

**Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und  
Gesellschaft (AKF e.V.)  
Runder Tisch „Lebensphase Eltern werden“**

**Vorschlag für ein Nationales Gesundheitsziel: Salutogenese in der  
Schwangerenbegleitung, Geburtshilfe und der ersten Zeit danach**

In den letzten dreißig Jahren hat sich in Deutschland die Geburtshilfe hin zur Geburtsmedizin entwickelt. Dabei wurde ein defizitorientiertes Risikokonzept etabliert, in dessen Folge vielfach die normale ungestörte Vaginalgeburt zu einem antiquierten Auslaufmodell erklärt wurde. Frauen wünschen sich eine normale ungestörte Geburt, aber nur noch rund sieben Prozent der Geburten verlaufen interventionsfrei.

Die weit gehende Medikalisierung, Kontrolle und Pathologisierung im Namen größerer Sicherheit schaffen Unsicherheit, Entmündigung und Manipulierbarkeit bei den Schwangeren und ihren Partnern. Unterstützt von Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik formt sich ein neues Bewusstsein von Schwangerschaft und Geburt. Frauen werden von Gebärenden zu Kundinnen und Konsumentinnen von Vorsorgeangeboten und IGeLeistungen, die die optimale Schwangerschaft und Geburt versprechen. Die Eltern haben, so wird suggeriert, die Verantwortung, Macht und Pflicht, mithilfe medizinischer engmaschiger Überwachung ein gesundes, möglichst den gängigen Normen entsprechendes Kind zur Welt zu bringen. Dies schafft Druck, Ratlosigkeit und Gefahren trotz aller Information.

Obwohl die westlichen Frauen so gesund sind wie nie und die Lebensbedingungen günstig, haftet Schwangerschaft und Geburt das Etikett eines enormen Risikos an. Oder, um mit Professorin Beate Schücking zu sprechen, „Die Frauen gehen in der Schwangerschaft gesund in die Praxis, kommen aber zu drei Viertel als Risiko wieder heraus. Die meisten Frauen sind aber nicht krank und sollten deshalb auch wie Gesunde behandelt werden.“

Weitgehend verloren gegangen ist das selbstverständliche Gefühl, *gebären zu können*. Das selbst Gebären wurde durch das Entbunden werden ersetzt, die Eigenleistung durch umfassende Dienstleistung.

Notwendig ist ein Wertewandel in der Geburtshilfe: Schwangerschaft und Geburt sind keine schlechte Erfindung der Natur, die durch medizinische Interventionen wie z.B. den Kaiserschnitt verbessert werden müssen. Sie sind fein abgestimmte, sinnvolle physiologische Abläufe, die es sensibel zu unterstützen und zu schützen gilt.

Die Medizin ist für den Notfall da.

Hierzu ist eine gemeinsame Bewegung von Frauen, Hebammen, Ärzteschaft, Verbänden und allen, die an Schwangerschaft und Geburt teilhaben notwendig und die Bereitschaft, die Bedürfnisse von Frauen, Männern und Kindern in den Mittelpunkt zu stellen und nicht ökonomische, wissenschaftliche oder standesgeleitete Interessen.

Wieder neu etabliert werden muss das Vertrauen in die weibliche Gebärfähigkeit und das Bewusstsein, dass Schwangerschaft und Geburt nicht per se ein Risiko sind. Die weiblichen Ressourcen und nicht die Defizite gilt es zu betonen und schützende Faktoren wie die Vermittlung von Sicherheit, Geborgenheit und respektvolle

Zuwendung müssen ernst genommen werden. Zeit, Ruhe, Freundlichkeit, Gelassenheit, Vertrauen sind als wichtige Geburtshelfer wieder anzuerkennen. Je weniger Stress, desto störungsfreier verlaufen Schwangerschaft und Geburt und desto ungestörter kann sich die Beziehung zum Kind entwickeln. Grundsätzlich sollen allen Schwangeren (und ihren Partnern) ausreichende Informationen zur Verfügung stehen, damit sie eine eigene, informierte Entscheidung treffen können. Informationen helfen aber nur in Kombination mit dem Vertrauen auf die eigene Kraft und von Respekt geleiteter professioneller und persönlicher Unterstützung.

## **Maßnahmen zur Entmedikalisierung und Humanisierung der Schwangerenbegleitung, Geburtshilfe und der ersten Zeit nach der Geburt**

- ▶ Orientierung der Geburtshilfe an der Klassifikation der WHO in
  - Maßnahmen, die nachgewiesenermaßen nützlich sind und gefördert werden sollten
  - Maßnahmen, die eindeutig schädlich oder ineffektiv sind und abgeschafft werden sollten
  - Maßnahmen, die bislang noch nicht ausreichend erforscht sind, um eindeutige Empfehlungen aussprechen zu können und deshalb mit Vorsicht angewandt werden sollten, bis weitere Forschung den Sachverhalt klären kann
- ▶ Entmedikalisierung und Humanisierung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe
- ▶ Überarbeitung des Mutterpasses, Streichung der dort nicht zwingend notwendig als Risiken zu bezeichnenden Diagnosen. Aufnahme von Fragen nach dem Wohlbefinden
- ▶ Senkung der Rate der Risikoschwangerschaften
- ▶ Überprüfung der IGeLeistungen auf Sinn und Notwendigkeit
- ▶ Abbau der Überversorgung der gesunden Frauen, Beseitigung der Unterversorgung sozial schwacher Gruppen
- ▶ Abgrenzung der Pränataldiagnostik von der allgemeinen Vorsorge
- ▶ Senkung der Dammschnittrate
- ▶ Senkung der Kaiserschnittrate
- ▶ Jede Frau braucht bei der Geburt eine Hebamme und bei Bedarf andere Personen ihres Vertrauens. Ziel ist die Eins-zu-Eins-Betreuung
- ▶ Bewusstmachung und Aufwertung der „Gekonnten Nichtintervention“ in der Geburtshilfe
- ▶ Erforschung langfristiger Folgen geburtshilflicher Eingriffe
- ▶ Etablierung von Hebammenkreißsälen
- ▶ Flächendeckender Ausbau des Familienhebammensystems
- ▶ Betreuung der Wöchnerin und der jungen Familie durch Familienhebammen und Haushaltshilfen
- ▶ Effektive Stillförderung durch Hebammen und Krankenhaus mit dem Ziel der Erhöhung der Stillrate und mit der Empfehlung, sechs Monate voll zu stillen
- ▶ 10 Tage Sonderurlaub mit Lohnfortzahlung für den Vater nach der Geburt, um die Mutter zu entlasten und das frühe Zusammenwachsen der Familie zu fördern.
- ▶ Prüfung von „models of good practice“ anderer Länder, besonders der skandinavischen, auf Übertragbarkeit.

Berlin, 2.11.2007

Helga Albrecht, Dr. Edith Bauer, Karin Bergdoll, Claudia Czerwinski, Barbara Ehret-Wagener, Ulrike Hauffe, Petra Otto