

Geburtskultur in der Schiefelage

**Irene Behrmann, M.A. Erziehungswissenschaften
GreenBirth e.V.**

Impressum

Herausgegeben von
GreenBirth e.V.

Online-Artikel
zur Vertiefung von
Themen rund um die
Geburt für Eltern und
Fachpersonen.

Download
sowie Wiedergabe
einzelner Textabschnitte
ist unter Angabe
der Urheberschaft er-
laubt.

Kontakt
info@greenbirth.de
www.greenbirth.de

Copyright
GreenBirth e.V.
Manuskripte an:
info@greenbirth.de

Zusammenfassung

Seit Mütter und Väter sich verstärkt zu Wort melden und sich am gesellschaftlichen Kräftespiel des Gesundheitssystems in eigener Sache beteiligen, verändert sich die öffentliche Wahrnehmung. Legitimiert durch persönliche Betroffenheit fordern Eltern Geburtskulturelle Reformen, durch die sich "die Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der Familien anpassen - nicht umgekehrt!" (1)

Wahrnehmen was ist

Seit den 1970er Jahren werden Kinder überwiegend in Kliniken geboren, nur wenige außerhalb. Die Klinik schien ein Ort der Garantie für eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind zu sein. Der Mutterpass erreichte fast alle Frauen, bekam eine hohe Symbolkraft und lenkte 98 % der Frauen zur Geburt in die Kliniken. Es etablierten sich klinische Praktiken, die von kaum jemand hinterfragt wurden. Die Veränderungen führten einerseits zu einer immer besseren medizinischen Versorgung erkrankter schwangerer Frauen und Kinder und andererseits bei gesunden Frauen und Kindern zu Routineuntersuchungen und -handlungen, die

natürliche Prozesse stören oder ganz zum Erliegen bringen.

Im vergangenen Jahrzehnt zeichnet sich ein Wandel ab. Die steigenden Kaiserschnittraten alarmieren die Öffentlichkeit. Im Osten des Landes lagen die Zahlen seit den gesamtdeutschen Zählungen um ca. 10 % niedriger als im Westen und variierten zwischen einzelnen Kliniken mit 10 bis über 50 % stark. Die Behauptung, die hohe Rate wäre durch das statistisch höhere Gebäralter begründet, konnte mit diesen Zahlen nicht gestützt werden. Auffallend hoch sind auch die Frühgeborenenrate – die höchste im europäischen Vergleich – die sich ausbreitenden Schreibabysprechstunden in fast jeder Stadt, eine wachsende Zahl von Angeboten zu Babytherapien, Kriseninterventionen, Trauma-Therapien und gegen postpartale Depressionen bei Müttern.

Eltern sind alarmiert

Der ab 2010 rasante Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämie für außerklinisch arbeitende Hebammen (2) und ÄrztInnen bedroht die Existenz freiberuflicher Hebammen. Eine erste Welle von „Heb-

ammensterben“ alarmierte die Eltern. Die Klinikgeburt und das Fahrwasser, in das diese geraten war, wurden einer kritischen Betrachtung unterzogen. Vereinzelt erstatteten Frauen Strafanzeigen wegen fehlender Zustimmung zu einem Dammschnitt oder zu anderen Interventionen.

Viele Anzeigen wurden bislang wegen „fehlenden öffentlichen Interesses“ abgewiesen oder blieben wegen Schwierigkeiten der Beweisführung erfolglos. Eltern forderten immer häufiger die Geburtsberichte der Kliniken an und setzten sich damit auseinander. Petitionen an den Deutschen Bundestag erreichten Mitzeichnungen in nie zuvor gekanntem Ausmaß. Offene Briefe an die Ausschüsse beim Bund wurden und werden formuliert, TV- und Hörfunk-Dokumentationen lassen betroffene Mütter und Väter immer häufiger zu Wort kommen.

Die Öffentlichkeit ist wach geworden

Das ist ein Hoffnungsschimmer. Immer mehr Menschen wird deutlich, dass die Geburtskultur neu bedacht und strukturiert werden sollte. „Rufe in der Wüste“ von Ärzten, Hebammen, TherapeutInnen, PränatalpsychologInnen, SozialwissenschaftlerInnen und SoziologInnen verhallten viele Jahre, so scheint es. Erst den betroffenen Eltern, die den Mut haben, sich zu äußern und von ihrem Erlebten berichten, gelingt es, bei größeren Kreisen Betroffenheit zu erzeugen. Das führt zu neuen Entwicklungen. Drei Beispiele (3):

- Ein Chefarzt verpflichtet das ganze Hebammenteam dazu, Fortbildungen in der Kunst des traditionellen Hebammenhandwerks zu absolvieren.
- Eine Mutter erwartet Zwillinge. Sie sucht verzweifelt eine Klinik, die ihr die Chance einer vaginalen Geburt ermöglicht. Sie findet diese Klinik letztendlich und kann beide Kinder so gebären, wie sie es möchte, ohne eine einzige Geburtsverletzung davonzutragen.
- Ein komplettes Hebammenteam kündigt bei einer Klinik zum Jahresende und kann in einer

benachbarten Klinik die Geburtsbegleitung so gestalten, wie es das Team für verantwortlich hält.

Hebammen erstarken. Hebammen werden wieder sichtbar und präsentieren ihre frauorientierten Angebote im Netz. Die Erstarkung des Hebammenberufes ist unübersehbar. Die Akadynamisierung im Rahmen nationalen und europäischen Rechts sieht ein duales Studium mit hohem Praxisanteil außer- und innerklinisch vor. Eltern erhoffen sich davon, dass mehr evidenzbasiertes Wissen in die Kreißsäle einzieht.

Zum Beispiel:

- aufrechte Gebärlagen, die nachweislich die Geburt des Kindes erleichtern und verkürzen. Laut einer Pilotstudie der GKV (4) werden in Kliniken 86 % der Frauen in liegende Position gebracht. In von Hebammen geleiteten Einrichtungen wählen über 75 % der Frauen eine andere als die liegende Geburtsposition;
- die Abnabelung von Kindern in weniger als 30 Sekunden gilt nachweislich als mitverursachend für die große Zahl von Atemwegserkrankungen und Anämien bei Kindern, insbesondere nach Kaiserschnitt (5)(6);
- die Dokumentation einer Klinikhebamme zu Kinderrechtsverletzungen im Kreißaal erläutert, welche Maßnahmen und Routinehandlungen ungeachtet bestehender Forschung für die vielen unglücklichen Geburtsverläufe als ursächlich angesehen werden müssen (Eichholz 2019) (7).

Eltern wollen mitwirken

Jährlich etwa 800.000 geborene Kinder sind mit ihren 1.6 Mill. Müttern und Vätern auf Betreuung und Dienstleistungen rund um die Geburt angewiesen. Es gab in der Vergangenheit für Eltern keine Mitwirkungsmöglichkeit. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind PatientenvertreterInnen anwesend, die über Selbsthilfegruppen auf Bundesebene delegiert werden. Eltern sind eine eigene Zielgruppe. Sie benötigen nur für kurze Zeit das Gesundheitssystem. Danach haben sie mit der aufwändigen Pflege und Versor-

gung ihres Neugeborenen zu tun. Es ist zu begrüßen, dass zwei Vertreterinnen der Elterninitiative Mother Hood e.V. seit 2019 zumindest dort zuhören und Eingaben machen können.

Elterninitiativen offenbart sich die subtile Auseinandersetzung zwischen ÄrztInnen und Hebammen. Das Jahrhunderte währende Standesdenken ist keineswegs überwunden. Das drückt sich z. B. in der Mutterschaftsrichtlinie (MRL) A7 aus. Dort steht immer noch, Vorsorge bei einer Hebamme sei nur dann möglich, wenn der Arzt keine Bedenken habe oder die Hebammenbegleitung anordne (8). Die MRL A7 steht im Widerspruch zu nationalem und europäischem Berufsrecht der Hebammen und im Widerspruch zum elterlichen Recht der freien Wahl, die Vorsorge bei einer Hebamme oder bei einer ÄrztIn oder im Wechsel wahr zu nehmen. Sowohl Ärzte als auch Hebammen haben berufsrechtlich dieselben Befugnisse bei der Vorsorge gesunder schwangerer Frauen. Eltern geraten leicht zwischen die Fronten, wenn sie ihr Recht auf Selbstbestimmung (Grundgesetz Artikel 2 (2)) in Anspruch nehmen wollen. Das Wissen über die Berufsrechte von ÄrztInnen und Hebammen wird Eltern gegenüber aber nicht kommuniziert. Im Mutterpass ist lediglich von „mitbetreuende Hebamme“ die Rede, das klingt nach Anhängsel. Dabei ist die Hebamme Expertin für die Schwangerschaft und physiologische Geburt und befugt, eine Geburt in eigener Verantwortung zu begleiten. Das dürfen Ärzte nicht. Sie müssen eine Hebamme bei jeder Geburt hinzuziehen. Die im Mutterpass im Vorrang-Grund stehende medizinische Sichtweise, die Kontrolle, Krankheit, Behinderung und Tod (9) mit im Auge hat, ist berechtigt, einerseits.

Andererseits werden Frauen schrittweise mit hineingezogen in den medizinischen Blick auf die Schwangerschaft (10). Dabei bekommt leicht das von der Norm Abweichende Gewicht. Das so wichtige Vertrauen in die eigenen mentalen, körperlichen und sozialen Ressourcen der Frauen wird geschwächt. Der Mutterpass ist für Frauen ein emotional hoch besetztes Doku-

ment, weil die eigene Mutterschaft eine tiefgreifende Veränderung bedeutet. Liest die schwangere Frau quer, findet sie etwa folgende ernüchternde Stichworte: „Besondere soziale Belastung - Biparietaler Kopfdurchmesser BPD - Blickdiagnose - Blutungen nach der 28. SSW - Blutungen vor der 28. SSW - Blutungs- Tromboseneigung - Chlamydia trachomati - Darstellbarkeit Kleinhirn - Diabetes - Diabetes mellitus - Einstellungsanomalie - Entbindungstermin ggf. nach Verlauf korrigiert - Epikrise - Erhöhtes Risiko - Familiäre Belastung - Fehlbildungen - Frühere Bluttransfusionen - Frühere eigene schwere Erkrankungen - Gefahren - Genetische Krankheiten - Gestationsdiabetes Vortest - Harnwegsinfektion - Hepatitis B - Herz - Herz/Thorax Relation - HIVAntikörpertest - Hydramnion...“ In der einzigartigen Situation werdender Elternschaft droht mit der Überbewertung des möglicherweise Pathologischen eine mentale Fehlentwicklung. Durch medizinische Dominanz sowie die Lenkung Richtung Klinikgeburt entsteht bei fehlendem Gegengewicht und Betonung etwa der Salutogenese eine Schiefelage bezüglich der Selbstwahrnehmung und des Bewusstseins über eigene körperliche und psychische Ressourcen.

Elterninitiativen

GreenBirth e.V. ist eine der regionalen und bundesweiten Initiativen, die innerhalb der letzten Jahre nach und nach entstanden, um Eltern unabhängige Informationen zur Verfügung zu stellen. Als Teil des „Netzwerks der Elterninitiativen für Geburtskultur“ (11) formulierten wir 2016 gemeinsam eine Grundsatzerklärung mit sechs Forderungen:

1. Eltern fordern Transparenz zur Unterscheidung zwischen einer Vorsorge, die an den individuellen Bedürfnissen orientiert ist, und den Interessen eines wirtschaftsorientierten Gesundheitsmarktes. Außerdem fordern sie ein Informationsgebot über die gleichberechtigte Vorsorge-Möglichkeit durch Hebammen.
2. Sie fordern, dass auch im klinischen Umfeld

der Individualität und Selbstbestimmung der Gebärenden Rechnung getragen wird. Eltern treten für die Förderung der physiologischen Geburt und konkrete Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate ein. Die Abschaffung invasiver Routinemaßnahmen und die konsequente Eins-zu-Eins-Betreuung jeder Gebärenden durch eine Hebamme sind zentrale Forderungen zur Verbesserung der klinischen Geburtshilfe.

3. Eltern fordern die stärkende Begleitung durch freiberuflich und geburtshilflich tätige Hebammen- mein in allen Phasen des Elternwerdens.

4. Sie fordern, dass neben der Hausgeburtshilfe die von Hebammen aufgebauten und am Bedarf von Eltern orientierten Strukturen zur Geburtshilfe, wie Geburtshäuser, Hebammenkreißsäle, Hebammenpraxen ausgebaut, finanziell arge-sichert und angemessen vergütet werden.

5. Eltern fordern die gesellschaftliche Anerken-nung einer notwendigen Unterstützung von Frauen/Paaren in der Familiengründungsphase. Eine psychosoziale Unterstützung durch famili-ennahe Dienstleistungen vor, während und nach der Geburt ist unerlässlich.

6. Eltern sehen eine staatliche Mitverantwortung zur Regelung wohnortnaher Versorgung.“

Eltern über den Gesundheitsmarkt und über die Berufsrechte und Pflichten von ÄrztInnen und Hebammen unabhängig zu informieren, hilft ih-nen, sich zu orientieren. Darüber hinaus ist von großer Bedeutung, heute vorhandenes Wissen über physiologische Schwangerschaften und naturgemäße Geburten zu verbreiten und strukturelle Fehlentwicklungen zu korrigieren:

- Wir sehen Wissenslücken bei Eltern über die Wahrnehmungs- und Kontaktfähigkeit ungebore-ner Kinder, die physiologische Geburt und die Elternschaft und finden veraltete Bilder und In-halte in Schulbüchern. Die müssten dringend überarbeitet werden, von Hebammen, ÄrztInnen und Eltern!
- Wissenserweiterung über die Bedeutung des

sozialpsychologischen Zusammenspiels von Eltern und Kind gehört nicht nur in die Ausbil-dung von Fachpersonen, sondern in die Refle-ktion eines jeden geburtshilflichen Teams. Die dafür benötigte Zeit ist Arbeitszeit.

- Wir sehen die Vernachlässigung und Störung wichtiger physiologischer Prozesse bei Mutter und Kind in der Schwangerschaft und während der Geburt, trotz gesicherter Forschungsberge-misse.

- Wir verlangen eine achtsame Umstellung des Neugeborenen auf die Lungenatmung. Die zu frühe Abnabelung kann zu lebenslanger gesund- seitlicher Beeinträchtigung führen (6)(7)(12).

- Wir wünschen ein Höchstmaß an Respekt und Achtsamkeit gegenüber der Mutter, damit deren Bindung zum Kind gefestigt und deren gesundheitlicher Zustand eine Bestversorgung für das geborene Kind ermöglicht. Das ist Kinderschutz, der von Anfang an möglich ist.

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot, verbunden mit dem DRG-Abrechnungssystem für Geburtskli-niken ist auf Geburtskliniken bezogen volks-wirtschaftlich nicht länger zu verantworten. Für Mutter und Kind sind gesundheitsgefährdende Interventionen vorprogrammiert. Die DRG-Ab-rechnung schafft Anreize für technische und medikamentöse Interventionen. Die interventi-onsfreie Geburt hingegen rechnet sich nicht für Kliniken und führt zur Schließung von Geburt-Abteilungen. Diese Struktur ist verhängnisvoll, sie geht vollständig zulasten von Frauen und Kindern. Dringend muss hier eine andere Re-gelung erarbeitet werden, was seit langem ge-fordert wird.

Schlussgedanke

Der Blick auf die Geburtskultur durch Elternini-tiativen ist unabhängig. Ihre Legitimation grün-det sich auf die Tatsache, dass sie von den Regelungen der Akteure im Gesundheitssystem unmittelbar betroffen sind. Im Hinblick auf die Thematik „Fehlverhalten und Gewalt bei Fach-kräften“ muss gesagt werden: Ja, Fehlverhalten

gibt es mit nachhaltigen gesundheitlichen und psychosozialen Risiken und Folgen für viele junge Familien.

Dem muss mit aller Kraft entgegengewirkt werden, um der Kinder und um der jungen Familien willen.

Wir sehen mittlerweile an vielen Stellen Bestrebungen, Veränderungen anzugehen. Das ermutigt uns, weiterhin die Eltern zu stärken und auf die als ursächlich erkannten Schwachstellen hinzuweisen.

Kontakt

Irene Behrmann

M.A. Erz. Wissenschaften

Tel. 05145-284289

Email: irene.behrmann@greenbirth.de

Quellen

1 Franziska Kliemt, Vorstand Mother Hood e.V.

2 Die Haftpflichtprämie nähert sich 2020 der 10.000 € Marke

3 Alle Beispiele sind GreenBirth bekannt geworden.

4 Pilotstudie 2011. <http://www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

5 Dänische Studie <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/nach-kaiserschnitt-mehratermfunktionsstoerungen-bei-neugeborenen/>

6 Koletzko, Sibylle; Wallwiener, Stephanie; Zeidler, Jan: Technikerkrankenkasse-Kindergesundheitsreport: Eine Routinedatenanalyse zu mittelfristigen Auswirkungen von Kaiserschnitt und Frühgeburt, 2019

7 Dokumentation veröffentliche bei GreenBirth: <https://www.greenbirth.de/de/downloads/broschueren.html>

8 KV Bayern: „Nach Abschnitt A Nr. 7 der Mutterschafts-Richtlinien können Untersuchungen auch von Hebammen im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (/.....) durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert werden, wenn [Unterstreichung KVB] der Arzt dies im Einzelfall anordnet oder wenn [Unterstreichung KVB] der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen.“

Aus dem Schreiben an eine Mutter, das diese GreenBirth zur Verfügung gestellt hat.

9 „Kind verstorben am..“ (S. 15 u. S. 16) im Mutterpass, Ausgabe 2015

10 Schon bei gesunden schwangeren Frauen sind über 100 Tests vorgesehen. (Bertelsmannstudie. Kolip P, Schäfers R, 2015, S. 1)

11 www.netzwerk-geburtskultur.de

12 Bereits 1924 weist der Psychoanalytiker Otto Rank auf die Langzeitfolgen der geburtsbedingten Erstickungsangst hin. Rank, O: Das Trauma der Geburt, Fischer Verlag, Neuauflage 1988,