



Iris Eichholz

KINDERRECHTS- VERLETZUNGEN

während Schwangerschaft, Geburt
und in den ersten Lebenstagen

Herausgegeben von GreenBirth e.V.

Herausgegeben von: GreenBirth e.V.
 Kontakt: info@greenbirth.de – www.greenbirth.de
 Copyright: GreenBirth e.V.

Die Verbreitung einzelner Textabschnitte ist unter Angabe der Urheberschaft erlaubt.
 Übersetzung erwünscht

Illustration Cover, Satz und Layout: Wiebke Veth

Moor Verlag 2019 – Schutzgebühr 5 €
 Bestellungen: versand@greenbirth.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeberinnen 5

Einleitung 8

I. Kinderrechtsverletzungen durch direkte Interventionen am Kind

1. Zu Beginn der Schwangerschaft

1.1 Festlegung eines Entbindungstermins (ET) 9

2. Vor Wehenbeginn oder während der Geburt

2.1 Amniotomie (Künstliche Eröffnung der Fruchtblase mit dem Finger bzw. einem spitzen Häkchen durch ÄrztIn oder Hebamme) 10

2.2 Mikroblutuntersuchung (MBU) 13

2.3 Kopfschwartenelektrode (KSE) 15

2.4 Zangen- und Saugglockenentbindung 15

2.5 Primärer Kaiserschnitt (vor Einsetzen der Wehen oder Blasensprung, geplant) und sekundärer Kaiserschnitt (nach Einsetzen der Wehen oder Blasensprung, meist ungeplant) 17

3. Nach der Geburt

3.1 Frühzeitiges Durchtrennen der Nabelschnur 20

3.2 Routinemäßige orale Gabe von Glucoselösung bei schmerzhaften Interventionen, z.B. Blutentnahmen 21

II. Indirekte Kinderrechtsverletzungen durch Interventionen bei der Mutter

1. In der Schwangerschaft

1.1 Festlegung eines Entbindungstermins (ET) 23

1.2 CTG in der Schwangerschaft. 23

1.3 Pränataldiagnostik (PND): Invasive und nichtinvasive Diagnostik wie Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie sowie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft ohne medizinische Indikation 24

1.4 Verursachung von psychischem Stress für die Frau durch angstmachende Aufklärung, Bevormundung, Verunsicherung und unnötige Untersuchungen 27

2. Während der Geburt

2.1 Geburtseinleitung und alle Interventionen, die sich ausschließlich am ET orientieren 28

2.2 Beschleunigung der Geburt durch Einsatz von Wehenmitteln und Amniotomie 30

2.3 Routinemäßige vaginale Untersuchung während der Geburt 34

2.4 Bevormundung der Frau in Bezug auf die Gebärlage – Einschränkung der Bewegungsfreiheit . 36

2.5 Valsalva-Manöver („Power-Pressen“) 39

2.6 Kristeller-Handgriff 43

2.7 Verabreichung von Medikamenten/PDA. 45

III. Kinderrechtsverletzungen aufgrund struktureller Fehlentwicklungen

1. Orientierung an starren Schemata und Leitlinien ohne Beachtung individueller Erfordernisse. . . . 49

2. Gefährdung der Gesundheit von Mutter und Kind durch Privatisierung und Gewinnorientierung . 51

3. Festhalten am Fallpauschalensystem: Diagnosis Related Groups (DRG) für die Geburtshilfe 53

4. Verschleppung/Verweigerung politischer Lösungen wie z.B. eine staatlich finanzierte Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen und ÄrztInnen. 55

IV. Fazit: Aufklärung fördern – Strukturen verbessern – Grundrechte achten – UN-Kinderrechtskonvention konsequent umsetzen 58

Literaturhinweise 60

Juristische Nachbemerkingen 67

Nachwort der Autorin 75

Vorwort der Herausgeberinnen

Rechtsverletzungen rund um die Geburt verlangen mehr Beachtung. Eltern, Hebammen und GeburtshelferInnen äußern Kritik über das, was sich bei Geburten in Kliniken abspielt. Diese Stimmen werden in den letzten Jahren immer deutlicher hörbar. Was ist davon zu halten, wenn Frauen ihre Klinikgeburten als schlimm erleben und auf weitere Kinder verzichten, um sich nicht erneut einer Geburtssituation aussetzen zu müssen? Was sagt es uns, wenn Frauen alternative Orte suchen, um ihr Kind in einer Atmosphäre zur Welt bringen zu können, die für diesen einmaligen Moment im Leben – des Kindes, der Mutter und des Vaters – angemessener erscheint? Welche Auswirkungen hat es für uns als Gesellschaft, wenn ein hoher Anteil von Frauen und Männern im Zusammenhang mit der von ihnen erlebten Geburt von Gewalterfahrungen spricht? Wie wirkt sich solch ein Anfang auf diese Kinder und auf ihr späteres Leben aus? Die Geburtsmedizin gerät dadurch zunehmend in die Kritik.

Die Situation heute ist gekennzeichnet von Schließungen zahlreicher Geburtsstationen und fortschreitender Zentralisierung. Schwangere Frauen

müssen lange Wege in Kauf nehmen und ggf. in Boardinghäusern – getrennt von ihren Familien – die Geburt ihres Kindes erwarten. Eltern werden wegen überbelegter Kreißsäle abgewiesen. Sie müssen während des Geburtsbeginns umplanen und erleben, dass sie eine Hebamme mit drei oder sogar mehr anderen Frauen teilen müssen. Die äußeren Umstände von Klinikgeburten haben sich deutlich verschlechtert.

Ebenso hat sich die individuelle Betreuung schwangerer Frauen in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert: Frauen gehen zur ÄrztIn, sobald sie schwanger sind. Damit verändert sich ihr Blickwinkel auf die Schwangerschaft. Durch den Mutterpass tritt eine medizinische Sichtweise in den Vordergrund. Den Frauen wird vor Augen geführt, welche Risiken und Gefahren möglich sind. 70-80 % von ihnen sind davon betroffen, als Risikoschwangere eingestuft und behandelt zu werden.

MedizinerInnen sind gesellschaftlich anerkannte Fachpersonen. Darum lassen sich die meisten schwangeren Frauen in der neuen Lebensphase vertrauensvoll von ihrem Rat leiten. Sie möchten

alles richtig machen und nichts versäumen, was ihrem Kind nützen könnte. An die Stelle von Vorfreude, Selbstvertrauen und Verbindung zum eigenen Kind tritt Vorsorge, die in medizinischen Untersuchungen und deren Ergebnissen Orientierung sucht. Mangels innerer Sicherheit entsteht eine Abhängigkeit von medizinischen Einschätzungen. Sorge und Verunsicherung bestimmen die Schwangerschaft und führen dazu, dass 98% der Frauen in den Kliniken Sicherheit suchen und Medikamenten und Apparaten vertrauen, die ursprünglich für pathologische Geburtsverläufe entwickelt worden waren.

Den wenigsten Frauen ist bewusst, dass das übliche Geburtsmanagement in Kliniken gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Prämissen folgt. Individualität und Einzigartigkeit jedes Geburtsprozesses wird ebenso wenig berücksichtigt wie die grundsätzliche Gebärfähigkeit der meisten Frauen.

Die vor 45 Jahren eingeführte „Programmierte Geburt“¹ sorgte angesichts überfüllter Krankenhäuser für Beschleunigung und Normierung aller Geburtsabläufe. Dieses Vorgehen etablierte sich als Routine und wurde zum Maßstab allen geburtsme-

dizinischen Handelns. In den Folgejahren kam es zu einer Fokussierung auf mögliche pathologische Entwicklungen. Was im Notfall sinnvoll ist, ist zur Routine geworden und stört bzw. verhindert den naturgemäßen Geburtsverlauf, zumal, wenn diese Interventionen ohne medizinische Indikation erfolgen. So geht das Erfahrungswissen über physiologische Geburten mehr und mehr verloren. Gesunde Mütter und ihre Kinder werden durch medikamentöse und technische Eingriffe verletzt – körperlich und seelisch.

Kinder meistern vom ersten Moment ihrer Existenz an einen phantastischen Entwicklungsweg – körperlich, psychisch und sozial. Sie werden von den Eltern als ihr Kind betrachtet, sobald sie sich ankündigen. Lange vor ihrer Geburt sind sie wache und kommunikative Menschen, die im Mutterleib wahrnehmen, was außen geschieht.

Mutter und Kind leben während der Schwangerschaft in enger körperlicher und hormoneller Verbundenheit. Die Geburt verläuft in wechselseitiger hormoneller Beeinflussung. Das muss als Voraussetzung für physiologische Geburten respektiert und beachtet werden. Was die Mutter erlebt, fühlt auch das Kind. Ebenso wirkt sich das, was dem

Kind geschieht, auf die Mutter aus. Wer das Kind schützen will, muss die Mutter schützen.

Mit dieser Dokumentation wenden wir uns an die Verantwortlichen im Gesundheitswesen, in der Politik, in der Öffentlichkeit und auch an künftige Eltern, um ihnen Missstände und Fehlentwicklungen bewusst zu machen.

Dazu die folgenden Zahlen:

Im Jahr 2017 fanden 718 183 (91,5%) mehr oder minder stark von klinischer Routine, Zeitdruck, Medikamenten und Operationen bestimmte Geburten statt. Wir sprechen von Geburtsvorgängen, die sich auf das Leben von 1.436 366 Müttern und Kindern auswirken – die bei der Geburt anwesenden Väter nicht mitgerechnet. Nur 66 717 Geburten (8,5%) fanden ohne medizinische Interventionen statt – außerklinisch 11 775 und klinisch 54 942.

Die vorliegende Arbeit führt uns folgenreiche und risikobehaftete Routinehandlungen bei Klinikgeburten vor Augen. Dabei ist der Blick auf ungeborene und neugeborene Kinder gerichtet.

Iris Eichholz beschreibt mit medizinischem Fachwissen und Erfahrungskompetenz in Teil I und II der vorliegenden Arbeit vor allem, wie sich Routineinterventionen rund um die Geburt auf Kinder

auswirken. Dabei unterscheidet sie zwischen direkten und indirekten Eingriffen und benennt Risiken, die – z.T. bewusst – in Kauf genommen werden. Teil III widmet sie gesundheitspolitischen Strukturen, die sich direkt auf die Arbeit von Hebammen negativ auswirken – zum Nachteil von Mutter und Kind. Die Erkenntnis der letzten Jahrzehnte, dass das Kind ein kompetentes, aktives menschliches Wesen ist, wird in der UN-Kinderrechtskonvention gewürdigt. Dies ist jedoch noch zu wenig im Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Verantwortlichen im Gesundheitswesen verankert. Von Dr. Reinald Eichholz werden daher ab Seite 67 menschenrechtliche Zusammenhänge zu Schwangerschaft und Geburt hergestellt und vertieft.

Jeder Reform geht voraus, dass Missstände gesehen und anerkannt werden.

Wir wünschen uns, dass wir mit der vorliegenden Schrift viele Menschen erreichen.

Irene Behrmann Anna Groß-Alpers
GreenBirth e.V.

Einleitung

Schwangerschaft und Geburt sind das Selbstverständlichste auf der Welt, dem gegenwärtig bald acht Milliarden Menschen ihr Leben verdanken. Doch jenseits der großen Zahlen sind das Erwarten eines Kindes und die Geburt ein absolut einmaliges persönliches Erleben. Sie sind ein tiefer biographischer Einschnitt für die Frau, natürlich für das Kind, aber auch im Leben eines Mannes, der das Geschehen bewusst miterlebt. Die Zusammenhänge im Einzelnen sind an Komplexität nicht zu überbieten. Allein die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt ist ein weites Feld, bei dem vor allem die Wechselwirkungen zwischen dem kindlichen und dem mütterlichen Organismus mehr Aufmerksamkeit erfordern. Die seelischen Vorgänge spielen dabei ohne Zweifel eine wesentliche Rolle. Auch hier führt die einzigartige Verbindung von Mutter und Kind zu wechselseitigen seelischen Wirkungen, die heute viel zu wenig beachtet werden. Das Wohlergehen der Mutter ist eine unerlässliche Voraussetzung für eine erfüllte Schwangerschaft und eine für Mutter und Kind glückliche Geburt. Umgekehrt sind seelische Ver-

letzungen der Frau, vor allem traumatisierende Erfahrungen unter der Geburt, eine ‚Mitgift‘ für das Kind, die lebenslang negative Folgen haben kann. Schließlich darf nicht ausgeklammert werden, dass eine Geburt für viele Menschen auch spirituelle Erfahrungen einschließt, die zu achten sind.

Dies alles ist eingebettet in eine gesellschaftliche Realität, die in den Hintergrund drängt, dass das Geborenwerden von Kindern auch gesellschaftlich ein ‚freudiges Ereignis‘ sein sollte. Jedoch bewirken Unwissenheit, Fehleinstellungen und ein durchtechnisiertes Gesundheitswesen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen für eine gute Schwangerschaft und eine natürliche Geburt hoch problematisch geworden sind. Grundlegende Rechte der Frau und des Kindes sind in Frage gestellt. Wenn sich die folgenden Ausführungen vorrangig mit diesen Rechtsverletzungen befassen, ist angesichts der Komplexität des Geschehens nicht vermeidbar, dass andere Aspekte in den Hintergrund geraten. Die Situation hat jedoch, wie sich bei genauerem Hinsehen zeigen wird, eine solche Dramatik erreicht, dass dieses Risiko bewusst in Kauf genommen wird.

I. Kinderrechtsverletzungen durch direkte Interventionen am Kind

1. Zu Beginn der Schwangerschaft

1.1 Festlegung eines Entbindungstermins (ET)

Das Errechnen des ET ist in der Regel das Erste, was geschieht, sobald sich eine schwangere Frau in professionelle Betreuung begibt. Anstatt eines wahrscheinlichen Geburtszeitraumes wird der schwangeren Frau ein bestimmter, nach festgelegten Kriterien berechneter Termin mitgeteilt, an dem sich die gesamte weitere Betreuung orientiert.

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Wachstums- und Entwicklungsprozesse, die individuellen Schwankungen unterworfen sind. Tatsächlich variiert der individuelle Reifungszeitraum von Menschenkindern bis zur Geburtsreife um etwa 4 Wochen². Diese Tatsache wird durch das starre Instrument der Berechnung ignoriert, indem zugrunde gelegt wird, dass es

sich um vergleich- und berechenbare Ferti-gungsprozesse handelt.

Ein Großteil der Interventionen und Manipulationen im letzten Schwangerschaftsdrittel beruht auf dem errechneten Termin (ET), obwohl der mit dem im Mutterleib heranreifenden Kind nachweislich unzureichend korreliert. Entscheidende Impulse für den Verlauf der Geburt gehen vom Kind aus. Das gilt für den Geburtsbeginn wie auch für alle weiteren Stadien des Geburtsverlaufs (s.u.).

Mit der Festlegung des ET gleich zu Beginn der Schwangerschaft erfolgt eine Weichenstellung, die nicht nur massiven Einfluss auf das gesamte weitere Geschehen nimmt, sondern die Grundeinstellung der Frau zu ihrer Schwangerschaft und Geburt in eine Richtung lenkt: Diese führt, wie sich im Weiteren zeigen wird – entlang der der laut Mutterpass vorgesehenen Untersuchungen Schritt für Schritt zu mehr Fremdbestimmung.

Nicht nur konkretes medizinisches Vorgehen orientiert sich an diesem fragwürdigen Termin, auch die Entscheidungsfreiheit der schwangeren Frau in der Wahl des Geburtsortes wird dadurch massiv beeinträchtigt.

Wird eine Geburt außerhalb der Klinik angestrebt, ist die schwangere Frau gezwungen, sich bei Überschreitung des ET um 3 Tage einer FachärztIn für Gynäkologie und Geburtshilfe vorzustellen. Diese entscheidet unter dem Druck eigener Haftung, ob sie die außerklinische Geburt für verantwortlich hält oder nicht. Entscheidet sich die Frau gegen das Votum der ÄrztIn für die außerklinische Geburt, verliert die Hebamme ihren Versicherungsschutz und die Frau das Recht auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse. Diese Regelung ist ein gravierender Schritt, Frauen in ihrer Entscheidungsfreiheit und Hebammen in ihrer Berufskompetenz zu beschneiden und damit der außerklinischen Geburtshilfe zunehmend den Boden zu entziehen.

Die strikte Festlegung eines ET verletzt das Recht der Frau auf Selbstbestimmung und missachtet die rechtliche Subjektstellung des Kindes, seine individuelle Reifezeit und den natürlichen Geburtsbeginn als Äußerungen seiner Individualität.

2. Vor Wehenbeginn oder während der Geburt

2.1 Amniotomie

Amniotomie ist die gezielte Eröffnung der Fruchtblase mit dem Finger bzw. einem spitzen Häkchen durch ÄrztIn oder Hebamme.

Die beiden Eihäute, die die Fruchtblase bilden, bestehen ausschließlich aus kindlichem Gewebe. Sie umgeben das Kind während der gesamten Schwangerschaft. Das darin enthaltene Fruchtwasser schützt das Kind vor mechanischen Einwirkungen, erlaubt dem Kind, sich zu bewegen und durch das Schlucken des Fruchtwassers sowie erste Atembewegungen die Funktionen seiner Organe zu üben.

Intakte Eihäute schützen das Kind vor aufsteigenden Keimen und somit vor einer Infektion. Das routinemäßige Eröffnen dieses gut geschützten Raumes führt zu unnötigen Risiken für das Kind.

Mögliche Gründe für das Öffnen der Fruchtblase:

Vor Geburtsbeginn:

- Der ET ist erreicht oder überschritten und das Einsetzen der Wehen soll forciert werden.

Während der Geburt:

- Die Geburt verläuft nach Beurteilung des betreuenden Personals „zu langsam“ und soll beschleunigt werden. Durch die Amniotomie sollen die Wehen verstärkt und der Druck des kindlichen Köpfchens ins mütterliche Becken erhöht werden.
- Es soll eine Mikrobiotuntersuchung (MBU) durchgeführt oder eine Kopfschwartenelektrode (KSE s.u.) angelegt werden.

- Als unhinterfragte Gewohnheit des geburtshilflichen Personals ohne medizinische Indikation.

Gibt es die „zu langsame“ Geburt?

Vereinzelt können bei Mutter und/oder Kind Probleme vorliegen, welche die Geburt ins Stocken bringen und möglicherweise zu einer Gefährdung führen.

Eine die Geburt kontinuierlich betreuende Hebamme könnte diese Situation und den damit verbundenen Handlungsbedarf rechtzeitig erkennen. Da diese Betreuungssituation nicht gegeben ist, finden im klinischen Alltag seit Jahrzehnten kaum noch Geburten ohne manipulierende Eingriffe statt.

Die Zeitvorgaben, wie lange der jeweilige Geburtsabschnitt dauern darf, orientieren sich an der Beobachtung von Geburten, deren Verlauf z.B. durch Amniotomie, Einsatz synthetischer Wehenmittel und forciertes Pressen manipuliert wurde.

Das Wissen über die physiologische Geburt und deren Variabilität und Komplexität geht dabei zunehmend verloren.

Risiken der Amniotomie:

- Infolge der Zerstörung der natürlichen Barriere zwischen Fruchthöhle und Außenwelt erhöht sich für das Kind die Infektionsgefahr durch in die Fruchthöhle aufsteigende Keime. Bei häufigen, routinemäßig durchgeführten vaginalen Untersuchungen, für die oftmals keine medizinische Indikation besteht, werden die Keime mit dem Handschuh in Richtung Kind geschoben.

Das verschärft die Infektionsgefahr. Dieser Gefahr soll dann mit einem der Mutter prophylaktisch verabreichten Antibiotikum entgegengewirkt werden. Die Folgen dieses Medikamentes für das kindliche Mikrobiom^{3,4} sind bislang unzureichend erforscht.

- Provokation einer Einstellungsanomalie: Durch die plötzliche Druckveränderung kann eine

Fehleinstellung des kindlichen Köpfchens provoziert werden, die zu einem Geburtsstillstand führen kann.

- Provokation einer CTG-Pathologie: Durch die Druckerhöhung auf das kindliche Köpfchen kann es zu einer Veränderung des kindlichen Herztonmusters kommen, die möglicherweise weitere Interventionen nach sich zieht.⁵
- Nabelschnurvorfall: Ist das kindliche Köpfchen zum Zeitpunkt der Amniotomie noch nicht fest im mütterlichen Becken, kann in seltenen Fällen die Nabelschnur mit dem abfließenden Fruchtwasser vor das Köpfchen rutschen. Die einzige Möglichkeit, das Kind dann zu retten, ist der unverzügliche Notkaiserschnitt.⁶
- Insertio-Velamentosa-Blutung: In seltenen Fällen verlaufen Gefäße der Nabelschnur über die Eihaut, anstatt direkt in den Mutterkuchen zu münden. Diese können bei der Amniotomie verletzt werden und zu einem gefährlichen Blutverlust des Kindes führen.

- Vorzeitige Plazentalösung: Der durch die Amniotomie ausgelöste plötzliche und teilweise reichliche Flüssigkeitsabgang (verbunden mit intrauteriner Volumenverminderung) kann dazu führen, dass es durch Scherkräfte zur vorzeitigen teilweisen oder vollständigen Ablösung des Mutterkuchens kommt. Für die Frau besteht die Gefahr eines massiven Blutverlustes. Beim Kind kann es zu einer Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr mit akuter Lebensgefahr kommen. Die einzig mögliche Therapie ist die sofortige Entbindung, meist durch Notkaiserschnitt.

Die drei letztgenannten unmittelbar lebensbedrohlichen Komplikationen sind selten, werden aber bei der routinemäßigen Amniotomie ohne Not wissentlich in Kauf genommen.

Die routinemäßige Amniotomie ohne medizinische Indikation stellt eine vermeidbare Gefährdung der Gesundheit des Kindes dar.

2.2 Mikrobiotest (MBU)

Die MBU wird durchgeführt, wenn sich das Personal bei der Beurteilung des CTG (Cardiotokogramm, „Herzton-Wehenschreiber“) nicht sicher ist⁷ und einen kritischen Zustand des Kindes (drohenden oder bestehenden Sauerstoffmangel) ausschließen möchte. Dazu muss zunächst in Rückenlage der Mutter die Fruchtblase eröffnet werden, dann wird ein Amnioskop („Guckrohr“) in die Scheide eingeführt und mit einer spitzen Lanzette die Kopfhaut des Kindes eingeritzt.⁸ Es wird eine Blutprobe entnommen, innerhalb weniger Minuten v.a. der pH-Wert analysiert und dann je nach Ergebnis über das weitere Vorgehen entschieden.⁹ Gerechtfertigt wird dieser Eingriff mit dem Argument, unnötige Kaiserschnitte aufgrund von Fehlinterpretationen des CTG vermeiden zu wollen.¹⁰

Auf den Zustand des Kindes nach der Geburt (das ‚kindliche Outcome‘) hat es keinen Einfluss, ob ein CTG geschrieben oder alternativ die Herzöne intermittierend auskultiert (in bestimmten Abständen punktuell abgehört) wurden. Die regelmä-

ßige und standardisierte Auskultation wird als gleichermaßen geeignet betrachtet und empfohlen, um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten. Man muss sich allerdings fragen, wie häufig einer Indikation zur MBU tatsächlich eine Pathologie zugrunde liegt. CTG-Aufzeichnungen machen Abweichungen von als normal erachteten Herzfrequenzmustern sichtbar, die bei der Auskultation überhaupt nicht auffallen würden. Die CTG-Werte führen zu einer deutlichen Erhöhung der Interventionsrate mit entsprechenden Risiken. Im CTG – als Routinemaßnahme an der gesunden Frau – sieht und hört man also deutlich mehr, allerdings ohne nachgewiesenen Nutzen für das Kind.

Es bedarf einer wesentlich besseren Personalausstattung in den Kreißsälen, da die interventionsärmere Auskultation deutlich betreuungsintensiver ist als die technische Kontrolle durch ein laufendes CTG. Der Trend zur Dauerüberwachung ist auch dem enormen forensischen Druck geschuldet, unter dem sich die Geburtshilfe befindet. Er führt

zum Wunsch nach Absicherung durch lückenlose, als Beweismittel taugliche Aufzeichnungen für den seltenen Fall einer kindlichen Schädigung. Hier wird vollkommen außer Acht gelassen, dass die Dokumentation per Dauer-CTG selbst ein Faktor sein kann, der das Kind in Gefahr bringt.

An diesem Beispiel zeigt sich, wie Personalknappheit ein erhöhtes Verletzungsrisiko des Kindes nach sich zieht. Daher sind nicht nur die strukturellen Probleme des Klinikbetriebes (s.u.), sondern auch die forensischen Anforderungen an die Dokumentation unter kinderrechtlichen Aspekten kritisch zu überprüfen. Nicht die lückenlose Dokumentation zur Absicherung des Personals ist sinnvoll, sondern eine lückenlose Begleitung jeder gebärenden Frau durch eine Hebamme, die im Einzelfall unter Berücksichtigung der möglichen Risiken für das Kind die am besten geeignete Form der Überwachung wählt.

2.3 Kopfschwartenelektrode (KSE)

Sind die Herztöne des Kindes mittels CTG durch die Bauchdecke der Mutter schlecht abzuleiten, wird vielfach eine KSE angelegt. Dabei werden zwei spitze gebogene Drähte in die Kopfhaut des Kindes geschraubt. Das erfordert seitens der GeburtshelferIn oder der Hebamme Erfahrung, um die KSE an der richtigen Stelle des Köpfchens zu platzieren.¹¹ Mittels dieser Elektrode werden dann die Herztöne des Kindes zusätzlich zum CTG überwacht.

Wären die Kreißsäle personell besser ausgestattet und stünde jeder Frau eine Eins-zu-Eins-Begleitung zur Verfügung, könnte die Hebamme sowohl bei übergewichtigen Gebärenden als auch bei unterschiedlichen Gebärpositionen in den allermeisten Fällen die Herztöne des Kindes ohne invasive Maßnahmen über die Bauchdecke der Mutter überwachen.

Auch bei diesem Eingriff zeigt sich deutlich der Zusammenhang von Personalmangel und Körperverletzungen von Kindern.

Ohne eindeutige medizinische Indikation und eine entsprechende Zustimmungserklärung der Mutter/Eltern im Namen des Kindes liegt – wenn sie nach dem Beginn der Eröffnungswehen vorgenommen wird – eine nach § 223 StGB strafbare Körperverletzung des Kindes vor.

2.4 Zangen- und Saugglockenentbindung

Die Geburt ist weit fortgeschritten, das kindliche Köpfchen hat die engste Stelle des mütterlichen Beckens überwunden. Durch Zug am Köpfchen soll die Schlussphase der Geburt beschleunigt werden.

Die Gründe für eine sogenannte „vagina- operative Entbindung“ sind vielfältig und oft miteinander verknüpft. Besonders bei Erstgebärenden sind dafür starre Zeitschemata und personelle Unterbesetzung in der Klinik ursächlich.

In den meisten Kliniken werden einer Erstgebärenden mit PDA 2 bis max. 3 Stunden Zeit für die „Austreibungsperiode“ zugestanden. Häufig sind

Gebärende infolge der PDA aber derart immobil, dass den Geburtsvorgang beschleunigende aufrechte Gebärpositionen und damit ein zügiger Geburtsfortschritt erschwert ist. Hinzu kommt, dass Gebärende häufig mit vollständiger Eröffnung des Muttermundes in die Rückenlage gebracht und zum forcierten Pressen (Valsalva-Manöver) angeleitet werden. Die Rückenlage und das gleichzeitige Auseinanderdrücken der mütterlichen Knie haben zur Folge, dass dem Kind im Beckenausgang durch Blockade des Kreuzbeines und Zusammenschieben der Sitzbeinhöcker etwa 30% weniger Raum zur Verfügung steht. Dadurch wird die Geburt massiv behindert. Das forcierte Pressen erhöht zudem die Gefahr der Sauerstoffunterversorgung des Kindes. Häufig wird dann in dieser Phase wegen „schlechter Herztöne“ und/oder „Geburtsstillstand in der „Austreibungsperiode“ zu Zange oder Saugglocke gegriffen.

Viele dieser operativen Geburtsbeendigungen ließen sich vermeiden, wenn Frauen durch Eins-zu-Eins-Begleitung seltener eine PDA bräuchten, aufrechte Gebärpositionen oder zumindest die Seitenlage unterstützt würden und Frauen ihre Kin-

der ohne Zeitdruck und ohne forciertes Pressen nach ihrem eigenen Gefühl und in ihrem individuellen Rhythmus gebären dürften.

Für das Kind birgt eine Zangen-/Saugglockengeburt Gefahren durch vielfältige Risiken und Komplikationen. Durch die Zange kann es sowohl zu äußeren Verletzungen am Kopf, im Gesicht und an den Ohren kommen als auch zu Schädigungen der Gesichtsnerven mit nachfolgenden Lähmungen. Die Saugglocke führt zu teilweise ausgeprägten Hämatomen am Köpfchen, deren Folge unter Umständen eine stärkere, therapiebedürftige Neugeborenenengelbsucht ist, was wiederum eine Trennung von Mutter und Kind nach sich ziehen würde. Das Risiko für Hirnblutungen ist erhöht. Es kommt vor, dass die Saugglocke abreißt und dem Kind schwere Verletzungen an der Kopfhaut zugefügt werden. Probleme mit Blockaden in der Halswirbelsäule gibt es bei beiden Varianten recht häufig. Das Risiko einer Schulterdystokie (Hängenbleiben der kindlichen Schulter im mütterlichen

Becken mit großer Gefahr des Sauerstoffmangels) ist erhöht.¹²

Bei der Indikationsstellung zur vaginal-operativen Geburtsbeendigung wird oft nicht hinreichend abgewogen, ob der vaginale Geburtsweg tatsächlich für das sowieso schon stark belastete Kind der sicherste und schonendste Weg wäre. So kommt es immer wieder zu Manövern, bei denen dem Kind heftige mechanische Belastungen (Zugenergie) zugemutet werden. In diesen Fällen wäre ein Kaiserschnitt evtl. der sanftere und eher zumutbare Geburtsweg. Die Wahl der Methode (Zange oder Saugglocke) wird vielerorts nicht auf der Grundlage der zumutbaren Belastungen für das Kind, sondern auf Grund unzureichender Fertigkeiten der GeburtshelferInnen getroffen. Die Zangengeburt wird heute kaum noch beherrscht.

Ohne entsprechende Aufklärung und Zustimmung der Mutter/Eltern im Namen des Kindes handelt es sich mit dem Beginn der Geburt, d.h. dem Einsetzen der Eröffnungswehen, bei Schädigungen des Kindes um rechtswidrige Körperverletzungen.

2.5 Primärer Kaiserschnitt (vor Einsetzen der Wehen oder Blasensprung, geplant) und sekundärer Kaiserschnitt (nach Einsetzen der Wehen oder Blasensprung, meist ungeplant)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass für westliche Industrienationen eine Kaiserschnitttrate von ca. 15% medizinisch indiziert ist. Bei allem, was darüber hinausgeht, kann nicht angenommen werden, dass der Kaiserschnitt einen gesundheitlichen Nutzen für Mutter und/oder Kind bringt.¹³

Der Kaiserschnitt ist kein einheitliches geburtshilfliches Szenario. Wir unterscheiden den:

- „Rettungskaiserschnitt“: Mutter und/oder Kind befinden sich in einer destruktiven geburtshilflichen Situation, die ihre Gesundheit akut gefährdet. Der Kaiserschnitt bedeutet die Rettung aus der bedrohlichen Krise. Die Notwendigkeit dieser Eingriffe ist unstrittig. Allerdings geht nur etwa die Hälfte aller Kaiserschnitte auf dieses Szenario zurück.

- „Indikationskaiserschnitt“: Hier befinden sich weder Mutter noch Kind in einer Krise. Nach Auffassung der GeburtshelferInnen stellt jedoch – z.B. bei einer Beckenendlage – der Kaiserschnitt den sichereren Geburtsweg dar. Dieser Anteil der Kaiserschnitttrate (knapp die Hälfte) ist gegenwärtig in der Kritik, weil ein großer Teil der Indikationen (Beckenendlage, „großes Kind“) dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht gerecht wird und ein Kaiserschnitt oft vermeidbar wäre.
- „Angstkaiserschnitt“: Auch dieser insgesamt recht geringe Anteil an der Kaiserschnitttrate wäre in vielen Fällen vermeidbar, wenn die Frauen, die sich eine vaginale Geburt aus verschiedenen Gründen nicht vorstellen können, frühzeitig erkannt und entsprechend kompetent betreut würden.

Die durchschnittliche Kaiserschnitttrate in Deutschland liegt aktuell bei 32%. Von den vielfältigen Gründen können hier nur einige genannt werden:

- Zu allererst die Festsetzung des ET. Er führt vermehrt zu Geburtseinleitungen mit synthetischen Wehenmitteln, deren Einsatz mit einer Erhöhung der Kaiserschnitttrate in Zusammenhang gebracht wird. Spätestens bei Erreichen von ET+14 wird in vielen Kliniken ein primärer Kaiserschnitt durchgeführt.

Inzwischen steht fest, dass allein das routinemäßig angelegte Aufnahme-CTG bei Ankunft im Kreißaal die Wahrscheinlichkeit für einen Kaiserschnitt erhöht¹⁴ – unabhängig davon, wie es im Detail beschaffen ist. Das dann häufig folgende Dauer-CTG während der Geburt steigert die Rate weiter. Dies liegt zum einen an häufigen Fehlinterpretationen, zum anderen an der angeordneten Ruhigstellung der Frauen. Durch fehlende Bewegungsmöglichkeiten kommt es sehr viel häufiger zu Geburtsverzögerungen und -stillständen, weil sich das Kind ungünstig ins mütterliche Becken einstellt und „steckenbleibt“.

Das CTG soll die Geburt für das Kind sicherer machen. Es wurde in den 1980er Jahren flächendeckend

eingeführt in der Hoffnung, dadurch die Rate sowohl an totgeborenen Kindern als auch durch Sauerstoffmangel bedingte schwere Hirnschäden zu verringern. 35 Jahre später ist die Rate an geschädigten Kindern nahezu unverändert. Die Kaiserschnitttrate ist aber von 10% auf derzeit 32% angestiegen.

Der Kaiserschnitt hat sowohl kurz- als auch langfristige Folgen für das Leben und die Gesundheit des Kindes:

- Kurzfristig kommt es häufiger zur Verlegung auf die neonatologische Intensivstation wegen Atemstörungen, Unterzuckerung oder Unterkühlung.
- Zudem kommt es durch das sofortige Abnabeln im OP häufiger zu einer Anämie (Blutarmut).
- Mittel- und langfristig kommt es häufiger zu Stillstörungen, d.h. die Kinder müssen frühzeitig zugefüttert werden, mit noch nicht umfassend erforschten evtl. lebens-

langen Folgen für Stoffwechsel, Verdauung und Immunsystem.

- Eindeutig nachgewiesene langfristige Folgen sind ein erhöhtes Asthmarisiko sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Diabetes Typ I.
- In allen Lebensphasen kann es als Nachwirkung der abrupten und frühen Trennung der Einheit von Mutter und Kind zu vielfältigen Bindungsstörungen kommen.^{15 16 17 18}

Die Erforschung der Auswirkungen des Kaiserschnitts, insbesondere auf Bindung und Physiologie, steht noch am Anfang. Aber schon jetzt ist absehbar, dass wir es mit einer Vielzahl von ungünstigen Einflüssen auf die Entwicklung des Kindes zu tun haben.

Um Schädigungen des Kindes und Nachteile für die Mutter nach Maßgabe des Vorsorgeprinzips auszuschließen, ist eine restriktive Praxis erforder-

lich. Im Falle eines geplanten, medizinisch nicht indizierten Kaiserschnitts wird das Recht des ungeborenen Kindes auf körperliche Unversehrtheit verletzt. Es wird zu prüfen sein, ob hier zwischen dem Geltungsbereich des § 218, also einschließlich der 12. Schwangerschaftswoche, und dem mit Beginn der Geburt einsetzenden Strafrechtsschutz eine Regelungslücke besteht, die der Gesetzgeber als Folge seiner Verpflichtung, zur Verwirklichung der Rechte des Kindes alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen (Art. 4 KRK), schließen muss.

3. Nach der Geburt

3.1 Frühzeitiges Durchtrennen der Nabelschnur

Das sofortige Durchtrennen der Nabelschnur nach der Geburt ist eine der häufigsten Routineinterventionen im Kreißaal. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass es keine sinnvolle Indikation dafür gibt, jedoch eine Vielzahl leicht vermeidbarer Nachteile für das Kind.

- Wird die Nabelschnur des Kindes unmittelbar nach der Geburt durchtrennt, wird dem Kind mindestens ein Drittel¹⁹ seines Gesamtblutvolumens vorenthalten. Dadurch gehen ihm unter anderem wertvolle Stammzellen verloren.
- Frühzeitiges Abnabeln nimmt dem Kind eine wichtige Sauerstoffquelle, die ihm während des Übergangs zur selbständigen Atmung zur Verfügung stehen muss.
- Frühzeitiges Abnabeln vor dem Auspulsieren bzw. vor Geburt der Plazenta begünstigt eine zu frühe Trennung von Mutter und Kind. Das beeinträchtigt die Ausschüttung des wichtigen Bindungshormons Oxytocin auf beiden Seiten.
- Frühzeitiges Abnabeln erhöht infolge des verringerten Flüssigkeitsvolumens die Wahrscheinlichkeit, dass in den ersten 3 Lebenstagen künstliche Säuglingsnahrung zugefüttert werden muss. Dies hat negative Folgen für die Gesundheit des Kindes

und die Stillbeziehung, weil jedes Ersetzen der Muttermilch ohne strenge medizinische Indikation das dem Kind geschuldete Höchstmaß an gesundheitlicher Förderung (Art. 24 KRK) verfehlt.

Im klinischen Alltag zeigt sich, dass gerade Kinder, die von einem erhöhten Sauerstoffangebot und der Nähe zur Mutter besonders stark profitieren würden (Frühgeborene, Kinder mit niedrigen APGAR-Werten), statt weiterer Versorgung über die Nabelschnur, sofort abgenabelt werden, um kinderärztlich versorgt zu werden, wobei sie dann nicht selten als Erstmaßnahme Sauerstoff brauchen.

Eine schwedische Studie hat gezeigt, dass noch 6 Monate nach der Geburt früh abgenabelte Kinder eher eine Anämie (Blutarmut) aufweisen als Kinder, deren Nabelschnur erst spät bzw. nach dem Auspulsieren durchtrennt wurde. Es wurden auch negative Effekte auf die motorische Entwicklung der Kinder nachgewiesen.^{20 21 22 23}

Die derzeitige Praxis des sofortigen oder frühen Abnabelns bedeutet Risiken für das Kind, die in vollem Umfang vermeidbar sind. Die gängige Praxis des schnellen Abnabelns ist demnach nicht zu rechtfertigen. Da es sich um eine Handlung nach Geburtsbeginn handelt, ist zu prüfen, ob die Frühabnabelung mit oder ohne Entnahme von Blut – etwa zur Einlagerung in einer Stammzellbank - ohne ausdrückliche Einwilligung im Namen des Kindes strafrechtlich relevant ist.

3.2 Routinemäßige orale Gabe von Glucoselösung bei schmerzhaften Interventionen, z.B. Blutentnahmen

Es ist nachgewiesen, dass sich frühe Schmerzereignisse tief und langfristig in das Erleben des Kindes einprägen. Dem soll in der Klinik dadurch entgegengewirkt werden, dass den Kindern bei routinemäßig anstehenden Blutentnahmen (Stoffwechselscreening, Blutzuckerkontrollen) zur Schmerzlinderung Glucose verabreicht wird. Dies

hat durchaus den gewünschten Effekt. Jedoch werden langfristige Auswirkungen wenig beachtet und die Eltern darauf in der Regel nicht hingewiesen.

Schon geringe Mengen Glucose verschieben das Gleichgewicht der Darmflora in Richtung einer Besiedelung mit pathogenen Keimen. Der Darm als „Zentrum der Gesundheit“ ist in dieser frühen Phase äußerst störanfällig. Eine Dysbalance der Darmflora kann unterschiedliche Krankheiten zur Folge haben.²⁴

Zudem beeinflusst die Gabe von Glucose die Entwicklung einer funktionierenden Stillbeziehung negativ. Schon kleinste Glucose-Mengen reichen aus, um die nächste natürliche Hungerphase des Kindes um Stunden hinauszuzögern. Dadurch bekommt das Kind weniger Kolostrum (Vormilch), die Milchbildung bei der Mutter wird nicht ausreichend angeregt, der Milcheinschuss verzögert sich, sodass häufig künstliche Säuglingsnahrung zugefüttert wird.

Es ist nachgewiesen, dass Kolostrum den gleichen schmerzstillenden Effekt hat wie Glucose.²⁵

Es ist nur etwas aufwändiger, eine Blutentnahme durchzuführen, während das Kind an der Brust der Mutter trinkt, oder die Mutter zum selbständigen Gewinnen der Vormilch anzuleiten und diese mit der Spritze während der Blutentnahme zu verabreichen. Allein schon das Lagern des Kindes im direkten Hautkontakt auf der Brust der Mutter reduziert die Schmerzwahrnehmung.²⁶

Für diese einfachen, nebenwirkungsfreien und bindungsfördernden Lösungen fehlen in der Klinik Zeit und Personal – auf Kosten des Kindeswohls.

Unter dem Gesichtspunkt, dass das Kind ein Recht auf das höchstmögliche Maß an Gesundheit hat, ist die derzeitige Praxis nicht zu rechtfertigen. Das routinemäßige Handeln und die fehlende Aufklärung beraubt die Eltern der Möglichkeit einer informierten Entscheidung und somit der Ausübung ihrer Elternrechte.

II. Indirekte Kinderrechtsverletzungen durch Interventionen bei der Mutter

1. In der Schwangerschaft

1.1 Festlegung eines Entbindungstermins (ET)

Wie eingangs bereits beschrieben, wird dieses schematische Vorgehen weder dem Kind noch der Mutter gerecht. Einen komplexen natürlichen Prozess kann man allein mit technischen Mitteln weder beurteilen noch beherrschen.

Die in diesem Zusammenhang üblichen Aufklärungsmaßnahmen entsprechen auch nicht den unter der Beachtung der Rechte der Frau zu stellenden Anforderungen.

1.2 CTG in der Schwangerschaft

In den meisten Praxen von FrauenärztInnen sowie inzwischen auch bei vielen Hebammen wird ab der 26.–28. Schwangerschaftswoche routinemäßig

zusätzlich zu jeder Vorsorgeuntersuchung ein CTG geschrieben. Dieses Vorgehen wird durch die aktuell gültigen Mutterschaftsrichtlinien nicht gedeckt, die das erstmalige Schreiben eines CTG in dieser Phase der Schwangerschaft nur bei klarer Indikation (drohende Frühgeburt, Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten bei der Auskultation der kindlichen Herztöne) und die Wiederholung des CTG nur bei vorliegenden Abweichungen von der Norm (Herztonauffälligkeiten, Mehrlingen, Blutung, Verdacht auf Übertragung, Plazentainsuffizienz, intrauterinem Kindstod in einer früheren Schwangerschaft) vorsehen.²⁷

Das Routine-CTG in der Schwangerschaft ist nachgewiesenermaßen wenig aussagekräftig, was den tatsächlichen Zustand des Kindes oder ein Frühgeburtsrisiko angeht. So sind beispielsweise sporadische Herztonabfälle und eine eingeschränkte Variabilität der Herztöne in frühen Schwangerschaftswochen lediglich Zeichen kindlicher

Unreife und kein Anzeichen für eine Pathologie. Dennoch werden schwangere Frauen in solchen Fällen oft vorschnell in die Klinik geschickt, was stets mit Verunsicherung und Angst einhergeht.

Aufgrund des Routine-CTG werden auch häufig die Diagnosen „vorzeitige Wehentätigkeit“ und „drohende Frühgeburt“ gestellt. Anstatt die Schwangere zu ihrem Befinden, ihrer Selbstwahrnehmung und zum Verhalten ihres Kindes zu befragen, findet die Orientierung ausschließlich an einem maschinell erstellten Ausdruck statt. Dies führt in jedem Fall zu einer Verunsicherung der Schwangeren, gelegentlich sogar zu unnötigen stationären Klinikaufenthalten bis hin zu unnötiger Medikalisierung von Mutter und Kind mit wehenhemmenden Medikamenten und Cortison.^{28 29} Dabei stellt sich als Ursache der erhöhten Uterusaktivität nicht selten eine Blasenentzündung, Verstopfung oder beruflicher/privater Stress heraus. Für eine ausführliche Befragung der schwangeren Frau fehlen allerdings sowohl in der ärztlichen Schwangerenvorsorge als auch in der Klinik oft Zeit und Personal.

Das CTG verwendet Puls-Doppler-Wellen, die energiereicher sind als der bildgebende Ultraschall und das Kind daher wahrscheinlich stärker belasten. Mögliche Schäden können insbesondere durch Temperaturanstieg im Gehirn entstehen. Untersuchungen bei Kindern wurden aber bisher nicht durchgeführt.³⁰

1.3 Pränataldiagnostik (PND): Invasive und nicht-invasive Diagnostik wie Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie sowie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft ohne medizinische Indikation

Eltern haben den nachvollziehbaren und berechtigten Wunsch, ein gesundes Kind zu bekommen. Was selten in diesem Zusammenhang diskutiert wird, ist die Frage: „Was bedeutet eigentlich 'gesund'“? An welchen Kriterien orientiert sich diese Beurteilung? Wer schafft die Maßstäbe? Mit welchen Mitteln soll Gesundheit „sichergestellt“ werden? Gesundheit wird in der Regel auf die anatomisch korrekte Anlage der Gliedmaßen

und Organe sowie das Vorhandensein eines normalen Chromosomensatzes reduziert.

Der wachsende Gesundheitsmarkt rund um Schwangerschaft und Geburt bietet werdenden Eltern vielfältige Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik. Vom Basisultraschall über die Feindiagnostik im Organscreening bis hin zum Baby-TV via 3D- und 4D-Ultraschall wird vielerlei angeboten. Des Weiteren gibt es Möglichkeiten der Risikoabschätzung beispielsweise für Trisomie 21 durch das Ersttrimesterscreening,³¹ sowie Bluttests zur Gendiagnostik. Aber auch invasive Methoden wie die Amniozentese (mit einer Nadel wird durch die Bauchdecke der Mutter, durch die Gebärmutter und durch die Eihäute gestochen, um Fruchtwasser zu gewinnen; die darin enthaltenen Zellen werden gendiagnostisch untersucht) oder die Chorionzottenbiopsie (durch die Bauchdecke der Mutter oder den Gebärmutterhals werden mit einer Nadel Zellen aus dem sich entwickelnden Plazentagewebe entnommen und untersucht) werden angeraten.

Es gibt medizinisch-fachliche Informationen, die insbesondere dann vorhanden sein sollten, wenn

eine außerklinische Geburt gewünscht wird, um auszuschließen, dass es absehbar während oder nach der Geburt zu akuten Gefährdungen für Mutter und/oder Kind kommen kann. Dazu gehören kindliche Fehlbildungen wie Spina bifida („offener Rücken“), Omphalozele (Nabel-/Bauchdeckenbruch), Fehlbildungen des Herzens oder der Lunge oder eine Fehllage des Mutterkuchens. Alle diese Informationen können allerdings in einer einzigen Ultraschalluntersuchung gewonnen werden.

Was bei den angebotenen Methoden häufig fehlt, ist eine vollumfängliche Aufklärung der Eltern über die möglichen Risiken, Folgen und Komplikationen für die Mutter und das Kind.

Die Eltern werden v.a. bei den invasiven Untersuchungen zwar darüber aufgeklärt, dass sie ihr Kind verlieren können, aber nicht darüber, dass das Kind *sein Leben* verlieren kann.

Bei den invasiven Methoden wird ein durch die Untersuchung erhöhtes Fehlgeburtsrisiko von ca. 1%

angegeben. Sehr selten kann es auch zur Verletzung des Kindes, Fruchtwasserverlust und Infektionen kommen.

Zum Ultraschall fehlt bisher der wissenschaftliche Nachweis, dass die nichtionisierende Strahlung für ungeborene Kinder unbedenklich ist. Im Gegenteil, es gibt Nachweise dafür, dass es zu thermischen und mechanischen Effekten im kindlichen Gewebe, an den Gehirn- und Nervenzellen und im Fruchtwasser kommt. Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) als auch die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) empfehlen, während der Schwangerschaft keine Ultraschalluntersuchungen ohne klare medizinische Indikation durchzuführen.^{32 33 34}

^{35 36 37 38 39 40}

Aufgrund des in Deutschland geltenden „Gesetzes zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen“ hat die Bundesregierung im Rahmen der „Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts“ vom 29.11.2018 (BGBl 2187–2196, Jahrgang 2018, Teil 1 Nr. 41.) gere-

gelt, dass der nicht medizinisch indizierte Ultraschall („Baby-TV“, „Baby-Watching“ o.ä.) ab dem 31.12.2020 verboten ist und ein Verstoß als Ordnungswidrigkeit geahndet wird.

Selbst wenn alle Untersuchungen durchgeführt werden und alle Ergebnisse im Normbereich liegen, Gewissheit, dass das Kind gesund sein wird, ergibt sich daraus nicht.

Die bei vielen niedergelassenen Gynäkologen bei jeder Vorsorgeuntersuchung zusätzlich durchgeführte Fetometrie (Ermittlung eines kindlichen Schätzwertes durch Ausmessen von Oberschenkelknochen, Kopf- und Bauchumfang) steht im Widerspruch zu den aktuellen Mutterschaftsrichtlinien. Es ist nachgewiesen, dass sie mit einer hohen Fehlerquote behaftet ist und keine verlässliche Vorhersage für den mutmaßlichen Geburtsverlauf bietet. Sie birgt jedoch ein enormes Verunsicherungspotential für die werdenden Eltern, das im Extremfall sogar zum Wunsch nach einem primären Kaiserschnitt führen kann, obwohl schlussendlich ein vollkommen normalgewichtiges Kind zur Welt kommt.

Es ist äußerst fragwürdig, unter welchen pseudowissenschaftlichen Vorwänden es üblich geworden ist, sich auf vielfältige Weise und immer wieder Zugang zu dem geschützten Raum im Leib der Mutter zu verschaffen, ohne dass das Kind einen nachgewiesenen gesundheitlichen Nutzen davon hat.

Außerdem führt die exzessive Zunahme von Pränataldiagnostik bei den werdenden Müttern vielfach nicht zur Beruhigung und besserer Bindung zu ihrem Kind, sondern zu mehr Besorgnis. Die Schwangerschaft wird von einer Zeit der „guten Hoffnung und frohen Erwartung“ zu einer Zeit der Verunsicherung, ständiger Kontrollen, der Risikofixierung und der stetigen Infragestellung weiblicher Kernkompetenz. Die Notwendigkeit, ein gesundes Gefühl für den eigenen Körper und das darin heranwachsende neue Leben zu entwickeln, wird durch das Gefühl des Angewiesenseins auf technisch basierte Bestätigung von außen ersetzt und der Beurteilung sogenannter Experten unterworfen.

Es ist eine rechtlich relevante Frage der Selbstbestimmung der Frau, die fordert, ihr die Expertenschaft über ihre Schwangerschaft zurückzugeben, ihr mit Rat und Tat zur Seite zu stehen und sie zu unterstützen, ihre Kompetenzen zu entfalten, anstatt sie durch die Suggestion von Scheinsicherheiten in immer weiterführende Abhängigkeiten zu bringen.

Die für die Mutter erforderlichen Hilfen sind nach der UN-Kinderrechtskonvention ausdrücklich auch als Rechte des Kindes ausgestaltet (Art. 24 KRK).

1.4 Verursachung von psychischem Stress für die Frau durch angstmachende Aufklärung, Bevormundung, Verunsicherung und unnötige Untersuchungen

Es ist nachgewiesen, dass sich ein erhöhter Spiegel an Stresshormonen im Blut der Mutter negativ auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes auswirkt und sogar über den

Weg der Epigenetik Folgegenerationen beeinflussen kann. Die Schwangerenvorsorge in Deutschland vermittelt Eltern in aller Regel den Eindruck, dass es vorrangig um das Erkennen und Benennen von Risiken geht, statt die Ressourcen und vorhandenen Potentiale der werdenden Mutter anzuerkennen, zu fördern und zu entwickeln.

Die werdende Mutter verliert sich in einer Flut von Informationen und Angeboten, die ihr maximale Sicherheit und Gesundheit versprechen und ihr doch meist das Vertrauen in ihren eigenen Körper, in den Lebenswillen des Kindes und ihre gesunde Gebärfähigkeit nehmen. Anstatt in zuversichtlicher Erwartung zu sein, wird die Schwangerschaft in einem angespannten Zustand ständiger Alarmbereitschaft verbracht. Dies wird nicht nur von den Frauen subjektiv so empfunden, sondern ist tatsächlich an erhöhten Konzentrationen von Stresshormonen im Blut ablesbar.

Es ist noch längst nicht ausreichend verstanden worden, dass nicht nur technisch oder medikamentös basierte Eingriffe

machtvolle Interventionen darstellen, sondern gerade auch das gesprochene und geschriebene Wort. Eine in der Schwangerschaft einmal geschürte Angst lässt sich kaum mehr auflösen – insbesondere nicht mit den Mitteln der PND, die zusätzlich zur Schwangerenvorsorge angeboten wird.^{41 42}

^{43 44}

Mit dem Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit nach Art. 24 KRK ist diese Praxis nicht vereinbar.

2. Während der Geburt

2.1 Geburtseinleitung und alle Interventionen, die sich ausschließlich am ET orientieren

Die derzeitigen Leitlinien zur Geburtseinleitung gehen fälschlicherweise davon aus, dass jedes Kind nach einem einheitlichen Zeitplan reift und damit ab einem bestimmten Zeitpunkt der Schwangerschaft in Ge-

fahr gerät. Dabei wird die Individualität der kindlichen Entwicklung ignoriert.

Es gibt Kinder, die bereits vor Ablauf der mittleren statistischen Schwangerschaftsdauer von 38 Wochen nach der Befruchtung reif sind und an die Grenze ihrer plazentaren Reserven geraten und deshalb frühzeitig geboren werden wollen. Andere Kinder erreichen dagegen diese Reife erst deutlich später, ohne dadurch in Gefahr zu geraten. Für diese Kinder stellt eine Begrenzung der intrauterinen Lebenszeit ohne zwingende medizinische Notwendigkeit eine Risikoerhöhung und einen Verstoß gegen das Grundrecht auf die individuelle intrauterine Reifungszeit dar.

In diesem Zusammenhang hat ein weiterer Aspekt eine mittelbare Wirkung auf das Kind: der massive psychische Druck, dem die Mutter ausgesetzt ist, sobald sie den ET erreicht hat. Mit jedem Tag, der ohne Wehen verstreicht, werden die Kontrollen engmaschiger, die Mienen besorgter und die Ängste größer. Der schwangeren Frau wird suggeriert, ihr Leib sei nun kein sicherer Ort mehr für ihr Kind.

Sie empfindet sich und die Funktionen ihres Körpers als „fehlerhaft“.

Betrachtet man die Physiologie der Geburt und hier vor allem den Geburtsbeginn, so fällt Folgendes auf:

- Nach aktuellen Erkenntnissen initiiert das Kind auf hormoneller Ebene den Geburtsbeginn – es signalisiert der Mutter „Ich bin so weit, mein Mutterkuchen wird mich in absehbarer Zeit nicht mehr ausreichend versorgen. Wir können jetzt beginnen!“
- Die mütterlichen Geburtshormone sind auf bestimmte Grundbedingungen angewiesen, um in ausreichender Menge ausgeschüttet und wirksam werden zu können. Dafür ist in allererster Linie die Abwesenheit von Stressfaktoren erforderlich. Die Mutter braucht einen sicheren, geborgenen Rahmen, in dem sie vertrauen und sich entspannen kann. Wenn Kontrollen durchgeführt werden, dann sollten diese so wenig Stress, Ängste und Irritationen erzeugen wie nur irgend möglich.

So wie momentan die Realität der Schwangerenbetreuung ab dem ET aussieht, wird genau das Gegenteil von dem erreicht, was erforderlich wäre: Indem die Frau schnellstmöglich einen Geburtsbeginn präsentieren soll, wird sie derart unter Druck gesetzt, dass das Einsetzen der Wehen stressbedingt gestört ist und die für die Geburt erforderlichen hormonellen Prozesse massiv erschwert werden. So wird der Frau auf physiologischer Ebene die Möglichkeit genommen, adäquat auf die hormonellen Signale des Kindes zu reagieren.

Das einzigartige, fein abgestimmte Ineinandergreifen der Lebensvorgänge von Mutter und Kind erfordert, dass beide als Individuen geachtet werden. Die Ehrfurcht vor dem Leben gebietet, jedes willkürliche Eingreifen zu unterlassen. Sich stattdessen an starren schematischen Zeitvorgaben zu orientieren, verstößt gegen die rechtliche Subjektstellung des Kindes und unterminiert zugleich auf subtile Weise

Würde und Selbstbestimmung der Frau. Es bewirkt, dass ÄrztInnen, Hebammen und Entbindungspfleger ein Berufsverständnis entwickelt haben, das sich mehr an von Rechnern mechanisch vorgegebenen Daten orientiert, als an ihrer individuellen Erfahrung und Kompetenz.

2.2 Beschleunigung der Geburt durch Einsatz von Wehenmitteln und Amniotomie

Die Prozesse im Körper des Kindes und seiner Mutter, die den Ablauf der Geburt steuern, sind uralte und hochkomplex. Die heute etablierte Vorstellung, Menschen seien moderne, zivilisierte und die Natur beherrschende Wesen, lädt ein, zu verdrängen und zu vernachlässigen, dass Schwangerschaft und Geburt nach wie vor naturgemäß verlaufen. Wie sich während aller Phasen von Schwangerschaft und Geburt zeigt, steht dieser Verlauf in einer untrennbaren Verbindung mit dem individuellen seelischen Erleben von Mutter und Kind. Darauf zu horchen und in dieses Zwiegespräch von Mensch und Natur nicht willkürlich einzugreifen,

ist die hier erforderliche aktive Leistung. Umso größer wird der Widerspruch zwischen dem, was heute als geeignetes, modernes und sicheres Geburtsmanagement praktiziert wird, und dem, was eine Geburt als individuelles Naturereignis tatsächlich braucht.

Statt die Geburt als natürlichen Prozess zu begreifen, wird sie als Krankheitsfall „behandelt“ und so Teil des medizinischen Systems.

Folgende Zusammenhänge müssen in den Vordergrund gerückt werden:

- Oxytocin ist das wichtigste Hormon während der Geburt. Es wird im Hypothalamus gebildet und durch den Hypophysenhinterlappen stoßweise ausgeschüttet. Während der Schwangerschaft bilden sich an der Gebärmutter vermehrt Rezeptoren für Oxytocin aus, sodass die Gebärmutter bei Geburtsreife des Kindes auf die Ausschüttung von Oxytocin mit rhythmischen Kontraktionen reagiert. Neben dieser „mechani-

schen“ Wirkung ist Oxytocin vor allem das wichtigste „Liebes- und Bindungshormon“, das in Situationen vermehrt ausgeschüttet wird, die durch Nähe, Vertrauen, Geborgenheit, Hautkontakt, Intimität, Ruhe und Entspannung charakterisiert sind.

- Oxytocin ist eines der flüchtigsten und störanfälligsten Hormone, die wir haben. Ungewohnte Gerüche, Geräusche, fremde Menschen, unerwartete Berührungen, grelles Licht, Angst und Stress stören und verringern die Oxytocinausschüttung und -wirkung und damit die Effektivität der Wehen.

- Betrachtet man unter diesen Aspekten die Ausstattung moderner Kreißsäle und die Betreuungsmodalitäten während der Geburt, ist die Häufigkeit der Diagnose „Wehenschwäche“ nicht verwunderlich.

- Zu bedenken ist ferner, welche Teile des mütterlichen Gehirns während der Geburt in welcher Weise aktiv sind. Entwicklungsgeschichtlich

gibt es unterschiedlich alte Gehirnareale. Der älteste Part, das Stammhirn, ist für unsere unwillkürlichen Überlebensfunktionen zuständig: Atmung, Reflexe, Kreislauf.

- In einem jüngeren Teil des Gehirns befindet sich das Limbische System mit der Amygdala. Dort findet die Emotionsverarbeitung statt, und es bestehen enge Verknüpfungen zu unter Umständen lange zurückliegenden Ereignissen – hier wird entschieden, ob ein Eindruck als harmlos eingestuft wird oder aber im Extremfall ein Trauma reaktiviert. Hier ist das Zentrum für Instinkt und Trieb – und damit auch für wichtige Aspekte der Geburt. Hier werden Geräusche, Gerüche und Bilder unbewusst mit zurückliegenden Erfahrungen verglichen und bewertet. Dieser Bereich des Gehirns ist unter der Geburt sehr aktiv und kann die Steuerung übernehmen – solange er nicht gestört wird.
- Der entwicklungs geschichtlich jüngste Teil des Gehirns ist die Großhirnrinde. Dort findet die bewusste Informationsverarbeitung, unser „Alltagsdenken“, statt. Großhirnrinde und Lim-

bisches System sind während der Geburt genau aufeinander abgestimmt: Je aktiver das Limbische System, desto mehr tritt das Großhirn zurück. Die Gebärende „schaltet ab“ und gerät in eine Art Trancezustand, der sie instinktiv durch den Geburtsprozess steuern lässt und ihr Schmerzempfinden reduziert. Je stärker jedoch die Großhirnrinde intellektuell herausgefordert wird, desto eher wird das Limbische System an seiner Funktion gehindert und der Geburtsprozess nachhaltig gestört.

- Unter diesem Gesichtspunkt ist jede Aktivierung der Großhirnrinde als problematisch zu sehen. Dennoch geschieht sie ständig während nahezu jeder Klinikgeburt: durch das Ausfüllen langer Anamnesebögen nach Ankunft im Kreißaal, durch Lesen und Unterzeichnen von Behandlungsverträgen, Wahlleistungsvereinbarungen und Datenschutzerklärungen, durch angstmachende Aufklärung über Risiken und Komplikationen bei Einleitung, PDA und Kaiserschnitt, durch Aussagen wie „Oh, das ist aber ein großes Köpfchen!“ beim routinemäßigen Aufnahmeultraschall im Kreißaal, durch re-

gelmäßige Bekanntgabe der Muttermundseröffnung in Zentimetern pro Zeiteinheit, durch lautes Pochen des CTG-Gerätes⁴⁵, durch ausführliches Vorstellen der neuen Kollegin beim Schichtwechsel, durch ... ja, sogar manchmal durch die nett gemeinte Frage: „Möchtest Du lieber Fenchel- oder Kamillentee?“

All diese Beispiele zeigen, dass der Geburtsprozess oft schon auf subtile Weise gestört ist, bevor überhaupt jemand bewusst eine direkte Intervention vornehmen will. Jegliches Verhalten, das sowohl das Hormon Oxytocin als auch das Limbische System in seiner Funktion behindert, muss nach Möglichkeit vermieden werden, und die Gestaltung der Geburtsbegleitung muss sich an diesen Erfordernissen orientieren, um eine ungestörte und damit sichere Geburt zu ermöglichen.

Mutter und Kind stehen, wie beschrieben, während der Geburt in einem ständigen Dialog, der insbesondere auf hormoneller Ebene stattfindet. Sie gestalten gemeinsam den Rhythmus der Ge-

burt. So kann beispielsweise das Kind, das durch kräftige Wehen und einen schnellen Geburtsfortschritt auf eine Erschöpfungsphase zusteuert, bei der Mutter über eine Hormonbotschaft längere Wehenpausen zur Erholung „bestellen“. Dies geschieht häufig zum Ende der Muttermundseröffnung – so als würden beide noch einmal Kraft sammeln für den Endspurt. Im Klinikalltag wird diese notwendige Erholungspause häufig „sekundäre Wehenschwäche“ genannt und durch eine Infusion mit synthetischem Oxytocin übergangen.

Das Kind, das eigentlich eine Pause bräuchte, wird so durch massiven und unphysiologischen Wehendruck gezwungen, seine Geburt fortzusetzen. Anstatt nach den wahren Ursachen der vermeintlichen Wehenschwäche zu suchen (ungeeignetes Umfeld, fehlende Kenntnis der Physiologie und damit unangemessene Betreuung) wird der dynamische Geburtsprozess endgültig seiner Natürlichkeit beraubt und damit der Mutter die Möglichkeit genommen, intuitiv auf die Signale und Bedürfnisse ihres Kindes zu antworten.

Der Einsatz von synthetischem Oxytocin während der Geburt entspricht weder in der Dosierung noch in seiner Wirkung natürlichen Vorgängen und führt deshalb zu einer Gegenregulation bei Mutter und Kind.

Der Einsatz von Wehenmitteln wird unter anderem verantwortlich gemacht für: fetalen Distress („schlechte Herztöne“, Sauerstoffmangel), Erhöhung des Risikos für Zangengeburt, Saugglockengeburt, Kaiserschnitt, Zerreißen der Gebärmutter mit Lebensgefahr für Mutter und Kind, verstärkten Blutverlust der Mutter nach der Geburt durch Kontraktionsschwäche der Gebärmutter und erhöhte Wahrscheinlichkeit für postpartale Depressionen.^{46 47}

Beim Kind kann diese Manipulation des Oxytocin-systems das psychosoziale Bindungssystem nachteilig beeinflussen. Bei betroffenen Kindern lassen sich auffallend häufig Störungen wie ADHS nachweisen.^{48 49 50 51}

Sowohl kinderrechtlich als auch mit Blick auf die Rechte der Frau bedarf diese Praxis kritischer Sichtung.

2.3 Routinemäßige vaginale Untersuchung während der Geburt

Die vaginale Untersuchung der Gebärenden stellt die am häufigsten durchgeführte Untersuchung dar, anhand derer der Fortschritt der Geburt beurteilt wird. Dabei wird sowohl die Weite des Muttermundes als auch die Beziehung des kindlichen Köpfchens zum mütterlichen Becken festgestellt. In vielen Kreißsälen gibt es klinikinterne Anweisungen, wonach z.B. ein- oder zweistündlich die Erhebung eines solchen Befundes gefordert wird.

Eine Geburt ist jedoch ein dynamischer Prozess, der phasenweise mal schneller, mal langsamer voranschreitet.

Nach der vaginalen Untersuchung wird die aktuelle Weite des Muttermundes in der Regel zu starren Zeiteinheiten ins Verhält-

nis gesetzt, d.h. auch hier finden wieder Berechnungen statt (Zentimeter pro Zeiteinheit), obwohl das starre Mittel der Berechnung dem Ereignis einer Geburt nicht gerecht werden kann.

Ein zusätzliches Problem ist der massive Eingriff in die weibliche Intimsphäre. Vaginale Untersuchungen werden häufig ungefragt, ohne Aufklärung und ohne medizinische Indikation routinemäßig durchgeführt und von vielen Frauen als sehr belastend und übergriffig empfunden.

Die Organisation Terre des Femmes vermutet, dass in Deutschland etwa 40% aller Frauen mit unterschiedlich stark ausgeprägten Missbrauchserfahrungen leben. Vaginale Untersuchungen, insbesondere, wenn sie von fremden Menschen und ohne die gebotene Sensibilität durchgeführt werden, können zu erheblichem Stress und im Extremfall zu einer Retraumatisierung führen.

Der Einsatz von Wehenmitteln, die Anleitung zu forciertem Pressen, der Einsatz von Saugglocke und Geburtszange, die Entschei-

dung zu einem Kaiserschnitt aufgrund mangelnden Geburtsfortschritts, der psychische Druck, den die Gebärende empfindet – „Ich kann es nicht, ich bin zu langsam!“ – all diese Interventionen im Geburtsverlauf orientieren sich am Ergebnis der vaginalen Untersuchung. In Kenntnis der Umstände, die eine Gebärende braucht, um sich dem Prozess der Geburt hingeben zu können, wird deutlich, dass allein die vaginale Untersuchung durch ihr stresserzeugendes Potential ausreichen kann, um die Geburt ins Stocken zu bringen, d.h. das Ergebnis dieser Untersuchung wird möglicherweise durch die Untersuchung selbst verursacht.

Gebärende Frauen zeigen für die erfahrene Hebamme oft sehr typische Verhaltensweisen, anhand derer Rückschlüsse auf das Stadium der Geburt und die Geschwindigkeit des Voranschreitens gezogen werden können. Eine konsequente Eins-zu-Eins-Begleitung durch eine Hebamme würde es erleichtern, den Geburtsprozess kontinuierlich zu beobachten, wodurch eine Vielzahl vaginaler Untersuchungen überflüssig würde.

Ein Aspekt, der unmittelbar das Kind und seine Gesundheit betrifft, ist die Zunahme der Infektionsgefahr. Die Vagina ist ein sich selbst reinigendes Organ, das nur eine Fließrichtung kennt: von innen nach außen. Der äußere Intimbereich ist physiologisch bedingt stark keimbesiedelt, v.a. durch die Nähe zur Analregion. Nun würde es diese Keime eine gewaltige Anstrengung kosten, sich aus eigener Kraft „gegen den Strom schwimmend“ die Scheide hinauf zu arbeiten und eine Infektion der Fruchthöhle, der Eihäute und des Kindes zu verursachen. Durch die vaginale Untersuchung aber wird den Keimen eine ‚günstige Mitfahrgelegenheit‘ direkt bis an das Köpfchen des Kindes geboten. Vor allem nach erfolgreichem Blasensprung bedarf es strenger Kriterien für die Durchführung dieser nebenwirkungsreichen Intervention.

2.4 Bevormundung der Frau in Bezug auf die Gebärposition – Einschränkung der Bewegungsfreiheit

Die Bevormundung der Gebärenden beginnt bereits bei Betreten des Kreißsaals: In den meisten Kliniken sind die Kreißsäle so ausgestattet, dass der einzig einladende Ort ein Bett im Zentrum des Raumes ist. So wird der Schwangeren suggeriert: „Hier gehörst Du hin!“

Das dann folgende Aufnahme-CTG, welches nachweislich mehr schadet als nützt⁵², wird in aller Regel im Liegen angelegt, weil so die Betreuung für das Personal deutlich einfacher und zeitsparender ist. In anderen Positionen bzw. in Bewegung würden die CTG-Knöpfe häufiger verrutschen, sodass sie neu justiert werden müssten.

Schon in der Schwangerenvorsorge hat die Frau „gelernt“, dass ein CTG nur dann ordentlich geschrieben werden kann, wenn sie bewegungslos in Rücken- oder Seitenlage bzw. halbsitzend ausharrt. Viele Frauen berichten auf Nachfrage, dass sie in der Vorsorge mit massiven Beschwerden während des CTG zu kämpfen haben (Rücken-

schmerzen, Sodbrennen, starke Unruhe des Kindes etc.), es ihnen aber untersagt wird, die Position zu verändern oder das CTG vorzeitig abzubrechen. Nur wenige Frauen haben den Mut, derartige Vorgaben zu hinterfragen und sich den Anweisungen zu widersetzen.

Fragt man die Frauen, welche Position sie bevorzugen würden, wollen die meisten stehen bleiben und ihre Haltung frei wählen. Gerade wenn die Geburt schon im Gange ist, werden die Wehen im Liegen oft als deutlich schmerzhafter wahrgenommen als in jeder anderen Position. Frauen, denen ihre Position vorgeschrieben wird, brauchen während der Geburt sehr viel häufiger und früher eine Periduralanästhesie (PDA). Diese führt oft zu Folgeinterventionen wie der Verabreichung von Wehenmitteln, zu Kaiserschnitt oder dem Einsatz von Saugglocke oder Geburtszange. Die Immobilisierung der Frau bedeutet, dass sie nicht mehr intuitiv auf ihre Empfindungen der Wehen und die Signale ihres Kindes antworten kann. Droht beispielsweise

das Köpfchen, sich ungünstig im Becken der Mutter zu verkeilen, verstärken sich die Wehenschmerzen häufig in einem bestimmten Bereich des Beckens. Die mobile und unbetäubt gebärende Frau wird darauf mit intuitiver Veränderung ihrer Position und ihrer Bewegungen reagieren, um für das Köpfchen mehr Platz zu schaffen. Eine Frau, die betäubt und angeschnallt im Bett liegt, kann dies nicht.

Die liegende Position der Gebärenden hat also auch Auswirkungen auf die Lage des Kindes in der Gebärmutter. Da der Wehendruck im Liegen nicht gemeinsam mit der Schwerkraft in eine Richtung arbeiten kann, kommt es häufiger zu ungünstigen Geburtslagen, die den Geburtsverlauf verzögern und wiederum Interventionen bis hin zum Kaiserschnitt (z.B. wegen „Steckenbleiben“ des Kindes im mütterlichen Becken durch eine ungünstige Haltung des Köpfchens oder Drehung des kindlichen Rückens) nach sich ziehen.

Die Rückenlage (die mit ca. 86% häufigste Gebärposition im Klinikalltag!) ist in der „Austreibungs-

phase“ besonders ungünstig. Dazu muss man wissen, dass das mütterliche Becken kein starres, knöchernes Gebilde ist, sondern dass es in gewissem Rahmen flexibel ist und sich während der Geburt den Raumbedürfnissen des Kindes anpassen kann. Der Teil des mütterlichen Beckens, der das größte Platzpotential bietet, ist das Kreuzbein mit dem damit verbundenen Steißbein. Beide können dem Druck des Köpfchens nachgeben und nach hinten ausweichen. Dies funktioniert jedoch nur, wenn dieser Bereich nicht durch Druck von außen blockiert wird – wie es bei der Rückenlage und auch der sitzenden Position der Fall ist.

Dadurch, dass ein Großteil des mütterlichen Gewichtes im halbaufgerichteten Liegen auf dem Kreuzbein lastet, gehen dem Kind etwa 30% seines möglichen Platzangebotes verloren! Dadurch werden auch in dieser letzten Phase der Geburt noch verzögerte Geburtsverläufe bis hin zu Geburtsstillständen provoziert. Dann muss mit Kristeller-Handgriff, Zangen-, Saugglockeneinsatz oder Kaiserschnitt interveniert werden.

Die Rückenlage während der Geburt birgt zudem das größte Risiko für schwerwiegende Dammverletzungen bei der Mutter, die die Wöchnerin Wochen bis Jahre belasten und einschränken können.

Auch die psychische Komponente ist immens wichtig. Viele Frauen berichten nach der Geburt von Erlebnissen und Gefühlen der Fremdbestimmung, der Bevormundung, der Erniedrigung, des Zwanges, des Gefühls der Überwältigung bis hin zum Gefühl der Vergewaltigung und der Todesangst.

Eine Frau, die ungeschützt mit gespreizten Beinen umgeben von fremden Menschen auf dem Rücken liegt, hat wenige Chancen, ihre Würde zu wahren.

Im Hinblick auf die Rechte der Frau und der des Kindes ist es an der Zeit, die Praktiken im Kreißsaal kritisch unter dem Gesichtspunkt der Machtausübung in den Blick zu nehmen und die passive Entbindung abzuschaffen – zu Gunsten eines aktiven, selbstbestimmten Gebärens! Nur so wird es gelingen, psychisch stabile und gesunde

Mütter als selbstbestimmte Persönlichkeiten zu unterstützen, die langfristig stabile und gesunde Bindungen zu ihren Kindern eingehen und dadurch adäquat deren jeweilige Bedürfnisse beantworten können.

2.5 Valsalva-Manöver („Power-Pressen“)

Eine Phase der Geburt, die durch zunehmende Ungeduld von Hebammen und ärztlichen GeburtshelferInnen gekennzeichnet ist, ist die sogenannte „Austreibungsperiode“. Damit wird der Zeitraum von der vollständigen Eröffnung des Muttermundes bis zur Geburt des Kindes beschrieben, der häufig durch gezielte Anleitung der Gebärenden zu forciertem Pressen verkürzt werden soll.

Aktuell wird dem Mutter-Kind-Paar für die Bewältigung dieser Phase in den meisten Kliniken eine Frist von 2 Stunden zugestanden, Erstgebärenden mit PDA je nach Klinik, Tageszeit und diensthabender ÄrztIn bis zu 3 Stunden. Nicht selten widerspricht dies dem tatsächlichen Zeitbedarf, denn nun muss sich das Zusammenspiel vielfältiger

Faktoren entwickeln können: Um sich den mütterlichen Beckenverhältnissen optimal anzupassen, vollführt das ungeborene Kind diffizile Dreh- und Schraubbewegungen um die eigene Achse. Dabei hat es außerdem die Aufgabe, das Kinn erst auf die Brust zu nehmen und später dann das Köpfchen wieder zu strecken, während es gleichzeitig Wehe für Wehe tiefer in das mütterliche Becken eintritt. Dabei unterstützt es diesen Prozess, indem es sich mit den Füßchen am mütterlichen Rippenbogen und an der Gebärmutterkuppel abstemmt.

Das Becken ist aber nicht nur ein knöcherner „Geburtskanal“, sondern beherbergt neben der Gebärmutter noch die Organe Blase und Darm sowie Muskulatur, Fett- und Bindegewebe. All diese sogenannten „Weichteile“ müssen in dieser Phase der Geburt dem Kind Platz machen. Dieser Prozess braucht Zeit. Zeit braucht auch der Beckenboden, um dem von oben schiebenden Kind nachzugeben und sich zu weiten, bis er schließlich das Kind hergeben kann.

Neben diesen körperlichen Prozessen ist auf seelischer Ebene die Bereitschaft der Gebärenden

erforderlich, sich von der Schwangerschaft zu verabschieden. Die Mutter ist gefordert, das Kind loszulassen, das sie so viele Monate behütet hat, um es nun mit der Welt zu teilen. In dieser Phase der Geburt scheint die Tragweite des Geschehens viele Frauen zu beeinflussen. In diesem Moment muss der Schritt von der Tochter zur Mutter vollzogen werden, was durchaus konfliktbehaftet sein kann. Oft gibt es daher in dieser Phase noch einmal vermeintliche Verzögerungen der Geburt – wie ein gemeinsames Atemholen von Mutter und Kind, um sich dann dieser großen Transformationsherausforderung zu stellen: vom ungeborenen zum neugeborenen Menschen, von der Tochter zur Mutter.

Aus diesen Schilderungen sollte hervorgehen, welche sensible und liebevolle Begleitung und Unterstützung dieser Prozess bräuchte. Die Realität ist meist folgende:

40 Wenn die Gebärende nicht schon vorher im Bett lag, wird sie mit vollständiger Eröffnung des Muttermundes in die „Jetzt-wird's-ernst!-Position“, die halbsitzende Rückenlage gebracht. Wenn das

Mutter-Kind-Paar Glück hat, wird darauf gewartet, dass spontaner Pressdrang einsetzt. Sehr häufig wird die Gebärende aber, auch ohne dass sie den Drang verspürt, zum Pressen in jeder Wehe angeleitet. Da sie in vielen Fällen eine PDA hat, verspürt sie häufig den Druck des Köpfchens während der Wehe nicht richtig oder sie merkt nicht einmal, dass sie überhaupt eine Wehe hat.

Das macht sie vollständig von den Anweisungen der GeburtshelferInnen abhängig, die ihr sagen, wann, wie lange und wohin sie zu pressen hat.

Dabei verbleiben häufig die Finger der Hebamme ununterbrochen und ungefragt in der Vagina der Frau, mit dem Versuch, ihre Weichteile und den Beckenboden durch künstlich erzeugten Druck zu dehnen. Meist wird die Gebärende zu Beginn der Wehe aufgefordert, einmal tief Luft zu holen, dann die Luft anzuhalten und ohne Unterbrechung über die gesamte Dauer der Wehe, sprich 1–1,5 Minuten mit voller Kraft zu pressen. Das dabei verwendete typische Vokabular („Mehr, mehr, mehr! Weiter, weiter, weiter! Fester, fester!!!“) suggeriert der

Mutter ständig, dass ihre derzeitigen Bemühungen unzureichend seien.

Typische Begleiterscheinungen in dieser Phase sind: die völlige Erschöpfung der Mutter, die Erschöpfung des Kindes, die sich durch Herztonveränderungen im CTG zeigt, ein schleppender Geburtsfortschritt durch das blockierte Becken und die Tatsache, dass die Mutter das Kind in dieser Lage entgegen der Schwerkraft bergan schieben muss.

Unter Zuhilfenahme von Zange, Saugglocke, dem weiter unten beschriebenen Kristeller-Handgriff, Dammschnitt oder sogar einem späten Kaiserschnitt, soll Mutter und Kind dann durch diese schwierige Phase der Geburt „geholfen“ werden – sie wird von ihrem Kind entbunden.

Was genau macht das forcierte Pressen mit dem Kind?

Während jeder Wehe zieht sich die Gebärmutter kräftig zusammen und schiebt das Baby nach un-

ten. Innen an der Gebärmutterwand liegt der Mutterkuchen an, über den der Gasaustausch (Sauerstoff, Stickstoff und viele andere Stoffe) zwischen Mutter und Kind geschieht. Physiologisch betrachtet fließt durch den Wehendruck nicht ganz so viel Blut durch den Mutterkuchen wie in der Wehenpause. Das Kind erfährt also eine Verminderung des Sauerstoffangebotes. Dies ist jedoch in der Regel für das Kind überhaupt nicht problematisch. Im Gegenteil: dieser leichte physiologische Stress bereitet es optimal auf das Leben außerhalb der Gebärmutter vor, indem er die Lungenreifung fördert. Im CTG wird dieses Phänomen gelegentlich durch „frühe Dezelerationen“, (Herztonabfälle während der Wehe) sichtbar.

Das Kind reagiert mit perfekter physiologischer Anpassung: In der Phase des verminderten Sauerstoffangebotes drosselt es seinen größten Verbraucher – sein Herz – ein wenig, bis mit Abklingen der Wehe die Versorgung wieder optimal ist und die Herzfrequenz wieder steigt. In der Klinik wird auf Herztonabfälle häufig mit der Gabe von wehenhemmenden Medikamenten-

ten reagiert, die als Nebenwirkung einen plötzlichen und starken Anstieg der Herzfrequenz bei Mutter und Kind haben. In einem Moment, in dem die Versorgungslage des Kindes ohnehin nicht optimal ist, erhöht sich der Sauerstoffbedarf durch die Mehrarbeit des Herzens enorm und die Notsituation des Kindes wird verschärft statt gemindert. Allerdings wird von Gutachtern vor Gericht ein frühzeitiges medikamentöses Eingreifen positiv bewertet und einem beobachtenden Abwarten vorgezogen.

Beim forcierten Pressen wird zusätzlich zum Wehendruck der Gebärmutter durch gezielten, angeleiteten Einsatz der Bauchmuskulatur der Druck auf die Gebärmutter, den Mutterkuchen und das Kind in unnatürlicher Weise erhöht. Gleichzeitig wird die Sauerstoffzufuhr durch das lange Luftanhalten der Mutter zusätzlich verschlechtert. Dadurch gerät das Kind sehr schnell über die Grenze seiner Belastbarkeit.

Führt also „Power-Pressen“ zu einer besseren, schnelleren und leichteren Geburt?

Folgen des „Power-Pressens“ sind erschöpfte und entmündigte Mütter, deren Risiko für höhergradige Geburtsverletzungen drastisch steigt.

Für die Kinder bedeutet es, diesen wichtigen Schritt ins Leben nicht in ihrem eigenen Tempo vollziehen zu dürfen, sondern auf die Welt gezwungen zu werden und vielfach neben den Folgen der erlebten Interventionen häufig auch noch eine frühe Trennung von ihrer Mutter verkraften zu müssen. Der künstlich erzeugte Stress führt vermehrt zu niedrigeren APGAR- und Nabelschnur-pH-Werten sowie zu Unterzuckerung, die dann wiederum einer kinderärztlichen Überwachung und Intervention bedarf.^{53 54}

Diese vielfältigen Eingriffe in den natürlichen Geburtsverlauf beeinträchtigen das Selbstverständnis und die Selbstbestimmung der Frau wie auch die Autonomie des Kindes.

2.6 Kristeller-Handgriff

Dieser Handgriff wird angewandt, wenn die Geburt unmittelbar bevorsteht: Der Muttermund ist vollständig eröffnet und das kindliche Köpfchen hat den engsten Bereich des mütterlichen Beckens überwunden. Nun wird eine Beschleunigung der Geburt gewünscht, wofür es vielfältige Gründe geben kann: eine erschöpfte Mutter durch langes Pressen in Rückenlage, ein fehlender oder zu geringer Geburtsfortschritt, eine Wehenschwäche, ein Überschreiten der für die „Austreibungsphase“ zugewilligten Zeit, ein verkrampfter Beckenboden der Mutter, „schlechte Herztöne“ des Kindes. Aber auch strukturelle Gründe bzw. personelle Ursachen kommen in Frage: bevorstehender Schichtwechsel, Ungeduld der Geburtshelferinnen, mehrere parallel stattfindende Geburten bei Unterbesetzung etc.

Es gibt eine „korrekte“ Variante der Durchführung des Kristeller-Handgriffs, wobei selbst diese sehr umstritten ist: ÄrztIn oder Hebamme kniet auf dem Kopfende des Bettes hinter der Mutter, beugt sich über sie, weiß um die genaue Positi-

on des Kindes in der Gebärmutter und weiß auch, dass keine Vorderwandplazenta vorliegt. Mit beiden Händen wird der Steiß des Kindes umfasst und das Kind zeitgleich mit der Wehe und in Absprache mit der Gebärenden achsengerecht in Richtung Beckenausgang geschoben. Sobald die Wehe nachlässt, wird auch der Druck von außen aufgehoben.

Die Wirklichkeit im Kreißsaal stellt sich aber häufig wie folgt dar: ÄrztIn oder Hebamme stehen seitlich am Bett, schieben ein langes Laken unter die Gebärende, was als Widerlager gegriffen wird, um maximale Kraftentwicklung zu ermöglichen. Dann wird mit dem Unterarm, im schlimmsten Fall sogar mit dem Ellenbogen ungezielt, d.h. ohne im Geringsten auf die Position des Kindes eingehen zu können, mit voller Wucht in den Oberbauch der Gebärenden gepresst, um das Kind tiefer ins Becken zu zwingen. Dies findet häufig auch unabhängig von der Wehe und auch unabhängig von der Lokalisation des Mutterkuchens statt. Es kommt sogar vor, dass extra für den Kristeller-Handgriff eine größere und schwerere Hebamme/ÄztIn in den Kreißsaal gerufen wird.

Mögliche Folgen für das Kind können dramatisch sein:

- bei direkter Kompression des Mutterkuchens Verletzung desselben und/oder Verminderung der Sauerstoffzufuhr,
- Verdrehungen und Stauchungen der Wirbelsäule durch den ungezielten Druck, die sich nach der Geburt durch vielfältige Beschwerden äußern – oft aufgrund von Blockaden der Halswirbelsäule,
- massiver Stress, da das Kind durch einen meist noch nicht optimal gedehnten Beckenboden gequetscht wird,
- erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie (Hängenbleiben der kindlichen Schulter im Becken),
- Störung der Mutter-Kind-Interaktion durch Panik der Mutter mit entsprechenden hormonellen Konsequenzen (Adrenalin überlagert Oxytocin),

- erschwerte Kontaktaufnahme nach der Geburt, da die Mutter Zeit braucht, bis die Oxytocinausschüttung wieder in Gang kommt.

Mögliche Folgen für die Mutter sind: Rippenbrüche, Atemnot, Fraktur der Brustbeinspitze, Verletzung der Leber und anderer Weichteile, massive Hämatome, erhöhte Rate schwerer Dammverletzungen, schwere Traumatisierung.

Typische Formulierungen nach erlebtem Kristeller-Handgriff sind u.a.: „Plötzlich hat sich jemand auf mich geworfen!“ „Ich habe keine Luft mehr bekommen und dachte, ich muss jetzt sterben!“ „Ich habe gar nicht mitbekommen, als sie mir das Kind auf den Bauch gelegt haben und konnte mich nicht freuen!“ „Noch Wochen später hatte ich Schmerzen an der Stelle, wo gepresst wurde!“

Diese Intervention birgt zudem ein massives Traumatisierungspotential für den anwesenden Vater, der seine Partnerin nicht schützen kann und das Geschehen ohnmächtig miterlebt. „Der Arzt kniete mit

dem ganzen Gewicht auf meiner Frau!“ – „Plötzlich hat sich einfach jemand auf meine Frau geworfen!“

Die Durchführung des Kristeller-Handgriffs wird häufig nicht dokumentiert. Es gibt sogar Kliniken, in denen der Handgriff regelmäßig angewendet wird, die Dokumentation jedoch seitens der Abteilungsleitung untersagt ist.

Diese Praxis ist nicht nur vom Ergebnis her eine schwere Rechtsverletzung, sondern der gesamte Vorgang weist massive Mängel auf. Zum einen ist höchst fraglich, ob die von der Frau eingeholte Einwilligung bei Aufnahme in die Klinik dieses Verfahren abdeckt, weil bei der Aufklärung über Risiken die Dramatik der Vorgänge kaum deutlich werden dürfte. Zum anderen fehlt es an der kinderrechtlich gebotenen Abwägung zwischen verschiedenen Handlungsoptionen. Es ist offensichtlich, dass der Kristeller-Handgriff oftmals durch vorherige kompetente Begleitung der Geburt vermieden werden könnte, darum bedürfte es einer dezidierten Begründung, wenn der Handgriff angewendet werden soll. Da es sich um eine gerichtsfeste Abwägung handeln

muss, ist eine Dokumentation unerlässlich. Gerade weil die Vorgänge im Nachhinein oftmals schwer zu beurteilen sind, wäre eine vorherige Anweisung, die Dokumentation zu unterlassen, rechtswidrig.

2.7 Verabreichung von Medikamenten/PDA

Die meisten schwangeren Frauen wünschen sich auf Nachfrage „möglichst eine natürliche Geburt“. Allerdings scheint es bei der Definition der „natürlichen Geburt“ unklare Vorstellungen zu geben. Sowohl bei den Frauen als auch häufig beim betreuenden Fachpersonal reduziert sich dieser Begriff wohl vor allen Dingen auf die Vorstellung, dass das Kind vaginal geboren werden möge. Doch was während der vaginalen Geburt geschieht, findet in diesem Zusammenhang zu wenig Beachtung.

Versteht man unter der „natürlichen Geburt“ die interventionsfreie Geburt, dann erleben dies in Deutschland lediglich ca. 7% der Mutter-Kind-Paare. Bei allen ande-

ren Geburten finden sich unterschiedlich geartete Interventionskaskaden, die in vielen Fällen mit dem Wunsch nach Schmerzlinderung beginnen, wenn nicht vorher schon durch die Verabreichung wehenfördernder Mittel interveniert wurde.

Das „Erleiden von Schmerzen während der Geburt“ wird als nicht mehr zeitgemäß dargestellt und dementsprechend erlernen die wenigsten Schwangeren schon vor der Geburt Methoden zum konstruktiven Umgang mit den intensiven Empfindungen des Gebärens.

Ebenso mangelhaft sind vielfach die Fähigkeit und der Wille des geburtshilflichen Personals, eine sich unter Umständen instinktiv und lautstark gebärende Frau zu tolerieren. Vielfach werden Frauen zu einer PDA gedrängt, weil GeburtshelferInnen die Lautstärke der arbeitenden Frau nicht aushalten können und wollen.

Weder während der Schwangerschaft noch der Geburt findet eine ausreichende Aufklärung der Eltern darüber statt, was die Medikalisierung

für das ungeborene Kind bedeutet. Es ist nachgewiesen, dass jegliche Medikamentengabe über die Mutter auch das Kind erreicht. Dabei kann es durch die Unreife des kindlichen Stoffwechsels zu wesentlich höheren Arzneimittelkonzentrationen im Körper des Kindes als im Körper der Mutter kommen. Aus diesem Grund haben viele Arzneimittel eine höhere Halbwertszeit, d.h. während der Geburt verabreichte Medikamente können das Kind durch erhöhte Wirkstoffkonzentrationen auch noch Stunden nach der Geburt beeinträchtigen, beispielsweise in Form von Atemdepressionen nach Gabe bestimmter Schmerzmittel oder Müdigkeit, die sich negativ auf das Such- und Saugverhalten auswirken kann.

Neben mangelhafter Aufklärung gibt es auch die bewusste Fehlinformation, vermutlich aus dem Bedürfnis heraus, die werdende Mutter in der Ausnahmesituation der Geburt nicht mit möglicherweise ängstigenden Informationen über Medikamente zu belasten. Vielen Gebärenden wird beispielsweise gesagt, die PDA könne das Kind in keiner Weise beeinträchtigen, da das Mittel ja nicht in den mütterlichen Blutkreislauf gelange.

Hier eine Auswahl von nachgewiesenen unerwünschten Effekten der PDA mit unmittelbarer Beeinträchtigung des Kindes:

- Störungen der Ausschüttung des Geburtshormons Oxytocin mit möglicher Verzögerung des Geburtsverlaufes und Erschwerung der Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind nach der Geburt,
- Störung der Ausschüttung von Katecholaminen, Hormonen, die zum Ende der Geburt der Mutter die nötige Kraft geben, das Kind herauszuschieben – Ejection Reflex – und die ebenfalls die Kontaktaufnahme beeinflussen,
- Störungen der Ausschüttung von Endorphinen (körpereigene Schmerzmittel bei Mutter und Kind), d.h. die Mutter erhält über die PDA eine Schmerzlinderung, die dem Kind in Bezug auf seine eigenen Geburtsschmerzen nicht zugutekommt, da die schmerzlindernde Wirkung für die Mutter lokal nahe den Rückenmarksnerven in-

duziert wird. Das Kind trägt jedoch nur die unerwünschten Wirkungen der Reduzierung von Oxytocin und Endorphinen.

- Erhöhtes Risiko von Zangen- oder Saugglockengeburt sowie Kaiserschnitt,
- Sauerstoffunterversorgung und Herztonabfall durch Blutdruckabfall der Mutter,
- Gebärende mit PDA entwickeln während der Geburt häufiger erhöhte Temperaturen, was oft seitens der GeburtshelferInnen als infektionsbedingtes Fieber fehlinterpretiert wird und routinemäßige Verabreichung von Medikamenten wie Antibiotika oder fiebersenkender Mittel zur Folge hat. Dies kann nach der Geburt zur unnötigen Aufnahme des Kindes auf der neonatologischen Intensivstation führen, da eine Infektion unterstellt und prophylaktisch auch therapiert wird,
- neurologische Auswirkungen wie beeinträchtigte Eigenregulation, gestörte Such-

und Saugreflexe und damit ein erschwerter Stillbeginn.^{55 56}

Im Tierversuch wurde festgestellt, dass Mutterschafe, die mit einer PDA ihr erstes Lamm geboren hatten, dieses nach der Geburt nicht annahmen. Somit ist zu befürchten, dass sich der Einsatz der PDA auch auf „instinktives Mutterverhalten“ auswirken könnte, auch wenn Menschen versuchen, diese Lücke verstandesmäßig zu überbrücken.

Hier auf die einzelnen Wirkungen unterschiedlicher, in der Geburtsmedizin häufig eingesetzter Medikamente einzugehen, würde den Rahmen sprengen. Grundsätzlich muss jedoch festgehalten werden, dass der routinemäßige Einsatz von Medikamenten während Schwangerschaft und Geburt unter Umständen schwere Kinderrechtsverletzungen darstellt.

Mehr Personal in der Geburtshilfe und damit eine bessere Betreuung der Frauen würde die Notwendigkeit des Einsatzes von Schmerzmitteln deutlich

verringern und somit die Achtung der Rechte des Kindes und der Frau erleichtern.

III. Kinderrechtsverletzungen aufgrund struktureller Fehlentwicklungen

1. Orientierung an starren Schemata und Leitlinien ohne Beachtung individueller Erfordernisse

Wie in jeder anderen medizinischen Fachrichtung gibt es auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe unterschiedliche Tools in Form von Handlungsempfehlungen: Leitlinien, interne Standards und die Ergebnisse der Evidenzbasierten Medizin (EBM). Diese sollen helfen, Vorgehensweisen zu vereinheitlichen und – orientiert an wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen – Menschen die jeweils beste und effektivste Behandlungsmethode zukommen zu lassen.

Für die AnwenderInnen dieser Hilfsmittel bedeutet dies eine Vereinfachung des Arbeitsalltags, da es immer möglich ist, das eigene Tun und die eigenen Entscheidungen durch „leitliniengerechtes Handeln“ abzusichern.

Für die Adressaten – hier Frau und Kind – führt diese Arbeitsweise zu einem schablonenhaften Vorgehen, bei dem individuelle Faktoren und Bedürfnisse eine untergeordnete Rolle spielen.

In der Geburtshilfe sind Individualität und Unberechenbarkeit weitaus stärker zu berücksichtigen als beispielsweise bei einer Knieoperation. In jedem anderen Bereich der Medizin spielt die körperliche Situation die wichtigste Rolle. Bei Geburten hat die psychosoziale Situation der betroffenen Frau größte Wichtigkeit. Sie lässt sich nicht schematisch abbilden und vereinheitlichen.

Es ist eine bedauerliche Tatsache, dass die Geburtshilfe der Fachbereich ist, in dem die meisten und teuersten Schadenersatzprozesse geführt werden. Dabei steht natürlich außer Frage, dass ein geschädigtes Kind oder eine geschädigte Mutter für alle Beteiligten eine schwere existenzielle Herausfor-

derung darstellt und jeder möglichen Unterstützung bedarf.

Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung wird eine GutachterIn angeklagte MedizinerInnen und/oder Hebammen vor allem danach beurteilen, ob sie leitliniengerecht gehandelt haben, auch wenn diese Leitlinien teilweise nur einen sehr niedrigen wissenschaftlichen Standard aufweisen, sofern es sich nicht um S3-Leitlinien handelt. Ob dieses Vorgehen in diesem individuellen Fall auch frauen- und kindgerecht war, spielt nur eine untergeordnete Rolle, weil sich das Individuelle diesem schematischen Denken entzieht und nicht in pauschalisierenden Handlungsrichtlinien abgebildet werden kann. Dies führt dazu, dass das Klinikpersonal im Kreißaalalltag Entscheidungen eher zugunsten der eigenen Absicherung fällt, auch wenn für Mutter und Kind ein alternatives Vorgehen angezeigt gewesen wäre.

50 Wenn man die vorhandenen Leitlinien und Empfehlungen betrachtet, fällt auf, dass es große Un-

terschiede bei der Umsetzung der einzelnen Parameter gibt.

Wenn die flächendeckende Einführung einer Intervention gefordert wird, wie aktuell z.B. die Gabe von synthetischem Oxytocin zur schnelleren Plazentalösung, dann wird diese umgehend umgesetzt. Begründet wird dies mit einem geringeren Blutverlust der Mutter. Für das Kind bedeutet das jedoch, dass die Nabelschnur vor dem Auspulsieren durchtrennt wird. Jedwede Gabe von synthetischem Oxytocin vermindert die körpereigene Ausschüttung des natürlichen Liebes- und Bindungshormons. Es gilt als zweitrangig, dass die Mutter dadurch ein erhöhtes Risiko für eine postpartale Depression hat und die sensible Kennenlernphase unmittelbar nach der Geburt gestört wird. Eine Aufklärung über die vielfältigen Nebenwirkungen dieser Medikamentengabe findet in aller Regel nicht statt. Die Forderung einer konsequenten Eins-zu-Eins-Begleitung jeder Gebärenden durch eine Hebamme spätestens ab der aktiven „Austreibungsperiode“ wird aber in der Klinik aus Kostengründen nicht umgesetzt. Dabei sind die negativen Folgen einer mangelhaften Betreuungssituation hinlänglich bekannt.^{57 58}

Der Sinn von Leitlinien steht außer Frage, solange sie auf gehobenem wissenschaftlichem Niveau erstellt werden (S3). Aber selbst dann muss es für Fachpersonal noch möglich sein, in Kenntnis des aktuellen Stands der Wissenschaft bewusst von der Leitlinie abzuweichen und eine auf Mutter und Kind optimal abgestimmte, individuelle Entscheidung zu treffen, denn sonst wird das leitliniengerechte Handeln tatsächlich nur noch der Leitlinie gerecht.

Besonders im Hinblick auf die Rechte des Kindes gemäß Kinderrechtskonvention ist die Neigung der Gerichte, leitliniengemäßes Handeln zum Maßstab zu machen, kritisch zu hinterfragen. Das nach Art. 3 KRK mit Vorrang zu berücksichtigende Kindeswohl hat sich nicht an abstrakten Vorgaben zu orientieren, sondern an den Entwicklungsbedürfnissen des Kindes als Individuum. Was prinzipiell richtig ist, ist dies nicht automatisch auch im Einzelfall. In den Leitlinien bedarf es daher der Klarstellung, dass der Freiraum für die im Einzelfall gebotene individuelle Handlungsweise stets erhalten bleiben muss. Wenn die Gerichte dahinter zu-

rückbleiben, verfehlen sie die Aufgabe, dem Kind Gerechtigkeit widerfahren zu lassen.

2. Gefährdung der Gesundheit von Mutter und Kind durch Privatisierung und Gewinnorientierung

Der zunehmende Kostendruck, der im Gesundheitswesen beispielsweise durch Privatisierung entstanden ist, zeigt sich inzwischen überdeutlich im Klinikalltag – mit fatalen Folgen für alle Betroffenen.

In einem Level-2-Perinatalzentrum mit ca. 1400 Geburten im Jahr (Tendenz steigend), bei 2 Hebammen pro Schicht, 4 Gebärmütern und integriertem hebammengeleiteten Kreißaal wurde Folgendes beobachtet:

Das bislang in kommunaler Trägerschaft geführte Krankenhaus wurde im Sommer 2016 durch einen privaten Klinikkonzern übernommen. Als eine der ersten spürbaren Neuerungen wurde im Kreißaal

das Reinigungspersonal eingespart, d.h. an Werktagen standen seitdem 2x täglich für jeweils 2 Stunden Reinigungskräfte zur Verfügung. Nachts gar nicht mehr, am Wochenende lediglich 1x täglich für 2 Stunden.

Was bedeutet das für die Praxis?

Das Hebammenteam hat über einige Wochen den zeitlichen Mehraufwand dokumentiert, der durch das eigenhändige Aufräumen und Putzen der Räume nach den Geburten entstand. Bis zu 3 Stunden pro Schicht verbrachten staatlich examinierte bzw. studierte und hochqualifizierte Hebammen mit Aufräumen und Putzen. Stunden, in denen Frauen und Kinder während und nach der Geburt unbetreut waren, bzw. in der sensiblen Bondingphase unmittelbar nach der Geburt auf den Flur geschoben werden mussten, da die Hebammen sonst keine Möglichkeit sahen, das Reinigungspensum zu bewältigen.

52 In den häufiger werdenden Situationen, in denen mehr Gebärende aufgenommen werden als Räu-

me zur Verfügung stehen, geschieht es regelmäßig, dass Frauen ihre Kinder in unzureichend gereinigten Räumen auf kontaminierten Betten und in mangelhaft desinfizierten Badewannen zur Welt bringen müssen. Kot, Urin, Erbrochenes, Fruchtwasser und Blut – Geburt ist kein steriles Geschäft. Es bedarf einer gründlichen Reinigung unter Beachtung der jeweiligen Einwirkzeiten der Desinfektions- und Reinigungsmittel durch qualifiziertes Fachpersonal, um die Gefahr von Infektionen für Mutter und Kind zu minimieren.

Nur 2 Jahre später (2018) hat ein Teil des einstmals hochmotivierten Teams entweder gekündigt oder ist dauerhaft krank. Neue, motivierte Kolleginnen verlassen nach kurzer Zeit frustriert die Klinik. Immer häufiger ist wegen der angespannten Personalsituation nur eine Hebamme alleine im Dienst. Hebammengeleitete Geburten, aufgrund derer sich die Frauen explizit für diese Klinik entscheiden, müssen kurzfristig, d.h. nach Geburtsbeginn, abgesagt werden und die Frauen müssen sich kurzfristig mit einem ärztlich domi-

nierten Geburtsmanagement arrangieren. Teilweise muss der Kreißsaal aufgrund des Personalmangels sogar über mehrere Tage geschlossen werden und schwangere Frauen mit Wehen müssen in andere Kliniken umliegender Städte verlegt werden.

Hebammen können und wollen unter diesen Bedingungen ihren Beruf kaum mehr ausüben.

Hier ist die Gesundheitspolitik gefragt. Die Entwicklung in den vergangenen Jahren hat bewirkt, dass der Kostendruck durch Privatisierung der Kliniken die Gesundheit ungeborener und neugeborener Kinder sowie ihrer Mütter unmittelbar gefährdet. PolitikerInnen und ParlamentarierInnen sollten sich aufgefordert fühlen, den Fehlentwicklungen Einhalt zu gebieten.

3. Festhalten am Fallpauschalensystem: Diagnosis Related Groups (DRG) für die Geburtshilfe

Das Fallpauschalensystem, nach dem die Leistungen im Gesundheitswesen vergütet werden, ist für die Abrechnung in der Geburtshilfe ungeeignet.

Wir haben es bei der Geburt mit einem primär gesunden Geschehen zu tun, was in diesem System unzureichend abgebildet wird, da es – grob vereinfacht – nur für Diagnosen und apparative Maßnahmen Geld gibt.

Eine Geburtsklinik, die sich bemüht, eine natürliche und interventionsarme Geburtshilfe zu praktizieren, ist kaum in der Lage, kostendeckend zu arbeiten, da die Pauschale für eine natürliche Geburt im Vergleich zu einer interventionsreichen Geburt zu gering ist. Somit werden vollkommen falsche Behandlungsanreize geschaffen, auf Kosten der Gesundheit von Mutter und Kind.

Auch in der Neonatologie kommt die Problematik der DRG zum Tragen. Gerade in den großen Perinatalzentren werden Neugeborene aufgrund fragwürdiger Indikationen gehäuft auf die neonatologische Intensivstation verlegt.

Zwei Beispiele:

Eine Geburtsklinik *ohne* neonatologische Intensivstation darf Geburten ab der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche, also 36+0, betreuen. Diese Kinder bleiben unter engmaschiger Überwachung nach der Geburt bei der Mutter. Beide werden gemeinsam aus dem Kreißaal auf die Wochenbettstation verlegt.

In einem Perinatalzentrum *mit* neonatologischer Intensivstation hingegen werden Kinder, die vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche, also zwischen 36+0 und 37+0, geboren werden, oft routinemäßig und ohne konkrete Diagnose außer der „Frühgeburtlichkeit“ unmittelbar nach der Geburt von der Mutter getrennt und für eine volle Woche auf der Intensivstation

zur Überwachung aufgenommen. Sie lösen dort die entsprechende Fallpauschale aus – mit allen Folgen der frühen Trennung von Mutter und Kind u.a. für den Bindungsaufbau, das Stillen, die Psyche der Frau mit stark erhöhtem Risiko für eine postpartale Depression.

Außerdem haben Kinder durch einen Aufenthalt auf der Intensivstation ein deutlich erhöhtes Risiko für Infektionen mit antibiotikaresistenten Krankenhauskeimen.

Ähnliches geschieht Kindern, die in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt eine erniedrigte Körpertemperatur aufweisen. Sie werden auf die Intensivstation verlegt und für volle 48 Stunden dort behalten, auch wenn das Problem innerhalb weniger Stunden behoben ist, weil erst bei einem Mindestaufenthalt von 48 Stunden die Fallpauschale abgerechnet werden kann. Ein intensiver Körperkontakt zur Mutter würde eine Unterkühlung in vielen Fällen gar nicht erst entstehen lassen.

Diese Missachtung der Mutter-Kind-Einheit ohne jede konkrete medizinische Notwendigkeit ist in beiden Fällen allein strukturellen Ursachen geschuldet.

In großen Zentren, die eine umfangreiche Infrastruktur vorhalten, entsteht der Anreiz, diese deutlich häufiger als nötig zu nutzen, um die eigene Existenz zu rechtfertigen und finanziell rentabel zu arbeiten. Das Pilotprojekt der GKV von 2011 ermittelte bei 60 000 Klinikgeburten mit dem Parameter „Gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind“, dass in Kliniken *ohne* angeschlossene Kinderintensivstation 95,4% der Mütter mit ihrem Kind gemeinsam nachhause gehen konnten, in Kliniken *mit* Kinder-Intensivstation waren es nur 90,6%. Verglichen wurden hier sogenannte „Low-risk-Fälle“; gesunde Frauen, die eine unproblematische Schwangerschaft erlebt hatten.⁵⁹

4. Verschleppung/Verweigerung politischer Lösungen wie z.B. einer staatlich finanzierten Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen und ÄrztInnen

Die Haftpflichtproblematik hat, vor allem bezogen auf die Berufshaftpflichtversicherung der freiberuflichen Hebammen, in den letzten Jahren verstärkt mediale Aufmerksamkeit erlangt, allerdings ohne dass es seitdem zu befriedigenden, zukunftsweisenden Lösungen gekommen wäre.

Die Haftpflichtprämien sind seit 2007 dramatisch gestiegen. Immerhin ermöglicht der Sicherstellungszuschlag Hebammen mit wenigen Geburten pro Jahr zumindest die weitere Ausübung ihres Berufes. Dennoch sinkt die Zahl der außerklinisch tätigen Hebammen seit Jahren. Was bei der Diskussion selten zur Sprache kommt, ist die Tatsache, dass ärztliche GeburtshelferInnen ebenso von der Thematik betroffen sind und es daher z.B. so gut wie unmöglich ist, eine GynäkologIn zu finden, die bereit wäre, für eine außerklinische Geburt rufbereit zu sein.

Dadurch wird das dem Selbstbestimmungsrecht entspringende Grundrecht der Frau auf freie Wahl des Geburtsortes unterlaufen, weil faktisch kaum noch Hebammen und GeburtshelferInnen zu finden sind, die diese Betreuung unter den gegebenen Umständen anbieten können.

Welche Auswirkungen die Versicherungsthematik ganz konkret auf die Gesundheit von Müttern und Kindern hat, verdeutlicht folgendes Beispiel:

Für Berufshaftpflichtversicherer beginnt die Geburt entweder mit dem Einsetzen regelmäßiger Wehen oder aber mit dem Blasensprung. Weder der Zeitpunkt des Wehenbeginns noch der Zeitpunkt des Blasensprungs ermöglicht aber eine konkrete Vorhersage der Dauer der Geburt. Trotzdem dürfen sowohl Hebammen als auch ärztliche GeburtshelferInnen die schwangere Frau auch bei geplanter Klinikgeburt in der Anfangsphase der Geburt nicht zuhause oder in der Praxis betreuen, wenn sie nicht die teure Haftpflichtversicherung für die Geburtshilfe abschließen. Das hat zur Folge,

dass schwangere Frauen mit den allerersten Zeichen eines Geburtsbeginns in die Klinik geschickt werden, weil nur dann außerklinisch tätige Hebammen und GeburtshelferInnen haftungsrechtlich auf der sicheren Seite sind.

Dies wiederum führt dazu, dass fast alle Schwangeren den Geburtsbeginn nicht als lang ersehntes, freudiges Ereignis erleben, sondern ihn in erster Linie als ungeheures Gefahrenpotential wahrnehmen, denn der Geburtsbeginn muss schließlich gefährlich sein, wenn er der sofortigen Einweisung in eine Klinik bedarf!

Es ist jedoch nachgewiesen, dass die geburtshilfliche Interventionsrate allgemein sowie auch die Rate an operativen Geburtsbeendigungen steigen, je früher eine Gebärende in der ersten Phase der Geburt, der „Latenzphase“, die Klinik aufsucht. In dem derzeitigen System hat die Schwangere also die Wahl: entweder unbetreut zuhause zu bleiben oder sich und ihr Kind der deutlich höheren Interventionswahrscheinlichkeit in der Klinik auszusetzen.

Hier bestimmt die Versicherungswirtschaft ungeachtet wissenschaftlicher Erkenntnisse über das Wohlergehen von Frauen und Kindern.

Was rechtfertigt, dass eine Berufsgruppe, die sich dem Beginn des Lebens, der langfristigen Gesunderhaltung durch Prävention und damit einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe widmet, zähe Kämpfe mit der privaten Versicherungswirtschaft ausfechten muss, um diese unentbehrliche Tätigkeit überhaupt ausüben zu können?

Wenn die politisch Verantwortlichen nicht zeitnah den dringenden Handlungsbedarf erkennen und entsprechend tätig werden, z.B. durch Bildung eines staatlich finanzierten Haftpflichtfonds für Hebammen, Entbindungspfleger und GeburtshelferInnen, werden immer mehr Hebammen gezwungen sein, ihren Beruf aufzugeben. Dies hätte absehbar dramatische Folgen für Mortalität und Morbidität von Müttern und Kindern.

Unter den aktuellen Umständen fällt es jungen Frauen schwer, sich für einen Beruf zu begeistern, der einen beständigen Kampf ums finanzielle Überleben unter gleichzeitigem immensen forensischen Druck bedeutet.

Angesichts der Tatsache, dass es wenige Themen gibt, die so offensichtlich von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung sind wie das Geborenwerden nachwachsender Generationen, würde die Übernahme einer Mitverantwortung für den Beginn des Lebens und Entlastung der Akteure in der Geburtshilfe durch die staatliche Gemeinschaft eine vermehrte Wertschätzung und Anerkennung des Hebammenberufes bedeuten.

IV. Fazit: Aufklärung fördern – Strukturen verbessern – Grundrechte achten – UN-Kinderrechtskonvention konsequent umsetzen

Ich gebe mich nicht der Illusion hin, meine Sicht von Schwangerschaft, Geburt und professionellem Handeln würde überall und ohne weiteres auf Verständnis stoßen. Zu weit ist die derzeitige Praxis von eingefahrenen Routinen bestimmt, die sich nur bei großem Einsatz für Mutter und Kind überwinden lassen. Die unmittelbar an den Details der konkreten Abläufe orientierten Schilderungen sollten in jedem Fall Anlass für eine ernsthafte Auseinandersetzung sein. In diesem Sinne ist Aufklärung erforderlich: von Eltern und mit Blick auf ihre Zukunft auch Aufklärung älterer Schülerinnen und Schüler ab der 9. Klasse, des Fachpersonals, der Politik und der Öffentlichkeit.

Die Aufarbeitung aller aufgeführten Probleme und Missstände muss als Aufgabenkatalog verstanden werden, der im Hinblick auf die strukturellen Probleme vor allem von der Politik abzarbeiten ist. Grundlegende Änderungen sind dringend notwendig. Nicht weniger gefragt sind Verbände und Kli-

nikleitungen, die daran mitwirken müssten, das Finanzierungssystem in Bezug auf die Geburtshilfe zu verändern. Insbesondere müssten sie darauf hinwirken, sich aus dem System medizintechnisch orientierter und interventionsfördernder Fallpauschalen zu lösen.

Im Übrigen sind die Auswirkungen alltäglicher Routine im Kreißsaal von unmittelbarer menschenrechtlicher Relevanz für die Frau und für das Kind, und zwar unabhängig davon, ob sie vor, während oder nach der Geburt erfolgen. Der Frau werden verfassungsmäßig garantierte Grundrechte vorenthalten. Die derzeitige Praxis ist in höchstem Maße entmündigend, sie verletzt die Würde der Frau und das ihr unveräußerlich zustehende Selbstbestimmungsrecht. Immer wieder fehlt es an Einfühlungsvermögen für die besondere Situation, die Kompetenz erfordert, um sich als HelferIn

durch das Angewiesensein der Frau auf Hilfe nicht zu Machtmissbrauch verleiten zu lassen. Die während der Schwangerschaft und der Geburt engagierten Personen müssten sich aufgefordert fühlen, ihr professionelles Handeln und ihre Haltung gegenüber dem Geburtsgeschehen, gegenüber der Frau ebenso wie gegenüber dem Kind grundsätzlich zu überdenken.

Die zahlreichen Verletzungen der Rechte des Kindes sind nicht hinnehmbar. Es gilt, der Fehleinschätzung entgegen zu wirken, das Kind sei im Geburtsgeschehen nur passives Objekt. Gründliche Kenntnis der Vorgänge zeigt, dass das Kind selten so deutlich wie bei der Geburt als ‚Akteur seiner Entwicklung‘ in Erscheinung tritt. Deshalb ist vor, während und nach der Geburt die konsequente Umsetzung der Kinderrechtskonvention unabdingbares Gebot.

Im Ergebnis bedarf es dafür einer flächendeckenden Bereitstellung geburtshilflicher Angebote, die den Frauen unter Achtung ihres Selbstbestimmungsrechts ein wirkliches Wahlrecht des Ge-

burtsortes ermöglichen. Es gilt sicherzustellen, dass sich die Frau in jedem Geburtsumfeld als die die Geburt aktiv und kompetent Gestaltende erleben kann.

Alle Beteiligten müssen die Anwesenheit des Kindes und dessen Rechte im Bewusstsein tragen, damit Mütter *und* Kinder gesund und gestärkt aus der Geburt hervorgehen können.

Literaturhinweise

- ¹ O'Driscoll, K, Stronge, JM, Minogue, M: Active Management of Labour, British medical Journal, 1973, 3, 135-137.
- ² Duryea EL, McIntire DD, Leveno KJ. The rate of preterm birth in the United States is affected by the method of gestational age assignment. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:231.e1-5.
- ³ Seedar F, Stinton C, Patterson J, et al. Adverse events in women and children who have received intrapartum antibiotic prophylaxis treatment: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* (2017) 17:247
- ⁴ Stockholm J et al. Maternal propensity for infections and risk of childhood asthma: a registry-based cohort study. *Lancet Respir Med* (2014) 2:631-637
- ⁵ Barrett JF, Savage J, Phillips K, Lilford RJ: Randomized trial of amniotomy in labour versus the intention to leave membranes intact until the second stage. *Br J Obstet Gynaecol* 99:5-9 (1992)
- ⁶ Cohain JS: The less studied effects of amniotomy. *J Matern Fetal Neonat Med* 26: 1687-1690 (2013)
- ⁷ Rhöse S, Heinis AM, Vandenbussche F, van Dronghen J, van Dillen J: Inter- and intra-observer agreement of non-reassuring cardiotocography analysis and subsequent clinical management. *Acta Obstet Gynecol Scand* 93:596-602 (2014)
- ⁸ Chandrahan E, Wiberg N: Fetal scalp blood sampling during labor: an appraisal of the physiological basis and scientific evidence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 93:544-547 (2014)
- ⁹ Hilal Z, Mrkvicka J, Rezniczek GA, Dogan A, Tempfer CB: Accuracy of intrapartum fetal blood gas analysis by scalp sampling: A retrospective cohort study. *Medicine* 96:e8839 (2017)
- ¹⁰ Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V: Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD005122 (2017)
- ¹¹ Kawakita T, Reddy UM, Landy HJ, Iqbal SN, Huang CC, Grantz KL: Neonatal complications associated with use of fetal scalp electrode: a retrospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 123:1797-1803 (2015)
- ¹² Salman L, Aviram A, Krispin E, Wiznitzer A, Chen R, Gabbay-Benziv R: Adverse neonatal and maternal outcome following vacuum-assisted vaginal delivery: does indication matter? *Arch Gynecol Obstet* 295:1145-1150 (2017)
- ¹³ Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015; 314: 2263-2270
- ¹⁴ Cochrane Studie 2017 Vergleich von elektronischer Überwachung des kindlichen Herzschlags bei der Aufnahme einer Schwangeren mit Wehen durch Kardiotokographie (CTG) versus Abhören in bestimmten Abständen. <https://www.cochrane.org/de/CD005122/kardiotokographie-im-vergleich-mit-intermittierender-auskultation-der-fetalen-herztone-bei-aufnahme>
- ¹⁵ Linderkamp O, Linder R (2013) Anstieg von Kaiserschnittgeburten auf 32 % in Deutschland: Erwartet uns eine Epidemie von traumatisierten Müttern und Kindern? In Hildebrandt S, Alberti H: *Verborgene Wahrheiten. Der verantwortungsvolle Umgang mit Erinnerungen aus unserer frühesten Lebenszeit.* Heidelberg: Mattes, S. 129-145
- ¹⁶ Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF): *Gegen den Trend – Wie es gelingen kann die Kaiserschnitttrate zu senken – 5 Interviews.* (2018)
- ¹⁷ ACOG/American College of Obstetricians and Gynecologists: Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus No. 1.* <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery> (letzter Zugriff: 31.7.2014) *Obstet. Gynecol.* 123: 693-711 (2014)
- ¹⁸ Rutayisire E, Huang K, Liu Y, Tao F: The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of

infants' life: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 16:86 (2016)

¹⁹ Linderkamp O: Placental transfusion: determinants and effects. *Clin Perinatol* 9:559-592 (1982)

²⁰ Andersson O, Lindquist B, Lindgren M: Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age. A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* 169:631-638 (2015)

²¹ Linderkamp O: Placental transfusion: determinants and effects. *Clin Perinatol* 9:559-592 (1982)

²² Linderkamp O: Polycythemia and hyperviscosity. In: Buonocore G, Bracci R, Weindling M (eds): *Neonatology*, p. 593-598 (2018) Heidelberg: Springer

²³ Carvalho OMC, Augusto MCC, Medeiros MQ, Lima HMP, Viana AB, Araujo E, Carvalho FHC: Late umbilical cord clamping does not increase rates of jaundice and the need for phototherapy in pregnancies at normal risk. *J Matern Fetal Neonatal Med* (2018) [Epub ahead of print]

²⁴ Stinson LF, Payne MS, Keelan JA: A critical review of the bacterial baptism hypothesis and the impact of Cesarean delivery on the infant microbiome. *Front Med* 5:135

²⁵ Rutayisire E, Huang K, Liu Y, Tao F: The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of infants' life: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 16:86 (2016)

²⁶ Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R: Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD008435 (2017)

²⁷ <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>

²⁸ Painter RC, Roseboom TJ, de Rooij SR: Long-term effects of prenatal stress and glucocorticoid exposure. *Birth Defects Res C Embryo Today* 96:315-324 (2012)

²⁹ Witter FR, Zimmerman AW, Reichman JP, Connors SL: In utero beta 2 adrenergic agonist expo-

sure and adverse neurophysiologic and behavioral outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 201:553-559 (2009)

³⁰ Charach R, Abramowicz J, Shoham-Vardi I, Sheiner E (2011): "Is it safe for my baby?" acoustic exposure of diagnostic ultrasound. [Article in Hebrew] *Harefuah*. 2011 Jul;150(7):588-92, 617, 616.

³¹ Alldred SK, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Deeks JJ, Neilson JP, Alfirevic Z: First trimester ultrasound tests alone or in combination with first trimester serum tests for Down's syndrome screening. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD012600 (2017)

³² Ang ESB et al. (2006) Prenatal exposure to ultrasound waves impacts neuronal migration in mice. *PNAS* 103:12903-12910

³³ Bellieni CV et al. (2005) Is an excessive number of prenatal echographies a risk for fetal growth? *Early Hum Dev* 81:689-693

³⁴ Blettner M. et al. (2003) Machbarkeit von Studien zur schädigenden Wirkung von diagnostischem Ultraschall in der Schwangerschaft auf die Ge-

sundheit der Nachkommen. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit: Schriftenreihe Reaktorsicherheit und Strahlenschutz

³⁵ Linderkamp O (2017): Pränatale Ultraschall-Untersuchungen: Gesundheitsrisiko für die Kinder? <http://www.greenbirth.de/geburts-abc/u/378-ultraschall-grundinformation-2.html> <http://www.greenbirth.de/geburts-abc/u/378-ultraschall-grundinformation-2.html>

³⁶ McClintic AM et al. (2014) Mice exposed to ultrasound in utero are less social and more active in social situations relative to controls. *Autism Res* 7:295-304

³⁷ Newnham P (2004) Effects of repeated prenatal ultrasound examinations on childhood outcome up to 8 years of age: follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet* 364:2038-2044

³⁸ Rosman NP et al. 2018, Vassar R, Doros G, DeRosa J, Froman A, DiMauro A, Santiago S, Abbott J: Association of prenatal ultrasonography and au-

tism spectrum disorder. *JAMA Pediatrics* 172:336-344

³⁹ Suresh R et al. (2008) Effect of diagnostic ultrasound during the fetal period on learning and memory in mice. *Ann Anatomy* 190:37-45

⁴⁰ Webb SJ et al. (2017) Severity of ASD symptoms and their correlation with the presence of copy number variations and exposure to first trimester ultrasound. *Autism Res* 10:472-484

⁴¹ Källén B, Finnström O, Nygren KG, Olausson PO: Maternal and fetal factors which affect fetometry: use of in vitro fertilization and birth register data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 170:372-376 (2013)

⁴² Su Q, Zhang H, Zhang Y, Zhang H, Ding G, Zeng J, Zhu Z, Li H: Maternal Stress in Gestation: Birth Outcomes and Stress-Related Hormone Response of the Neonates. *Pediatr Neonatol* 56:376-381

⁴³ Zijlmans MA, Korpela K, Riksen-Walraven JM, de Vos WM, de Weerth C: Maternal prenatal stress is

associated with the infant intestinal microbiota. *Psychoneuroendocrinology*. 53:233-45 (2015)

⁴⁴ Baibazarova E1, van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology* 38:907-915

⁴⁵ Martins R, Emilia O, Nurdiani DS, Brown J: Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD008680 (2017)

⁴⁶ Gaudernack LC, Frosli KF, Michelsen TM, Voldner N, Lukasse M: De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers - a prospective intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth* 18:76 (2018)

⁴⁷ Brymndyr K, Cadwell K, Widström AM, Svensson K, Neumann M, Hart EA, Harrington S, Phillips R: The association between common labor drugs and

suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. *Birth* 42:319-328 (2015)

⁴⁸ Cochrane Studie 2017 Vergleich von elektronischer Überwachung des kindlichen Herzschlags bei der Aufnahme einer Schwangeren mit Wehen durch Kardiotokographie (CTG) versus Abhören in bestimmten Abständen. <https://www.cochrane.org/de/CD005122/kardiotokographie-im-vergleich-mit-intermittierender-auskultation-der-fetalen-herztone-bei-aufnahme>

⁴⁹ Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB: Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD009124 (2017)

⁵⁰ Perinatal Pitocin as an early ADHD biomarker: neurodevelopmental risk *Journal of Attention Disorders* July 2011 15: 423-431, first published on April 28, 2011 Kurth Lisa, Hausmann Rudolf Department of Psychology, Colorado State University

⁵¹ Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders?

- A look at the literature *Medical Hypotheses*, Volume 63, Issue 3, 2004, Pages 456-460 Wahl Roy U. Rojas Initiative for Molecular Studies in Autism (IMSA)

⁵² Oxytocin Increases Retention of Social Cognition in Autism *Biological Psychiatry*, Volume 61, Issue 4, 15 February 2007, Pages 498-503 Hollander Eric, Bartz Jennifer, Chaplin William, Phillips Ann, Sumner Jennifer, Soorya Latha, Anagnostou Evdokia, Wasserman Stacey Mount Sinai School of Medicine, New York; St. John'

⁵³ Autism, ADHD, and Medicated Births *Medscape Obstetrics/Gynaecology* May 28, 2009

⁵⁴ Prins.M, Boxem J, Lucas C, Hutton E: Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG* 118:662-670 (2011)

⁵⁵ Brymndyr K, Cadwell K, Widström AM, Svensson K, Neumann M, Hart EA, Harrington S, Phillips R: The association between common labor drugs and

suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. *Birth* 42:319-328 (2015)

⁵⁶ Sepkoski CM, Lester BM, Ostheimer GW, Brazelton TB: The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month. *Dev Med Child Neurol* 34:1072-80 (1992)

⁵⁷ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD004667 (2016)

⁵⁸ Declercq E: Midwife attended births in the United States, 1990–2012: Results from revised birth certificate data. *J Midwifery Women's Health* 60:10-15 (2015)

⁵⁹ GKV-Pilotprojekt: Vergleich Geburten gesunder Frauen mit reifem Einzelkind aus Schädellage. Ca. 30 000 Geburtshausgeburten mit ca. 60 000 Geburten in Kliniken, 2011 S.27 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich__klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf

Juristische Nachbemerungen zu den Rechten des Kindes und seiner Mutter vor, während und nach der Geburt

Die in dieser Schrift dargestellten Probleme berühren nicht nur grundlegende Fragen des Gesundheitswesens, sondern betreffen in allererster Linie die Eltern und ihr Kind. Dies hat einen weithin unbeachteten menschenrechtlichen Hintergrund – im Hinblick auf die Rechte der Mutter ebenso wie hinsichtlich der Rechte des Kindes. Beide Rechtssphären sind aufs Engste verknüpft, sodass die Verwirklichung ihrer Rechte ebenso voneinander abhängt, wie Rechtsverletzungen während Schwangerschaft und Geburt beide betreffen. Über den verfassungsrechtlichen Schutz hinaus sind die Rechte der Mutter – durch die Frauenrechtskonvention vor Diskriminierung geschützt – als Rechte der Frau ebenso zu beachten wie die Rechte des Kindes nach Maßgabe der UN-Kinderrechtskonvention. Die Verwirklichung der Rechte des Kindes ist nicht denkbar, ohne zugleich das elementare Recht der Frau auf eine selbstbestimmte Geburt einzulösen.

Im praktischen Klinikbetrieb steht zwar im Interesse von Mutter und Kind die gesunde Geburt des Kindes im Mittelpunkt, doch augenscheinlich bestimmen vor, während und nach der Geburt vor allem die erwachsenen Fachleute den Ablauf des Geschehens anstelle der unmittelbar betroffenen Frau, deren Recht auf Selbstbestimmung aus dem Blick zu geraten scheint. Und erst recht wird die Rolle des Kindes, dessen Hilfsbedürftigkeit ins Auge springt, in diesen Abläufen bei aller Zuwendung und Fürsorge, die ihm zuteil wird, kaum bewusst. Gerade unter menschenrechtlichem Gesichtspunkt ist dies zu kurz gedacht. Der Hinweis der Herausgeberinnen auf die Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte, dass das Kind – auch schon vorgeburtlich – ein aktives und kompetentes menschliches Wesen ist, muss zu einem Umdenken führen. Dass dies seit einem viertel Jahrhundert zunehmend Beachtung findet, ist in der Tat der UN-Kinderrechtskonvention zu danken:

Die Vereinten Nationen haben das ‚Übereinkommen über die Rechte des Kindes‘ am 20. November 1989 beschlossen. Seit über 25 Jahren ist es in Deutschland geltendes Recht (Lorz, Ralph Al-

exander, Der Vorrang des Kindeswohls nach Art. 3 der UN-Kinderrechtskonvention in der deutschen Rechtsordnung. Ein Rechtsgutachten, Bd. 7 der Reihe „Die UN-Konvention umsetzen...“, hrsg. von der National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland, Berlin 2003).

Auch wenn wichtige Schritte zur Umsetzung des Übereinkommens ausstehen, wie insbesondere die ausdrückliche Hervorhebung der Rechte des Kindes im Grundgesetz, so sind doch zahlreiche Fortschritte erzielt worden. Besonders positiv hat sich das Gewaltverbot gegenüber Kindern nach § 1631d BGB ausgewirkt, das die Sensibilität für die Verletzlichkeit von Kindern im gesellschaftlichen Bewusstsein deutlich gestärkt und eine ganze Reihe weiterer Kinder schützender Initiativen zur Folge gehabt hat (Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – KiSchG) Vom 22. Dezember 2011, <https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/bkischg.pdf>).

68 Andererseits werden wichtige Kernpunkte der Konvention bis heute nicht hinreichend beachtet.

Dazu zählt allem voran, dass die Konvention durch eine Vielfalt von Bestimmungen die Subjektstellung des Kindes als eigenständige Persönlichkeit zum Ausdruck bringt. Das Bundesverfassungsgericht hat 1968 richtungsweisend formuliert, dass „das Kind ... ein Wesen mit eigener Menschenwürde und eigenem Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit im Sinne des Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 GG“ ist (BVerfGE 24, 144). Völkerrechtlich gesehen ist das Kind Völkerrechtssubjekt. Diese völker- und verfassungsrechtliche Lage hat eine fundamentale Konsequenz: Das Kind als eigenständiger Rechtsträger unterliegt niemandes Verfügungsgewalt. Als Ausdruck seiner unverwechselbaren Individualität, die nach Art. 1 des Grundgesetzes zu achten und zu schützen ist, hat es das Recht auf selbstbestimmtes Sein, das jedem Menschen als Ausdruck seiner Menschenwürde zusteht. Selbst Eltern, deren Erziehungsrecht verfassungsrechtlich garantiert ist (Art. 6 Abs. 2 GG), haben kein ‚Recht am Kind‘. Sie sind kraft ihrer Elternverantwortung dessen Rechten verpflichtet und haben das Kind „bei der Ausübung seiner Rechte zu führen und zu leiten“ (Art. 5 KRK). Mit anderen Worten: Sie sind Treuhänder der Rechte

des Kindes, dessen Interessen sie beispielsweise, solange das Kind selbst noch nicht einwilligungsfähig ist, bei der Einwilligung zu einem medizinischen Eingriff nach bestem Wissen und Gewissen aus der Perspektive des Kindes wahrzunehmen haben.

Diese Rechtsstellung hat nicht erst das geborene Kind. Auch das noch nicht geborene untersteht dem Schutz der Kinderrechtskonvention und der Verfassung. Auch wenn die Konvention in Art. 1 den Geltungsbereich nicht ausdrücklich benennt, bestand Übereinstimmung, dass die Kinderrechtskonvention nicht hinter den Stand der *Erklärung der Rechte des Kindes* von 1959 zurückfallen sollte. Diese besagte, wie es dann auch in der Präambel zur Kinderrechtskonvention heißt, dass Kindern „angemessener rechtlicher Schutz vor und nach der Geburt“ zukommt. Unterstrichen wird dies durch die Tatsache, dass gerade die Gesundheitsversorgung während der Schwangerschaft als *Recht des Kindes* ausgestaltet ist, dabei also die vorgeburtliche Geltung der Konvention vorausgesetzt wird. Zur „vollen Verwirklichung dieses Rechts“ zählt „eine angemessene Gesundheitsfürsorge für

Mütter vor und nach der Entbindung“, und zwar als *Recht des Kindes*. Als Bestandteil seiner Rechte ist das Kind folglich – wie schon auf dem *Day of General Discussion* des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes im Jahr 2004 ausgeführt wurde (THE CRC RIGHTS OF BABIES AND YOUNG CHILDREN: THREE KEY ISSUES by Bruce Abramson, Committee on the Rights of the Child Day of General Discussion “Implementing Child Rights in Early Development” 17 September 2004, Palais Wilson, Geneva (rev.1)) – bereits vor der Geburt Inhaber dieser Konventionsrechte. Auch das noch nicht geborene Kind hat daher das Recht „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ (Art. 24 KRK). In diesem Sinne stellt das Bundesverfassungsgericht zum Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit klar: „Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG schützt auch das sich im Mutterleib entwickelnde Leben als selbständiges Rechtsgut.“ (BVerfGE 39, 1 ff. Urteil vom 25.02.1975). Und schon das Preußische Allgemeine Landrecht brachte dies zum Ausdruck, wenn es hieß: „Die allgemeinen Rechte der Menschheit gebühren auch den noch nicht geborenen Kindern, schon von der Zeit ihrer Empfängnis“ (Preußisches Allgemeines Landrecht 1794, § 10 I. 1).

Diese dem Kind ausdrücklich zuerkannten Rechte sind seit der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10.12.1948 und den nachfolgenden Menschenrechtsverträgen zentraler Gehalt der Rechtsstellung jedes Menschen. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt gilt dies vorab für die Rechte der Frau als Mutter, deren Würde und Selbstbestimmung in der besonderen Situation vor, während und nach der Geburt uneingeschränkt zu achten und zu schützen sind. Vordringlichsten Ausdruck findet dies in dem der Menschenwürde geschuldeten Grundsatz, dass kein Mensch zum bloßen Objekt herabgewürdigt werden darf. Die Achtung der Individualität verbietet es, dem Menschen die Bestimmung über sich selbst zu nehmen. Selbst wenn formal vorab die Zustimmung der Frau zu den medizinischen Interventionen bei der Geburt vorliegt, verletzt jede Routine, in der die Frau im Prozess des Geburtsgeschehens nur noch ‚Objekt‘ ist, deren Persönlichkeitsrechte.

Als Ausdruck seiner Individualität gilt dies auch für das Kind. Deshalb spielt das *Recht auf Beteiligung* in der Kinderrechtskonvention eine besondere Rolle.

Nur durch Beteiligung kann vermieden werden, dass das Kind bloßes Objekt anderer wird, die über seinen Kopf hinweg handeln. Weil Beteiligung unmittelbar aus der unverfügbaren Würde des Menschen folgt, umfasst dies alle Äußerungsformen des Menschen, in denen sich seine Individualität ausspricht. Vor allem auch nichtsprachliche Äußerungen sind zu beachten (Daly, Aoife. *Children, Autonomy and the Courts: Beyond the Right to be Heard*. Leiden: Brill/Nijhoff, 2018), und zwar von allem Anfang an. Bisläng sind es die sog. frühkindlichen Signale, in denen sich das Kind ausdrückt. Alle Eltern kennen dies, sie horchen auf jede Regung und lassen ihr Handeln dadurch wesentlich bestimmen – auch wenn sie nicht daran denken, dass sie sich hier auf dem Gebiet der Rechte ihres Kindes bewegen. Hunger, Durst und Wohlbefinden sind daher natürliche Bedürfnisse, die zugleich von elementarer rechtlicher Bedeutung sind und deren Vernachlässigung eine Beeinträchtigung der Rechte des Kindes ist.

Dieser Gedanke muss weitergedacht werden, und zwar mit Blick auf das gesamte Geschehen – vor, während und nach der Geburt. Die natürlichen

Prozesse der Geburt sind nur scheinbar immer dieselben. Sie sind vielmehr in Wechselwirkung mit dem mütterlichen Organismus individuell ‚*kindgesteuert*‘, ganz orientiert an der konkreten Situation und so individuell wie das zur Welt kommende Kind selbst. Man ist nicht nur von der Weisheit dieser Vorgänge berührt, sondern kann erkennen, dass sich hier die Individualität des Kindes Ausdruck verschafft. Der natürliche Geburtstermin ist ein individuelles Reifungszeichen und deshalb als Äußerung des Kindes ebenso zu achten wie alle übrigen Vorgänge vor, während und nach der Geburt. Jeder Eingriff in die natürlichen Abläufe ist mit Blick auf die Rechte des Kindes menschenrechtsrelevant und bedarf der Rechtfertigung. Daher unterzieht die vorliegende Schrift die heute üblichen Routinen von der Mikroblutuntersuchung bis zum ‚Wunschkaiserschnitt‘ der kritischen Überprüfung, indem gerade die oft unbedachten oder aus strukturellen Gegebenheiten folgenden Interventionen als Kinderrechtsverletzungen problematisiert werden. In der Folge müssen Verstöße gegen das Kindeswohl verfolgt werden. Um eine durchgreifende Änderung der Praxis zu erreichen, ist es überdies aber eine Frage der Haltung, die Achtung der Men-

schenswürde konsequent zu verinnerlichen. Dieser Haltung müssen sich alle am Geburtsgeschehen beteiligten Professionen verpflichtet fühlen. Nicht zuletzt soll diese Schrift daher auch eine Überprüfung der ethischen Grundsätze des professionellen Handelns im Kontext der Geburt bewirken.

Im Hintergrund der Kritik steht mit Blick auf das Kindeswohl der Grundsatz der UN-Kinderrechtskonvention, dass bei aller öffentlichen Daseinsvorsorge, sei es durch den Staat oder private Träger, und damit auch im Bereich des Gesundheitswesens, „das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt (ist), der vorrangig zu berücksichtigen ist“ (Art. 3 Abs. 1 KRK). Stets müssen die vorliegenden Belange des Kindes erkundet, benannt und gegen sonstige Interessen abgewogen werden. Damit geraten nicht zuletzt politische und unternehmerische Entscheidungen im Gesundheitsbereich in die Kritik. Insbesondere die Finanzierungsverfahren durch Fallpauschalen laufen Gefahr, zu einer systematischen Vernachlässigung der Belange der Kinder zu führen. Die Schließung von Geburtsstationen, mangelhafte personelle Besetzung wie auch die unzureichende Vergütung der Leistungen von Heb-

ammen lassen – ganz abgesehen von den Nachteilen für die davon Betroffenen – die Belange der Kinder vor allem aus ökonomischem Interesse außer Acht. Weitreichende Planungsentscheidungen ebenso wie die Organisation des Betriebsalltags, die diese Abwägung vermissen lassen, weisen Verfahrensmängel auf, die ihre Rechtsbeständigkeit in Frage stellen können.

Im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Geburt selbst ist das Kindeswohl für alle Beteiligten vordringlichstes Anliegen. Rechtlich beruht dies auf der Tatsache, dass das Kind als Rechtssubjekt Träger eigener Interessen ist, die stets einen Prozess der Reflexion im Spannungsfeld auch anderer Belange erfordern mit der Prüffrage, ob dem Kindeswohl die nötige Beachtung zukommt. Dies ist aufgrund der Subjektstellung des Kindes nicht nur völkerrechtlich geboten, sondern auch berufsethisch für jeden und jede der handelnden Personen bindend.

Die Argumentation mit dem Kindeswohl spielt indes nicht selten eine problematische Rolle, und zwar gerade dann, wenn es an der gebotenen Ab-

wägung fehlt und Alltagsroutine stattfindet mit dem Hinweis, das sei für das Kind das Beste. Die Berufung auf das Kindeswohl ist dann nicht selten der Ersatz für eine ernsthafte Auseinandersetzung, insbesondere auch mit den Interessen der Frau. Gerade vor, während und nach der Geburt ist dieses Gebot eine Herausforderung, die mit keiner anderen Lebenssituation vergleichbar ist. Die existenzielle Verbundenheit von Mutter und Kind bewirkt eine doppelte Betroffenheit, die des Kindes *und* die der Frau. Alle Verrichtungen rund um die Geburt müssen in gleicher Weise unter dem Gesichtspunkt der Rechte der Frau und der des Kindes, problematisiert werden. Nicht indizierte Routinemaßnahmen verletzen in der Regel nicht nur die Rechte des Kindes, sondern greifen zugleich mehr oder weniger offensichtlich in die Rechte der Frau ein, mit gesundheitlichen Folgen für beide. Von der Wahl des Geburtsorts bis hin zu allen im Einzelnen anstehenden Verrichtungen sind existenzielle Bedürfnisse berührt, die durch die Menschenrechte der Frau auf Achtung, Selbstbestimmung, Unversehrtheit, auf Leben und Überleben ebenso geschützt sind wie die natürlichen Bedürfnisse des Kindes durch dessen Rechte nach der Kinderrechtskonvention.

Während es im Kontext der Geburt schon schwer genug ist, als elterliche Treuhänder gegenüber einem routinierten Medizinbetrieb die Rechte des Kindes zu wahren, so ist die Wahrung der Rechte der Frau besonders gefährdet, weil sie in unvergleichlicher Weise vom Wirken der beteiligten Professionen abhängig ist. Allein schon weil in der Regel entsprechende Kenntnisse fehlen, wird sich keine Frau so leicht den Empfehlungen einer erfahrenen ÄrztIn widersetzen, zumal alles erforderlich Scheinende im Zweifel mit dem Wohlergehen des Kindes begründet wird. Nicht zuletzt aber, weil eine Geburt heute kaum noch als natürlicher Prozess, sondern bis in die Finanzierungsverfahren hinein als ‚Krankheit‘ behandelt wird, verstärken sich die mit einer Geburt verbundenen Herausforderungen für die Frau durch Ängste und Vermeidungswünsche, wie sie mit Krankheiten in aller Regel verbunden sind. Die Folge ist eine Asymmetrie der Kräfte, der die schwangere Frau meist hilflos ausgeliefert ist. Dem muss in dem gebotenen Reflexionsprozess besondere Aufmerksamkeit gelten.

Besonders herausfordernd ist die Abwägung, wenn die Interessen von Mutter und Kind voneinander

abweichen. Das kann schon bei der Verabreichung von Beruhigungsmitteln der Fall sein, erst recht aber bei schmerzlindernden Medikamenten, die aus der Sicht der Frau wünschenswert, aus der des Kindes aber hochproblematisch sein können, weil sie unvergleichlich viel stärker auf den kindlichen Organismus wirken als auf den der Frau. Die Entscheidung darüber kann niemand der Frau abnehmen, aber sie muss in Kenntnis der Bedeutung für ihr Kind entscheiden. Dies setzt voraus, dass anstelle routinemäßiger Empfehlung solcher Medikamente eine verantwortliche Aufklärung und Beratung erfolgt, die ihrerseits voraussetzt, dass Hebammen und ÄrztInnen sich der besonderen Verantwortung vor den Rechten des Kindes bewusst sind.

Das gilt auch angesichts der Probleme einer Kaiserschnittgeburt. So entscheidend der Eingriff sein kann, um Mutter und Kind zu retten, so fragwürdig ist die derzeit verbreitete Praxis, einen Kaiserschnitt aus bloßer Zweckmäßigkeit oder aus Gründen besserer Finanzierung zu planen und vorzunehmen. Die Tatsache, dass die Operation als solche ein medizinischer Routineeingriff ist,

rechtfertigt nicht, die damit für das Kind – und auf längere Sicht auch für die Mutter – verbundenen Probleme routinemäßig in Kauf zu nehmen.

Die schwierigste Abwägung ist die zwischen Leben und Leben, dem der Mutter und dem des Kindes, wenn beides in Frage gestellt ist. Hier ist entscheidend, dass das Recht auf Leben kein absolutes Recht ist, sondern eine Abwägung in höchster Verantwortung geboten aber eben auch möglich ist – in Ehrfurcht vor dem einen wie vor dem anderen Leben. Die Maßstäbe dafür hat das Bundesverfassungsgericht im Rahmen der Rechtsprechung zum Schwangerschaftsabbruch entwickelt (BVerfG 24, 119 [144], BVerfG 39, 1, BVerfG 88, 203).

Zum Glück geht es in der alltäglichen klinischen Praxis nur selten um Abwägungen dieses Problemgehalts. Umso wichtiger ist es, Rechtsverletzungen auszuschließen, die durch zu wenig bedachte Routine entstehen. Um dafür sensibel zu werden, bedarf es, wie es in der vorliegenden Darstellung geschehen ist, einer ernsthaften Auseinandersetzung mit einer Fülle von Einzelheiten der Geburtspraxis – nicht zuletzt ein faszinieren-

der Einblick in die weisheitsvollen Vorgänge der Menschwerdung.

Dr. jur. Reinald Eichholz
ehem. Kinderbeauftragter der Landesregierung NRW, Gründungsmitglied der National Coalition Deutschland – Netzwerk zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention

Nachwort der Autorin

Ich habe großes Glück gehabt.

Ich durfte die Geburt meines Kindes ohne jede medizinische Intervention erleben – im Geburtshaus, kontinuierlich begleitet von meiner Hebamme.

Eine Geburt, die mich dauerhaft gestärkt hat – körperlich, mental und emotional; eine Geburt, die mir eine unschätzbare wertvolle Grunderfahrung auf die Reise meiner Mutterschaft mitgegeben hat, von der ich auch Jahre später noch zehre:

„Ich kann das!“

Ermöglicht wurde diese Erfahrung in erster Linie dadurch, dass ich sie wollte, aber auch dadurch, dass ich Menschen um mich hatte, die mich nicht entbinden wollten;

Menschen, die es ausgehalten haben, mich gebären zu lassen.

Danach wurde ich Hebamme.

Schon im ersten Ausbildungsjahr trug aufgrund meiner Erfahrungen im Kreißaal einer meiner Aufsätze den Titel „Macht und Machtmissbrauch in der Geburtshilfe“.

Ich lernte, dass es als normal angesehen wird, dass Frauen an Leib und Seele verletzt aus der Geburt hervorgehen.

Ich lernte, dass Verletzungen von verfassungsmäßig garantierten Grundrechten unter der Geburt kritiklos hingenommen und mit fadenscheinigen Argumenten gerechtfertigt werden – so sie denn überhaupt jemandem auffallen.

Ich lernte, dass die Geburt als einer der menschlichsten Vorgänge überhaupt in einem entmenslichten System, das auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit zugeschnitten ist, keinen natürlichen, angemessenen Entfaltungsraum findet.

Ich lernte, hinzusehen und zu hinterfragen.

Und ich begann, mich zu wundern darüber, dass diese vielen, vielen Frauen dies alles einfach hinnehmen, in der Vorstellung, die moderne, technikbasierte Geburtsmedizin würde ihnen die nötige Sicherheit geben und Geburt müsse halt so sein.

Menschenwürde.

Freie Entfaltung der Persönlichkeit.

Körperliche Unversehrtheit.

Gleichberechtigung von Frauen und Männern.

Schutz und Fürsorge der Gemeinschaft.

Unser Grundgesetz bietet eine Fülle wunderbarer Rechte für die Mitglieder unserer menschlichen Gemeinschaft; allerdings scheinen diese für schwangere Frauen und hinter verschlossenen Kreißsaaltüren nicht in vollem Umfang zu gelten, nicht für die Frau und noch weniger für das ungeborene Kind.

Mein großer Wunsch ist es, dass Mutter und Kind als untrennbare Einheit wahrgenommen, geachtet und unter salutogenetischen Gesichtspunkten gestärkt werden. Die nun vorliegende Dokumentation bezieht sich in erster Linie auf die Rechte des Kindes und schließt die Missachtung der Mutter-Kind-Einheit mit ein.

Die Beschäftigung mit der UN-Kinderrechtskonvention bewirkte, dass aus meinem diffusen „moralischen Unwohlsein“ die Erkenntnis wurde: Die derzeitige Praxis der Schwangerenvorsorge und Geburtsmedizin verstößt klar gegen geltendes Recht.

Innerhalb dieses Systems, in dem nicht nur schwangere Frauen und Kinder unnötig leiden, bin ich immer wieder Hebammen und ÄrztInnen

begegnet, die weit über ihre Belastungsgrenzen gehen, um gute Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe zu leisten. Sie möchte ich ermutigen, nie die Begeisterung und Hingabe für das Wunder der Geburt zu verlieren und ich möchte ihnen danken, dass sie alles versuchen, um unter diesen schwierigen Rahmenbedingungen für mehr Menschlichkeit zu kämpfen. Auch wünsche ich ihnen Kraft, bei einem Richtungswechsel mitzuwirken, damit sie ihren wunderbaren Beruf lange, mit Freude und bei guter Gesundheit ausüben können. Möge dieses Werk dazu beitragen.

Iris Eichholz

Autorin

Iris Veronika Eichholz, Jahrgang 1977,
examinierte Krankenschwester,
Hebamme und Heilpraktikerin.
Ihre Praxis ist in Velbert-Langenberg.
Kontakt: info@naturheilpraxis-eichholz.de



Schwangerschaft und Geburt sind das Selbstverständlichste auf der Welt, dem gegenwärtig bald acht Milliarden Menschen ihr Leben verdanken. Doch jenseits der großen Zahlen sind das Erwarten eines Kindes und die Geburt ein absolut einmaliges persönliches Erleben. Sie sind ein tiefer biographischer Einschnitt für die Frau, natürlich für das Kind, aber auch im Leben eines Mannes, der das Geschehen bewusst miterlebt.

Jedoch bewirken Unwissenheit, Fehleinstellungen und ein durchtechnisiertes Gesundheitswesen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen für eine gute Schwangerschaft und eine natürliche Geburt hoch problematisch geworden sind. Grundlegende Rechte der Frau und des Kindes sind in Frage gestellt.

Wenn sich die folgenden Ausführungen vorrangig mit diesen Rechtsverletzungen befassen, ist angesichts der Komplexität des Geschehens nicht vermeidbar, dass andere Aspekte in den Hintergrund geraten. Die Situation hat jedoch, wie sich bei genauerem Hinsehen zeigen wird, eine solche Dramatik erreicht, dass dieses Risiko bewusst in Kauf genommen wird.

Iris Eichholz