



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**

in Medizin, Psychotherapie
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Arbeitskreis Frauengesundheit • Sigmaringer Str. 1 • 10713 Berlin

Zeit für einen Nationalen #Geburtshilfegipfel!

Erläuterungen und Materialien des Arbeitskreises Frauengesundheit e.V. zum Strategiepapier des Runden Tisches Lebensphase Elternwerden

Sehr geehrte Damen und Herren,

das o.g. Strategiepapier fasst seine wesentlichen Ziele bewusst kurz und übersichtlich zusammen. Für Ihre Information sind hier zu den einzelnen Forderungen Erläuterungen und Materialien aufgeführt, die Ihnen einen vertiefenden Einblick geben können.

Im Runden Tisch Lebensphase Elternwerden wirken folgende Organisationen aktiv mit: Mother Hood, der Deutsche Hebammenverband, der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, das Bündnis WIR sowie die Erzählcafé-Aktion (Birthcafé-Campaign). Sie haben die Geburtshilfe-Strategie erarbeitet.

Einführung:

Geburtshilfe betrifft alle Menschen. Jeder Mensch wird geboren und jede Geburt ist ein wichtiges biografisches Ereignis, das psychische und physische Grundlagen des gesamten weiteren Lebens beeinflusst. Trotzdem wird die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen als integraler Teil von Frauengesundheit und Gesundheitsprävention nicht priorisiert, sondern im Gegenteil, völlig vernachlässigt. Geburtskliniken werden geschlossen ohne Versorgungsalternativen für ganze Regionen zu planen. Die Arbeitsbedingungen von Hebammen in den Geburtskliniken haben sich aufgrund von jahrelangen Personalkürzungen so verschärft, dass Hebammen wie selbstverständlich mehrere Frauen gleichzeitig betreuen müssen und sich aufgrund inakzeptabler Arbeitsbedingungen und Betreuungsstandards von der klinischen Geburtshilfe abwenden. Obwohl Frauen das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts haben, ist dieses Recht aufgrund der Versorgungsstrukturen nicht auszuüben. Durch die

Entwicklung hin zur Zentralisierung von Geburtskliniken und Schließung kleiner Abteilungen bleibt Frauen keine Wahl, als in eine Klinik Maximalversorgung zu gehen, die in der Regel aus der Perspektive des Risikos behandelt und nicht aus der Perspektive von Ressourcen und Gesundheit. Wir erleben die Pathologisierung eines physiologischen Geschehens, in dem die Schwangere und Gebärende ihr Recht auf eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Betreuung und Versorgung nicht ausüben kann. Wir fordern einen Kulturwandel in der Geburtshilfe, in der die Frau mit ihren Rechten auf Betreuung, Versorgung und Wahl des Geburtsorts im Mittelpunkt steht. Um diesen Kulturwandel zu erreichen, schlägt der Runde Tisch Lebensphase Elternwerden die im Strategiepapier aufgelisteten Maßnahmen vor.

Im Einzelnen:

Zu 1.) Das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" mit seiner Orientierung an der Salutogenese und den individuellen Bedarfen von Frau, Kind und Familie wird Handlungsgrundlage in der geburtshilflichen Versorgung.

Hierzu braucht es ein planvolles politisches Vorgehen auf Bundes- und Länderebene mit klaren Zeit- und Zielvorgaben für die im Gesundheitsziel festgelegten Teilziele.

Zum Gesundheitsziel siehe:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf

Zu Salutogenese und Geburt siehe einen Artikel aus der Deutschen Hebammenzeitung sowie eine Beschreibung des interprofessionellen Kongresses „WIR von Anfang an“ 2019:
https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-leseprobe/artikel/auf-neuen-alten-wegen/
<https://wir-von-anfang-an.de/rueckblick-2019/> unter „Ergebnisse

Ein sich ständig erweiternder Risikokatalog der Pränataldiagnostik trägt dazu bei das Risikoverständnis von Schwangeren und medizinischen Professionen zu erhöhen und ein salutogenetisches Verständnis von Geburt beeinträchtigen.

zu 2.) Die Frau und über sie auch das Kind werden als rechtliche Souveräne in der Geburtshilfe anerkannt.

Artikel 2 (2) des Grundgesetzes statuiert das **Recht jedes Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit**. Das Recht der Mutter auf Selbstbestimmung gründet sich auf dieses Grundrecht und Menschenrecht. Es ist anerkannter Grundsatz des Arztrechtes. In der Geburtshilfe kann eine Güterabwägung zum Schutz des Kindes erforderlich sein. Hier wird aber das Recht der Frau oft unter allgemeinen Hinweisen auf mögliche Schäden des Kindes mit Eingriffen übergangen, die nicht evidenzbasiert sind und dem Kind zuweilen sogar schaden können.

Das Recht der Frau auf adressatinnengerechte Information und Entscheidung ist in jeder Betreuungsphase zu fördern. Um die ersten erfolgreichen Schritte für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe einzuleiten braucht es einen nationalen Geburtshilfegipfel, der von Vertretungen der geburtshilflichen Professionen sowie der Elternvertretungen initiiert wird um eine gemeinsame Strategie zu entwerfen und politisch umzusetzen. Eine rechtzeitige und den Maßnahmen angemessene Aufklärung hilft, das Selbstbestimmungsrecht zu sichern; sie ist in der Praxis jedoch zu oft nicht die Regel.

Elementar für die Anerkennung der Souveränität der Frau ist die Sicherung ihres gesetzlichen Anspruchs auf Wahlfreiheit des Geburtsortes aus § 24f SGB V. Dazu gehört sowohl die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Entbindung als auch die wohnortnahe Verfügbarkeit eines Geburtsortes. Hierfür haben die Kommunen einen Sicherstellungsauftrag im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit. Die Frau muss auch innerhalb einer geburtshilflichen Klinik das Recht auf verschiedene Versorgungsmöglichkeiten haben - von hebammengeleiteter Geburt bis zur Maximalversorgung. Die Frau ist über dieses Recht zu informieren. Klinikstrukturen sind räumlich und konzeptionell anzupassen.

Siehe ausführlich unter https://www.dhz-online.de/no_cache/das-heft/aktuelles-heft/heft-detailabo/artikel/geburtsort-wahlrecht-der-frau/

Zu diesem Recht gehört das Gebot der 1:1-Betreuung. Die AWMF- S3 Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ vom 22.12.2020 definiert sie unter 4.2.1 wie folgt: Die kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung wird in der Literatur sowohl als normative Größe (Betreuungsdichte) als auch als ein störungsfreier Prozess definiert. Bezogen auf die Betreuungsdichte werden Größen zwischen 80 % bis 100 % der Zeit angegeben, die eine betreuende Hebamme in der Phase der aktiven Geburt im Gebäuzimmer anwesend sein sollte, siehe <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>.

Ohne kontinuierliche Betreuung durch möglichst eine Hebamme über längere Zeiträume kann die Gebärende ihr Recht auf Selbstbestimmung nicht effektiv durchsetzen, weil die Kommunikation mit den Hebammen dann nicht vertrauensbildend genug und stark eingeschränkt ist. Bei den derzeit gegebenen Personalkapazitäten ist dieser Betreuungsschlüssel schwer erreichbar.

zu 3.) Die sich häufenden Beschwerden von Müttern über traumatisierende Behandlungen und deren Langzeitfolgen werden systematisch erfasst. Ihnen wird mit strukturellen Maßnahmen begegnet.

Dazu siehe ausführlicher das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften:

https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2020/08/Positionspapier_DGHWi_Gewalt_neu-21082020.pdf

Eine potentiell gesundheitsgefährdende traumatisierende Behandlung stellt die Überdosierung von wehenfördernden Mitteln dar, die infolge eines Off-label-Use von Cytotec® (Wirkstoff: 200µg Misoprostol) eher eintreten kann als bei dem geringer dosierten zugelassenen Angusta® (Wirkstoff: 25 – 50µg Misoprostol). Hierzu verweist der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. auf die S2k-Leitlinie Geburtseinleitung <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-088.html> , insbesondere die konsensbasierten Statements 4.E35 und 4.S11 unter 4.2.3. Er fordert, systematisch Daten zu erheben und so eine wesentlich breitere Datenbasis zu schaffen, die seltene Langzeitfolgen erfassen kann. Aussagekräftige wissenschaftliche Studien in der Medizin und in Nachbardisziplinen zu Langzeitauswirkungen sind ebenfalls erforderlich.

Auch das immer noch häufig praktizierte, nicht evidenzbasierte Kristellern wird von vielen Frauen als traumatisierend erfahren.

Die Forderung zu 3.) hat inhaltliche Bezüge zu den Frauenrechten unter 2.), insbesondere zur Betreuungsqualität und zu rechtzeitiger und ausführlicher Aufklärung.

zu 4.) Geburtshilfe wird bedarfsgerecht und leistungsgerecht vergütet. Die Fallpauschalen des DRG-Systems (*Diagnosis Related Groups*) werden für Geburtshilfe abgeschafft oder modifiziert.

Die Geburtshilfe wird derzeit wettbewerbs- und erlösorientiert vergütet, statt sich am Bedarf der Gebärenden und des Kindes zu orientieren. Um dies zu ändern, sind finanzielle Anreize für vorhaltende Personalplanung und Mindestpersonalmengen zu schaffen.

Siehe dazu:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111903/Der-Geburtsmodus-muss-aus-dem-DRG-System-gestrichen-werden>

<https://www.tk.de/resource/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf> - (internationale Beispiele zu Geburtshilfe auf S. 22, 24 und 49)

Zu 5.) Die Kooperation aller Berufsgruppen rund um die Geburt wird verbessert. Die gemeinsame Schwangerenvorsorge von Frauenärzt*innen und Hebammen wird gesichert und rechtliche Unschärfen werden geklärt.

Siehe:

Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/108/1810845.pdf>

https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2018/12/Gute_Betreuung_in_der_Schwangerschaft_Hebammen_Frauenaerztinnen.pdf

<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/vorsorge-zur-sicherheit/> . Darin ein Überblick über die Leistungen von Ärzt*innen und Hebammen in der Schwangerenvorsorge

Zu 6.) Die praktische Aus- und Weiterbildung aller an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, insbesondere aber die Facharztausbildung, wird gezielt auf die physiologische Geburt ausgerichtet. Eine in weiten Teilen berufsübergreifende Aus- und Weiterbildung wird auf den Weg gebracht.

Gemeinsame Vorlesungen an den medizinischen Fakultäten für angehende Mediziner*innen und Hebammenstudent*innen zur Physiologie des Menschen sollen das fachübergreifende Wissen zur Salutogenese der Geburt stärken. In den Curricula sind Veranstaltungen zu "Die gesunde Geburt" oder „Die physiologische Geburt“ mit einer bestimmten Mindeststundenzahl zu verankern. Dies sollte über Modellprojekte initiiert werden, z.B. an Universitäten, die beide Ausbildungen an ihrem Haus anbieten. Interdisziplinäre geburtshilfliche Notfalltrainings und Supervisionen müssen regelmäßig stattfinden, um die Qualität der praktischen geburtshilflichen Versorgung zu sichern.

Zur frauenzentrierten und qualitätsgesicherten Betreuung von Fehlgeburten muss geforscht sowie aus- und weitergebildet werden.

Zu 7.) Die Haftpflichtsituation in der Geburtshilfe wird für alle Berufsgruppen neu geregelt

Denkbar sind Haftpflichtlösungen für alle Erbringer gesetzlicher Leistungen im Gesundheitswesen (statt der zahlenmäßig kleinen Gruppen der Hebammen und Geburtshelfer*innen). Steuerfinanzierte Modelle für Haftpflichtschäden ab einer bestimmten Schadensgrenze (wie beispielsweise 500.000 Euro) wären zu prüfen.

Zu 8.) Qualitätszirkel werden mit allen Beteiligten (Fachpersonal und Eltern) auf Augenhöhe etabliert.

Qualitätszirkel werden bislang in Einzelfällen mit den beteiligten Berufsgruppen in der Geburtshilfe durchgeführt. Wenn Eltern/Elterninitiativen regelmäßig hinzugezogen werden, findet deren Perspektive besser Eingang in die Qualitätsentwicklung.

Um die ersten erfolgreichen Schritte für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe einzuleiten, braucht es einen nationalen Geburtshilfegipfel, der aus den Vertretungen der geburtshilflichen Professionen und der Elternvertreterinnen besteht, um eine gemeinsame nationale Strategie zu entwerfen und politisch umzusetzen.

Verwandte Forderungen werden von folgenden Initiativen und Organisationen formuliert:

A. Die Elterninitiative Mother Hood e.V. hat einen 10-Punkte-Plan erstellt dazu, was jetzt auf Bundesebene für eine Verbesserung der Geburtshilfe getan werden muss: <https://www.motherhood.de/presse/10-punkte-plan-verbesserung-geburtshilfe.html>.

B. Die Initiative „Wir von Anfang an“, siehe Positionspapier unter: <https://wir-von-anfang-an.de/rueckblick-2019/> unter „Ergebnisse“.

C. Der Deutsche Hebammen Verband formuliert nahezu gleichlautende Forderungen im Rahmen seines Zukunftsforums Geburtshilfe: <https://www.dhv-zukunftsforum.de/>

D. Die Wahlprüfsteine 2021 des Nationalen Netzwerks Frauengesundheit, Hannover enthalten verwandte Forderungen, ebenso befasst sich derzeit der Deutsche Frauenrat mit vergleichbaren Forderungen.

Verantwortlich für den Inhalt:

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

- Runder Tisch Elternwerden des AKF ; Leitung Juliane Beck