

19. Wahlperiode



# Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der  
Kinder (Kinderkommission)

## Wortprotokoll der 11. Sitzung

### **Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderkommission)**

Berlin, den 20. Februar 2019, 16:00 Uhr

Paul-Löbe-Haus

2.200

Vorsitz: Susann Rüttrich, MdB

## Tagesordnung

### **Tagesordnungspunkt 1**

**Seite 7**

Öffentliches Expertengespräch zum Thema:  
"Pränatales Kindeswohl I: Versorgung von  
Schwangeren und ungeborenen Kindern"

### **Tagesordnungspunkt 2**

**Seite 28**

Verschiedenes



## Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 6
Wortprotokoll	Seite 7



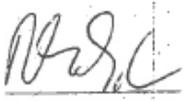
19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

**Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)**

Mittwoch, 20. Februar 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u> Wiesmann, Bettina Margarethe	_____	<u>CDU/CSU</u> Launert Dr., Silke	_____
<u>SPD</u> Rüthrich, Susann		<u>SPD</u> Bahr, Ulrike	_____
<u>AfD</u> Huber, Johannes		<u>AfD</u> Herder-Kühnel, Mariana Iris	_____
<u>FDP</u> Seestern-Pauly, Matthias		<u>FDP</u> Föst, Daniel	_____
<u>DIE LINKE.</u> Müller (Potsdam), Norbert		<u>DIE LINKE.</u> Werner, Katrin	_____

14. Februar 2019

Anwesenheitsliste

Seite 1 von 2

Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro  
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36330  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

19. Wahlperiode

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 20. Februar 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
BÜ90/GR Lehmann, Sven	<i>S. Lehmann</i>	BÜ90/GR Dörner, Katja	

14. Februar 2019

**Anwesenheitsliste**

Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro  
Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-36339  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.

Seite 2 von 2



**Anwesenheitsliste der Sachverständigen  
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema  
„Pränatales Kindeswohl I: Versorgung von Schwangeren  
und ungeborenen Kindern“  
am Mittwoch, dem 20. Februar 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
<b>Prof. Dr. Rüdiger Ernst</b> Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren	
<b>Ursula Jahn-Zöhrens</b> Deutscher Hebammenverband e. V.	
<b>Prof. Dr. Frank Louwen</b> AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main	



## **Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen**

### Abgeordnete

Vors. Susann Rüttrich	7, 9, 12, 15, 17, 18, 20, 21, 23 25, 27, 28
Abg. Johannes Huber	21
Abg. Matthias Seestern-Pauly	24
Abg. Norbert Müller	21, 22, 24
Abg. Sven Lehmann	17

### Sachverständige

Prof. Dr. Rüdiger Ernst	12, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 27
Ursula Jahn-Zöhrens	7, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 27
Prof. Dr. Frank Louwen	9, 15, 17, 19, 23, 25



## Tagesordnungspunkt 1

### Öffentliches Expertengespräch zum Thema: „Pränatales Kindeswohl I: Versorgung von Schwangeren und ungeborenen Kindern“

**Vorsitzende:** Ich darf Sie alle zu unserer ersten hier stattfindenden Sitzung und ExpertInnenbefragung sehr herzlich begrüßen. Unser Thema lautet „Für einen guten Start ins Leben“. Ich freue mich, dass Sie und ihr alle da seid. Frau Wiesmann ist heute leider verhindert und ihre Stellvertreterin ist krank. Deswegen sind wir heute zu fünft. Frau Wiesmann möchte ich schöne Grüße bestellen und ihr ausrichten, dass wir uns freuen, wenn sie in der nächsten Sitzungswoche wieder bei uns ist. Bei unserem heutigen ExpertInnen-/Expertengespräch soll es um das Kindeswohl vor der Geburt gehen – wie die Kinder, die den Start ins Leben antreten, gut umsorgt und versorgt sind. Ich freue mich, dass Sie zu uns gekommen sind, Herr Prof. Dr. Ernst, Vorsitzender Kammergericht Berlin. Sie betreuen dort familiengerichtliche Verfahren und sind auch Mitglied in der Kinderrechtekommission des Deutschen Familiengerichtstags. Frau Ursula Jahn-Zöhrens ist Präsidiumsmitglied im Deutschen Hebammenverband, selbst Hebamme mit einer Praxis in Baden-Württemberg und Beirätin für den freiberuflichen Bereich. Herr Prof. Dr. Frank Louwen von der Arbeitsgruppe für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGKG und von der Uniklinik in Frankfurt am Main, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Stiftung Frauengesundheit. Vielen Dank, dass Sie uns zum Gespräch zur Verfügung stehen. Wir werden von dieser Sitzung wieder ein Wortprotokoll anfertigen, auf dessen Grundlage wir dann vor allem unsere Stellungnahme machen können, die wir zum Schluss unserer Sitzungen zu diesem Themenkomplex machen. Die Sitzung ist öffentlich, d. h. es sind Menschen anwesend, herzlich willkommen, schön, dass Sie da sind. Das heißt, alles, was nicht fürs Protokoll oder für die Öffentlichkeit bestimmt ist, einfach am besten nicht sagen, das hilft dann, dann muss man es nicht aus dem Protokoll wieder herausnehmen. Ich denke, dass damit jetzt alle einverstanden sind. Dann können wir in unsere Diskussion, in unser Gespräch einsteigen: Ich schlage vor, dass Frau Jahn-Zöhrens anfängt, dann Herr Louwen und Herr Ernst zunächst mit kleinen Inputs,

jeweils so zehn, maximal 15 Minuten, und dann können wir in die Diskussion gehen. Frau Jahn-Zöhrens, ich bitte Sie.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Zunächst bedanke ich mich sehr herzlich für die Einladung, an dieser Veranstaltung bei Ihnen teilnehmen zu dürfen und die Sicht der Hebammen auf das Thema darstellen zu können. Ich selbst, das hatte ich vorhin schon kurz im kleinen Gesprächskreis gesagt, fühle mich da auch sehr wohl. Zu meiner Berufserfahrung kann ich sagen, dass ich 30 Jahre lang freiberuflich tätige Hebamme in einem ländlichen Raum im Nordschwarzwald war und vor kurzem in die Vollzeit als Vertreterin des Hebammenstandes im Rahmen des Präsidiums des Deutschen Hebammenverbandes gewechselt habe, wie Sie das schon richtig dargestellt haben. Ich möchte gerne die Gedanken und Aufgaben, die Hebammen sich zu Gesundheitsförderung und Prävention gestellt haben, vorstellen, sowie die Maßnahmen in verschiedenen Settings und dann auch die Zusammenarbeit. Denn das halten wir für unerlässlich, dass sich die gesamten Berufsgruppen um die Schwangeren und die Kinder, die Ungeborenen herum und natürlich auch später als Kooperationspartner sehen, als Miteinander und nicht als Gegeneinander. Das möchte ich gerne noch ein bisschen ausführen.

Der grundsätzliche Ansatz der Hebammentätigkeit in der Schwangerschaft ist ja, dass wir niederschwellig und aufsuchend sind, d. h., es ist etwas völlig Normales, dass sich eine schwangere Frau mit einer Hebamme ins Benehmen setzt, und diese Kontaktaufnahme findet völlig unabhängig von ihrem Sozialstatus statt. Wir als Primärversorgerinnen erkennen hierin ein großes Gut, da wir in dem häuslichen Umfeld natürlich auch eine gute Gelegenheit haben, die Ressourcen, die Schwierigkeiten und die positiven Seiten dieser Familie und dieser Schwangeren zu beurteilen und anzuschauen und dann auch frühzeitig zu erkennen, wo ggf. Hilfestellungen erforderlich sind. Diese aufsuchende Betreuung durch Hebammen ist, glaube ich, in der Bundesrepublik in diesem Stile auch relativ



einmalig. Natürlich haben unsere europäischen Nachbarländer auch eine Hebammenversorgung, aber sie ist einfach anders strukturiert. Wir stellen fest, dass sich die Zeiten auch ein Stück weit geändert haben. So haben vor allen Dingen auch jüngere Frauen manchmal ein Problem, wenn sich plötzlich jemand Fremdes in ihrem privaten Umfeld befindet. Aufsuchende Hebamme bedeutet ja, man öffnet ihr die Tür und lässt sie doch sehr in die Intimsphäre der Familie eindringen oder hineingehen. Da können wir heute feststellen, dass es durchaus auch Ressentiments gibt oder dass die Anbindung anders funktioniert. In den Onlineportalen erkennen wir Wege, die sich diesen jungen Frauen erschließen. Wir akzeptieren das natürlich, der Wunsch der Frau ist unsere Vorgabe; aber nach wie vor halten wir die aufsuchende und die direkte Begleitung für das Bestmögliche. Hebammen suchen immer – auch wenn es hier und da Abschweifungen gibt – das Normale im Pathologischen, d. h. selbst wenn eine Schwangerschaft auch die eine oder andere Schwierigkeit hat, so bleibt es dennoch eine schwangere Frau, und es gibt viele Anteile, die ganz normal funktionieren. Dieses Stärken und diese Betrachtung der individuellen Situationen sind für uns sehr wichtig. Ich habe hier Empowerment geschrieben, das bezieht sich auf die Stärken und die Möglichkeiten der Frau, in sich die Eigenverantwortung – dazu kommen wir auch später noch einmal – und vor allen Dingen auch das Selbstbewusstsein zu haben, „ich kriege das hin, ich mache das gut und ich kriege auch dieses Kind auf die Welt“. Das ist der rote Faden, der sich durch die Betreuung durchzieht. Das ist auch ein wichtiger Ansatz für uns. Gesundheit von Mutter und Kind heißt ein ganzheitlicher Blick auf körperliche, seelische und psychische Gesundheit, und daran richtet sich unser Tun aus. Ich habe Rainhild Schäfers zitiert, die das sehr gut in ihrer Arbeit dargestellt hat.

Ich möchte jetzt zu den einzelnen Details kommen und auch schon ein bisschen auf die besondere Thematik, der wir uns heute Nachmittag stellen. In der Beratung der Schwangeren, die teils in den Räumen der Hebamme, aber doch immer noch mehrheitlich in den Räumen der Familie, in den Wohnungen der Schwangeren stattfindet, geht es natürlich darum, die ganze Lebenssituation zu

betrachten, die Schwangere darüber aufzuklären, welche Möglichkeiten sie hat – von der Ernährung bis zur Suchtprävention, von den Zigaretten über den Alkohol bis zum Drogenkonsum. Da braucht es durchaus auch ein Stück Erfahrung und Fingerspitzengefühl, das eine oder andere so mit der Schwangeren zu diskutieren, dass sie sich auch öffnet. Wenn ich da nicht sensibel dran gehe, dann wird sie sich auch mir nicht offenbaren. Manchmal sind es dann eher Zufälligkeiten, dass man tatsächlich die Problematik erkennt. Auf der anderen Seite habe ich festgestellt, dass Frauen in der Schwangerschaft eine hohe Bereitschaft haben, sich diese Dinge anzuschauen und dann auch in Programme einzusteigen, um diesen Abusus loszuwerden oder zumindest ein Handling damit zu erhalten. In der Schwangerenvorsorge kann ich aus Hebammensicht sagen, da sind wir deutlich unterrepräsentiert, da wären wir gerne deutlich anders repräsentiert. Die Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik ist aus unserer Sicht auch teilweise pathologisiert, so dass es bei den Schwangerenvorsorgen darum geht, zu suchen, ob es irgendetwas Besonderes gibt und nicht zunächst davon auszugehen, dass diese Schwangere schlichtweg schwanger, guter Hoffnung ist – und das soll sie bleiben und dürfen. Wir haben unsere Möglichkeiten herauszufinden, wenn sich dann doch eine Besonderheit darstellt. Zunächst aber ist sie schwanger, zunächst darf man auch davon ausgehen, dass sich eine Schwangere der Schwangerschaft entsprechend verhält, dass sie also ihre Essensregeln beachtet, dass sie auf rohes Fleisch verzichtet und derartige Dinge, dass sie das Rauchen in dem Moment, in dem sie weiß, dass sie schwanger ist, einstellt. Das ist das, was wir normalerweise erleben, dass sie auf den Alkohol definitiv verzichtet, und von Drogen im weiteren Sinne wollen wir jetzt gar nicht reden. Denn in der Regel sind Schwangere, die ein Drogenproblem haben, irgendwo schon bekannt, und sie bekommen dann sowieso eine andere Art der Begleitung. Die Geburtsvorbereitungskurse kennt jeder, und im Rahmen der Geburtsvorbereitung ergibt sich auch eine Vernetzung unter Schwangeren. Es wird ein Netzwerk gebildet, es gibt unter den Frauen Solidarität und auch Regulierung, so dass der Zusammenschluss im Rahmen von



Geburtsvorbereitungskursen oder anderen Kurssystemen, die sich in der Schwangerschaft ergeben, eine Stärkung ist. Dort erfahren gerade auch Frauen, die vielleicht mit dem Aufhören des Rauchens ein Problem haben, von den anderen, denen es auch nicht leicht fällt, aber es schaffen, dass man das auch erreichen kann.

Ein ganz wichtiger Ansatz von Hebammen ist, Frauen in Kenntnis zu setzen, um eine informierte Entscheidung zu bekommen, wo sie ihr Kind bekommen will. In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, dass Frauen mit besonderen Lebenssituationen manchmal einen besonderen Geburtsort brauchen, und Hebammen haben die Möglichkeit, darüber auch offen zu informieren und mit der Frau zu entscheiden, was für sie der richtige Ort ist. Je nach Problematik braucht man die Kinderklinik oder auch nicht; je nach Problematik ist es besser, die Intimsphäre so dicht zu halten, dass man eher ein Geburtshaus oder eine Hausgeburt empfiehlt, weil die Frau in einem großen Setting vielleicht Lebenserfahrungen gemacht hat, so dass sie Angst bekommt, wenn sie sich in einem Krankenhaussystem wiederfindet. Wir machen individuelle Beratungen; keine Hebamme wird eine Frau zu einer Hausgeburt überreden wollen, wenn die Frau von sich aus nicht die Bereitschaft dazu hat. Da sind wir sehr offen und wollen das auch offen begleiten.

Ich möchte auf die Kooperationen zurückkommen. Ich habe mich kundig gemacht, in „Nationale Gesundheitsziele, Gesundheit rund um die Geburt“ wird es sehr gut dargestellt. In dem Titel 1.7 wird ausdrücklich Interprofessionalität gefordert. Interprofessionalität, also die Zusammenarbeit mit den Frauenärzten, mit den Geburtshelfern, mit den Sozialarbeitern und mit Wohlfahrtsverbänden soll eine Befruchtung sein, und diese Zusammenarbeit ist für uns unerlässlich. Es hat sich aus der Not heraus schon vor längerem das Nationale Zentrum Frühe Hilfen gebildet. Auch hier sind Hebammen mit vernetzt. Manche meiner Kolleginnen haben sich da auch einer Weiterbildung zur Familienhebamme unterzogen. Wir halten dieses System insgesamt in den Übergangsformen für tragfähig. Hebammen sind auch Lotsinnen, also diejenigen, die erkennen, wo

die Grenze der Belastbarkeit für diese Familie, für die Frau erreicht ist und ihre Besonderheiten erkennen und erkennen, wen man mit ins Boot holen muss. Wir haben unsere Netzwerke regional mit Ärzten und Psychiatern. Ich nehme mal die postnatale Depression, Überlastungssyndrome in der Schwangerschaft. Sehen wir die soziale Situation von vulnerablen Familien, dann brauchen wir eine weitere Unterstützung, eine Familienhilfe; gibt es Gewalterfahrung, auch Suchtpotential seitens des Partners – das sind ja große Belastungen –, dann brauchen wir einfach eine Unterstützung, bis hin zu den Sozialträgern, die ich noch mit aufgeführt habe. In diesen Abwägungen sind Hebammen ziemlich gut. Das war von meiner Seite das Eingangsstatement, in dem ich mich positionieren wollte und das ich dann gerne weiter mit Ihnen diskutieren möchte, und damit schließe ich meinen Eingang.

**Vorsitzende:** Wir danken Ihnen. Dann leite ich jetzt von der Hebammenperspektive direkt zu der geburtsmedizinischen und Herrn Prof. Dr. Louwen über.

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Vielen Dank. Frau Rührich, Sie hatten mich ja schon vorgestellt, ich heiße Frank Louwen, bin Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und in dem Thema Geburtshilfe und Pränatalmedizin in verschiedenen anderen Organisationen und Gremien der Bundesregierung und in verschiedenen Fraktionen nicht nur zuhause, sondern auch kontinuierlich im Gespräch. Ich freue mich sehr, heute hier bei Ihnen zu sein, denn es fällt natürlich extrem leicht, wenn man über ein Thema sprechen darf, das eine absolute Erfolgsstory ist. Wir dürfen durchaus stolz sein auf die Betreuungssituation, die wir hier in der Bundesrepublik haben. Es war eine wegweisende Entscheidung 1985, als der G-BA die Mutterschaftsrichtlinien beschlossen hat. Diese sind seitdem viele Male an die wissenschaftliche Entwicklung adaptiert worden, und so können wir heute mit großer Freude den werdenden Müttern in Deutschland mit der niedrigsten perinatalen Mortalität und der



niedrigsten perinatalen Morbidität und der niedrigsten mütterlichen Mortalität nicht nur in Europa, sondern weltweit begegnen. Das ist ein großes Verdienst, an dem sehr viele Menschen teilgehabt haben, auch unsere beiden Berufsgruppen, die wir hier repräsentieren. Meine Kollegin hat das gerade völlig richtig gesagt, wir sind auch in der privilegierten Situation in Deutschland, dass wir zwei Berufsgruppen mit hoher Expertise haben, die sich um den Beginn des Lebens kümmern dürfen und dies auch, glaube ich, mit sehr guter Ausbildung ausgezeichnet tun. Das ist einer der Gründe dafür, warum es so gut funktioniert. Wenn Sie nun fragen, wie sieht die pränatale Situation aus, und das ist das Thema, das Sie uns heute gegeben haben, also die Schwangerenvorsorge, und dann gibt es noch den leichten Übergang in die Geburt und ins Wochenbett, dann kann man zunächst sagen, dass die Mutterschaftsrichtlinien die ärztliche Versorgung in der Schwangerschaft regeln. Das ist etwas sehr Besonderes – diese Perspektive verliert man leicht, wenn man in einem solchen System aufwächst. Ich bin auch seit 30 Jahren im Beruf – nicht nur das haben wir ja gemeinsam, wir kennen uns sehr gut – und bin, zumindest in meiner Funktion als Geburtshelfer, schon in dieses System hineingeboren worden, denn fünf Jahre vorher wurden die Mutterschaftsrichtlinien erlassen, d. h. für mich war es schon Normalität, dass eine Frau von ihrer Krankenkasse zehn Untersuchungen in der Schwangerschaft erstattet bekommt. Diese Entscheidung kam nicht aus der hohlen Hand, sondern ihr war ein dreijähriger Prozess der Evaluation und der wissenschaftlichen Grundlagen vorangegangen. So macht es sehr viel Sinn, dass die Ultraschalluntersuchungen – grob gesagt – in der 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche eingeführt wurden. Auch damit konnte erreicht werden, dass Frauen nicht erst dann zu einer Ärztin oder zu einem Arzt gehen, wenn klinische Komplikationen auftreten, um hier eine Behandlung zu erfahren, sondern wir in der Bundesrepublik in der Prävention, zumindest was die Schwangerschaft betrifft, sehr weit sind und weltweit kopiert werden. Also wir sind in einer ausgezeichneten Situation.

Wo sind die Risiken und wo sind die Probleme, denen wir uns heute stellen müssen, damit wir

auch für die Zukunft gut gerüstet sind? Diese Versorgung ist brillant und wird weltweit kopiert, aber wo haben wir unsere Schwächen? Das ist relativ leicht umschrieben, das können wir auf die Patienten beziehen, und das können wir aber auch auf berufliche Situationen beziehen. Mit allergrößter Sorge sieht sowohl der Hebammenverband als auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die Situation in den Kreißsälen. Hier haben wir zu wenige Hebammen, das erleben Sie nicht nur in Berlin, wo ganze Krankenhäuser zeitweise geschlossen werden müssen, weil keine Hebammenversorgung da ist. Da muss man etwas tun, dafür gibt es viele verschiedene Ansätze. Ich glaube, es beginnt mit der Bezahlung der Hebammen in diesem Bereich und geht über den Respekt, den sie in den Kreißsälen verdienen, bis hin zu einer vernünftigen Relation, wie viele Frauen unter der Geburt betreut werden können. Es ist nicht hinnehmbar, dass Hebammen in einer Schicht fünf oder sechs Frauen betreuen. Das ist keine Betreuung, sondern da findet nur noch Notfallmanagement statt. Und das schließt an das an, was meine Kollegin schon gesagt hat, nämlich dass Hebammen auch einen anderen Blickwinkel auf Schwangerschaft und Geburt als Ärztinnen und Ärzte haben, und die Kombination ist, glaube ich, das Zielführende und das, was wir erreichen müssen. Wir gehören zu denjenigen – das war auch nicht immer so in der Geschichte unserer beiden Verbände –, die heute Seite an Seite stehen und sagen, man braucht eine optimale Vernetzung und gemeinsame Versorgung. Früher gab es da Konkurrenzdenken, was unsinnig ist und in anderen Ländern in die falschen Richtungen geführt hat, die heute zurückrudern.

Der zweite schwierige Bereich ist die Wochenbettversorgung. Das erleben Sie in Berlin ganz besonders stark, das Problem haben wir vor allen Dingen in den Großstädten, dass Frauen in der Bundesrepublik keine Wochenbettnachsorge durch Hebammen haben. In Frankfurt beispielsweise haben nur noch 40 Prozent der Frauen überhaupt die Möglichkeit, eine Hebamme zu erreichen. Das ist hoch relevant, das ist auf dem Land gar nicht ganz so wichtig – da lehne ich mich mal aus dem Fenster –, denn da sind häufig die Strukturen so, dass man die Familien noch um sich hat, da wird das noch aufgefangen. In den



Großstädten haben wir zwei Probleme: Erstens hat man keine Familie mehr und kann niemanden mehr fragen, wie das mit dem Stillen, mit der Ernährung, mit dem Baby, mit der gesamten Versorgung klappt. Zweitens gibt es auch zu wenige Hebammen, die überhaupt noch diese Aufgaben übernehmen können. Hier brauchen wir dringend Initiativen sowohl in den Kreißsälen als auch in der Wochenbettversorgung unserer Wöchnerinnen, um hier den Standard aufrechtzuerhalten, der vielleicht schon mal besser war als heute. Das sehen wir daran, dass heute in Deutschland wieder viele Frauen mit Brustdrüsenentzündungen in die Kliniken kommen, weil Stillprobleme eingetreten sind. Das hört sich banal an, aber die Auswirkungen sind gewaltig, nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind. Das hat damit zu tun, dass Kinder dann nicht weiter gestillt werden, und dadurch ergeben sich neue Krankheitsrisiken. Das muss ich jetzt nicht ausführen, weil das nicht das Thema ist. Aber die natürliche Versorgung ist für die Kinder hoch relevant und kein Thema, das von der pharmazeutischen Industrie aufgegriffen werden sollte, das kann diese auch gar nicht leisten.

Wenn wir auf spezifische Situationen eingehen, müssen wir realisieren, dass sich auch die werdenden Mütter verändert haben. Das ist nicht so sehr nur das Alter – es wird immer sehr rasch vorangestellt, dass Frauen bei der ersten Schwangerschaft häufig ein höheres Lebensalter haben als noch vor 20 Jahren. Das ist natürlich richtig. Das potenziert aber gar nicht so sehr die Risiken, sondern heute geht jede fünfte bis sechste Frau bereits mit krankhafter Adipositas, Fettleibigkeit, in die Schwangerschaft. Diese hat nicht nur hohe Risiken für Mutter und Kind während der Schwangerschaft, sondern für dieses Kind für sein restliches Leben – das Stichwort heißt „fetale Programmierung“. Das bedeutet, Krankheitsrisiken entstehen für das Kind allein durch die Tatsache, dass die Mutter bereits Adipositas hat. Das ist ein Punkt, den meine Kollegin gerade schon völlig richtig angesprochen hat. Wenn wir erleben, dass Frauen schon in dieser Situation in die Schwangerschaft gehen, dann müssen wir uns vernetzen, interdisziplinär arbeiten, und dafür brauchen wir ganz neue Finanzierungswege von Seiten der GKV, um hier

andere mit ins Boot zu nehmen, die helfen können. Das sind nicht nur Ernährungsberater, sondern auch PsychologInnen, denn die Frauen in dieser Situation leiden darunter, dass sie Adipositas haben. Wenn man ihnen sagt, sie sollten jetzt mal abnehmen, dann führt das höchstens dazu, dass sie nicht mehr wiederkommen, aber sicherlich nicht dazu, dass sich die Situation bessert. Hier haben wir neue Arbeitsfelder, die wissenschaftlich schon recht gut evaluiert sind. Da wir aber – für meine Fachgesellschaft kann ich das sicherlich genauso sagen wie für die Hebammen, die ja auch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft haben – evidenzbasiert arbeiten möchten, hat die Deutsche Gesellschaft vor einem knappen Jahr eine neue S3-Leitlinie, das ist der höchst mögliche Evidenzlevel, für Adipositas in der Schwangerschaft aufgelegt. Wir rechnen damit, dass wir Ende 2019 damit fertig sein können.

Wir haben darüber hinaus ein zweites großes Problem, das wir auch mit einer evidenzbasierten Leitlinie beantworten wollen. Das ist die Tatsache, dass immer mehr Frauen per Kaiserschnitt entbinden. Es ist falsch zu glauben, dass die Kaiserschnitttrate mit dem Wunsch der Frauen korreliert. Das ist in den allermeisten Fällen eine Ausrede. Es ist nicht so, dass Frauen glücklich feststellen, „heute gibt’s einen anderen Weg, ich muss mich nicht irgendeiner Situation aussetzen.“ Da muss man eher fragen, wie kommt es zu der Fehlinformation und wie kommt es zu den Sorgen und Ängsten, die die Frauen haben, wenn sie diesen Ausweg der Operation für die Geburt ihres Kindes wählen; heute müssen wir vielmehr realisieren, dass andere Faktoren eine ganz wesentliche Rolle spielen. Und da spielt auch sowohl die juristische Situation als auch die Sorgen und Ängste, die mittlerweile viele Frauenärztinnen und Frauenärzte haben, hinein, und deswegen ist es auch gut, dass diese beiden hier mit am Tisch sitzen. Es gibt immer noch diesen Spruch: „Wegen einem Kaiserschnitt hat noch niemand seine Approbation verloren, aber wegen einer normalen Geburt schon.“ Das sind sicherlich ganz wesentliche Aspekte. Man kann in Deutschland häufig genug als Frauenärztin oder Frauenarzt nicht mehr die Versicherungen bezahlen. Die Kliniken stöhnen, wenn ein Schadensfall in einer Hautklinik passiert, auch



wenn hier natürlich die Schadenssummen viel geringer sind als wenn einem Kind etwas passiert, obwohl in beiden Berufsgruppen wahrscheinlich die Ärztinnen und Ärzte das Beste geben, d. h. über diese Ungleichgewichte muss man sich sicherlich Gedanken machen. Das ist aber auch nur der eine Punkt. Denn die Tatsache, dass viele Kaiserschnitte gemacht werden, obwohl die Indikation dazu gar nicht da ist und auch die Evidenz dafür fehlt, hat dazu geführt, dass wir mit Unterstützung der Bundesregierung vor zwei Jahren begonnen haben, zwei verschiedene Leitlinien evidenzbasiert zu entwickeln. Die eine S3-Leitlinie heißt „Der Kaiserschnitt“, das weiß ich einigermaßen gut, weil ich da selbst der Koordinator bin. Die andere S3-Leitlinie heißt „Vaginale Geburt am Termin“, ein genauso wichtiges Thema, weil sich da auch durch Falsch- oder Richtigbehandlungen für Mutter und Kind Situationen ergeben können, die man durch bessere Behandlung vermeiden könnte. Auch da darf ich in der Koordination mitarbeiten. Insofern kann ich Ihnen auch sagen, dass wir in diesem Jahr 2019 diese beiden Leitlinien abgeschlossen haben und zur Verfügung stellen können. Ich glaube, auf dieser Evidenzlage ist schon sehr viel möglich. Ich hoffe, ich habe Ihnen mit dieser kurzen Stellungnahme gezeigt, dass wir sehr stolz und froh sind, dass wir in Deutschland eine ausgezeichnete Situation haben. Das hat etwas mit der Strukturierung zu tun, die der G-BA – und damit auch beispielsweise Ihre Vorgänger in diesem Ausschuss und in den verschiedenen Funktionen – schon für die Frauen in Deutschland hergestellt haben. Die Situation verändert sich aber und wir haben nachzujustieren – ich hoffe, ich konnte Ihnen das kurz darstellen. Ich freue mich auf Ihre Fragen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank Ihnen für den Einblick, den Sie uns gegeben haben. Jetzt würde ich gerne an Prof. Dr. Ernst übergeben. Es ist vielleicht nicht ganz selbsterklärend, warum wir zu diesem Thema einen Juristen eingeladen haben. Ich habe die Freude gehabt, bei einer Veranstaltung in der Uniklinik in Dresden Herrn Prof. Dr. Ernst anhören zu können. Dort ist es genau um die Frage gegangen, die ich hier gerne mit Ihnen etwas vertiefen würde. Wir kennen das Konzept der Kindeswohlgefährdung, also wenn sich ein Kind in einem Umfeld mit Beeinträchtigungen

befindet. Wir haben dort darüber diskutiert, ob dieses Konzept auf die Zeit vor der Geburt anwendbar ist, wenn ggf. eine Gefährdung zu drohen scheint, und was wir dann tun können. Herr Prof. Dr. Louwen hat einen weiteren Aspekt gebracht, wo wahrscheinlich nicht der Familienrichter kommen kann. Aber es ist vielleicht doch spannend, mit Ihnen zu schauen, welche Möglichkeiten man hat oder welche Diskussionen es gibt, damit ein Kind gut auf die Welt kommen kann.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Mit meinem Dank für die Einladung muss ich eine erste kleine Enttäuschung verbinden. Ich bin angekündigt als der Vorsitzende des Kammergerichts. Das Kammergericht ist eines der großen Oberlandesgerichte Deutschlands mit über 130 Richterinnen und Richtern. Ich bin nicht der Vorsitzende des ganzen Kammergerichts, also etwa der Präsident, sondern ich bin Vorsitzender eines Familiensenats beim Kammergericht. Ich freue mich, als Mitglied der Kinderrechtekommission bei der Kinderkommission des Deutschen Bundestages zu Gast zu sein. In der Sache beleuchte ich eine zaghafte, neue Rechtsentwicklung zum Schutz der ungeborenen Kinder, die sich jenseits gesetzgeberischer Aktivitäten im Wege des normalen richterlichen Geschäftes durch Auslegung der Gesetze ergeben hat. Ich werde in drei kleinen Schritten vorgehen. Im ersten Schritt skizziere ich das familiengerichtliche System des Kinderschutzes für geborene Kinder. Im zweiten Schritt beleuchte ich die beiden Gerichtsentscheidungen, die es in jüngster Zeit zum Schutz ungeborener Kinder gegeben hat und erörtere, was sich daraus für Folgerungen ergeben. Und im dritten kurzen Schritt frage ich, ob es Handlungsbedarf gibt.

Mit Familiengerichten assoziiert man Scheidung, Unterhalt usw., Familiengerichte sind aber auch Kinderschutzgerichte. Familiengerichte sind in erster Instanz die Amtsgerichte, wo eine RichterIn, ein Richter entscheidet; in zweiter Instanz gibt es das Oberlandesgericht, da



entscheiden wir zu dritt, und in dritter Instanz gibt es den Bundesgerichtshof. Beim Kinderschutz geht es nicht darum, dafür zu sorgen, dass einem Kind die beste Erziehung angedeiht, sondern es geht darum, Schäden vom Kind abzuwenden, eingetretene Schäden zu beseitigen sowie drohende Schäden zu verhindern. Das ist die große Weichenstellung, der große Maßstab, den Artikel 6 des Grundgesetzes aufstellt. Wir dürfen also nicht schauen, was das Beste für das Kind ist, es ist nicht die staatliche Aufgabe, das Kind etwa gegen den Willen der Eltern bestmöglich zu fördern, sondern Schäden vom Kind abzuwenden. Es ist also nicht Aufgabe des Staates, für optimale Lebensbedingungen zu sorgen. Voraussetzung ist nach der entscheidenden Vorschrift im Bürgerlichen Gesetzbuch, das ist § 1666 BGB, dass erstens eine Gefahr für das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes besteht, und zweitens, dass die Eltern entweder nicht gewillt oder aber nicht in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden. Liegen diese Voraussetzungen vor, dann kann und muss das Familiengericht Maßnahmen ergreifen, und zwar die geeignete Maßnahme, um die Gefahr abzuwenden. Diese Maßnahme muss verhältnismäßig sein, d. h. wenn eine mildere Maßnahme hilfreich erscheint, dann darf keine strengere, schärfere Maßnahme ergriffen werden. Bei diesen Maßnahmen hat der Gesetzgeber im Jahr 2008 durch das Gesetz zur Erleichterung von Maßnahmen zur Abwendung von Kindeswohlgefahren einen Katalog aufgestellt, der sich in Absatz 3 des § 1666 BGB befindet. Dieser Katalog zählt nicht abschließend, aber die Fantasie der Familiengerichte anregend, auf, was alles möglich ist. Das sind Gebote, die sich immer an die Eltern richten: Gebote, öffentliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, insbesondere Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Gesundheitsfürsorge oder für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen; sowie Verbote, beispielsweise die Familienwohnung zu nutzen bei Gewalt in der Partnerschaft oder Kontakt mit dem Kind aufzunehmen. Es können Erklärungen der Eltern ersetzt werden und das, wofür die Familiengerichte dann bekannt sind, der teilweise oder vollständige Entzug der elterlichen Sorge. Dieser Katalog wurde 2008 aufgenommen, bis dahin war auch bei den Familiengerichten die Vorstellung vorherrschend, dass man als Familiengericht erst zuständig sei,

wenn das Kind aus der Familie herausgenommen werden müsse. Das ist aber nicht so, und deswegen hat der Gesetzgeber zwar inhaltlich nichts Neues gemacht, aber – um die Fantasie der Familiengerichte anzuregen – einen Katalog aufgenommen. Ganz deutlich ist – ich habe ja eben den Katalog vorgelesen – der Vorrang aufklärender, belehrender und steuernder Maßnahmen. Dem entspricht auch das Verfahren vor dem Familiengericht. Wie kommt ein Fall überhaupt vor das Familiengericht? In der Regel dadurch, dass das Jugendamt eine Anzeige macht, also ein Verfahren anregt. Das muss aber nicht zwingend das Jugendamt sein, das können auch Ärztinnen, Ärzte oder Hebammen, Schulen oder Staatsanwaltschaften bei Kinderdelinquenz sein, das können Nachbarn, Familienangehörige oder auch ein anderes Gericht sein. Das Jugendamt ist beteiligt, das Jugendamt wirkt als mit allen Rechten ausgestatteter Beteiligter in diesem Verfahren mit. Dem Kind ist ein eigener, sogenannter Anwalt zu bestellen. Das ist manchmal eine Rechtsanwältin, Rechtsanwalt, aber in der Regel meistens jemand mit sozialpädagogischer oder psychologischer Vorbildung, ein sogenannter Verfahrensbeistand. Und dann findet – ganz wichtig – vor dem Gericht ein Erörterungstermin statt. Das ist ein Termin, in dem die RichterInnen in Robe sitzen, die Eltern etwa mit Anwalt, mit Anwältin, das Jugendamt, Verfahrensbeistand sowie psychologische, medizinische Sachverständige sind dabei. Da wird ein Art Zwangskontext hergestellt, und es ist dann Aufgabe dieses Erörterungstermins, zunächst mit den Eltern zu erörtern, wie die Gefahr abgewendet werden kann. Wenn wir als Juristen, als Gerichte nicht den Sachverstand haben, dann müssen wir uns den Sachverstand über Sachverständige besorgen. Das ist im ersten Schritt das allgemeine System des familiengerichtlichen Kindesschutzes.

Was können wir nun zum Schutz des ungeborenen Kindes sagen? Hier gab es schon seit 10, 15 Jahren eine zaghafte Diskussion, und dann hat Michael Köster, Professor an der Universität in München und berühmt geworden durch seine Habilitationsschrift „Das Kindeswohl als Rechtsbegriff“, einen Aufsatz geschrieben und dieses auch in seiner Kommentierung aufgegriffen. Er hat in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine Anknüpfung zur



Abtreibungsrechtsprechung gefunden, und hat folgendes gesagt: Das Bundesverfassungsgericht hat ins Zentrum gestellt, dass auch das ungeborene Kind ein Grundrechtssubjekt ist und allgemein verfassungsrechtlichen Schutz genießt, und zugleich als künftiges Kind dem besonderen Schutzsystem des Artikel 6 Grundgesetz unterfällt. Daraus hat er dann die Schlussfolgerung gezogen, dass das von mir eben vorgestellte familiengerichtliche Kinderschutzsystem nach § 1666 BGB grundsätzlich auch für das ungeborene Kind gilt. Das ist heute die herrschende Meinung, das wird heute kaum noch infrage gestellt. Aber, sagt Köster, das Besondere ist, dass wir hier eine enge körperliche Verbundenheit von Mutter und Embryo haben, und daraus müssen sich dann für den Kinderschutz zwangsläufig Besonderheiten ergeben. Welche Möglichkeiten des Eingreifens gibt es bei Verhaltensweisen der Schwangeren, die schwerwiegende Schädigungen des Embryos sowie des später geborenen Kindes zur Folge haben können? Ist das Familiengericht gerufen, so geht es nicht darum, dem ungeborenen Kind über diesen Paragraphen eine optimale Schwangerschaft zu ermöglichen; hier wie sonst auch gilt, dass das Kind grundsätzlich dem Risiko bezüglich seiner Eltern unterliegt. Die herausfordernde Besonderheit in dieser Konstellation ist, dass wir es mit „einer Zweiheit in Einheit“ zu tun haben – das ist eine Formulierung des Bundesverfassungsgerichts. Das heißt, der gebotene Kinderschutz des noch nicht geborenen Kindes und die Lebensgestaltungsfreiheit der Frau sind gegeneinander abzuwägen und miteinander in ein Verhältnis der praktischen Konkordanz zu bringen. Es gab zwei Gerichtsentscheidungen, die jetzt fast zwei Jahre alt sind, die das Ganze etwas befördert haben.

Das eine ist eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main vom Mai 2017. Dort hatte das Amtsgericht in erster Instanz einer Schwangeren die elterliche Sorge für das noch nicht geborene Kind entzogen. In diesem Fall hatte die Mutter schon vier weitere Kinder und war auch psychisch krank, sie litt an einer paranoiden Schizophrenie und hatte starke Schwangerschaftsdiabetes, die für das ungeborene Kind eine ganz besonders große Gefahr darstellte. Die Mutter hat gegen die amtsgerichtliche

Entscheidung Beschwerde eingelegt, so kam die Sache zum Oberlandesgericht. Das Oberlandesgericht hat gesagt: Ja, das System des § 1666 BGB ist auch auf das noch nicht geborene Kind anwendbar; insbesondere kann ein Erörterungstermin durchgeführt werden, aber die elterliche Sorge für das ungeborene Kind kann der Mutter noch nicht entzogen werden. Aber es kann für das ungeborene Kind ein Erörterungstermin stattfinden, d. h. es kann dieser Zwangskontext hergestellt werden, dass die Schwangere beim Gericht erscheinen muss. Sie wird dann in einem Gespräch mit Verfahrensbeistand und Jugendamt, vielleicht mit einem sachverständigen Gynäkologen vor die Aufgabe gestellt, doch zu überprüfen, ob sie ihr Verhalten ändert und bestimmte Maßnahmen durchführt oder wenn es Abususerscheinungen gibt, den Missbrauch einstellt. Eine zweite Entscheidung ist vom Amtsgericht Bad Iburg in Niedersachsen vom Juli 2017. Auch dort hatte das Amtsgericht gesagt, dass das Schutzsystem des § 1666 BGB für ungeborene Kinder Anwendung findet und dass dem noch nicht geborenen Kind ein Verfahrensbeistand bestellt werden kann.

Welche Fälle werden vor die Gerichte gebracht? Wie wird sich die Rechtsprechung weiterentwickeln? Es kann um Drogen-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch oder um Schwangerschaftsdiabetes gehen, aber es kann auch um Misshandlungen durch einen Partner oder Gewalt in der Partnerschaft gehen. Insgesamt haben wir es hier mit einem Soft Law zu tun, weil die Möglichkeiten, die § 1666 BGB bietet, dort ihr Ende finden, wo es darum geht, jenseits des Zwangskontextes Maßnahmen zu ergreifen. Wir können nur versuchen, über Aufklärung, Hilfsangebote und autoritative Ermahnungen auf die schwangere Frau einzuwirken. Auf der Basis des § 1666 BGB ist es nicht möglich, die Frau mit dem Gerichtsvollzieher irgendwie geschlossen unterbringen zu lassen. Wir haben aber auch im Kinder- und Jugendhilferecht, das ja im Sozialgesetzbuch VIII niedergelegt ist, für schwangere Frauen und auch werdende Väter, die dort erwähnt sind, die Möglichkeit, besondere Beratung und Hilfe anzubieten. Außerdem sieht das SGB VIII vor, dass betreute Wohnformen ausdrücklich auch für schwangere Frauen vor der Geburt in Betracht kommen. Dort findet also



dieser vorgeburtliche Kinderschutz eine erste explizite Anerkennung. Die Frage ist ja immer, wie kommen die Fälle zu Gericht, wie erhält das Gericht überhaupt Anhaltspunkte, damit es entscheiden oder eine Terminierung vornehmen kann. Um diesen Informationsfluss zu ermöglichen, gibt es in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz das Recht und die Pflicht der Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Entbindungspflegern, Hebammen w/m/d dem Jugendamt Anhaltspunkte weiter zu ermitteln.

Gibt es Handlungsbedarf aus meiner Sicht? Handlungsbedarf gibt es bei der Qualifizierung, bei der Fortbildung und bei der Information. Ich würde die Wette eingehen, dass viele Familienrichterinnen, Familienrichter diese Gerichtsentscheidungen und diese Literatur gar nicht so kennen, und wenn das Jugendamt oder sonst jemand ein Verfahren zum Gericht bringen würde, im ersten Schritt zunächst sagen würden, „was hab ich denn damit zu tun?“ Da war das Papier, das die Kinderkommission zur Qualifizierung im Dezember letzten Jahres veröffentlicht hat, eine sehr große Hilfe für die engagierte Familiengerichtspraxis. Es gibt auch in der Literatur einen vereinzelt gebliebenen Vorschlag, eine neue Regelung etwa in einem § 1666b BGB zu schaffen. Wenn Sie mich fragen würden, ob ich das für erforderlich halte, wäre ich zwiegespalten. Einerseits könnte da nicht viel anderes darinstehen als das, was wir jetzt schon durch die Rechtsprechung haben, also ein Mehr ist gar nicht möglich; andererseits hat die Reform des § 1666 BGB mit dem Katalog in Absatz 3 gezeigt, dass es in der Praxis doch eine anregende Hilfe ist, wenn die Beteiligten bei den Familiengerichten, aber auch bei den Jugendämtern schwarz auf weiß im Gesetz lesen können, dass es diese Möglichkeit gibt.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Dann können wir in die Debatte und in den Austausch gehen. Ich würde jetzt mit meinem nichtjuristischen, laienhaften Denken direkt mit einer Verständnisfrage einsteigen. Es geht also darum, ob der Schutz des Kindes, der nach der Geburt besteht, bereits vorher anwendbar ist und die Rechtsgüter der Schwangeren und des Kindes in

einem gerichtlichen Kontext abzuwägen sind. Dann ist aber ausgeschlossen – wenn ich das richtig verstanden habe –, dass Zwangsmaßnahmen gegen die Frau eingeleitet werden, da sie ansonsten in ihrem Rechtsgut beschnitten wäre, wenn irgendwelche Zwangsmedikationen erfolgen oder das Sorgerecht entzogen würden. Das scheidet aus, weil da die Interessen der Mutter so massiv beschnitten würden, auch wenn es ggf. ein Recht des Kindes wäre, das muss vielmehr in Ausgleich gebracht werden.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtenkommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ja, völlig richtig. § 1666 BGB bietet keine Grundlage für eine etwaige Zwangsmedikation. Genauso wie bei geborenen Kindern § 1666 BGB keine Grundlage bietet, um den Eltern beispielsweise zwangsweise eine Therapie aufzuerlegen, das ist vom Bundesgerichtshof entschieden. Wir können immer nur den Kindern eine Therapie auferlegen, und wenn die Eltern den Kindern die Therapie nicht ermöglichen, einen Vormund einsetzen. Aber das ist natürlich bei der vorgeburtlichen Situation ganz anders. Wir können der Mutter auch nicht das Aufenthaltsbestimmungsrecht für ihr ungeborenes Kind entziehen, das geht nicht, und deswegen bleibt es meines Erachtens dabei, dass man die Fälle abgreift, in denen die Schwangeren noch nicht freiwillig ihr Verhalten ändern, aber vielleicht in einem solchen gerichtlichen Zwangskontext. Das ist keine Lösung für alle Fälle, aber vielleicht für einen Teil der Fälle.

**Vorsitzende:** In der Logik würde das dazu führen, dass man Hilfsmaßnahmen und Unterstützungsangebote, auf die eine Familie nach der Geburt einen Anspruch hat, der Frau bzw. der Familie schon vorher im Sinne des Kindes zur Verfügung stellen kann.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtenkommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Genau,



primär geht es darum zu schauen, ob das Kind schon während der Schwangerschaft von einem Schaden bedroht oder betroffen ist. Dann kann man natürlich dazu übergehen, dass man auch für die Zeit nach der Geburt Hilfsangebote an die Frau, aber auch an den werdenden Vater bringt.

**Vorsitzende:** Herr Louwen, Sie haben sich dazu gemeldet.

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Aber das ist als die absolute Ultima Ratio zu verstehen, denn die Situation, dass eine Frau drogenabhängig ist, ist in Deutschland und im Rest der Welt nicht ungewöhnlich. Wir sind kontinuierlich mit dieser Situation konfrontiert und haben gute Möglichkeiten. Einer der großen Vorteile unserer Schwangerenvorsorge ist, dass die Frauenärztinnen und Frauenärzte, die die Patientinnen in der Schwangerschaft betreuen, die Frauen schon längst kennen, teilweise seit ihrer eigenen Kindheit und Jugendzeit, und so auch in der Schwangerschaft und auch in der Phase danach. Das heißt, die Überraschung, dass eine Frau drogenabhängig ist oder Alkoholabusus oder Nikotinabusus nachweisbar ist, tritt nicht erst nach der zweiten oder dritten Vorstellung in der Schwangerschaft auf, sondern diese kennen sich in der Regel schon viel länger. Fast 90 Prozent aller Frauen wechseln in der Schwangerschaft nicht zu einer neuen Frauenärztin oder zu einem neuen Frauenarzt. Gerade das System der Frühen Hilfen – das hattest du schon einmal angesprochen – hat doch fantastisch funktioniert. Heute sind die Frauenärztinnen und Frauenärzte vernetzt, haben Ansprechpartner, und so gelingt es in den bei weitem meisten Fällen – nicht initial, aber im Verlaufe der Schwangerschaft –, die Frauen, die vielleicht noch uneinsichtig sind, davon zu überzeugen, sich mit ihrem Drogenabusus in die richtigen Therapieformen zu begeben. Ich glaube, das, was Sie angesprochen haben, das kommt dann ganz am Schluss, wenn man völlig verzweifelt vor der Situation steht, dass sich eine Frau nach wie vor nicht in irgendein Therapieprogramm, irgendein Methadonprogramm begibt, sondern sich

tatsächlich nach wie vor weiterhin im Rahmen von Beschaffungskriminalität die schlechtesten Drogen in irgendeinem Bahnhof kauft und dadurch ihr Kind massiv schweren, auch infektiologischen Komplikationen aussetzt, dann ist das sicherlich eine Situation. Aber ansonsten muss man sagen, in nahezu 100 Prozent der Fälle – es ist nicht wunderlich, dass dazu gerade mal zwei Gerichtsurteile evident geworden sind – werden genau diese schwierigen Situationen abgepasst. Es ist viel wichtiger, dass man sich überlegt, wie man die Frühen Hilfen noch effektiver machen und wie man Vernetzungen noch weiter fördern kann und welche Möglichkeiten es aus der Gesellschaft gibt, noch viel mehr zu tun. Aber die Berufsgruppen, die innerhalb der Frühen Hilfen arbeiten, tun schon das Maximum, was sie zum Wohle von Mutter und Kind tun können. Aber es ist, wie gesagt, eine nicht sehr ungewöhnliche Situation. Nebenbei bemerkt, ohne dass ich da jetzt weiter darüber diskutieren würde, überrascht mich natürlich massiv, dass ausgerechnet der Schwangerschaftsdiabetes eine so diabolische Funktion entwickelt hat. Denn dieser ist relativ häufig und lässt sich sehr gut behandeln, und die meisten Frauen sind da sehr einsichtig und sind auch in der Lage, ihre Ernährungsgewohnheiten topp anzupassen, also auch da muss es ein extremer Fall gewesen sein. Schlimm ist, dass das in Frankfurt passiert ist und ich es trotzdem gerade nicht so optimal kommentieren kann.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ja, ich kann das bestätigen, das ist die Ultima Ratio, wie auch sonst das Familiengericht als Staat sich nicht in die Erziehung der Kinder einzumischen hat, es ist wirklich die Ultima Ratio. Es sind bisher ganz wenige Fälle an die Gerichte herangetragen worden, aber es gibt möglicherweise ein – wenn auch noch sehr kleines – Spektrum von Fällen, in denen der Staat dann in die Pflicht treten muss, das ungeborene Leben auf diese Weise zu schützen, auch wenn das wenige Fälle sein mögen.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher



Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Ich möchte nochmal auf den Punkt zurückkommen, der von Ihnen beiden schon angesprochen wurde, nämlich dieser Balanceakt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und dem Kindeswohl. Denn das ist ja eine Sache – und Sie haben Herrn Köster zitiert – im Zuge des § 218. Da gehen bei mir – Sie verstehen – natürlich verschiedene Lampen an. Wir haben hier auch eine Diskussion – ich sage das nur am Rande – in Bezug auf die außerklinische Geburtshilfe. Es gibt Medizinerjuristen, die sagen, dass Frauen, die eine außerklinische Geburt ins Auge fassen, juristisch für den Moment entmündigt und in die Klinik gezwungen werden sollten. Das ist ein Aspekt, den ich nur so am Rande mit erwähnen möchte, da ich da natürlich eine hohe Sensibilität habe. Ich bin auch sehr froh, dass Sie das zur Ultima Ratio sehr detailliert sagen. Das zweite, da möchte ich auch Prof. Louwen zustimmen, die schweren Fälle sind uns bekannt. Ich kann mir eigentlich fast nicht vorstellen, dass eine heroinabhängige Schwangere in ihrem Umfeld durch die Lappen geht. Aus meiner Sicht ist das Latente die Schwierigkeit. Beim Alkohol haben wir wirklich nicht immer die Erkennungszeichen richtig auf dem Schirm. Es gibt ein Programm „Alkoholabusus in der Schwangerschaft“. Das sind vom Hebammenverband zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte Unterlagen, mit der wir eng in dieser Aufklärungs- und Präventionsarbeit zusammenarbeiten. Ich glaube, es gibt eine unterschwellige Schwierigkeit in der Schwangerschaft mit einer Lebensführung, die nicht dem Kind dient. Da nachzufassen und diese herauszufiltern, das ist die Herausforderung, der wir uns stellen. Prof. Louwen spricht für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, da klappt es ganz gut. Es wäre ein bisschen schwieriger, wenn wir einen Vertreter des Berufsverbands der niedergelassenen Frauenärzte hier hätten, dann hätten wir, glaube ich ....

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): ....diesen vertrete ich mit.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Also ich will sagen, im ambulanten Bereich gibt es Regionen, wo es reibungslos funktioniert, und wir haben Regionen, wo es große Reibungen gibt, und im Zuge der Reibungsverluste entstehen dann auch Informationsverluste. Da müssten wir an alle Berufsgruppen appellieren. In diesem Zwischenbereich gibt es auch eine Gruppe von Frauen, die sich wegducken, die einfach schnell umziehen und vom Bildschirm verschwinden, bis sie sich dann wieder irgendwo melden. Es ist richtig, was du zur gesetzten Frau gesagt hast, die lange Zeit in der gleichen Betreuung – sei es beim niedergelassenen Frauenarzt, sei es im Umfeld oder in einem sozialen Umfeld, wo sie bekannt ist mit ihren Schwierigkeiten – ist; aber wir haben auch diejenigen, die wegschlüpfen, Frauen, die aus einem Landkreis, wo sie sozialamts- und jugendamtsbekannt sind, in einen anderen Landkreis umziehen, so dass da – das sage ich jetzt aus meiner Praxis heraus – Verluste zu sehen sind. Das ist ein Aspekt, den wir mit betrachten müssen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Wir haben einige Meldungen, vielleicht sammeln wir einige, dann kommen wir zeitlich besser hin. Herr Lehmann ist als erster dran und dann Frau von Falkenhayn.

Abg. **Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank für die wirklich sehr interessanten Impulse, ich habe sehr viel gelernt. Ich habe mich mal beruflich mit § 8a KJHG befasst, also Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Dieser staatliche Schutzauftrag geht ja nicht nur an öffentliche Institutionen wie Jugendämter, Schulen, sondern auch an nichtöffentliche wie Ärztinnen und Ärzte, Kinderärzte, Bildungsträger, die nicht staatlich sind usw. Das möchte ich übertragen auf das, was Sie, Herr Prof. Ernst, gesagt haben. Ich versuche es mit meinen Worten zu wiederholen, um zu klären, ob ich es richtig verstanden habe. Aus Ihrer Sicht oder auch aus Sicht der Rechtsprechung gibt es eine praktische Grundrechtskonkordanz zwischen dem Grundrechtsstatus des ungeborenen Lebens und dem Selbstbestimmungsrecht und Lebensführung



der schwangeren Frau. Wenn es Hinweise gibt, die auf eine Kindeswohlgefährdung des ungeborenen Lebens hinweisen, dann gibt es laut § 1666 BGB nur die Möglichkeit eines Erörterungstermins und Möglichkeiten auf der Ebene der Gebote, beispielsweise das Gebot, bestimmte Verhaltensweisen einzustellen usw. Sie haben auch gesagt, es gibt kein Mehr an rechtlichen Möglichkeiten – sagen Sie, es gibt kein Mehr, oder das wäre auch nicht wünschenswert? Es würde mich interessieren, ob Sie diesen aktuellen Rechtsbestand genauso belassen würden oder ob Sie irgendwie eine Veränderung fordern. Damit möchte ich die Brücke zu Frau Jahn-Zöhrens schlagen. Sie haben in Ihrem Eingangsstatement gesagt, wenn Hebammen schwangere Frauen antreffen, dann seien die Frauen mit Drogenproblemen schon meistens aus anderen Zusammenhängen bekannt, dass aber der Alkoholkonsum oft nicht erkennbar ist. Vielleicht können Sie das noch einmal ein bisschen plastisch beschreiben. Woher sind diese Frauen bekannt, aus welchen Zusammenhängen und wie erkennen Sie beispielsweise einen Alkoholkonsum, der auch ein Drogenmissbrauch ist, wenn das sozusagen schwer zu erkennen ist? Vielleicht können Sie das aus Sicht des Berufsstandes der Hebammen beschreiben und wie Sie dann in diesen Fällen vorgehen.

**Frau von Falkenhayn:** Der Unionsfraktion stellt sich bei der Diskussion darüber, ob Kinderrechte ins Grundgesetz kommen, die Frage, ob die Kinderrechte dann ab Geburt definiert werden sollen oder auch davor. So wie ich Sie verstanden habe, Herr Prof. Ernst, spricht nichts dafür, sie erst ab der Geburt beginnen zu lassen. Dazu würde ich gerne Ihre Einschätzung wissen. Ich habe gehört, dass es Listen gibt, wenn Frauen auffällig sind und möglicherweise kindeswohlgefährdend werden könnten; dass darüber im Vorfeld alle Kliniken informiert werden, wo die Kinder möglicherweise geboren werden könnten. Stimmt das? Wenn es diese fetale Programmierung gibt und wahrscheinlich auch während der Schwangerschaft eine Mutter-Kind-Beziehung aufgebaut wird, was sagen Sie dann zum Thema Leihmutterchaft?

**Vorsitzende:** Jetzt werden die Themenkomplexe

sehr groß. Wir schauen mal weiter, dass wir den Fokus erhalten. Ich möchte jetzt direkt in die Antwortrunde gehen. Herr Ernst, wollen Sie anfangen?

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Zunächst zum Abg. Lehmann. Der Fokus des Familiengerichts ist in erster Linie nur auf das Kind gerichtet, also auf den Kinderschutz, und da darf sich kein Familienrichter, keine Familienrichterin anmaßen, selbst zu entscheiden, ob nun ein Grad an Schwangerschaftsdiabetes oder ein Medikamentenabusus oder ähnliches eine Gefahr für das noch ungeborene Kind darstellt und wie diese Gefahr aussieht. Da sind wir nicht sachverständig, da müssen wir uns fremder Hilfe bedienen. Das ist der erste, vertrauenserweckende Schritt. Wenn eine solche Gefahr mit sachverständiger Hilfe diagnostiziert wird, dann stellt sich die Frage, welche Maßnahme ergriffen werden kann, in welcher Weise auf die Mutter eingeredet werden kann. Dann ist natürlich die Lebensgestaltungsfreiheit der Mutter als ebenso grundrechtlich geschützt mit in den Blick zu nehmen, das ist ganz klar. Es steht ja im Koalitionsvertrag, dass die Kinderrechte im Grundgesetz verankert werden sollen. Ich beziehe mich auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, die ich auch hier zitiert habe, das ist vor allem die Entscheidung vom 28. Mai 1993. Dort hat das Bundesverfassungsgericht gesagt, dass das noch ungeborene Leben den Grundrechtsschutz uneingeschränkt genießt. Daraus würde ich die Konsequenz ziehen, dass wenn man die Kinderrechte verankert, es erwägenswert wäre, diese auch darauf zu erstrecken.

Ich gehe noch einmal kurz zurück, weil noch eine Frage zu dem Mehr gekommen ist. Ich habe gesagt, ein möglicher § 1666b BGB könne nicht mehr bringen. Mir fehlt die Fantasie, was man noch machen könnte. Eine Zwangsmedikation der Mutter oder eine freiheitsentziehende Maßnahme gibt es jetzt schon, wenn Mütter psychisch krank sind. Wenn sie unter rechtlicher Betreuung stehen, gibt es die Möglichkeit, sie durch eine



betreuungsgerichtliche Genehmigung geschlossen unterzubringen; in den Landesgesetzen PsychKG gibt es auch Möglichkeiten, psychisch kranke Frauen geschlossen unterzubringen. Das sind aber Maßnahmen, die sich in erster Linie auf die Person der Frau konzentrieren, da geht es weniger um den Kinderschutz.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Wenn jemand schwer drogenabhängig ist, dann ist er wahrscheinlich in irgendeiner Weise bereits aufgefallen. Wir wissen auch, dass sich z. B. Frauen, die heroinabhängig sind und versuchen davon loszukommen, oft in die Methadonprogramme begeben und dann auch unter dieser Begleitung schwanger sein können und fachlich sehr gut begleitet sind. Alkohol ist eine Droge – also ich trinke selbst gerne ein Glas Wein, also verstehen Sie mich nicht falsch –, die wir gesellschaftlich sehr lange tolerieren und auch fördern, und daher ist es schwierig, herauszufiltern, wann es einer Frau tatsächlich nicht gelingt, mit Eintritt der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten. Sie tut das auch in der Regel in so einer Art, dass das nicht öffentlich wird, weil sie sich ja der Schuld bewusst ist. Jede Schwangere, die raucht, und jede Schwangere, die Alkohol trinkt, weiß, dass sie gegen die gesellschaftliche Norm verstößt. Daher wird sie das natürlich in einem Rahmen tun, wo es nicht auffällt. Wenn ich sie als Hebamme morgens antreffe, vielleicht noch ein bisschen derangiert, schlecht geschlafen – aber viele Schwangere schlafen schlecht –, also es dauert, bis ich dieses Gefühl entwickelt habe. Vielleicht habe ich zufällig die Gelegenheit, ungünstig zu kommen, so dass der Alkohol auf dem Tisch steht oder sie sich in einer Situation befindet, in der es offensichtlich wird. Es bedarf einer Lebenserfahrung und auch eines gewissen Fingerspitzengefühls. Wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau gut funktioniert, dann ist dies der Vorteil der Hebammen gegenüber dem Aufenthalt in der Frauenarztpraxis. Wir kommen mit Zeit zu den Frauen, wir kommen nicht herein und sagen „hallo, wie geht's?“ und gehen wieder, sondern wir gehen hin. Damit haben wir die Chance, mit der Frau zu sprechen, wir erleben sie in ihrem sozialen Umfeld, man begegnet ihr vielleicht auch

zufällig außerhalb, und dann entwickelt man ein Gefühl. Dann gibt es auch sehr oft die Chance, eine Vertrauensbasis zu entwickeln, auf der sie sich öffnen kann, wo wir ihr einen Korridor bieten, wo sie dann auch dazu stehen und sagen kann „ja, ich habe ein Problem und ja, ich kann den Alkohol nicht lassen.“ Das ist die große Chance, die Hebammen in der Schwangerschaftsbegleitung, in der Schwangerschaftsvorsorge haben, dass sie diesen Vertrauensweg aufbauen und dass sie durch den Zugang ins häusliche Umfeld darauf kommen, was außerhalb des häuslichen Umfelds in dem normalen Takt der Schwangerenvorsorge von fünf Minuten nicht gelingt.

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Ein kleines bisschen muss ich dir widersprechen. Weit über 90 Prozent der Schwangerenvorsorgen werden ja von Frauenärztinnen und Frauenärzten gemacht. Da gibt es natürlich auch Mechanismen, wie man entdecken kann, ob eine Frau drogenabhängig ist oder nicht, das ist kein ganz großes Geheimnis. Und das entdecken wir ja auch jetzt nicht im Jahr 2019, weil wir uns hier zusammensetzen, das Problem haben wir schon lange, Alkoholabusus und Alkohol als Drogenproblem ist seit Jahrtausenden bekannt. So ist es natürlich auch ein Thema für jede Frauenärztin und für jeden Frauenarzt, die Frauen in der Schwangerschaft versorgen. Es gibt ganz bestimmte Mechanismen – Sie haben gerade gesagt, was nicht ins Protokoll soll, sollen wir auch nicht sagen, deswegen verrate ich Ihnen nicht –, wie wir mit sehr hoher Sicherheit versuchen herauszufinden, ob eine Frau alkoholabhängig sein könnte, wenn sich diese Frau während der Schwangerschaft vorstellt. Das tut sie ja schließlich alle vier Wochen, d. h. die Betreuung ist extrem engmaschig und funktioniert deswegen auch recht gut. Wir wünschen uns aber beispielsweise, dass die Hebammen hier eine zusätzliche Unterstützung sein können. Denn wenn sie in der häuslichen Versorgung aufsuchend zu diesen Frauen gehen, stellen sie zusätzlich eine Unterstützung dar. Insofern treffen wir uns da beide auch wieder. Aber Alkohol ist die akzeptierte Droge in Deutschland und sie ist



gleichzeitig eine der schlimmsten Drogen in der Schwangerschaft, nicht so sehr für die Mutter – mütterliche Komplikationen sind dabei extrem selten, sie gibt es auch, aber extrem selten. Aber das fetale Alkoholsyndrom ist für Sie alle nichts Neues, sondern ist bekannt. Es ist die Hauptursache beispielsweise für mentale Retardierung, die Entwicklungsstörung in Deutschland. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist ein relevantes Thema, und leider gibt es keine Schwellenwerte. Früher hat man gesagt – die Amerikaner haben das mal publiziert – ein Drink, das wäre ungefähr ein Martini, könne man sich am Tag leisten. Das ist grober Unsinn, es gibt keine Schwellenwerte, relevant ist eine absolute Null-Toleranz gegenüber Alkohol. Jede Frauenärztin, jeder Frauenarzt klärt die Frauen darüber auf. Das hilft natürlich nicht, wenn die Frau schon alkoholabhängig ist. Aber es gibt auch andere Drogen, die mittlerweile bei uns eingezeichnet sind, die mindestens die gleiche große Rolle spielen. Das ist nicht so sehr der Heroinabusus, sondern das ist Crack, das ist Kokain, das in anderen gesellschaftlichen Gruppen hoch relevant ist. Das findet man eher nicht in den sozial niedrigeren Schichten, sondern bei hochaktiven Menschen, die den ganzen Tag unter Strom stehen. Ich weiß nicht, ob Sie bei Ihrem Arbeitsalltag da gefährdet sind, aber für viele Menschen, von denen Sie gar nicht glauben, dass sie gefährdet sein können, ist das absolut normal, mit schwersten Komplikationen für die Kinder und teilweise auch für die Mütter. Drogen sind in Deutschland ein hoch relevantes Thema, aber dem nehmen sich die Frauenärzte und Frauenärztinnen sehr verantwortungsvoll an.

Sie hatten noch Leihmutter und fetale Programmierung angesprochen. Das sind zwei Themen, die so nicht zusammenpassen. Fetale Programmierung bedeutet, dass die Mutter die Umwelt ihres Kindes ist, und wenn eine Mutter das Falsche isst, das Falsche trinkt, Adipositas hat, eine mütterliche Erkrankung hat usw., dann hat das nicht nur Auswirkungen auf das Kind jetzt gerade innendrin, sondern auch für spätere Erkrankung. Die Leihmutter wäre etwas anderes; wenn die Leihmutter Alkohol zu sich nimmt, dann hat das wieder direkte Auswirkungen für das Kind. Aber die Adipositas hat beispielsweise nicht während der

Schwangerschaft so gewaltige Auswirkungen auf das Baby, sondern diese Kinder haben ein hochsignifikant höheres Risiko, später im Leben selbst an Adipositas, an Typ II-Diabetes, metabolischem Syndrom, Bluthochdruck zu erkranken und was man noch alles dazu addieren könnte, d. h. auch für spätere Erkrankungen werden Kinder intrauterin schon geprägt. Also die Leihmutter ist sicherlich ein ganz anderes Thema, diese würde ich mit fetaler Programmierung zunächst nicht vernetzen.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Es ist eine ganz besondere Sichtweise auf die Mutter-Kind-Bindung und auf die familiäre Situation, dass es im Körper ein Gedächtnis dafür gibt, was sich in den Familien abspielt. Und da unterstütze ich das, was Prof. Louwen auch gesagt hat. Lebensführung im weitesten Sinne ist nicht nur diese kleine Einheit Mutter und das Ungeborene, sondern es gibt familiäre Situationen, und deswegen ist das bei der Leihmutter noch einmal anders. Ich will auch nicht den Eindruck erwecken, als ob ich die harten Drogen nicht wichtig finde. Mit dem Chrystal Meth an der tschechischen Grenze sind meine Kolleginnen aus Sachsen völlig am Ende ihres Lateins aufgrund der Situation, die sie dort erleben. Ich wollte noch kurz auf Ihre Frage zu den Listen eingehen. Es ist wahrscheinlich so, dass wenn eine schwangere Frau in einer besonderen, gefährdeten Situation ist und womöglich ein Familiengericht bereits in Erwägung zieht, ihr mit Geburt des Kindes das Sorgerecht zu entziehen – das sind natürlich besondere Fälle –, dann mag es schon so sein, dass es in einer Region einen Hinweis gibt. Aber § 8a SGB VIII ist wirklich eine heikle Geschichte; für Mediziner und Hebammen muss eigentlich fast ein richterlicher Beschluss herbeigeführt werden, damit die Schweigepflicht gebrochen wird, um dann evtl. dafür Sorge zu tragen, dass diese Mutter tatsächlich in der Betreuung bleibt. Es ist sicher eine ganz besondere Ausnahmesituation, wenn ein Jugendamt, wenn das Betreuungssystem um diese Schwangere herum zu solchen Maßnahmen greifen muss. Ich will nicht sagen, dass es das nicht gibt, aber es besteht dann wirklich eine große Gefährdung, die



bereits veritabel protokolliert ist, so dass man dann evtl. sogar zu solchen Maßnahmen greifen muss.

**Vorsitzende:** Wir haben noch vier Fragende, aber Sie können auch gern direkt zu dem juristischen Aspekt ...

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ich möchte noch einmal auf die Frage von Frau von Falkenhayn mit den Listen eingehen. Davon weiß ich nichts, aber ich kann nur sagen, dass es möglicherweise eine andere Problematik ist. Eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Stuttgart sagt, dass wenn das Jugendamt einer Schwangeren ankündigt, es werde das Kind sofort nach der Entbindung in der Klinik in Obhut nehmen, dann kann das rechtmäßig sein. Da geht es aber um etwas anderes, da geht es um die Frage, was nach der Geburt stattfindet. Beim Thema, das ich skizziert hatte, ging es um Maßnahmen schon während der Schwangerschaft.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Herr Müller und dann Herr Huber.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Ich habe jetzt auch viele Fragen, ich versuche das in drei Komplexe zu sortieren, damit Sie es auch beantworten können. Zum einen möchte ich zumindest zu der Frage Kinderrechte erwidern. Mir erscheint die Debatte, das sage ich ganz ehrlich, ein bisschen abstrus. Jahrelang wehrt man sich, darüber zu reden – jetzt redet man darüber, ob Kinderrechte auch für Ungeborene gelten. Welche denn? Schutz vielleicht, bei der Förderung mache ich ein Fragezeichen und Beteiligung ist ein Witz. Also Kinderrechte sind Schutz, Förderung und Beteiligung, das sagt die UN-Kinderrechtskonvention. Wenn wir das auf das ungeborene Leben ausweiten, dann heißt das, wir reden nicht mehr über die Beteiligung von Kindern, denn das dürfte mit den Ungeborenen relativ schwierig sein. Bei der Förderung haben wir dann, glaube ich, einen unterschiedlichen Begriff von Förderung. Dann sind wir beim reinen

Kinderschutz, und das ist nicht so ganz das, was die Debatte in den letzten 30 Jahren eigentlich im Fokus hatte. Insofern halte ich es – ehrlich gesagt – für ein Ablenkungsmanöver und würde mir die Debatte darüber am liebsten ganz sparen wollen.

Ich habe eine konkrete Frage an Frau Jahn-Zöhrens. Wir waren letzte Woche mit der Kiko in der Geburtsstation in der Charité. Dort haben die leitende Hebamme und der Direktor der Geburtenstation ausgeführt, dass sie es befürworten würden, wenn Hebammen nach der Ausbildung für eine gewisse Zeit – mehrere Jahre, da ging es so um zwei bis drei oder zwei bis fünf Jahre – gezwungen werden würden, an einer Klinik im Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Mich würde Ihre Position auch als Verband interessieren, denn das schien mir etwas exotisch. Ich habe selbst zwei Kinder, also es entsprach nicht ganz dem Bild von Hebammen. Da das aber auch die leitende Hebamme vertreten hat, hat es mich irritiert.

Im dritten Themenkomplex möchte ich vor allem auf die rechtliche Stellung eingehen wollen, dazu können Sie sicherlich alle etwas sagen, aber es geht zunächst an Herrn Ernst. Mich würden die kompletten Kinderschutzfragen interessieren, wenn wir über Kinder von inhaftierten Schwangeren, möglicherweise im Wochenbett oder in den ersten Lebenswochen reden. Das ist eine ganz andere Gruppe – ich weiß, sie ist nicht sehr groß –, aber es spielt zunehmend eine Rolle. Der Paritätär hat im letzten Jahr verschiedentlich dazu gearbeitet, uns erreichen dazu immer wieder Anfragen. Da stellt sich die Frage, was diese Situation auch familiengerichtlich auslösen kann. Das zweite, was ist eigentlich, wenn Minderjährige schwanger werden, also wenn Kinderschutz zunehmend auch eine repressivere Seite erhält? Wir hatten gerade gute Anhörungen und haben viel über die großen Entwicklungspotentiale bei Verfahrenspflegern, Familienrichtern und Sachverständigen gelernt. Wie schnell werden Sorgerechtsingriffe bei Minderjährigen vorgenommen? Welche Konsequenzen hat es, dass sie selbst eigentlich noch Kinder sind? Wie steht es um das Spannungsfeld von Kinderschutz und Kindeswohl? Vielleicht können Sie dazu etwas



sagen. Ich weiß, das reicht wahrscheinlich für eine eigene Anhörung, aber vielleicht können Sie es anreißen.

Abg. **Johannes Huber** (AfD): Gut, dafür kann ich vielleicht ein bisschen Zeit sparen. Ich habe nur eine Frage. Als es um die flächendeckende Versorgung der Hebammen über Deutschland ging, ist mir aufgefallen, dass Sie, Herr Prof. Louwen, gesagt haben, dass es möglicherweise auf dem Land ein kleineres Problem als in der Stadt ist. Die Frau Jahn-Zöhrens hat dann von ihrer Mimik her ein bisschen erwidert. Daher die Frage an Sie, Frau Jahn-Zöhrens, wie sehen Sie das?

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Ich fange mit der letzten Frage an. Die Unterversorgung der Schwangeren ist tatsächlich in den Großstädten etwas verschärfter als auf dem Land. Das liegt schlichtweg an den Lebenshaltungskosten. Ich entnehme Ihrem Zungenschlag, dass Sie vielleicht aus Bayern sind? Ja. Die Stadt München ist massiv unterversorgt mit Hebammen, weil sich Hebammen das Leben in München nicht leisten können. Das ist ein Punkt, der mit den Verdienstmöglichkeiten zu tun hat. Das zweite ist – deswegen habe ich den Kopf geschüttelt und möchte auch widersprechen – das soziale Umfeld. Ich möchte dazu sagen, dass wir in den ländlichen Strukturen vielleicht eher noch die Großeltern zur Verfügung haben. Ich komme aus Baden-Württemberg, und Baden-Württemberg hat einen großen Zuzug aus den neuen Bundesländern gehabt. Ich habe sehr viele Familien betreut, in denen die Großeltern 500 bis 700 Kilometer entfernt gewohnt haben. Da kann man mal telefonieren, aber diese kommen nicht mal vorbei. Die Netzbildung – wie ich in meinem Eingangsstatement gesagt habe – unter jungen Familien ist eine ganz wichtige, tragfähige Angelegenheit, die wir unbedingt im Auge behalten möchten. Das heißt, es gibt in den Großstädten und vor allen Dingen auch in Frankfurt, wo Prof. Louwen herkommt, eine hohe Verschärfung, aber auf dem Land ist es nicht unbedingt viel besser. Insgesamt fehlen in der Bundesrepublik Hebammen, die im häuslichen

Umfeld begleiten. Das ist die Wochenbettbetreuung, aber auch die Schwangerschaft, und darum geht es ja heute, dass Hebammen da sind, die die Schwangeren entsprechend begleiten. Darauf bezieht sich so ein bisschen meine Einschränkung. Wenn ich dann zu Ihnen, Herr Müller, kommen darf. Diese Einlassung wurde uns schon zugetragen. Ich kann Ihnen die Motivation der Kollegin aus der Charité nicht erklären...

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): ...Sie haben gesagt, dass es de facto eine institutionelle Kindeswohlgefährdung wäre, Hebammen außerhalb von Kliniken insbesondere auf entbindende Schwangere loszulassen. Das sei dicht an der Kindeswohlgefährdung, weil es tausend Risiken gebe, und sie seien dafür ganz schlecht ausgebildet.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Das ist genau die Diskussion rund um die außerklinische Geburtshilfe, und da haben Sie jetzt eine Vertreterin und einen Vertreter gefunden, der der außerklinischen Geburtshilfe überhaupt problematisierend gegenübersteht. Das ist eine Einlassung, die sich auch überhaupt nicht nachvollziehen lässt. Wir haben in der Außerlinik schon seit nun 20 Jahren über die Gesellschaft für Qualitätssicherung und außerklinischen Geburtshilfe eine Qualitätssicherung, die ganz klar dokumentiert, dass geplante außerklinische Geburten kein erhöhtes Risiko für das Kind im häuslichen Umfeld haben. Deswegen kann man das so nicht sagen. Ich habe auch ein bisschen den Gedanken, dass die Kollegin vielleicht auch gerne ihre Auszubildenden behalten möchte. Denn viele Hebammen sind durch die Ausbildung in den Kliniken so geprägt, dass sie sagen, „ich gehe und arbeite als Hebamme, aber in diesem Kreißaal, unter diesen Arbeitsbedingungen möchte ich nicht arbeiten.“ Wenn sie dann die auszubildenden Hebammen quasi per Amtes dazu zwingen, ein Jahr oder zwei oder drei Jahre in dem Kliniksetting zu bleiben, dann haben sie für die Kliniken ein Stück weit die Nachwuchssorgen geregelt. Aber das kann nicht der Grund sein.



Wenn jemand der Meinung ist, dass da Defizite sind, dann muss man sich mit der Ausbildungssituation befassen. Wir sind ja nun in einem Akademisierungsprozess und wir bauen sehr darauf, dass wir in der Ausbildung auf ein anderes Level kommen werden. Unsere Kolleginnen haben aber heute schon eine relativ gute Ausbildung. Wenn Kolleginnen in die Außerklinik gehen und auch außerklinisch Geburten begleiten, dann werden sie nicht am Tage nach dem Examen plötzlich alleine jede Hausgeburt betreuen, sondern das sind immer Teams. In Geburtshäusern arbeiten etliche Hebammen in unterschiedlichen Stadien des Berufsalters zusammen, und da wird die neue junge Kollegin als zweite Hebamme eingesetzt. Wir propagieren ein Senior-Junior-System, so dass wir erfahrene Hebamme und neue Berufseinsteigerin miteinander in Tandems bringen. Hebammenteams sind unsere Vorstellungen, um diese Problematik zu entschärfen. Wir haben ja auch junge Kolleginnen, die sagen, „ich traue mich nicht in die Geburtshilfe, die Klinikerfahrung hat mich sehr negativ geprägt, so abgearbeitet“ – Prof. Louwen hat das auch beschrieben – „und in diese Arbeitssituation möchte ich mich nicht begeben, dann mache ich Vor- und Nachsorge und lass die Geburtshilfe ganz weg.“ Das wollen wir nicht. Die Zahlen geben das, was Ihnen von der Charité präsentiert wurde, überhaupt nicht wider.

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Ich bitte meine Wortmeldung einfach als eine Komplettierung dessen, was meine Kollegin schon gesagt hat, zu verstehen. Wenn die Worte so gefallen sind, wie Sie es gerade vorgetragen haben, dann sind sie zumindest irritierend, weil Zwangsmaßnahmen immer der falsche Weg sind. Wir reden über Ausbildung, Weiterbildung, Qualitätssicherung, und das tun wir gut. Ich vertrete hier auch den Berufsverband der Frauenärzte, die haben mich ausdrücklich darum gebeten, auch wenn ich Vizepräsident bei der anderen „Firma“ bin, aber ich vertrete damit die 20.000 Frauenärzte in Deutschland. Es ist hier sicherlich überhaupt nicht das Ziel, für den einen oder anderen Geburtsort irgendeine Werbung zu machen,

Frauen können das in Deutschland selbst entscheiden. Das ist eine sehr gute Position, die wir hier haben. Würde die außerklinische Geburtshilfe furchtbare Situationen erzeugen, dann würden gar keine Frauen in diesem Setting ihre Kinder zur Welt bringen, insofern bin ich da völlig entspannt. 98 Prozent der Frauen entscheiden sich für Klinikgeburten und 2 Prozent entscheiden sich, aus welchen Gründen auch immer – die man teilweise sehr gut nachvollziehen kann – für einen anderen Geburtsort, und das ist auch gut. Ich halte es für völlig falsch zu glauben, dass wenn man jemanden zwingt, noch zwei Jahre irgendwo Bereitschaftsdienste zu machen, dass das zu irgendetwas führt. Das passt auch gar nicht in die Diskussion, die wir heute haben, da sind wir beide wieder völlig beieinander. Die EU hat uns eine Akademisierung in diesem Berufsstand ab 2020 vorgegeben; d. h. unsere Aufgabe ist vielmehr – wenn Sie uns unterstützen, finden wir es großartig –, dass wir die Studiengänge optimal ausstatten, dass wir Praxis und Theorie optimal zusammenbringen. Und dann ist es unsere Aufgabe – ich darf auch so einen Studiengang mit leiten –, die Schüler, die Studentinnen und Studenten optimal auszubilden, und das funktioniert auch hervorragend. Insofern glaube ich, dass das mit den Zwangsmaßnahmen eher ein kleines bisschen ironisch gedacht war, anders kann ich mir das nicht vorstellen.

**Vorsitzende:** Wir freuen uns ja über Kontroversen und müssen uns dann unsere eigene Meinung dazu bilden, das ist das Schöne.

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Genau, ich lege Wert darauf, dass unsere Fachgesellschaft das ein bisschen differenziert und ich hoffe, das konnte ich jetzt mit meinen Worten so darstellen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Ernst.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission)



Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ich möchte zunächst Ihre Erwiderung zu den Kinderrechten im Grundgesetz aufgreifen, das ist ja eine eminent hochpolitische Frage. Ich sitze hier als richterlicher Sachverständiger und meine private politische Meinung lasse ich völlig außen vor, die ist hier auch nicht gefragt. Als richtiger Sachverständiger spreche ich heute hier zum Kinderschutz, und unter dem Gesichtspunkt des Kinderschutzes und den Kinderrechten ins Grundgesetz rekurriere ich auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Selbstverständlich genießen Kinder Grundrechte und – wie das Bundesverfassungsgericht entschieden hat – auch schon das ungeborene Kind. Deswegen sehe ich rechtsdogmatisch eigentlich keinen Grund, den Kinderschutz nicht auch insoweit auszudehnen. Zum Stichwort repressiver Kinderschutz: Nach dem grundrechtlichen Verständnis ist für die allermeisten Kinder Familie und Elternhaus der glücklichste und geborgenste Ort und der Ort der maximalen Sicherheit, und dass es zahlenmäßig sehr viel weniger Kinder gibt, für die Familie der Ort des größten Leides und der Traurigkeit ist. Es ist eine hohe Kunst, die einen Fälle von den anderen Fällen zu unterscheiden, und dies muss in einem sauberen rechtsstaatlichen Verfahren laufen. Da müssen alle Beteiligten die Möglichkeit haben, sich optimal und maximal Gehör zu verschaffen. Da haben wir das System mit einer großen Palette an Kinder- und Jugendhilfeangebotsmöglichkeiten, die das Jugendamt oder freie Träger anbieten. Das beruht aber alles auf Freiwilligkeit. Zur Repression kommt es erst, wenn der Schadensgesichtspunkt eintritt. Also das ist das System des Artikel 6 Grundgesetz, und das wird einfachrechtlich über § 8a SGB VIII und § 1666 BGB ausgefüllt. Zu den minderjährigen Schwangeren oder minderjährigen Müttern ist zu sagen, dass sie als Minderjährige unter elterlicher Sorge stehen. Wird das Kind einer minderjährigen Mutter geboren, dann gibt es dafür im BGB eine extra Vorschrift, § 1791c, dann tritt die Amtsvormundschaft des Jugendamtes ein. Von daher haben wir da eine Sondersituation. Ich habe nicht ganz verstanden, worauf Sie meine Antwort bei den inhaftierten Schwangeren haben wollen. Da würde ich um eine...

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): ...interessant

wäre die Frage, inwiefern das in das Aufenthaltsbestimmungsrecht eingreift, inwiefern es Eingriffe bei der elterlichen Sorge gibt, inwiefern die Jugendämter aktiv werden. Ich weiß, dass Länder versuchen, in solchen Fällen nicht zu inhaftieren und dass es nur wenige Fälle gibt. Es sind meistens inhaftierte Väter, aber bei denen gibt es keine Schwangerschaften. Es gibt aber auch Verurteilungen bei Straftaten, für die nicht von der Haft abgesehen wird; also wenn es um schwere Verbrechen geht – Mord oder so etwas – und dann ist die Frau schwanger oder wird im Gefängnis schwanger, auf welchem Weg auch immer. Dann sind sie ja erstmal drin. Was ist mit den Kindern? Das sind Eingriffe in das Aufenthaltsbestimmungsrecht und in die elterliche Sorge. Die Mütter sind selbst nicht frei in ihren Entscheidungen. Das Kind ist da, das Jugendamt will sich darum kümmern – an welcher Stelle, wie frühzeitig?

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtekommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ich bin kein Wissenschaftler und verfüge nicht über statistisches Material. Ich kann nur die Rechtslage darstellen. Wenn eine Inhaftierte ein Kind entweder in der Haftanstalt zur Welt bringt oder das Kind schon geboren ist, wenn die Frau inhaftiert wird, dann gilt nichts anderes. Der Blick des Familiengerichts richtet sich nur auf das Kind und hat nur darauf zu schauen, ob das Kind, wenn es bei der Mutter in der Haftanstalt bleibt, einen Schaden erleiden wird. Das muss man zunächst beschreiben, darlegen und plausibilisieren. Da gilt insofern nichts anderes. Beim familiengerichtlichen Kinderschutz geht es immer darum, nur das Kind in den Blick zu nehmen und nicht darum, das etwas defizitäre elterliche Verhalten zu pönalisieren. Kindeschutzrecht ist kein Sonderstrafrecht für Eltern, die sich irgendwie daneben benehmen, sondern es geht nur darum, vom Kind einen bevorstehenden Schaden abzuwenden oder einen eingetretenen Schaden zu beseitigen.

**Vorsitzende:** Ich gehe in die nächste Runde, obwohl wir zeitlich schon ziemlich weit fortgeschritten sind, aber Herr Seestern-Pauly und



ich haben noch Fragen.

Abg. **Matthias Seestern-Pauly** (FDP): Herzlichen Dank für Ihren Vortrag und die bisherigen Antworten. Einige Aspekte, die ich fragen wollte, hat der Kollege Müller schon gefragt. In dem Zusammenhang ist es schon so gewesen, dass die außerklinischen Geburten als sehr kritisch beschrieben wurden. Es wurde ausgeführt, dass angeblich ein Drittel aller Geburten, die außerhalb einer Klinik vorgenommen würden, in einer Klinik enden würden. Dazu würde ich gerne Ihre Einschätzung hören, wie das gesehen werden müsste. Die Verpflichtung von Hebammen, nach ihrer Ausbildung länger in der Klinik zu arbeiten, ist schon angesprochen worden. Auf den Aspekt der Akzeptanz von Alkohol würde ich gerne genauer eingehen. Denn es wurde u. a. das Bild gezeichnet, dass das von vielen Menschen nach wie vor auch deutlich unterschätzt wird, also auch von vielen Frauen, und gesagt wird, „also so eine Kirschpraline wird nicht schaden“ oder „heute ist ja dein Geburtstag“ oder „ein Sekt fördert ja auch noch die Durchblutung“ und dergleichen mehr. Wie kann man dem am ehesten begegnen? Es bestehen auch die Bedenken, dass viele Ärzte das Problem so ein Stück weit umschiffen wollen, weil man a) wenig Zeit hat und es b) ein sehr unangenehmes Thema ist. Ich würde gerne wissen, ob man da noch weitere Maßnahmen ergreifen müsste. Herr Prof. Dr. Ernst, Sie haben gerade schon ausgeführt, dass das Bundesverfassungsgericht dargelegt und geurteilt hat, dass das vorgeburtliche Leben der Kinder, also pränatal, auch schon Grundrechtsträger sei. Verändert sich der Rechtsstatus durch Geburt tatsächlich gar nicht, und wenn ja, ab welchem Zeitpunkt? Es würde mich interessieren, ob es eine Veränderung des Status gibt, und wenn ja, wann dieser genau eintritt.

**Vorsitzende:** Frau Jahn-Zöhrens und Herr Louwen, Sie sind immer so einig, allerdings hört man so zwischen den Zeilen doch schon manchmal etwas heraus, und da würde ich vielleicht ein bisschen hineingehen, wir mögen es ja, wenn es auch kontrovers wird. Sie haben aus der fachlichen Sicht einer Hebamme gesprochen, dass eine Frau erstmal guter Hoffnung ist, und selbst wenn etwas Problematisches auftaucht,

dann immer noch nach den Stärken und nach dem Empowerment geschaut wird – „Sie bekommen das Kind hin“. Sie haben auch gesagt, dass wir eine Vielzahl von Untersuchungen haben, so dass die Frauen oft vorstellig werden können, das ist ja ein Rechtsanspruch. Ist das jetzt die Pathologisierung, die zum Teil von Ihnen kritisiert wurde? Wir hören ja häufig auch die Frage – wir befassen uns in der nächsten Sitzung noch einmal mit der Pränataldiagnostik –, „ab wann kann ich mich denn dem Kind jetzt wirklich widmen, ab wann kann ich mich denn tatsächlich freuen?“ Da sage ich eigentlich die ganze Zeit „nicht nur, wenn es denn auch gesund ist...“, obwohl man ja vielleicht auch sagen kann, „ja, mein Gott, dann ist es halt vielleicht nicht ganz gesund, es ist trotzdem schön, dass es da ist.“ Also, mit welchem Blick schaue ich eigentlich auf das werdende Leben, das würde mich interessieren, vor allem Ihre Einschätzung als Mediziner, als Arzt, dieser Pathologisierung der Schwangerschaft. Stimmt das oder ist das aus Ihrer Sicht eine unzutreffende Beschreibung? Eine weitere Frage betraf den Fall, wenn entweder aus gesundheitlichen, sozialen oder sonstigen Gründen etwas Problematisches auftaucht, da haben Sie beschrieben, wie Sie auf die Netzwerkpartnerin und -partner zugreifen und welche Möglichkeiten da bestehen. Steht aus Ihrer Sicht den Kindern alles zur Verfügung oder wäre aus Ihrer Sicht noch etwas nötig? Gibt es noch Forderungen, um für den Eventualfall, wenn es doch etwas problematisch ist, noch mehr Unterstützung zu organisieren?

**Prof. Dr. Frank Louwen** (AG für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V., Uniklinikum Frankfurt/Main, Vorstandsvorsitzender Deutsche Stiftung Frauengesundheit): Herr Seestern-Pauly, ich werde den Punkt beantworten, den meine Kollegin genauso beantworten würde, davon gehe ich aus. Die Tatsache, dass ein Drittel aller in der außerklinischen Geburtshilfe begonnen Geburten dann doch in Kliniken stattfinden, ist aus meiner Sicht ein Qualitätsmerkmal. Das heißt, die Hebammen, die dort arbeiten, „reizen“ nicht – wie häufig behauptet wird – bis zum letzten und möglicherweise mit Zusatzrisiken, die nicht richtig erkannt wurden, „aus“, sondern das Gegenteil ist der Fall, das kann ich Ihnen aus meiner täglichen Praxis in Frankfurt sagen. 80,



90 Prozent der Hebammen im Geburtshaus in Frankfurt waren irgendwann bei mir im Kreißsaal, sie sind hochkompetent und machen tolle Arbeit. Wenn sie irgendwelche Risiken sehen, dann sagen sie den Frauen, „jetzt fährst du mal doch schön in die Uni und da kriegst du dein Kind, die Risiken steigen jetzt hier und wir gehen hier kein Risiko für die Sicherheit von Mutter und Kind ein.“ Das ist aus meiner Sicht ein Qualitätsmerkmal und nicht das Gegenteil. Es ist nicht so, dass man kapituliert – das ist grober Unsinn –, sondern das Gegenteil ist der Fall, das ist ein gutes Zeichen. Denn auch wir machen viele Kaiserschnitte unter der Geburt und sind hinterher froh, dass für Mutter und Kind alles gut gegangen ist, und die Kinder nicht erst dann einen Kaiserschnitt bekommen, wenn sie schon durch die Geburt schwer krank geworden sind. Da kann ich nur gratulieren, das ist eine gute und keine schlechte Zahl.

Ich nehme mal den politischen Begriff der Pathologisierung, denn das ist kein medizinischer Begriff, sondern ein politischer Begriff, um in irgendwelche Richtungen zu lenken. Ich hatte eingangs gesagt, dass wir sehr stolz darauf sind, dass die Form der Schwangerenvorsorge in Deutschland dazu geführt hat, dass wir die weltweit mit Abstand besten Zahlen haben, was die Gesundheit von Mutter und Kind angeht, obwohl wir ein steigendes Alter bei den Frauen haben, obwohl wir einen höheren Grad an Adipositas haben als in vielen anderen Ländern. Einhunderttausend Frauen werden in diesem Jahr mit Adipositas in die Schwangerschaft gehen, einhunderttausend, das ist keine kleine Gruppe, d. h. das spielt eine große Rolle, und da brauche ich nicht zu pathologisieren, diese Frauen haben eine Pathologie. Hier muss man sehr exakt darauf schauen, ob das Auswirkungen auf Mutter und Kind hat. Ich bin sehr froh darüber, dass wir realisiert haben, dass zwei verschiedene Richtungen – mit verschiedenen Bildungshintergründen, mit demnächst verschiedenen Studiengängen – und Expertengruppen für den Beginn des Lebens verantwortlich sind. Das steht unserem Staat, ich finde das hervorragend, das hat etwas mit Humanität, mit Fokussierung auf die richtigen Themen zu tun. Das ist etwas Positives und nicht etwas Negatives; ein Ersatz zu suchen wäre eine

Reduktion dessen, was wir momentan schon haben, und aus meiner Sicht ein grob falscher Ansatz. Deswegen kann ich Ihnen sagen, Sie werden es ganz schwer schaffen, dass wir beide uns hier vor Ihnen streiten, wir diskutieren die Punkte schon aus, die man noch verbessern kann, und das tun wir meistens völlig entspannt. Der Blick auf das werdende Leben und die Pränatalmedizin – ich finde es sehr gut, dass Sie dazu eine eigene Anhörung und eine eigene Besprechung innerhalb Ihres Ausschusses machen – ist einer der wichtigsten. Das schaffen wir heute nicht. Sie, Herr Müller, hatten gerade gesagt, „ich habe so viele Punkte, da könnten wir eine eigene Sitzung zu machen“ – ja, genau. Wir leben in der Situation, dass uns mittlerweile die Industrie in den USA mit der nichtinvasiven pränatalen Diagnostik genetischer Erkrankungen in eine ethische Diskussion gestürzt hat, bei der man mit dem Atmen fast nicht mehr hinterherkommt. Hier ist ganz dringend Aufklärung nötig, das gleitet uns Frauenärztinnen und Frauenärzten völlig aus den Händen, weil eine Frau einfach zu einem Hausarzt gehen kann, sich Blut abnehmen lassen kann, und das wird dann in die USA verschickt. Man erhält dann einen Zettel, auf dem irgendwelche Warnungen ausgesprochen werden, die den Blick auf die Schwangerschaft nicht nur verstellen, sondern fast unmöglich machen. Schon die Diskussion darüber, ob invasive Diagnostik gemacht wird, hat uns an den Rand dessen gebracht, was wir überhaupt noch verantworten können. Denn man hat den Juristen im Nacken, „was hättest du den Frauen erzählen müssen“, und jetzt kommt dieses Kind mit Trisomie 21 heraus. Das wirft auf einmal einen Blick auf Kinder mit Trisomie 21, als wären sie etwas, was man im Leben verhüten muss. Wir wollen das gar nicht, aber wir kommen in eine Situation, in eine Diskussion, die wir selbst schon nicht mehr bewältigen können, nicht weil wir schlecht ausgebildet sind, sondern weil uns hier gesellschaftlich etwas überholt. Das ist gar kein Thema für Frauenärzte und Frauenärztinnen, wir sind die Handlanger der Diskussion und werden von verschiedenen Seiten dazu gebracht. Also da gratuliere ich Ihnen. Wenn Sie Interesse haben, können wir dazu auch gerne von meiner Fachgesellschaft sehr dezidiert Stellung nehmen, daran würde mir sehr viel liegen. Das heißt aber auch – und Sie haben das sehr bildhaft formuliert



–, „ab wann kann ich mich denn jetzt auf meine Kind freuen?“ Immer, immer. Die Ultraschalldiagnostik ist einer der besten und größten Schritte gewesen, der überhaupt stattfinden konnte. Ich bin in einem Alter, meine Mutter hatte noch keine Ultraschalldiagnostik zur Verfügung, sie konnte nur raten, was ich mal werden würde, also Junge oder Mädchen, und erst recht konnte man nicht feststellen, ob ich gesund oder krank sein könnte. Viele Krankheiten, die Kinder intrauterin haben, können wir heute schon während der Schwangerschaft behandeln, so dass gesunde Menschen zur Welt kommen. Andere Auffälligkeiten oder Erkrankungen von Kindern können wir erkennen, so dass wir den richtigen Geburtsort oder den richtigen Geburtsmodus oder die richtigen Kinderärzte dabei haben, um wieder alles richtig für die Kinder zu machen. Pränatale Medizin ist nicht Verhinderung von Kindern, sondern bedeutet das Kind als Patienten. Wir haben jetzt über Kindeswohl und Kinderschutz gesprochen, das können Sie hier direkt übertragen. Wir erkennen das Kind als Patienten intrauterin, um es bei Bedarf so optimal zu behandeln, dass es besser wird. Pränatale Diagnostik ist nicht Eugenik, das ist eine ganz fürchterliche Vermischung, die da häufig gemacht wird. So ist es unsere Aufgabe, auch den Frauen zu sagen, „wir können uns mit unseren diagnostischen Möglichkeiten auf den Kopf stellen, ich kann Ihnen nicht sagen, ob Ihr Kind gesund sein wird oder krank, mit keiner Maßnahme, die wir machen.“ Und wenn dann schon durch nichtinvasive Pränataldiagnostik solche Illusionen entstehen; ich darf Ihnen verraten, das geht viel weiter, warten Sie mal zwei Jahre ab, dann wird Ihnen nicht nur gesagt, ob Ihr Kind Trisomie hat, sondern dann wird Ihnen gesagt, ob es ein Risiko für spätere genetische Erkrankungen hat, die vorliegen könnten, und dann in einer Prozentzahl angegeben werden. Dann werden Sie hören, dass ein Kind möglicherweise mit einer Wahrscheinlichkeit von 17 Prozent eine Erkrankung haben könnte. Ja, wie gehen Sie denn mit dieser Information um, wenn Sie über Ihre eigenen Kinder reden? Eine furchtbare Situation. Da stehen Sie uns bitte zur Seite, denn wir sind nicht diejenigen, die diese Situation erzeugen, wir sind diejenigen, die auf einmal in diese Konfliktsituation geraten. Da sind wir definitiv alle auf der gleichen Seite und

müssen uns eher überlegen, wie wir Juristen, Mediziner und Politiker dann mit unseren ratsuchenden Frauen, die auf einmal vor uns stehen, umgehen. Da sind wir im gleichen Boot. Insofern kann ich Ihnen sehr entspannt sagen, wir haben eine tolle Situation in Deutschland. Dass Hebammen in die Schwangerenvorsorge mit – jetzt benutze ich mal ein Wort – „hineindrängen“, sehe ich nicht kritisch, sondern als eine zusätzliche Ergänzung dessen, was schon jetzt optimal ist. Und da gebe ich völlig Recht, da können Hebammen sehr viel bewirken. Das sollten Frauen nicht nur anmelden können, sondern dann auch bezahlt bekommen, damit sie eine zusätzliche optimale Versorgung haben. Ich glaube, das können wir gut. Ich erhoffe mir natürlich auch vom Hebammenverband und von allen, die in der Politik für die Finanzierung zuständig sind, dass wir diese fürchterliche Situation in unseren Kreißsälen mit zu wenigen Hebammen und zu wenigen Hebammen in der Wochenbettversorgung in den Griff bekommen. Das ist definitiv ein Top Thema Nummer 1 und das dürfen wir nicht aus dem Blick verlieren.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Das war noch nicht das Schlusswort. Herr Ernst.

**Prof. Dr. Rüdiger Ernst** (Vorsitzender Kammergericht Berlin, Familiengerichtliche Verfahren; Mitglied der Kinderrechtskommission Deutscher Familiengerichtstag e. V.): Ich greife Ihre Frage auf, schlüssele sie auf und beantworte sie teilweise. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen beiden Entscheidungen 1975 und 1973 gesagt, dass das ungeborene Kind teilweise Grundrechtsfähigkeit genießt und damit schutzfähig ist. Der nasciturus, also das ungeborene Kind, genießt als Grundrechtssubjekt allgemein verfassungsrechtlichen Schutz und unterfällt zugleich als künftiges Kind dem besonderen Schutzsystem des Artikel 6 Absatz 2 Grundgesetz. Damit referiere ich den Stand der Rechtsprechung und der Literatur als familiengerichtlicher Sachverständiger. Für strafrechtliche und rechtsphilosophische Fragen bin ich nicht sachverständig.

**Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher



Hebammenverband e. V., Präsidiumsmitglied, Beirätin für den Freiberuflichen Bereich): Ich möchte die ersten Ausführungen von Prof. Louwen ausdrücklich unterstützen. Diese Übergänge beziehen sich auf die Erstgebärenden in der geplanten Außerklinik, die dann im Verlaufe der Geburt – in der Regel ist es die Erschöpfung, wenn die Geburt einfach zu lange dauert – ein Schmerzmittel wünschen, das in der Außerklinik nicht zur Verfügung steht, das bekannteste ist die PDA, die peridurale Anästhesie. Dann wird sie ganz in Ruhe in die Klinik gebracht, erhält ihre PDA, erholt sich und wird ihr Kind ganz normal gebären. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Gesellschaft für die Qualitätssicherung in einer außerklinischen Geburtshilfe verweisen. Diese besteht seit 1999 und seit 2010 veröffentlicht sie jährlich ihre kompletten Berichte, die man im Internet nachlesen kann, dort stehen die Zahlen zur Verfügung. Sie können genau verifizieren, wie die Zahlen sind – sehr stabil, alles gut, und das ist ein Qualitätszeichen. Den Abschlussatz, den möchte ich auch gerne sagen: Die Geister, die wir riefen, mit der Perinataldiagnostik, der Präimplantationsdiagnostik und jetzt harmony test und wie sie alle heißen – der eine mag sagen, es ist ein Glück, ich sage, es ist ein Fluch, mit dem wir uns auch auseinandersetzen müssen. Da bin ich froh, dass ich nicht für die Rechtsprechung verantwortlich bin, denn ich wüsste überhaupt nicht, wie ich damit umgehen kann. Ich wünsche mir, dass zunächst eine Schwangerschaft für eine Frau natürlich eine Umstellungsphase ist, wir reden auch immer von einer Anpassungszeit, in der auch Schwangere schwankend mit dem Ereignis umgehen und dann hoffentlich aber zuversichtlich sind. Der Unterschied in der Schwangerenvorsorge zwischen Frauenärzten und Hebammen ist tatsächlich der Grundgedanke der Normalität. Wenn ich meine Untersuchungen mache und dann ein Problem sehe, dann handele ich; die Mehrheit oder ein Teil der niedergelassenen Gynäkologen machen es andersherum und forschen erst einmal, und erst wenn sie nichts finden, glauben sie, dass es eine gesunde Schwangerschaft ist. An diesem Punkt gibt es ein bisschen Reibung, und das können wir auch miteinander aushalten. Die Schwangerenvorsorge ist in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt. Die Frau hat

die freie Wahl, die Schwangerenvorsorge durch den Frauenarzt oder die Hebamme durchführen zu lassen. Es gibt in den Mutterschaftsrichtlinien die Ultraschalluntersuchung, die dreimal in der Schwangerschaft vorgesehen ist, wie Prof. Louwen vorhin schon ausgeführt hat. Das ist eine dem Frauenarzt vorbehaltene Tätigkeit, das können wir Hebammen nicht. Bei der Gelegenheit möchte ich auch sagen, dass der Ultraschall sein Für und Wider hat, wie uns die Strahlenschutzkommission in die Bücher geschrieben hat. Wir müssen uns auf alle Fälle damit auseinandersetzen, wie wir damit umgehen. Es ist therapiemäßig richtig, aber dass sich jetzt die Frauen ein Ultraschallgerät für zuhause anschaffen – was wir auch schon erlebt haben – und sich dann selbst den Bauch anschauen, da sind wir doch alle dankbar, dass dieses vom Tisch ist. Ultraschall ist ein Segen, wenn die Fachkunde da ist. Das ist die Voraussetzung, dann ist es ein Segen, und wenn keine Fachkunde da ist, dann möge man es bitte lassen. Dann möchte ich vielleicht auch noch anmerken: Unsere Zahlen in der Bundesrepublik sind hervorragend, weil das Gesamtpaket passt. Wir haben eine Bevölkerung, die in der Regel gut ernährt ist, die in der Regel sozial gesichert ist, die Zugang zu jeder medizinischen Möglichkeit hat. Wenn wir die USA nehmen, da sind die Lebensbedingungen für viele Leute deutlich schlechter. Ich verstehe immer noch nicht, warum man nicht freiwillig eine Krankenversicherung einführt, das ist mir schleierhaft. Das ist ein ganz großes Plus, in der Bundesrepublik gibt es die wunderbare generelle Gesundheitsversorgung, und dazu passt der vollumfängliche Zugang der Schwangeren zu allen Möglichkeiten der medizinischen Vorsorge, das genau ist unser Gut. Was wir nach wie vor noch nicht wirklich verbessern konnten, ist die Frühgeburtlichkeit, da müssen wir nach wie vor nach den Ursachen schauen, da haben wir uns noch nicht deutlich verbessert. Aber insgesamt gibt es sehr viele Punkte, in denen wir völlig übereinstimmen; dann gibt es die einzelnen Blickwinkel, wo wir einfach aus zwei verschiedenen Sozialisationen kommen. Und so habe ich jetzt auch die kleine Spannung erklärt und halte sie auch aufrecht.

**Vorsitzende:** Vielen Dank, wenn man sich immer einig wäre, wäre das mit den verschiedenen



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

Blickwinkeln auch irgendwie komisch. Man soll sich ja möglichst ergänzen, um verschiedene Punkte tatsächlich zu erkennen und zu sehen. Vielen Dank, dass Sie uns so ausführlich und lange am heutigen Nachmittag zur Verfügung standen. Wir werden uns noch in den nächsten

Sitzungen mit dem Thema, dem Start ins Leben, beschäftigen und werden dann eine Stellungnahme verfassen. Wenn wir noch die eine oder andere Frage haben, sind wir nicht zögerlich, auf Sie zuzukommen.

Schluss der Sitzung: 17.55 Uhr

Susann Rüttrich, MdB  
**Vorsitzende**