaginalgeburt nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt wünschten.

Sie haben in Ihrem Zentrum die Sectiorate von knapp 40% auf rund 19% gesenkt. Wie ist das gelungen?

Unsere Sectiorate lag 1990 bei 10% und stieg danach kontinuierlich auf über 35% im Jahr 2006 an. Wir begründeten das für uns intern damit, dass die Risiken der Patientinnen zunähmen, es gäbe mehr ältere Schwangere, mehr Sterilitätsbehandlungen, mehr Mehrlingsgeburten, mehr Schwangerschaften nach vorausgegangenem Kaiserschnitt etc. Eine hohe Kaiserschnittrate ist bei einem Level 1-Zentrum nicht ungewöhnlich, war unsere Rechtfertigung.

Erst ab 2006, auch mit Beginn einer öffentlichen Diskussion um die Perinatalzentren, dachten wir, dass es so nicht weitergehen kann und haben ein Umdenken eingeleitet. Dies ist allerdings ein langer Weg.

Dabei sind wir von dem Grundsatz ausgegangen, dass die Möglichkeit, jederzeit in einem Perinatalzentrum auf problematische Geburtsverläufe adäquat reagieren zu können, dem geburtshilflichen Team Ruhe und Gelassenheit geben kann, die für eine physiologische Geburtshilfe unabdingbar sind. So haben im letzten Jahr bei uns 80 Frauen mit einer Beckenendlage vaginal entbunden und zwei Drittel der Zwillingsschwangerschaften (bei 95 Mehrlingsschwangerschaften) wurden so geboren.

Notwendig ist neben einem intensiven Vertrauen zwischen allen Beteiligten eine frühzeitige Geburtsplanung mit den werdenden Eltern. Auch ist es wichtig, so lange wie eben möglich den spontanen Geburtsbeginn abzuwarten und nicht schon frühzeitig einen Kaiserschnitt zu planen. Manche vermeintlich auffällige Lageanomalie wie eine Beckenendlage erledigt sich dabei bis zum Geburtsbeginn von selbst. Auch Mehrlinge drehen sich häufig erst spät, manchmal erst unter den Geburtswehen in die optimale Position. Daher planen wir, wenn notwendig, einen Kaiserschnitt grundsätzlich erst in Terminnähe. Wir klären dabei intensiv über alle Möglichkeiten, aber auch Risiken auf, versuchen den Frauen Sicherheit zu geben, jedoch keine Angst zu machen. Viele wissen nicht, dass auch der Kaiserschnitt Risiken nicht nur für die Mutter, sondern auch für die Kinder birgt und zuweilen dann auch Saugglocke oder Geburtszange angesetzt werden müssen, um das Kind zu entwickeln. Wichtig ist im Vorfeld, einen Konsens mit den betreuenden Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzten zu suchen und zu finden, damit die Schwangeren nicht durch unterschiedliche Meinungen verunsichert werden. Auf diese Weise konnte seit 2006 die Kaiserschnittrate jedes Jahr um ca. 3% gesenkt werden, bis auf 19,3 % in 2014.

Verleitet Sie die vorhandene Technik nicht zu einer operativen oder stark technisierten Geburtshilfe?

Das Gegenteil sollte der Fall sein. Meine Idee ist: Wenn ich mit Fachleuten umgeben bin, gute Technik im Hintergrund habe und in Minuten auf einen Kaiserschnitt umstellen kann, gibt mir das viel geburtshilflichen Spielraum. Wir schauen uns den Schwangerschaftsverlauf in jedem Einzelfall genau an, reden mit den Schwangeren und stufen sie entsprechend ein. Wenn wir es schaffen, dass Frauen mit einer Risikoschwangerschaft die 38. SSW erreichen, haben sich möglicherweise die vorhergehenden Schwangerschafts- oder Frühgeburtsrisiken erledigt. Oftmals ist dann eine physiologische Geburt möglich. Eine Hochrisikoschwangerschaft bedeutet nicht unbedingt auch eine Hochrisikogeburt. Oft ist es aber ein Kopfproblem der Schwangeren und ihrer Umgebung, sie sind durch die Schwangerschaft mental auf eine Risikogeburt geeicht. Geburten können aber anders als die Schwangerschaft verlaufen. Man muss da offen sein, den Frauen Mut machen, selbst Zuversicht haben, ohne Roulette zu spielen.

Wie schaffen sie es, Ihre Vorstellung einer besseren Ausbildung in den Klinikalltag zu integrieren?

Ich habe mich vor einigen Jahren aus allen anderen Tätigkeitsbereichen wie Gynäkologie und Senologie zurückgezogen und mich auf den Kreißsaal konzentriert. Meine Aufgabe sehe ich darin, dem Kreißsaalteam Rückdeckung zu geben, das gibt Sicherheit.

Dann treffen wir uns mit allen beteiligten Berufsgruppen mindestens einmal im Monat zu einer großen Sitzung und einmal wöchentlich, um die aktuellen und schwierigen Fälle durchzusprechen. Bei der Aufarbeitung und Dokumentation von schwierigen Geburtsverläufen wird manchmal auch ein zweites Team hinzugezogen. Dabei geht es nicht um Anklagen, sondern um gemeinsames Lernen. Wir führen regelmäßige externe wie interne Fortbildungen mit Ärztinnen und Hebammen durch, z.B. zu Themen wie der Schulterdystokie, Steißlagengeburt, Vorgehen bei Mehrlingen oder dem Zustand nach Sectio.

95% der Schwangeren sehen wir vor der Geburt zum Vorgespräch, manchmal zwei- bis dreimal. Die Gespräche werden ergebnisoffen geführt, die Schwangere muss verstehen, dass sie die Wahl hat, wir ihr eine natürliche Geburt zutrauen, sie in diesem Wunsch unterstützen. Wenn es nicht geht, weiß die Gebärende, dass wir ggf. zugunsten des Kindes oder auch der Mutter von dem vorgeplanten Weg abweichen. Das wird vorher intensiv beredet, damit in der gegebenen Situation keine Zeit verloren geht, dann greifen festgelegte Richtlinien und Verfahrensabläufe. Die Frauen müssen letztendlich zustimmen und auch das Team vor Ort muss den abgesprochenen Geburtsweg akzeptiert haben. In besonderen Situationen begleitet derjenige die Geburt, der mit den werdenden Eltern den Ablauf besprochen hat.

Allerdings gibt es sicher auch Grenzen, die es zu beachten gilt. Jetzt kommen zunehmend auch Frauen mit Zustand nach zwei Kaiserschnitten zu uns mit dem Wunsch einer vaginalen Entbindung. Manchmal geht das, manchmal aber auch nicht. Man muss sich sehr genau anschauen, warum sie zuvor einen Kaiserschnitt hatten, sich also sehr intensiv um die Vorgeschichte in jedem Einzelfall kümmern.

Selbstverständlich schauen wir uns gemeinsam mit unseren Kinderärztinnen und Kinderärzten unsere geburtshilflichen Ergebnisse kritisch an. Diese sind in den vergangenen Jahren trendmäßig nicht nur für das Outcome der Mütter, sondern auch für die Kinder besser geworden, seit diese häufiger vaginal geboren werden.

Wird der Kaiserschnitt verharmlost?

Der „sanfte“ Misgav Ladach-Kaiserschnitt ist heute eine leichte Anfängeroperation. Auch in den Augen der Patientinnen wird er oft nicht mehr als „richtige“ Operation wahrgenommen. Der neue Begriff „Kaisergeburt“ bringt die Verharmlosung gut auf den Punkt. Was früher ein Hochrisiko war, weil die Narkose, das Nahtmaterial schlecht und Infektionen nicht beherrschbar waren, scheint nun fälschlicherweise ohne nennenswertes Risiko zu sein.

Vergessen wird gern, dass es auch bei einem Kaiserschnitt schwierige Verläufe gibt. Zum Beispiel bei einer sehr übergewichtigen Frau mit einem BMI von 35 oder 40 ist das Risiko bei einem Kaiserschnitt immens hoch. Es ist eine schwierige OP, weil man durch die Bauchdecke in die Tiefe der Gebärmutter vordringen muss. Man operiert wie in einem tiefen Schacht und muss das Kind im rechten Winkel zu seiner Lage und dem physiologischen Geburtsweg herausholen. Oft ist dazu eine speziell für den Kaiserschnitt entwickelte Saugglocke oder eine Zange nötig. Es gibt zuweilen, besonders bei Diabetikerinnen extreme Wundheilungsstörungen und ein hohes Throm-

boserisiko. Darüber wird in der Aufklärung oft großzügig hinweggegangen.

Mittlerweile gibt es viele Frauen mit Zustand nach Kaiserschnitt. Man muss bedenken: Mit dem ersten Kaiserschnitt gehen sie eine operative Karriere ein, aus der sie häufig nicht wieder herauskommen. Der erste Kaiserschnitt bestimmt unter Umständen das gesamte weitere Leben. Deshalb sollten wir ernsthaft versuchen, den ersten Kaiserschnitt zu vermeiden. Das geht zwar nicht immer, aber wenn die Frau unter der Geburt eine nennenswerte Muttermundseröffnung erreicht, gelingt bei der nächsten Geburt häufig die vollständige Eröffnung, und ein sonst drohender zweiter Kaiserschnitt mit noch höheren Risiken kann vermieden werden.

Engen die Leitlinien Ihre geburtshilfliche Praxis ein?

Man muss die Leitlinien kennen, für die Praxis sind sie zuweilen eher schwammig, mit empfehlendem Charakter. Häufig heißt es: Das macht man in dieser oder jener Situation nicht. In der Praxis wird dann in vielen Kliniken pauschaliert der mögliche Weg komplett ausgeschlossen wie z.B. eine Steißlagegeburt bei der Erstgebärenden oder Zwillinge mit Steißlagen oder gar eine vaginale Entbindung von Drillingen. Solche Geburten kann man verantworten, wenn wir die Geburtsbedingungen genau prüfen und alles optimal vorbereiten. Im Zweifelsfall muss der OP mit Mannschaft bereitstehen, müssen die OP-Lampen quasi schon brennen, um Sicherheit zu geben. Die Leitlinien sind grundsätzlich weit genug für eine verbesserte physiologische Geburtshilfe. Die WHO schätzt, dass es 10 bis 15% medizinisch indizierte Kaiserschnitte gibt. Bei uns muss man vielleicht ein paar Prozent mehr einrechnen, weil wir mehr schwierige Schwangerschaftsverläufe und Frauen mit Vorerkrankungen haben. Aber dann sind wir immer noch in einem Bereich von ca. 20%, also gut 10 % unter der heutigen durchschnittlichen Sectiorate. Wir haben viele weiche Indikationen, diese resultieren oft auch aus Ungeduld, mangelnder Aufklärung oder fehlender Erfahrung. Die amerikanischen geburtshilflichen Leitlinien wurden aktuell radikal korrigiert und lassen jetzt den Geburten mehr Zeit. Daran sollten wir uns orientieren.

Durch die Senkung der Kaiserschnitttrate haben Sie Mindereinnahmen von 400.000 Euro. Haben Sie Probleme mit der Verwaltung?

Sicherlich sind das nicht unerhebliche Mindereinnahmen. Bei einem Jahresetat von rund 100 Millionen Euro in unserer Klinik sind Mindereinnahmen von einer halben Million Euro deutlich spürbar. Aber ich bekomme keinen Druck seitens meiner Geschäftsführung, die über meine Vorgehensweise ausgiebig informiert ist, wäre an der Stelle aber auch druckresistent. Ich bin in erster Linie Mediziner, auch wenn man die engen ökonomischen Gegebenheiten in unserem Gesundheitswesen nicht außer Acht lassen darf.

Wichtig ist daher, die Verwaltung gegenüber den Kostenträgern zu unterstützen. Wir haben eben häufig einen größeren Aufwand bei Vaginalgeburten als bei Kaiserschnitten, z.B. bei Zwillingsentbindungen. Wir benötigen dann das gleiche geburtshilfliche Team, nur mit deutlich höherem Zeitaufwand. Den Kostenträgern, die durch eine gelungene vaginale Geburt viel Geld insbesondere bei nachfolgenden Schwangerschaften und Geburten sparen können, sagen wir deutlich: Wir machen da keine billige vaginale Geburtshilfe, auch wenn wir billig vergütet werden. Ich sehe aber den Druck in vielen kleineren Kliniken schon.

Wie sehen Sie die Haftpflichtfrage?

Das ist eine ernstzunehmende Geschichte, die Beleghebammen werden an den Rand des Existenzminimums geraten. Die Geburt per se ist keine einfache Geschichte für die Mütter und die Kinder, es bleibt immer ein Risiko dahinter, Komplikationen können nie mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Deshalb müssen wir Hebammen finden, die die Arbeit gern und qualifiziert tun. Die Kostenträger, also die Krankenkassen, sollten nicht die Frauen, bei denen es Geburtsprobleme gab, unterstützen, Klinik oder das geburtshilfliche Team anzuzeigen, um so mögliche Kosten auf deren Haftpflichtversicherung abzuwälzen. Wir müssen da in eine andere Diskussion kommen und brauchen ein anderes Haftpflichtmodell. Sonst ziehen sich viele Hebammen und Geburtshelferinnen und Geburtshelfer aus Kostengründen oder Angst vor Prozessen aus der Geburtshilfe zurück.

Welche Vorbedingung braucht es zur Senkung der Kaiserschnitttrate?

1. Eine sehr gute theoretische und praktische Ausbildung. Jeder im Kreißsaal muss genau wissen, wie eine physiologische Geburt abläuft, aber auch alle anderen Beteiligten wie z.B. die Pädikerinnen und Pädiker. Alle müssen wissen, was bei den einzelnen Geburtsverläufen normal und was pathologisch ist.

2. Notwendig sind Vertrauen, Ruhe und Geduld. Diese Eigenschaften dürfen nicht an der Uhrzeit hängen. Wir haben Geburten rund um die Uhr, und immer muss das gleiche geburtshilfliche Niveau vorhanden sein.
3. Wir brauchen Ausbildung im Sinne von guter handwerklicher Ausbildung. Nicht immer läuft eine Geburt nach dem Lehrbuch. Dann muss man sein Handwerk sicher beherrschen und eigene Ideen entwickeln. Diese handwerklichen Fähigkeiten sind durch das Streben nach der „sicheren“ Sectio in den Hintergrund gedrückt worden. Viele Fachärztinnen und Fachärzte haben kaum Training in vaginalen Geburten.
4. Wichtig ist Vertrauen durch Training und Erfahrung. Eine unserer Hebammen hatte neulich in einem Monat sechs vaginale Steißlagengeburt. Danach hatte sie den Eindruck, dass diese Geburten einfacher verlaufen können als manche Schädellage, obwohl sie vorher eher kritisch dagegen eingestellt war. Diese Erfahrung der gelungenen Steißlagengeburt hat ihr in gewisser Weise den Kopf frei gemacht. Voraussetzung ist aber, dass alle Beteiligten verstehen, worum und wie es geht und wo die Grenzen sind. Alles muss gut passen und in Ruhe ablaufen.
5. Die älteren Hebammen, Ärztinnen und Ärzte müssen bereit sein, ihre Erfahrungen weiterzugeben und den Jüngeren Sicherheit zu vermitteln. Manchmal sitze ich bei einer schwierigen Geburt nur im Nebenzimmer, aber im Notfall bin ich dann da.
6. Wenn man das alles weiß und den Frauen Mut macht, verlaufen viele vaginale Geburten gut. Wissen und Vertrauen sind die Vorbedingung, um die Kaiserschnitttrate zu senken.

Und Ihre Botschaft?

Meine Botschaft an die Kolleginnen und Kollegen meiner Generation: Tragt dazu bei, dass die nachfolgende Generation gut ausgebildet wird und die physiologische Geburt sicher ist, weil sie von erfahrenen Hebammen, Ärztinnen und Ärzten begleitet wird.

4. AKF-Aktivitäten rund um Geburt und Kaiserschnitt seit 2009

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) hat in den vergangenen Jahren Publikationen und Stellungnahmen zur Kaiserschnittproblematik und zur Förderung der normalen Geburt veröffentlicht sowie Fachtage zum Thema durchgeführt. Im Folgenden bieten wir einen Überblick über die Aktivitäten. Die Publikationen und zusätzliche Materialien sind über die Geschäftsstelle des AKF erhältlich.

AKF-INFO

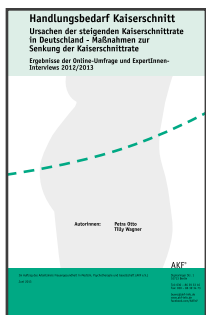
Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach.
AKF-INFO-Ausgabe 1/2009

Positionspapier

„Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken.“
September 2010 (für Fachkräfte)

AKF-Aufruf

„In Deutschland kommt jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt auf die Welt. Es ist höchste Zeit, die Kaiserschnitttrate zu senken.“
26. Juni 2012



AKF-Umfrage und AKF-Broschüre

Handlungsbedarf Kaiserschnitt:
Ursachen der steigenden Kaiserschnitttrate in Deutschland – Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013
Juni 2013



AKF-Flyer

Informationen zur normalen Geburt
April 2014

AKF-Länderbriefe

Anregung zur Gründung von „Bündnissen zur Förderung einer normalen Geburt“ in Ländern und Kommunen.
Antworten vom Land Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Bayern, Saarland, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Hessen, Nordrhein-Westfalen.

AKF-Fachtage

„Salutogenese in Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach“
Kassel, 21. März 2009

„Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“
Hannover, 9. September 2011

„Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken – die normale Geburt fördern“
Berlin, 20. Juni 2014

Weitere Aktivitäten: Stellungnahmen – Ausstellungen – Beschlüsse

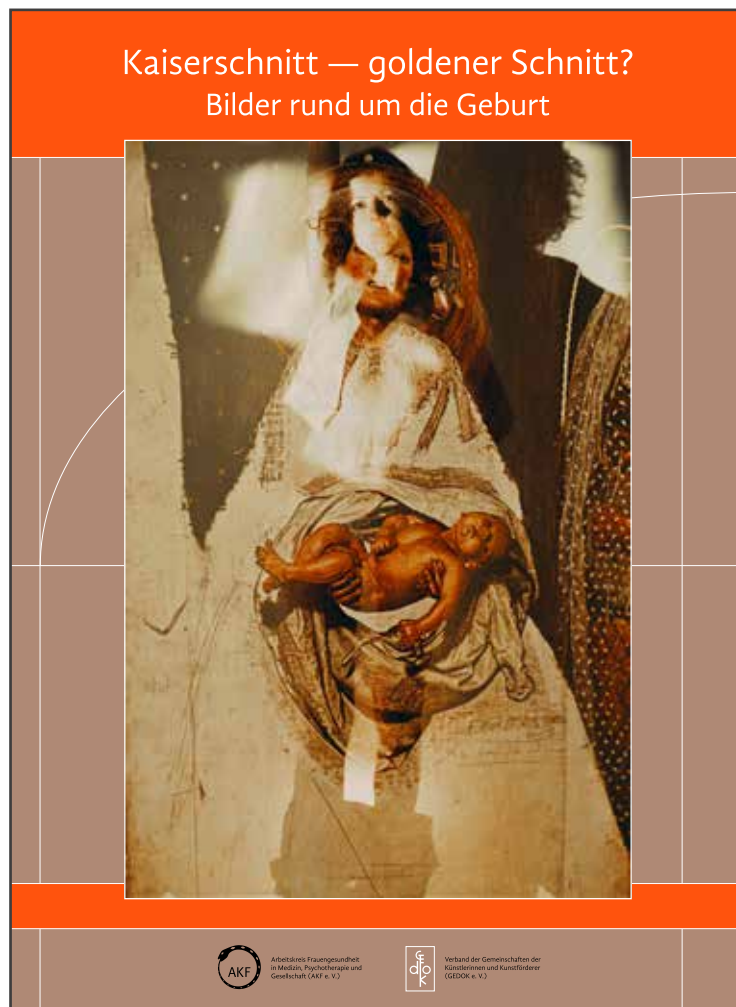
AKF/DHV, Juni 2013

Einlegeblatt für den Mutterpass: „Was brauchen Frauen zur Vorbereitung auf eine normale Geburt?“

AKF: Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der FDP im Landtag NRW. Drucksache 16/5288 vom 18. 03. 2014
„Keine Geburt von der Stange! Für eine frauen- und familiengerechte Geburtshilfe!“
28.01.2015

AKF/GEDOK, seit Januar 2015:

Wanderausstellung „Kaiserschnitt – Goldener Schnitt? Bilder rund um die Geburt.“



Ausstellungsplakat

5. Anfragen an den Deutschen Bundestag und an Landesregierungen zum Thema: Kaiserschnitt und normale Geburt

In den vergangenen Jahren gab es verschiedene Anfragen und Anträge politischer Fraktionen oder Einzelpersonen an den deutschen Bundestag und die Landesregierungen, die nach den Ursachen der Zunahme der Kaiserschnittraten und nach Maßnahmen dagegen fragten sowie die Stärkung der normalen Geburt forderten. Hier eine Auswahl.

Anfragen an den Deutschen Bundestag

Thema: Kaiserschnitt

1. Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an den Deutschen Bundestag

Drucksache 17/8862, 05.03.2012

Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/088/1708862.pdf>

Antwort der Bundesregierung:

Drucksache 17/9039 – 21.03.2012

Steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709039.pdf>

2. Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Drucksache 18/2249 – 30.07.2014

Entwicklung der Kaiserschnittrate

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/022/1802249.pdf>

Antwort der Bundesregierung:

Drucksache 18/2365, 18.08.2014

Entwicklung der Kaiserschnittrate

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/023/1802365.pdf>

Anfragen an die Bundesländer

Thema: Kaiserschnitt

Brandenburg

Kleine Anfrage 2146 des Abgeordneten Markus Nonninger, Fraktion der DVU, an die Landesregierung Brandenburg

Drucksache 4/5621, 05.12.2007

Wochenendgeburten und Kaiserschnitte II

http://www.parldok.brandenburg.de/parladoku/w4/drs/ab_5600/5621.pdf

Antwort der Landesregierung:

Drucksache 4/5720, 10.01.2008

http://www.parldok.brandenburg.de/parladoku/w4/drs/ab_5700/5720.pdf

Hessen

Kleine Anfrage der Abg. Petra Fuhrmann (SPD) an den Hessischen Landtag

Drucksache 18/3516 vom 15.12.2010

Entbindungen per Kaiserschnitt in Hessen

<http://www.petra-fuhrmann.de/cms/landtag/initiativen/?show=675&highlight=kaiserschnitt>

Antwort des Hessischen Landtags:

Drucksache 18/3516, 02.02.2011

Entbindungen per Kaiserschnitt in Hessen

<http://starweb.hessen.de/cache/DRS/18/6/03516.pdf>

NRW

Kleine Anfrage der Abgeordneten Barbara Steffens BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Drucksache 14/99637, 07.10.2009

Was unternimmt die Landesregierung gegen die drastische Zunahme von Kaiserschnitten in NRW?

Antwort der Landesregierung:

Drucksache 14/10071, 06.11.2009

Was unternimmt die Landesregierung gegen die drastische Zunahme von Kaiserschnitten in NRW?

http://www.barbara-steffens.de/fileadmin/media/MdB/barbarasteffens_de/barbara_steffens/themen_bis_mai_2010/parlamentarisches/anfragen/auf_kleine_anfrage_ds_149963_was_untetni/auf_kleine_anfrage_ds_149963_was_untetni.pdf

Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ina Scharrenbach und Walter Kern CDU (559 vom 10. Oktober 2012)

Drucksache 16/1412, 13.11.2012

Entwicklung von Kaiserschnittgeburten in NRW

http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/Anfrage_Sectio.pdf

Sachsen-Anhalt

Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Dagmar Zoschke (DIE LINKE). Kleine Anfrage KA 6/8263.

Drucksache 6/3128, 22.05.2014

Frauengesundheit: Schwangerschaft und Geburt

<http://www.landtag.sachsen-anhalt.de/fileadmin/files/drs/wp6/drs/d3128dak.pdf>

Thema: Normale Geburten fördern

Mecklenburg-Vorpommern

Kleine Anfrage der Abgeordneten Silke Gajek, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Antwort der Landesregierung

Drucksache 6/1206, 19.10.2012

Förderung natürlicher Geburten in Mecklenburg-Vorpommern

http://gruene-fraktion-mv.de/uploads/media/6-1206_KA_Antwort_Foerderung_natuerlicher_Geburten_in_Mecklenburg-Vorpommern.pdf

Niedersachsen

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der SPD

14.10.2014

Antrag: Natürliche Geburt stärken und fördern

[http://www.fraktion.gruene-niedersachsen.de/meldung-popup.html?tx_ttnews\[tt_news\]=14270](http://www.fraktion.gruene-niedersachsen.de/meldung-popup.html?tx_ttnews[tt_news]=14270)

Rheinland-Pfalz

Kleine Anfrage der Abgeordneten Anne Spiegel und Dr. Dr. Rahim Schmidt, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, (1328 vom 17. Januar 2013) und Antwort des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

Drucksache 16/2042, 14. 02. 2013

Natürliche Geburten in Rheinland-Pfalz

<http://www.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/2042-16.pdf>

Thüringen

Kleine Anfrage der Abgeordneten Siegesmund und Rothe-Beinlich, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, (2671 vom 25. Oktober 2012) und Antwort des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit

Drucksache 5/5404, 19.12.2012

Natürliche Geburten in Thüringen fördern

<http://www2.rothe-beinlich.de/uploads/2671.pdf>

6. Kampagnen, Studien und andere Aktivitäten zur Förderung der normalen Geburt

In einzelnen Bundesländern, aber auch länderübergreifend gibt es starke Bewegungen und Bündnisse zur Förderung der normalen Geburt. Sie zeigen, welches Potenzial Bündnisse bei der Umsetzung von Zielen haben können. Hier ein kleiner Überblick über diese Initiativen, ihre Forderungen und ihre Ziele.

1. Kampagnen

1.1 Kampagne des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Stärkung der natürlichen Geburt

Die Kampagne des Sozialministeriums des Landes Baden-Württemberg ist ein Bündnis der Fraktionen des Landtags Baden-Württemberg und dem Berufsverband der Frauenärzte e.V., dem Hebammenverband e.V., der Landesärztekammer, der Krankenhausgesellschaft e.V. und der Techniker Krankenkasse, jeweils repräsentiert durch ihre Baden-Württembergischen Landesvertretungen. Ziel der Kampagne zur Stärkung der natürlichen Geburt ist die Darstellung von Schwangerschaft und Geburt als natürlicher Lebensprozess.

Dies wurde mithilfe einer Homepage, von Flyern und Plakaten, aber auch durch Beratung und Aufklärung von werdenden Müttern und Eltern aber auch durch eine verbesserte Zusammenarbeit von Frauenärztinnen und Frauenärzten, Krankenhäusern und Hebammen umgesetzt.

<http://www.natuerlichegeburt-bw.de/>

Frauengesundheitskonferenz Baden-Württemberg 31.01.2015

Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, berichtet über die Kampagne zum Pro und Kontra des Kaiserschnitts.

<http://www.gruene-landtag-bw.de/rueckschau/veranstaltungen/gruene-veranstalten-erste-frauengesundheitskonferenz.html>

Bericht über die Auftaktveranstaltung der Kampagne zur Stärkung der natürlichen Geburt.

<http://www.baerbl-mielich.de/gesundheit/kampagne-zur-staerkung-der-natuerlichen-geburt-auftaktveranstaltung>

Kliniken in Baden-Württemberg, die die Kampagne unterstützen:

Filderklinik Stuttgart (Kaiserschnitttrate 13%)

<http://www.filderklinik.de/informationen/neuigkeiten/neuigkeiten-details/artikel/kampagne-zur-staerkung-der-natuerlichen-geburt-wurde-gestartet.html>

Krankenhaus Herrenberg

<http://www.klinikverbund-suedwest.de/krankenhaus-herrenberg/medizin/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/natuerliche-geburt-kampagne.html>

Neben Politikern und Kliniken engagieren sich auch geburtshilfliche Fachverbände und Krankenkassen für die natürliche Geburt:

Freiburger Erklärung zur natürlichen Geburt

Die gemeinsame Pressemitteilung des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., des Landesverbandes Baden-Württemberg, des Hebammenverbandes Baden-Württemberg e.V. und der Landesärztekammer Baden-Württemberg:

https://www.aerztekammer-bw.de/news/2014/2014_07/freiburger-erklaerung/index.html

Techniker Krankenkasse:

<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/650736/Datei/124587/TK%20spezial%20Ausgabe%20-%20-%202014.pdf>

Website des Thieme-Verlages:

<https://www.thieme.de/de/hebammenarbeit/kampagne-fuer-natuerliche-geburt-59496.htm>

1.2 Kampagne des Sozialministeriums Niedersachsen: „Die natürliche Geburt stärken und fördern“

Die niedersächsische Kampagne hat zwei Handlungsstränge: Sie führte Gespräche mit Chefärztinnen bzw. Chefärzten und leitender Hebamme verschiedener Geburtskliniken mit niedriger Kaiserschnitttrate über deren Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. Zusammen mit einer Arbeitsgruppe aus Praxis, Wissenschaft und Verbänden unter der Federführung des Sozialministeriums wurde eine niedersächsische Handreichung mit Informationen zur natürlichen Geburt erarbeitet.

<http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/natuerliche-geburt-staerken-und-foerdern-130697.html>

Bauchgefühl – Gut informiert über die natürliche Geburt

Gemeinsam haben das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), der Berufsverband der Frauenärzte, die Arbeitsgemeinschaft Hebammenwissenschaft der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), der Hebammenverband und weitere Institutionen den Leporello „Bauchgefühl“ entwickelt. Er ermutigt Frauen, ihr Kind auf natürlichem Weg zur Welt zu bringen.

<http://www.ms.niedersachsen.de/www.bauchgefuehl.niedersachsen.de/bauchgefuehl-130135.html>

1.3 Freie Hansestadt Bremen

Gründung des „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“

http://www.frauen.bremen.de/sixcms/media.php/13/130116_PM_B%FCndnis-f%FCr-nat%FCrliche-Geburt.pdf?backend_call=true

Bremer Empfehlungen zur Unterstützung der natürlichen Geburt.

Das Bremer Bündnis natürliche Geburt veröffentlichte im April 2015 Rahmenbedingungen, die ermöglichen, Geburt wieder als natürlichen Prozess zu sehen und die Schwangeren unterstützen, ihr Kind auf natürlichem Weg zu gebären.

http://www.dgpgf.de/fileadmin/Archiv/Dokumente/Aktuelles/Erklaerung_Bremer_Buendnis_natuerliche_Geburt.pdf

<http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/00%20Bremer%20Empfehlungen%20zur%20Unterst%FCtzung%20der%20nat%FCrlichen%20Geburt.pdf>

1.4 „Raus aus dem Bett“. Kampagne des Landesverbandes der Hebammen NRW in Anlehnung an das Konzept des Royal College of Midwives, London.

http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/Raus_aus_dem_Bett_Kampagne_LV_NRW2014.pdf

2. Studien und Berichte

2.1 Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung

Ziel des Faktenchecks Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung

ist es, die Hintergründe sowohl des generellen Anstiegs als auch der regionalen Unterschiede der Kaiserschnitttraten zu beleuchten. Untersucht wird, welche Rolle medizinisch-geburtshilfliche und versorgungsstrukturelle Faktoren neben Entwicklungen auf Ebene der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Einstellungen der werdenden Mütter spielen.

<http://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-gesundheit-kaiserschnitt/>

2.2 Evaluationsbericht über die Fachkonferenzen der Kampagne zur Stärkung der natürlichen Geburt in Baden-Württemberg

Der Evaluationsbericht gibt Antwort auf die Frage, ob die Kampagnenziele in Baden-Württemberg erreicht wurden, den interdisziplinären Austausch oder die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbesserten und Handlungsänderungen gegenüber der natürlichen Geburt bewirkten.

http://www.natuerlichegeburt-bw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Evaluationsbericht.pdf

2.3 Europäische Studie „OptiBIRTH“

Die Studie „OptiBIRTH“ wird durch Gelder der Europäischen Union finanziert und unter der Leitung des Pflege- und Hebammen-Lehrstuhls der Trinity Universität Dublin durchgeführt. Ansatz der Studie ist es, werdende Mütter in ihrer Entscheidung für eine natürliche Geburt zu unterstützen. An der Studie beteiligen sich Kliniken aus acht europäischen Ländern, darunter Großbritannien, Italien und Finnland. In Deutschland wird die Studie von Kliniken in Niedersachsen, Hessen, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Sachsen unterstützt.

<http://www.optibirth.eu/optibirth/>

3. Weiteres

3.1 Entwicklung einer Entscheidungshilfe zum Thema „Kaiserschnitt“

Ziel des Projektes der Universität Hamburg ist es, eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe zur Kaiserschnitt-Entbindung zu erstellen. Sie soll beim Abwägen individueller Entscheidungsmöglichkeiten helfen.

<http://www.chemie.uni-hamburg.de/pha/muehlhauser/projekte/kaiserschnitt.html>

3.2 Hildebrandt, S. / Blazy, H. / Schacht, J. / Bott, W. (Hg.) (2013): Kaiserschnitt. Zwischen Traum und Trauma, Wunsch und Wirklichkeit. Kongressbericht. Mattes Verlag Heidelberg.

Der Kongressbericht hinterfragt kritisch die gängigen Betreuungskonzepte und Routinen hinsichtlich ihrer potenziellen Risikodispositionen. Er will damit der Tendenz einer stetig steigenden Sectiorate entgegenwirken.

3.3 Schwarz, Chr.: Die Erlaubnis zum Nichtstun. Leitlinie des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) und die Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Deutsche Hebammenzeitschrift 09/2014.

Der Artikel der Deutschen Hebammenzeitschrift erläutert die im März 2014 verabschiedete Leitlinie des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) und der Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) und fragt, ob sie richtungsweisend auch für die Entwicklung in Deutschland sein könnte: Wird die gekonnte Nichtintervention doch noch Standard geburtshilflichen Handelns?

http://www.dhz-online.de/index.php?id=318&tx_ttnews%5Btt_news%5D=5247

3.4 Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland

Die private Website bietet einen Überblick über Filme, Bücher, nationale und internationale Forschung.

<http://www.gerechte-geburt.de/wissen/kaiserschnitt-info/senkung-der-kaiserschnitttrate/>

<http://www.gerechte-geburt.de/wissen/kaiserschnitt-info/>

<http://www.gerechte-geburt.de/wissen/lesenswertes/>

3.5 24. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) am 1./2. Oktober 2014 in Wiesbaden

Die GFMK fasste auf ihrer Jahrestagung 2014 einen gemeinsamen Beschluss zum Themenbereich „Die natürliche Geburt im Fokus – Gesundheit von Mutter und Kind sichern“.

Die Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) hält eine kritische Hinterfragung des in den letzten zwanzig Jahren stark gestiegenen Anteils der Kaiserschnittentbindungen in Deutschland für erforderlich. Organisatorische, strukturelle und ökonomische Voraussetzungen müssen so gestaltet werden, dass Gesundheit und Wohlergehen von Mutter und Kind im Vordergrund stehen.

Folgende Maßnahmen könnten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen:

1. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird gebeten, in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV - Spitzenverband, Maßnahmen zu entwickeln, um Fehlanreize zulasten einer natürlichen Geburt zu verhindern.
2. Die Wahlfreiheit für Frauen, im Krankenhaus, in einem Geburtshaus oder zu Hause zu gebären, ist zu achten. Über die jeweiligen Vor- und Nachteile für die Frauen und das ungeborene Leben ist aufzuklären.
3. Hohe Haftpflichtversicherungen können einen Einfluss auf Kaiserschnitt-Raten im Krankenhaus haben. Vor diesem Hintergrund hält die GFMK eine Weiterentwicklung des Systems der Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser / geburtshilfliche Abteilungen für dringend geboten. Von steigenden Haftpflichtprämien sind niedergelassene Gynäkologinnen / Gynäkologen und Hebammen ebenfalls betroffen. Das BMG wird gebeten, die derzeit diskutierten Lösungsansätze zu prüfen und einer nachhaltigen Lösung zuzuführen.
4. Die GFMK bittet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit ansprechendem Informationsmaterial das Vertrauen von Frauen in die Gebärfähigkeit zu stärken und die Aufklärung über Gründe und Risiken eines Kaiserschnitts den aktuellen Entwicklungen anzupassen.
5. Das BMG wird gebeten, die für Mitte 2015 erwarteten Ergebnisse des Nationalen Gesundheitsziele-Prozesses zum Thema „Gesundheit rund um die Geburt“ zu verstetigen und darauf hinzuwirken, dass bei allen Maßnahmen und Gesetzesvorhaben zu diesem Themenfeld der Blick auf das Wohlergehen und die Sicherheit von Müttern und Kindern gerichtet wird.
6. Aus Sicht der GFMK ist eine gemeinsame Leitlinienentwicklung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin sowie den Fachverbänden der Hebammen angezeigt, um die Entscheidungssicherheit von Fachpersonal für die verschiedenen Entbindungswege zu erhöhen. Insbesondere hält die GFMK in diesem Zusammenhang eine gemeinsame Weiterentwicklung der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht zur absoluten und relativen Indikation zur Sectio zu einer S3-Leitlinie für erforderlich. Das BMG wird gebeten, diese Entwicklung durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) anzustoßen.
7. Die natürliche Geburt muss angemessen vergütet werden

http://www.gleichstellungsministerkonferenz.de/documents/2014_10_13_Beschluesse_GESAMT_Extern.pdf

3.5 „Gesundheit rund um die Geburt“ wird als Nationales Gesundheitsziel vorgeschlagen

Der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ arbeitet zur Zeit an einem Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Es soll als eigenständige Teilaufgabe in das bereits existierende Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ aufgenommen werden. Dazu wurde 2013 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der ca. 30 Organisationen vertreten sind: Fachgesellschaften, Ministerien von Bund und Ländern, Verbände der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens, Selbsthilfeorganisationen und der AKF als Frauengesundheitsorganisation. Die Arbeitsgruppe orientiert sich am Begriff der Salutogenese. So sollen Risikoorientierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt begegnet und die Fähigkeit von Frauen, normal zu gebären, betont werden. Auch die Phase des Wochenbetts wird entsprechend in den Blick genommen.

Die Ergebnisse der Arbeit werden im ersten Halbjahr 2016 vorgelegt werden.

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de vereinigt mehr als 120 Organisationen des Gesundheitswesens. Er befasst sich seit mehr als 14 Jahren mit der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. In diesem Rahmen werden konkrete exemplarische Gesundheitsziele als Empfehlung an die Politik weitergeleitet. Auch im neuen Präventionsgesetz erhalten die Nationalen Gesundheitsziele eine besondere Bedeutung.



Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.)

Sigmaringer Str. 1 | 10713 Berlin
Tel: 030 – 86 39 33 16 | Fax: 030 – 86 39 34 73
buero@akf-info.de

www.akf-info.de | facebook.com/AKFeV