

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



**Arbeitskreis Frauengesundheit**  
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.  
Sigmaringer-Str. 1 - 10713 Berlin

## „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“

09.09.2011, Hannover, Hanns-Lilje-Haus

### Protokoll

Vorträge und Diskussion

#### **1. Prof. Dr. Beate Schücking, Rektorin der Universität Leipzig** **Schwangerschaftsvorsorge im internationalen Vergleich – Entwicklungen in Deutschland**

Die gegenwärtige Schwangerenvorsorge in Deutschland lässt sich als Risikokonzept mit Konzentration auf ärztliche Betreuung charakterisieren, ebenso durch eine Überversorgung gesunder und Unterversorgung gefährdeter Schwangerer.

Die derzeitige Schwangerenvorsorge hat ihre Ursprünge in den 1960er Jahren, als FrauenärztInnen sich zusammenfanden und die Schwangerenvorsorge für sich proklamierten und aufbauten. Gleichzeitig wurden Klinikgeburten propagiert und durchgesetzt. Es gab damals bereits durchaus Bestrebungen zur Qualitätssicherung: Daten über Schwangere und Geburten wurden gesammelt und Rückschlüsse gezogen, die allerdings oft wichtige Parameter außer Acht ließen. Z.B. wurde der Rückgang der Säuglingssterblichkeit als Erfolg der Medizin gewertet, die Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage in der Nachkriegszeit dabei außer Acht gelassen.

Im Laufe der Entwicklung wurden, auch unter dem Einfluss der Cochrane-Collaboration, höhere Qualitätsanforderungen an wissenschaftliche Studien und Datensammlungen gestellt, um Evidenzen zu bestimmten Fragen zu finden. Aber erst seit 1989 wird eine wissenschafts-gestützte Schwangerenvorsorge und Evidenzbasierung der Maßnahmen gefordert.

In dieser Hinsicht sind die skandinavischen Länder vorbildlich.

Die alltägliche Praxis in Deutschlands Kreißsälen und in der Schwangerenbetreuung ist jedoch immer noch wenig evidenzbasiert (z.B. werden präpartale CTGs trotz fehlenden Nutzens immer noch angewandt). Die Perinatalerhebungen waren ein Meilenstein in der wissenschaftlichen Beurteilung der Geburtshilfe, aber es war und ist schwierig, die richtigen Qualitätsindikatoren zu finden.

2/3 der Frauen gelten in Deutschland als Risikoschwangere. Das hat nur bedingt etwas mit der Realität zu tun. Die heutigen Schwangeren in Deutschland sind so gesund (allerdings im Schnitt etwas älter) wie sonst nirgendwo, trotzdem sind sie verunsichert durch das vorherrschende Bild: „Die

Schwangerschaft ist sehr gefährlich“. Jährlich sind etwa 678.000 Kinder und etwa 900.000 Schwangerschaften in der Vorsorgebehandlung, im Schnitt hat jede Schwangere elf Untersuchungen. Die risikoexponierten Frauen allerdings weniger. Das heißt, dass die wirklich risikoexponierten, meistens bildungsfernen Frauen dabei nicht ausreichend erreicht werden. Hier fehlt der Blick der Gesundheitsökologie. Schwangerenvorsorge ist ein von der Medizin heftig umkämpfter Markt. Die WHO hält 5-7 Vorsorgen für Erstgebärende und 5 für Mehrgebärende für ausreichend. Allerdings hat die Vorsorge sich so stark etabliert, dass Schwangere diese auch einfordern. Dabei sind IGeL-Angebote eine große Verführung und spielen eine wichtige Rolle beim Wunsch der Schwangeren nach einer sicheren Schwangerschaft. Die Angebote der Geburtshilfe haben die Frauen in Richtung mehr Sicherheit und Wohlfühlen beeinflusst: „Be a good girl and I will give you a good baby“.

Dieses Risikokonzept, die Defizitorientierung, vernachlässigt die Protektivfaktoren, über die Schwangere in Form von mentalen, körperlichen und sozialen Ressourcen verfügen: Die Bindung zum Kind, ihre Emotionalität, die seelische und körperliche Anpassungsfähigkeit der Mutter, ihre Werte und das Wissen, das sie hat. Soziales Netz, Betreuung und Versorgung, Kultur und Gesellschaft sind wirksame Schutzfaktoren, die selten benannt werden. Hier muss eine interdisziplinäre Diskussion einsetzen, um alle sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen und ökonomischen Protektivfaktoren zu mobilisieren. Es braucht eine interdisziplinäre auf Gesundheit gerichtete Begleitung.

Europa zeigt ein buntes Bild der Schwangerenbetreuung, zum Teil weniger medikalisiert und oft mit gleich guten oder besseren Ergebnissen als in Deutschland. Deshalb sollten bei uns die IGeL-Leistungen aus dem Bereich der normalen Schwangerenvorsorge herausgenommen werden. Klare Analyse der gesundheitlichen Probleme, Entwicklung von Maßnahmen, weitere Evaluationen und Qualitätssicherung sind nötig.

Diskussion:

Hauptpunkte der Diskussion waren

- stärkere Einbindung der Hebammen in die Vorsorge
- stärkere Beachtung der psychischen Seite von Schwangerschaft und Geburt
- stärkere Einbeziehung der Beratungsstellen in die Schwangerenbetreuung
- stärkere Beachtung der Folgekosten von Über- und Unterversorgung der Schwangeren.

**2. PD Dr. Mechthild M. Groß/cand. phil Sarah Schling**, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

### **Der Mutterpass: Evidenzlage und Änderungsbedarf**

Die Geschichte des Mutterpasses ist noch nicht sehr lang: Eine erste Version der Mutterschaftsrichtlinien und ihrer Ausformung für die Schwangeren im Mutterpass wurde 1966 umgesetzt. In den 1970er bis Anfang der 1980er Jahre wurden die Vorsorgeuntersuchungen, die im Mutterpass dokumentiert wurden, mithilfe einer Prämie von 100 DM bei den Schwangeren etabliert.

Bis heute haben Mutterschaftsrichtlinien und Mutterpass verschiedene Änderungen und Erweiterungen erfahren.

Bis 1994 war nur ein Beschlusstext für die Aufnahme von Untersuchungen in den MP nötig. Ab 1994 wurde Änderungen ein Erläuterungstext beigefügt, erst ab 2003 fügte der G-BA den Änderungen, bzw. Erweiterungen eine Erläuterung und den Nachweis der Evidenzbasierung bei.

Seit 2008 existiert an der MHH eine sektorübergreifende AG aus ÄrztInnen, Hebammen und Schwangeren, deren Ziel eine Evidenzbasierung der Vorsorgemaßnahmen und eine verständliche, müttergerechte Ausführung des Mutterpasses ist. Beispielsweise sollen Abkürzungen erläutert und Daten zum mütterlichen (Wohl-)Befinden aufgenommen werden. Die Seite 1 soll Eintragungen der Schwangeren vorbehalten sein. Bleiben soll eine ausführliche Anamnese, Platz für 12 V.-Untersuchungen, Ultraschall und Epikrise.

Der vorgelegte Änderungsentwurf wurde 2011 von 23 Personen evaluiert (acht ÄrztInnen, sieben Hebammen, acht Schwangere) und mehrheitlich im Wesentlichen für gut befunden. Allerdings wurde eine komplette Neugestaltung vorgeschlagen.

Fazit: Der Mutterpass braucht eine Komplett-Revision und benötigt eine Evaluierung der Maßnahmen, die bis 1994 aufgenommen wurden. Unter vielen ExpertInnen besteht ein Bewusstsein für den Änderungsbedarf, allerdings ist es schwierig, sich aus den gedanklichen Fesseln der Mutterschaftsrichtlinien zu befreien. Dies kann einerseits über die Diskussion der fehlenden Evidenz der vor 1994 festgelegten Maßnahmen geschehen, aber – so die Message von PD Dr. Groß – über eine neue Frauen-/Konsumentinnenbewegung, die eine andere Form der Schwangerenbetreuung fordert. Die sollte gemeinsam mit europäischen Verbündeten geschehen.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Gefordert wurde, dass – in Anbetracht der hohen Symbolkraft und steuernden Funktion des Mutterpasses – Frauen bei der Änderung das Wort führen sollten. Wir brauchen an diesem Punkt eine Frauenbewegung wie Ende der 1970er Jahre, die den Prozess weiterführt.
- Welches Ziel wird mit dem MP nicht erreicht, welches soll erreicht werden?
- Eine gute Anamnese ist aufschlussreich für den Zustand und die Entwicklung der Schwangerschaft, dazu braucht es erst einmal keine Untersuchung.
- Kritisiert wurde die Flut der Untersuchungen ohne Evidenzbasierung (z.B. Chlamydien-Screening). Der Transfer in den G-BA sei schwer aufgrund der gendermäßig ungünstigen Besetzung, eine Konsumentinnenbewegung sei wichtig.
- Es wurde eine gemeinsame Aktion von Verbänden und Institutionen (GfG, DHV, AKF, Dt. Frauenrat, etc.) gefordert Die Basis sei da, um wirklich gemeinsam und ohne das alte Konkurrenzdenken Änderungen durchzusetzen.

### **3.Barbara Reuhl, Arbeitnehmerkammer Bremen**

#### **Konfliktfeld Mutterschutz – Schwangerschaft darf kein Berufsverbot sein**

Mutterschutz zählt zu den frühesten Arbeitsschutzvorschriften in Deutschland, ist also durchaus historisch eine Errungenschaft<sup>1</sup>. Ziel des Mutterschutzgesetzes ist es, die Mutter und das Kind vor gesundheitlichen Gefährdungen zu schützen. Insofern steht Mutterschutz in einer Reihe mit allen anderen Handlungsfeldern des vorbeugenden Schutzes in der Zeit der Schwangerschaft. und des Stillens.

Im Mutterschutzrecht in Deutschland steht bislang die Formulierung von Beschäftigungsverboten im Vordergrund, was von betroffenen Frauen als Benachteiligung erlebt wird. Demgegenüber liefert die (leider noch weitgehend unbekannt) „Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz“ (MuSchArbV), die Grundlage für ein zeitgemäßes Verständnis, wie es auch im Arbeitsschutzrecht zum Ausdruck kommt.

Ziel des Arbeitsschutzes ist es, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit zu verbessern und dementsprechend die Arbeitsbedingungen und die betriebliche Organisation zu gestalten. Die Verantwortung dafür trägt laut Arbeitsschutzgesetz (§§ 1 und 3 ArbSchG) der Arbeitgeber. Er muss mittels der Beurteilung der Arbeitsbedingungen ermitteln, welche Maßnahmen in seinem Betrieb angezeigt und passend sind. Bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen muss eine Gefährdung<sup>2</sup> für Leben und Gesundheit möglichst vermieden werden, und es ist der Stand der Technik, Arbeitsmedizin, Hygiene und sonstiger gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse zu berücksichtigen. Das ArbSchG verfolgt also einen präventiven Ansatz: die Gestaltung gesundheitsgerechter und sicherer Arbeitsbedingungen.

Ziel der Maßnahmen muss es sein, „Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen“. Schließlich beschreibt das Gesetz die Rangfolge der Maßnahmen: Technische und organisatorische Maßnahmen haben den Vorrang; erst wenn diese nicht ausreichen, können auch individuelle Schutzmaßnahmen ergriffen werden<sup>3</sup>.

Bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen sind die Belange besonders schutzbedürftiger Beschäftigtengruppen zu berücksichtigen (§ 4 Abs. 6 ArbSchG) – dazu zählen u.a. auch schwangere und stillende Frauen. Welche besonderen Gefährdungsfaktoren zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus der MuSchArbV, die den Auftrag formuliert, dass die Arbeitsbedingungen „rechtzeitig“ zu beurteilen sind (§ 1 Abs. 1 MuSchArbV) – d.h. schon bevor eine Arbeitnehmerin schwanger wird bzw.

---

<sup>1</sup> erstmals in § 135 der Gewerbeordnung von 1878, nach einigen weiteren rechtlichen Regelungen schließlich das „Gesetz über die Beschäftigung vor und nach der Entbindung“ von 1927, mit nachfolgenden Ergänzungen und Novellierungen, letzte Fassung vom 17.3.2009

<sup>2</sup> Der Begriff „Gefährdung“ meint im Arbeitsschutzrecht eine mögliche Gefahr, ohne dass bereits tatsächlich eine Gefahr bestehen oder eingetreten sein muss.

<sup>3</sup> Zitat und wesentliche Inhalte aus §4 ArbSchG

dem Arbeitgeber von der Schwangerschaft Mitteilung macht. Statt vorschnell auf ein Beschäftigungsverbot zu setzen, sind entsprechend des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung die Voraussetzungen zu schaffen, dass Frauen im Arbeitsprozess bleiben können:

- Zunächst sind technische Maßnahmen zu ergreifen, beispielsweise Sitzplätze zum kurzzeitigen Ausruhen bei stehender Tätigkeit oder auch Narkoseverfahren, bei dem die Beschäftigten nicht den Narkosegasen ausgesetzt sind
- dann kommen organisatorische Maßnahmen in Frage, wie die Veränderung von Arbeitszeiten oder eine andere Verteilung von Zuständigkeiten
- und erst als letzte Möglichkeit die teilweise oder ganze Freistellung von der Arbeit (Beschäftigungsverbot).

Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung sind zu dokumentieren und auf Nachfrage dem Gewerkschaftsaufsichtsamt vorzulegen. Sie sind auch der betroffenen und den übrigen weiblichen Beschäftigten mitzuteilen, genauso wie die zu ergreifenden Maßnahmen.

Bei der Gefährdungsbeurteilung und der Entwicklung und Umsetzung von geeigneten Schutzmaßnahmen können der Betriebsarzt/die Betriebsärztin und die Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber beraten. Beteiligung beim Mutterschutz im Sinne des Arbeitsschutzes ist schließlich auch ein Aufgabenfeld der betrieblichen Interessenvertretung. Entsprechend des Gebots der „frühzeitigen“ Beurteilung der Arbeitsbedingungen ist jeder Arbeitgeber gut beraten, schon bevor eine Arbeitnehmerin schwanger wird, die Tätigkeiten in seinem Unternehmen darauf hin zu überprüfen, wo er schwangere und stillende Frauen einsetzen kann.

Beim Mutterschutz im Betrieb handelt sich also um ein Thema mit Konfliktpotenzial: Im Arbeitsverhältnis haben die Beschäftigten nur eingeschränkte Möglichkeiten frei zu entscheiden und sind abhängig vom Handeln des Arbeitgebers und den Rahmenbedingungen, die er setzt. Wenn der Mutterschutz nicht oder ungenügend verwirklicht wird und es zur Gefährdung oder Schädigung von Mutter und/oder Kind kommt oder eine Arbeitnehmerin dies auch nur befürchten muss (Stress!), aber auch, wenn eine Frau die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes als nachteilig für sich und ihre beruflichen Chancen oder für ihre Selbstbestimmung erlebt, hat der Mutterschutz sein Ziel verfehlt. So ergibt die Auswertung von Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, dass für Frauen aufgrund familienbedingter Unterbrechung oder Veränderung der Erwerbstätigkeit eine Einbuße an Rentenanwartschaft entsteht, die – im Vergleich zur Entwicklung der Rentenanwartschaften von Männern – während des gesamten Erwerbslebens von Frauen fortbesteht und sich in deutlich niedrigerem Rentenniveau niederschlägt. Dies lässt sich für alle Qualifizierungsniveaus, auch für höher qualifizierte Frauen, zeigen.

Es besteht Bedarf einer Novellierung des Mutterschutzes:

- Unternehmen müssen vorausschauend schwangerenfreundliche Arbeitsplätze beschreiben und ggf. bereitstellen unter dem Motto: Erwerbsarbeit und Schwangerschaft sind kompatibel – Mutterschutz gehört auch zur Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Mutterschutz muss als Element eines systematischen betrieblichen Arbeitsschutzes verstanden und umgesetzt werden. Dazu ist der den Schutz der Gesundheit bei der Arbeit betreffende Teil des Mutterschutzrechts in das Arbeitsschutzrecht zu integrieren.
- Beschäftigungsverbot und Arbeitsunfähigkeit sind sauber abzugrenzen. Bisher gibt es noch kein bundeseinheitliches Formular für ein Beschäftigungsverbot, das Ärztinnen und Ärzte verwenden können, wenn sie ein Beschäftigungsverbot aussprechen. Infolge des Umlageverfahrens (U 2) wegen Beschäftigungsverbots, das nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz seit dem 1.1.2006 für alle Unternehmen gilt, wird ein nicht unproblematischer Anreiz gesetzt – ein Beschäftigungsverbot könnte allen Beteiligten als „einfacherer“ und lukrativer Weg (anstelle von Arbeitsplatzgestaltung) erscheinen. Diese Verfahrensweise sendet aber zugleich auch das Signal aus, dass Schwangerschaft (und auch Elternschaft?!) im Unternehmen als Störfaktor nicht willkommen ist und Betroffene sich Druck, Anfeindungen oder Ausgrenzung ausgesetzt sehen. Das wird die Motivation einer qualifizierten Frau und anderer Beschäftigter, sich für das Unternehmen – auch nach der Geburt bzw. Elternzeit – einzusetzen, nicht unbedingt verstärken.
- Eine bessere Vernetzung ist erstrebenswert zwischen Arbeitsschutz-Expert/innen wie beispielsweise Betriebsärztinnen und Betriebsärzten und Fachleuten im Gesundheitswesen, die schwangere und stillende Frauen beraten, begleiten und behandeln.
- Schließlich müssen die Vorgaben aus dem Mutterschutzgesetz und der Mutterschutzverordnung auf neue Erkenntnisse und Möglichkeiten aus Technik, Medizin und Arbeitswissenschaften überprüft und ggf. angepasst werden.

Es besteht weiterer Diskussions- und unbedingter Handlungsbedarf auf allen Ebenen, um den Mutterschutz zeitgemäß zu gestalten. Ziel muss es sein, größtmögliche Sicherheit und Gesundheitschancen für Mutter und Kind vorausschauend zu ermöglichen. Dies wird sich nicht allein aus dem Mutterschutz heraus lösen lassen.

Beispielsweise gilt es,

- Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zu modernisieren, damit Frauen in Studium und Aus- und Weiterbildung keine Benachteiligung erfahren, wenn sie zum Schutz ihrer eigenen und der Gesundheit ihres Kindes vorübergehend bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben können.
- Andere Regelungen, wie die Ausweitung des U2-Verfahrens auch auf große Betriebe, sind hinsichtlich ihrer kurz- und auch langfristigen Wirkungen kritisch zu hinterfragen.
- Mutterschutz ist als Teil der Vereinbarkeitsdebatte zu behandeln.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Es besteht die Gefahr der Pathologisierung der Schwangerschaft durch überzogene Schutzmaßnahmen und Überregulation (z.B. die überschätzte Gefahr der Zytomegalie in Kindergärten; zwei gemeldete Fälle pro Jahr) sowie zu schnelle Krankschreibung, die stark in die Selbstbestimmung der Frau eingreifen. Aber die Selbstbestimmung der Frau hat ihre Grenze, wenn es um die Gesundheit des Kindes geht.
- Das Mutterschutzgesetz hat eine wichtige Schutzfunktion für die Schwangere. Dieser Schutz muss grundsätzlich bestehen bleiben, vor allem vor dem Hintergrund der Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse und steigenden Arbeitsstresses. Bei einer evtl. Aktualisierung der Regelungen müssen Betroffene und Arbeitsschützerinnen eng zusammenarbeiten.
- Schwangerschaft und Mutterschutz sind ein politisches Feld. Auf der Metaebene geht es um die Vereinbarung von Selbstbestimmung und Gesetzgebung: Eingriff in die Selbstbestimmung der Frau durch Mutterschutz und Arbeitsschutz.
- Von Anfang an ist alles mit Risiken behaftet, ob Arbeit oder Schwangerschaft. Alles wird bis ins Kleinste geregelt. Dadurch wird Vertrauen in sich selbst verhindert und Entmündigung gefördert.
- Trotz sozialer Rahmenbedingungen muss Selbstbestimmung möglich sein, sonst wird der Mutterschutz zum Schutzgesetz, das in die verkehrte Richtung ausschlägt.
- Beschäftigungsverbote sind attraktiv für Arbeitgeber, die Ersatz einstellen können, aber oftmals auch gewünscht von den Schwangeren selbst.
- Zeitdruck und Stress am Arbeitsplatz nehmen zu. Es ist auch eine Freiheit, zu entscheiden, was ich mir zumuten will.

**4. Rainer Neutzling**, Soziologe, Schriftsteller, Journalist, Köln

#### **Der schlechte Ruf der Väter im Kreißsaal**

Väter bei der Geburt sind in Deutschland mittlerweile eine Selbstverständlichkeit. Nach der ersten Euphorie über diese Entwicklung hat sich jedoch die Stimmung in zwei Lager geteilt: Das eine begrüßt die Entwicklung uneingeschränkt, will aber die Situation der Väter bei der Geburt durch eine väterspezifische Geburtsvorbereitung verbessern. Das andere will die Väter lieber wieder aus dem Kreißsaal herausholen und lastet ihnen einen Teil der fortschreitenden Technisierung der Geburt und der hohen Kaiserschnitttrate an.

Wir besitzen mittlerweile viele Erfahrungen, aber wenig belastbare wissenschaftliche Daten. Das Beispiel des angeblich erhöhten Schmerzmittelgebrauchs bei Geburten, wenn der Vater anwesend ist, zeigt, wie schnell vage Hinweise zu harten Fakten werden. Man muss sich hüten, den Vater zum Sündenbock für alles zu machen, was im Kreißsaal falsch läuft (z.B. die erhöhte Interventionsrate). Die Väter sind nur einer von vielen Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf. Alle an der Geburt Beteiligten haben Einfluss, welchen genau, ist noch nicht untersucht. Um hier zu einem haltbaren Urteil zu kommen, müssen alle Faktoren wissenschaftlich untersucht und in Beziehung gesetzt werden. Bisher gibt es nur etwa elf Studien mit belastbaren Daten: Durch Datenlage sind weder Vor-

noch Nachteile der väterlichen Anwesenheit belegbar. Sie gibt es vielleicht, aber sie sind bisher nicht nachweisbar.

Valenka Dorsch zeigte mit ihrer Studie, dass Männer die Geburt umso negativer erlebten, je mehr geburtshilfliche Interventionen eingesetzt wurden. Sie mögen technikaffin sein, verarbeiten aber die technischen Eingriffe negativ. Depressive Störungen, die zum Teil mit dem Geburtserlebnis zusammenhängen, traten häufiger auf.

Eine Studie von Abou-Dakn und A. Wöckel zeigt, dass Stressreduzierung durch einen Abend mit spezieller Geburtsvorbereitung für Väter möglich ist. Speziell vorbereitete Väter fühlten sich nach der Geburt zufriedener, ebenso ihre Partnerinnen

Fazit: Väter bei der Geburt sind in Anbetracht unserer partnerschaftlichen Vorstellungen eine Errungenschaft, allerdings mit einigem Änderungsbedarf. Eine gezielte Vorbereitung der Väter auf die ihnen unbekanntere Situation der Geburt könnte den Stress verhindern, den einige Väter in der Geburtssituation entwickeln und die Frau, GeburtshelferInnen und Geburtsverlauf belasten.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Wie kann man die Väter in den von uns angestrebten Enttechnisierungsprozess einbinden?
- Es gibt deutschlandweit schon viele Initiativen, die Väter ausdrücklich ansprechen, z.B. in Osnabrück <http://www.fit-fuer-den-start.de/>
- Viele junge Paare glauben, dass Schwangerschaft und Geburt ein Event ist, das aufwändig gestaltet und jede Kleinigkeit in Communities öffentlich diskutiert werden muss. Hier muss wieder Normalität angestrebt werden.
- Die Geburtsvorbereitung hat auch die Aufgabe, die Paardynamik wahrzunehmen. Nicht bei jedem Paar ist der werdende Vater der beste Geburtsbegleiter. Hier muss eine neue Sensibilität und Freiheit der Wahl entwickelt werden.
- Studien zum Effekt von Vätern bei der Geburt sind notwendig

**5. Dr. med. Friederike Perl, Frauenärztin, Stuttgart**

#### **Zur Problematik der Frühgeburtlichkeit**

In Deutschland liegt die Rate der Frühgeburtlichkeit bei ca. 9 %, das sind etwa 52.000 Frühgeburten pro Jahr. Augenscheinlich ist in dieser Hinsicht die Vorsorge nutzlos. Rechnet man pro Kind 100.000 Euro Behandlungskosten – Folgekosten nicht mit berechnet – liegt der Betrag, der damit verdient werden kann, bei 52 Milliarden Euro. Die Risikofaktoren sind bekannt: Infektionen und mütterliche Erschöpfung und die Folgen ebenfalls: Lern-, Verhaltens- und Essstörungen, Suchtprobleme, Mortalität, Frühmortalität und vieles mehr. Alle üblichen Maßnahmen wie Magnesium, Cortison, Klinikeinweisung, usw. sind, das zeigen die Zahlen, ineffektiv. Wer trägt die Verantwortung für dieses Desaster?



Frühgeburtlichkeit ist ein biologischer Überlebensmechanismus, mit dem der Körper/das Kind auf einen bedrohlichen intrauterinen Mangel reagiert. Dr. Perls persönliche Evidenz: Was hilft sind Stärkung des Immunsystems durch eine vollwertige Ernährung (kein Weißmehl, kein Zucker: deshalb kein oraler Glukosetoleranztest!) und die Vermeidung von Vaginalinfektionen über pathologische Keime im Darm und der Vagina. Ab der 20. SSW sollte die Vaginalflora geschützt und beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzt werden.

Schwangerschaft ist zwar keine Krankheit, aber ein ungeheurer Energieverbrauch. Deshalb: kein Stress, kein Sport und nichts, was schweißtreibend ist. Schweiß ist immer ein Hinweis auf eine Stressreaktion, die es zu vermeiden gilt. Ebenfalls müssen ängstigende Situationen vermieden werden. Innerer Widerstand ist immer ein Hinweis für Überforderung. Es gilt, dem eigenen Gefühl zu vertrauen, Ruhe einzulegen und Stresssituationen zu umgehen. Väter haben in der Schwangerschaft die wichtige Funktion, auf die Schwangere zu achten und sie zu entlasten.

Bei Frühgeburtsbestrebungen ist eine frühzeitige Krankschreibung ratsam, Bettruhe, ganz viel Zuspruch, Magnesium, und notfalls auch eine Einweisung in die Klinik. Dr. Perl betreut die Schwangeren dort persönlich weiter, denn die vertrauensvolle Beziehung zwischen Schwangerer und behandelnder Fachkraft ist für den Erfolg der Behandlung wichtig. Durch diese persönliche Beziehung ist es auch möglich, den sozialen Hintergrund der Schwangeren zu erkennen und sie, wenn nötig, gezielt zu entlasten. Diese emotionale Beziehung zwischen Ärztin und Schwangerer wird größtenteils in ihrer Wirkung unterschätzt: Sie hilft, Frühgeburten zu vermeiden.

Mit diesen Maßnahmen hat Dr. Perl die Frühgeburtenrate bei den Schwangeren in ihrer Praxis bei insgesamt 18,9 % Frühgeburtsbestrebungen auf 1,5 % tatsächlicher Frühgeburten gesenkt und die Kaiserschnitttrate auf 6 %.

Frühgeburtenzentren hält F. Perl für Unsinn, sie setzen außerdem zweifelhafte Anreize durch die Höhe der Vergütung für die Behandlung Frühgeborener. Mehr als 2 % Frühgeburten seien unserer Geburtshilfe unwürdig.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Welche Steuerungsmechanismen sind wirksam, um das Ziel „Senkung der Frühgeburtrate“ zu erreichen?
- Wichtig ist, dass Erschöpfung, Überforderung und Armut als Hauptprobleme genannt werden.
- Es gibt allerdings kein Interesse von politischer Seite, soziale Aspekte wie Erschöpfung und Armut als Ursache von Frühgeburtlichkeit zu sehen
- Unsere Aufgabe ist es, auf die langfristigen Gesundheitsprobleme der Frühgeborenen hinzuweisen

- Wenn endlich verstanden wird, was die Biologie der Schwangerschaft verlangt, kann man auch die Frühgeburtsrate reduzieren. Die GeburtshelferInnen müssen durch ihre Betreuung dafür sorgen, dass die Biologie weiter funktionieren kann. Wir müssen mit der Biologie und nicht gegen sie arbeiten. Als Gesamtpaket funktioniert Dr. Perls Vorgehen.

## **6. Christine Lang, Hebamme, München**

### **Wochenbett und Bonding**

Schon während Schwangerschaft und Geburt entsteht – unterstützt von einer speziellen hormonellen Situation – eine Bindung zwischen dem ungeborenen Kind und seiner Mutter. Unter günstigen Bedingungen wird diese Bindung nach der Geburt unter den neuen Bedingungen weiter fortgeführt. Diese sensible Phase, in der Mutter und Kind ganz offen füreinander sind und in der ständiger Körperkontakt sowie Blickkontakt wichtig sind, muss vor der Klinikroutine geschützt werden. Alle medizinischen und ärztlichen Interventionen haben Einfluss auf den ersten intensiven Mutter-Kind-Kontakt und den Stillbeginn. Folgen können sich z. B. in Saugproblemen und mangelhafter Bildung von Kolostrum niederschlagen. Noch sind viele Krankenhäuser nicht auf die Unterstützung des Erstkontakts im Kreißaal und ein umfassendes Bonding eingestellt. Es fehlt an Aufklärung und Fortbildungen auch unter dem Fachpersonal, z. B. über die Folgen von Schmerzmittelgebrauch, PDA, Sectio. Indem sie in den Hormonhaushalt eingreifen, stören sie auch auf hormoneller Ebene das Bonding.

Babyfreundliche Krankenhäuser schützen die Bondingphase, indem sie – auch bei Schnittentbindungen – den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind ermöglichen. Sie nehmen die Trennung von Mutter und Kind nicht als gegeben hin, sondern sorgen für ein 24-Stunden-Rooming-in, in dem Mutter und Kind höchstens eine Stunde täglich getrennt sind.

Dies bedeutet einen erhöhten Pflege- und Beratungsaufwand. Eine bessere Personalausstattung der Krankenhäuser mit 1:1-Betreuung durch Hebammen und die Freistellung des Fachpersonal von nichtmedizinischen Tätigkeiten bei der Geburt würde sehr viel helfen und könnte dazu beitragen, dass auch die Schwangere und Wöchnerin selbst ausreichend bemuttert werden kann. Denn nur dann kann sie auch das Bemuttern selbst weitergeben.

Wissenschaftlich nachweisbar ist, dass früh und gut gebundene Kinder zufriedener, ruhiger und selbstbewusster sind und sich nicht beständig der elterlichen Beziehung und generell der Stabilität von Beziehungen vergewissern müssen.

Eine bezahlte Freistellung des Partners nach der Geburt, bzw. eine sich direkt an die Geburt anschließende Elternzeit des Mannes und eine Haushaltshilfe könnten den Bonding-Prozess positiv unterstützen, ebenso verschiedene Modelle und Projekte („Welcome“, „Safe“, Mütterpflegerinnen). Wichtig wäre auch die Streckung der Hebammennachsorge auf sechs Monate nach der Geburt.

#### Hauptpunkte der Diskussion:

- Gesamtgesellschaftliches Thema: Wie viel ist es wert, eine Weile beim Kind zu bleiben und den Beziehungsanfang in Ruhe zu gestalten?
- Es wurde auf die mittlerweile sich aus der Gesetzgebung ergebende Notwendigkeit für Mütter hingewiesen, sich möglichst früh in den Arbeitsprozess zu begeben, da das neue Unterhaltsrecht sie nach drei Jahren zur eigenen Erwerbstätigkeit verpflichtet. Hier stehen sich das Bedürfnis des Kindes und gesellschaftliche Zwänge schlecht vereinbar gegenüber.
- Salutogenetische Ideen im Umgang mit Schwangeren und Wöchnerinnen sollten finanziell gefördert werden, z.B. sollte die Vaginalgeburt besser bezahlt werden als eine Sectio. Gleichzeitig wird davor gewarnt, sich in betriebswirtschaftliche Fallen zu begeben. Das geburtshilfliche Handeln darf nicht nach zu erwartenden Geldflüssen ausgerichtet sein.
- Die Kooperation mit Familienbildungsstätten muss intensiviert werden, auch sie haben einen Stellenwert bei der Unterstützung und Aufklärung über Bonding.

#### Projekte beispielhafter Praxis

##### 6. Ines Junge, Hebamme

##### Hebammenpraxis Bühlau, Dresden

Die Praxisgründung erfolgte 1996. Das Konzept war damals revolutionär: Eine Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen! Heute gibt es: drei ÄrztInnen, sieben Hebammen und weitere HelferInnen. Die Praxis ist über Dresden hinaus bekannt. Zu Anfang war es schwierig, die passende Rechtsform und einen Namen zu finden. Durch die Kompetenzüberschneidungen zwischen ÄrztIn und Hebamme sind Konkurrenzen in Deutschland üblich. In diesem Projekt werden jährlich 280 Schwangere betreut, die Frühgeburtenrate ist niedrig, Die Verlegungsrate bei Geburten beträgt 5-10 %. Die Problematik der Haftpflichtversicherung führte dazu, dass die ÄrztInnen sich zurückgezogen haben, heute ist die Praxis eine reine Hebammeneinrichtung. Die Versicherungsfrage verursacht auch für die Hebammen viele Probleme.

Das Leitbild wurde nach QM erarbeitet:

- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind natürliche Lebensabschnitte und gesunde Prozesse, die durch beziehungsgeleitete Geburtshilfe begleitet werden. Das Ziel ist, eine Stabilisierung des Bindungs- und Beziehungssystems zu erreichen.
- Das richtige Maß zwischen Transparenz und Beruhigung finden. Die Schwangere soll die Praxis fröhlicher verlassen, als sie sie betreten hat. Ängste sollen gelindert werden. Dabei werden wissenschaftliche und spirituelle Betrachtungsweisen als sinnvolle Ergänzung gesehen. Dies wird permanent ab Beginn der Schwangerschaft umgesetzt.
- Die gesamte Familie, vor allem der Vater, wird aktiv einbezogen. Ressourcen sollen gestärkt werden.

- Wichtiger Teil der Arbeit im Team: Selbstreflexion, Supervision (jeder Geburt), regelmäßige Notfallschulung ist eingeführt. Das Projekt hat die Erfahrung gemacht: weniger Intervention bedeutet weniger Pathologie. Statistik (QUAG): gute Ergebnisse.

Die Geburt soll räumlich, zeitlich und personell geschützt stattfinden. Dann gelingt es am Besten. Den Paaren und Kindern gegenüber soll Respekt und Demut herrschen. Die Bewahrung der Würde ist elementare Denk- und Handlungsgrundlage.

Fazit und Forderung: Mutterschaftsvorsorge soll als Grundlage beinhalten, dass jede Ärztin/jeder Arzt eine Hebamme zur Betreuung einer Schwangeren hinzuziehen soll. Hebammen müssen ihren Anspruch gegenüber den ÄrztInnen vertreten.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Wie kann es gelingen, dass die Schwangerenvorsorge primär in Hebammenhänden liegt?  
Vorschläge: Verpflichtende Kooperation zwischen ÄrztIn und Hebamme.
- IGeL-Leistungen sollen ausgegliedert werden.
- Best-practice-Modelle sind im Frauengesundheitsbericht unter [www.nationales-netzwerk-frauen.de](http://www.nationales-netzwerk-frauen.de) beschrieben.
- Notwendig sind verbindliche Regelungen, wann die Hebamme an eine Gynäkologin überweisen soll.
- Es muss sichergestellt werden, dass Frauen in Konfliktlagen Hebammenhilfe erhalten. In der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe findet dazu Praxisforschung statt.

**7. Katrin Mikolitch**, Ärztin, [www.mikolitch.de](http://www.mikolitch.de), [www.kaiserschnitt-netzwerk.de](http://www.kaiserschnitt-netzwerk.de)

### **Trauma durch Kaiserschnitt – Ursachen und Folgen einer traumatischen Kaiserschnitterfahrung. Möglichkeiten zur Traumaprophylaxe**

In Deutschland enden mehr als 30 % der Geburten mit Kaiserschnitt. Die WHO geht von circa 15 % aus. Die Tendenz ist nach wie vor steigend. Er gilt Dank verfeinerter OP und Narkoseverfahren als ganz harmloser Eingriff...als sanfter Kaiserschnitt. Er birgt jedoch für die Frauen Risiken und Nebenwirkungen, die nicht so sehr auf körperlicher Ebene zu suchen sind, sondern eher psychischer Natur sind. Letztendlich ist es eine Verhinderung des natürlichen Geburtserlebnisses. Diese ersten bewegenden Sekunden, Minuten zum ungestörten Kontakt mit dem neugeborenen Baby fehlen ganz einfach. Die damit verbundenen Erfahrungen können Frauen als traumatisierend, schmerzlich und enttäuschend empfinden.

Traumadefinition:

„Ein Erlebnis wird als traumatisch erfahren, wenn es auf körperlicher, emotionaler oder mentaler Ebene so überwältigend ist, dass es auf einer oder mehreren Ebenen nicht integriert werden kann.“

#### Faktoren, die die Schwere der Traumatisierung beeinflussen

- das Gefühl des Ausgeliefertseins, des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit
- das Ereignis selber
- der Lebenszusammenhang
- die körperliche Konstitution
- angeeignete Fähigkeiten
- Innere und äußere Ressourcen

#### Traumursachen:

- Sectio caesarea/operative Entbindung
- Fehlen der natürlichen Geburtserfahrung
- schwere oder lebensbedrohliche Schwangerschaftserkrankung
- Kontrollverlust /Ausgeliefertsein/Hilflosigkeit
- Behandlung durch Klinikpersonal, Angehörige
- Trennung vom Neugeborenen
- Geburt entspricht nicht den eigenen Erwartungen

#### Psychische Folgen nach Sectio

- Rollenverständnis als Mutter/Frau
- Mutter-Kind-Bindung
- Körper/Sexualität/Schwangerschaft
- Posttraumatische Belastungsreaktion/Belastungsstörung

#### Wie kann man ein Kaiserschnitt-Trauma vermeiden?

- kurzfristig: baby- und mütterfreundliche Sectio/Traumaprophylaxe
- langfristig: Senkung der Sectoraten

#### Vorschläge zur Traumaprophylaxe: „baby- und mütterfreundliche Sectio“:

##### in der Schwangerschaft

- Aufklärung über Sectio, kritische Haltung zur primären Sectio

##### während der Geburt:

- Wehen abwarten
- frühzeitige Aufklärung und Einbindung der Mutter

- Mutter aktiv, statt passiv und ausgeliefert (Kontakt zum Baby halten, Mitpressen)
- „heiliger Moment“ der Geburt und Würde der Mutter achten
- so wenig Mutter-Baby-Trennung wie möglich
- Bonding unterstützen (Baderitual, Plazenta anschauen, Zeit)

nach der Geburt/Wochenbett/Abschlussgespräch:

- ungestörtes Bonding fördern (Körperkontakt, Stillen, Tragen, Familienzimmer)
- über psychische, körperliche Folgen aufklären
- Möglichkeit zur Geburtsnachbesprechung geben (z.B. Karte in Mutterpass )
- Beratungsadressen des Kaiserschnitt-Netzwerkes
- bei auffälligem Baby (Schreibaby, Schlaf-/Entwicklungsstörung => Geburtstrauma integrieren)

Senkung der Sectiorate bei multikausalen Ursachen?

Es gibt sehr unterschiedliche Möglichkeiten zur Senkung der Sectioraten. Hier muss man an den verschiedenen Punkten ansetzen:

- Frauen und Mütter
- ÄrztInnen
- Krankenhaus
- medizinisches System
- Recht
- Gesellschaft und Gesellschaftsströmungen
- Finanzen

Ursprungsthema in allen Bereichen: ANGST, welche sich wieder in mehr VERTRAUEN entwickeln sollte.

Empfehlungen:

Frauen brauchen Zeit, sich auf die Sectio einzustellen. Dies muss unbedingt beachtet werden. Evtl. reichen ein paar Minuten aus. Das Gefühl der Hilflosigkeit muss vermieden werden, Schamgefühle der Mutter müssen respektiert werden. Die Frau soll angeleitet werden mitzuhelfen. Vor der OP soll mit dem Baby gesprochen werden. Das Baby soll begrüßt werden, als erstes soll es die Mutter sehen. Eine Trennung von Mutter und Kind muss vermieden werden. Die Professionellen müssen spüren, ob die Mutter überfordert ist. Die Mutter soll im OP nicht allein gelassen werden. Das Kind soll nach der Geburt nicht gleich angezogen werden. Baderitual oder Bondingbad sollen angewendet werden. Der Mutter soll das Zeigen der Plazenta angeboten werden.

Die Mutter soll den Hinweis erhalten, dass psychische Folgen möglich sind. Evtl. soll eine Karte mit dem Hinweis auf Gesprächsangebote ausgehändigt werden, z.B. bei einem „Schreikind“ oder KISS-Syndrom.

Für Kaiserschnittraten sind multikausale Faktoren wirksam: Frauen/Mütter, ÄrztInnen, Krankenhäuser, med. Systeme, rechtliche Regelungen, Finanzielles.

Das „Kaiserschnitt-Netzwerk“ generiert Wissen, welches dann anderen zur Verfügung steht. Die Netzwerkbildung ist ein wichtiges politisches Vorgehen.

Hauptpunkte der Diskussion:

- Wie können diese Erkenntnisse Verbreitung finden? Wie können Frauen informiert werden?
- Vor allem für Behinderte, Migrantinnen, gehörlose Frauen müssen besondere Konzepte zur Aufklärung/Betreuung entwickelt werden.

## **8. Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate**

Die Durchführung einer Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate ist bereits am Runden Tisch des AKF „Lebensphase Eltern werden“ angesprochen worden. Eine erste Idee ist, ChefärztInnen, GynäkologInnen, Ärztekammern, Psychotherapeutenkammern usw. mit Hilfe eines Top-down-Prozesses anzusprechen. So eine Kampagne müsste sorgfältig vorbereitet werden. Sinnvoll wäre, von Anfang an zumindest mit den anwesenden Organisationen und Personen gemeinsam dazu zu arbeiten.

Vom AKF wurde ein erster Vorschlag zum Vorgehen unterbreitet:

Als erstes sollten Gesundheitswissenschaftlerinnen beauftragt werden, einen Status quo, eine Bestandsaufnahme zum Kaiserschnittgeschehen in Deutschland, zu erstellen, z. B.: Verteilung von Kaiserschnitttraten bezogen auf Bundesländer, einzelne Regionen, Stadt – Land, soziale Hintergründe, Angebotsstrukturen, finanzielle Regelungen usw. und die Folgen von Kaiserschnittentbindungen aufzeigen. Weiterhin sollten in der Praxis bewährte Maßnahmen zur Senkung einer Kaiserschnitttrate aufgeführt/gesammelt werden. Wenn dies wissenschaftlich erarbeitet wurde, muss ein breites Bündnis mit anderen Organisationen hergestellt werden, um eine bundesweit wirksame, ideenreiche Kampagne garantieren zu können.

Zu den Finanzen: evtl. sind Krankenkassen interessiert.

Der AKF wird in der Folgezeit konkretere und ausführlichere Vorstellungen zur Kaiserschnittkampagne entwickeln und den vertretenen Organisationen/Personen vorstellen.

Ein weiterer Vorschlag zur Kaiserschnittdebatte war: Erstellung einer Petition an den Bundestag und/oder einer Charta zu den Rechten von Schwangeren, Eltern und deren (ungeborene) Kinder. Dies könnte auch im Rahmen der angesprochenen Kampagne geschehen.

---

## **Flipchart-Einträge der TeilnehmerInnen:**

## 1. Risikokonzept Schwangerschaft und Geburt:

- Hausgeburten, Geburtshausgeburten sind bei low-risk, middle-risk sicher, aber niemand weiß es: Bessere Infos an alle Frauen über sichere Geburtsorte
- langfristig andere Geburtskultur: salutogenetisch statt pathogenetisch
- Ressourcen von Schwangeren stärken
- früher beginnen: positiver Umgang mit Schwangerschaft/Geburt: über sexual-pädagogische Projekte, Mädchen in ihren Urkräften bestärken, Initiationsriten: Menarche als Fest feiern
- PND abgrenzen
- IGeL weg
- Schwangerenberatung nutzen
- Krankenkassen ins Boot holen (Langzeitfolgen klären)
- soziale Bezüge und Parameter ernst nehmen
- Verbot von Werbung für/an Schwangere(n)
- übergangsweise: Bonuszahlungen, wenn Vorsorge bei Hebamme erfolgt
- zum inneren Bewusstsein/Kraft der Frau beitragen
- Hebammen als Primärversorgerin für jede gesunde Schwangere: Sono (Ultraschall) in Hebammenausbildung integrieren

## 2./3. Mutterschaftsrichtlinien (MSR)/Mutterpass (MP)

- Wortvorschlag: Schwangerschaftsalbum. ÄrztInnen, Hebammen und Eltern tragen ein, Empfehlungen der ÄrztInnen, Wahrnehmungen der Eltern und Geschwister
- Einbeziehung der Frau, Bündelung der Basisaktivitäten, Verbreitung der Rolle der Geburtsvorbereitung (AKF, GfG, Greenbirth, ENCA)
- Überarbeitung der MSR: Einfluss auf GemBundesausschuss: politisch kritisieren
- Wozu brauchen wir einen Mutterpass? Was hilft der MP?
- Der MP wurde nur nötig, weil das Betreuungskontinuum Schwangerschaft-Geburt-Wochenbett zerstört wurde. Bleibt die Betreuung in einer Hand (z.B. durch außerklinische Geburten/Beleggeburten) wird der MP überflüssig
- nicht vergessen: MP gibt Frau auch den Besitz ihrer eigenen Daten (pes. und schw.). Ohne MP Ärztin, Hebamme = Datenmacht
- der MP nur für Risikoschwangere, nicht Risiko per Definition sondern echt
- MSR erstellt in Kooperation von Frauenärztinnen und Hebammen
- in den MP: Gespräch mit Partner, Aufklärung über Hebammenbetreuung
- Ablehnung neuer Screeningverfahren, z. B. Gestationsdiabetes

## 4. Erwerbstätigkeit der Frauen

- Selbstbestimmung vs. Arbeitsschutz
- Nachteilsausgleich
- Risikodefinition



- Verbindung Gesundheitswesen – Arbeitswesen
- Hoher Arbeitsdruck führt dazu, dass Schwangeren mit Einschränkungen in der Berufstätigkeit Druck gemacht wird. Es müsste einen Ausgleich für Arbeitgeber geben, die Schwangere anders einsetzen müssen.
- Betriebsärzte müssen bei den Einstellungsuntersuchungen von weiblichen Beschäftigten schon im Hinblick auf eine zukünftige Schwangerschaft besser beraten (Überlastungen, Gefährdungen, Impfungen) werden.
- Ausfall und Ersatzkräfte durch die Gesellschaft (Krankenkassen, Staat) finanzieren. In den Betrieben ist die Personaldecke zu dünn, um Alternativbeschäftigung zu finden. Die AG sind nicht gewillt und in der Lage dazu.

## 5. Unterstützung der Väter

- Errungenschaft: Emotionalisierung der Vaterschaft
- Familieninitiation
- soziale Ressourcen der Männer nutzen: Schutzfähigkeit entwickeln
- Geb.Vorb als Stressreduktion
- Studien zum Einfluss der Väter
- Vater nicht als Personalersatz
- Einbeziehung der Väter (familienorientierte SB)
- werdende Mutter, werdender Vater und Paardynamik gemeinsam betrachten und untersuchen
- GfG: GebVorb bezieht seit 1978 die Väter mit ein (nicht als Anhängsel)

## 6. Frühgeburt: Vermeidung einer frühen Trennung von Mutter und Kind

- Wie sind Angehörige unterer sozialer Schichten in das Programm zur Vermeidung von Frühgeburten einzubeziehen?
- Infektionen
- mütterliche Erschöpfung
- soziale Bedingungen
- Beziehungen
- monetäre, falsche Anreize: Geldverdienst priorisiert das Vorgehen
- zu allen Themen: Langzeitstudie (10 Jahre) angefangen von der Zeugung bis 10 Jahre danach: Welche Auswirkung hat welche Betreuung in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, im 1. Lebensjahr auf die Entwicklung (gesundheitlich und Kosten)
- Einfluss der Bildschirmtätigkeit, Strahlung auf die Schwangere und das Ungeborene

## 7. Bonding: es gibt ein Programm der Natur

- Schutz der Bonding-Phase
- 24 Stunden Rooming-in und Begleitzimmer
- Eins-zu-eins-Betreuung Geburt

- Mothering the mother
- Honorierung salutogenetischer Ansätze
- gesetzliche Freistellung des Vaters, auch im Wochenbett, bezahlt
- Haushaltshilfe und Mütterpflegerin
- BFHI: 10 Schritte sollen Pflicht für jede Klinik sein (QM)
- das Programm der Natur mehr achten und ehren lernen

#### 8. Kampagne gegen Kaiserschnitt

- Der Hebammenverband hat im Verbund mit den Kassen eine Sectiobroschüre herausgegeben: Sectio ja / nein
- bitte positives Motto finden, nicht „anti“
- die Würde des Lebens würdigen: Kind, Mutter, Vater, Familie
- Vergleichszahlen der Kliniken auf Chefarzt/OA/AssA veröffentlichen: Konkurrenzgefühl, bzw. „wir werdens besser machen“
- Ärztlicher Nachwuchs (als AnfängerIn zu geringe Kenntnisse) muss Daten, EBM und Argumente geliefert bekommen = Zukünftige OA (Bottom up)
- Frauen (Nutzerinnen) über Internet aufklären (Sectio)
- Liste erstellen: „50 Argumente dagegen“ (Falschannahmen der ChefärztInnen, Behauptungen von vornherein widerlegen, EBM)
- Argumente der „Konsumentinnen“ pro Sectio analysieren: Welche Argumente? Woher?

#### 9./10. Anwesende Organisationen

- AKF-Gynäkologinnen-Gruppe
- Kaiserschnittnetzwerk
- Kaiserschnittstelle
- Kath. Familienbildungsstelle
- Fit für den Start...und das Baby kann kommen - Väter an den Start: Papa sein von Anfang an
- Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein (München)
- Fachstelle PND-Beratung, Fachstelle für Säuglingsfragen, FenKid-Elternkurse
- GfG – Familienbegleitung, GfG – Geburtsvorbereitung
- Frauengesundheitszentrum Frankfurt
- Bundesforum Familie
- Winyan – alles um die Geburt
- BfHD e.V. (Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.)
- Kölner Kreis für humane Geburtskultur
- Sektorenübergreifende AG zum Mutterpass, Med. Hochschule Hannover
- Das Eichenhäuschen: Zentrum rund ums Frau- und Elternsein
- Greenbirth e.V.

- „Selbstbewusst schwanger“ – yahoo-group: <http://de.groups.yahoo.com/group/selbstbewusst-schwanger/>
- DHV e.V. (Deutscher Hebammenverband)
- DFH e.V.(Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe)
- Hebammenverbände Bremen, Niedersachsen, Baden Württemberg, Berlin
- SKF - Schwangerschaftsberatungsstelle - Oldenburg
- TERRE DES FEMMES
- Netzwerk gegen Selektion durch pränatale Diagnostik
- SAFE – sichere Ausbildung für Eltern
- Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen (BDL)
- Zertifiz
- FGZ Sirona
- Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 – Prävention und Gesundheitsförderung
- Hochschule Magdeburg
- Gleichstellungsbeauftragte Hannover und Wallenhorst
- Universität Osnabrück