

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0206(5)
gel. VB zur öAnhörung am 9.11.
11_Leist.b.Schwang.
01.11.2011



**Es ist höchste Zeit, den Umgang
mit Schwangerschaft, Geburt und
Wochenbett zu überdenken.**



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

Positionspapier des AKF

Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken.

September 2010

Unser Anliegen

Der AKF und die Unterzeichnenden sind besorgt über den Umgang mit Schwangeren, Gebärenden und jungen Familien in Deutschland. Wir beobachten, dass Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe von Technik und diagnostischen Tests dominiert werden und dass durch Kaiserschnitt beendete Geburten inzwischen als Normalität hingenommen werden.

Wir vermissen Entwicklungen, welche die Potentiale der Frauen im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt unterstützen. Es fehlt die gesellschaftliche Wertschätzung von Schwangerschaft und Geburt. Mütter und junge Familien werden in der ersten Zeit nach der Geburt vernachlässigt, in den Monaten, in denen für die Zukunft des Kindes und die Tragfähigkeit der jungen Familie entscheidende Weichen gestellt werden.

Wir möchten alle ExpertInnen, die mit Frauen in der Zeit der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts zu tun haben - sei es direkt als Hebamme, ÄrztIn, oder in pflegerischen und sozialen Berufen, sei es indirekt als ForscherIn oder PolitikerIn oder sei es als EntscheidungsträgerIn in gesundheitspolitischen Gremien und bei Krankenversicherungen - einladen, mit uns den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken. Uns ist bewusst, dass viele unser Unbehagen teilen und dass in einigen Bereichen bereits Konzepte und Ideen für einen anderen Umgang mit der Zeit des Eltern-Werdens diskutiert und realisiert werden. Diese Ansätze wollen wir mit unserem Positionspapier unterstützen. Nur gemeinsam wird es möglich sein, den überfälligen Wandel in Deutschland zu gestalten.

Der Status quo und seine Folgen

Schwangerschaft als Risiko

Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe in Deutschland sind heute von einer weitgehenden Technisierung und Pathologisierung geprägt. Vorherrschend ist die Überzeugung, dass Schwangerschaft und Geburt hochriskante Vorgänge sind, die medizinische Eingriffe geradezu erzwingen, um Schäden von Mutter und Kind abzuwenden. Anders als in anderen westeuropäischen Ländern werden in Deutschland rund 70 Prozent der werdenden Mütter als „risikoschwanger“ eingestuft. Dies wird im Mutterpass dokumentiert und damit im Bewusstsein der Schwangeren und aller anderen Beteiligten fixiert. Zunehmend beeinflussen Rentabilitäts- und Haftungsfragen die Definition des Risikos.

Schwangerenvorsorge mit 120 Tests

Nach den Mutterschaftsrichtlinien wird jede gesunde Schwangere im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen etwa 120 Tests unterworfen, inkl. Blutdruck messen, wiegen, das Wachsen des Bauches ermitteln, Urin- und Bluttests, Ultraschall etc. Hinzu kommen zusätzliche Untersuchungsangebote, die die Schwangeren als Wahlleistungen selbst bezahlen müssen – das können bis zu 50 Tests sein.

Nur wenige Tests sind nach heutigen evidenzbasierten Kriterien evaluiert. Der Nutzen vieler Maßnahmen, z.B. des sog. Zuckertests (oraler Glucosetoleranztest) auf Schwangerschaftsdiabetes bei jeder gesunden Schwangeren, ist wissenschaftlich umstritten. Bei anderen ist nachgewiesen, dass der Schaden größer ist als der Nutzen, z.B. das Aufzeichnen der Herzöne mittels Kardiotokographie bei gesunden Schwangeren.

Aber selbst wenn man bei jedem Test von einer großen Zuverlässigkeit, ausgedrückt in Spezifität und Sensitivität, ausgehen würde, wäre bei einer so großen Anzahl von Tests die Wahrscheinlichkeit für jede Schwangere, mehrfach auffällige Testergebnisse zu bekommen, extrem hoch. Auffällige Testergebnisse versetzen Schwangere und ihre Familien in Angst und Sorge.

Die Folge sind Zusatzuntersuchungen, die entweder Entwarnung geben oder in die nächste Ebene der Angst-Aktionismus-Spirale einmünden. Schwangere werden dadurch manipuliert und fühlen sich irrtümlich umso sicherer, je mehr Kontrolluntersuchungen und Eingriffe sie in Anspruch nehmen. Das Ergebnis sind nicht selten Eingriffskaskaden, die Mutter und Kind gefährden können. Bei der Fülle von Entscheidungen, die Schwangere heute treffen können und müssen, insbesondere auch zur Inanspruchnahme pränatal-diagnostischer Maßnahmen, ist Angst ein schlechter Ratgeber. Die Fokussierung auf Angst und Risiko stört schwangere Frauen und ihre Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbstregulation.

Die „Verwaltung“ einer derart hohen Anzahl an Testergebnissen drängt auch die Betreuerinnen der schwangeren Frauen, Hebammen und FrauenärztInnen, in eine paradoxe Rolle. Sie sind so intensiv mit der aufwändigen Organisation der Daten beschäftigt, dass ihre zentralen Aufgaben leicht in den Hintergrund geraten können, nämlich zum einen den Überblick darüber zu behalten, welche Schwangere tatsächlich risikoschwanger ist und maximaler Versorgung bedarf, und zum anderen alle Bemühungen darauf zu verwenden, unnötige Beunruhigung und Belastungen von der Schwangeren fernzuhalten.

Auch durch die Vergütungsstrukturen werden finanzielle Anreize für die Einstufung von Schwangeren als Risikopatientinnen und für überflüssige Untersuchungen gesetzt. FrauenärztInnen können heute ohne „labelling“ keine kostendeckende Schwangerenvorsorge erbringen, d.h. ohne den Schwangeren nicht mindestens eine, häufig jedoch mehrere, Krankheitsdiagnosen zuzuschreiben.

Selten ist Zeit für eine angemessene Zuwendung

Psychosoziale Aspekte spielen in der Schwangerenbetreuung eine wichtige Rolle. Sie beeinflussen zum Beispiel in entscheidendem Maße die Frühgeburtlichkeit, die heute die Hauptursache der perinatalen Morbidität und Mortalität ausmacht. Deutschland hat mit rund 9% die höchste Frühgeburtenrate Europas. Modellprojekte zeigen, dass wesentliche Fortschritte in der Verhinderung von Frühgeburtlichkeit, aber auch von Schwangerschaftserbrechen, Alkohol- und Nikotinschädigungen und Gestose, durch psychosomatische, soziale und kultursensibel geprägte Begleitung erzielt werden können.

Das größte Problem bei der medizinischen Versorgung von Frühgeborenen in Zentren ist die Trennung von Mutter und Kind. Die fehlende Mutternähe erschwert die Entwicklung der Bindung zwischen Mutter und Kind und erschwert das Stillen. Um diese Entwicklungen zu vermeiden, müssen die Zentren für Mutter und Kind geöffnet sein.

Benachteiligung am Arbeitsplatz

Außer dem Medizinsystem haben sich auch die Bundesländer (als Arbeitgeber) in die Schwangeren“fürsorge“ eingeschaltet. In vielen Ländern müssen sich Frauen, die beruflich mit Kindern zu tun haben, zum Schutz vor fetalen Erkrankungen zum frühestmöglichen Schwangerschaftszeitpunkt auf vier bis sechs Infektionskrankheiten testen lassen. Falls sie keinen entsprechenden Immunschutz haben, müssen sie dem Arbeitsplatz während der gesamten Schwangerschaft fern bleiben. Und dies, obwohl zum einen die Infektionswahrscheinlichkeit sehr gering ist, und zum anderen die Schwangeren sich auch an jedem anderen Ort infizieren könnten. Die Länder wollen damit Regressansprüche abwenden. Wie auch schon teilweise beim Mutterschutzgesetz, richten sich so Gesetze zum Schutze der Schwangeren letztlich gegen die Betroffenen. Nach wie vor betrachten viele Arbeitgeber Frauen, die schwanger werden könnten, als „Risikofaktor“ für den Betrieb.

Professionelle, die Schwangere betreuen, beobachten außerdem, dass Schwangere am Arbeitsplatz häufig Belastungen ausgesetzt sind, die in Richtung Mobbing gehen oder alle Kriterien des Mobbing erfüllen. Sie bekommen z.B. keine herausfordernden Aufgaben mehr, werden innerbetrieblich versetzt und manchmal auch von Vorgesetzten und/oder KollegInnen gemieden oder angefeindet. Als Reaktion darauf fühlen Schwangere sich oftmals schuldig. Sie versuchen, vom Gegenteil zu überzeugen, indem sie mehr Leistungen erbringen als ihnen gut tut, oder sie werden krank. Vorgesetzte und/oder KollegInnen, die sich mit einer Schwangeren freuen und sie gern in ihren möglicherweise veränderten Bedürfnissen unterstützen, müssen der Normalfall und nicht die Ausnahme sein.

Für Mütter, die nach der Geburt an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, ist es oftmals schwierig, ihr Kind über einen längeren Zeitraum voll zu stillen, da hierfür die Voraussetzungen fehlen. Es ist aber erwiesen, dass Langzeitstillen die Gesundheit von Mutter und Kind fördert.

Geburtshilfe: ein technisierter Prozess

Zahlen zur Geburtshilfe spiegeln die Situation der schwangeren Frauen in der heutigen Geburtsmedizin wieder: Jede vierte Geburt wird eingeleitet, jede dritte wird medikamentös beschleunigt und beeinflusst. Geburtsabläufe in Kliniken sind vornehmlich den Regeln der Klinikorganisation und den jeweiligen technischen und ökonomischen Möglichkeiten und Zwängen untergeordnet. (98% der Frauen bekommen ihr Kind in einer Klinik.) Rund 30 Prozent der Frauen erhalten einen Dammschnitt. Die Kaiserschnitttrate beträgt inzwischen 30 Prozent und liegt mindestens doppelt so hoch, wie dies aus medizinischer Sicht nötig wäre. Angesichts dieser Daten ist die Potenz der Frauen zu gebären aus dem Blick geraten. Stattdessen werden die allermeisten Schwangeren zu Patientinnen (= Erduldenden) gemacht.

Das Wochenbett ist ein „Unthema“

Die Bedeutung des Wochenbetts wird in Medizin und Öffentlichkeit vernachlässigt. Das Wochenbett ist heute ein „Unthema“. In der Schwangerschaft wird darauf kaum vorbereitet. Schon die Dauer des Wochenbetts erscheint für viele beliebig. Oft wird darunter nur die knappe Woche nach der Geburt in der Klinik verstanden. Die vierzig Tage des Wochenbetts sind jedoch eine körperlich und seelisch vorgegebene Zeit.

Das Wochenbett ist die Zeit der Erholung für die Mutter nach der Geburt, die Zeit der Regeneration ihres Organismus, vor allem aber auch die Zeit des besonderen Anfangs einer Bindung zwischen Mutter, Kind und Vater. Sie ist prägend für deren Beziehung und konstitutiv für die Entwicklung des Kindes. Viele junge Eltern sind nicht auf die grundlegenden persönlichen Veränderungen im Alltag und in der Partnerschaft vorbereitet. Häufig bleibt die Mutter in der sensitiven Zeit des Wochenbetts sehr bald allein mit den neuen Anforderungen. Alleinsein, Verunsicherung und Überforderung sind bedeutsame Risikofaktoren für Stillschwierigkeiten, nachgeburtliche Depressionen und Bindungsstörungen zum Kind. Väter sind ebenso häufig überfordert, zumal sie am Arbeitsplatz selten einen Freiraum für ihre neue Aufgabe bekommen. Immer noch fehlt es an öffentlicher Anerkennung und Bestätigung für die gesellschaftlich notwendige Arbeit, die junge Familien zu leisten haben. Dies vermindert die Bereitschaft von Frauen und Männern, Eltern zu werden.

Handlungsmöglichkeiten der beteiligten AkteurInnen

- **Die Bundesregierung** sollte
 - eine Kampagne für eine mütter-, kind- und familiengerechte Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit initiieren. Wichtig sind Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland und zur Förderung des Stillens. Notwendig sind auch Kampagnen, die die Akzeptanz und Wertschätzung schwangerer Frauen am Arbeitsplatz fördern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern.
 - dafür Sorge tragen, dass jede Schwangere weiterhin den Ort der Geburt ihres Kindes (Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt) frei wählen kann. Die verschiedenen Angebote sollen erhalten bleiben.
 - eine bezahlte mindestens 14-tägige Wochenbettzeit für den Partner/die Partnerin der Mutter einführen.
 - Forschungen über die Auswirkungen der gegenwärtigen Praxis der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe und des Wochenbetts auf die Gesundheit der Frauen und auf die Bereitschaft Eltern zu werden, in Auftrag geben.
- **Der Gemeinsame Bundesausschuss** sollte den Mutterpass zu einem Dokument für die schwangere Frau umgestalten. Über den Mutterpass sollte die Schwangere unabhängige Informationen erhalten, die Unterstützungsangebote einschließen, auf die sie bei Bedarf zugreifen kann. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Mutterpass an der Medizinischen Hochschule Hannover sollten dabei berücksichtigt werden.
- **Die Länderregierungen** sollten ihre „Fürsorge“praxis für Schwangere, die beruflich mit Kindern zu tun haben, korrigieren und so dazu beitragen, dass schwangere Frauen am Arbeitsplatz weniger benachteiligt werden.

- **Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen** sollten finanzielle Anreize für niederfrequente Vorsorge bei gesunden Schwangeren setzen, die möglichst wenig störend in das Leben der Frauen eingreift, sowie für eine enge Kooperation zwischen Hebammen und FrauenärztInnen. Bei der Betreuung von Risikoschwangeren sollte die Kooperation mit spezialisierten multiprofessionellen Zentren honoriert werden. Die professionelle Unterstützung der Schwangeren durch Hebammen, FrauenärztInnen und psychosoziale BeraterInnen sollte jederzeit dem individuellen Bedarf entsprechend gewährleistet sein.
- Die **Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen** sollte den „Leitfaden Prävention“ vom 27.8.2010 nachbessern und die präventiven Leistungen der Hebammen darin aufnehmen.
- Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** sollten Maßnahmen wie Geburtsvorbereitung, Wochenbettpflege und Frühe Hilfen im Leistungskatalog der Krankenkassen verankern.
- Die **Hebammenverbände und der Berufsverband der Frauenärzte** sollten sich zu systematischer Kooperation bekennen und die Entwicklung von Kooperationsformen und Modellprojekten fördern.
- Die **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** sollte evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Normalgeburt erstellen, die auch mögliche körperliche und psychosoziale Langzeitwirkungen verschiedener Geburtsformen berücksichtigen. Die DGGG sollte diese Langzeitfolgen in eine standardisierte Form der Aufklärung vor medizinischen Eingriffen einarbeiten und die wissenschaftlichen Leitlinien zur Geburtshilfe in diesem Sinne regelmäßig aktualisieren.
- Der **Berufsverband der Frauenärzte und die Hebammenverbände** sollten neue integrierende Konzepte für eine mutter-, kind- und familiengerechte Zeit des Eltern-Werdens entwickeln, die sich an den Ressourcen der Schwangeren und ihren Familien orientieren. Bereits existierende Ansätze sollten einbezogen werden.

Unsere weiteren Aktivitäten

Der AKF braucht fachkundige UnterstützerInnen des Positionspapiers. Das Positionspapier wird mit der Liste der Unterstützenden an die im Papier benannten Gremien und Verantwortlichen mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet. Die Ergebnisse und das weitere Vorgehen werden mit allen Interessierten im Rahmen eines Fachtages und eines Symposiums beraten werden.

Dr. Maria Beckermann
Karin Bergdoll
für den Vorstand des AKF e. V.

Kontakt:

Geschäftsstelle des AKF
Sigmaringer Str. 1
10713 Berlin
Tel.: 030 - 863 933 16
Fax: 030 - 863 934 73
Email: buero@akf-info.de

Redaktion:

Expertinnengremium des Runden Tisches des AKF „Lebensphase Eltern werden“: Helga Albrecht, Hebamme, Deutscher Hebammen Verband; Dr. Edith Bauer, Gynäkologin, Vorstandsmitglied AKF; Juliane Beck, Juristin; Dr. Maria Beckermann, Gynäkologin, 1. Vorsitzende des AKF; Karin Bergdoll, Diplompädagogin, 2. Vorsitzende des AKF; Dr. Barbara Ehret, Gynäkologin; Ulrike Hauffe, Psychologin, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen; Colette Mergeay, Psychologin; Petra Otto, Erziehungswissenschaftlerin und Geburtsvorbereiterin.

