



# Deutscher Bundestag

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der  
Kinder (Kinderkommission)

## Wortprotokoll der 14. Sitzung

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

Berlin, den 3. April 2019, 16:00 Uhr

Paul-Löbe-Haus

2.200

Vorsitz: Susann Rührich, MdB

## Tagesordnung

### **Tagesordnungspunkt 1** **Seite 9**

Öffentliches Expertengespräch zum Thema "Geburt  
II: Geburtssituation(en), Rahmenbedingungen und  
Umstände der Entbindung"

### **Tagesordnungspunkt 2** **Seite 32**

Beratung der Stellungnahme zum Themenkomplex  
"Kindeswohl und digitalisierte Gesellschaft:  
Chancen wahrnehmen - Risiken bannen"

### **Tagesordnungspunkt 3** **Seite 32**

Verschiedenes



## Inhaltsverzeichnis

Anwesenheitslisten	Seite 3
Sprechregister	Seite 8
Wortprotokoll	Seite 9



*teils. öff.*

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

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

Mittwoch, 3. April 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> Lauert Dr., Silke	_____
<u>SPD</u> Rüthrich, Susann		<u>SPD</u> Bahr, Ulrike	_____
<u>AfD</u> Huber, Johannes		<u>AfD</u> Harder-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	_____

28. März 2019

Anwesenheitsliste

Seite 1 von 2

Referat ZT 4 - Zentrale Assistenzdienste, Tagungsbüro

Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32251, Fax: +49 30 227-38339

Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



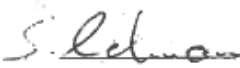
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

*teilw. öff.*

19. Wahlperiode

Sitzung der Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 3. April 2019, 16:00 Uhr

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>BÜ90/GR</u> Lehmann, Sven		<u>BÜ90/GR</u> Dörner, Katja	_____

28. März 2019

Anwesenheitsliste

Seite 2 von 2

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>.



*teils. öf.*

Tagungsbüro



Deutscher Bundestag

**Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)**  
Mittwoch, 3. April 2019, 16:00 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
AFD	_____	_____
FDP	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
<i>Ingrid Lohr</i>	<i>CDU</i>	<i>[Signature]</i>
<i>Gottmann, Christoph</i>	<i>Linke</i>	<i>[Signature]</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Stand: 13. September 2018 / ZT4, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32659  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



*teilo. öff.*

Tagungsbüro

Sitzung des Unterausschusses Kinderkommission (13. Ausschuss)  
Mittwoch, 3. April 2019, 16:00 Uhr




Seite 4

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
BMFSEJ	Huddick	<i>[Signature]</i>	MD

Stand: 13. September 2018 / ZT4, Luisenstr. 32-34, Telefon: +49 30 227-32859  
Es gelten die Datenschutzhinweise unter: <https://www.bundestag.de/datenschutz>.



**Anwesenheitsliste der Sachverständigen  
für das öffentliche Expertengespräch zum Thema  
„Geburt II: Geburtssituation(en), Rahmenbedingungen  
und Umstände der Entbindung“  
am Mittwoch, dem 3. April 2019, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
<b>Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt</b> (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM)	
<b>Franziska Kliemt</b> (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.)	
<b>Prof. Dr. Klaus Vetter</b> (ehem. Chef der Geburtshilfe Vivantes Klinikum Neukölln; ehem. Präsident der DGPM)	



## Sprechregister der Abgeordneten und Sachverständigen

### Abgeordnete

Vors. Susann Rührich	9, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 28, 31
Abg. Johannes Huber	23, 26
Abg. Norbert Müller	10, 20, 31
Abg. Sven Lehmann	28

### Sachverständige

Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt	9, 11, 19, 21, 23, 24, 28, 31
Franziska Kliemt	13, 22, 25, 26, 29, 30
Prof. Dr. Klaus Vetter	16, 21, 27, 30





## Tagesordnungspunkt 1

### Öffentliches Expertengespräch zum Thema "Geburt II: Geburtssituation(en), Rahmenbedingungen und Umstände der Entbindung"

**Vorsitzende:** Einen wunderschönen guten Tag. Wir sind schon etwas über der Zeit, aber es gibt heute auch viele Gäste, die mit hereinkommen wollen. Es ist ein kleines Nadelöhr, den Sicherheitsbereich zu überwinden, aber schön, dass Sie es alle geschafft haben und heute hier bei uns zur 14. Sitzung der Kinderkommission sind. Wir sind heute nur zu fünft. Frau Wiesmann und auch ihre Stellvertreterin, Frau Launert, haben sich wegen anderer Termine entschuldigt, aber wir gehen jetzt gleich in unser Expertinnen- und Expertengespräch.

Wir befassen uns ja jetzt schon seit mehreren Wochen mit dem Thema „Guter Start ins Leben“, die Zeit der Schwangerenbetreuung, der Geburtsvorsorge. Jetzt sind wir genau beim Thema der Geburt selbst, und ab den kommenden Wochen werden wir uns damit befassen, was passiert eigentlich, wie ist der gute Start, wenn das Kind geboren ist. Ich freue mich, dass Sie, liebe Expertinnen, Experten heute bei uns sind und uns zum Gespräch zur Verfügung stehen. Es geht heute wie gesagt um die Geburtssituation, die Rahmenbedingungen und die Umstände der Entbindung, wie sie sich aus Ihrer jeweiligen Sicht darstellen.

Ich freue mich, dass Prof. Dr. Sven Hildebrandt bei uns ist. Er ist Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, und Sie werden unschwer erkennen, dass wir ungefähr denselben Dialekt sprechen, und ehemaliger Präsident der ISPPM. Dazu sagen Sie uns dann vielleicht noch, was genau das ist, wenn es wichtig ist. Franziska Kliemt ist geschäftsführender Vorstand und in der Bundeskoordination von motherhood e. V., eine der Bundeselterninitiativen zum Schutz von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und im ersten Lebensjahr. Vielen Dank, dass auch Sie, Herr Prof. Klaus Vetter, bei uns sind, ehemaliger Chef der Geburtshilfe im

Vivantes Klinikum in Neukölln und ehemaliger Präsident der DGPM. Eigentlich erwarten wir auch noch Gäste aus dem Familienministerium, diese werde ich dann später begrüßen.

Das ist eine öffentliche Sitzung, wie man unschwer erkennen kann, es wird auch ein Wortprotokoll aufgezeichnet, das macht es uns dann leichter, eine Stellungnahme zu erstellen. Dieses wird dann auf der Internetseite des Bundestages abzurufen sein. Öffentlich und Wortprotokoll heißt aber natürlich auch, dass Sie am besten nur das sagen, was protokolliert werden sollte und alles andere vielleicht dann im Nachgang mit uns besprechen. Ich freue mich auf eine kontroverse und spannende Sitzung für ungefähr knappe anderthalb Stunden und würde als erstes Sie jeweils bitten, uns vielleicht so zehn Minuten, eine Viertelstunde aus Ihrer Sicht ins Thema einzuführen, damit wir dann in die Diskussion gehen können.

Da ich jetzt sehe, dass schon eine Präsentation da ist, fangen wir direkt bei Ihnen an, Herr Prof. Hildebrandt, und gehen dann der Reihe nach durch. Damit haben Sie das Wort. Vielen Dank.

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Guten Tag, meine Damen und Herren, ich danke für die Einladung. Das ist ja eine typisch Berliner Aufgabe, in einer Viertelstunde Situation und Perspektiven der Geburtshilfe zu umschreiben. Ich hoffe, es wird nicht so wie mit dem Flughafen.

Zur derzeitigen Situation: Um die guten Dinge zu nennen, wir haben ein hohes Niveau an geburtshelfenden Einrichtungen, wir haben moderne Kliniken, wir haben eine gut etablierte Geburtsmedizin, wir haben eine sehr niedrige, vergleichsweise niedrige Pathologierate, Sterblichkeitsrate, Krankheitsrate, wir haben eine gute Ausstattung der Geburtseinrichtungen, wir haben flächendeckend Rooming-in in unseren Kliniken, die Kreißsäle sind familiär geworden. Als ich angefangen habe, waren das noch halbe Operationssäle, heute ist das sehr heimelig, sehr angenehm gebaut. Der Vater oder der Partner, die



Partnerin sind bei der Geburt dabei, und das ist eine Normalität geworden. Es gibt außerdem ein Versorgungsnetz der Frauenärzte, ein gutes Netz freiberuflicher Hebammen. Aber ich bin ja jetzt nicht hier, um zu würdigen, was geschehen ist. Das mache ich durchaus, und ich möchte auch kein Miesmacher sein, das sind alles wichtige Errungenschaften, und trotzdem muss man sehr klar sagen, dass wir heute an einem Punkt sind, wo wir über das nachdenken müssen, wie es weitergehen könnte, denn wir haben eine gewisse Stagnation der medizinischen Erfolge.

Wir haben eine hohe Kaiserschnitttrate, wir haben eine hohe Interventionsrate und eine anhaltend sehr hohe Frühgeburtenrate trotz aller Bemühungen. Seit vielen Jahren schaffen wir es nicht, eine Kehrtwende bei der Frühgeburtslichkeit zu finden. Zur Kaiserschnitttrate, das ist interessant: Skandinavien hat z. B. im Vergleich die Hälfte der Kaiserschnitte, und wenn Sie die Färbung der Karte auf der Grafik sehen, sehen Sie, dass Skandinavien bessere geburtshilfliche Erfolge hat, obwohl sie nur halb so viele Kaiserschnitte haben. Worauf ich Sie hinweisen möchte, das ist die Verteilung innerhalb der Bundesrepublik. Und jetzt kommt die Fraktion der drei Sachsen, die hier sitzen, ganz stolz: Wir haben in Sachsen in Dimensionen eine geringere Kaiserschnitttrate als in anderen Bundesländern. Darüber muss unbedingt gesprochen werden. Ich habe Ihnen noch eine Grafik mitgebracht, die für mich fast noch eindrücklicher ist, und zwar die Verteilung schwerer Geburtsverletzungen, also sogenannter schwerer Dammrisse in der Bundesrepublik Deutschland.

Ich finde es faszinierend, dass Sie anhand der Karte der ehemaligen DDR auch zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung sehen, dass es dort tatsächlich signifikant weniger Geburtsverletzungen gibt als in den westlichen Bundesländern. Beate Schücking, Direktorin der Universität Leipzig, spricht von einer „Epidemie Kaiserschnitt“. Wir müssen davon ausgehen, dass wir etwa knapp 90.000 Kaiserschnitte pro Jahr haben, die nicht aus... – also ich rede ja immer von drei Arten des Kaiserschnittes, ich rede vom Rettungskaiserschnitt, der ist unstrittig. Es gibt Situationen, in denen man durch einen

Kaiserschnitt Mutter und Kind aus einer Notsituation retten muss, und darüber wird überhaupt nicht diskutiert, diese sind notwendig. Dann gibt es die zweite Art, das ist der sogenannte Indikationskaiserschnitt, bei der keine Gefahrensituation von Mutter oder Kind vorliegt, wir aber der Überzeugung sind, dass der Weg des Kaiserschnittes für Mutter oder Kinder ein sicherer Geburtsweg ist. Hierzu ist die Beckenendlagegeburt ein gutes Beispiel, wenn das Kind also mit dem Po zuerst geboren wird, da gibt es ja zurzeit eine Renaissance des Nachdenkens, aber viele Jahre galt dort der Kaiserschnitt als der sichere Weg. Und dann gibt es noch die sogenannten Angstkaiserschnitte, viele nennen das Wunschkaiserschnitte. Ich denke, es gibt keine Frau, die sich einen Kaiserschnitt wünscht, sondern da steckt immer eine tiefe Not dahinter, dass sich die Frauen nicht vorstellen können, diesen Weg der spontanen Geburt zu gehen und deswegen den für sie besseren Weg des Kaiserschnittes wählen. Und wenn man die zweite und dritte Gruppe, die Indikationskaiserschnitte und die Angstkaiserschnitte, Wunschkaiserschnitte, zusammenrechnet, sind das fast 90.000 Geburten. Und wir müssen wissen, dass der Kaiserschnitt für das Kind eine wirklich problematische Situation ist. Wir erleben ja jetzt sogar die glorifizierende Bezeichnung „Kaisergeburt“; der Behauptung, der Kaiserschnitt sei für das Kind völlig unbedenklich, der muss man nach dem aktuellen Wissen klar widersprechen. Wir wissen heute, dass die Beimpfung mit dem vaginalen Milieu eine ganz wesentliche Voraussetzung für die Reifung des Immunsystems ist.

Wir haben eine unzureichende Leitlinienkultur. Ich soll ja vor allen Dingen über Kinderrechte sprechen, und hier führe ich meine Lieblingsleitlinien an, also die B-Streptokokken-Leitlinie, die trotz ganz offensichtlicher Mängel nach wie vor gültig ist und unglaublich vielen Kindern jeden Tag eine Antibiotikagabe während der Geburt beschert, mit Folgen aus den Gründen, die ich Ihnen gerade nannte.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Können Sie kurz sagen, welche Mängel? Entschuldigen Sie,



dass ich dazwischenfrage, aber können Sie kurz sagen, welche Mängel?

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Immunsystem. Ich hatte ja gerade gesagt, dass das Kind einmal mit dem Milieu der Scheide und einmal mit dem Milieu der Brust geimpft wird, und eine Antibiotikagabe beeinträchtigt dieses Milieu und beeinträchtigt damit die Impfung und die Reifung des Immunsystems. Es gibt also einen Zusammenhang zur Autoimmunerkrankung usw.

Zur Übertragungsleitlinie, das ist ein ganz heikler Punkt hinsichtlich der Kinderrechte. Diese Leitlinie ist hochproblematisch. Es gibt in der Fachwelt eine ganz erhebliche Auseinandersetzung mit dieser Leitlinie. Sie wird aber von den Geburtseinrichtungen wie eine biblische Wahrheit umgesetzt mit der Folge, dass jede fünfte Geburt in der Bundesrepublik Deutschland künstlich eingeleitet wird. Und wenn wir von Kinderrechten reden, möchte ich hier einen Satz sagen, den ich für sehr wichtig halte: Es ist ein Grundrecht eines jeden Menschen, die individuelle Zeit, die wir im Mutterleib verbringen dürfen, bis zum letzten Tag auszuschöpfen. Natürlich müssen wir im Zeitraum der Geburt schauen, dass das Kind ausreichend versorgt ist. Und natürlich gibt es immer wieder Situationen, wo wir sagen müssen, dass der Geburtsbeginn blockiert ist, das ist gar keine Frage. Diese Situation müssen wir erkennen und vor allem dann wirklich handeln. Aber einfach eine Geburtseinleitung zu machen, weil ein bestimmtes Schwangerschaftsalter erreicht ist, und das auf der Basis fragliche Evidenzen, halte ich für hochproblematisch.

Ich möchte hier auch – ich bin ja gebeten worden, zur außerklinischen Situation Stellung zu nehmen – auf die aktuelle Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur außerklinischen Geburt eingehen. Ich bin wirklich traurig und auch ein bisschen empört gewesen, auf welcher schlechten handwerklichen wissenschaftlichen Basis diese Stellungnahme veröffentlicht wurde, und das zur Unzeit, wo wir

in der gesamten Geburtshilfe in Deutschland so massive Probleme haben. Ich denke, wir sollten über diese Probleme reden und jetzt nicht zur Unzeit die außerklinische Geburt infrage stellen. Außerklinische Geburten sind etwa ein reichliches Prozent der deutschen Geburten – um die 10.000 –, ein Drittel davon als Hausgeburt, begleitet in der Regel durch freiberufliche Hebammen. Ärzte werden fast immer nur im Notfall hinzugezogen. Es gibt einen strengen Ausschlusskatalog, den die Betreiber einhalten müssen. Da gibt es also tatsächlich auch wirkliche Druckmittel, weil die Bezahlung aller Geburten in den Geburtshäusern nur erfolgt, wenn man sich an den Katalog hält. Das heißt, wenn man nur einen Verstoß macht, wenn man nur einmal gegen diesen Kriterienkatalog verstößt, kündigt die Krankenkasse den Vertrag auf und man verliert die Zuwendung für alle Geburten des Geburtshauses, und das ist also sehr streng und wird auch sehr streng überwacht. Wir haben eine systematische Qualitätssicherung „QUAG“, und inzwischen sind nahezu alle außerklinischen Geburten dort eingegangen, seit einigen Jahren sind auch sämtliche Hausgeburten mit erfasst. Wir haben eine Reihe Geburtshäuser in Deutschland, die in der Regel hebammengeleitet sind, und die Kostenübernahme ist weitgehend geklärt.

Schwangerenbetreuung kann ich jetzt übergehen. Aus meiner Sicht ist es dringend notwendig, die Schwangerenbetreuung aus dieser derzeit rein risikoorientierten Orientierung herauszunehmen und eine salutogenetische Sicht in die Schwangerenbetreuung hineinzubringen. Das setzt aus meiner Sicht dringend voraus, dass es gelingt, die jetzt problematische Kooperation mit den freiberuflichen Hebammen unbedingt zu regeln. Es muss meiner Ansicht nach in der Mutterschaftsrichtlinie verankert werden.

Ein riesiges Problem in der derzeitigen Geburtshilfe ist die Zentralisierung, d. h. es ist der erklärte Wille verschiedener großer Kliniken, kleinere Kliniken zu schließen. Das wird mit Sicherheitsbedenken begründet. Das hat zur Folge, dass die Geburtenzahlen in den großen Kliniken massiv steigen, aber die Personaldecke nicht adäquat angepasst wird. Das bedeutet, wir sind weit davon entfernt, dieses Gesundheitsziel



1:1-Betreuung bei der Geburt nur annähernd zu realisieren.

Und das letzte, weitere Ausbildungsdefizite: Beispiel Beckenendlagegeburt, wenn der Po zuerst kommt oder die Zangengeburt, das sind Techniken, die in der Ausbildung aussterben, und deswegen sind wichtige geburtshilfliche Grundkenntnisse bei jungen Ärzten und Ärztinnen kaum noch vorhanden. Wir haben in den neonatologischen Stationen, in den Intensivstationen nahezu kein Rooming-in. Das ist ein riesiger Skandal. Frühgeborene werden oft von der Mutter getrennt, und das ist aus meiner Sicht ein riesiges Problem hinsichtlich der Kinderrechte. Wir haben viele Interventionen, die die Kinderrechte beeinträchtigen. Die Geburtseinleitung hatte ich gesagt, die vaginale Untersuchung mit dem Infektionsrisiko, die Antibiose hatte ich gesagt, nicht intendierter Kaiserschnitt hatte ich gesagt. Wir haben eine erhebliche Rate von Wehenmittelgabe unter der Geburt oft nicht hinreichend indiziert. Das erhöht das Risiko der Geburt, wie ja jetzt auch eine aktuelle Studie aus Skandinavien gezeigt hat. Und das Oxytocin, das dort gegeben wird, geht auf das Kind über und führt zu einer Downregulation – so nennt man das im Fachdeutsch – beim Kind mit Sozialisierungsproblemen.

Jetzt will ich aufhören zu meckern, geben Sie mir bitte noch zwei Minuten, um meine Vision zu sagen. Ich träume davon, eine neue Geburtskultur zu etablieren. Der erste Punkt ist, ich wünsche mir einen Paradigmenwechsel im Verständnis der Geburt. Bisher ist die Geburt ein Ereignis dieser Familie: Diese Mutter und dieser Vater kriegen ein Kind. In Wirklichkeit ist die Geburt jedes Menschen ein für unsere gesamte Gesellschaft wichtiges Ereignis. Dieser Mensch ist nicht nur als einzelner Mensch bedeutsam, stellen Sie sich mal vor, wie stolz die Hebamme von Helene Fischer wäre, wenn sie jetzt hier sitzen würde, wie stolz sie wäre, dass sie Helene Fischer auf die Welt geholt hat, aber niemand hat damals gewusst, dass dieses schrumpelige kleine Ding da mal Helene Fischer wird. Das heißt, jeder Mensch ist kostbar, weil er Potential hat, das kann der erste Mensch auf dem Mars sein oder sonst etwas, aber selbst wenn es nur ein ganz unbedeutender Mensch ist,

ist er allein sozialpolitisch eine Größe. Das brauche ich Ihnen ja nicht zu sagen. Wir müssen deswegen aus meiner Sicht die Schwangerschaft und die Geburt unter den besonderen Schutz der Gesellschaft stellen.

Ich würde mir wünschen, dass es uns gelingt, die gesunde Geburt und die gesunde Schwangerschaft und die Zeit danach als Staatsziel in den Verfassungsrang zu heben, so wie beim Tierschutz, so wie bei der europäischen Einigung; da sind wichtige Dinge formuliert worden. Und ich finde, die Geburt ist es wert, in diesen gleichen Rang gehoben zu werden. Und das hätte dann zur Folge, dass wir, die wir Geburten professionell begleiten – Hebammen, Ärztinnen und Ärzte – eine hoheitliche Aufgabe erhalten, so wie Polizei oder Bildungsapparat. Ich will jetzt nicht, dass wir verbeamtet werden. Da brauchen Sie keine Angst zu haben, aber dass praktisch über unser Berufsverständnis klar wird, wir helfen nicht diesem Paar, sondern wir helfen der ganzen Gesellschaft. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Und das würde dazu führen, dass wir ein neues Sozialgesetzbuch kreieren. Wir müssen aus dem Sozialgesetzbuch V heraus. Wir brauchen ein Sozialgesetzbuch für die Schwangerschaft, Geburt und für die ersten eintausend Tage. Und damit müssen wir aus dem Finanzierungssystem der Krankenhäuser heraus. Wir brauchen ein eigenes Finanzierungssystem, das an Nachhaltigkeit orientiert ist und nicht mehr in den betriebswirtschaftlichen Strukturen der Krankenhäuser angesiedelt ist. Wir brauchen eine neue Versicherungsarithmetik. Es ist klar, bei der Kfz-Versicherung haben wir eine Ereignisversicherung, weil klar ist, ein Auto kann nur einen Unfall bauen. Bei der Geburtshilfe haben wir eine Verursacherversicherung, dabei kann auch hier bei einer Geburt nur eine Mutter und ein oder zwei Kinder zu Schaden kommen. Wir brauchen also eine ereignisorientierte Haftpflichtversicherung, und sofort wären alle Probleme der Haftpflichtversicherung gelöst. Wir brauchen eine Einbeziehung der Hebammen als gleichberechtigte Partner bei der Schwangerschaft und der Geburt bei regelrecht verlaufenden Geburten. Und wir brauchen gemeinsame Standards von Hebammenwissenschaften und ärztlichen Wissenschaften.



Wir brauchen eine selbstbestimmte gewaltfreie Geburt, das hatte ich vorhin bei den Defiziten salopp übergangen. Wir erleben in der Geburtshilfe Gewalt in großem Maße. Und das Schlimme ist, wir, die wir das machen, nehmen es gar nicht als Gewalt wahr. Es ist einfach Routine, es wird immer so gemacht, das haben wir schon immer so gemacht, wir haben schon immer kristallisiert. Wir haben das immer gemacht, aber dass es aus der Perspektive der Frau und des Kindes eine Gewalteinwirkung ist, das ist uns nicht bewusst. Das ist also keine vorsätzliche Gewalteinwirkung, aber eine fahrlässige Gewalteinwirkung. Und das darf nicht sein! Wir brauchen eine kontinuierliche 1:1-Betreuung, Geburt im geschützten Raum und eine interventionsfreie Geburtshilfe. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Vielen Dank für die eindrücklichen Schilderungen. Jetzt ist man natürlich verleitet, direkt in die Debatte zu gehen, aber wir haben ja noch zwei Expertinnen und Experten. Frau Kliemt, wollen Sie vielleicht direkt weitermachen.

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Wir sind nicht alle aus Dresden, aber wir sind zufälligerweise alle in Dresden geboren worden.

**Vorsitzende:** Ich habe sie nicht absichtlich so ausgesucht.

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Deswegen habe ich es betont, dass wir heute nicht alle aus Dresden kommen. Herr Vetter kommt aus Berlin, ich aus Darmstadt und Herr Hildebrandt immer noch aus Dresden.

Herzlichen Dank für die Einladung, dass ich heute hier sprechen darf und auch die Perspektive der Eltern oder – ich sage mal – Mutter-Baby darstellen kann. Ich könnte auch sehr kurz reden und sagen: „Wunderbar, also wir haben tolle Ziele. Lassen sie uns gemeinsam die Gesundheitsziele umsetzen, dann kommen wir schon ein gutes Stück weiter.“ Da sind auch tolle Maßnahmen dabei. Dennoch wollte ich die Möglichkeit nutzen, doch persönlich zu Ihnen zu

sprechen und Ihnen noch ein bisschen eingängiger unsere Sichtweise zu schildern.

Das Wichtigste ist mir eigentlich, dass wir begreifen, dass wir über eine integrale Einheit reden, dass wir über Mutter-Baby sprechen, gemeinsam, und diese sind nicht voneinander zu trennen. Ich muss immer an eine Bundestagsitzung denken, in der eine CDU-Abgeordnete sagte: „Ja, der Staat weiß, dass man das Kind nicht gegen die Mutter schützen kann, sondern nur mit ihr.“ Das ist natürlich aus dem Zusammenhang gerissen, aber ich dachte mir, genau das sagt es aus, was wir eigentlich in der Geburtshilfe für ein Problem haben. Diese Einheit beginnt nicht erst, wenn wir sie sehen, in der frühen Elternschaft, sondern sie beginnt sehr zeitig. Herr Hildebrandt hat das ja schon in ein paar Sachen anklingen lassen. Dieses emotionale Erleben des Babys besteht schon während der Schwangerschaft. Also wir haben nicht nur: Flups, jetzt ist das Kind da und die Geburt. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden; es ist auch nicht egal, wie wir getragen werden, also wie wir die Schwangerschaft gemeinsam mit unserer Mutter erleben.

Und da muss ich gerade kurz daran denken, dass ich mir nach 30 Jahren auch aus Dresden meine Geburtsunterlagen habe schicken lassen, und die waren auch sehr interessant. Gut, aber das ist eine ganz andere Geschichte.

Sie müssen also beide als integrale Einheit behandelt werden, d. h. wenn ich die eine Person behandle, dann hat das einfach ganz besondere Auswirkungen auf das Befinden der zweiten Person, egal was ich da mache, auch während Schwangerschaft und Geburt und frühem Wochenbett. Man kann sehr gut wissenschaftlich nachweisen, dass es psychische Folgen auf das spätere Leben hat. Dazu haben wir – auch durch die ISPPM e. V. – eine sehr gute Studienlage. Was man weniger sieht, dazu sage ich nachher kurz etwas, das sind die körperlichen Folgen, die eher indirekt nachweisbar sind – ein Leben lang. Ich sage mal so, wenn wir in dieser Zeit bereits die Bindung, also einen sicheren Bindungsaufbau, stören – dieser beginnt schon während der



Schwangerschaft und nicht erst mit dem Bonding, mit der Geburt, das ist enorm wichtig, aber dazu gehören viele Bausteine –, dann legen wir falsche Verhaltensmuster an. Die Gehirnentwicklung in dieser Zeit ist so enorm und so grundlegend, dass uns das lebenslang prägt. Wir können quasi aus dieser Zeit einen lebenslangen Belastungsfaktor machen oder eine lebenslange Ressource.

Wir dürfen aber auch nicht vergessen, in welchem Umfeld, in welcher Systemik die Frau mit ihrem Baby ist – wie angstbehaftet ist das? Mit welchen Ängsten geht auch die Partnerin und der Partner da rein, wo gesagt wird: „Nein, also, da können wir nicht hingehen. Da mache ich nicht mit.“ Aber auch welches gesellschaftliche Milieu gibt es, wo befindet sich die Frau, welches Bild haben wir als Gesellschaft von Geburt? Ich hatte schon überlegt, ein paar Fotos zu zeigen, wie wir uns Geburt so generell vorstellen. Wenn ich daran denke, wie ich in der 8. Klasse aufgeklärt wurde, welche Bilder uns gezeigt wurden. Dieses eigene Bild ist sehr angstbehaftet, finde ich. Und diese positiven Bilder, was eine physiologische Geburt ausmacht, sind relativ unbekannt. Aber, das habe ich eben schon erwähnt, die Frau und die Familie sind in ein großes Gesamtes eingebunden, dieser gesellschaftliche Kontext, den auch Herr Hildebrandt mit erwähnt hat.

Wir brauchen quasi... – und das habe ich eigentlich in den Niederlanden kennengelernt. Ich durfte mit dem Ministerium von Baden-Württemberg mitreisen, dieses hat eine Studienreise gemacht. Da hat man wirklich gesehen, was sie dort anders machen als bei uns, und das ist Geburtshilfe als Team. Da steht die Frau im Mittelpunkt und da ist man gemeinsam am Ringen, wenn die Frau schon in der Schwangerschaft Probleme bekommt, wie sie ihre Versorgung, ihre Betreuung bekommt und mit wem und wie gemeinsam. Da braucht es ein Hand-in-Hand-Gehen. Welche Versorgungsstrukturen brauchen wir? Oder auch diesen geschützten Raum. Ich finde dieses Wort ganz wunderbar und nutze das auch sehr gerne. Wir brauchen gesellschaftlich einen Schutzraum für diesen Bereich, für Schwangerschaft und Geburt. Der kann nicht nur rechtlich sein, er muss natürlich auch wie im Kreißsaal dementsprechend

ausgestaltet werden. Darauf gehe ich jetzt mal nicht ein. Hier spielen natürlich viele Rechte zusammen, die man nicht gegeneinander ausspielen darf. Jedes hat hier sein Abwägungsverhältnis, und die spielen gemeinsam wieder zusammen.

Um nochmal kurz zu erläutern, was die aktuellen Missstände in der Geburtshilfe sind. Deswegen haben Sie ja vermutlich auch dieses Thema mit auf die Agenda genommen, was ich sehr bemerkenswert, also wunderbar finde, weil es einfach zeigt, dass Sie mit einer Kinderkommission die Ausmaße dieser Missstände verstanden haben. Um zu sagen, was dieser Stress, die Missstände mit uns machen, muss man verstehen, was Stress mit Geburt macht. Geburt funktioniert nicht mit Stress, weder mit Angst noch mit Stress. Also Oxytocin, dieses Beispiel, was ich von dem Geburtshelfer und Arzt Michel Odent mitgebracht habe, ist ja nur eines der tragenden Hormone, die in diesem physiologischen Ablauf eine ganz entscheidende Rolle spielen. Ich will jetzt hier keine Medizinvorlesung machen, das kann ich auch gar nicht. Entscheidend ist nur, dass es nicht unter Stress hergestellt werden kann, es ist aber enorm wichtig. Darauf können die Kollegen ja später noch eingehen. Wenn wir Stress haben, haben wir eher Adrenalin, und das bewirkt ganz andere Dinge.

Welchen Stress haben wir denn? In Deutschland können wir keinen kontinuierlichen Betreuungsbogen herstellen, d. h. anders als in den Niederlanden hat die Frau nicht wirklich eine Bezugsperson, die sie vom Anfang über die Geburt bis ins Wochenbett betreut. Die Studienlage sagt ganz klar, dass das eine vertrauensbildende Maßnahme ist, dass das auch wirklich die Chance für eine vaginale Geburt erhöht und Intervention verringert, wie auch immer. Also die Liste ist lang und wissenschaftlich erwiesen, dass das sinnvoll ist. Das haben wir aber nicht.

Immer mehr geburtshilfliche Stationen schließen. Die restlichen, die verbleiben, sind überfüllt und haben sowohl Personalmangel als auch räumlichen Mangel für die Frauen, die sie



aufnehmen müssen, so dass es dazu kommt, dass die Frauen auch an den Kliniken abgewiesen werden. Das ist ein Prozess, den man nicht stoppen kann, wir reden ja nicht über eine Knie-OP, wir reden hier über einen physiologisch, hormonellen Ablauf, der einfach läuft oder den man auch stören kann. Und da ist es eine gesellschaftlich nicht tragbare Situation, dass wir Frauen deutschlandweit an Kreißsälen abweisen müssen, weil sich dieses Personal dort auch nicht darum kümmern kann, weil sie übervoll sind.

Das heißt aber, die Frau hat auch längere Wege. Wir haben aber etwas, das wir nicht planen können, und alles, was ich nicht planen kann, da möchte ich doch relativ schnell sicher sein, dass ich gut versorgt werde. Es gibt Studien, die ganz klar sagen und darauf hinweisen, dass je länger der Weg ist, umso schlechter ist das Outcome für Mutter und Kind, und desto mehr steigt auch Mortalität. Es gibt aber auch Studien, die sagen, je eher die Frau in einem Boarding oder schon im Kreißsaal und in der Klinik ist, desto höher steigen die Komplikationsraten, das Risiko für einen Kaiserschnitt oder sonstige Interventionen steigt. Dazu gibt es relativ viele Studien. Deswegen auch nochmal das Plädoyer, das ist wirklich eine Grundversorgung.

Hat es die Frau geschafft, in einen Kreißsaal zu kommen – sie hat sich jetzt entschlossen, in eine Klinik zu gehen –, dann muss sie sich meistens eine Hebamme mit drei bis fünf anderen Frauen teilen. Wir sind weit davon entfernt, dass wir wirklich sagen können, die Frau kann ein Vertrauensverhältnis zu der Betreuungsperson aufbauen, so dass die Betreuungsperson auch Risiken wirklich in Ruhe wahrnehmen kann. Ein ganz wichtiger Punkt, der zur Traumatisierung führt, ist die Nichtkommunikation. Dazu werde ich gleich noch etwas sagen. Und Kommunikation braucht Zeit.

Was Herr Hildebrandt auch erwähnt hat, sind diese Interventionen. Wir haben zahlreiche sogenannte Routineinterventionen, die auch einer wissenschaftlichen Basis entbehren, nicht alle, aber einige. Manche stellen sich auch als wirklich schädlich heraus und sind wirklich

bedenkenswert. Auch da gibt es diese lebenslangen Folgen, die wir Stück für Stück erfassen, aber wo die Studienlage in der Geburtshilfe auch einfach schlecht ist. Das muss man so sagen. Also epidemiologische Studien wären hochinteressant.

Was uns als Gesellschaft fehlt, ist dieses Empowerment, das Wissen. Es gibt ja kaum noch die Möglichkeit, wirklich Geburt erfahren zu können. Viele Frauen gehen sehr angstbehaftet in die Geburt, in die Schwangerschaft hinein. All das, also mangelndes Wissen, fehlendes Vertrauen und fehlendes Empowerment.

Der letzte Punkt ist auch dieses Thema Gewalt. Ich möchte da ganz klar sagen, jede Gewalt, die die Frau erfährt, erfährt das Kind genauso mit. Also das Kristellern – ich weiß nicht, ob das allen ein Begriff ist: Man sagt dann, man drückt das Baby jetzt mit raus, mit der Wehe, gegen die Wehe, es gibt da tausend Möglichkeiten, es auch falsch zu machen. Viele kennen dann den Begriff: „Wir schieben jetzt mal ein bisschen mit.“ Das kann langsam sein bis dahin, dass sich der Arzt oder die Ärztin auf den Bauch schmeißt, ohne Bescheid zu sagen. All das macht auch etwas mit dem Kind Das würde jetzt zu lange dauern, wenn ich wirklich erklären würde, was das auch für die Physiologie bedeutet, wie sich all das auf die Koordination des Babys später, auf die Körperwahrnehmung, auf die motorische Entwicklung auswirkt. Es gibt Hinweise, die sagen, wenn hier zu viele Interventionen stattfinden, hat das volkswirtschaftliche Folgen.

Gewalt, das ist nicht nur körperliche Gewalt. Gewalt ist strukturelle Gewalt, d. h. wir müssen die Frauen alleine lassen, abweisen, sie haben keine Betreuung unter der Geburt: „Ich komme mal gleich wieder.“ Der Picker-Report beschreibt das auch ganz gut. Gewalt ist psychische Gewalt, d. h. die Frauen auszulachen, vieles, was wir für normal halten. Wer sich mit dem Thema beschäftigten möchte, ich fand es ganz interessant, dass man wirklich sieht, dass die WHO unterscheidet zwischen Gewalt in der Geburtshilfe, die gesellschaftlich anerkannt ist, weil wir sie für normal halten. Das ist mir



persönlich auch passiert. Bei meiner ersten Geburt wurde gesagt: „Herzlichen Glückwunsch! Sie haben keine PDA gehabt. Sie haben eine natürliche Geburt.“ Stück für Stück kleckerte es dann über die Jahre, dass ich so viel an Intervention mitgenommen habe, die eigentlich nicht hätte nötig sein müssen, die mir aber verkauft wurde als: „Sie haben eine natürliche, physiologische Geburt gehabt.“ Da müssen wir wirklich an dem Bild schauen.

Aber jetzt zum Konstruktiven. Was brauchen wir denn? Da wiederholt sich jetzt einiges, was auch Herr Hildebrandt gesagt hat. Was ist die Basis? Die Basis ist die wohnortnahe Versorgung. Das ist eine Kontinuität in der Versorgung, die Vertrauen schafft. Wir reden ja hier nicht einfach, wie ich schon sagte, über eine Knie- oder eine Schulter-OP, sondern wir reden hier über intime, sexuelle Prozesse. Es geht hier einfach darum, dass Frauen ihre Babys mit ihrer Vagina und mit ihrer Vulva gebären. Und das braucht einen intimen Schutzraum, das dürfen wir nicht vergessen. Und deswegen ist auch die 1:1-Betreuung wichtig. Nur diese gewährleistet eine individuelle Betreuung und damit eine psychosoziale ganzheitliche Betreuung. Damit wir das besser machen können, brauchen wir auch eine evidenzbasierte Geburtshilfe. Da sind einige Leitlinien in der Pipeline, aber wir warten schon seit Ewigkeiten auf die Kaiserschnittleitlinie. Und vielen Frauen würde es viel Leid ersparen, wenn da endlich etwas Neues kommen würde. All das ist die Basis für eine, sage ich mal, psychosoziale Basis. Wenn die Versorgungsstrukturen stimmen, dann kann man auch intern diesen sicheren Raum schaffen, der eine physiologische Geburt ermöglicht. Und was macht das alles für einen Sinn? Das macht einen unheimlichen Sinn, weil wir hier die Grundlagen für eine gesunde Gesellschaft legen. Es ist auch unsere Solidargemeinschaft, das wird uns alles unheimlich viel kosten, um das alles wieder aufzuholen. Deswegen sollte man am besten sogar schon präkonzeptional, also bevor man das Kind zeugt, anfangen zu investieren, d. h. eigentlich in unsere Kinder, unsere Kinder, die Eltern werden. In dem Sinne möchte ich sagen, investieren wir in die Zukunft, indem wir vor allem diesen Lebensabschnitt unterstützen. Lassen Sie uns Hand in Hand arbeiten. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Vielen Dank Ihnen, Frau Kliemt. Jetzt können wir noch zu Ihnen, Herr Prof. Vetter, kommen, wenn wir auch Ihre Präsentation sehen. Ich vermute, dass Sie vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine andere Schwerpunktsetzung sehen. Das tut unserer Debatte hier mit Sicherheit sehr gut.

**Prof. Dr. Klaus Vetter** (ehem. Chef der Geburtshilfe Vivantes Klinikum Neukölln; ehem. Präsident der DGPM): Zum Einstieg: Ich bin in Dresden geboren, aber zu einer Zeit, als die Kliniken zerbombt waren. Und ich bin in einem Geburtshaus – ich weiß nicht, wie es wirklich hieß –, also jedenfalls in einer Einrichtung geboren, die sehr einfach war. Deshalb habe ich mich später auch einmal damit auseinandergesetzt, was da eigentlich alles hätte passieren können. Ich bin dann klinischer Geburtshelfer geworden und hatte am Ende meiner Zeit eine Klinik, die zwischendurch einmal die größte Geburtsklinik Deutschlands war. Ich hatte am Ende 40 Hebammen und 15 Beleghebammen. Das heißt, wir hatten einen Mix zwischen individueller Versorgung und Klinikversorgung – nur, damit Sie den Rahmen kennen. Ich habe hier ein paar Anmerkungen zusammengestellt. Die Frage war ja ursprünglich: Was ist eine gute Geburt? Und die Fragen zogen sich alle so ein bisschen zwischen Hebammen und Ärzten hin. Deshalb habe ich mich zunächst mit dem auseinandergesetzt und gesagt: Was ist denn in den vielen Jahren passiert? 1890 ging es los. Sie sehen, damals waren fast 100 Prozent außerklinische Hausgeburten, und dann ging das schlagartig herunter. Wie gesagt, ich bin ja auch noch nicht in der Klinik geboren und mein Jahrgang ist kurz nach dem Krieg, ein Hungerjahr. Das dazu, da hat sich viel getan.

Ich will ein bisschen Verständnis für die Widersprüche, die da sind, aufbringen. Dann können wir vielleicht umso mehr nachher diskutieren. Hier sagt Klaus Buddeberg, alternatives Gebären orientiere sich am Salutogenetischen, das haben Sie vorhin schon gehört; also der salutogenetische Ansatz einerseits und ein potentiell pathogenetisches Verständnis der Geburt andererseits. Und an dieser Schnittstelle hakt es vielfach. 1994 musste ich





einen Vortrag über zwei Studien über Hausgeburtshilfe halten. Da habe ich damals gesagt, die Regulation außerklinischer Geburtshilfe – 1994 ist schon eine Weile her – erfolgt nicht durch Legislative, nicht durch Überzeugung und Einsicht, nicht durch klinische Geburtshilfe, nicht durch wissenschaftliche Kenntnisse, sondern durch Versicherungsprämie. Das hat sich inzwischen ja auch so dargestellt, nur wir haben im Moment eine Lösung – zumindest eine Übergangslösung – gefunden. Aber jedenfalls, das ist ein kritischer Punkt, damals war der schon klar. Dann will ich Sie hier noch auf den letzten Satz von Neel Shaw hinweisen. Er ist in Boston in dem Team von Atul Gawande und er schreibt: „Geburtsabteilungen stellen die höchste Intensitätsstufe medizinischer Maßnahmen für die gesündesten Menschen zur Verfügung.“ Das ist jetzt zwar die USA, aber bei uns ist das nicht viel anders. Also das ist so ein Hinweis darauf, was sich da abspielt.

Dann war ich seit ihrer Gründung bei „QUAG“, das ist die Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe als Hinweis darauf, dass ich jetzt noch in der Qualitätssicherung in Berlin tätig bin. Bei „QUAG“ bin ich raus, da musste ich noch vor kurzem beim 20-jährigen Jubiläum einen Vortrag halten. Aus dem sind jetzt ein paar Bilder, die ich hier zeige.

Ich will noch etwas zeigen. Ich war schon einmal hier in einer Anhörung zum SGB V. Und damals haben wir gesagt, das ist aus dem Wortprotokoll: „Die Frage ist, ob eine außerklinische Geburt so sicher gemacht werden kann“ – damals ging es um die Frage: Ist Sicherheit der entscheidende Punkt – „wie man möchte und ob Risiken selektiert werden können?“ Zur Risikoselektion wird die Pränataldiagnostik benötigt. Das sehen nicht alle Hebammen so, aber ich sehe das so, schon damals. Es bleibt immer ein Restrisiko, egal, wo man ist. Das ist aber ein ganz persönliches Restrisiko. Daraus resultiert die gesellschaftliche Frage, ob wir jemandem etwas verbieten müssen, weil es ein Risiko in sich birgt. Müssen wir dieses finanzieren oder müssen Regulative eingeführt werden? Bisher gab es keine Probleme. Die Gefahren sind nicht so groß, wenn man vernünftig handelt, wie die Gesellschaft für

Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) untersucht hat. Das eigentliche Problem besteht darin, dass wir Schwierigkeiten mit Studien – egal welchen Designs – zu seltenen Fällen haben, um die man immer streitet; etwa 700.000 Fälle würden benötigt, um eine Aussage treffen zu können, das ist unmöglich. Hier habe ich dann die Zahlen in einem anderen Artikel auseinanderklamüsert, damit will ich Sie nicht belästigen, aber da bin ich auf ungefähr eine Million gekommen. So viele Fälle kann man gar nicht studieren, um die feinen Unterschiede, die wir im Restrisiko drin haben, zu unterscheiden. Das heißt, wir müssen anders denken. Wir können uns nicht über die Risiken dauernd „mit Dreck bewerfen“, der eine so, der andere so. Dabei kommt nichts heraus, weil es gar nicht geht. Das will ich damit sagen.

Dann stehe ich jetzt ein bisschen „cross“ zu den beiden hier. Zu Strukturfragen habe ich im Qualitätsmonitoring in diesem Jahr etwas mit Herrn Jürgen Malzan (AOK) zusammen geschrieben. Wir haben gesagt, wir haben knappe Ressourcen, finanziell, personell, bei Hebammen, bei ärztlichem Personal und Pflegenden; und insbesondere auch intellektuell bei Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung. Da hakt es auch ein wenig, weil viel Learning by Doing gemacht und nicht viel Wissen vermittelt wird.

Ich habe hier die Karte der Perinatalzentrenverteilung genommen und daneben ein Raster mit 75 Kästchen der Bundesrepublik gemacht. Die vernünftige Verteilung wäre eher so, dass man überall etwas hat und nicht so punktuell alles im Rheinland alles konzentriert. Wir haben dann in dieser Arbeit ein Konzept vorgestellt, d. h. eine Kompetenzeinheit für Kliniken von drei Level: Perinatalzentrum, Level 1, das sind die High-End, die können auch etwas anderes mit beinhalten, aber für High-End sind sie zuständig. Diese sind mit Perinatalzentren Level 2 und 3 verknüpft. Man hätte dann z. B. fünf Kliniken aneinandergelagert, die miteinander arbeiten und füreinander zuständig sind, d. h. weiterbildungsmäßig usw. Also das ist wirklich eine Kompetenzeinheit, und nicht „irgendwie man trifft sich oder schiebt Patienten hin und



her“. Dann haben Herr Malzan und ich gerechnet, dass wir ungefähr damit zurecht kämen, die Bundesrepublik Deutschland mit 75 auszustatten, wenn man im Mittel 10.000 – plus/minus – Geburten, also fünf bis 15.000 pro Einheit nimmt und diese verteilt. Das muss man natürlich richtig verteilen, aber das ist eine Aufgabe, die bundesweit und nicht länderweit geschehen müsste, weil das sonst nicht geht. Und eine Teamorientierung in der Peripherie, interdisziplinär und interprofessionell. Berufsmonopole müssten in kompetenzorientierte Umstrukturierung gehen. Das heißt, es gäbe dann beispielsweise fünf kooperierende Kliniken plus eine Hebammengeburtshilfe, die selbstständig assoziiert oder integriert stattfindet. Das Bild dazu sieht so aus. Ich habe hier also das Perinatalzentrum, und das Violette sind die Hebammengeburtshilfen, Geburtshäuser Hausgeburten usw. Und dann hier auf dem Bild noch die integrierte Hebammengeburtshilfe z. B. am Perinatalzentrum oder an den anderen Kliniken. Ich will jetzt nicht in jedes Detail gehen. Das heißt also, dass man das miteinander verknüpft. Die individuelle Geburtshilfe mit der klinischen Geburtshilfe, die für alle Notfälle noch da ist; da können wir nicht immer nur individuell sein, das wissen Sie ja vom Personalbestand her.

Jetzt komme ich noch kurz zu den Hebammen. Sie sollen die physiologischen Schwangerschaften begleiten, die physiologischen Geburten betreuen und Ansprechpartnerin im Wochenbett sein. Das ist die Grundvoraussetzung. Und dann gibt es die verschiedenen Varianten. Es gibt Geburt mit Hebamme und Ärzten oder Geburt durch Beleghebamme in Kliniken. Das ist der oberste. Dann gibt es Hebammengeburtshilfen ohne Ärzte oder einen Hebammenkreißsaal. Dieses Modell gibt es auch, sie werden in Deutschland auch zum Teil beforscht, gerade in Bonn. Und dann gibt es Geburtshäuser und Hausgeburten, also außerklinisch. Wir diskutieren häufig über außerklinisch und klinisch, aber dazwischen gibt es Spielräume. Es gibt noch mehr, aber ich wollte hier einfach grob darstellen, dass wir uns eigentlich in einem Mosaik bewegen, das ganz verschieden ausgestattet sein kann. Die Kooperation mit Ärzten ist das eine. Sie sind da zum Ausschluss von Risiken, das ist schwierig, wenn man technisch nicht mitspielt, da muss man

kooperieren. Aufklärung, Beratung orientiert an Leitlinien, wobei die Hebammen häufig auch keine anderen Leitlinien als die Ärzte haben, weil sie keine auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in Schwangerschaftsdiagnostik, elektronischer Diagnostik und Humangenetik haben. Das ist gerade unterwegs, das ist eigentlich ganz neu.

Jetzt ganz kurz noch ein paar Perspektiven. Das ist das, worunter Geburtshilfe lange Zeit gelaufen ist. Das ist Gerhard Schulze. Manche kennen ihn sicher von der „Erlebnisgesellschaft“. „Erlebe dein Leben!“ sei der „kategoriale“ Imperativ unserer Zeit. Das ist ein bisschen ein Problem, mit dem wir es zu tun haben, nämlich dass die Leute häufig sehr anders oder speziell ticken und man sie argumentativ nicht einfangen kann – weder Sie noch wir. Sie haben Ziele, die mit der Medizin kaum kompatibel sind.

Also, wohin geht die Reise? Sicherheit für Mutter und Kind – das ist das Thema heute. Objektiverte Behandlungsstandards – das wurde auch mehrfach angesprochen. Berücksichtigung individueller Vorstellungen, auch ein wichtiger Punkt. Gestaltung geburtshilflicher Teams – da ist noch viel zu tun. Strukturierte perinatale Versorgungsregion hatte ich vorgestellt. International anerkannte Qualitätsstandards – da hakt es sehr. Damit könnten wir uns ruhig mehr auseinandersetzen, wir müssen nicht immer nur von den Engländern abschreiben, es gibt noch andere Sprachen, Kanadier sind sehr gut z. B. Die Nachhaltigkeit von Perinatologie ist größer als die der Onkologie, in die das meiste Geld fließt. Das sollte man bedenken. Das Leben ist von vorn her lang und nicht von hinten her. Zukunft, präkonzeptionelle Vorbereitung wurden auch schon angesprochen. Frühes Risikoscreening – das ist jetzt mehr medizinisch. Angebot genetischer Diagnostik: Das wissen Sie, ist gerade unterwegs. Risikoadaptierte Schwangerschaftsbetreuung und risikoorientierte Geburtsplanung am optimalen Geburtsort: Da muss man offen sein, da muss man auf die individuelle Schwangerschaft eingehen und nicht einfach nur aus Prinzip irgendetwas behaupten. Die Hebammen in einem Netzwerk einbinden. Feste Verortung in einem Team und



Berücksichtigung der Life-Balance. Die ersten Beleggeburtshebammen sind ausgestiegen, weil die Life-Balance in die Luft geflogen ist. Die Familien haben nicht mehr mitgespielt. Das war nicht gut. Im Zentrum bleiben deshalb die Kommunikation, gegenseitige Wertschätzung, die Selbstbestimmung und die Werteorientierung. Und wenn wir das alles haben, dann können wir uns bei Botticelli wiedertreffen. Vielen Dank.

**Vorsitzende:** Vielen Dank für Ihre Statements und spannenden Einführungen. Mit Sicherheit gibt es da einigen Gesprächsbedarf. Ich fand das, was Sie jetzt zum Schluss gesagt haben, ja genauso ein Spannungsfeld soll offen sein für das, was eigentlich die individuelle Entscheidung ist. Wäre so aus Prinzip oder vielleicht auch aus objektivierbaren Fragen eine bestimmte Empfehlung oder eine bestimmte Leitlinie ersichtlich? Ich glaube, das ist ja ein Spannungsfeld, wo wir uns gerade so ein bisschen auf die Suche begeben. Wie kann man gegebenenfalls mit diesem Spannungsfeld umgehen? Wir hatten ja auch in den letzten Sitzungen schon, und vielleicht auch aus dem, was uns so bisher umgeben hat, immer die Frage: Wie schaue ich eigentlich auf die Geburt? Sie haben jetzt gerade von einem Risiko gesprochen, das man ja eigentlich ausschließen oder zumindest einen sinnvollen Umgang damit finden möchte, und dabei vergisst man dann aber eigentlich den Normalverlauf, wenn man immer nur nach einem Risiko sucht. Und Sie haben das gerade so – wenn ich das richtig verstanden habe – beschrieben, dass das Risiko eigentlich im Zweifel viel geringer ist und wir den Normalfall an der Stelle ein bisschen übersehen. Sie können mich gerne korrigieren, wenn ich das vielleicht falsch verstanden habe.

Ich schaue mich gerne um, was ihr an Fragen habt. Ich würde gerne detailliert und jeweils eine Aussage genau dazu haben, was Sie jeweils für Kriterien ansetzen würden, um zu beschreiben, was eine gute und eine sichere Geburt ausmacht. Weil ich glaube, das ist genau dieses Spannungsfeld zwischen offen sein und individueller Entscheidung und bestimmten Bildern in der Gesellschaft, nach denen eine sichere Geburt diejenige ist, die in dem

Hochleistungsmedizinzentrum stattfindet, wo für alle Eventualitäten gesorgt ist. Gibt es vielleicht auch andere Kriterien, die eine sichere Geburt ausmachen, beispielsweise kurze Wege oder 1:1-Betreuung? Also könnten wir da vielleicht eine klare Beschreibung bekommen, was aus Ihrer Sicht die gute und sichere Geburt beschreibt? Herr Hildebrandt, Sie haben sich direkt dazu gemeldet.

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Erstens, Vorfeld in der Schwangerenbetreuung: Also im Prinzip haben wir alle drei ganz wesentliche Punkte völlig analog gesagt. Eine enge Verknüpfung der Betreuungssysteme, nicht nur zwischen Hebammen und Ärzten, sondern auch zwischen dem ambulanten System und dem klinischen System, so dass der Übergang von der ambulanten Betreuung in das Geburtssetting besser gestaltet wird. Also für mich gehören z. B. alle Schwangeren ab der 38. Woche in die Geburtseinrichtung zur Betreuung, und nicht erst zum Geburtsbeginn und vielleicht vorher nur ein kurzes Gespräch.

Zweitens, eine Risikoselektion: Ich spreche immer von drei Grundgruppen, nämlich die regelrecht verlaufende Schwangerschaft, die kritisch verlaufende Schwangerschaft und die regelwidrig verlaufende Schwangerschaft mit den jeweiligen Zielorten. Es darf nicht so sein, dass auf der einen Seite des Tanzsaales die Schwangeren sitzen, auf der anderen Seite die Geburtseinrichtungen, und jeder winkt und dann gibt es ein wildes Durcheinander. Sondern, es sollte so sein, dass jede Frau mit ihrer jeweiligen Risikodisposition den für sie geeigneten Geburtsort findet.

Drittens, ein Geburtssetting, welches wirklich – der Begriff geschützter Raum ist ja oft gefallen – ein geschützter Raum ist. Also das gesamte Geburtssetting muss grundsätzlich verändert werden. Im Vordergrund muss der Schutz der Intimsphäre dieser Frau, dieses Systems Mutter/Kind stehen. Es muss also sehr stark geregelt werden, dass dort tatsächlich nur die Personen, die unmittelbar in diesem System der Geburt etwas zu suchen haben, in die Geburt



eintreten. Ich bin definitiv der Meinung – darüber sollten wir auch diskutieren –, dass normal verlaufende Geburten prinzipiell hebammengeleitete Geburten sind. Wir müssten eher die Zugriffsoptionen der ärztlichen Seite völlig neu durchdenken und völlig neu gestalten. So wie es sich zurzeit andeutet, nämlich dass es hebammengeleitet Kreißsäle und ärztlich geleitete Kreißsäle gibt, finde ich als System nicht günstig, sondern es sollte einen hebammengeleiteten Kreißsaal geben, bei dem immer ein Arzt mit integriert ist, der die Schnittstelle zur ärztlich geleiteten Geburtshilfe versorgt. Unbedingt und ganz wesentlich ist die kontinuierliche 1:1-Betreuung. Dazu zählt also nicht nur die 1:1-Betreuung, sondern auch die kontinuierliche Betreuung. Die Schnittstelle Schichtwechsel ist ein riesiges Problem in der Geburtshilfe. Ich habe auch keine richtige Idee, wie man es organisieren kann. Fest steht, man kann es nur organisieren, wenn wir mehr Ressourcen haben. Das heutige Schichtsystemdenken muss aufgelockert werden. Also das sind ein paar Ausschnitte, was ich unter heiler Geburt verstehe – und interventionsfreie Geburtshilfe: Intervention wirklich nur bei medizinischer Notwendigkeit, ein starres, ein strenges System von evidenzbasierten Kriterien für Intervention.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Es haben sich viele gemeldet. Herr Müller, wollen Sie vielleicht direkt anfangen?

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Ich würde gleich als einen Anstoß an Sie, Herr Hildebrandt, nur sagen, ich glaube, es gibt durchaus auch Geburtskliniken, die das schon praktizieren. Das sind dann meistens tatsächlich eher die kleineren, wo eine andere Arbeitsatmosphäre herrscht. Ich habe selbst zwei Kinder und war bei den Geburten dabei. Da habe ich den Unterschied von Großbetrieb Level 1-Zentrum zu einem kleinen Betrieb, wo man natürlich weiß, dass da ein Risiko mit dabei ist, erlebt. Ich komme aus Brandenburg und habe auch erlebt, dass wir in den letzten Jahren um jedes Geburtszentrum kämpfen. Wir haben ein großes Problem mit der Landeskrankenhauskonferenz und mit den Kassen, weil diese jede Geburtenstation mit weniger als 500 Geburten zumachen wollen und

den Leuten einreden, das seien sozusagen regelrechte Gefahrenherde, die da entstehen. Und es sei doch viel unproblematischer, wenn die Frauen bis zu zwei Stunden bei den bekannten Zuständen unserer Landstraßen über Stock und Stein durch die Gegend fahren müssen. Es sei insgesamt viel besser für sie als in ein Geburtenhaus oder auf eine Geburtenstation zu gehen, wo im Vorjahr nur 495 Kinder geboren worden sind.

Ich würde mit ein paar Fragen anschließen. Ich „werfe die Brocken hin“, und Sie schauen, wie Sie das und wer das dann beantwortet.

Ich würde direkt an diesen Punkt anschließen, ob Sie denn der Meinung sind, dass es überhaupt eine fachlich begründete Zahl von Geburten gibt, bei der man sagt, da sollten keine mehr durchgeführt werden – also das, was Kassen und Landeskrankenhauskonferenzen gerne machen, die Untergrenzen einziehen und sagen, darunter ist ein fachlicher Standard nicht mehr gewährleistet. Kann man das überhaupt an der Zahl festmachen oder bräuchte man nicht andere Kriterien? Mir erscheint das immer ein bisschen aus der Luft gegriffen.

Dann würde mich interessieren, ob es bei der Kaiserschnittquote eigentlich einen Zusammenhang zu den unterschiedlichen Kostensätzen gibt, die für Kaiserschnitte und für – ich sage mal – „die Standard-Spontane Geburt“ gezahlt werden. Ich habe da dunkel in Erinnerung, dass ein Kaiserschnitt deutlich besser für die Bilanz ist. Mich würde interessieren, ob das ein Grund sein könnte, warum z. B. in großen Kliniken mehr Kaiserschnitte stattfinden, abgesehen davon, dass ein Level 1-Zentrum natürlich die Risikoentbindung hat und sowieso mehr davon hat; das ist mir auch klar, aber mich würde das Wirtschaftliche interessieren, ob das eine Rolle spielen könnte.

Ich glaube, Herr Hildebrandt, Sie hatten diese „Ostkarte“ gezeigt. Das ist ja wirklich interessant. Also man kann ja jetzt nicht sagen, dass wir im Osten deshalb weniger Interventionen bei Geburten und weniger Kaiserschnitte haben, weil



dort die Infrastruktur dafür so viel besser wäre, das ist es ja vermutlich nun ausgerechnet nicht. Da würde mich eine Erklärung von Ihnen interessieren, warum es eigentlich noch diese deutliche Unterscheidung zwischen west- und ostdeutschen Bundesländern gibt.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Herr Harting, schön dass Sie als Vertreter des Ministeriums da sind. Und jetzt können Sie gerne zur Beantwortung kommen, Herr Professor Vetter.

**Prof. Dr. Klaus Vetter** (ehem. Chef der Geburtshilfe Vivantes Klinikum Neukölln; ehem. Präsident der DGPM): Zu den Kaiserschnittraten: Das ist eine Frage der Kultur. Das ist in Berlin anders zugegangen als in Sachsen. Sachsen hat eine alte Infrastruktur, dort hat man niedrige Raten gehabt, niedriger als jetzt, also diese sind auch gestiegen, aber nicht so massiv. In Berlin hatten wir das Gegenteil. Hier hatten wir Ostberlin, Westberlin, und ich habe damals nach der Wende die Perinataalkonferenz geleitet und das dann 1999 zusammengestellt, also wir hatten schon ein paar Jahre Laufzeit. Und dann haben wir gesehen, dass an der Sektiorate der Osten den Westen überholt hatte. Also d. h., da ist die Kultur in der Stadt übergeschwappt und hat ein ganz anderes Denken befördert. Inzwischen ist es wieder anders, das ist sehr differenziell. An den verschiedenen Kliniken in Berlin haben wir sehr große Unterschiede. Aber das war damals erstmal pauschal ein richtiger Schwung, ein Kulturwandel, d. h. Kultur spielt eine große Rolle. Das will ich damit sagen. Es hat nicht nur mit Medizin zu tun; es ist natürlich medizinische Kultur, und das ist auch der Unterschied zu Skandinavien; das ist eine andere Denkweise, sie haben andere Zugänge dazu und machen weniger Eingriffe, aber sie haben auch mehr Toleranz, wenn etwas nicht ganz optimal läuft. Das ist ein Problem, das wir haben. Wir haben eine Zeit lang eine richtig angstorientierte Geburtshilfe betrieben, in den 60er, 70er Jahren auch eine medikalisierte. Denken Sie an Contergan, das ist damals ja nur deshalb so wild geworden, weil jede ein Schlafmittel haben wollte, das sie nicht brauchte. Das ist ein sehr deutlicher Auswuchs eines medikalisierten Alltags gewesen. Und da ist vieles herausgesprungen, und wir sind dabei, das

alles wieder zurückzubinden. Das nennt sich dann immer „evidenzbasierte“ Medizin, das ist nicht ganz richtig, man bräuchte auch einfach nur Vernunft, diese reicht auch schon aus. Das sind Erkenntnisse, die man hat, die man anwenden kann und sagen kann, da muss wieder eine Kultur her. Man muss zwei Mal nachdenken oder das einmal hinterher besprechen. Eine Besprechungskultur allein würde schon helfen, vieles zu verändern, weil man dann sich Rede und Antwort stehen muss und nicht einfach Wischiwaschi darüber hinweggeht und hinterher sagt: Ja, war gut so. Also, wir brauchen eine Kultur des Streitens, des Auseinandersetzens, der Kommunikation, das spielt eine große Rolle. Ich weiß jetzt nicht, wie es in Sachsen ist, auch wenn ich von da komme und das Sächsische manchmal durchklingt, aber ich weiß nicht, ob es die Kultur ist oder etwas anderes. Das kann ich nicht sagen, aber es spricht vieles dafür, dass da kulturell etwas anders läuft als hier in der Großstadt.

**Vorsitzende:** Vielleicht kann Herr Hildebrandt eine Einschätzung dazu abgeben.

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Ich möchte auf ein entscheidendes Grundübel der derzeitigen Geburtshilfe hinweisen, das darin besteht, dass die geburtshilflichen Abteilungen in die betriebswirtschaftlichen Systeme der Krankenhäuser integriert sind, d. h. die Arithmetik, mit denen die Mittel berechnet werden. Sie werden an den tatsächlichen Ausgaben bemessen, und dadurch entstehen solche Dinge. Ich will keinem meiner ärztlichen Kollegen unterstellen, dass hier Kaiserschnitte gemacht werden, weil es sich besser rechnet. Das habe ich selbst nie beobachtet. Auch wenn natürlich der Verwaltungsdirektor einer Einrichtung über eine hohe Kaiserschnittquote gar nicht böse ist, aber ich unterstelle keinem meiner Kollegen, dass das das Argument für die Kaiserschnitte ist. Es ist ein Unterschied, ob Sie eine Blinddarmpoperation machen oder eine Geburt begleiten. Ich bin der Meinung, es muss generell eine neue betriebswirtschaftliche Arithmetik her, nicht nur eine Versicherungsarithmetik, sondern auch eine betriebswirtschaftliche Arithmetik, die die



Geburtshilfe aus diesen Strukturen herausnimmt. Diese soll natürlich an der Klinik sein, aber sie soll nicht nach den gleichen mathematischen Prinzipien berechnet werden wie andere medizinische Eingriffe. Und das geht nur über ein komplett eigenes Finanzierungskonzept – das, was ich vorhin sagte, ein eigenes Sozialgesetzbuch. Ich finde, das ist eine ganz wesentliche Idee – da waren Sie nicht da –, dass praktisch die Geburtshilfe aus dem SGB V herausgenommen wird. Wir sind zwar froh, dass wir drin waren – Sie haben ja gerade gezeigt, dass wir bis vor kurzem noch in der Reichsversicherungsordnung verankert waren –, aber eigentlich haben wir nichts im SGB V als solchem zu suchen, sondern es ist eine eigene Denkweise, und damit könnte eine wirklich nachhaltige Geburtshilfe finanziert werden. Und damit könnte auch das Sterben kleiner Häuser aufgehoben werden. Das ist wirklich eine Katastrophe. Die ganzen schönen Modelle, die Herr Vetter wunderbar dargestellt hat, scheitern an den kleinen Häusern, wenn sie nicht da sind.

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Ich würde gerne noch einmal auf Ihre verschiedenen Punkte eingehen, und zwar zum Thema Sektio, ob sich das verändert hat. Es gab eine Grafik, an die ich mich erinnere, nach der man den geplanten Kaiserschnitt, den sogenannten primären Kaiserschnitt, anders vergütet hat als den sekundären, also den, zu dem man sich im Verlauf der Geburt entschließt. Nachdem man das anders vergütet hat, haben sie sich auch anders entwickelt. Das kann man so dahingestellt sein lassen. Ich glaube, die meisten Leute gehen in die Medizin, weil sie etwas Gutes bewirken wollen. Ich denke nicht, dass die unterschiedliche Bezahlung entscheidend ist, aber das Entscheidende ist, eine Sektio ist planbar. Eine Sektio dauert in der Regel 20 Minuten. Das ist ein entscheidender Unterschied. Herr Hildebrandt hat das Stichwort Blinddarm-OP genannt. Eine Blinddarm-OP dauert etwa genauso lange und wird genauso vergütet wie eine vaginale Geburt, die sich über Stunden und Tage hinziehen kann, mit etwa 1.800 Euro. Man sieht daran, dass das ganze System vorne und hinten nicht hinhaut. Wir haben letztes Jahr unseren 10-Punkteplan entworfen mit Lösungsvorschlägen an das Ministerium. Darin haben wir dargelegt,

dass das Problem vor allem darin besteht, dass die Vorhaltekosten in der Geburtshilfe nicht vergütet werden – allein, dass sie da ist. Mit der Geburtshilfe ist es wie mit der Feuerwehr, wir wollen, dass sie gar nicht zum Einsatz kommt, aber wir brauchen sie als Backup, und das wird nicht vergütet. Was bringt eine Geburt? Das kommt auf die Berechnungsgrundlage an. Da sagt man z. B., spätestens nach sieben Stunden muss eine Geburt beendet sein.

Dann noch etwas zu dieser Kultur. Ich finde das schwierig, denn das geht quasi nur auf die Frau zurück, das wäre sozusagen die Kultur, die Denkweise der Frau. Das klingt für mich zunächst mal so. Geburtshilfekultur, wie lebt man das? Ich denke, da kommt vieles zusammen, aber nicht nur, dass die Frauen sagen, „ich will das gar nicht, hätte es gerne einfach“, das höre ich auch mal schnell. Ich denke aber, dazu gehört viel mehr. Wenn man sich z. B. den Faktencheck Kaiserschnitt anschaut, da gab es eine große Studie von Bertelsmann, in der die Gründe untersucht worden sind, also z. B. zu dicke Frauen oder zu großen Kinder. Das war es aber nicht. Woran ich mich erinnere, ist, dass „die Sektio-Rate mit dem Chefarzt umzieht“. Es ist also eine Kultur, die man innerhalb einer Klinik auch etablieren kann. Wenn man z. B. in die Niederlande schaut – auch da ist sicher nicht alles Gold was glänzt –, aber der entscheidende Unterschied ist schon, dass man dort vor zehn Jahren gemerkt hat, dass ihre Kinder- und Müttersterblichkeitsrate im europäischen Vergleich verbessert werden müsste. Daraufhin hat man das System der „integrated maternity care“ eingeführt, dieses wirkliche Zusammenarbeiten, das u. a. beinhaltet, dass auch Gynäkologen und Hebammen gemeinsame Pausenräume haben. Das macht allein bei der Kommunikation schon viel aus, bis dahin, dass die Betreuung wirklich vom Anfang bis über die Geburt durch die gleichen Hebammen stattfindet. Dort haben wir eine Sektio-Quote von landesweit 16 Prozent.

Wir haben ein Rechtssystem, das mehr Interventionen belohnt. Das heißt – das wird mir am Runden Tisch in Darmstadt immer von den Ärzten gesagt –, die erste Frage im Prozess lautet:



Warum hat die Sektio nicht eher stattgefunden? Da gibt es also Angst und es besteht ein enormer Druck, zeitlich wie rechtlich. Druck entsteht, wenn man nichts macht oder wenn nicht noch mehr CTG's geschrieben werden, dabei sind die CTG's nicht evidenzbasiert. Was tatsächlich festgestellt wurde, war, dass es mehr Sektio gibt, weil wir die Frauen hinlegen und sie sich nicht frei bewegen können. Hinzu kommt: Die Lesbarkeit des CTG's ist auch ein Problem.

Zu den Mindestmengen ist auch noch etwas zu sagen. Es gibt eine Studie, die immer falsch interpretiert wird, das ist die Studie von Heller und Misselwitz. Diese sagt, alles, was über der Zahl von 500 Geburten liegt, macht Frühgeburten sicherer. Das mag sein, für Frühgeburten brauchen wir eine super hochspezialisierte Betreuung. Andererseits besagt die Studie nur, dass in kleineren Kliniken mit weniger als 500 Geburten das Komplikationsrisiko steigt. Mit anderen Worten, die Wahrscheinlichkeit, ein Problem zu bekommen, nimmt zu. Die Studie sagt aber nicht aus, dass es ein gefährliches ist. Das heißt für eine normale „low risk“ Schwangere haben wir gar keine Vorgaben für diese Mindestmengen. Und der Picker-Report sagt, dass sich Schwangere bei der Geburt gerade in kleineren Kliniken besser aufgehoben fühlen. Und dieses Gefühl wirkt sich auch auf den Verlauf der Geburt aus. Die einen sagen also, es ist sicherer in der großen Klinik und die anderen sagen, ja, aber ich fühle mich da nicht so gut betreut.

Abg. **Johannes Huber** (AfD): Vielen Dank. Nachdem die Frage mit den Ost-, Westunterschieden schon beantwortet ist, habe ich nur noch fünf kurze Fragen. Und zwar hätte ich zwei Fragen an Herrn Prof. Hildebrandt. Sie hatten den Begriff des Rooming-in genannt und waren unzufrieden damit, dass das nicht mehr so oft genutzt wird. Was sind die Ursachen dafür? Der zweite Begriff, den Sie betont haben, war die gewaltfreie Geburt. Da hätte ich gern gewusst, wie Sie das im Hinblick auf Abtreibungen beurteilen? Vielleicht können Sie dazu kurz Stellung nehmen. Frau Kliemt, auch an Sie zwei Fragen. Sie stellen die Geburt als positives Erlebnis dar. Da hätte ich die Frage, weil es auch ein positives Erlebnis sein kann bzw. ist, ob Sie in der

Schwangerschaftsberatung Handlungsbedarf sehen? Müsste da etwas geändert werden, und wenn ja, inwiefern? Und welche Schwangerschaftsinterventionen an sich sind notwendig, welche könnte man lassen? Die letzte Frage geht an Sie, Herr Prof. Vetter. Sie haben noch einmal die individuelle Geburt betont. Wo sehen Sie da Grenzen, wo ist eine individuelle Geburt noch möglich und wo nicht mehr?

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Die erste Frage bezog sich auf Rooming-in, oder? Also meine Kritik war, dass die meisten neonatologischen Intensivabteilungen kein Rooming-in haben. Dabei ist die Datenlage hinsichtlich der Bedeutung des direkten Hautkontaktes mit der Mutter für die Stabilisierung der Vitalparameter des Kindes so überzeugend, dass das aus meiner Sicht überhaupt nicht verantwortbar ist. Es muss obligat sein, die neonatologischen Kliniken so zu strukturieren, dass in jedem Fall ein ständiger Hautkontakt zwischen Mutter und Kind gewährleistet ist, nicht nur bei Frühgeborenen, sondern bei jedem Kind, das intensivmedizinisch versorgt werden muss. Das ist aus meiner Sicht ein riesiges Defizit in den meisten neonatologischen Abteilungen.

**Vorsitzende:** In der nächsten Woche besprechen wir hier die Situation von zu früh- und frühgeborenen Kindern und die Qualität der Versorgung. Da wird es auch um diese Fragen gehen.

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Bei den Frühgeborenen trifft das zu; aber es ist auch für uns in der außerklinischen Geburtshilfe immer eine schwierige Abwägung, wann wir den Kinderarzt einbeziehen, weil wir wissen, dass er das Kind mitnimmt. Wenn wir ihn zu früh einbeziehen, heißt das, wir muten dem Kind eine Trennung von seiner Mutter für mehrere Tage zu, wenn wir ihn zu spät einbeziehen, ist es auch schlecht. Egal wie wir uns verhalten, ist es eine heikle Sache, und das dürfte nicht sein. Es muss



sichergestellt sein, dass das Kind und die Mutter zusammenbleiben. Das ist, wenn wir über Kinderrechte reden, eine absolut zentrale Forderung, die strukturell gesichert werden muss. Beim Neubau einer Universitätsklinik bei uns in Dresden wurde das nicht durchgesetzt, das ist unverständlich.

Zweite Frage: Ich rate ganz dringend, diese beiden Themen nicht in einen Topf zu werfen. Der Schwangerschaftsabbruch ist eines der heikelsten Probleme, die wir in der Geburtshilfe haben. Ich sage nur einen Satz, ich weiß nicht, ob er hierher gehört, ich sage ihn trotzdem: Wir reden immer nur von ungewollter Schwangerschaft – die Frau hat aber zunächst eine unerwartete Schwangerschaft und sie befindet sich in einem tiefen Ambivalenzkonflikt. Ich spreche immer von einer Achterbahn der Gefühle, die jede Frau am Beginn einer Schwangerschaft mehr oder weniger ausgeprägt hat. Wir müssen helfen, dass diese Frau erst einmal wieder festen Boden unter die Füße bekommt, damit sie diese so wichtige Entscheidung – sie wird wahrscheinlich nie wieder eine Entscheidung von solcher Tragweite fällen müssen – fällen kann. Im Hinblick darauf gibt es riesige Kompetenzdefizite bei den beratenden Systemen. Und wir verzetteln uns in Diskussionen über moralische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs. Es geht vielmehr um das große Dilemma, in dem Frauen stecken. Nach meiner Beobachtung – ich bin niedergelassener Frauenarzt – sind das in den wenigsten Fällen psychosoziale Aspekte. Hier geht es um tiefe emotionale Krisen, in denen Frauen in dieser Situation stecken. Die politische Diskussion verzettelt sich stattdessen im Streit um Frauenrechte, Kinderrechte usw. Es ist ein Thema, das – auch im Sinne der Kinder – aus meiner Sicht in einem ganz anderen Grundtenor diskutiert werden muss.

Gewaltfreie Geburtshilfe ist ein Schlagwort, das zu einer großen Polarisierung führt, weil sich verständlicherweise jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter der Geburtseinrichtung gekränkt fühlt, wenn man ihnen Gewaltanwendung gegenüber Frauen und Kindern vorwirft. Wir müssen den Blick schärfen, ohne Stigmatisierung. Es muss eine Diskussion entstehen, es muss eine Sensibilität

innerhalb der Hebammen- und Ärzteschaft erzeugt werden, damit ein Gefühl dafür entsteht, wo Übergriffigkeit beginnt. Die vaginale Untersuchung wird völlig selbstverständlich durchgeführt. Die Frau kommt in die Klinik und es wird ein Aufnahme-CTG geschrieben und selbstverständlich eine vaginale Untersuchung gemacht. Da ist überhaupt kein Gefühl dafür da, was für einen Übergriff eine solche Untersuchung bedeutet.

**Vorsitzende:** Vielleicht könnten Sie noch einmal auf das Thema Gewalt bei der Geburtshilfe eingehen? Ich finde, es hat noch einen anderen Aspekt, nämlich im Hinblick auf die Entscheidung für weitere Schwangerschaften und Geburten, nämlich die Frage, ob sich eine Frau eine solche Geburt, einen solchen zum Teil extremen Ausnahmezustand noch einmal antut. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass mir genügend Frauen begegnet sind, die gesagt haben „einmal und nie wieder“. Das ist etwas, was wir gesellschaftlich und auch für die Kinder, die dann gegebenenfalls nicht geboren werden, nicht hinnehmen sollten. Man muss sich bewusst sein, wie eine Geburt vonstatten geht, um der Frau die Möglichkeit zu geben, sich freien Herzens für weitere Geburten zu entscheiden.

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Ich hatte gerade eine Frau, die hatte einen Kaiserschnitt gewünscht, die sagte „nie wieder“, genauso wie Sie es gerade beschrieben haben. Ich habe mir daraufhin die Geburtsunterlagen kommen lassen. Das war eine völlig unauffällige Geburt, da ist nichts passiert. Das war eine Geburt, die völlig reibungslos ablief. Die Frau hatte aber einen Satz der Oberärztin im Kopf: „Nun haben Sie sich mal nicht so, ich habe auch drei Kinder gekriegt.“ Dieser Satz ist bei der Frau hängen geblieben. Ich habe mit der Frau während der Schwangerschaft zehn Stunden gearbeitet und ein Konzept für die nächste Geburt erarbeitet. Sie hat dann spontan geboren. Wir hatten einen roten Knopf installiert, auf den sie jederzeit bei der Geburt draufdrücken konnte. Dadurch war sichergestellt, dass sie sofort, ohne weitere Debatte, einen Kaiserschnitt bekommt, aber sie hat geboren und sie ist davon befreit worden.





**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Ich gehe noch ganz kurz auf diese gewaltfreie Geburtshilfe ein. Mich hat irritiert, wie Sie bei gewaltfreier Geburtshilfe auf Abtreibung kommen. Da werden zwei Sachen in einen Topf geschmissen, die nicht zusammengehören. Wir meinen mit „Gewalt unter der Geburt“ – so wie wir jetzt davon sprechen –, dass Frauen und Kinder unter der Geburt misshandelt und nicht respektiert werden, dass körperlich und psychisch übergriffig gehandelt wird. Ich komme da zwar ein bisschen vom Kind weg, aber man kann es am Anfang nicht fassen, man kann es sich nicht vorstellen. Wenn wir über Gewalt in der Geburtshilfe reden, dann bedeutet das die sogenannte „vaginale Begrüßung“, also dass die Frau übergangen wird. Jeder Mann sagt, wenn es um eine urologische Untersuchung geht, erstens muss ich zu einem Mann gehen und zweitens muss ich „gucken, wo und wenn überhaupt“. Dieses gesellschaftliche Bild: Die Vagina ist sonst immer sakrosankt, aber unter der Geburt und während der Schwangerschaft darf da jeder mal reinfummeln. Das geht gar nicht. Das ist das, was Herr Hildebrandt gesagt hat. Ich werde dabei gerade vielleicht ein bisschen emotional, aber wir müssen uns als Gesellschaft wirklich noch einmal überlegen, was wir Frauen zumuten, wenn wir sagen, „da kann jeder mal ran“. Also nicht nur die Untersuchung, sondern rein gesellschaftlich. Die Frau wird da zum Container gemacht, und das ist sie nicht, sie ist eine Einheit mit ihrem Baby.

Um kurz zu beschreiben, was körperliche Gewalt ist: Das ist Kristellern und das ist Sektio ohne Betäubung. Und diese Fälle häufen sich erschreckend. Ich habe jetzt über 30 Fälle, von denen ich gehört habe. Ich kenne drei Fälle von Sektio ohne Betäubung. Das bedeutet, die Frauen bekommen einen Kaiserschnitt, und sie vermelden, dass sie immer noch Gefühl haben. Meistens schreit die Frau, und das Personal macht einfach weiter. Das heißt, ihnen wird bei vollem Bewusstsein der Bauch aufgeschnitten und das Baby herausgezogen. Aktuell sind mindestens 12 Fälle bekannt, ich weiß das aus einer Klinik aus Frankfurt von einer Bekannten, auch bei mir in Darmstadt. In einer Patientenakte von meiner Bekannten steht wirklich drin: Patientin schreit. Das sind harte Fälle. Ich habe gedacht, das sind

Einzelfälle, aber das sind sie nicht. Das zeigt aber, dass die Frau als Patientin, was sie in dem Moment ist, nicht ernstgenommen wird. Dieses „hab dich nicht so“, das geschieht auf so einer erzieherischen Basis, die ganz stark bei uns verhaftet ist. Meiner Mutter wurde auch noch gesagt, „hier wird nicht so geschrien“, all dieses Reglementieren bis hin zur „vaginalen Begrüßung“ – also ich sage noch nicht einmal „Guten Tag“, aber ich habe schon mal die Finger unten drin. Das ist ganz normal, oder das Kreibbett steht so, dass man von der Tür aus quasi von unten bis zum Mund durchgucken kann.

Sektio ohne ausreichende Betäubung, und häufig auch der husband stitch. Ich weiß nicht, kennt das jemand? Husband stitch heißt quasi „Ehemannaht“, das wird mit Absicht gemacht. Letztens hatte ich wieder eine Frau, die gesagt hat: „Ja, das kenne ich auch, da stand der Arzt oder die Hebamme und hat meinen Mann noch gefragt „Wie eng wollen Sie es denn gerne haben?“ Das heißt, die Vagina wird vorsätzlich zu eng zugenäht. Für die Frau bedeutet das – und wir reden hier nicht über Genitalverstümmelung in Afrika, das möchte ich ganz klar sagen, wir reden hier über Deutschland – jahrelange Schmerzen beim Sex. Das hat Auswirkungen auf die Partnerschaft, das hat Auswirkungen auf das familiäre Zusammenleben und auf die familiäre Bindung. Und das wird vorsätzlich gemacht, es wird meiner Meinung nach aber auch aus mangelndem Können so gemacht. Das sind Beispiele. Natürlich, das was eben gesagt wurde, die verbale Gewalt, die stattfindet, Frauen unter Druck zu setzen, „Sie wollen doch nicht, dass ihr Kind stirbt“ oder „das wissen wir doch besser“ oder Medikamentengaben oder Interventionen zu setzen, ohne dass die Einwilligung der Frau dazu vorliegt. Die Liste ist lang. Wenn Sie sich mit dem Thema näher beschäftigen wollen, empfehle ich Ihnen, am 25.11. die sogenannte „Roses Revolution“ zu verfolgen. Dort werden die Berichte von betroffenen Frauen veröffentlicht, und diese legen an diesem Tag eine rosa Rose nieder, um dieses Tabu – weil man sich das nicht vorstellen kann – erstmal zu öffnen und eine Stimme zu bekommen.

Sie hatten mich etwas zur



Schwangerschaftsberatung gefragt. Da verstehe ich nicht ganz, worauf Sie hinaus wollten, was Sie wissen wollten.

Abg. **Johannes Huber** (AfD): Ja, ich kann es auch allgemeiner formulieren. Sie haben ja versucht – so habe ich es zumindest verstanden –, der Gesellschaft ein Bild zu vermitteln, dass Geburt ein positives Erlebnis ist. Wo sehen Sie da Anhaltspunkte in der Vermittlung? Was würden Sie in diese Richtung gerne tun?

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Das ist schön, also vor allem medial. Wenn ich mir anschau, wie Geburt in unseren Medien dargestellt wird, dann ist das erschreckend. Natürlich stellt jeder die Geburt so dar, wie das, was er damit verbindet, wie wir auch selbst geboren worden sind. Eine bekannte Traumatherapeutin, die die Frauen begleitet, sagt, wir haben ja selbst auch nur die programmierte Geburt erfahren. Das heißt eigentlich, seit wann gibt es die programmierte Geburt? Seit den 60er Jahren oder noch eher? Also diese ganzen Generationen, was unsere Mütter erlebt haben. Wir hatten das auch bei mir am Runden Tisch, da hat ein Arzt gesagt: „Das muss man in der Familie klären“. Wenn ich z. B. meiner Mutter sage, „ich will mein Kind dort und dort bekommen“ und sie erwidert „aber das ganze Blut“, also diese Vorstellung. Jeder von uns ist selbst geboren worden, das tragen wir auch irgendwo in uns. Diese mediale Darstellung, wenn ich mir anschau, was in den Filmen gezeigt wird, wie Frauen dargestellt werden, die werden immer liegend dargestellt. Oder wenn ich mir die Kinderbücher anschau, da wird keine physiologische Geburt dargestellt. Die Frau geht immer ins Krankenhaus, sie ist dann weg, sie muss sich von ihrem Kind verabschieden, aber auch, dass sie immer liegend dargestellt wird. Da empfehle ich wirklich den Dokumentarfilm „Die sichere Geburt“, der macht nochmal sehr deutlich, dass die liegende Position nach dem Kopfstand wirklich die schlechteste Gebärposition ist. Aber wir wissen aus Studien, jetzt komme ich wieder ein bisschen vom Emotionalen runter, dass Frauen, falls sie dieses Bild so einverleibt haben, weil sie es halt nur so sehen und sich damit identifizieren, diese Haltung in der Geburt

automatisch öfter einnehmen, zumal auch die Kreißsaal-Gestaltung dies so anbietet.

Was kann man noch tun? Ich sehe einen großen Auftrag im Bildungsbereich. Man muss zunächst „physiologische Geburt“ definieren, damit es auch wirklich im Lehrplan an den Schulen richtig vermittelt werden kann. Jeder Pädagoge hat sozusagen den Mix, den man mitnimmt, aber ich glaube, er hat trotzdem auch sein persönliches Bild und seine persönliche Geschichte oder auch seine persönlichen Ängste. Die haben wir alle und die sind sehr unterschiedlich. Bei Schwangerschaftsberatung fällt mir auch das Thema Frühgeburten ein. Und zwar, dass ich die Schwangerschaftsbetreuung in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden schlecht finde. Ich sage das, weil ich selbst mein zweites Kind beinahe im 4. Monat verloren hätte, und nur durch eine wunderbare häusliche, aufsuchende Betreuung behalten habe und austragen konnte. In den Niederlanden fand ich so toll, dass die Frauen, selbst wenn sie Frühgeburtsbestrebungen haben, möglichst zu Hause betreut werden, dann aber täglich jemand zu ihnen kommt. Man versucht in den Niederlanden alles, um alles um die Frau herum zu organisieren, während man hier die Frau, wenn sie ein Problem hat, schauen muss, wo sie überhaupt Hilfe bekommt. Da kam täglich die Hebamme, und auch dieses Rooming-in war in der Super-Klinik, die uns da gezeigt wurde, möglich. Da gab es keine Neonatalstation, da wurde alles um die Frau und das Baby herum organisiert.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Mütterpflegerinnen. Dort heißt es „Kramsorg“. Die Mütterpflegerinnen stehen sowohl bei Frühgeburtsbestrebungen als auch im Frühwochenbett zur Seite. Ich finde, das ist eine ganz tolle Einrichtung, das gibt es auch in Deutschland.

Wenn ich schon mal dabei bin, dann muss ich noch sagen, wir haben Mängel in der Qualität, und zwar auch im Hinblick auf die Erfassung der Qualität. Wir haben Mängel in den Qualitätsberichten, dazu gibt es eine Marburger Studie, die sind einfach fehlerhaft. Wir können



daraus nur schwer Erkenntnisse ziehen. Wir haben aber auch unheimlich viele Unbekannte, und zwar wie viele Geburtsschäden haben wir? Wie viele Geburtsschäden haben wir beim Kind? Wie viele Geburtsschäden haben wir bei der Mutter? Psychische Geburtsschäden werden mit der aktuellen Codierung überhaupt nicht erfasst. Die Sterblichkeit können wir gar nicht europäisch vergleichen, weil sie in jedem Land anders definiert ist. Wenn wir sagen, die Säuglingssterblichkeit ist im Vergleich relativ gut oder die Müttersterblichkeit ist ja so super gesunken, dann können wir sagen, wir erfassen sie gar nicht richtig. Insbesondere die Müttersterblichkeit erfassen wir nicht richtig. Darüber kann man sich mit Bayern noch einmal austauschen. Dort gibt es einen wunderbaren Professor, der sich mit Herrn Welsch... Das fängt mit den Todesbescheinigungen an, das hört damit auf, wenn die Frau schon allein die Abteilung wechselt. Ich möchte damit sagen, dass die Sterblichkeit – die Säuglingssterblichkeit und die Müttersterblichkeit – die Indizes zur Bewertung eines Gesundheitssystems sind, die weltweit herangezogen werden. Es geht immer darum, wie gut ist das Gesundheitssystem, wie viele Mütter sterben, wie viele Kinder sterben. Und wenn ich dann sage, in Deutschland erfassen wir die Müttersterblichkeit noch nicht mal richtig, dann finde ich, das ist echt ein Fass ohne Boden. Bis dahin, dass wir – das haben wir jetzt in unseren Recherchen herausbekommen – noch nicht einmal eine ordentliche Liste haben, wieviel geburtshilfliche Abteilungen es überhaupt gibt. An diese Liste kommt man kaum heran.

**Prof. Dr. Klaus Vetter** (ehem. Chef der Geburtshilfe Vivantes Klinikum Neukölln; ehem. Präsident der DGPM): Zu den individuellen Geburten noch ganz kurz ein paar Kommentare. Die Arbeitsgemeinschaft Müttersterbefälle ist eingeschlafert worden durch das IQTiG, das eigentlich nicht die Aufgabe hat, solche Qualitätsmerkmale zu unterdrücken. Wir hatten eine Arbeitsgruppe schon bei der BQS und dann beim AQUA-Institut, und die ist beim Übergang ins IQTiG nicht fortgesetzt worden. Den Termin, den gab es schon, ist dann gecancelt und nie wieder aufgenommen worden. Meine bisherigen Versuche sind alle gescheitert, das wieder aufzunehmen. Das ist eine Aufgabe für Sie,

vielleicht nachzufragen, was damit ist. Wir wissen es nicht. Der einzige, der sich in Bayern wirklich darum bemüht hat, ist Herr Prof Dr. Welsch. Er hat drei Statistiken bearbeitet und die übereinandergelegt. Jetzt bin ich mit Herrn Dudenhausen so weit, dass wir an Berliner Statistiken herankommen, da muss man in diesem Jahr nochmal ran. Aber Berlin ist nicht alles. Wir müssen es für die Bundesrepublik haben, das ist eine ganz wichtige Aufgabe.

Ganz kurz noch zu dem Bett. Es gibt, das habe ich immer gesagt, einen Schmerzbetreflex, den wir den Leuten anerzogen haben. Das kann man auch wieder wegstreichen. Und dann die Gewalt. Vielleicht kennen Sie Frédéric Leboyer, manche mögen sich an ihn erinnern, er ist ja vor drei Jahren gestorben. Den habe ich persönlich kennengelernt. Er hat das Buch geschrieben „Birth without Violence“. Übersetzt wurde das unter dem Titel „Sanfte Geburt“. Das war eine völlig falsche Übersetzung. Es ging nicht um körperliche Gewalt. Es ging darum, Gewalt im Ansatz zu denken und danach zu handeln. Das wollte er wegstreichen, und das hat er eigentlich auch ganz gut dargestellt, nur wir haben es falsch übersetzt. Deshalb ist bei uns nicht unter „Gewalt“ diskutiert worden. Das ist ein Problem, aber das hat sich ja inzwischen gegeben.

Jetzt zur individuellen Geburt. Historisch gesehen war die Möglichkeit individueller Geburtshilfe über viele Jahre nicht gegeben. Dann kam die Hausgeburtshilfe. Und dann kamen die Beleghebammen, im ersten Anlauf gescheitert wegen der work-life balance, und dann kamen die Geburtshäuser. Die Hausgeburt war zu mühsam. Jetzt wandert es wieder ein bisschen in eine andere Richtung. Die individuelle Geburtshilfe, ich habe das ja an dem Schema gezeigt, kann man auch in die Kliniken bringen. Damit schiebt sich das. Die Hausgeburtshilfe macht nur noch ein Drittel der außerklinischen Geburtshilfe aus, aber zumindest etwas weniger als die Hälfte. So wandert das ein wenig. Je mehr man im Zentrum aufmacht, desto mehr wird die individuelle Geburtshilfe möglich. Ich hatte 14 oder 15 Beleghebammen in der Klinik, d. h. wir haben da das Feld aufgemacht und den Frauen individuelle Geburtshilfe ermöglicht. Es ist nicht



einfach, ein Team zu gestalten, wo Sie zwei verschiedene Systeme haben. Aber man muss es machen wegen der Zufriedenheit. Ich habe damals bedauert, dass die Finanzierung zum Teil ungleich war. Einige Hebammen waren nicht der Meinung, dass sie auf ihre Wartezeit-Finanzierung, die individuell bezahlt werden musste, verzichten wollten. Da habe ich gesagt, ihr macht Zwei-Klassen-Medizin. Da muss man noch dran arbeiten, dass beide Versorgungsstränge nicht unterschiedlich finanziert werden, und diejenigen, die eine individuelle Geburtshilfe im Krankenhaus haben wollen – ich gehe jetzt mal vom Krankenhaus aus, da kann ich es besser überschauen – dann draufzahlen müssen, denn das wäre eine Zwei-Klassen-Medizin. Das darf nicht passieren, das muss man unterdrücken. Ansonsten ist das eine feine Sache, aber organisatorisch nicht ohne.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Eine Frage, die ich noch hatte, haben Sie leider schon damit beantwortet, dass es zu tatsächlichen Geburtsschäden außerklinisch/klinisch an Mutter oder Kind eigentlich keine verlässlichen Daten gibt, auch darüber, was als Beschädigung gilt. Das ist ja faszinierend, dass man den Eindruck hat, die sichere Geburt lasse sich an der Vermeidung von Schäden objektivieren, wenn ich aber eigentlich die Schäden gar nicht wirklich erfasse, ist es ja auch schwierig zu sagen, wo der allgemein sicherste Geburtsort ist. Sie können mir gerne widersprechen, wenn ich das falsch zusammengetragen habe. Sven Lehmann hat noch eine Frage.

Abg. **Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Genau, erst einmal ganz herzlichen Dank für diese wirklich interessanten Impulse. Also ich habe sehr viel gelernt, u. a., dass ich ein Indikationskaiserschnitt bin, das wusste ich bisher noch nicht. Das erklärt sehr vieles. Sie hatten vorhin von dieser Zahl 90.000 gesprochen, also Indikationskaiserschnitte und sozusagen die „freiwilligen“. Wieviel Notkaiserschnitte gibt es denn, also wieviel Kaiserschnitte insgesamt? Vielleicht hatten Sie die Zahl genannt, ich habe sie aber jetzt nicht gefunden. Das könnten Sie vielleicht noch einmal sagen, also in Relation setzen zu den Notkaiserschnitten. Sie, Prof.

Hildebrandt, haben sehr viel dazu ausgeführt, wie man Kaiserschnitte reduzieren könnte, und haben da sehr viel über Ausbildung gesprochen, über Wissen beispielsweise. Das ist ein Thema, das auch uns immer wieder begleitet, z. B. bei Kindschaftsverfahren. Dort heißt es, dass bei Familienrichterinnen und -richtern sehr viel Wissen beispielsweise über Kindschaftsentwicklungen gar nicht vorhanden ist, sondern nachgeschult werden müsste und dass sich auch der Forschungsstand weiterentwickelt. Ist das also der Wissensstand und die Ausbildung oder sind z. B. – das habe ich bei Frau Kliemt herausgehört – in diesem Betreuungsbogen die Stressfaktoren zu reduzieren? Welche Faktoren könnten tatsächlich zu einer Reduktion von Kaiserschnitten beitragen, wenn man einmal systemisch auf das Problem schaut.

Und an Frau Kliemt noch die Frage, Sie haben ja sozusagen als Ausgangsbasis die integrale Einheit Mutter/Baby sehr stark herausgehoben und auf dieser Basis den Betreuungsbogen entwickelt. An welcher Stelle kommen dann Partner der Mutter, also Vater, oder Partnerinnen – es gibt ja auch Mehreltern-Konstellationen – ins Spiel? Und wie kann man sie, wenn man das stärker systemisch aufstellt und nicht die Mutter allein diejenige ist, die sich alle Leistungen und Unterstützungshilfen suchen muss, einbeziehen? Sie reden von der Familie als Team, und Familie, wissen wir ja, kann mehr sein als nur Mutter und Vater. Das können künftige Paten sein. Ich habe z. B. als, glaube ich, einer von wenigen in Köln einmal die ganzen Geburtsvorbereitungskurse bei meinem zukünftigen Patenkind mitgemacht. Also wie kommen weitere Familienmitglieder ins Spiel, damit aus dieser Einheit Mutter/Baby auch wirklich eine Familie als System wird? Und was sollten wir politisch bedenken, um diese Unterstützungssysteme präventiv stärker aufzustellen?

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Zu den Indikations- und Angstkaiserschnitten: Natürlich gibt es da keine richtige Statistik, nach der man sagen könnte, das ist eine Indikationsschwangerschaft



usw. Es ist aus einer Einschätzung heraus so, dass eine realistische Kaiserschnittrate, die auch von der WHO so definiert worden ist, bei etwa 15 Prozent liegt. Wenn wir jetzt 30 Prozent haben, dann kommen die 90.000 zusammen. Mir ging es bei dem Begriff „Epidemie Kaiserschnitt“ vor allem darum, dass uns als Gesellschaft nicht bewusst ist, dass das ein Problem ist. Wenn wir eine Masernepidemie in der Großstadt haben, dann gibt es eine riesige Aktion, das wird in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Und hier passiert etwas im großen Maßstab, was vermeidbar ist, und zwar oft mit kleinen Maßnahmen. Sie haben mich gefragt, was wir alles tun können, um die Zahl der Indikationskaiserschnitte zu reduzieren. Das sind z. B. grundsätzliche Überarbeitungen aller Klinikstandards nach wirklich wissenschaftlichen Kriterien. Da wird so viel unternommen. Also ich will mich jetzt nicht verlieren, aber ein heikles Problem ist z.B. die Latenzperiode einer Geburt. Das ist diese erste Phase, bevor überhaupt die Geburt beginnt. Da sage ich immer, sie dürften gar nicht in den Kreißsaal hinein, da müsste es irgendwelche schöne Latenzphasen, Lounges in den Kliniken geben, wo sie sich vergnügen können, aber sie dürfen nicht in den Kreißsaal rein. Aber dort besteht schon dieser gegenseitige Druck: Ich komme als Paar in die Klinik und erwarte „jetzt mach doch mal was“, und die Klinik bedient und interveniert. So schaukelt sich die Interventionskaskade hoch. Dieses Problem ist nur zu lösen, indem gesagt wird, wir intervenieren generell nicht, bevor die Geburt überhaupt begonnen hat. Und damit geht es weiter, Reduktion der Oxytocin-Gabe bei der Geburt. Hier ist vielen Kliniken überhaupt nicht bewusst, wie hoch die Dosierung des Oxytocin überhaupt ist. Man braucht da eigentlich nur in den Beipackzettel zu schauen, der jeder Ampulle beiliegt. Da sind oft hohe Diskrepanzen zwischen den Dosierungen und den eigentlich empfohlenen Dosen. Handwerkliche Dinge, ich sprach die Beckenendlage an. Die Beckenendlage ist stark angstbesetzt. Dabei wissen wir heute, dass wenn die geburtsmechanischen Bedingungen eingehalten werden und die Frau wirklich in einem geschützten Raum ist und sich bewegen kann und im Vier-Füßler-Stand ist, dass sich dann das Risiko einer Beckenendlage gar nicht wesentlich von der Schädellagegeburt unterscheidet. Und trotzdem ist es total

angstbesetzt. Deswegen greifen nach wie vor viele zum Kaiserschnitt. Andere Defizite im Wissen über die Geburtsphysiologie: Wir Ärzte sind alle so gestresst. Herr Vetter, Sie werden bestimmt bestätigen, was wir Alten noch gemacht haben: Wir haben als „kleine Jungs“ im Kreißsaal gesessen und Geburten vom Anfang bis zum Ende ganz kleinlaut in der Ecke anschauen müssen, weil nämlich der Chef auch da saß. Als Assistent durfte ich natürlich nicht ins Bett gehen. Heute ist der Betrieb der Klinik so agil, dass viele Ärzte wirklich nur den Moment der Geburt erleben und für den gesamten Bogen einer Geburt gar kein Gefühl mehr haben. Das sind alles Dinge, die ich mir so dringend wünsche. Ein junger Assistenzarzt muss ein Jahr lang im Kreißsaal sitzen, die ganze Zeit sitzen und schauen und lernen. Was habe ich alles von den Hebammen gelernt. Dieses Lernen von den Hebammen, das ist heute – ich weiß nicht, ob Sie mir da recht geben – wirklich nicht mehr so üblich.

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Ich würde noch versuchen, auf die Frage zu antworten. Ich hatte auch extra die Folie „Familie als Team“ vorbereitet. Es ist das gesellschaftliche Bild. Wie sehr ist es anerkannt, wenn der Vater zu Hause bleibt, Thema Elternzeit. Es geht aber schon früher los. Ich denke, dass die häuslich aufsuchende Hebammenbetreuung auch in der Schwangerschaft enorm wichtig ist. Das sehen wir ja auch in der Wochenbettbetreuung, die jetzt immer mehr ambulant geleistet wird. In der DDR hatten wir die Muttersprechstunde, da kommen wir jetzt wieder hin. Aber da werden Sie nicht die Probleme gut erfassen können. Wenn Sie in ein System hineingehen, dann sehen Sie doch viel mehr, wo es brennt, auch wie der Umgang mit dem Partner ist, untereinander. Das macht die Hebamme auch in der Schwangerenvorsorge. Davon gibt es aber viel zu wenige, wir haben viel zu wenige Hebammen in der Schwangerenvorsorge. Auch viel zu wenige Frauen, die wirklich in der Hebammenvorsorge sind. Ich sage ja nicht, dass sie nur zur Hebamme gehen sollen, aber es sollte halt besser funktionieren, dass sich Hebammen und Ärzte austauschen. Und da kracht es halt gewaltig. Ich sehe da vor allem die Vorsorge, diese psychosoziale Vereinbarkeit, eben dass der Partner mit hinzugenommen werden kann, wenn



die Hebamme kommt. Ich kann das aus eigener Erfahrung sagen, das war super, es hat meinem Partner auch Ängste nehmen können. Was ich immer noch schlecht finde ist die Verzahnung mit den Frühen Hilfen, insbesondere in der Schwangerschaft. Das funktioniert meiner Meinung nach nicht so gut. Wenn es dann wirklich kritisch wird, Thema Frühgeburtsbestrebungen, dann weiß die Frau nicht wirklich, wo sie hingehen muss, wo sie Hilfe bekommt. Das müsste definitiv verbessert werden.

Es gibt da noch etwas nach der Geburt, das gibt es bei uns in Darmstadt. In Bonn z. B. heißt das „Hallo Baby“. Da gehen die Frühen Hilfen oder Babylotsinnen oder Elternlotsinnen und begrüßen jede Familie, wenn das Kind geboren ist, ohne dass man sagt, wir kommen vom Jugendamt und wollen jetzt mal schauen, ob sie auch alle Sachen abgehakt haben, sondern sie eröffnen den Familien einfach das Hilfsprogramm. Meistens werden dann die ganzen Broschüren übergeben. In Bonn z. B. hat man zusätzlich einen Hinweis auf die Homepage gestellt, weil es immer mehr Meldungen von Gefahren von Kindeswohlgefährdung gab.

Im Übrigen möchte ich Ihnen noch einmal ganz herzlich danken, dass Sie mit der Kinderkommission das Thema Geburt als Kinderthema gesehen haben. Vom Bundesministerium für Familie wünsche ich mir auch, dass dieses Thema nicht nur an das Gesundheitsministerium abgegeben wird, sondern dass in diesem Punkt interministeriell zusammengearbeitet wird, auch mit dem Ministerium für Bildung und Forschung, damit alle an einem Strang ziehen. Das wäre es von meiner Seite erst einmal.

**Prof. Dr. Klaus Vetter** (ehem. Chef der Geburtshilfe Vivantes Klinikum Neukölln; ehem. Präsident der DGPM): Ich möchte noch zu zwei Dingen etwas sagen. Erstmal noch kurz zu den Präsenzzeiten zum Lernen: Man sollte sich nicht alles wieder zurückwünschen. Ich habe in der Klinik mit Präsenzzeiten bis zu 60 Stunden am Stück angefangen, Freitagfrüh bis Montagabend.

Das ist nicht gut, weder für einen selbst noch für die Familie, noch für die Patienten. Man sollte sich das nicht zurückwünschen. Aber man muss vielleicht daran denken, dass die Ausbildung am Patienten durch die Schichtdienste und durch die neue Arbeitszeitregelung kürzer geworden ist. Bisher hat man es versäumt, einmal darüber nachzudenken, wieviel Zeit man wirklich am Patienten, an der Schwangeren in der Klinik verbringt. Es ist anders geworden, d. h. die Zeiten sind nicht vergleichbar. Das ist ein Punkt, der nicht so wichtig ist, war nur zur Erklärung.

Zu den Geburtsschäden: Das ist ein ganz großes Problem. Wir haben lange Zeit dafür gefochten, die Neonatal- und die Perinatalstatistik zusammenzuführen. Der Datenschutz hat es bis heute verhindert. Es gibt jetzt Versuche, das zusammenzuführen, solange konnte man das ja nicht. Und dann ist es schwierig, Aussagen zu machen. Es gab in Hannover Tricks. Die haben ein bisschen getrickst und das für sich herausgerechnet. Bundesweit war das ansonsten nicht der Fall, und das ist ein Problem, genauso wie mit der mütterlichen Mortalität. Das sind Lecks, die wir flicken sollten, weil das Interesse dahinter größer ist als das Interesse am Datenschutz, jedenfalls aus meiner Sicht. Ich denke, da darf ich mich persönlich äußern.

**Franziska Kliemt** (Bundeskoordinatorin motherhood e. V.): Ein Punkt ist mir gerade eben noch eingefallen. Wir haben auch eine psychotherapeutische Unterversorgung. Wir wissen, dass ungefähr 10 Prozent der Schwangeren psychisch belastet sind und einfach Probleme haben. Das Problem bei der Schwangerschaft ist, dass wir nicht fünf Monate warten können, bis wir dann vielleicht einen Therapieplatz bekommen. Auch das gehört zu den Problemen bei Schwangerschaft und Geburt – es ist endlich. Und wir haben nicht so viel Zeit – auch während der Geburt –, auch unter den Geburtshelfern zu diskutieren. Ich sehe da auch ein Problem im Mutterpass. Da gibt es z. B. Risikofaktoren, nach denen die Frau eingestuft wird: Low risk, kritisch oder regelwidrig, hatten Sie gesagt. Es passiert aber nichts, wenn da steht „die Frau hat eine psychische Belastung“ oder „die Frau hat eine soziale Belastung“. Da passiert



nichts. Da haben Sie ein Kreuzchen drin stehen und das war es dann. Da steht dann vielleicht, es gibt vielleicht Mobbing am Arbeitsplatz oder die Frau ist umgezogen. Das sind alles Belastungsfaktoren, alles Stress, der u. a. häufig bei Frühgeburtsbestrebungen auch durch Umzug kommt.

#### *Unverständliche Zwischenfrage*

Es wird halt abgefragt. Sie haben da eine Seite mit Kreuzchen, da wird dann angekreuzt, hatten Sie schon mal die Krankheit oder jenes? Ich habe es jetzt gerade nicht im Kopf, da können mir die Kollegen wirklich helfen. Und dann gibt es halt u. a. diese psychischen und sozialen Belastungsfaktoren, da gibt es zwei Kreuzchen. Wenn das auch beim Gynäkologen festgestellt wird, dann ist die Schwangerschaft in dem Bereich ziemlich belastet. Das ist Stress, aber es passiert in der Regel nicht viel mehr. Viele Frauen müssen auch dafür kämpfen, dass sie ein Beschäftigungsverbot bekommen, auch das ist nicht einfach. Das alles gehört in den frühgeburtlichen Teil mit hinein. Aber wir haben auch ein Problem, dass es nicht genug Therapieplätze gibt, weder für die Schwangerschaftszeit noch nachgeburtlich. Viele Frauen gehen traumatisiert aus Geburten heraus und sind nicht in der Lage, ihr Kind entsprechend zu versorgen. Das führt wieder zu Bindungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, sozialen und emotionalen Auffälligkeiten. Ja, das wird teuer.

**Vorsitzende:** Also ich glaube, heute könnte man an die Sitzung locker noch eine Stunde dranhängen. Wir müssen allmählich in die Schlusslinie kommen.

Abg. **Norbert Müller** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage, weil wir gerade beim Thema Stress sind. Es gibt ja die Möglichkeit, Schwangerschaftskuren zu machen. Ich glaube, es gibt aber nur zwei Kurhäuser in Deutschland, die das explizit anbieten, das ist so gut wie nichts. Eines davon liegt in Brandenburg, das kenne ich aus eigenem Erleben von Besuchsmöglichkeiten ganz gut. Ich hatte schon den Eindruck, dass die

sehr darauf fokussiert sind, allen Stress herauszunehmen, vor allem diese Angstfaktoren, die ja gesellschaftlich stark besetzt sind, vor der Entbindung wegzunehmen. Da wir ja empfehlungsorientiert arbeiten, am Ende eine Empfehlung der Kiko hinkriegen wollen, würde mich eine Auskunft von Ihnen interessieren: Wäre es nicht sinnvoll, eine flächendeckendere Struktur von Schwangerschaftskureinrichtungen zu haben?

**Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt** (Facharzt und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ehem. Präsident der ISPPM): Es gibt durchaus mehr als zwei. Das Problem ist, dass eine Ablehnungskultur von Kuranträgen da ist. Ich habe einen wunderbaren Sport entwickelt, habe auch eine wunderbare Strategie. Ich hoffe, die Krankenkassen merken es nicht so bald. Aber es ist wirklich ein riesiges Problem. Die Kuren werden abgelehnt und es wird auf Zeit gespielt, denn es ist ja einfach so, die Schwangerschaft geht weiter und das Problem löst sich von allein, wenn man es ein bisschen herauszögert.

Sie hatten das Beschäftigungsverbot angesprochen. Hier gibt es eine erhebliche Unsicherheit unter den Gynäkologen. Ich meckere ja an vielen Dingen herum, an Ihrer Arbeit, aber eines haben Sie wirklich gut gemacht, das Mutterschutzgesetz. Das Instrumentarium, das wir Gynäkologen haben, Frauen aus belasteten beruflichen Situationen herauszunehmen, ist wirklich mustergültig. Aber die Gynäkologinnen und Gynäkologen sträuben sich deutschlandweit aus mir völlig unverständlichen Gründen, diese Gesetzgebung umzusetzen. Es steht klipp und klar drin, wenn ein Arbeitsplatz eine Gefährdung für die Gesundheit von Mutter und Kind darstellt, dann kann man die Frau ohne Schaden für Arbeitgeber und Arbeitnehmerin aus dem Prozess herausnehmen. Es wird nicht gemacht, reihenweise. Und ich möchte die Politik darauf hinweisen, dass das ein Missstand ist, dass dort Ihre Gesetzgebung durch eine zögerliche Umsetzung seitens der Gynäkologen torpediert wird.

**Vorsitzende:** Vielen Dank für die Hinweise. Wir haben unsere Zeit maximal ausgereizt. Ich weiß,



Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

Kommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder  
(Kinderkommission)

dass Sie heute noch Züge nehmen müssen, deswegen müssen wir jetzt an der Stelle unsere öffentliche Sitzung beenden. Ich danke Ihnen sehr, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Wir sind nicht zögerlich, Sie wieder zu kontaktieren, wenn wir unsere Stellungnahme schreiben oder wenn wir weitere Nachfragen

haben. Es würde mich auch freuen, wenn Sie weiter mit Interesse das verfolgen, was wir hier als Ergebnis produzieren werden. Es hilft ja durchaus, wenn unsere Stellungnahmen in der Öffentlichkeit weiter verwendet werden, so sie denn auf Ihre Zustimmung treffen. Also vielen Dank, dass Sie da waren.

Schluss der Sitzung: 18.02 Uhr

Susann Rührich, MdB  
**Vorsitzende**