

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. – Vorschläge zur Weiterentwicklung und Optimierung des [Frauengesundheitsberichts 2020](#)

Kommentar des Runden Tisches Elternwerden des AKF e.V., Leitung Juliane Beck

Stand: 03. Mai 2021

Der Runde Tisch Elternwerden im AKF e.V. nimmt zu einigen Themen wie folgt Stellung:

Zu Kapitel 7.5.1., Säuglingssterblichkeit:

- Der Hinweis auf die erhöhte Säuglingssterblichkeit bei niedrigem sozialem Status greift zu kurz, wenn nicht auch die damit verbundenen sozialen und psychosomatischen Belastungen der Mütter mitgenannt werden. Eine Fokussierung auf die Gesundheitsbelastungen des Rauchens für das Kind ignoriert den Zusammenhang zwischen mütterlicher und kindlicher Gesundheit und Wohlergehen. Hier braucht es genauere Ausführungen zum Zusammenhang zwischen niedrigem sozialem Status und Rauchverhalten. Ohne diese werden die Mütter implizit beschuldigt, was im Übrigen ein wirksames Präventionskonzept behindert. Alleinerziehende Mütter sind überproportional oft Raucherinnen: „Im Rauchverhalten zeigen sich enorme sozioökonomische Unterschiede: Der Anteil der Raucherinnen unter Frauen ohne formale Schulbildung liegt bei fast 48%. Das ist mehr als doppelt so hoch wie bei jenen mit Abitur / Fachhochschulreife (ca. 19%). Alleinerziehende Mütter rauchen fast doppelt so häufig wie nicht alleinerziehende Mütter (49% bzw. 28%). Hier gibt es kumulative Effekte: Bei alleinerziehenden Müttern mit niedrigem sozioökonomischem Status ist die Wahrscheinlichkeit zu rauchen mit knapp 60% am höchsten. Bei der Passivrauch-Exposition sind die Unterschiede noch gravierender: Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind dreimal so oft regelmäßig Passivrauch ausgesetzt wie Frauen aus höheren Statusgruppen.“¹

Zu Kapitel 7.5.2., Schwangerschaft und Geburt:

- Von den Berufsgruppen, die Geburtsvorbereitung anbieten, werden nur die Hebammen genannt. Jedoch leisten auch zertifizierte Geburtsvorbereiterinnen der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V. sowie Geburtsbegleiterinnen (Doulas) psychosoziale Geburtsvorbereitung, insbesondere für Paare und besondere Zielgruppen. Bei Frauen mit psychiatrischen Vorerfahrungen kann die Inanspruchnahme der Leistungen von Psychologinnen ein wichtiger Beitrag zur Prävention von postpartalen Depressionen sein.
- Bezüglich der Praxis der Pränataldiagnostik (PND) fehlt eine Aussage dazu, dass PND allein aufgrund der häufigen Anwendung zu einer Form der „Normalität“ geworden ist, welche allen Schwangeren ein nicht realistisches Gefühl von Risiko in der – überwiegend gesunden – Schwangerschaft suggerieren kann. Psychosoziale Risiken

¹ Zitiert aus Factsheet: Frauen haben ein Recht auf eine tabakfreie Welt, hrsg. unfairtobacco, <https://unfairtobacco.org/material/#/> (Abruf am 22.04.2021)

und Unterversorgung werden durch diese Fokussierung des RKI ausgeblendet.

- Die Mutterschaftsrichtlinien regeln fast ausschließlich die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und haben ausdrücklich die Risikoorientierung zum Ziel. Auf Hebammen, die die normale Schwangerschaft und das Wochenbett betreuen, wird nur verwiesen und deren Betreuung gesetzeswidrig unter einen ärztlichen Vorbehalt gestellt: Denn in § 24d des SGB V ist festgelegt, dass Schwangere einen uneingeschränkten Anspruch auf eine Versorgung durch Ärzt*innen und Hebammen haben.
- Kaiserschnitt: Die benannten Risiken für das Kind werden nicht nur „diskutiert“, sondern es gibt teilweise deutliche Hinweise auf diese Zusammenhänge, wie auch die S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“ ausführt. Es fehlt die Nennung der Erschwernis des Bindungsaufbaus und der Selbstwirksamkeit der Mutter sowie der psychischen Belastungen infolge eines Versagensgefühls. Nachgespräche mit Müttern nach der Geburt, auch noch nach Wochen, sind hier ein sehr hilfreiches Angebot. Sie müssen zur Regelleistung werden und allen Müttern bekannt sein.

Zu Kapitel 7.5.4., Wochenbett:

- In Kapitel 7.5.4 wird von einer Inanspruchnahme der aufsuchenden Wochenbettbetreuung durch Frauen mit einer Quote von 94-99% gesprochen. Der Bericht erweckt den Eindruck, als gäbe es eine genaue Erfassung der Anzahl von Hebammen in Deutschland² sowie ihrem jeweiligen Arbeitsumfang sowie eine Bedarfsdeckung von Hebammenleistungen im Wochenbett von annähernd 100%. Beides stimmt nicht mit der Wirklichkeit überein. Es gibt keine genauen Erhebungen über die in Deutschland tatsächlich tätigen Hebammen. Hebammen in Deutschland werden nicht zentral registriert, sodass die Gesamtzahl der praktizierenden Hebammen nicht vorliegt. Wir kennen den genauen Prozentsatz der Wöchnerinnen nicht, die ambulante Wochenbettbetreuung in Anspruch nehmen können, und wissen auch nicht, in welchem Umfang diese Leistung zur Verfügung steht. Diese Zahl zu ermitteln, wäre ein wichtiger Schritt, um eine möglichst genaue regionale Versorgungs- und Bedarfsplanung von Hebammen in der klinischen und außerklinischen Betreuung zu erstellen. Daraus folgernd wäre eine prospektive Bedarfsschätzung machbar.
- Wie auch im Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ und von der Nationalen Stillstrategie angegeben, müssen für die Wochenbettzeit alle Berufsgruppen rund um die Geburt genannt werden, weil dies zur Sicherung der Versorgung wichtig ist. So auch Stillberaterinnen, Fachkräfte der Frühen Hilfen wie Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen et al.
- Stillen: Es wird nicht zwischen „voll stillen“ und „ausschließlich stillen“ unterschieden, wobei dieser Unterschied für den Stillerfolg wesentlich ist. Ein Satz zu kurzfristigen negativen Auswirkungen des Nichtstillens (häufigere Infektionen und Durchfallerkrankungen des Kindes) sollte ergänzt werden, wie auch weitere Vorteile

² Auf Seite 174 wird folgende Aussage getroffen: „Im Jahr 2017 waren in Deutschland rund 24.000 Hebammen (Vollzeitäquivalente: 17.000) tätig.“

des Stillens. Diese sind für das Kind - zusätzlich zu den genannten Vorteilen des langfristig selteneren Übergewichts und der selteneren Typ-2-Diabetes - nachweislich seltenere Infektionen von Atemwegen und Ohren sowie Durchfallerkrankungen. Wie in der Innocenti-Erklärung der Unicef³ sollte darauf hingewiesen werden, dass Stillen den meisten Müttern ein Gefühl der Zufriedenheit gibt, wenn es erfolgreich ist. Denn das stärkt den selbstbestimmten Bezug der Mutter zum Stillen, statt sie quasi zur Ausführenden von Präventionsleistungen zu machen, und es weist darauf hin, dass Stillen eine höchstpersönliche Entscheidung ist (Literaturquelle 232). Es fehlt die Benennung der weiteren Berufsgruppen und trainierten Laiengruppen zur Stillförderung („any support helps“, siehe Literaturquelle 241). Die Förderung des Stillens in der Öffentlichkeit und stillfreundlicher Räume als wichtiger Unterstützung der Stillentscheidung müssen benannt werden.

- Wochenbettdepression: Es fehlt der Hinweis auf niedrigschwellige Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen, die die Schwellenangst und die Angst vor Stigmatisierung mindern können.

Kontakt: Juliane Beck, beck@akf-info.de

³ Unicef: Innocenti Declaration 2005 on Infant and Young Child Feeding, 2005, <https://www.unicef-irc.org/publications/435-innocenti-declaration-2005-on-infant-and-young-child-feeding.html> (Abruf am 06.07.2021)