



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

## **Protokoll zum Fachtag: „Salutogenese in Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach“**

### **TeilnehmerInnen:**

Helga Albrecht, Volker Baisch, Dr. Edith Bauer, Nicola Bauer, Barbara Baumgärtner, Katja Baumgarten, Juliane Beck, Karin Bergdoll, Dr. Barbara Ehret, Ulrike Hauffe, Ute Höfer, Margaretha Kurmann, Prof. Dr. Christine Loytved, Colette Mergeay, Rainer Neutzling, Caroline Oblasser, Petra Otto, Dr. Friederike Perl, Sigrid Schellhaas, Dr. Hildburg Wegener  
→ *Eine detailliertere TeilnehmerInnendarstellung: Siehe Anhang 3, S. 17.*

**Moderatorin:** Ulrike Hauffe

**Referentinnen:** Helga Albrecht, Petra Otto, Barbara Ehret, Colette Mergeay

**Protokollantin:** Sonja Köntgen, Ergänzungen Juliane Beck

### **1 Begrüßung** (Karin Bergdoll, 2. Vorsitzende des AKF e.V.)

- Das **Thema des Fachtags** ist ein zentrales Handlungsfeld des AKF aufgrund seiner aktuellen politischen Brisanz und Relevanz für Frauengesundheit. Der AKF gibt mit diesem Fachtag Akteuren aus verschiedenen beruflichen und gesellschaftlichen Feldern Gelegenheit, die aktuelle Situation der Versorgung Schwangerer, Gebärender und junger Mütter samt ihrer PartnerInnen zu durchdenken, Qualitätsmängel und Defizite zu benennen und politische Handlungsempfehlungen und Strategien zu erarbeiten.
- **Initiator des Fachtags** ist der *Runde Tisch: „Lebensphase Eltern werden“ im AKF*. Ziel des Runden Tisches ist es, die Praxis der Geburtshilfe kritisch zu überprüfen und Impulse für ein Umdenken im Interesse **der physischen und psychischen** Gesundheit von Frauen und Neugeborenen zu geben. Der AKF ist Mitglied bei der Kooperationsgemeinschaft *gesundheitsziele.de*, deren Aufgabe es ist, Nationale Gesundheitsziele zu erarbeiten. In diesem Rahmen hat der AKF, gestützt auf die Beratungen des *Runden Tisches*, ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsziel „Salutogenese in der Schwangerenbegleitung, Geburtshilfe und der ersten Zeit danach“ erarbeitet. Das Konzept wird zur geeigneten Zeit dort eingebracht. Weiterhin hat der Runde Tisch verschiedene Statements zu aktuellen Gesundheitsthemen veröffentlicht, u.a. zur Weltstillwoche 2008 und 2009, zum Vätertag, zu Genital- und Schönheits-Operationen und zum Gendertest.

- **Nachhaltigkeit:** Einen Monat nach diesem Fachtag sind zwei Folgetreffen in kleinem ExpertInnenkreis zur Auswertung der Diskussionsergebnisse geplant. Über die Ergebnisse wird eine Dokumentation erstellt. Zusätzlich erscheint im Oktober 2009 ein AKF-INFO-Sonderheft zur Thematik, „Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach“.

## 2 Vorstellungsrunde

Die anwesenden FachtagsteilnehmerInnen kommen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und -prävention: Hebammen und Ärztinnen, Psychologinnen, VertreterInnen der Eltern-Selbsthilfe einschließlich eines Vertreters des Väter-Expertenetztes sowie Repräsentantinnen aus der Forschung, Verwaltung und Politik:

- Die Präsidentin des deutschen Hebammenbandes
- Expertinnen für „Väterfragen“, Mutter-Kind-Gruppen, alternative Schwangerenvorsorge, Pränataldiagnostik und Stillen
- (Buch-)Autoren und -autorinnen zu relevanten Themen wie: Geburtshilfe, Kaiserschnitt, Vaterschaft, Familienplanung
- Gynäkologinnen
- VertreterInnen der BZgA
- Vertreterinnen des Runden Tisches und Vorstands des AKF
- Vertreterinnen des informellen Kreises „Anderer Mutterpass“
- Forum Frauengesundheit (ZGF Bremen)
- Das Netzwerk gegen Pränataldiagnostik
- Psychologinnen und Juristinnen

Der Fachtag wird eröffnet mit 4 Impulsreferaten:

### 3 Impuls-Referat:

#### **„Arbeit und Ziele des Runden Tisches“**

#### **Petra Otto, Dipl. Pädagogin, Mitglied des Runden Tisches**

stellt den Runden Tisch vor und gibt einen Rückblick auf die Zeit der 70iger-Jahre, in der erstmals eine gemeinsame Bewegung von ÄrztInnen und Eltern grundlegende Änderungen im Gesundheitswesen und in der Geburtshilfe erreichten.

→ *Das Skript des Vortrags: siehe Anhang 1.*

### 4 Impuls-Referat:

#### **„Problemlage und Perspektive der Geburtshilfe“**

#### **Dr. Barbara Ehret, Gynäkologin**

Traditionell ging es Jahrhunderte lang um Leben und Gesundheit der werdenden Mutter. Mutter und Kind wurden als autonome Einheit betrachtet. Heute steht das perfekte Kind im Mittelpunkt. Mit der Einführung des Mutterpasses wurde eine ritualisierte Form der fetalen Überwachung, genannt Schwangeren-Vorsorge, eingesetzt. Die Begriffe Vorsorge, Früherkennung und Diagnostik verwischten sich. Es fand quasi eine Mutter-Kind-Dissoziation statt, die die natürliche Einheit von Mutter und Kind verletzte und zur Entmündigung der Frau führte in einem Geschehen, welches nun nicht mehr Geburtshilfe, sondern Geburtsmedizin hieß.

→ *Das Skript des Vortrag: siehe Anhang 2.*

### 5 Impuls-Vortrag:

#### **„Was braucht eigentlich die Frau?“**

#### **Helga Albrecht**

Die Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes skizziert die Verunsicherung und die Erwartungen der heutigen Generation werdender und junger Mütter, für die Gebären aus eigener Kraft kaum mehr vorstellbar ist. Sie sehen im Gegensatz zu den in den 70iger Jahren aktiv gewordenen Frauen kaum mehr einen eigenen Anteil an der Geburt. Der überwiegende Teil legt die Verantwortung für die Geburt in die Hände der MedizinerInnen. Normale Geburten werden entgegen zunehmender wissenschaftlicher Evidenz als gefährlicher eingestuft als Kaiserschnitt-Geburten, und Krankenhausgeburten gelten gegenüber Hausgeburten als sicherer. Männer fällt häufig die Aufgabe zu, im Kreißsaal die 1:1- Betreuung für die Partnerin zu übernehmen, die eigentlich die Hebammen übernehmen sollten. Die Kliniken setzen hier, anders als noch vor 30 Jahren, darauf, dass die persönliche Betreuung der Gebärenden durch die Väter gesichert ist. Die Betreuung der Frauen findet fast ausschließlich in Krankenhäusern statt. Es fehlt nun dringend – wie vor 30 Jahren schon einmal – eine Initiative der Betroffenen zur Stärkung der normalen Geburt und der Hebammen-geburtshilfe

**6 Impuls-Vortrag:  
„Geburt als Initial-Erfahrung anerkennen  
und Fürsorge- statt Vorsorge-Verhalten entwickeln“  
Colette Mergéay**

Geburt ist mehr als die „medikalisierte Austreibung“ des Kindes. Sie ist vielmehr **Initial-Erfahrung eines Menschen** bei seiner Ankunft in der Welt. Erst durch eine körperlich und seelisch gelungene „Ent-bindung“ kommt es zu einer neuen Phase der Bindung.

Bindungsprozesse sind stets zyklisch, nicht linear: deshalb ist von allen Professionen rund um die Geburt stets die gesamte Spanne von der Zeugung bis zum Ende des Wochenbetts mitzudenken, als ein Kontinuum. Die jetzige Praxis ist eine „Entbettung“ des Wochenbetts. Das Wochenbett gehört zum Kontinuum Schwangerschaft und Geburt!

Die heute vorherrschende Form der Schwangerenversorgung fokussiert auf der Früherkennung von Risiken. Statt auf Vorsorge sollte der Fokus aber auf Fürsorge liegen! Autonomie entsteht nur durch die Erfahrung von Fürsorge. Fürsorge-Verhalten können Eltern nur entwickeln, wenn sie sie selbst als Eltern erfahren haben. **Risikodenken** muss durch Pflege von Vertrauen ersetzt werden.

\_\_\_ *Das Skript des Vortrags siehe Anhang 3.*

**7 Debatte**

**7.1 Fragestellung: Welche Impulse gingen für Sie von den Vorträgen aus? Mit welchen Aussagen konnten Sie sich identifizieren?“  
(Teil 1 der Debatte)**

**Statements einzelner TeilnehmerInnen:**

**„Nach der Frauenbewegung“**

- Auch wenn es eines der wichtigen Anliegen der Frauenbewegung war, einen achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu fördern und gegen die Medikalisation weiblicher Lebensphasen einzutreten, hat doch ihre Forderung nach Selbstbestimmung und

Individuation auch der Forderung nach Selbstmanagement und dem Druck zur ständigen Verbesserung der eigenen Lebensbedingungen Vorschub geleistet. Möglicherweise hat sie damit sogar dem Prozess, in dem Frauen sich vornehmlich als Kundinnen von Gesundheitsleistungen sehen, Vorschub geleistet.

- Die Forderung nach Selbstbestimmung hat paradoxerweise dazu geführt, dass Frauen sich zunehmend von ÄrztInnen und deren Ratschlägen abhängig machen, weil sie sich mit der ihnen aufgebürdeten Pflicht zum Selbstmanagement angesichts der Informationsflut und unzähliger Wahlmöglichkeiten überfordert fühlen und sie sich auf diesem Weg die eigentlich benötigte Fürsorge für die eigene Person erhoffen. Statt einer gesellschaftlichen Fürsorge fürchten sie die Zuschreibung individueller Schuld und individuellen Versagens, wenn sie selbst die Verantwortung übernehmen.

### ***Hausgeburten – Klinikgeburten***

- Ein hoher Anteil der Hebammen, der in Krankenhäusern arbeitet, wählt für sich selbst die Hausgeburt.
- Bindungen und persönliche Beziehungen sind im Krankenhaus nicht möglich, dies ist begründet im Ursprung der Krankenhäuser als militärische Lazarette. Die Effekte dieser historischen Struktur sind auch in der Geburtshilfe noch sichtbar. Diese Strukturen in Krankenhäusern und in der Geburtshilfe müssen verändert werden.
- Wichtiger als über die Steigerung der Hausgeburtszahlen ist es, über eine andere Betreuung in den Kliniken nachzudenken.
- Aber: Hausgeburten verhindern eine Zersplitterung der Energie der Gebärenden und lassen der Intuition, der Eigenverantwortung und der Suche nach der individuellen Gestaltung des Umfeldes für die Geburt wieder Raum.

### ***Geburt als komplexer Prozess***

- Die Prozessualität von Schwangerschaft, Geburt bis zum Ende des Wochenbetts muss erkannt werden. Mütter nach der Geburt sind auch heute noch unterversorgt, weil die Mutter-Kind-Einheit nicht wahrgenommen und fürsorglich begleitet wird. „Wer für die Mutter sorgt, muss sich um das Kind keine Sorgen machen“ – so ein chinesisches Sprichwort!. Forschung im Bereich Wochenbett fehlt fast vollständig.
- Dem Dreiklang „Bindung – Entbindung – neue Bindung“, d.h. auch der Zeit des Wochenbetts muss in seiner fundamentalen Bedeutung mehr Aufmerksamkeit zukommen. Ein forschender Blick auf das „mutterlose Wochenbett“ in den 1950er Jahren wird angeregt.
- Ebenso muss der Phase „vor der Schwangerschaft“ mehr Aufmerksamkeit zukommen. Frauen lassen sich in Anbetracht einer gesellschaftlichen Situation, die ihnen zunehmend die Alleinverantwortung für die Risiken eines Lebens mit Kind aufbürdet, nicht mehr so leicht auf eine Schwangerschaft ein. Hier spielen sicherlich generelle Ängste und Zweifel der Frauen vor Schwangerschaft, Geburt und dem Leben mit Kind mit.
- Instrumente wie den vom Risikodenken geprägten Mutterpass und eine Schwangerenvorsorge, die suggeriert, pränatale Diagnostik könne ein gesundes Kind garantieren, verunsichern Frauen und verhindern einen langsamen Prozess des Aufbaus von Vertrauen in die Zukunft und die Bindung zum Kind.

### ***Vorsorge – Fürsorge***

- Es gibt eine allgemeine Verdrängung des intuitiven Handelns, auch des intuitiven Elternhandelns in der Gesellschaft.
- Der Gegensatz Vorsorge – Fürsorge ist hier ein sehr treffendes Bild: Formal werden die Eltern auf die Geburt vorbereitet, im Krankenhaus-Betrieb wird ihnen jedoch häufig das Gefühl vermittelt zu stören, dass in ein Gegeneinander-Arbeiten münden kann. Es kann für Eltern wichtig werden, sich und das Kind im Krankenhaus vor zu viel professionellen Unterbrechungen des Eltern-Kind-Kontaktes zu schützen (z.B. auch beim Stillen).

- Medikalisierung und Technisierung üben teilweise durchaus auch eine verführerische Wirkung auf Eltern aus. Den Müttern (und Vätern), aber auch der Wissenschaft fehlt weitgehend das Wissen darüber, welche Folgen die Medikalisierung der Geburt für die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern haben kann.

### **Väter**

- Die Ent-Bindung leitet eine neue Bindung ein: Dies sollte immer auch eine Bindung zu zwei Menschen sein. Offene Fragen sind bisher: Was sind die Fürsorge-Aufgaben des Vaters? Was heißt männliche Fürsorge? Wo braucht der Vater Fürsorge? Auch hier fehlen noch gesellschaftliches Nachdenken und Forschung. Die Antworten auf diese Fragen stellen einen Schritt in die Re-Humanisierung des Geburtsgeschehens dar.
- „Triade denken - Väter einbeziehen: Für die meisten Frauen sind ihre Partner die wichtigsten Vertrauten. Viele werdende Väter sind hochmotiviert, die Verantwortung für das Kind von Anfang an zu teilen. Berücksichtigt man nur die Dyade „Mutter-Kind“, bleiben wichtige Ressourcen unbeachtet.

### **Forderung nach Kind-Zentriertheit versus Mütter-Zentrierung** (kontrovers diskutiert)

- Nicht das Kind, sondern die Mutter soll im Zentrum stehen.
- Gegenmeinung: Eine solche Ausrichtung wäre kontraproduktiv.
- Für die Kind-Zentriertheit spricht, dass diese derzeit im Zentrum der öffentlichen Debatte steht und viele Berufsgruppen eint. Andererseits wird mit den Argumenten des Kindeswohls die Angst der Frauen geschürt.

### **Wirtschaftliche Aspekte**

- Für viele Krankenhäuser ist die Durchführung von Kaiserschnitten und die Betreuung von Frühgeburten ein wichtiger finanzieller Faktor hinsichtlich ihres wirtschaftlichen Überlebens.

### **Zwischenfazit:**

Hinsichtlich der Ziele herrscht bei den TeilnehmerInnen weitgehende Einigkeit. *Kritische Punkte* wurden gemeinsam identifiziert.

**Ziele:** Intuitive Sicherheit, Vertrauen, Bindung und Autonomie, Dyade – Ressource Triade, Prozessualität von Geburt und Eltern-Werden, Fürsorge und Vorsorge, Entschleunigung.

### **Kritische Punkte:**

- Entwicklung von der individuellen Selbstbestimmung zum entpersönlichten Selbstmanagement
- Väter verstärken Technologie-Einsatz im Kreißaal, wenn sie ihren Ängsten überlassen werden und Frauen nicht genügend begleitet sind
- Verunsicherung durch PND (die Frau wird zur Kundin und Käuferin von IGeL)
- Unmöglichkeit des informed consent unter der Geburt, Ausgeliefert-Sein an die GeburtshelferInnen
- Ökonomisierung des Gesundheitswesens, Krankenhäuser mit zu wenig Eins-zu-Eins-Betreuung
- Manipulation im Gesundheitswesen, Industrialisierung der Medizin mit der Folge von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- kein Platz für Intuition
- medizinische Leitlinien und Standards sind häufig Handlungsstrategien, die der Prozessualität von Schwangerschaft und Geburt widersprechen

## **7.2 Fragestellung: „Wo wird Änderungspotenzial gesehen?“ Fragestellungen, Problemfelder, erste Ansätze (Teil 2 der Debatte)**

### **Fragen:**

Wer sind die Akteure und Akteurinnen?

Was ist die Gesamtstoßrichtung der Gesundheitspolitik?

Wie lassen sich Manipulationen erkennen?

Wie sind Frauen manipulierbar?

Wo kann der Einfluss auf PolitikerInnen ansetzen?

Wie lässt sich der Automatismus „Technologisierung“ durchbrechen?

Wie und wo finden wir AktionspartnerInnen gegen die Medikalisation und für eine stärkere Hebammenorientierung in der Geburtshilfe?

Wie lässt sich Forschung zu den Folgen von Sectio-Eingriffen initiieren?

An wen sollen sich konkrete Änderungsvorschläge, Ideen und Konzepte richten?

### **Problemfelder:**

- Markt- und Machtstrategien liegen oft nahe beieinander.

- Die niedergelassene Ärzteschaft verliert an Boden zugunsten von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ's) mit angestellten ÄrztInnen.

- Eine individuelle Versorgung der Schwangeren ist bei Pauschalhonoraren, die die sprechende Medizin nicht vergüten, immer weniger möglich. Dies könnte allerdings anderen Berufsgruppen (z.B. Hebammen) einen Wettbewerbsvorteil geben (vorausgesetzt, die Schwangeren kennen ihre Ansprüche).

- Sprache und Begrifflichkeiten wie z.B. „Wunschkaiserschnitt“ verzerren oft die Realität, deshalb sollte auch die Sprache der ExpertInnen in ihrer Wirkung kritisch hinterfragt werden.

### **Erste Ansätze:**

- Am politischen und öffentlichen Interesse für das Kind ansetzen.

- Bei den Hebammen ansetzen, sie können Geburt als initiale Erfahrung vermitteln.

- Dies kann z.B. durch das Projekt „Hebammen an Schulen“ schon früh geschehen

### **Veränderung der Geburtsvorbereitungskurse:**

- Entwurf von gemeinsamen Leitlinien und Qualitätskriterien für Geburtsvorbereitungskurse

- Entwurf von Qualitätskriterien für Geburtsvorbereitungskurse für Väter

• Die Inhalte der Vorbereitungskurse müssen auch die Lebensphase nach der Geburt mit ihren neuen Bedürfnissen und Anforderungen zum Thema haben, elterliche Intuition wecken, Wahrnehmung der Lebensphase rund um die Geburt fördern, eigene Bedürfnisse verstehen und ernst nehmen

- Zugang zu Geburtsvorbereitungskursen für alle Bevölkerungsgruppen erleichtern.

Bisher sind die Kurse mittelschichtorientiert.

### **Öffentliche Diskussion der hohen Kaiserschnittraten anregen**

- Die Krankenkassen stimmen dem zwar zu, fokussieren jedoch das Thema nicht, weil es finanziell nicht relevant ist.

• Die Steigerung der Kaiserschnittraten wird auch von bestimmten Werthaltungen unterstützt: Z.B. wird Teures und Bequemes (Kaiserschnitt) als „besser“ wahrgenommen.



- Die körperlichen und psychischen Belastungen durch die Bauchoperation nach der Geburt werden aus der öffentlichen und Fachdiskussion weitgehend ausgespart.
- Damit sich ÄrztInnen gegen den Kaiserschnitt entscheiden, müssen sie eine Bindung zum Individuum haben und eine umfassendere Sicht auf die gesamte Lebensphase rund um die Geburt entwickeln. Forschung belegt, dass letztlich die ÄrztInnen über die Durchführung eines Kaiserschnittes entscheiden, ohne jedoch die Folgen für die Frauen im Alltag abschätzen zu können.
- Info-Broschüren müssen erstellt werden, die z.B. auf mögliche postpartale Depressionen, körperliche Kaiserschnittfolgen und Behinderungen der ersten Mutter-Kind-Beziehung infolge der körperlichen Schwäche etc. hinweisen. Die öffentliche Diskussion muss so geführt werden, dass Schwangere mit einer medizinischen Indikation für einen Kaiserschnitt nicht diskriminiert werden.

### **Die Normale Geburt fördern**

- Die Normalgeburt gerät in Vergessenheit, weil viele der Mütter von Schwangeren selbst schon medikalisierte Geburten (z.B. Pudendus-Block, Parazervikal-Blockade, Dolantin und Lachgas-Durchtrittsnarkosen sowie Kaiserschnitte) erlebt haben. Positive Geburtserfahrungen ohne medizinische Eingriffe sind selten und können kaum noch von Müttern an Töchter weitergegeben werden.
- Gegenrede: Inzwischen hat sich eine ganz andere Kultur, nämlich eine solche der Kontrolle, durchgesetzt. Dazu passt das passive Geschehen der Geburt nicht. Deshalb kann man mit der Forderung nach der Normalgeburt heute kaum noch Schwangere erreichen

### **Ein neuer Mutterpass als Instrument der Veränderung**

Ein alternativer Mutterpass sollte

- von der gesunden Mutter ausgehen und nur Untersuchungsmethoden enthalten, die evidenzbasiert sind
- auch von der Mutter selbst verstanden und mit persönlichen Notizen ergänzt werden
- vorrangig die mütterlichen Ressourcen ansprechen.

### **Weitere Aufgaben und konkrete Vorschläge:**

- Prominenz nutzen
- den Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBA) ansprechen
- konkrete Anregungen zur Entmedikalisierung und Enttechnisierung von Schwangerschaft und Geburt an das TAB ([Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag](#)) weiterleiten
- Stress am Arbeitsplatz<sup>1</sup> muss als Thema, z.B. für die steigende Frühgeborenenrate wahrgenommen werden
- Frauenpolitische Themen müssen bei neuen grundlegenden Weichenstellungen in der Politik besonders in der nächsten Zeit im Blick behalten werden.
- Männer müssten stärker angesprochen werden. Sie sind im Krankenkassensystem einflussreich und als Väter Betroffene.
- Systematische Erhebungen zu wichtigen Aspekten der Geburt und des Stillens müssen angeregt werden.
- Die freie Wahlmöglichkeit in der Betreuung muss bewahrt werden. Hierzu zählt auch das Recht auf eine individuelle Betreuung durch eine FachärztIn auch im Krankenhaus.

## **7.2.1 Schaltstellen und Stellschrauben**

<sup>1</sup> Siehe ASHOKA-Broschüre.

**Fettdruck** zeigt eine durch die TeilnehmerInnen bestimmte Priorität der Themen an: Sie antworten hier auf die Frage „Wo halte ich Bewegung für möglich und erstrebenswert?“. **Unterstrichener Fettdruck** zeigt dabei die am häufigsten gewählten Kategorien an.

Das -Zeichen markiert, wo die TeilnehmerInnen ihre Einflussmöglichkeiten verortet sehen. Jedes -Zeichen steht hier für jeweils eine TeilnehmerIn.

**Die Schwangerenvorsorge:**

**Ziele prüfen**  öffentlicher Gesundheitsdienst ; Versorgung in Stadtteilzentren ;  
**Hebammen-Schwangerenvorsorge** ; **Mutterpass** ; **politischer Mutterpass<sup>2</sup>**;  
Beratungsqualität im Setting

**Die Krankenkassen** :

Finanzierung auf dem Prüfstand; Optionen mindern; Selbstverwaltung (Versicherte können dort mitwirken)

Das Forum: gesundheitsziele.de

**Der Gemeinsame Bundesausschuss (GemBA):**

Hebammen im Gemeinsamen Bundesausschuss ; Schwangerschaftsvorsorge

Die Väter  
(Familienvorbereitung )

Die Schulen   
(Hebammen an Schulen )

**Das TAB**

(Sectio-Folgen, Schwangerschaftsvorsorge)

Die Omas/Opas ; Beziehung der Eltern zu Fachpersonal ; Wahlrecht auf individuelle Fachpersonal

## 7.2.2 Aktionen

**Fettdruck** zeigt eine durch die TeilnehmerInnen bestimmte Priorität der Themen an: Sie antworten hier auf die Frage „Wo halte ich Bewegung/Veränderung der geburtshilflichen Praxis für möglich und erstrebenswert?“. **Unterstrichener Fettdruck** zeigt dabei die am häufigsten gewählten Kategorien an.

Das -Zeichen markiert, wo die TeilnehmerInnen ihre Einflussmöglichkeiten verortet sehen. Jedes -Zeichen steht hier für jeweils eine TeilnehmerIn.

---

<sup>2</sup> Eine Initiative, die diese Aktions-Idee umsetzt, gibt es bereits. Der „politische Mutterpass“.



Bewegung entfachen

**Grasroute-Bewegung**  **Bewertung von Krankenhäusern** ;  
(dabei Vatersolidarität )

Geburtshilfe weg aus Ökonomisierung!  
Neue Strukturen in Krankenhäuser!

Beachtung des Geburtsgeschehens, Bewertung   
(frühere) Vorbereitung auf Elternschaft

**gesellschaftliche Kampagne gegen Sectio**

Kampagne für natürliche Geburt (physiologische Geburt) ;

Film: „normale Geburt“ ; **Kindeswohldebatte nutzen**

Aufklärung über Eingriffskaskade

Haftung muss Langzeitfolgen und psychische Folgen der Geburtshilfe einbeziehen

**Forschungsdaten** (dabei Kindeswohldebatte nutzen)

social entrepreneurship zur Förderung von aktiver Vaterschaft und Mutterschaft

## 8 Abschlussrunde: Blitzlichter einzelner TeilnehmerInnen

- Durch den Fachtag wurde der Ernst der Situation bewusst – auch und gerade bezüglich der ökonomischen Aspekte der Versorgung von Schwangeren; Konsequenz: Es sollen mutiger Position bezogen werden und auch Eltern kritisch befähigt werden (z.B. durch ein Textpaket: Was erwartet Eltern, wenn sie in die Klinik kommen?)
- Ein neues Leitbild von Geburt sollte entwickelt werden. „Geburt“ sollte durch einen anderen Begriff ersetzt werden, der sich nicht nur auf das punktuelle Ereignis bezieht, vielmehr die gesamte Lebensphase rund um die Geburt als Einheit sieht. „Ent-binding“ sollte den Anfang des Lebens beschreiben.
- Die Übereinstimmung in der Bewertung der Situation innerhalb der TeilnehmerInnengruppe ist groß. Sie vertreten Potentiale aus verschiedenen beruflichen und persönlichen Hintergründen.
- Die zentrale Frage lautet: Wie könnte der Medikalisierung und Technisierung entgegengewirkt werden?
- Die Diskussion war fruchtbar, eine tragfähige gemeinsame Vision konnte erwartungsgemäß noch nicht entwickelt werden.
- Netzwerke und Gedankenaustausch müssen weiter gefördert und umgesetzt werden: mit der BZgA, dem Hebammenverband, den Mütter- und Väterinitiativen, etc.  
Vorschlag: **Mail-Verteiler** (evtl. in Form einer Matching-Tabelle).  
Die Notwendigkeit einer neuen Grasroute-Bewegung wird gesehen, in der die Väter ihren eigenen Platz erhalten.

Protokoll zum Fachtag „Salutogenese in Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach“  
am 21.03.2009 in Kassel

# ANHÄNGE

## ANHANG 1:

### **IMPULS-VORTRAG: „Runder Tisch: Wer sind wir – wo kommen wir her – wo wollen wir hin?“ (PETRA OTTO)**

#### **1 Der Runde Tisch „Lebensphase Eltern werden“**

##### **1. Wer sind wir (der Runde Tisch)?**

Eine interdisziplinäre Gruppe: Hebamme, Ärztinnen, Pädagoginnen, Psychologin, Politikerin..

##### **2. Woher kommen wir?**

Unser Engagement, uns zusammenzutun, kommt daher, dass wir alle als Betroffene oder als Handelnde schon einmal eine Geburtshilfe erlebt haben, die zutiefst frauen- und kinderfeindlich war:

Ich erinnere kurz an ...

Dolantin, Paracervikalblockade (Folge: MCD-Kinder), Kopfschwarten-Elektrode (man muss das zarte Köpfchen eines Ungeborenen auch erst einmal „Kopfschwarte“ nennen, um den Mut zu haben, dort 3 Widerhaken hinein-zudrehen und dann zu behaupten, das Kind habe keine Schmerzen), 80% Dammschnitte, angeblich um Senkungsbeschwerden zu vermeiden. Schnitt und Damмнаht ohne Betäubung, weil sowieso alles weh tut. Ein Extraschmerz fällt da nicht mehr ins Gewicht.

Kind kopfüber, Klaps auf den Po, Trennung von Mutter und Kind mindestens 24 Stunden. Die Mutter braucht Ruhe, das Kind darf nicht verwöhnt werden.

Mutter und Kind hatten damals nichts zu lachen, es herrschte ein rauer Ton. Das waren eher die Ursachen der so genannten „Heultage“, weniger die Hormonschwankungen. Die meisten Interventionen basierten auf Glaubensvorstellungen, wissenschaftlich belegt waren sie in der Regel nicht.

Damals wehrten sich Frauen, Eltern, Ärzte/Ärztinnen gemeinsam erfolgreich. Die aufkommenden Geburtshäuser und das Beispiel der Hausgeburten trugen dazu bei, dass sich die Krankenhäuser positiv veränderten.

##### **3. Ende gut – Alles gut? Mitnichten!**

Seit Beginn der 1990er Jahre überrollt uns eine Welle der Technisierung. Die High-Tech-Geburt ist geburtshilfliche Normalität. Dreiviertel der Schwangerschaften werden mittlerweile als Risikoschwangerschaften eingestuft. Rund jede vierte Geburt wird eingeleitet, jede dritte wird medikamentös beschleunigt. Rund 40 Prozent der Frauen erhalten einen Dammschnitt und 30 Prozent werden von ihrem

Kind mit einem Kaiserschnitt entbunden.

Frauen haben das Vertrauen in ihre Gebärfähigkeit weitgehend verloren. An ihre Stelle ist die Überzeugung getreten, dass Schwangerschaft und Geburt hochriskante Vorgänge sind („der gefährlichste Augenblick im Leben des Menschen“, Frauenärzte-im-Netz), der medizinische Eingriffe erzwingt. Alles andere wäre fahrlässig.

Unterstützt wird diese Haltung durch eine passende Sprache: An die Stelle des Gebärens trat das „Geburts-Management“. Die Rede ist von der Low-, High-Risk Schwangeren, der Reduktion von Mehrlingen, dem fetalen oder mütterlichen Outcome, der Baby-take-home-Rate. Oder ein Zitat über Künstliche Befruchtung: „Der Mann gibt sein Material ab, während bei der Frau die Punktion läuft. Beides wird dann so eingetaktet, dass man den Ablauf gut hintereinander abarbeiten kann.“ Abgearbeitet wird hier: Die Zeugung.

Sprache schafft so Distanz zwischen Schwangeren, den geburtshilflichen Professionellen und dem emotionalen Anteil von Schwangerschaft und Geburt.

Dies alles haben wir nicht gewollt und trotzdem ist es passiert, wir müssen also noch einmal von vorne anfangen.

#### 4. Wo wollen wir hin?

Wir setzen uns nun wieder ein für eine neue Bewegung zur Humanisierung der Geburtshilfe. Wir möchten zudem, dass die Medikalisierung und Technisierung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe auf ein vertretbares Maß reduziert wird.

Unser Denkansatz ist ressourcen-, nicht risikoorientiert, d.h.: wir gehen davon aus: Die Frau **kann** gebären.

Die meisten Schwangeren in Deutschland sind gesund. Sie brauchen positive Bestärkung.

Wir brauchen ein ressourcenorientiertes Schwangeren-Betreuungsmodell. Die Überbetonung von Risiken, von denen die meisten Schwangeren nicht betroffen sein werden, schafft ein Grundgefühl von Unsicherheit, Unfähigkeit und Arztabhängigkeit.

Zwischen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf und sozialen und Umwelteinflüssen besteht eine enge Wechselwirkung. Deshalb ist es notwendig, das soziale und familiäre Umfeld der Schwangeren/jungen Mutter mit in die Begleitung einzubeziehen.

Wir gehen davon aus, dass die meisten Geburten einen organischen, psychophysisch gesteuerten Ablauf haben. D.h. die Geburtshelfenden sollten sich in der „Kunst der meisterlichen Zurückhaltung“ üben und nur eingreifen, wenn Komplikationen bzw. Pathologien auftreten.

Wir kritisieren, dass für viele geburtshilfliche Maßnahmen der wissenschaftliche Nachweis fehlt. Deshalb sind sie nur zu empfehlen, wenn ihr Nutzen nachweislich

größer als ihr Schaden ist.

Wir setzen – wie schon vor 30 Jahren – auf die Väter. Aber nicht als un-vorbereitete Anhängsel der Geburtsmedizin. Sondern als Mitstreiter für eine humane Geburtshilfe, die Technik auf das notwendige und unschädliche Maß reduziert.

## 2 KooperationspartnerInnen

### **Kooperationsverbund gesundheitsziele.de**

Der RT des AKF arbeitet mit im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Wir setzen uns dort für ein Nationales Gesundheitsziel „Salutogenese in Schwangerschaft, Geburt, und der ersten Zeit danach“ ein.

### **Politische Unterstützung durch Entscheidungsträger**

Konkrete Vorschläge des Runden Tisches „Lebensphase Eltern werden“ sollen den politischen Entscheidungsträgern, z.B. dem BMG, dem BMFSFJ, den gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesärztekammer zur Diskussion und mit der Bitte um Unterstützung vorgelegt werden.

**Wir verstehen diesen Fachtag als Impulsveranstaltung, als „Denk-Tank“, aus dem im besten Fall eine kraftvolle Bewegung zu einem neuen Wertewandel in der Geburtshilfe entsteht.**

## – Schwerpunkte

### 3.1 Der „Alternative AKF-Mutterpass“

Der bisherige Mutterpass hat sich in den rund vierzig Jahren seiner Existenz zur kaum mehr hinterfragten, gültigen Richtlinie des Umgangs mit der Schwangerschaft entwickelt. Er ist ein ärztliches Dokument und weitgehend unverständlich für die Schwangere. Ein Gegenentwurf zum Mutterpass ist in unseren Augen eine konkrete Möglichkeit, die Diskussion über eingefahrene Handlungs- und Denkmuster in Gang zu bringen.

Der alternative AKF-Mutterpass ...

- orientiert sich an den Bedürfnissen von Mutter und Kind.
- spricht die psychische und soziale Situation der Schwangeren an.
- gibt der Schwangeren die Informationen, die sie braucht, um eigene Entscheidungen treffen zu können.
- umfasst (im Gegensatz zum bisherigen MP) die Phasen Schwangerschaft, Geburt und auch die Zeit danach.
- bezieht auch schwangerschaftsrelevantes Verhalten der Väter mit ein (z.B. rauchen, Alkohol, etc. und die gesundheitsfördernde positive Unterstützung).
- orientiert sich an den Vorgaben der WHO zur Betreuung der normalen Geburt.

### **3.2 „Väter“**

Wir setzen auf die Väter. Aber nicht als unvorbereitet Anhängsel der Geburtsmedizin. Ihnen kommt eine Schlüsselrolle im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf zu. Ihre Wünsche und Ängste beeinflussen den Geburtsverlauf und auch die Zeit danach (z.B. den Stillprozess). Möglicherweise trägt der werdende Vater unbewusst zur Medikalisierung und Technisierung des Geburtsprozesses bei, wenn er unvorbereitet an der Geburt teilnimmt. Seine Rolle ist bisher wissenschaftlich weitgehend unerforscht. Es gibt Absprachen mit dem Fachbereich Maternal Health an der Universität Osnabrück, gemeinsam diese Forschungslücke zu schließen.

### **3.3 Geburt**

- Orientierung an den WHO-Empfehlungen für die Betreuung von normalen Geburten: Maßnahmen, die nachgewiesenermaßen nützlich sind und gefördert werden sollten; Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder ineffektiv sind, und abgeschafft werden sollten; Maßnahmen, die bislang noch nicht ausreichend erforscht sind, um eindeutige Empfehlungen aussprechen zu können, und deshalb mit Vorsicht angewandt werden sollten, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann.
- Senkung der Kaiserschnittraten
- Unterstützung von hebammengeleiteten Kreißsälen für Geburten ohne/mit geringem Risiko

### **3.4 Die Zeit danach**

- Betreuung durch Familienhebammen
- 10tägiger Sonderurlaub für Väter nach der Geburt
- ausreichende Stillhilfe sofort nach der Geburt
- ausreichende Still-Fortbildung für Ärzte und Ärztinnen



ANHANG 2:

## **IMPULS-VORTRAG: „Problemlage und Perspektiven der Geburtshilfe“ (Dr. Barbara Ehret)**

Beginnen möchte ich mit einem Zitat:

„Der gefährlichste Moment im Leben eines Menschen ist seine Geburt. Es muss alles getan werden, um diese Situation so sicher wie möglich zu gestalten. Nur unter Intensivüberwachung sind Mutter und Kind vor den komplexen Gefahrengeschehen unter der Geburt geschützt“.

Ein verhängnisvoller Satz – wie ich finde – mit dem der entscheidende Wegbereiter der technisierten Geburtsmedizin, Professor Erich Saling, gleichzeitig und nachhaltig Angst und Aktionismus in die Köpfe der Geburtsmediziner pflanzte.

Was ich Ihnen aus meiner Urgestein-Perspektive als Statement für die heutige Diskussion zu sagen habe, ist sicherlich keineswegs neu für uns alle, die wir uns seit langem kritisch mit den medizinischen Gepflogenheiten von Schwangerschaft und Geburt auseinandersetzen. Das Problem wird sein, wie machen wir es den anderen plausibel, dass unsere Gesellschaft einen neuen Diskurs braucht der die offensichtliche Unvernunft und Brutalität der modernen Geburtsmedizin für obsolet erklärt.

Es ist nur allzu deutlich, dass die **schrecklichen Drillinge: Medikalisierung Pathologisierung und Technisierung** von Schwangerschaft und Geburtshilfe immer dominanter, immer fetter werden.

Neuerdings wird auch die Zeit weit vor einer Schwangerschaft bereits einbezogen in die Vorsorge, indem irgendwann einmal werdende Mütter durch einen so genannten „Ferticheck“ auf ihre Tauglichkeit geprüft werden: ob sie es denn später einmal schaffen können ein gesundes Baby zur Welt zu bringen. Kostenpunkt 150 Euro-Igel-Leistung.

Stellvertretend für andere Aktivitäten möchte ich die seit einem Jahr vom Frauenarztverband verbreitete Broschüre mit dem treffenden Namen „planbaby“ nennen, in der eine Darstellung aller Möglichkeiten des generativen Versagens und deren vermeintliche Vermeidungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufgelistet wird. Frauen werden also heutzutage schon einmal vorsorglich an die Risiko-Medizin gebunden: Ist es da noch ein Wunder, dass sich viele Frauen nicht mehr trauen schwanger zu werden??

Ich möchte versuchen in wenigen Sätzen auf den Punkt zu bringen, was seit langem zu beobachten ist:

Traditionell ging es Jahrhunderte lang um Leben und Gesundheit der werdenden Mutter. Mutter und Kind wurden als autonome Einheit betrachtet. Erst in den 60iger

Jahren des 20. Jahrhunderts pendelte sich die Müttersterblichkeit auf ein niedriges europäisches Niveau ein. Nun rückte das werdende Kind, dessen Gesundheit und Entwicklung in den Mittelpunkt. Mitte der 1960iger Jahre wurde der Fetus offiziell bei einer Sitzung der DGGG zum Patienten erklärt.

Dies war ein Paradigmenwandel der durch äußerst wirksame Instrumente umgesetzt wurde:

- Der so genannte Mutterpass wurde erfunden und eine (männlich-medizinisch) ritualisierte Form der fetalen Überwachung – genannt Schwangeren Vorsorge – eingesetzt, die vernünftig erschien und verpflichtenden Charakter hatte, auch wenn sie explizit freiwillig war (100 DM). Dabei ging es darum mütterliche und kindliche Risiken frühzeitig zu erkennen unter dem hypothetischen Versprechen an die Mütter, diese dann ausschalten zu können.

- Schritt für Schritt vollzog sich unter Verwischung der Begriffe Vorsorge, Früherkennung und Diagnostik eine Dysbalance und die werdende Mutter mutierte per Mutterpass zur medizinischen und sozialen Risikoträgerin des Kindes. Es fand quasi eine Mutter-Kind-Dissoziation statt, welche die natürliche Einheit von Mutter und Kind verletzte und zur Entmündigung der Frauen führte in einem Geschehen, welches nun nicht mehr Geburtshilfe, sondern Geburtsmedizin hieß.

Als vorläufigen Kulminationspunkt für diese Entwicklung verweise ich auf die Zunahme der Schnittentbindungen – Stichwort Wunschkaiserschnitt – in der der Gesundheit und körperlichen Integrität der Mutter fast keine, der erhofften Gesundheit des Kindes jedoch eine sehr bedeutende Rolle zugeschrieben wird.

- Im A-Katalog des Mutterpasses ist der Zustand nach Sectio übrigens als Risikofaktor aufgelistet. Welch verdrehte Welt!

Interessanterweise kam es in der gleichen Zeit zu einem Bedeutungszuwachs der freien Hebammen und es entwickelten sich darüber hinaus einige Modelle gelungener Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten.

Ich sehe jedoch das Problem, dass der entbrannte Kampf zwischen Ärzten und freien Hebammen – übrigens auch ein wirtschaftlicher Überlebenskampf – hier wie dort zu einer Dogmatisierung führen kann. Und ich sehe die Gefahr, dass diese Dogmatisierung wiederum auf dem Rücken der Frauen ausgetragen wird. Dies würde nur zu einer weiteren Verunsicherung führen.

Es geht hier also nicht darum einen Berufsstand ab- und den anderen aufzuwerten, sondern es geht darum gemeinsam darüber nachzudenken, wie es gelingen könnte, den Frauen das Verfügungsrecht über Schwangerschaft und Geburt zurückzugeben.

Anders ausgedrückt wird es unser Thema sein, ob und auf welche Weise es möglich ist, die Überversorgung gesunder Schwangerer zurückzufahren und die durch Unterversorgung nicht oder nicht ausreichend erkannten tatsächlichen Risiken für Mutter und Kind während der Schwangerschaft, der Geburt und danach in den Blick zu nehmen.

## **ANHANG 3:**

### **Impulsreferat zum Fachtag: "Salutogenese in der Geburtshilfe"**

**Kassel – 21. März 2009**

### **Geburt als Initial-Erfahrung verstehen und Fürsorge statt Vorsorge entwickeln.**

#### **Vorbemerkung:**

Aus der Perspektive der Salutogenese sind trotz der besorgniserregenden Entwicklung der Geburtshilfe positive Erscheinungen zu vermerken, die in unserer Suche nach orientierenden Kriterien für diesen Fachtag hilfreich sind :  
Wie noch nie verfügen wir über Erkenntnisse aus allen Disziplinen, die das intuitive, empirische Wissen der Hebammen belegen und uns verpflichten, dies umzusetzen. Wie noch nie wird dementsprechend aus unterschiedlichen Blickwinkeln angestrebt, dem Geburtsprozess in seiner Würde gerecht zu werden.

#### **Die Geburt als initiale Erfahrung.**

98 % der Kinder werden in Deutschland im Krankenhaus geboren. Die Selbstverständlichkeit der Krankenhausgeburt, die sich innerhalb der letzten fünfzig Jahre entwickelt hat, hat auch ein - immanent logisches - pathogenetisches Verständnis des Geburtsprozesses etabliert. Vom schöpferischen Prozess, den Mutter und Kind in sich, mit sich aktiv geschehen lassen wird die Geburt im jetzigen medizinischen Kontext eher als scheinbar planbarer Fabrikationsvorgang, den es gilt zu überwachen, definiert. Somit entwickelt sich auch die Geburtshilfe von einer

ganzheitlichen Unterstützung der Subjekte des Geburtsprozesses zur hochtechnisierten Medikalisierung und Behandlung von Entbindungen.

Dabei wird ausgeblendet, dass die Geburt, mit dem Sterben, der wichtigste Übergang im Leben eines Menschen ist. Gehen wir auf die Selbstverständlichkeit des Lebendigen zurück, in dem alles Rhythmus von Übergängen zwischen Bindung und Lösung ist, so ist die Geburt (aus der Bindung durch die Entbindung in die neue Bindung) die initiale Erfahrung des Eintrittes in die Gesetzmäßigkeit des Lebendigen auf dieser Welt. "Initial" ist die Erfahrung in beiden möglichen Sinnen des Wortes : als erste auf dieser Welt, und als Einweihung in den Lebensrhythmus von Bindung und Lösung, von Ein- und Ausatmen, in dem sich der Mensch bis zum letzten Atemzug, von Übergang zu Übergang bewegt. Diese Erfahrung gilt es m. E. ins Zentrum unserer Überlegungen zu stellen. In anderen Worten : Damit die Qualität der Geburtshilfe erhöht werden kann, müssen Kriterien gelten, die der Bedeutung dieser existentiellen Erfahrung Priorität geben.

## 1 Im Zentrum : das Kind

In der Suche nach Orientierung für unsere heutigen Überlegungen scheint mir daher das Anliegen des Kindes, das geboren wird, von zentraler Bedeutung. Erhält dieses Anliegen die Priorität, so gewinnen alle beteiligte Subjekte im Geburtsprozess. Damit will ich sofort den möglichen Einwand berücksichtigen, den der vorige Satz provozieren könnte, und der da heißen würde : "Soll etwa ( wieder) das Interesse des Kindes vor dem der Mutter gestellt werden?" Nein: Im komplexen Geschehen der Geburt sind die Bedürfnisse von Mutter und Kind verwoben und reziprok. Gerade die jetzige (nicht gerade salutogenetische) Situation der Geburtshilfe ist auch durch die Trennung dieser Bedürfnisse entstanden. Ich glaube sogar, dass paradoxer- und fatalerweise die Forderung nach "frauen-bestimmter Geburtshilfe", die wir vor zwanzig, dreißig Jahren nach Kräften unterstützt haben, nun einen illusorischen Anspruch nach "Selbstbestimmung", und damit nach scheinbarer Machbarkeit, Kontrolle, Überwachung, Medikalisierung zur Folge hat.

In der selbstverständlichen Annahme, dass auch die Neugeborenen dadurch am besten aufgehoben werden würden, war die Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Gebärenden gerichtet. Damals ging es um die Humanisierung der sterilen, quasi-chirurgischen Geburtshilfe, um die Relativierung der ärztlichen Autorität zugunsten der Bedeutung und Präsenz der Hebammen, um die Betonung der mütterlichen Kompetenz, um die Mitbeteiligung der Väter. Erreicht wurden vor allem eine Umgestaltung der Kreißsäle, eine bis zum Leistungsdruck der politischen Korrektheit selbstverständliche Anwesenheit der Väter bei der (Krankenhaus-)Geburt, eine weichere Hierarchie zwischen ÄrztInnen und Hebammen bei gleichzeitiger invasiver Medikalisierung und Pathologisierung, und : eine allgemein zunehmende Forderung der Frauen nach "Selbstbestimmung", die sich oft genug als freiwillige Auslieferung an die Anästhesie und die Chirurgie ausdrückt.

Die existentiellen Bedürfnisse der Neugeborenen werden in dieser Realität nicht nur ausgeblendet, sondern oft negiert. Ich glaube, dass die *Bedürfnisse* der Mütter und Väter dadurch auch wenig geachtet werden, trotz einer proklamierten Kundenorientierung nach ihren "*Wünschen*". Symptomatisch ist zum Beispiel die Annahme des euphemistischen Begriffes "Wunschkaiserschnitt" (und auf diese

Weise die scheinbar unaufhaltsame Erhöhung der Sectiorate ) : welche Frau *wünscht* sich eine solche Operation? Höchstens nimmt sie an, dass ein solcher Eingriff das geringere Übel sei.

Wenn wir die Geburt in ihrer Dimension der Initial-Erfahrung verstehen , und das Anliegen des Kindes im Zentrum dieses Geschehens wahrnehmen, ergeben sich Stichpunkte für unsere heutigen Überlegungen.

- **Geburt als Prozess , von der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes.**

Der Geburtsprozess entwickelt sich in der Zeit : von der Zeugung bis zum Ende des Wochenbettes. Dieser Prozess ist auch von sozialer und emotionaler Natur und involviert Kind, Mutter, Vater und deren sozialen Kontext. In diesem Zusammenhang wäre überhaupt die Bedeutung des Wochenbettes, das heute irrelevant erscheint, wieder zu betonen : die Zeit nach der Geburt, das heute "entbettete" Wochenbett ist als die besondere, sensitive Phase der neuen Bindung und Fürsorge wieder in den Geburtsprozess zu integrieren. Gerade diese Zeit, die früher in einer Tradition von Bräuchen, Geboten und Verboten, Ereignis von öffentlichem Belang war, wird nun, anonymisiert und individualisiert, der jeweiligen Gestaltung des Elternpaares überlassen : eine Aufgabe, die es nicht selten überfordert, auch wenn dies wenig thematisiert wird. Hier müssten neue Formen der Unterstützung ausgehandelt werden, die dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung tragen.

- **Klärung des Bezugsrahmens der Geburtshilfe**

Mit Beginn der Schwangerschaft und entlang des gesamten Geburtsprozesses werden Frauen zunehmend unter Druck gestellt, sich für oder gegen „Möglichkeiten“ scheinbar frei zu entscheiden. (Kommentar einer 36-jährigen Erstgebärenden zu der mühsamen Interaktion mit ihrer Gynäkologin während der Schwangerschaft : "ständiges Nein Sagen").

„Für oder gegen Spontangeburt“, „Für oder gegen Stillen nach der Geburt“ sind u.a. Optionen, die nur in einem medizinischen Bezugsrahmen relevant sind. Unter natürlichen Geburtsbedingungen stellen sich solche Vergleiche nicht: natürliche Prozesse müssen nicht „gewählt“ und ihre Vorteile nicht bewiesen werden. (S. dazu: „Stillen hat keine „Vorteile“ „von U. Reich-Schotky).

In der Geburtshilfe ist deshalb notwendig, den historisch sehr spät entwickelten aber vorherrschenden medizinischen Bezugsrahmen zu klären, um die eigene Haltung zu entwickeln, und damit den Frauen individuelle Orientierung und nicht allgemeine Beliebigkeit anzubieten.

- **Fürsorge statt Vorsorge**

Die heutige Geburtshilfe, im medizinischen Bezugsrahmen etabliert, wird vorwiegend als Überwachung organisiert, als "engmaschige Kontrolle" oder (Fang)netz der Vorsorge. Unter solchen Prämissen wird oft ausgeblendet, dass die vierzig Wochen der Schwangerschaft als Einweihung in das Elternwerden verstanden und begleitet

werden sollen. Damit Frau und Mann zu liebevollen, fürsorglichen Eltern in dieser Gesellschaft werden, brauchen sie selbst die Erfahrung von Annahme, individueller Aufmerksamkeit, Solidarität, Toleranz, Vertrauen.  
Begleitung in der Geburtshilfe sollte Fürsorge statt Vorsorge sein.

- **Vorbereitung...auf was?**

Gemeint ist der „Geburtsvorbereitungskurs“. So wie er angeboten wird, und zu dem Zeitpunkt der Schwangerschaft an dem er angeboten wird, wird er oft nur als Anweisung für die Entbindung (miss)verstanden. Angesichts der einmaligen Chance, die solche Begegnungen zwischen Schwangeren, möglicherweise ihren Partnern und den Hebammen bieten, ist es besonders wichtig, diesen Kurs als Vorbereitung auf das Mutter-und-Vater-Werden zu gestalten. Das setzt voraus eine pädagogisch, psychologisch und auch didaktisch (Pädagogik hat auch ihre Gesetze!) sehr gute Gestaltung dieses Kurses voraus, und eine entsprechende Schulung der Kursleiterinnen. Es wäre auch wünschenswert, eine solche angeleitete Auseinandersetzung mit Inhalten des Elternseins früher in der Schwangerschaft zu setzen, damit in den Erwartungen der Kursteilnehmenden andere Aspekte als die Gebärdingungen Zeit und Raum finden können.

- **Umgang mit Angst in der Geburtshilfe**

Angst ist überall in der Geburtshilfe, weil Angst das Initialgefühl jedes Überganges ist! Aus ihr entwickelt sich eine neurobiologische Kettenreaktion, die den Menschen befähigt, die auslösende Situation im Wandlungsprozess zu bewältigen (s. G. Hüther): aus ihr kann Freude, Erleichterung und Glück entstehen, genauso wie Trauer, Panik und Verzweiflung. Wichtig ist also, nicht die Angst zu leugnen, sondern sie wahr- und anzunehmen, sie zu klären und mit ihr gut umzugehen, damit der Wandlungsprozess für alle Beteiligten beglückend geschieht.

Dies gilt für das zu gebärende Kind (durchflutet wie seine Mutter von entsprechenden „Stresshormonen“ an der Schwelle des Geburtsüberganges), für die Gebärende, ihren Partner und diejenigen, die sie dabei unterstützen. Der hilfreiche Umgang mit Angst in der Geburtshilfe setzt Annahme der Angst in einer Haltung von Aufmerksamkeit und Vertrauen voraus, die es ermöglicht, durch die Angst hindurch zu gehen, mitzugehen, zu begleiten.

Eine solche Haltung kann am besten durch eine Kultur des Austausches und der Kommunikation entstehen, fernab vom Tribunalcharakter mancher Besprechungen in der Klinik.

- **Wissen im Nicht-Wissen**

Bei der rasanten Entwicklung von neuen Erkenntnissen und Fertigkeiten in der Geburtshilfe gilt es in der eigenen Haltung die Erfahrung zuzulassen, dass sich jegliches Wissen zum Nicht-Wissen verhält wie der Tropfen zum Ozean.



- **Zum Schluss: Entkoppelung der Geburtshilfe von Profitkriterien**

Gerade weil die Geburt keine Krankheit ist, ist in besonderem Maße darauf zu achten, dass Kriterien von Rentabilität und Profiterhöhung in der Geburtshilfe nicht als harmlos hingenommen werden : sie haben unmittelbaren negativen Einfluß auf die Kultur der Geburtshilfe, und auf die Anfangsbedingungen im Leben der Neugeborenen in unserer Gesellschaft. In diesem Sinne ist es auch wichtig, den Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Solidargemeinschaften die Dringlichkeit dieses Anliegens zu vermitteln.

Colette M. Mergeay

Kassel, den 21. 03.2009

ANHANG 4:

**TeilnehmerInnen-Liste**

Helga Albrecht	Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes, Runder Tisch AKF, seit über 30 Jahren Hebamme
Volker Baisch	Sozialwirt, Pädagoge, Coach, Mitbegründer des „Väterexpertenetz Deutschland“, Initiator der Internet-Plattform <a href="http://www.vaeter.de">www.vaeter.de</a> . Mitautor „Das Väter-Buch“
Edith Bauer	Gynäkologin, Vorstand AKF, Runder Tisch AKF
Nicola Bauer	Hebamme, Dipl. Pflegewirtin (FH), Verbund Hebammenforschung, Osnabrück, Bericht: „Geburts-hilfe neu denken“
Barbara Baumgärtner	Hebamme, Uni Bremen: Public Health, Promotion zu Kaiserschnitten
Katja Baumgarten	Hebamme, Filmemacherin
Juliane Beck	Fachstelle Frau & Gesundheit der LH München, Juristin, Schwerpunkt Stillen
Karin Bergdoll	2. Vorsitzende des AKF, Runder Tisch AKF
Barbara Ehret	Gynäkologin, ehemalige Chefärztin der Frauenklinik Bad Salzuflen, Runder Tisch AKF, Buch-Autorin
Ulrike Hauffe	Psychologin, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen, Runder Tisch AKF
Ute Höfer	Hebamme, AKF-Vorstand
Margarethe Kurmann	Theologin, AKF-Vorstand, Referentin für Kindergesundheit (BZgA), Schwerpunkt PND
Christine Loytved	Fachgebietsleitung Forschungsschwerpunkt: Maternal Health, Wissenschaftlerin, Hebamme, informeller Kreis: „Rund um den Mutterpass“
Colette Mergeay	Diplom-Psychologin, Klinikum Bremen-Nord, Gründungsmitglied: „Forum Frauengesundheit“ (ZGF Bremen)
Rainer Neutzling	Soziologe, Referent für Familienplanung (BZgA), Broschüre: „Vater werden, ich bin dabei!“
Caroline Oblasser	Verlagsleiterin, Autorin „Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht“, „Luxus Privatgeburt“
Petra Otto	Diplompädagogin, Redaktion <a href="http://familienplanung.de">familienplanung.de</a> (BZgA), AKF, Runder Tisch AKF, Gesellschaft für Geburtsvorbereitung
Friederike Perl	Niedergelassene Gynäkologin, Autorin
Sigrid Schellhaas	1. Vorsitzende Frauengesundheitszentrum „Sirona“
Hilburg Wegener	Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik