

GreenBirth e.V.

Informationsquelle und Stimme
für werdende Mütter, Väter und Kinder vor der Geburt

Treffpunkt für Fachpersonen und Menschen, die sich für die
Bedeutung des Lebensanfangs interessieren und engagieren

An den Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestages
z. Hd. Herrn Dr. Edgar Franke

Sachverständigen Anhörung am 25.3.2015

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0089(6) gel. VB zur öAnhörung am 25.03. 15_Hebammen 23.03.2015</p>
--

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Drucksache 18/4095

Anträge der Fraktion Die Linke, Drucksache 18/ 1483 und der Fraktion Bündnis90/ Die Grünen,
Drucksache 18/850.

Sehr geehrte Damen und Herren des Gesundheitsausschusses,

wir übermitteln Ihnen unsere Vorschläge und Anträge zum o.g. Gesetzentwurf
und zu den Anträgen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen.

Unsere Stellungnahme erfolgt zu Paragraphen, die werdende oder junge Eltern betrifft:

- 1. § 39 Krankenhaus-Entlassmanagement** (Wöchnerinnen)
- 2. § 75 a Flächendeckende Versorgung mit Allgemeinmedizin** –
(Primärversorgung werdender Mütter durch Hebammen in vorhandenen
Versorgungsstrukturen)
- 3. § 92a Innovationsfonds** (Antragsrecht)
- 4. § 132 Haushaltshilfe**
(Anbieter familiennaher Dienstleistung berücksichtigen)
- 5. § 134 a Hebammenhaftpflicht**
- 6. § 137 Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher
Risikoklasse**
(Schwangere Frauen und Kinder vor, während und nach der Geburt gesetzlich schützen)

Vorbemerkung

... aus dem Blickwinkel von werdenden und jungen Eltern als NutzerInnen des
Gesundheitssystems. Wir nehmen zur Regierungsvorlage und zu Anträgen der Fraktionen Die Linke
und Bündnis 90/Die Grünen Stellung.

Die derzeitige Situation der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe ist in mehrfacher Hinsicht
an einem Punkt angelangt, der nicht erlaubt, parteipolitische oder berufsspezifische Positionen in
den Vordergrund zu rücken. Vielmehr geht es um eine grundsätzliche Sichtveränderung, die wir
brauchen, um werdende Eltern und ihre Kinder *vor, während und nach* der Geburt in den Blick zu

nehmen und gesetzliche Vorgaben auf ihre Praxistauglichkeit und Praxisvertretbarkeit hin zu prüfen.

Eine Gesellschaft ist existenziell darauf angewiesen, dass Kinder gezeugt, geboren und im Aufwachsen begleitet werden. Eltern übernehmen damit für die nächste Generation unmittelbar eine gesellschaftlich herausragende Aufgabe, die Anerkennung und Schutz verdient. Dies muss sich auch durch das Interesse der Gesellschaft am Wohlergehen von werdenden Müttern und Vätern zeigen, deren Aufmerksamkeit sich auf das Befinden ihres Kindes richtet, lange vor dessen Geburt.

Die Adressaten des geburtsbezogenen Gesundheitssystems, werdende und junge Eltern, haben bisher kein Mandat, um auf die strukturellen Bedingungen rund um die Geburt ihrer Kinder einzuwirken. Sie haben dafür vor und nach der Geburt ihres Kindes auch kaum Kapazitäten angesichts eines intensiven Pflege- und Versorgungsaufwands kleiner Kinder für mehrere Jahre.

Werdende Eltern sind zahlenmäßig eine gewaltige Gruppe. Zu 660 000 neugeborenen Kindern (davon 60 000 Frühgeborene) gehören 1.32 Mill. Väter und Mütter, jedes Jahr. Zwischen je nach Klinik 15 und 48 % erleben junge Frauen jedoch Kaiserschnitte und operative Entbindungen. Am zahlreichsten sind Frauen bis 24 Jahre betroffen, für sie oftmals ein ernüchterndes Ende nach guter Hoffnung. Ab drittem Tag, manchmal nach wenigen Stunden, verlassen die frisch gebackenen Eltern die Klinik, häufig mit nicht verheilten Wunden.

Durch Fehlentwicklungen in der Geburtskultur und bei den politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen ist die Gesundheit hunderttausender Mütter und Kinder inzwischen gefährdet. Wegen der viel zu hohen Kaiserschnittquote, einer Interventionsrate bei klinischen Geburten von über 90 %, einer wachsenden Zahl zu früh geborener Kinder (höchste Rate europaweit), Schreibabys und vielen Kindern mit Anpassungsstörungen im ersten Lebensjahr schlagen Kliniker, Psychologen, Therapeuten, Erzieherinnen und Kinderärzte Alarm.

Wissenschaftliche Studien untersuchen, was schwangere Frauen während und nach der Geburt brauchen, was Babys schreien lässt, um wie viele Tage die physiologische Reifung von Kindern abweichen kann, warum Mütter häufig postpartal Depressionen entwickeln. Nicht zuletzt, erforschen sie, welchen Einfluss Stress in der Schwangerschaft auf die Gesundheit von Mutter und Kind, auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Konstanzer Gewaltstudie) und absehbar auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung hat.

Es gibt deutliche Signale dafür, dass werdende Eltern zwischen die (subtilen) Auseinandersetzungen der Hebammen-Geburtshilfe und der arztgeleiteten Geburts-Medizin geraten sind. Dafür spricht u.a. die hohe medizinische Interventionsrate bei fast allen arztgeleiteten Geburten und deutlich darunter liegenden Zahlen an Interventionen bei von Hebammen geleiteten Geburten (s. GKV-Pilotstudie 2011, Vergleich von 90 000 gesunden Frauen u.a. zu: Weheneinleitungen, Dammschnitten, gemeinsamer Entlassung von Mutter und Kind nachhause, physiologisch vorteilhaften Geburtsstellungen). Eltern ringen um den Erhalt und die Wiederherstellung der individuellen Geburtsbegleitung am Ort ihrer Wahl, klinisch und außerklinisch.

Werdende Eltern sind zusätzlich im Visier des Gesundheitsmarktes. Die Grenzen zwischen sinnvoller Vorsorge und Gesundheitsmarkt sind verwischt. Mit den Sorgen werdender Eltern um ein gesundes Kind werden Milliardenbeträge erwirtschaftet.

Werdende und junge Eltern benennen in der Rückschau von Schwangerschaft und Geburt schrittweise Verunsicherung und Ängstigung. Durch Tests, Klinikroutine, Medikamente und Technikeinsatz erleben sie häufig Entmündigung und Angst um ihr Kind.

Immer mehr Frauen trauen sich, Alleingelassensein, Einschüchterung, Entscheidungsdruck und sogar physische und psychische Gewalt im Kreißaal zu benennen.

Vor diesem Hintergrund gründet sich zeitnah ein Bundesverband von Elterninitiativen, der die derzeitige Situation nicht länger hinnehmen will.

Vor diesem Hintergrund haben wir, als eine dieser Initiativen, unsere Stellungnahme erarbeitet.

Zu 1. Krankenhaus-Entlassmanagement

Erläuterung des Reg. Entwurfes S. 3 Absatz 1

„Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.... verbessert.“

§ 39 ff, S. 12 Absatz 1, Zeile 6 :

„Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 5, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag;“

Antrag: Elterninitiativen fordern, vor Abschluss des Rahmenvertrages, im Blick auf die in Kliniken frisch entbundenen Mütter und Frauen mit Frühgeburtsrisiko, die nachhause entlassen werden, gehört zu werden.

Begründung:

Die Entlassung von Frauen nach der Geburt ihres Kindes muss bei der Planung des Übergangs nachhause mit einbezogen werden, weil dies der Frauen- und Kindergesundheit, dem Stillerfolg und dem Kinderschutz dient. Die Geburt eines Kindes kann sehr anstrengend und erschöpfend sein, darum muss die Frühentlassung am dritten Tag (aufgrund der Fallpauschalen) und die „sog. blutige Entlassung“ psychosozial in jedem Einzelfall mit Hebammennachsorge sichergestellt und flankiert werden (Das ist zur Zeit nicht mehr flächendeckend gegeben!).

Bei Bedarf ist ohnehin Mütterpflege „wegen der Entbindung“ zu verordnen. Gleiches gilt bei Krankenhausaufenthalten schwangerer Frauen mit Frühgeburtsrisiko, die nachhause entlassen werden.

Eine gute Verzahnung bei der Entlassung von Wöchnerinnen aus dem Krankenhaus ist erforderlich:

- Weil die Versorgung der Wöchnerin zuhause nicht immer ausreichend geplant ist, nicht aus Nachlässigkeit, sondern weil sich unerfahrene Frauen leicht überschätzen,
- weil es nachweislich immer mehr alleinerziehende junge Frauen gibt,
- weil es häufig zu ungeplantem Kaiserschnitt kommt, Heilungsverläufe meist ins Zuhause verlegt werden,
- weil Stillunterstützung und Versorgung des Babys in den ersten 14 Tagen nach der Geburt von großer Bedeutung sind,
- weil nicht jeder Vater/ Partner oder andere Familienmitglieder Urlaub nehmen können,
- weil es noch keine 14tägige bezahlte Freistellung für den jungen Vater gibt (wie z. B. in Schweden oder wie inzwischen zur Versorgung alter und sterbender Menschen ermöglicht wurde),
- weil es Wöchnerinnen gibt, die nicht darüber informiert sind, dass bei fehlender familiärer Unterstützung Hilfe im Haushalt wegen Schwangerschaft und Geburt beantragt werden kann,
- weil der Mutterpass solche Informationen nicht enthält.

Zu 2. Flächendeckende Versorgung mit Allgemeinmedizin

Erläuterungen zum Regierungsentwurf, Abschnitt Problem und Ziel:

S.1 Spiegelstrich 1: „flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen“

S. 2 B Lösung Absatz 3:

„- Weiterentwicklungen der Regelungen für die Zu- und Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Insbesondere werden die Anreize zur Niederlassung *in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten* ... weiter verbessert;“

Antrag: Für den Teil der Bevölkerung, der sich in der Phase werdender Elternschaft befindet, besteht dringender gesetzlicher Handlungsbedarf, um die Versorgung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten sicherzustellen. Darum sind zur Versorgung werdender Eltern mit Hebammenhilfe vor, während und nach der Geburt entsprechende Rahmenbedingungen zur Niederlassung von Hebammen in allen Gebietskörperschaften bzw. Gesundheitsregionen zu schaffen. Die Versorgung der Bevölkerung mit Allgemeinmedizin kann Modell stehen.

Darum bitten wir einzufügen nach Ärztinnen und Ärzten: ... , **freiberuflich und geburtshilflich tätige Hebammen** und...

Begründung Die Regierung ist gefordert, zur Versorgung der Bevölkerung in strukturschwachen Gebieten mit medizinischer und psychotherapeutischer Hilfe gesetzlich einzugreifen. Nachdem eine Unterversorgung allein durch Bemühungen der ärztlichen Selbstverwaltung nicht beseitigt wurde, entsteht Handlungsdruck. Lösungen werden gesucht durch traditionelle Versorgungsmodelle oder durch Versorgungsstrukturen, die berufsgruppenübergreifend arbeiten, um den Notstand zu beseitigen.

Handlungsdruck besteht aktuell in noch größerem Maße für werdende und frisch gebackene Eltern. Die Hebammen, die noch bereit sind, in der Fläche die Versorgung schwangerer Frauen und junger Mütter sicherzustellen, müssen finanziell sofort Entlastung bekommen, die vor allem anderen durch Reduzierung der Versicherungssumme zu erfolgen hat. Ist dieser Berufszweig erst einmal weggebrochen, kommen wohl durchdachte Gesundheitskonzepte zu spät.

Ob mittelfristig herkömmliche Versorgungsmodelle oder Alternativen entsprechend der Vorschläge der Partei der Linken und Bündnis90/Die Grünen zum Zuge kommen, kann nur im Benehmen mit den Bundesländern und hoffentlich auch im Interesse künftiger werdender Eltern gelöst werden.

In jedem Fall wäre dafür zu sorgen, dass Elternvertretungen gehört und in den jeweiligen Planungsgebieten mit einbezogen werden.

Zu 3. Innovationsfonds

„§ 92a , S. 21

Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. S.21: Letzter Satz: Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, (S. 22) Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankenhausesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und *Patientenorganisationen nach § 140f sein.*

Antrag: Wir beantragen, dass der Bundesverband für werdende und junge Eltern i. Gr. (der Name steht erst in Kürze fest), bezogen auf den geplanten Innovationsfonds, beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt, ein **Mitberatungs-** und **Antragsrecht** erhält.

Begründung: Die bundesweiten Elterninitiativen, die sich zu den Themen Geburt, Hebammenversorgung, Elternrechte gegründet haben und sich zur Zeit zu einem Bundesverband zusammenschließen, stellen fest, dass die Zielgruppe werdender Eltern kein Mandat hat, um bei der Antragstellung hier oder auch an anderen Stellen berücksichtigt zu werden.

Werdende Eltern, eine zahlenmäßig riesige, von Jahr zu Jahr wechselnde Kohorte (wie im Vorwort dargelegt), wollen bei neuen Versorgungsformen, die sie selbst und künftige Eltern betreffen, ein Mitwirkungsrecht erhalten. In der jetzigen Fassung des § 140f sind sie als Zielgruppe nicht vorgesehen.

Zu 4. Haushaltshilfe

„(1) Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe, **auch wegen Schwangerschaft und Entbindung**, schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, **familiennahen Dienstleistern**, Einrichtungen ...

Antrag: Bitte einfügen „auch wegen Schwangerschaft und Entbindung“ sowie „familiennahen Dienstleistern“

Begründung: Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Geburt, bei drohender Frühgeburtlichkeit, nach der Entbindung und wenn schon weitere Kinder da sind, kann nach SGB V § 24 c und h verordnet werden. Im § 132 n. V. geht es um die Regelung vertraglicher Vereinbarungen mit Dienstleistern. Die Anbieter familiennaher Dienstleistungen müssen da mit einbezogen werden, um die dringend erforderliche psychosoziale Flankierung rund um die Geburt zu verbessern. Immer wieder wird von Wöchnerinnen die Erfahrung gemacht, dass Sachbearbeiter bei Krankenkassen Haushaltshilfe nach *Entbindung* verwechseln mit Haushaltshilfe bei *Krankheit*. Sie beraten falsch, wiegeln Frauen ab, verschleppen Anträge. Formulare sind oft unübersichtlich. Wir hoffen, durch die Einfügungen das Bewusstsein für die Unterscheidung der Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und nach Entbindung auch bei den KK zu stärken. Hier geht es auch um Qualitätsverbesserung der Arbeit von Krankenkassen zugunsten ihrer Versicherten.

Zu 5. Hebammenhaftung

§ 134a neu eingefügter Absatz 5, S. 30

Unsere Stellungnahme zu dem neu eingefügten Absatz 5, der eine Haftungsdeckelung vorsieht: Keine Haftpflichtversicherung kann je verhindern, dass eine Geburt in seltenen Fällen glücklos verläuft. Dann an erster Stelle nach Schuldigen zu suchen, verkennt die Bedeutung psychosozialer Begleitumstände, die bekannt sind und beforscht werden*.

Demnach wird aus neuropathologischer Sicht geschätzt, dass 90% (!) kindlicher Schäden intrauterin entstehen, also nicht genetisch bedingt sind, und nur 10% auf die Umstände bei der Geburt selbst zurückzuführen sind.

Der Vorschlag zu einer Haftungsdeckelung ist ein erster Schritt, löst das grundsätzliche Problem der existenzvernichtenden Privathaftung in der Geburtshilfe aber nur zum geringsten Teil. D.h., die Schere zwischen verpflichtender Berufshaftpflicht und der Möglichkeit, die ständig steigende Summe auch zu erwirtschaften, bleibt bestehen, wenn auch auf geringfügig niedrigerem Niveau. Bei solch einem Spagat ginge jede Berufsgruppe über kurz oder lang in die Knie.

Weil die Geburt von Kindern jedoch staatsershaltend ist, können dafür Steuermittel eingesetzt werden. Versicherungsbeiträge sind so zu gestalten, dass die Berufsarbeit der freiberuflichen und angestellten geburtshilflich tätigen Hebammen, die zu jeder Geburt gesetzlich hinzugezogen werden müssen, auch in Zukunft gesichert ist.

Welcher Soldat, Polizist, Feuerwehrmann muss sich privat haftpflichtversichern und für Schäden, die im Dienst entstehen, mit seinem Privatvermögen aufkommen? Diese Personengruppen dienen ebenfalls dem Erhalt des Staates. Dass geburtshilfliche Hebammen und die wenigen noch verbliebenen ÄrztInnen mit ihrem Privatvermögen haften, ist ein Relikt aus vordemokratischen Zeiten.

Der Versicherungsmarkt signalisiert mit dem Rückzug aus dem „Geschäft“, dass Grenzen marktwirtschaftlicher Prinzipien erreicht sind. Die Markttauglichkeit der Versicherungswirtschaft ist damit auf dem Gebiet der Geburt von Kindern gescheitert.

Eine Neuordnung dieses Themenkomplexes hat damit höchste Priorität und ist unaufschiebbar.

* Quelle: Greenfield's Neuropathology, 8. Auflage. Hrsg. Love, S. et al.. CRC Press, London, 2008.

Zu 6. Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

S. 2 letzter Spiegelstrich von „Problem und Ziel“
S 54 II.1.5.

Antrag: Wir beantragen, dass schwangere Frauen und Kinder vor und während ihrer Geburt von Methoden und Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse gesetzlich ausgenommen werden.

Begründung: Schutzbestimmungen gegenüber schwangeren Frauen und deren Kindern vor der Geburt bestehen bereits im MuSchuGesetz durch Aufzählung von Störfaktoren wie Lärm, Strahlen, Vibrationen und toxischen Stoffen. Dies wurde gesetzlich geregelt, weil die Erfahrung zeigte, dass Kinder vor der Geburt durch solche Einwirkungen z. T. irreparable Schäden erleiden.

Ohne Rücksicht auf die empfindsame Reifungsphase des vorgeburtlichen Kindes sind jedoch medizinische Routinehandlungen beinahe unbegrenzt erlaubt: „Ultraschall-BabyTV“ für Selbstzahlende praktisch unbegrenzt -, Dauer-CTG, Kopfschwartenelektrode und Mikroblutuntersuchungen, die eine Körperverletzung des Kindes während der Geburt sind, werden fast flächendeckend und ohne nachgewiesenen Nutzen für das Kind angewandt. Der Nutzen besteht lediglich darin, Technikeinsatz mit Personalmangel zu begründen und als abrechenbare Leistung gegenüber Krankenkassen geltend zu machen.

Dass Stress häufig der Begleiter solcher Fließbandgeburten und ursächlich für operative Eingriffe, Geburtsstillstände und unglückliche Verläufe sein kann, ist zur Genüge wissenschaftlich untersucht. Auch weil es 2010 keine gesetzliche Handhabe gab, gegen die Geburt eines Kindes im MRT einzuschreiten, und weil seit vielen Jahren das umstrittene Medikament Cytotec in der Geburtsmedizin eingesetzt wird, obgleich nur als Magenmittel zugelassen, besteht bei Elterninitiativen allergrößte Skepsis gegenüber weiteren Medizinprodukten und Methoden mit hoher Risikoklasse.

Gebärende Frauen brauchen Schutz vor solchen Manipulationen, vorgeburtliche Kinder sind die Verletzlichsten der Verletzlichen unter uns. Sie brauchen besonderen Schutz. Den Schutz nicht zu gewähren, kann lebenslange Folgen für die Betroffenen haben.

Schwangere Frauen und Kinder sind darum vor medizinischen Methoden und Medizinprodukten gesetzlich zu schützen.

Schlussgedanken:

Aus all dem folgt, dass unser Land – zum Schutz und zum Nutzen der jungen Bevölkerung – ein eigenes Regelwerk benötigt, um Schwangerschaft und Geburtshilfe bei jungen Menschen gesetzlich auf eine Basis nach wissenschaftlichen, evidenzbasierten Erkenntnissen zu stellen.

Die fortgesetzte Reparatur an überholten oder gescheiterten Strukturen und an überkommenen subtilen Konfliktfeldern zwischen Geburtsmedizin und Geburtshilfe wird auf Dauer den Bedürfnissen der nachwachsenden Bevölkerung nicht gerecht. Die entstandenen Strukturen, inkl. der Gewichtung von Geburtsmedizin einerseits und Geburtshilfe andererseits, sind längst selbst zum Gesundheitsrisiko für Eltern mit ihren Kindern geworden.

Der Hebammenberuf als unabhängiger Beruf ist nicht allein durch die Haftungs-Zange bedroht, sondern durch unangemessene Bezahlung, Ausschluss aus Innovationsmodellen, Mitwirkungsrechten und Mitgestaltungsmöglichkeiten auf fast allen strukturellen Ebenen. Darin drückt sich eine nicht überwundene Jahrhunderte alte Missachtung von Frauenarbeit und Frauen-Geburtsarbeit zur Erneuerung der Gesellschaft aus.

Die „Entlassung“ der Hebammen in die „Freiheit der Marktwirtschaft“ musste Stückwerk bleiben, weil die Verbände mit dieser Aufgabe überfordert und staatlicherseits alleingelassen wurden. Wenn dem aktuellen Desaster nicht mit einem durchdachten Gesamtkonzept begegnet wird, ist der Hebammenberuf in absehbarer Zeit endgültig demontiert. Verhindern können das nur die politisch Verantwortlichen von heute.

Eine Frühgeburtenrate von 60 000 Kindern pro Jahr, Fallpauschalen (DRGs), Kaiserschnittraten zwischen 15 und 48 %, Festhalten an „Programmierten Geburten“, ein Mutterpass, der wichtige Informationen vorenthält, Routine statt individuelle Diagnose, Geburtseinleitungen, Risikozuschreibung in der Schwangerenvorsorge und Ausbau invasiver Screenings auf Kosten der Versichertengemeinschaft, Verunsicherung und Stresserzeugung bei werdenden Eltern durch Gesundheitsmarktangebote wie IGe-L und PND, Missachtung pränatalpsychologischer und geburtsbezogener Forschung, Erfahrungsverlust und Ausbildungsdefizite beim klinischen Fachpersonal, Ärzten wie Hebammen..., das alles ist Ausdruck eines Irrweges, der dringend korrigiert werden muss.

Die im Antrag 18/1484 der Fraktion der Linken vorgetragene Idee zur Installierung eines Runden Tisches auf höchster Ebene zur Förderung der physiologischen Geburt - unter Federführung des BGM - unter maßgeblicher Beteiligung von (wir fügen hinzu: *praktizierenden klinischen und außerklinischen*) Hebammen sollte aufgegriffen werden. Auch bei solch einem „Runden Tisch“ beanspruchen Elterninitiativen ein Mitspracherecht.

Wir brauchen eine nationale Neuausrichtung unserer Geburtskultur.

Artikel 6 des Grundgesetzes lautet: „(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.“ Wie steht es darüber hinaus mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem Recht auf Persönlichkeitsentwicklung von Frauen und Männern, die Mütter und Väter werden und von kleinen Kindern, die sich aus dem ersten Zuhause im Mutterleib in diese Welt wagen sollen?

Irene Behrmann, M.A. Erziehungswissenschaften
Vorsitzende GreenBirth e. V.
Tel. 05145-284289

Geschäftsstelle:
Altenceller Weg 58
29331 Lachendorf
www.greenbirth.de - Email: info@greenbirth.de