



Der bewusste Weg zur Geburt
Unabhängig gemeinnützig
Stimme für werdende Eltern und
Kinder vor der Geburt

e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0033(13)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG-ÄÄ
20.05.2014

Irene Behrmann
Vorsitzende
29331 Lachendorf
Altenceller Weg 58
Tel. 05145-284289
Email: info@greenbirth.de

19.5.2014

An den Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestages
Herrn Vorsitzenden Dr. Edgar Franke

Sachverständigen Anhörung am 21.6.2014 – Drs. 18/1307

Zum Gesetzentwurf GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz
– GKV – FQWG § - 137 a

Hier: Antrag auf Erweiterung der Zusammensetzung der zu beteiligenden Fachverbände für das vorgesehene „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“.

Sehr geehrte Damen und Herren des Gesundheitsausschusses,

wir begrüßen die Initiierung des o. g. Institutes und sehen darin einen Ansatz zu mehr Transparenz und Qualitätssicherung auch in der Geburtshilfe.

Wir stellen jedoch fest, dass auf der Liste der genannten Beteiligten für die inhaltliche Entwicklung S. 10 (7) eine repräsentative Gruppe fehlt. Es ist die Versichertengruppe der werdenden Eltern, die außerhalb von Pathologie begleitet und versorgt werden. Jene zählen (im strengen Sinne) nicht zu den PatientInnen, gehören aber in den Rahmen gesetzlicher Gesundheitsleistungen. Es sind jährlich ca. 450 000 Elternpaare mit einer ebenso großen Zahl neugeborener Kinder. Ebenfalls vermissen wir in der Auflistung S. 10 (7) eine Vertretung der Familienbildung sowie die Gruppe der Expertinnen, die o.g. Eltern ohne Pathologie geburtshilflich begleiten und versorgen. Sie können nicht dem medizinischen Personal zugerechnet werden, arbeiten aber im Rahmen von Gesundheitsleistungen.

Unser Antrag

Wir beantragen, den Personenkreis zur Entwicklung der Inhalte des „Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ um drei Vertretungen zu erweitern.

1. Eine Elternvertretung für ca. 450 000 Elternpaare* jährlich, die nach einigen Stunden oder wenigen Tagen Aufenthalt die Klinik oder das Geburtshaus verlassen sowie die Hausgeburtselftern,

2. eine Vertretung der Familienbildung (z. B. von der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, Familienbildung und Frauengesundheit e.V.),
3. die Fachvertretung außerklinischer und klinischer hebammengeleiteter Geburtshilfe.

Begründung:

Zu 1: Die im Gesetzentwurf unter (7) 8. und 9. genannten Fachpersonen vertreten zwar große Versichertengruppen, PatientInnen, Behinderten- und Selbsthilfegruppen, jedoch ist die große Gruppe junger Eltern, die ohne pathologischen Verlauf ihr Kind zur Welt bringen und leistungsberechtigt sind, nicht vertreten.

Eltern haben als tragende Gruppe Anspruch auf Partizipation und Mitgestaltung, wenn es um die Qualität und Transparenz bei den Bedingungen der Geburtshilfe geht.** Sie erfahren die Geburtshilfe am eigenen Leib und sind aus eigener Betroffenheit legitimiert, mitzuwirken.

Zu 2.

In der Familienbildungsarbeit gewinnen Fachpersonen durch Erfahrungsaustausch in Kursen und Treffpunkten direkten Einblick in die Auswirkungen der Qualität von Geburtshilfe auf die Kindesentwicklung, die Frauengesundheit und auf das Familiensystem. Diese Kenntnisse führen ohne Rückkoppelung zum Gesundheitssystem ins Leere. Gesellschaftliches Lernen zur Qualitätsverbesserung erfordert Beteiligung und die Möglichkeit einer Mitgestaltung. Wir halten darum die Mitarbeit einer Vertreterin dieser vor- und nachgeburtlichen Bildungsarbeit in dem künftigen Gremium für erforderlich.

Zu 3.

Geburtshilflich arbeitende Hebammen sind in ihrem Heilberuf eigenständig, nicht weisungsgebunden. Sie bilden in der Geburtsvorbereitung sowie Geburtshilfe eine spezifische professionelle Fachgruppe. Hebammenverbände sollten ihren jeweiligen Fachbereich (Geburtshaus, Hausgeburt, Klinik z. B. Hebammenkreißsaal) in der Expertenrunde vertreten können, weil sich die Arbeitsfelder qualitativ wesentlich voneinander unterscheiden.

Mit freundlichem Gruß

Irene Behrmann

Vorsitzende GreenBirth e. V.
M.A. Erz. Wissenschaften

* Kaiserschnittkinder und Frühgeburten und deren Eltern ausgenommen

** Dass es Handlungsbedarf gibt, ist nachgewiesen durch die GKV-Studie von 2011, die ca. 60 000 Klinikgeburten mit ca. 30 000 Geburtshausgeburten gesunder Mütter und Kinder vergleicht. Auch zeigen internationale Studien, dass der klinische Weg in eine Richtung mit weniger routinemäßigen Interventionen zeigt.

Schon in der WHO-Richtlinie von 1985 (s. S. 3) werden Qualitätsmerkmale genannt und werden Eltern mit einbezogen und als zentrale Adressatengruppe mit berücksichtigt

April 1985 Bericht „Appropriate Technology for Birth“ der Weltgesundheitsorganisation. WHO Regional Office for Europa, 8 Scherfigovej, Kopenhagen, Dänemark.

1. Die gesamte Öffentlichkeit sollte über die verschiedenen Verfahren der Geburtshilfe informiert sein, damit es jeder Frau möglich ist, die für sie richtige Art und Weise der Geburtshilfe zu finden.
2. Die Ausbildung der Hebammen und aller Berufsgruppen, die die Frau und das Kind rund um die Geburt betreuen, müssen gefördert werden. Die Betreuung einer normalen Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett gehört zum Aufgabenbereich der Hebammen und der angrenzenden Berufe.
3. Alle Krankenhäuser sollten den schwangeren Frauen Informationen über die von ihnen praktizierte Geburtshilfe (z.B. die Höhe ihrer Kaiserschnitttrate) frei zugänglich machen.
4. Es gibt keinerlei Rechtfertigung für eine Kaiserschnitttrate über 10 bis 15 %.
5. Einmal Kaiserschnitt muss nicht für alle folgenden Geburten auch Kaiserschnitt bedeuten. Nach einer solchen Operation, bei der die Gebärmutter an einer tiefliegenden Stelle geöffnet wurde, kann eine vaginale Entbindung angestrebt werden, wenn im Notfall schnell ein Eingriff durchgeführt werden kann.
6. Es gibt keine Beweise dafür, dass routinemäßige elektronische Dauerüberwachung der kindlichen Herztöne einen positiven Einfluss auf den Ausgang der Geburt hat.
7. Für eine Rasur der Schamhaare oder einen Einlauf vor der Geburt besteht kein Anlass.
8. Während der Wehentätigkeit sollten schwangere Frauen nicht auf dem Rücken liegen. Sie sollten angeregt werden, während der Wehen herumzulaufen und sich frei zu entscheiden, in welcher Position sie gebären möchten.
9. Routinemäßige Dammschnitte sind nicht zu rechtfertigen.
10. Geburtseinleitungen sollten nicht aus Bequemlichkeit stattfinden. Verabreichung von Wehenmitteln sollte nur nach strenger medizinischer Indikation erfolgen.
11. Schmerzstillende und betäubende Medikamente sollten nicht routinemäßig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation eingesetzt werden.
12. Für eine frühzeitige Eröffnung der Fruchtblase als Routineeingriff gibt es keine wissenschaftliche Begründung.
13. Das gesunde Neugeborene gehört zu seiner Mutter, wenn es der Zustand von beiden erlaubt. Die Beobachtung des Kindes rechtfertigt nicht die Trennung von der Mutter.
14. Nach der Geburt sollte der Mutter möglichst bald Gelegenheit zum Stillen gegeben werden.
15. Geburtshilfliche Einrichtungen, die mit dem Einsatz von Technik kritisch umgehen und emotionale, psychische und soziale Aspekte in den Vordergrund stellen, sollten bekannt gemacht werden. Diese Projekte sollten gefördert werden, um als Modelle für andere geburtshilfliche Einrichtungen zu dienen und die Einstellung zur Geburtshilfe in der Öffentlichkeit zu verändern.
16. Regierungen sollten über die Schaffung von Bestimmungen nachdenken, die den Einsatz neuer Geburtstechnologien nur nach angemessener Prüfung erlauben.