



# RUNDBRIEF

## Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Nr. 24

Schwerpunkt:  
Netzwerktagung „Schwangerschaft und Geburt –  
Selbstbestimmung im Wandel, Osnabrück 9.10.2007

März 2008



<b>Editorial</b> .....	<b>4</b>
<b>Aktuelles</b> .....	<b>5</b>
Gesundheitsinitiative zur Stärkung des Beckenboden wird ausgedehnt .....	5
Geschichte des Verhütens .....	5
Was sagen die Leserinnen zum Rundbrief? .....	6
Rezeptfreiheit der „Pille danach“ .....	7
<b>Mitgliederseite / Neues aus den Regionen</b> .....	<b>8</b>
60 Jahre ReGenesa .....	8
Impressum.....	9
<b>Schwerpunkt: 21. Netzwerktagung „Schwangerschaft und Geburt – Selbstbestimmung im Wandel“</b> .....	<b>10</b>
Einführung .....	10
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett heute – aktuelle Diskussionen und neue Entwicklungen .....	10
Beziehung, Autonomie, Stimmigkeit – Anregungen für eine Neuorientierung in der Geburtshilfe ....	16
Der Traum vom gesunden Kind und die Rolle der Pränataldiagnostik .....	25
Salutogenese und Wohlbefinden: Unter welchen Bedingungen profitieren Frauen gesundheitlich von Schwangerschaften und Geburten? .....	28
Kann es im Rahmen von Pränataldiagnostik Selbstbestimmung geben? .....	30
Salutogenetische Orientierung durch interprofessionelle Vernetzung und Kooperation .....	34
Frühgeburt als kritisches Lebensereignis: Welche Rolle spielt das Scham- und Schulterleben der Frauen?.....	39
Der Kaiserschnitt als Flucht, Rettung oder Ressource? .....	40
Diskussionsergebnisse aus den Workshops .....	41
Zusammenfassung der Podiumsdiskussion .....	41
<b>Mediothek</b> .....	<b>43</b>
Zwangsheirat und Gewalt aus Sicht türkischer Männer .....	43
Dem Leben begegnen.....	43
Geschlechterforschung in der Medizin.....	44
Häusliche Gewalt .....	44
Gewalt in der Partnerschaft.....	44
Sexualität im weiblichen Lebenslauf .....	45
Gender als interdependente Kategorie .....	45
Der lange Weg ans Licht.....	45
<b>Termine im Überblick</b> .....	<b>46</b>

## Editorial

Liebe Frauen! Liebe Netzwerkmitglieder!

„**Schwangerschaft und Geburt – Selbstbestimmung im Wandel**“ unter diesem Titel fand die 21. Netzwerktagung im Oktober 2007 in Osnabrück statt. Die Kooperation mit dem Forschungsschwerpunkt Maternal Health der Universität Osnabrück war sinnvoll und effektiv. Die Vorträge sind im Schwerpunkt abgedruckt.

Wir hatten Sie um Ihre Meinung zum **Rundbrief** gebeten. Über die Ergebnisse der Befragung berichten wir in dieser Ausgabe. Eine Änderung des Layouts haben wir zwar schon ins Auge gefasst, diese Ausgabe kommt aber noch im alten Gewand daher.

Die 22. Netzwerktagung befasst sich mit der Teenagergeneration. „**Wie werden Mädchen zu Patientinnen (gemacht)?**“ lautet eine provokante Frage. Die für den Frühsommer geplante Veranstaltung geht der Frage nach, was Mädchen/junge Frauen krank macht und was sie brauchen, um sich gut und gesund zu fühlen.

Nach etlichen Jahren möchten wir wieder zu einer Versammlung der Mitgliedfrauen einladen. Wir wünschen uns spannende Diskussionen und einen regen Erfahrungsaustausch. Einladung folgt nach den Sommerferien. Was interessiert Sie...?

Veranstaltungshinweise und Einladungen sollen alsbald soweit wie möglich per E-Mail versandt werden. Bitte teilen Sie uns hierzu Ihre **E-Mail- Adresse** mit!

Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder, oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir freuen uns über neue Mitarbeiterinnen in der Redaktionsgruppe.

Einsendeschluss für Beiträge ist der 1. August 2008. Schwerpunktthema wird „Genitale Verstümmelung“ sein.

Ein schnelleres Informationsmedium als der Rundbrief ist die E-Mail-Liste des Netzwerkes. Sie können sich für diesen kostenlosen Informationsdienst durch eine formlose Mail an [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de) dafür einschreiben.

Wir wünschen ein schönes Frühjahr und erholsame Ostertage!

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



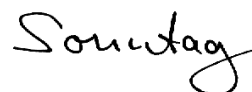
Ursula Jeß

Nds. Ministerium für Soziales,  
Frauen, Familie und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller

pro familia-Landesverband  
Niedersachsen e.V.



Dr. Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit  
Niedersachsen e.V.

Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der AutorInnen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

## Aktuelles

### Gesundheitsinitiative zur Stärkung des Beckenboden wird ausgedehnt

"Unbeschwert lachen, husten, niesen...." – die im Herbst 2007 in den Modellregionen Ammerland, Oldenburg, Braunschweig und Stade gestartete Kampagne zur Kontinenzförderung ist ein voller Erfolg! Die Nachfrage und das Interesse am Thema sind groß.

Zur Erinnerung: Im September 2007 ist die unter Federführung des niedersächsischen Sozialministeriums konzipierte Informationsveranstaltung für und mit den niedersächsischen Landfrauen gestartet.

Die Strategie eines berufs- und instituti-  
onsübergreifenden Bündnisses und das  
Veranstaltungskonzept sind aufgegangen.  
In den Modellregionen haben sich insge-  
samt 17 Vereine an der Kampagne betei-  
ligt, es sind ca. 35 Veranstaltungen mit  
jeweils 15 bis 20 Frauen angeboten wor-  
den.

Eine erste Auswertung der Fragebögen  
bestätigt: Nahezu alle Frauen geben an,  
dass ihnen die Veranstaltung sehr gut /  
gut gefallen hat. Ebenso bestätigen fast  
alle Frauen, dass sie „viel gelernt“ haben,  
dass ihr Interesse am Thema gestiegen ist  
und dass sie sich vornehmen, entspre-  
chende Übungen in den Alltag einzu-  
bauen.

Ziel des Angebots ist es, Frauen für die  
Prävention von Harninkontinenz zu sensi-  
bilisieren.

Nach erfolgreicher Pilotphase wird die  
Veranstaltungsreihe nunmehr in 11 wei-  
teren Regionen Niedersachsens stattfin-  
den. Geplant sind ca. 100 Veranstaltun-  
gen, so dass insgesamt 2000 Frauen  
erreicht werden. In den Regionen  
Hannover, Burgdorf, Harburg, Soltau,  
Gifhorn Nord und Süd, Peine sowie  
Osnabrück, Melle, Wesermarsch und  
Friesland organisieren die Landfrauen  
Informationsabende – beginnend ab März  
2008. Auch Nichtmitglieder sind willkom-  
men.

Die Teilnehmerinnen an den Veranstal-  
tungen erhalten einen Überblick über  
Organe und Funktionen des Beckenbo-  
dens, erlernen Beckenboden schonende  
Verhaltensweisen und Bewegungen,  
werden ermutigt, sich in der ärztlichen  
Praxis beraten zu lassen und werden  
bestärkt, weitere kontinenzfördernde  
Angebote z. B. in einer physiotherapeuti-  
schen Praxis oder in einem Sportverein  
wahr zu nehmen.

*Sie haben Fragen und wollen mehr  
wissen: Ursula Jeß, Andra Saake,  
Ministerium für Soziales, Frauen, Familie  
und Gesundheit, Postfach 141, 30001  
Hannover, 0511/120 - 2962 / -2964, E-  
Mail: [andra.saake@ms.niedersachsen.de](mailto:andra.saake@ms.niedersachsen.de)*



### Geschichte des Verhütens

Der Wiener Gynäkologe Christian Fiala  
hat ein Museum für Verhütung und  
Schwangerschaftsabbruch eingerichtet,  
das seit März 2007 geöffnet ist.

Neben allerlei Verhütungsmitteln wie  
Scheidenspülgeräte, Kondome aus Fisch-  
blasen, Schwämmchen, Kupferspiralen  
und Pillen aus der Früh- und Jetztzeit  
finden sich Texte und Videos.

Ein kleinerer Teil der Sammlung ist dem  
Thema Abtreibung gewidmet. Neben

einem Küchentisch einer Engelmacherin  
und den Geräten für eine Kürettage  
werden vor allem Berichte über Straf-  
verfahren gegen Abtreibungsärztinnen und  
deren Klientinnen ausgestellt. Erschrek-  
kende Statistiken über die tödlichen Fol-  
gen illegaler Eingriffe und Dokumente über  
den Feldzug der Feministinnen gegen das  
Abtreibungsverbot ergänzen die Schau.

*Sie haben Fragen und wollen mehr  
wissen: [www.muvs.at](http://www.muvs.at) Aus: die  
Tageszeitung, 26. März 2007, S. 10*



## Was sagen die Leserinnen zum Rundbrief?

### Ergebnisse der Fragebogenerhebung im Spätsommer 2007

Dr. Ingrid Helbrecht

Kennen Sie „M. Heitlich“? Nein? Oder vielleicht doch! Denn „M. Heitlich“ ist eine Frau, im Alter zwischen 40 und 59 Jahren, arbeitet im Gesundheitswesen und das Thema ‚Frauengesundheit‘ gehört zu ihrem Berufsalltag. Sie ist eine regelmäßige Leserin des Rundbriefes – insbesondere der für ihre eigene Arbeit relevanten Beiträge. Alles in allem erteilt sie dem Rundbrief die Note ‚gut‘. Im Detail erlebt sie die Publikation wie folgt: Interessante Daten/ Fakten/ Forschungsergebnisse; gute Theorie-Praxis-Mischung; inhaltliche Vielfalt sowie Aktualität in den Themen. Nur hinsichtlich des Qualitätsmerkmals ‚Nützlichkeit für die Praxis‘ ist M. Heitlich etwas skeptischer. Im Weiteren bewertet sie die gängigen Rubriken des Rundbriefes - Aktuelles; Nachrichten aus Politik und Gremien; Neues aus den Regionen; Schwerpunktthemen; Termine - als ‚wichtig‘ bzw. ‚sehr wichtig‘. Lediglich die Rubrik ‚Mediothek‘ ist ihr nur ‚teilweise wichtig‘. Für suboptimal dagegen hält sie das Layout des Rundbriefes: Zwar sei die Schrift lesbar, die Aufmachung orientierend und die Gestaltung übersichtlich. Aber als ansprechend und lebendig könne man es nicht gerade bezeichnen.

Haben Sie sich ein Stück weit wieder erkannt? Denn „M. Heitlich“ ist zwar eine fiktive, zugleich aber typische Leserin des Netzwerk-Rundbriefes: In der obigen Beschreibung sind die *mehrheitlichen* Auswertungstrends zur letzten Leserinnenbefragung zusammengefasst. Dafür wurden im August 2007 - zusammen mit dem Rundbrief Nr. 23 - Fragebögen an die 214 Mitgliedsfrauen des Netzwerks sowie an 13 weitere Abonentinnen mit der Bitte geschickt, dem Redaktionsteam ihre Lese-gewohnheiten und Einschätzungen zum Rundbrief mitzuteilen. Der Rücklauf zu dieser Erhebung lag bei 33 %, d. h. jede dritte Frau hat geantwortet. Für die Methode der postalischen Befragung ist dies eine gute Resonanz. Zudem ist anzunehmen, dass gerade die Antwortenden die

Aktivitäten des Netzwerks mit hoher Aufmerksamkeit begleiten und daher die Ansprüche von Mitgliedsfrauen sachkompetent repräsentieren.

Im Folgenden sind die mit der Befragung ermittelten Daten noch einmal systematisch zusammengestellt.

### Soziale Zusammensetzung der Zielgruppe

Nach dem **Tätigkeitsbereich** aufgeschlüsselt arbeiten 40 % der befragten Leserinnen im Gesundheitswesen, 22,4 % im Gleichstellungsbereich und 13 % im Sozialbereich. Die anderen Frauen verorten sich in: Bildung/Ausbildung (8,2 %), Politik (7%), Wissenschaft (5,9 %) sowie als interessierte Einzelpersonen.

Von der **Altersstruktur** her ist die Gruppe der 40 - 59jährigen deutlich am stärksten vertreten. Die anderen Befragten sind - jeweils zu 10 % - unter 40 bzw. über 60 Jahre alt.

Fast drei Viertel der erreichten Zielgruppe sind aktuell mit dem **Thema Frauen-/Mädchengesundheit** befasst: Es begleitet ihren Berufsalltag - insbesondere im Rahmen von Prävention, Beratung und Therapie sowie Lehre. Es motiviert zur Beteiligung an regionalen Arbeitskreisen für eine geschlechtsbewusste Gesundheitsförderung und/oder zur Organisation entsprechender Veranstaltungen.

### Lesegewohnheiten

Knapp drei Viertel der Befragten lesen den Netzwerk-Rundbrief regelmäßig.

Mehrheitlich konzentrieren sich die Leserinnen (55 %) dabei auf die für ihren Arbeitsbereich relevanten Artikel.

Nach dem Lesen werden die Rundbriefe als Hintergrundinformation für weitere Aktivitäten archiviert (60 %), z. T. auch an Interessierte weiter gegeben (31 %).

### Auf den Inhalt kommt es an

Alles in allem schneidet der Rundbrief bei der Leserinnen-Befragung sehr gut ab.

Eine sehr deutliche Mehrheit der Leserinnen (85,5 %) erteilt ihm die **Note** ‚gut‘ bzw.

sogar ‚sehr gut‘; die anderen 10 Befragten schätzen ihn als ‚zufriedenstellend‘ ein.

Die besondere **Qualität** des Rundbriefs ergibt sich aus Sicht der Befragten daraus, dass er ‚inhaltlich vielfältig‘ ist (84 % Zustimmung), ‚interessante Daten/ Fakten/ Forschungsergebnisse‘ übermittelt (73 % Zustimmung) und über ‚aktuelle Themen‘ berichtet (73 % Zustimmung). Hinsichtlich der ‚Theorie-Praxis-Mischung‘ bzw. der ‚Nützlichkeit für die Praxis‘ sind die Wertungen etwas verhaltener (61 % bzw. 50 % Zustimmung). Diese positive Beurteilung wird mit den Statements, die die Leserinnen zu der Frage, was sie am Rundbrief am meisten schätzen, noch einmal nachdrücklich unterstrichen. Immer wieder lauten dort die Attribute: informativ, aktuell, umfassend, gut recherchiert, verständlich geschrieben, fundiert, sachlich, anregend.

Hinsichtlich der Beurteilung der einzelnen **Rubriken** des Rundbriefs kristallisiert sich folgende Rangfolge heraus: Das größte Interesse finden die Beiträge zu ‚Aktuelles‘ (97 % Zustimmung). Dem folgen die ‚Schwerpunktthemen‘ (83 % Zustimmung)

sowie die ‚Nachrichten aus Politik und Gremien‘ (73 % Zustimmung). Die anderen Rubriken – ‚Neues aus den Regionen‘, ‚Mediothek‘ sowie ‚Termine‘ – werden jeweils hälftig als ‚wichtig‘ oder ‚nicht so wichtig‘ eingeschätzt.

### **Die Verpackung könnte besser sein**

Hinsichtlich seines Layouts lobt die überwiegende Mehrheit der Befragten am Rundbrief: die lesbare Schrift sowie die orientierende bzw. übersichtliche Gestaltung. Aber jeweils nur ein Drittel bzw. ein Viertel der Leserinnen erlebt die bisherige Erscheinungsform auch als ‚ansprechend‘ oder gar ‚lebendig‘. Dementsprechend richten sich die meisten qualitativen Anmerkungen zu Verbesserungsvorschlägen auf die äußere Form des Rundbriefs, z. B.: neues Deckblatt, flotteres Layout, lesefreundlicheres Format, Fotos und Grafiken als auflockernde Elemente usw. Selbstkritisch wird aber auch vermerkt, dass „ein Top-Layout viel kostet“ und dass die bisherige Aufmachung für „handgestrickt“ bzw. „kostenlos“ ganz „o.k.“ ist.



## **Rezeptfreiheit der „Pille danach“**

Weltweit ist die „Pille danach“ ein anerkanntes und wirksames Mittel, unverzüglich nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr einer ungewollten Schwangerschaft vorzubeugen. In 17 europäischen Ländern erhalten Frauen die „Pille danach“ rezeptfrei.

Seit Jahren fordert pro familia, dass auch in Deutschland die „Pille danach“ als hormonelle Nachverhütung rezeptfrei an Frauen abgegeben wird. Hartnäckig hält sich in Deutschland die Falschinformation, dies bewirke einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Die WHO hat die Wirkungsweise untersuchen lassen.

Die „Pille danach“ verzögert oder verhindert den Eisprung und führt so dazu, dass keine Befruchtung stattfinden kann. Die „Pille danach“ bewirkt keinen Schwangerschaftsabbruch, denn sie wirkt nicht mehr, wenn sich eine befruchtete Eizelle bereits in die Gebärmutter schleimhaut eingenistet hat.

Internationale Expertinnen und Experten fordern, dass jede Frau ungehinderten Zugang zur Nachverhütung bekommen müsse. Eine zeitliche Verzögerung, wie sie am Wochenende oder an Feiertagen zu beobachten ist, bedrohe die Gesundheit von Frauen und erhöhe das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft in unverantwortlicher Weise.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: E-Mail: [presse@profamilia.de](mailto:presse@profamilia.de), Tel.: (0 69) 63 90 02*



## Mitgliederseite / Neues aus den Regionen

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,

Schicken Sie uns einen Bericht für diese Rubrik, wenn Sie:

- eine Veranstaltung durchgeführt haben,
- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen, z. B. auf eine Ausstellung,

- eine Vortragsreihe, einen Film etc.
- eine Umfrage aus dem Bereich Frauen und Gesundheit organisiert haben,
- Mitstreiterinnen suchen.



### 60 Jahre ReGenesa

Am 28. November 2007 jährte sich der 60. Gründungstag des kirchlich gemeinnützigen Vereins ReGenesa. Mit Sitz in Hannover hat sich dieser Verein über 50 Jahre lang als „Heim und Werk des Frauenwerks der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers“ den Problemen von Müttern gewidmet. 2003 kommt es zur Namensgebung ReGenesa. ReGenesa steht dabei für Rehabilitation, Regeneration und Genesung.

Der Jubiläumsband beschreibt die Situation folgendermaßen: 1947 im Gründungsjahr, galt es, die Folgen des Zweiten Weltkrieges zu bewältigen. Den Preis für den Weltkrieg trugen vielfach die Frauen. Sie haben die Familien versorgt, viele hatten ihre Männer, Söhne, Väter auf den Schlachtfeldern verloren. Die wenigsten Frauen waren sozial und finanziell abgesichert. Auf ihren Schultern ruhte die größte Last der physischen und psychischen Bewältigung des von Kriegswirkung und Mangel geprägten Alltags. Am 31. Mai 1950 wurde dann das Deutsche Müttergenesungswerk gegründet, das die Bemühungen um die Müttergesundheit unter einem Dach sammelte.

Es galt zu Beginn vor allem, die Mütter, die zur Erholung kamen, satt zu bekommen und ihnen zu helfen, die Strapazen und Schrecken des Krieges zu verarbeiten und deren Folgen zu bewältigen.

Von der Müttererholung entwickelte sich der Verein ReGenesa zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen mit frauen

spezifischen Gesundheitsleistungen. Kurbedürftige Frauen, Mütter und Kinder finden in den vier ReGenesa-Therapiezentren in Juist, Norddeich, Bad Bevensen und Hahnenklee ein breites Spektrum an Gesundheitsleistungen für gesundheitliche Beschwerden und besondere Lebensproblematiken: psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen, Kopfschmerzen und Migräne, Atemwegs- und Hauterkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Kuren für Teenagermütter, für Mütter mit Kleinkindern oder für Mütter und Kinder mit Behinderungen, sowie für Frauen, die pflegebedürftige Angehörige betreuen. Die Konzepte werden stetig den veränderten Bedingungen weiblicher Lebenswelten angepasst.

Mit der Gesundheitsreform 2007 hat der Gesetzgeber ausdrücklich die Müttergenesungsdienstleistungen gestärkt. Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sind jetzt Pflichtleistungen der Krankenkassen. Nach §§ 24, 41 SGB V kann eine dreiwöchige stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen werden.

Die Jubiläumsfeier warf einen kurzen Blick zurück und viele differenzierte Blicke nach vorn. Eine lebendige Form, Elly Heuss-Knapp zu gedenken, war die Lesung „Köstlich viel zu tun“ über deren Leben. In Workshops wurden Herausforderungen der Zukunft ausgelotet. Dabei ging es um Themen wie Personalentwicklung in sozialen Organisationen oder ökologisches Denken und Handeln in Kureinrich-



tungen. Biografische Kontexte von Frauen in Müttergenesungskuren wurden feministisch-theologisch beleuchtet. Ein Glas-harfenspiel beschloss die Veranstaltung.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Christine Rahmann, Michaela Friedrich, ReGenesa, Frauen und Mutter-Kind Vorsorge & Reha Therapiezentren des Frauenwerks der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V., Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 9 90 45-0, E-Mail: [info@muettergenesung.de](mailto:info@muettergenesung.de)*



## Impressum

Rundbrief 24 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

März 2008, c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/38811895, E-Mail: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Redaktion: Ursula Jeß, Andra Saake, Hildegard Müller, Dr. Ute Sonntag

Beiträge: Dr. Brigitte Borrmann, Dr. Angelica Ensel, Stefanie Gebker, Dr. Frauke Gerhardt, Dr. Catrin Halves, Dr. Ingrid Helbrecht, Dr. Claudia Hellmers, Silke Röhl, Prof. Dr. Beate Schücking, Dr. Martina Weiß

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Sommer/Herbst 2008. Redaktionsschluss ist der 1. August 2008.

## Schwerpunkt: 21. Netzwerktagung „Schwangerschaft und Geburt – Selbstbestimmung im Wandel“

### Einführung

Die Frauenbewegung der 70er Jahre hatte Selbstbestimmung in dem Sinne gefordert, sich den eigenen Körper wieder anzueignen. Heute stellen wir fest, dass Frauen mehr und mehr Kontrolle und Überwachung als eigenes Bedürfnis empfinden. Selbstbestimmung heißt heute Selbststeuerung, kompatibel mit den Möglichkeiten des Medizinsystems.

Im Rahmen der Veranstaltung wurde problematisiert, welche Konsequenzen dies für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat. Zudem wurde diskutiert, wie die salutogenetische Perspektive die

Begleitung von Frauen rund um die Geburt bereichern kann und welche Umgebungsfaktoren die Ressourcen der Frauen langfristig stärken.

Die 21. Tagung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, in Kooperation mit der Universität Osnabrück, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, fand am 9. Oktober 2007 in Osnabrück statt. Die power point Vorträge finden Sie unter [www.gesundheit-nds.de/dokumentationen/091007schwangerschaftundgeburt.htm](http://www.gesundheit-nds.de/dokumentationen/091007schwangerschaftundgeburt.htm).



### Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett heute – aktuelle Diskussionen und neue Entwicklungen

*Prof. Dr. Beate Schücking*

Mit diesem Eröffnungsvortrag möchte ich Impulse für unseren gemeinsamen Tag geben, zu Kontroversen anregen und konstruktive Dialoge bewirken. Letztlich geht es um Fragen wie:

Wie entwickelt sich die deutsche Geburtshilfe?

Welche Wirkung hat sie auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen?

Was können wir auf den verschiedenen Ebenen unseres jeweiligen Handelns – als Multiplikatorinnen aus den vielfältigsten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, aus der Erwachsenenbildung, als Wissenschaftlerinnen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, als Frauen – in unserem jeweiligen Umfeld tun, um diese zentrale Phase nicht nur des weiblichen Lebens möglichst gut gelingen zu lassen? Denn das Ziel sind doch gesunde Mütter und gesunde Kinder – wobei Gesundheit heute mehr meint als ohne sichtbare Schäden überlebt zu haben! Mein Ver-

ständnis ist gerade an diesem Punkt das der WHO-Definition: Das Ziel muss es sein, körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden für möglichst viele Familien von Beginn an zu erreichen,.

Weil wir – zum Glück – nicht die einzigen sind, die dieses Ziel schon lange vor Augen haben, ist der Bereich der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt auch derjenige, der sich als erster um Qualitätskontrolle bemüht hat. Seit den frühen 80er Jahren, also seit mehr als 20 Jahren, steht in West-Deutschland die Perinatalerhebung (zunächst in den Ländern Bayern, Niedersachsen und Hessen) für diese ständige Bemühung um bessere Ergebnisse. International ist es vor allem der Aufbau der Cochrane-Collaboration, der hier zu nennen ist. 1989 hielt ich das erste Exemplar von: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* in den Händen und alle sagten: Dies ist ein Meilenstein! Ab nun wird alles anders in der Geburtshilfe, denn auf der Basis evidenzbasierter Medizin wird eine wirklich optimale Versorgung möglich sein. Ich war tief beeindruckt und bin es auch heute noch ob der Leistung, Evidenz in Tabellen zu bündeln und endlich so klare Aussagen zu ermöglichen wie: Eine Kaiserschnitttrate von ca. 2% ist notwendig, um die mütterliche Gesundheit zu erhalten – eine Kaiserschnitttrate von 5-6% sichert die der Babies – darüber hin-

aus sind kaum weitere positive Effekte zu erwarten. Diese Aussagen gehören in jedes geburtshilfliche Lehrbuch. Seit einigen Jahren gibt es auch eine deutsche Übersetzung der neueren Auflage. Fast 20 Jahre nach dem ersten Erscheinen könnte man erwarten, deutliche Effekte zu sehen. Die Frage ist allerdings, ob dies tatsächlich der Fall ist. Ich werde im Folgenden, an einzelnen konkreten Punkten, auf diese Frage zurückkommen in puncto Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Ich gliedere meine Ausführungen in die Phasen dieses Lebensabschnittes, und beginne deshalb mit:

### **Schwangerschaft**

Noch nie waren werdende Mütter in Deutschland im Durchschnitt so gesund, so gebildet, so häufig berufstätig und durchschnittlich so alt wie die heutigen Schwangeren. Noch nie gab es prozentual so viele nach Sterilitätsbehandlung eintretende Schwangerschaften (derzeit 4% – 5% der Geburten).

Fast immer suchen Frauen früh in der Schwangerschaft (früher als je zuvor!) ärztlichen Rat. Zwar haben Frauen durch die freie Verfügbarkeit von Schwangerschaftstests die Möglichkeit, sich mit der Tatsache des Schwangerschaftsbeginns zunächst alleine und innerfamiliär auseinander zu setzen, aber ihr weiterer Weg führt in aller Regel in die Frauenarztpraxis, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine geplante (ca. 50%), eine ungeplante, aber willkommene (ca. 25%) oder eine der etwa 25% ungewollten Schwangerschaften handelt. Von letzteren führt ca. die Hälfte zum Abbruch – von ersteren werden je nach Alter und Belastung der werdenden Mutter – bis zu 20% mit natürlichem Abort enden.

In Deutschland werden inzwischen weniger als 700.000 Kinder pro Jahr geboren mit abnehmender Tendenz (im Jahr 2004 wurden 705622, im Jahr 2005 insgesamt 685795 und im Jahr 2006 wurden 672724 Kinder mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 g oder lebend in Deutschland geboren (Statistisches Bundesamt 2007). Die Zahl wird sich wahrscheinlich weiter reduzieren,

da die Zahl der Frauen im fertilen Alter deutlich sinkt: Die Frauen der Baby-Boomer-Generation erreichen das mittlere Alter. Wie bei steigendem Alter der Mütter häufiger zu erwarten, liegt die gesamte Anzahl der Aborte und Abbrüche bei 230.000 und darüber. Somit geht es hier um unsere Klientel von etwa **900.000 schwangere Frauen** pro Jahr.

Mit Beginn der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der Aushändigung des Mutterpasses setzt für die Frauen auch das Risikoscreening ein, das als deutsche Besonderheit den vornehmlich gesunden Frauen Risiken attestiert – ca. 75% der Frauen landen in dieser Kategorie: (Schwarz / Schücking 2002).

Deutsche Schwangere sind im Schnitt im Laufe der Jahre nicht nur älter (derzeit fast 30 Jahre, wobei Mütter in Ostdeutschland jünger sind, aber sich tendenziell den westdeutschen Müttern angleichen, vgl. Helfferich) sondern auch vorsichtiger geworden. Immer mehr Vorsorgeuntersuchungen finden statt. Immer früher in der Schwangerschaft wird mit den Vorsorgeuntersuchungen begonnen und damit auch die erste Ultraschalluntersuchung durchgeführt als Beginn der selbstverständlich gewordenen Pränataldiagnostik. Die Mutterschaftsrichtlinien – gesetzliche Basis für das Vorsorgeangebot – sehen drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft vor. Mehr als die Hälfte der Schwangeren erhalten mehr als diese drei Ultraschalluntersuchungen (Schwarz / Schücking 2002: 27). Eine evidenzbasierte wissenschaftliche Basis zur Effizienz dieser Art von Früherkennung und Diagnostik fehlt.

Für Frauen in Deutschland wurde mehrfach nachgewiesen, dass die jetzige, auf dem Risikokzept basierende Vorsorge gerade die wirklich risikoexponierteren Frauen nur teilweise erreicht, während die am besten informierten und gesündesten Frauen eher ärztlich überversorgt sind. Insgesamt 42% aller Schwangeren erhalten mehr als die bereits schon großzügig zugedachten 11 Vorsorgeuntersuchungen, kritisiert die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2007). Eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in mehreren – darunter auch industrial-

sierten – Ländern ergab vor wenigen Jahren, dass eine Reduzierung auf 5-7 Untersuchungen ohne weiteres möglich ist. Viele Schwangere haben sich jedoch an diese ständigen Kontrollen gewöhnt und sehen sich selbst als Risikofall. Offensichtlich hat die ärztliche Schwangerenvorsorge das Erleben der werdenden Mütter verändert.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive sowie aus dem Blick der WHO hat ein Land wie Deutschland mindestens 60-80% gesunde Frauen, denen eine normale Schwangerschaft attestiert werden müsste. Stattdessen haben wir auf Grund einer nicht evidenzbasierten Risikoeinstufung nur für 25% der Schwangeren eine bescheinigte Risikofreiheit! (Siehe BQS- Bundesauswertung 2007)

Welchen breiten Raum in der Wahrnehmung der Versorgenden diese Untersuchungen ausmachen, ist aus jedem Mutterpass ersichtlich, dagegen fehlen Fragen zum aktuellen Wohlbefinden und der psychischen Vorbereitung auf das Kind. Nach unseren neuesten Forschungsergebnissen fehlt auch häufig eine grundlegende Ernährungsberatung, die im Gespräch mit der Frau klären müsste, ob die Jodsubstitution alimentär sichergestellt werden kann, was meist nicht der Fall ist und in der Regel in der dringenden Empfehlung zur Jodsubstitution münden sollte. 9 von 10 Frauen, die eine solche Empfehlung erhalten, befolgen diese!

Schwangere möchten sich gerne „sicher“ fühlen. Verständlich wird so auch, weshalb Schwangere sich davon überzeugen lassen, IGEL-Leistungen wahrzunehmen - z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, Cardiotocogramme (Herztonwehenmessungen), Blutuntersuchungen usw. Selbst der relativ neue „Gender-Test“ (der „sex-test“ heißen müsste) zur frühzeitigen sicheren Bestimmung des kindlichen Geschlechtes aus dem mütterlichen Blut scheint Kundinnen zu finden.

Viele Fragen zur Struktur der Betreuung sind ungeklärt – z. B., warum Deutschland nicht insgesamt dem Vorbild der Schwangerenbetreuung anderer Länder mit mindestens partieller Hebammenvorsorge und guten perinatalen Ergebnissen folgt. Nur in

der außerklinischen Geburtshilfe erfahren deutsche Frauen bereits vor der Geburt umfassende Hebammenbetreuung, obwohl diese evidenzbasierte Vorteile bietet.

Ein kritischer Blick aus unserer Maternal Health-Forschungsgruppe auf die Schwangerenvorsorge kommt zu dem Schluss, dass das Risikokonzept den Beweis seines Nutzens schuldig geblieben ist und dass ein risikoorientiertes Denken die Protektiv-Faktoren dieser Lebensphase vernachlässigt (Borrmann 2006). Dies gilt für die Schwangere wie für ihr künftiges Kind. Wenn wir wissen, dass Defizitorientierung ungünstig ist – und gleichzeitig von Eltern erwarten, dass sie ihre geborenen Kinder fürsorglich und nicht defizitgeleitet betreuen – sollten wir keine defizit-, sprich risikoorientierte Vorsorge anbieten, sondern professionell solche Betreuung leisten, die die Protektiv-Faktoren jeder Schwangeren erkennt, in den Mutterpass einträgt und in jeder Hinsicht unterstützt.

Eine interdisziplinäre Diskussion, in der die Frauen selbst als Nutzerinnen neben den versorgenden Berufsgruppen vertreten sein sollten, ist hier mehr als überfällig. Meines Erachtens muss das Ziel eine gute – von Pränataldiagnostik abgegrenzte und auf Gesundheit ausgerichtete – Begleitung, dieser an Ressourcen vollen, aber auch vulnerablen Lebensphase sein.

Zusammenfassend- für die weitere Diskussion: Was ist neu?

- Veränderung der Frauen
- Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten, hin zu immer früherer Diagnostik, die aber auch immer früher eine symbolische Trennung der Frau von ihrem ungeborenen Kind nach sich zieht
- Gesellschaftliche Bedeutung der Generativität im Umbruch (der Von-der-Leyen-Effekt?)

### **Geburt**

98% der deutschen Kinder werden in der Klinik geboren – hier liegt deshalb der Schwerpunkt meiner Ausführungen. Die deutsche Geburtsmedizin hat zwei Seiten: Zum einen erzielt sie (nach den vorliegen-

den Daten) einen internationalen Spitzenplatz, zumindest in der perinatalen Mortalität. Mit Ergebnissen um oder unter 5 Promille können alle Berufsgruppen zufrieden sein – dies ist kaum noch steigerbar. Zum anderen sehen wir einen immensen Aufwand, mit dem dieses Ergebnis erzielt wird.

Die Geburt – mit Ausnahme der außerklinischen Geburten – ist zu einem hochmedikalisierten Vorgang geworden, innerhalb nur einer Generation. Wir haben in der Maternal Health-Forschungsgruppe in Osnabrück die Ergebnisse eines unserer großen Forschungsprojekte einmal zusammengefasst in dem Satz: Die normale Geburt ohne medizinische Eingriffe ist auf die rote Liste gesetzt worden (Schwarz und Schücking 2002).

Das ungestörte Ablaufen des natürlichen Gebärens mit professioneller Begleitung im Sinne unterstützender Betreuung ohne Intervention wird zwar weltweit von den Frauen gewünscht (selbst in Ländern mit extrem hohen Kaiserschnittraten), jedoch nicht durchgesetzt. Der Bericht zum Hebammenwesen heute „Geburtshilfe neu denken“ (2006) spricht hier von der „gekonnten Nichtintervention“ als ein – wieder neu zu belebendes – Ziel der Hebammen. Wir sollten nicht aus den Augen verlieren, dass geburtshilfliche Eingriffe fast ausnahmslos zur Beherrschung von Komplikationen entwickelt wurden und häufig unhinterfragt und nicht evidenzbasiert zur Routine geworden sind. Frauen, die heute ein Kind erwarten, müssen davon ausgehen, dass mindestens jede fünfte von ihnen eine Geburtseinleitung bekommt, dass jede dritte Wehenmittel unter der Geburt erhält, und mehr als die Hälfte eine (überwiegend rückenmarksnahe) Anästhesie akzeptiert. Immer noch erfährt mehr als ein Drittel der Frauen einen Dammschnitt.

Fast ein Drittel aller Gebärenden erhält zur Geburt ihres Kindes einen Bauchschnitt: Der massive Anstieg der Kaiserschnittrate innerhalb der letzten 15 Jahre von einem bundesweiten Wert von ca. 15% (der auch den WHO-Empfehlungen entsprach) auf weit über 25% heute kommt zustande durch eine Zunahme sowohl der geplanten wie der ungeplanten Kaiserschnitte. Aktu-

elle deutsche Studien haben gezeigt, dass der Wunsch der Mutter nur in einem sehr geringen Prozentsatz ausschlaggebend ist – in der letzten Studie aus Bremen fanden sich 2% (GEK-Kaiserschnittstudie von Lutz und Kolip 2006), unsere eigenen Ergebnisse lagen nur leicht darüber (Hellmers und Schücking 2006). Wenig diskutiert wird bisher, dass die bei einer kleinen Gruppe vorhandenen Wünsche nach einem geplanten Kaiserschnitt vor allem von Angst, Depressionen und (schlechten) Vorerfahrungen geprägt sind. Die große Mehrheit der Frauen wünscht sich eine Spontangeburt, und auf dem Hintergrund der derzeit in Deutschland wenig diskutierten Nachteile eines Kaiserschnittes scheint dieses eindeutig die gesündere Entscheidung zu sein. Glücklicherweise hat der medizinische Fortschritt die Komplikationsrate von Kaiserschnitten vermindert – insbesondere Infektionen und Thrombosen sind seltener als früher. Dennoch bleibt er ein großer Eingriff und die „abdominale Geburt“ ist nicht physiologisch, wird es nie werden. Nach Kaiserschnitten ist die Fruchtbarkeit der Frauen reduziert – teils gewollt, teils aus unklaren Gründen.

Bei der dann eingetretenen weiteren Schwangerschaft besteht ein massiv erhöhtes Risiko einer Uterus-Ruptur (Riss der Gebärmutterwand). Auch eine Plazenta am falschen Platz (praevia oder accreta) wird häufiger beobachtet und die Totgeburtenrate ist erhöht. Auch erneute Krankenhausaufenthalte wegen Problemen an der Kaiserschnittnarbe werden notwendig (die angestrebte Rate an revisionsbedürftigen Wundheilungsstörungen von unter einem Prozent wird noch lange nicht von allen Kliniken erreicht (NPExtra 2006, Anhang B). Der deutliche und stetige Anstieg des Prozentsatzes der Schwangeren, die bereits einen Kaiserschnitt hinter sich haben, wird die Zahl dieser Komplikationen in Zukunft weiter steigen lassen. Wir sollten uns vor Augen halten: Nach wie vor gibt es Länder mit niedrigen Kaiserschnittraten, die auch sehr gute perinatale Ergebnisse vorweisen können: Schweden, Norwegen, die Niederlande, auch Tschechien (Gesundheitsbericht des Bundes, OECD Health Data 2005). Wenn Hebammen Frauen unterstützen, aus

eigener Kraft zu gebären, leiden darunter nicht die perinatalen Ergebnisse – im Gegenteil.

Die inzwischen fünf bundesweit neu eingerichteten Hebammenkreißsäle beschreiten den Weg, den skandinavische Länder bereits erfolgreich gehen.

Zusammenfassend für die weitere Diskussion: Was ist neu?

- Veränderung der Frauen: Da die Schwangerschaften anders verlaufen, gehen die Frauen auch anders in die Geburt!
- Weiterentwicklung der medizinischen Therapie-Möglichkeiten: Kaiserschnitt und hochtechnisierte Geburt als Selbstverständlichkeit Die Unterschiede zwischen vaginaler und abdominaler Geburt werden weggeredet! Es gibt aber auch neue Modelle, z. B. den Hebammenkreißsaal!

### Wochenbett

Immer kürzer geraten die Klinikaufenthalte der Mütter nach der Geburt. Nur wenige Häuser sind wirklich Baby- bzw. Stillfreundliche Krankenhäuser. Ein Problemfeld sind die Beeinträchtigungen von Mutter und Kind, die aus mangelnder Überleitung von der Geburtsklinik zur – möglichst, aber leider nicht immer vorhandenen – nachsorgenden Hebamme entstehen. Der Aufenthalt der Mutter nach der Geburt in der Klinik ist sehr kurz (er wurde aus wirtschaftlichen Gründen in den letzten zehn Jahren von sechs auf zwei Tage reduziert) und die weitere Betreuung hängt allein vom Informationsstand der Schwangeren sowie der Geburtsklinik ab. Krankenkassen sollten den werdenden Eltern Hebammenlisten zur Verfügung stellen und sie auf die Nachsorgeangebote aufmerksam machen. Die Entlassung einer Mutter mit Kind sollte immer mit einem Brief an die nachsorgende Hebamme mit den wichtigsten Informationen zur Geburt erfolgen – dies ist bisher die Ausnahme!

Die Fragmentierung der Betreuung von Frauen und ihren Neugeborenen wird in der Zeit des Wochenbettes besonders deutlich: Zwar wird die Mutter nicht mehr

auf allen Stationen in der Mitte „halbiert“ und die obere Hälfte der Kinderkrankenschwester, die untere Hälfte hingegen der Krankenschwester zur Versorgung übergeben, aber die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen innerhalb wie außerhalb der Kliniken lässt immer noch zu wünschen übrig. Dazu kommt, dass auch in Bezug auf Neugeborene der Risikoansatz verfolgt wird und somit auch Babys einer ausgeprägten Medikalisierung unterliegen. Die durchgeführten Routineuntersuchungen des Neugeborenen und später des Säuglings erfahren noch zu wenig Qualitäts-Überprüfung. Beispiele wie die mangelnde Frühdiagnostik von kindlichen Hörproblemen haben gezeigt, dass die Effektivität des Systems nicht überbewertet werden sollte. Durch die Aufsplitterung der Betreuung auf verschiedene Berufsgruppen erfahren die Frauen entsprechend eine fragmentierte und risikoorientierte Kontrolle und wenig unterstützende Betreuung. Forschungsergebnisse zeigen die Häufigkeit mütterlicher Unsicherheit bis hin zur Entwicklung von Stillproblemen, Brustentzündungen und den so genannten „Schreibabys“. Wir wissen viel mehr als früher über die Notwendigkeit einer „guten Mutter-Kind-Bindung“ und deren positive Auswirkungen. Nur jeder zehnten Frau gelingt es, ihr Kind entsprechend der UNICEF-Empfehlung auch nach einem halben Jahr noch zu stillen. Das mütterliche Wohlbefinden ist postpartal – auch noch nach sechs Monaten – deutlich niedriger als in der Schwangerschaft (Borrmann 2006).

Familienhebammen sind ein positives Beispiel dafür, dass ein Angebot „aus einer Hand“ möglich ist. Gerade in Familien mit sozialen Problemen ist diese Art der Beratung und Betreuung durch eine Bezugsperson (und damit auch durch eine einzelne Berufsgruppe) ein viel versprechender Ansatz, der in Zukunft für alle Schwangeren und Mütter ausgebaut werden könnte. Hier liegt auch der Schlüssel, um Schritt 10 für ein Stillfreundliches Krankenhaus zu unternehmen: „Die Entstehung von Stillgruppen wird gefördert und die Mütter werden bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt gebracht“. Die Weiterleitung an die zuständi-

ge Hebamme würde dafür genügen. Allerdings leisten Hebammen (und hier besonders Familienhebammen) viele Arbeiten in der Zeit des Wochenbettes, die nicht konkret medizinisch sind und daher keine Kassenleistungen darstellen. Derzeit bekommen Familienhebammen aus unterschiedlichen Töpfen ihre Extraleistungen honoriert – ein Zustand, der nur Verwirrung stiftet. Hier ist eine bundeseinheitliche Regelung zu fordern. Dass Hebammen es erreichen können, Frauen zu stärken und dadurch primärpräventiv und gesundheitsfördernd zu wirken, ist durch internationale Ergebnisse und Erfahrungen belegt (stellvertretend: Campbell et al. 1999 und Waldenstroem und Nilsson 1994).

Zusammenfassend für die weitere Diskussion: Was ist neu?

- Veränderung der Frauen: früher nach der Geburt wieder Zuhause, häufiger nach Kaiserschnitt
- Familienhebammen werden neuerdings bundesweit eingesetzt, weitere Modelle werden entwickelt
- Stillförderung hat große Fortschritte gemacht - Umsetzung scheint aber noch nicht ausreichend.

### Ausblick

Offensichtlich gehen Frauen derzeit aus der Lebensphase des Kinderkriegens nicht nur in manchen Bereichen gestärkt, sondern auch teilweise geschwächt hervor – mit diesem Effekt unseres hochentwickelten und kostenaufwendigen Gesundheitssystems sollten nicht nur die betroffenen Mütter unzufrieden sein. Der Verdacht, dass die ökonomische Sicherung des Systems manchmal wichtiger zu sein scheint als das Wohlbefinden von Mutter und Kind, lässt sich nicht von der Hand weisen. Die meisten Verbesserungen, die aus meiner Sicht möglich wären, sind einfach zu erreichen!

Die derzeitige Aufmerksamkeit für Gesundheitsförderung vor allem für die Kinder, Stichwort: „Prävention beginnt bereits im Mutterleib“ kann uns allen neue Chancen geben. Vielleicht hilft auch das bevorstehende Präventionsgesetz, diese Impulse aufzunehmen. Uns – aus der Osna-

brücker Maternal Health-Forschungsgruppe – ist es dabei besonders wichtig, Mütter zu stärken, um Neugeborenen die besten Startchancen zu geben.

Die Hebammen haben den Weg, dieses Ziel zu erreichen, in der Schrift „Geburts-hilfe neu denken“ dargestellt. Ihre konkreten Ziele beinhalten:

- Gesundheitsfördernde Betreuung
- Erhöhung des Stellenwerts der Lebensphase in Familien- und Gesundheitspolitik
- Verbesserung der Hebammenausbildung
- Hebammenforschung mit einem Focus auf Gesundheitsförderung

(Wittgenstein 2006)

Gefordert wird eine Mutterschaftscharta – wir hoffen, dass wir diesen Meilenstein zügig erreichen können (auch um den derzeitigen politischen Rückenwind für unsere Anliegen nutzen zu können)

Die Probleme, die sich um die Geburtshilfe heute gruppieren, sind mit den Schlagworten Risikodenken und Fehlversorgung umrissen. Ihnen kann z. B. dadurch begegnet werden, dass auf die Wünsche der Schwangeren gehört, das Defizitdenken zugunsten gesundheitsfördernder Ansätze aufgegeben und an einer guten Zusammenarbeit aller Berufsgruppe und Beteiligten um das Ereignis Geburt gearbeitet wird. Mutterschaft verlangt den Frauen einiges ab – eine ressourcenorientierte Betreuung könnte erreichen, dass sich das Wohlbefinden der Mütter verbessert. Wir können hier im Zuge der europäischen Integration von einigen unseren Nachbarn noch dazulernen, um wirklich effektive Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu erreichen.

Literatur bei der Verfasserin.

*Sie wollen mehr wissen: Prof. Dr. Beate Schücking, Universität Osnabrück, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, Tel.: (05 41) 9 69 24 67 / 25 59*



## Beziehung, Autonomie, Stimmigkeit – Anregungen für eine Neuorientierung in der Geburtshilfe

*Dr. Brigitte Borrmann*

### Ausgangslage

Zunächst ist zu fragen: Warum sollte eine Neuorientierung überhaupt nötig sein?

Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist sehr niedrig und kann wahrscheinlich nur noch in geringem Maße weiter gesenkt werden. Von den 672 724 im Jahr 2006 geborenen Kindern sind 2579 im ersten Lebensjahr gestorben. Das entspricht einer Säuglingssterblichkeit von 0.41%. Nur wenige Länder der Welt weisen niedrigere Raten auf, u. a. Japan mit 0,28%. Auch die Überlebensrate von Frühgeborenen ist hierzulande sehr hoch und immer kleinere Frühgeborene können mittlerweile überleben. Die Müttersterblichkeit ist ebenfalls niedrig, insgesamt sterben pro Jahr in Deutschland ca. 30-40 Frauen im Zusammenhang mit der Geburt (Prävalenz: 5/ 100 000). Für akute, perinatale Komplikationen und Erkrankungen gibt es eine hochwertige und effiziente Versorgung.

**Allerdings gibt es erstens** auch eine ganze Reihe von nicht gelösten Problemen im Bereich der mütterlichen und kindlichen Morbidität. Dazu gehört z. B. eine relativ hohe Rate von Frühgeborenen (um 7%) und für das Schwangerschaftsalter zu kleinen Babys und eine relativ

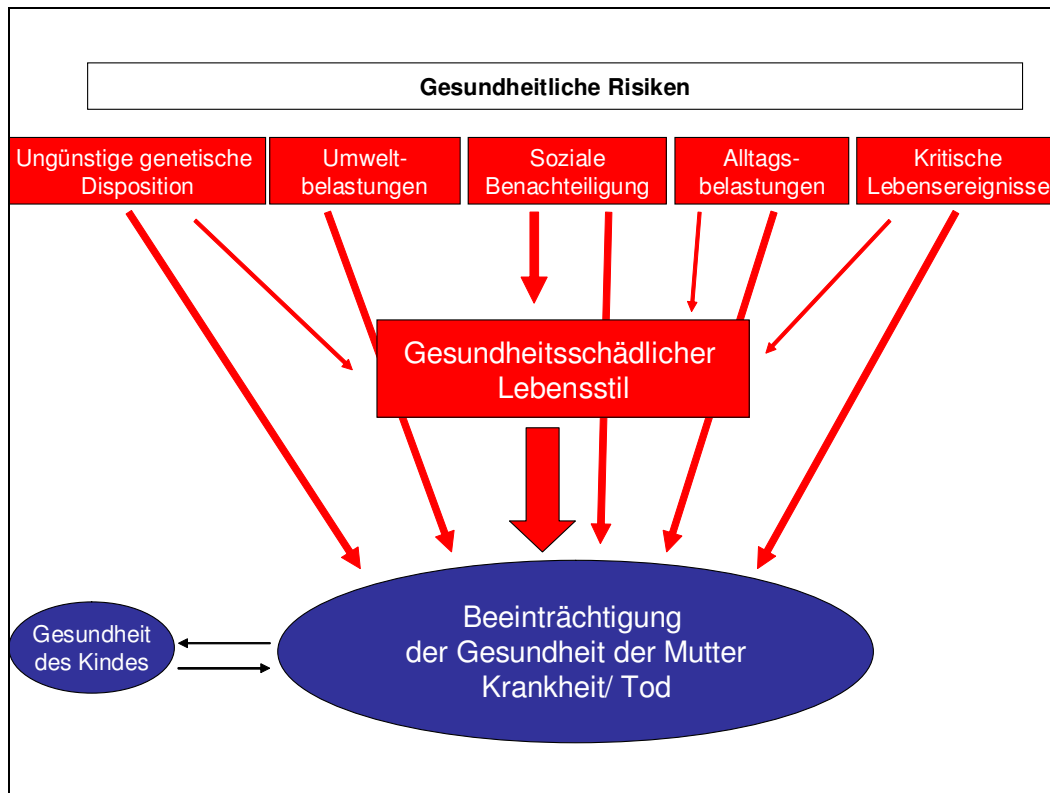
hohe Rate von Müttern mit depressiven Symptomen im Wochenbett (um 20%). Gerade die mütterliche Morbidität im ersten Lebensjahr des Kindes ist zudem ein vernachlässigtes Forschungsgebiet innerhalb der Gynäkologie. **Zweitens** wird der Aspekt der Nachhaltigkeit im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung zu wenig beachtet, d. h. es wird kaum darüber nachgedacht, welche Art von langfristigen gesundheitlichen Problemen die bei uns heute übliche, interventionsreiche, psychosozial defizitäre Form der Geburtshilfe nach sich ziehen kann. **Drittens** bietet die Lebensphase rund um die Geburt auf der anderen Seite ein großes Präventions- und Gesundheitsförderungspotenzial, das bisher zu wenig genutzt wird.

Man kann auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebensphase Schwangerschaft und Geburt aus verschiedenen Perspektiven blicken:

Die übliche Perspektive sieht so aus wie sie auch in anderen Bereichen der Prävention aussieht: Im Mittelpunkt steht das Risikoverhalten der Zielgruppe.

Die Schwangere bzw. Mutter raucht oder ernährt sich ungesund, trinkt Alkohol oder schützt sich nicht vor Infektionen. Allenfalls wird neben einer gesundheitsschädlichen Lebensweise auch noch eine ungünstige, genetische Disposition in Betracht gezogen, die die Gesundheit des Kindes (oder der Mutter) beeinträchtigen könnte.





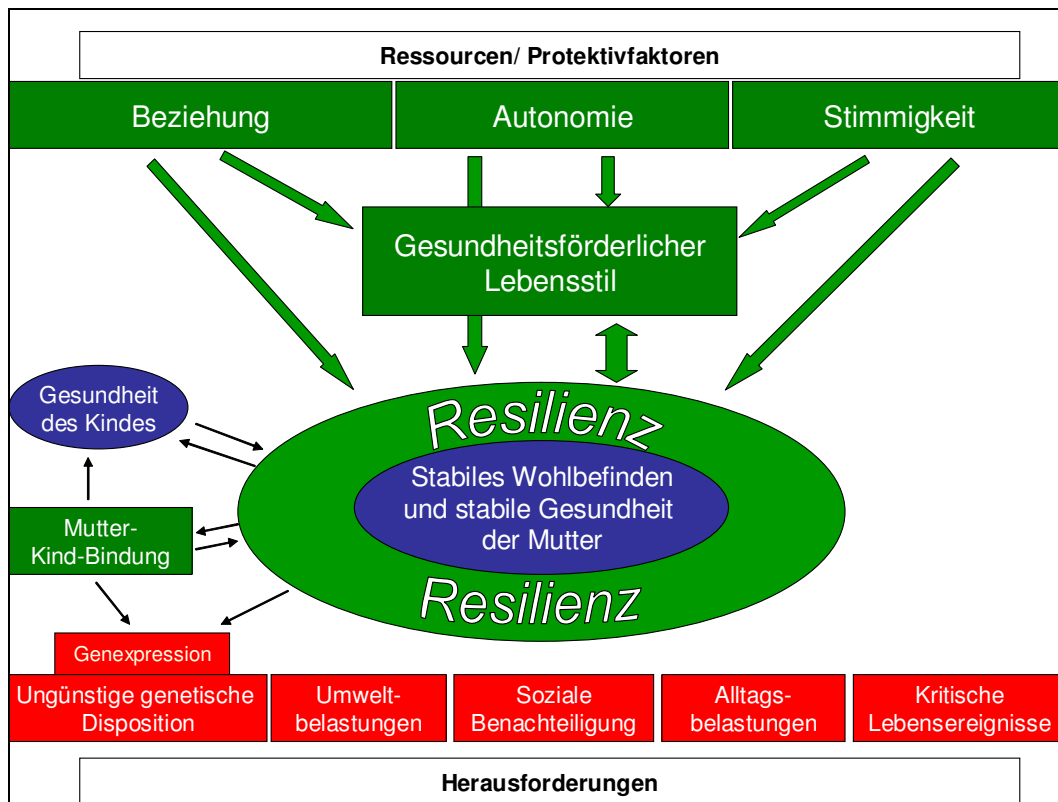
Oft wird hingegen nicht beachtet, dass es neben einem gesundheitsschädlichem Lebensstil und einer ungünstigen genetischen Disposition auch noch weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Individuen gibt.

Schwangere sind vulnerabler als andere Bevölkerungsgruppen, sie sind aber in gleicher Weise Umweltbelastungen wie Lärm und Schadstoffen ausgesetzt. Auch die Zugehörigkeit zu einer nicht integrierten, gesellschaftlichen Randgruppe kann eine Gesundheitsgefährdung darstellen (selbst wenn sie nicht mit gesundheitsschädlichem Verhalten verbunden ist). Weiterhin können sich Alltagsbelastungen wie Zeitdruck und Stress am Arbeitsplatz oder Konflikte in der Familie (durch Arbeitslosigkeit, Gewalt, Krankheit oder Drogenkonsum) negativ auf den Gesundheitszustand der Schwangeren (und damit auch des Ungeborenen) auswirken. Schließlich stellen Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Partner, Tod eines nahen Angehörigen oder andere, kritische Lebensereignisse bedeutsame Risikofaktoren dar.

Die genannten, in der Grafik ganz oben abgebildeten Einflussfaktoren können von den Frauen nicht oder nur in sehr geringem Maße beeinflusst werden und sie wirken sich nicht nur direkt auf die Gesundheit aus, sondern sie beeinflussen gleichzeitig auch das Gesundheitsverhalten. Je belastender, je stressreicher das Leben ist, desto größer ist die Gefahr, z.B. Rauchen oder süße und fette Nahrungsmittel als Kompensationsmittel einzusetzen. Unter anderem aus diesem Grund ist das Gesundheitsverhalten auch so extrem schwer zu beeinflussen.

Die Gesundheitsprobleme der Lebensphase rund um die Geburt aus dieser, an Risiken orientierten Perspektive zu betrachten, ist deprimierend und belastet auf Dauer auch die Motivation derjenigen, die im Bereich der Gesundheitsförderung arbeiten wollen.

Deshalb lohnt es sich, eine andere Perspektive einzunehmen, nämlich nicht die Verhütung von Krankheit oder Tod in den Fokus der Betrachtung zu stellen, sondern salutogenetisch vorzugehen und auf das erstrebenswerte Ziel „Wohlbefinden und Gesundheit“ zuzusteuern.



Sehr schlüssige Erklärungen dazu, wie Gesundheit entsteht und erhalten bleiben kann, wodurch sich persönliche Ressourcen oder Protektivfaktoren entwickeln können, gibt Gerald Hüther, ein an der Universität Göttingen arbeitender Professor für Neurobiologie. Nach Hüther gibt es zwei grundlegende Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung des Menschen. Erstens brauchen Kinder (und auch Erwachsene) eine Umgebung, die ihnen Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Sie brauchen Menschen, die sie mögen, respektieren und ihnen Beachtung, Wärme und körperliche Nähe schenken.

Zweitens ist es nach Hüthers Meinung ganz wichtig, dass Möglichkeiten existieren, immer wieder über sich selbst hinauszuwachsen. Dazu muss es Herausforderungen geben, die selbstbestimmt bewältigt werden können und dadurch eine fortlaufende, persönliche Weiterentwicklung gewährleisten.

Unter diesen beiden Grundvoraussetzungen entwickeln Menschen erstens viel eher einen positiven, gesundheitsförderli-

chen Lebensstil, weil sie – wenn sie das Gefühl haben, dass das eigene Leben schön, spannend und sinnvoll ist – viel mehr intrinsische Motivation besitzen, gesund zu bleiben, um möglichst lange am Leben teilhaben zu können. Zweitens entwickeln Menschen, die eine angemessene, soziale Unterstützung bekommen (also eine gute Beziehung zu ihren Bezugspersonen haben), viel eher eine ausgeprägte Resilienz (Widerstandsfähigkeit) gegenüber den genannten, potenziellen, äußeren Belastungsfaktoren, die ja trotzdem immer noch da sind, aber eben eher den Charakter von Herausforderungen annehmen, wenn genügend innere und äußere Ressourcen vorhanden sind.

Meiner Meinung nach ist für die Resilienzentwicklung auch noch mindestens ein weiterer Faktor von Bedeutung: die Signale, die aus der sozialen Umwelt eines Kindes kommen, dürfen nicht zu widersprüchlich sein. Ein im Großen und Ganzen stimmiges Verhalten der Eltern gibt dem Kind Orientierung und ist damit eine wichtige Ressource. Gleiches gilt sicher auch in

kritischen Übergangsphasen des Erwachsenenlebens wie z. B. der Geburt eines Kindes. Beispiele hierzu folgen später.

In Bezug auf den zuerst erwähnten Protektivfaktor „Beziehung“ (Sicherheit und Geborgenheit in Beziehungen erleben) ist die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Bindung von entscheidender Bedeutung, da hier wichtige Weichen für spätere Bindungen und Beziehungen zu anderen Menschen gestellt werden. Bindung kann auch betrachtet werden als Regulation biologischer Synchronizität zwischen Organismen. Wenn die Kommunikation zwischen Mutter und Kind gut funktioniert, werden negative Gefühle wie Angst und Verzweiflung gedämpft und positive Gefühle verstärkt und intensiviert. Eine hinreichend sensitive, primäre Bezugsperson kann dadurch eine Stärkung von Affektregulationskapazitäten beim Kind erreichen und damit eine gute Basis für psychische Stabilität herstellen.

Die Protokonversation zwischen Mutter und Kind (Blicke, Gesten, Vokalisationen sowie Bewegungen der Arme und des Kopfes) trägt zur Stärkung der Bindung und gleichzeitig zur Bildung neuronaler Strukturen im Gehirn des Kindes bei. Aber nicht nur das kindliche Gehirn entwickelt sich in Abhängigkeit der Außenreize, die es erhält, auch im Gehirn der Mutter bilden sich durch diese besondere Form der Kommunikation neue Strukturen.

Für die Kinder ist es wichtig, eine emotional-sensitive Bezugsperson zu haben, die in angemessener Weise mit ihren Gefühlsregungen umgehen kann. In Versuchen an Ratten zeigte sich, dass Rattenmütter ihre Jungen dann angemessen fürsorglich versorgen können, wenn sie selbst eine fürsorgliche Mutter hatten. Es scheint sich hierbei nicht um ein genetisch festgelegtes Programm zu handeln, das allen Säugetieren angeboren ist. Rattenweibchen, deren Mutter sich uninteressiert und wenig fürsorglich verhält, werden selbst fürsorgliche Rattenmütter, wenn sie direkt nach der Geburt als „Pflegekinder“ einem fürsorglichen Muttertier zur Aufzucht gegeben werden. Von ihrer Mutter liebevoll bemutterte Tiere schütten später unter Stressbedingungen deutlich geringere Mengen des Stresshormons Cortisol aus als Tiere, die

als Neugeborene nur wenig Zuwendung erhalten haben.

Wenn ein Säugling einmal schreit, weil er sich allein gelassen oder aus einem anderen Grund schlecht fühlt, entstehen daraus noch keine größeren Probleme. Wenn sich allerdings Erlebnisse von Hilflosigkeit, Einsamkeit und Schmerz häufen, dann prägen sie sich unauslöschlich in das limbische System ein, das unser Gefühlsleben steuert. Die Botenstoffe, die hier ausgeschüttet werden, wirken sich z. B. auf Puls und Blutdruck aus, bewirken aber auch eine Aktivierung oder Hemmung von Genen, die das Nervenzellwachstum steuern. Je schlechter die Erfahrungen sind, die Kinder im ersten Lebensjahr machen, desto eher entwickeln sich Nervenzellverbände, die auf Angst, Flucht und Abwehrreaktionen ausgerichtet sind und je besser die Erfahrungen sind, desto stärker entwickeln sich neuronale Netzwerke, die auch in schwierigen Situationen Chancen und Bewältigungsmöglichkeiten erkennen lassen.

Eine beeinträchtigte Bindung zur Mutter (die auch durch Trennung nach der Geburt bedingt sein kann) stellt auch für sich genommen einen erheblichen Stressfaktor für den Säugling dar. Aus der neurobiologischen Forschung ist mittlerweile bekannt, dass perinataler Stress eine Substanzminderung im Hippocampus (einem Teil des limbischen Systems) bewirken kann. Tragischerweise sind die Kinder dadurch weniger in der Lage, die Stressreaktivität zu dämpfen, so dass eine erhöhte Stressempfindlichkeit daraus resultiert. Kommen dann weitere, äußere Stressfaktoren wie Lärm, Reizüberflutung, Reizarmut, Hunger oder Durst hinzu, entsteht eine Situation, die als belastend und gleichzeitig unkontrollierbar erlebt wird. Das Kind fühlt sich hilflos und ausgeliefert. Langfristig können dadurch verschiedene psychosoziale und psychosomatische Störungen begünstigt werden. Die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse („Stress-Achse“) spielt dabei eine wesentliche Rolle. Störungen dieses Systems drücken sich insbesondere durch einen dauerhaft zu hohen oder zu niedrigen Cortisolspiegel oder durch eine überhöhte Cortisolreaktion als Antwort auf Stresssituationen aus. In zahlrei-

chen Studien zeigten sich deutliche Zusammenhänge dieser Dysregulation mit dem Auftreten von Depressivität, Ängstlichkeit, erhöhter Reizbarkeit, Schmerzempfindlichkeit und Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma und Adipositas.

Auch ohne äußere Stressfaktoren stellt die Geburt für Mutter und Kind ein Stresserlebnis dar. Allerdings gibt es eine Substanz, die sehr gut als ausgleichender Faktor wirken kann: das Oxytocin, ein Neurohormon, welches vom Hypothalamus ausgeschüttet wird. Es sorgt während der Geburt für die Kontraktion der Gebärmutter und beim Stillen für die Kontraktion der Alveolen in der Brustdrüse.

Bei der stillenden Mutter fördert Oxytocin außerdem die Wundheilung und senkt das Infektionsrisiko sowie den Blutdruck. Darüber hinaus hat es auch psychotrope Wirkungen: es wirkt stimmungsaufhellend und beruhigend, erhöht den Wunsch nach Kontakt und dämpft die Aggressivität. In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass eine mangelnde Oxytocinausschüttung das Brutpflegeverhalten einschränkt. Oxytocin hat wie Cortisol auch einen Einfluss auf die Genexpression und Genblockierung und spielt dadurch ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Gehirnstrukturen.

Im limbischen System des kindlichen Gehirns werden auf diese Weise Strukturen des körpereigenen Belohnungssystems aufgebaut. Untersuchungen einer amerikanischen Forschergruppe kamen zu dem Ergebnis, dass Affen, die in ihrer Kindheit besonders gut umsorgt wurden, später weniger anfällig für die Entwicklung von Suchtverhalten waren.

An dieser Stelle könnte man zu dem Schluss kommen, dass ein Großteil der gesundheitlichen Probleme mit mangelnder Fürsorge durch die Mutter in der frühen Kindheit zusammenhängt und Mütter daher an allem schuld sind. Wie in den Grafiken dargestellt sollte das mütterliche Verhalten aber nicht abgekoppelt von zahlreichen, äußeren Einflussfaktoren betrachtet werden. Des Weiteren sind die heutigen Mütter zum großen Teil in einer Zeit geboren worden, in der es üblich war, Mutter und Kind nach der Geburt zu tren-

nen und künstliche Säuglingsnahrung der ärztlich empfohlene Normalfall war. Beide Faktoren wirkten sich in den `60er und `70er Jahren (z. T. auch noch heute) ungünstig auf den Beginn der Mutter-Kind-Bindung aus.

Darüber hinaus befinden sich Schwangere und junge Mütter, besonders wenn sie Erstgebärende sind, selbst in einer sensiblen Entwicklungs- bzw. Übergangsphase ihres Lebens und brauchen auch gute Beziehungen/ soziale Unterstützung und sie brauchen auch ein Umfeld, das ihnen Autonomie und damit die Möglichkeit, über sich selbst hinauszuwachsen, gewährt.

### Beziehung

Das britische National Institute for Clinical Excellence (NICE) empfiehlt aufgrund zahlreicher Studien zur Geburtszufriedenheit, dass die perinatale Begleitung durch eine kleine Gruppe von Betreuungspersonen geleistet werden soll, mit dessen Mitgliedern sich die Mutter wohl fühlt. Ein Wechsel der Geburtshelfer soll nach Möglichkeit vermieden werden. In einer aktuellen deutschen Untersuchung wünschten sich 69% der Studienteilnehmerinnen die kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme. In Interviews, die einige Monate nach der Geburt mit Frauen aus dem Raum Osnabrück durchgeführt wurden, zeigte sich auch eine entsprechende Tendenz. Auf die Frage danach, was den Geburtsverlauf aus ihrer Sicht positiv beeinflusst hat, antworteten die Teilnehmerinnen z. B.: „Also das Wichtigste war für mich die Hebammenschülerin, die war fast die ganze Zeit bei uns.“ (Erstgebärende, Klinik) oder „Ich könnte es mir für mich auch gar nicht anders vorstellen. Ich möchte mich in dem Moment auch einfach nicht auf jemand Wildfremdes einstellen, den ich vielleicht ein- oder zweimal gesehen habe. Das ist so eine intime Geschichte, so eine Geburt, dass mir das auch wichtig wäre, dass die Personen, die dabei sind, wissen, was ich möchte, mich auch ein bisschen kennen.“ (Mehrgebärende, Hausgeburt) oder „Also, was ich sehr gut fand, dass die Hebamme, dass die halt den ganzen Tag da war. Also wenn die Tür aufging, dann wusste ich genau, wer reinkommt.“ (Mehrgebärende, Geburtshaus)

Auf die Frage, was in den Wochen nach der Geburt Gesundheit und Wohlbefinden positiv beeinflusst hat, antwortete eine Mutter: „Beziehung, gutes Essen, liebe Worte.“

Geborgenheit ist aber nicht alles und Fürsorglichkeit kann auch schnell in Überfürsorglichkeit und Bevormundung ausarten.

### Autonomie

Ein wichtiger Bereich in Bezug auf die Selbstbestimmung im Geburtsverlauf ist u. a. die Wahl der Geburtsposition. Demgemäß lautet eine NICE-Richtlinie: *“Women should be encouraged and helped to move and adopt whatever positions they find most comfortable throughout labour.”* Die weitaus meisten Frauen entbinden allerdings in einer halb liegenden Position, die vor allem für die Geburtshelfer eine bequeme Haltung ermöglicht.

Folgende Aussagen von Müttern können die Problematik beleuchten: „Ich stützte die Arme auf die Knie meines Partners, welcher auf dem Geburtsbett saß. Ich hatte die Stellung für den großen Moment gefunden. Mir tat es gut, aber der herbeigerufene Arzt war damit nicht einverstanden. Ich sollte mein Kind nicht kniend bekommen.“

„Also dieses Mal hatte ich viel bessere Wehen ohne Wehenmittel. ... Aber ich würde Mark und Bein darauf schwören, dass es dadurch kommt, dass ich hier rumlaufen konnte. Und diese Schwerkraft, die mir zugute kommt. Das war klasse, dieses Hängen an dem Schrank, das war optimal.“ (Mehrgebärende, Hausgeburt; *hatte sich in der Austreibungsphase am Schlafzimmerschrank festgehalten*)

In Bezug auf die Nahrungsaufnahme während der Geburt erleben die Gebärenden oft ähnliche Einschränkungen ihrer Autonomie, ohne dass dafür eine Evidenzbasierung gegeben ist. Aussagen von Frauen zu diesem Thema lauten z. B.: „Ich denke, Frauen sollten während der Geburt essen dürfen. ... Ich habe 24 Stunden lang nichts bekommen außer Eiswürfeln.“ (Listening to mothers II, S. 34) oder „Ich fand das gut, in den Wehenpausen weiter zu essen oder meinen Kuchen weiter zu backen. Das fand ich total klasse. ... Einfach nur von Wehe zu Wehe zu warten, das hätte ich komisch gefunden.“ (Erstgebärende, Hausgeburt)

Laut Maßnahmenkatalog der WHO-Arbeitsgruppe zur Betreuung normaler Geburten fällt das „Einschränken von Essen und Trinken während der Geburt“ in die in die Kategorie D (= häufig unangemessen angewandte Maßnahmen).

Die WHO geht außerdem davon aus, dass eine Steigerung der Kaiserschnitttrate über einen Anteil von 10-15% hinaus keine weiteren Vorteile im Hinblick auf die Mortalität und Morbidität von Müttern und Kindern nach sich zieht. In Deutschland liegt die Kaiserschnitttrate mittlerweile bei knapp 30%, mit immer noch steigender Tendenz. Interventionen wie der Kaiserschnitt bedeuten aber vielfach auch eine Einschränkung der Autonomie. So zeigte sich in einer amerikanischen Untersuchung an über 2000 Frauen (Listening to mothers II), dass die Einschätzung der Gefühlslage in Abhängigkeit vom Geburtsmodus in charakteristischer Weise variiert (s. Tabelle unten).

	Gefühle während der Geburt (Erstgebärende)	
	Vaginale Geburt	Kaiserschnitt
powerful (stark)	27%	8%
capable (kompetent)	50%	27%
Frightened (ängstlich)	40%	51%

Auch zu diesen Ergebnissen gibt es Aussagen von Müttern, die die Bedeutung der Autonomie herausstellen:

„Ich war beeindruckt, wie viel Schmerz ich ertragen konnte und habe festgestellt, dass ich eine stärkere Frau bin als ich dachte.“ (Listening to mothers II, S. 33)

“Es gab mir ein Gefühl von Stolz und verstärkte mein Selbstwertgefühl, dass ich sagen konnte, ich habe meine Tochter geboren.“ (Listening to mothers II)

„Vom ersten Kind bin ich entbunden worden, da habe ich zugeguckt wie im Kino. Und bei den anderen Geburten habe ich die Geburt gemacht, das war meine Geburt. Ich habe geboren. Das war ein Glücksgefühl nach der Geburt, dass ich ein Kind gekriegt habe, das war als hätte ich noch nie eins gehabt zuvor.“ (Mehrgebärende, Klinik)

Auf der anderen Seite zeigt sich bei Frauen, bei denen nach der Geburt eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, dass sie u. a. folgende, subjektiv wahrgenommene Störgrößen während des Entbindungsverlaufs erlebt haben: Hilflosigkeit, ein Gefühl des Ausgeliefertseins, keine eigene Kontrolle über die Situation und Verletzung der Schamgefühle (Pantlen/ Rohde 2000). In der bereits erwähnten amerikanischen Studie äußerte sich eine Teilnehmerin so zu diesem Thema: „Das Schlimmste war: Keine Kontrolle über ein so persönliches und intimes Ereignis zu haben, es hätte gänzlich unter meiner Kontrolle stehen sollen.“ (Listening to mothers II)

Auch in Bezug auf das Stillen lässt sich eine (teilweise sehr subtile) Einschränkung der Autonomie beobachten. 38% der amerikanischen Mütter, die ihren Säugling ausschließlich stillen wollten, erhielten vom Klinikpersonal Flaschennahrung nach der Geburt. 44% dieser Kinder wurden mit Schnullern versorgt. Ein Zitat dazu lautet:

“Ich sagte ihnen, dass ich meinem Baby nicht die Flasche geben will. Aber sie taten es trotzdem.“ (Listening to mothers II)

Gerade wenn es um das Thema Geburt geht, hinken alle Vergleiche. Dennoch hat der häufig angeführte Vergleich mit einer

Bergbesteigung meiner Meinung nach eine Berechtigung. Für das eigene Selbstwertgefühl und das Erleben eigener Kompetenz ist es sicher bedeutsam, ob ich einen Berg selbst besteige oder mit einer Seilbahn zur Spitze fahre, und das umso mehr, wenn ich eigentlich gar nicht mit der Seilbahn fahren wollte, sondern gelockt oder gedrängt wurde dort einzusteigen.

Eine Mutter drückte ihre Gefühle nach der „Bergbesteigung“ folgendermaßen aus:

*„Childbirth is a trial by fire. It is the most physically and emotionally intense and challenging thing I have ever been through in my life. Getting through it made me feel like superwoman, like, wow, if I can get through that, I CAN DO ANYTHING!!“* (Listening to mothers II, Hervorhebung im Original)

Ein gutes Selbstwertgefühl der Mutter und ein nicht traumatisches Geburtserlebnis wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit in positiver Weise auf die sensible erste Phase der Mutterschaft und den Aufbau der Bindung zum Kind auswirken.

### Stimmigkeit

Ein weiteres Problem, mit dem Frauen häufig rund um die Geburt konfrontiert werden, ist die Widersprüchlichkeit der Informationen, die sie erhalten. Im Geburtsvorbereitungskurs hören sie z. B. „Wir gehen von einer normalen Geburt aus.“ Tatsächlich erleben in Deutschland aber nur knapp 7% aller Frauen eine Geburt ohne medizinische Interventionen (Einleitungen, Dauer-CTG, Schmerzmittel, Periduralanästhesien, Dammschnitte, operative Geburten usw.). Bei der Kreißsaalführung erfahren sie möglicherweise, dass Entbindungen im Wasser oder auf einem Gebärhocker möglich sind, geraten dann aber zufällig an eine Hebamme oder einen Arzt/ eine Ärztin, die diesen Entbindungsformen ablehnend gegenüber steht. Zum Teil werden auch klare Absprachen nicht eingehalten, Untersuchungen und Behandlungen nicht erklärt und Entscheidungen nicht transparent gemacht:

„Ich fand es schrecklich, dass sie die Nabelschnur sofort durchgeschnitten haben, obwohl wir vorher mehrmals

vereinbart hatten, dass das nicht passieren soll.“ (Listening to mothers II)

„Man liegt da und 1000 Leute springen um einen herum und alle machen irgendwas und man weiß nicht so richtig, was die alles machen ... Mein Mann sagte, zwischendurch waren da schon mal so 12, 13 Leute im Kreißsaal. ... Man kriegt das gar nicht mit alles. Ich denke, wenn man weiß, was passiert, dass man das dann besser verarbeiten kann. Manchmal war nur die Hebamme da, mit einem Mal rannten sie alle rein, man weiß überhaupt nicht warum.“ (25, K3, PP)

Auf der anderen Seite zeigen folgende Zitate, dass Stimmigkeit möglich ist und den Frauen gut tut:

„Ich konnte nachher, als dieses Kind schon fast da war, gar nicht mehr sagen, gar nicht großartig erklären, dass ich nur Ruhe und Stille wollte. Aber das hat sie halt so gespürt.“ (Mehrgebärende, Hausgeburt)

„Ich hatte so das Gefühl, die hatten so alle Sensoren aufgestellt. Die hatten irgendwo Empfänger für meine Situation, für meine Äußerungen, wie auch immer. Die haben mich gelesen wie ein Buch.“ (Mehrgebärende, Klinik)

In einer in München durchgeführten Studie erlebten Frauen, die vor der Geburt zu ihren Erwartungen befragt wurden, häufiger eine natürliche Geburt ohne medizinische Interventionen, wenn sie diesbezüglich hohe Erwartungen genannt hatten (Lütje 2007). Man kann dieses Ergebnis aber nicht ohne weiteres auf den Alltag in der Geburtshilfe übertragen, da häufig keine ausführlichen Vorgespräche geführt werden, was aber wahrscheinlich für die Mütter von Nutzen wäre (genauso wie - ebenfalls eher unübliche - Nachbesprechungen des Geburtsverlaufs).

Die Signale, die vom Körper der Schwangeren ausgesendet werden, können in der Geburtsituation nicht immer verbalisiert werden. Wenn sie aber, aus welchen Gründen auch immer, ignoriert werden, können u. U. Probleme daraus entstehen, die dann als Rechtfertigung für elektive Kaiserschnitte verwendet werden. Ein derartiger Zusammenhang zeigt sich z. B.,

wenn es um gezielte Anleitung zum Pressen in der Austreibungsphase geht. Nach Ansicht amerikanischer Forscher verkürzt gezieltes Pressen (ohne dass Presswehen gespürt werden) die Geburtsdauer nur unwesentlich, erhöht allerdings das Risiko für Blasenprobleme nach der Geburt (Bloom 2006).

Aus den Ausführungen lassen sich folgende **Anregungen für eine Neuorientierung** in der Geburtshilfe ableiten:

- Weiterentwicklung und Ausbau der außerklinischen Geburtshilfe

Die bisher vorliegenden Qualitätsberichte zur außerklinischen Geburtshilfe belegen ein gutes Outcome bezüglich kindlicher und mütterlicher Morbidität und Mortalität. Mehr emotionale Sicherheit und Geborgenheit durch eine kontinuierliche Begleitung, mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und die größere Chance, eine stimmige Atmosphäre zu erleben, bieten in diesen Settings eine größeres Gesundheitsförderungspotenzial.

- Verstärkung/ Wiedereinführung des Belegarzt-/ Beleghebammensystems

Nicht alle Frauen können oder wollen ihr Kind Zuhause oder im Geburtshaus bekommen. Ein Belegarzt/ Beleghebammensystem (idealerweise in guter Kooperation beider Berufsgruppen) könnte für diese Gruppe von Frauen eine Alternative bieten.

- Einführung interdisziplinärer Teams in der Geburtshilfe (mit Hebammen, MedizinerInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, PhysiotherapeutInnen ...)

Dieser Vorschlag ist nicht so gemeint, dass nun eine Experten-Phalanx den sowieso oft eingeschüchtern Eltern gegenüber treten soll, sondern das durch interdisziplinär erarbeitete Konzepte, geburtshilfliche Betreuungsformen entwickelt werden, die sich durch einen höheren Grad an Evidenzbasierung und Nutzerinnenorientierung auszeichnen.

- Berücksichtigung langfristiger Folgen geburtshilflicher Betreuungssysteme (Nachhaltigkeit)

Die starke Spezialisierung der Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vor allem auch innerhalb der Medizin) führt dazu, dass in erster Linie kurzfristige Folgen von Behandlungen beobachtet werden. Später auftretende Störungen, die bspw. mit belastenden Geburtserlebnissen zusammenhängen, werden oft gar nicht damit in Zusammenhang gebracht und es erfolgt selten eine Rückmeldung. Wenn Säuglinge und Kleinkinder häufiger erkranken, weil sie nicht gestillt wurden, weil die Mütter im Wochenbett nicht adäquat beraten und unterstützt wurden, geht dies nicht in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ein.

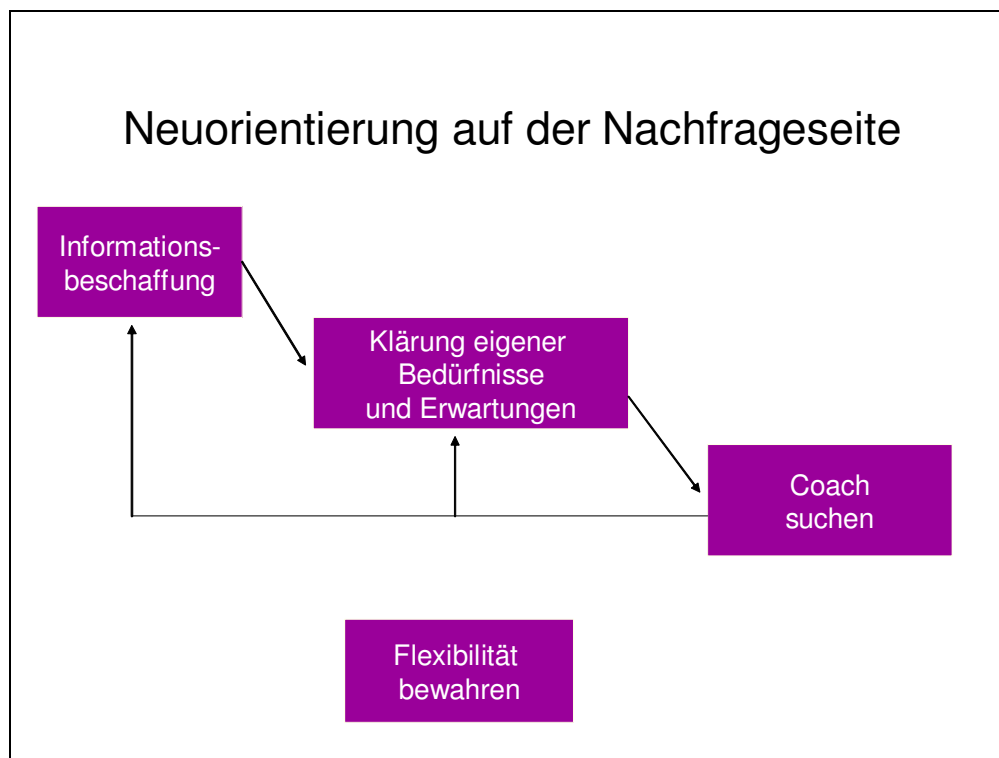
- Mehr Partizipation und Empowerment für Schwangere, Gebärende und Säuglingsmütter

Rund um die Geburt eines Kindes werden entscheidende Weichen für die weitere gesundheitliche Entwicklung der Familienmitglieder gestellt. Die Anforderungen, die das Leben mit Kindern darstellt, sind groß und scheinen immer größer zu werden. Kinder brauchen Mütter, die sich stark

genug fühlen, um diesen Anforderungen gewachsen zu sein und sollten daher weder routinemäßig als „Risikoschwangere“ eingestuft werden, noch durch Bevormundung unnötig klein gemacht werden.

Auch die werdenden Mütter bzw. Eltern könnten einiges dafür tun, die Bedingungen in der Geburtshilfe zu verbessern. Eine offenbar weit verbreitete Konsumorientierung, die auch schon zur allgemeinen Erweiterung der Hotelleistungen für Wöchnerinnen im Krankenhaus beigetragen hat, führt sicher nicht zu einem langfristig besseren Wohlbefinden.

In einer eigenen Untersuchung wurde Frauen mit komplikationslosen Geburten einige Monate nach der Geburt die Frage gestellt, welches Vorgehen sie anderen Frauen empfehlen würden, um ebenfalls für das mütterliche und kindliche Wohlbefinden ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen.



Die Grafik oben verdeutlicht, welche Vorbereitungs-Strategie aus der subjek-

tiven Sicht von Frauen mit Geburtserfahrungen ratsam ist. An erster Stelle steht



die Informationsbeschaffung. Als Informationsquellen dienen den befragten Frauen vor allem Hebammen (in Geburtsvorbereitungskursen oder bei Vorsorgegesprächen), populär-wissenschaftliche Literatur und Gespräche mit anderen Müttern. Diese Informationsphase dient dazu, sich eine grobe Orientierung zu verschaffen. Der Schritt 2 „Klärung eigener Bedürfnisse“ ist oft schon verbunden mit der Besichtigung von Entbindungsorten, welche wiederholt stattfinden können und dessen Informationsinput mit den vorher gesammelten Informationen verglichen werden kann. Eine gute Vorbereitung in diesen Punkten trägt dazu bei, in der Geburtssituation ein größtmögliches Maß an Stimmigkeit zu erreichen. Bei der Besichtigung der Entbindungsorte ist es zwar wichtig, darauf zu achten, ob dabei der Eindruck entsteht, dass die Gegebenheiten den Ansprüchen im Großen und Ganzen genügen, aber auch der gefühlsmäßige Eindruck ist nach den Aussagen der befragten Mütter für die Entscheidung bedeutsam („Werde ich mich hier wohl fühlen?“). Wenn man sich nicht sicher ist, kann man zu den vorangegangenen Punkten zurückkehren, erneut Informationen sammeln und die eigenen Erwartungen überdenken. Als hilfreich bewerteten einige der Studienteilnehmerinnen, eine Person zur Unterstützung

während der Geburt zu haben, die die Rolle eines Coaches einnimmt (kann der Partner, eine Hebamme, eine Freundin oder eine Verwandte sein). Der letzte Punkt, die Aufforderung zu eigener Flexibilität, drückt einerseits aus, dass eine innere Offenheit und die Bereitschaft, sich (an die Geburtsphysiologie) anzupassen, für den Geburtsprozess förderlich ist. Andererseits wird hier indirekt vor Enttäuschungen gewarnt, die entstehen können, wenn erwartete oder erhoffte Selbstbestimmungsmöglichkeiten sich nicht verwirklichen lassen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von einer Geburtshilfe, die stärker als bisher berücksichtigt, dass eine fürsorgliche, emotionale Sicherheit vermittelnde, non-direktive und stimmige Begleitung während der Geburt vorhanden ist, die Mütter, letztlich aber vor allem die Kinder profitieren könnten.

Literatur bei der Verfasserin.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Brigitte Borrmann, Universität Osnabrück, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, E-Mail: bborrmann@uos.de*



## Der Traum vom gesunden Kind und die Rolle der Pränataldiagnostik

*Dr. Frauke Gerhardt*

Ein Ziel der pränatalen Diagnostik ist es, frühzeitig Störungen (morphologische, strukturelle, funktionelle, chromosomale) der embryonalen und fetalen Entwicklung zu erkennen und durch Früherkennung von Fehlentwicklungen eine optimale Behandlung der Schwangeren und des ungeborenen Kindes zu ermöglichen. Hierdurch sollen Befürchtungen und Sorgen der Eltern objektiviert und abgebaut werden. Zugleich darf die Befürchtungen induzierende Wirkung pränataldiagnostischer Untersuchungen nicht unterschätzt werden, z. B. bei unklaren Befunden, die weiterer Abklärung bedürfen. Die Hälfte der Frauen fühlen sich durch Pränataldiag

nostik entlastet, die andere Hälfte eher belastet.

Das Potenzial der Pränataldiagnostik – so wird propagiert - dient der Optimierung des Wohlergehens des Ungeborenen und der werdenden Mutter. Bislang lag der Focus im wesentlichen auf medizinischen Aspekten und Faktoren. Zunehmend erweitert sich der Horizont in Hinsicht auf ethische, soziologische und vor allem psychische Aspekte in der Pränataldiagnostik. Hierzu eine kurze historische Auflistung:

- 1958 Englischer Geburtshelfer Jan Donald: erste Darstellung eines Kindes in der Gebärmutter
- 1970 Fruchtwasseruntersuchung
- 1984 Chorionzottenbiopsie (CZ)

Die Pränatale Diagnostik ist also sehr jung und unerfahren im Procedere und in den Auswirkungen.

Die Aufzählung der häufigsten Untersuchungen in der Pränatalpraxis macht deutlich, wo Konfliktpotenzial liegt und Beratungsbedarf entsteht.<sup>1</sup>

- 70% Organsonographien;
- 40% Ersttrimester Screening;
- 15% Amniozentesen (AZ);
- 3% Chorionzottenbiopsien;
- 1% Nabelschnurpunktionen, und
- 20% Dopplersonographien.

In den letzten 15 Jahren ist eine deutliche Steigerung der pränataldiagnostischen Untersuchungen zu verzeichnen. Erschreckend hoch ( ca. 50 %) ist die Zahl derer, die nicht wissen, was Pränataldiagnostik (PN) beinhaltet – und dies obwohl 2/3 der Schwangeren mehr als drei Ultraschalluntersuchungen hatten. Fast jede zweite Frau über 35 Jahre entscheidet sich für eine Amniozentese.

Die häufigste Indikation zur Durchführung einer PN-Untersuchung ist die Altersindikation. Die Angstindikation ist signifikanter Weise die zweit häufigste Untersuchungsindikation. Hier wird deutlich, wie notwendig weiterreichende Beratungsstrukturen und Betreuungen von Schwangeren und werdenden Eltern sind. Suspekter Befunde in der gynäkologischen Praxis, familiäre Belastung, Komplikationen in vorangegangener Gravidität sind weitere Indikationen.

3 % der in Deutschland geborenen Babys haben eine organische, Stoffwechsel- oder Chromosomen-Erkrankung. Bislang konnten durch die Pränataldiagnostik lediglich 1 % der kranken Kinder vor der Geburt gefunden werden. Lediglich 2 % aller Untersuchungen durch AZ oder CZ zeigten chromosomale Störungen. Die weitaus häufigste ist die Trisomie 21. 95 % aller behinderten Neugeborenen haben ihre

Behinderung durch die Geburt erlitten. Mehr als die Hälfte der Schwangeren werden laut Perinatalstatistik als Risikoschwangerschaften deklariert.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Schwangere nach einem positiven Ultraschallbefund sehr schnell den Kontakt zu ihrer Hebamme suchen, um Rat, Trost und seelische Zuwendung in der für sie ungewissen und angstvollen Situation zu finden.

Während der Begleitung in der Schwangerschaft und bei der Geburtsvorbereitung ist die Hebamme eine sehr vertraute Person. Von ihr wird ein sehr hohes Maß an sozialer und fachlicher Kompetenz auch in Bezug auf pränataldiagnostische Fragen erwartet/zugemutet. Immer wieder auftretende Gedankensprünge der werdenden Eltern sind:

„Was werde ich erfahren? Will ich lieber etwas nicht wissen? Kann ich etwas verhindern? Wird unser Glück zerstört? Ich möchte ein gesundes Kind!“

Von außen betrachtet stehen Eltern zwischen Zwang und Selbstbestimmung. Die Frage nach dem Recht auf Wissen und dem Recht auf Nicht-Wissen kann kaum adäquat abgewogen werden. Ein Procedere im Umgang mit Pränataldiagnostik und Schwangeren sollte aus diesem Grund sein:

Damit der Traum vom gesunden Kind kein Trauma wird, muss die Rolle der Pränataldiagnostik klar positioniert und definiert werden, um sie mit größter Sorgfalt, unter Berücksichtigung von ethischen, medizinischen und psychischen Aspekten, den Schwangeren zugänglich zu machen.

Neben den medizinischen Faktoren müssen psychische, psychosomatische, soziologische, ethische und auch forensische Aspekte in der Pränataldiagnostik einen stärkeren Platz in unserem Denken und Handeln haben.

Wenn PN in Anspruch genommen wird oder werden muss, ist ein sorgsames und einfühlsames Heranführen von Schwangeren und werdenden Eltern an Pränataldiagnostik eine Grundvoraussetzung für ein möglichst angstreduziertes oder gar besorgnisfreies Erlebnis der visuellen Begeg-

<sup>1</sup> Zahlen der Pränataldiagnostikstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2006.

nung mit dem werdenden Kind. Auch kranke Kinder werden von ihren Eltern akzeptiert. Es ist unsere Aufgabe, den Weg dahin zu bahnen und das Band zwischen Mutter und Kind nicht zu irritieren. Dabei ist die Kooperation mit Hebammen und psychosozialer Beratung von großer Bedeutung.

Es ist die Aufgabe aller beteiligten Akteure pathologische Befunde und Risikoschwangerschaften transparent zu begleiten. Aufklärung soll beruhigen und die Sorgen der Eltern ernst nehmen. Seelische Inbalancen sind der Nährboden für Komplikationen in der Schwangerschaft. Diese gilt es unabdingbar durch frühzeitige Beratung abzuwenden.

Ängste können zur Folge haben, dass hierdurch Komplikationen in der Schwangerschaft ihren Nährboden finden. Beeinträchtigung des Immunsystems, Infektionsgefahr, vorzeitige Wehen, Cervixinsuffizienz etc. sind die häufigsten Störungen in der Schwangerschaft. Historisch betrachtet blicken wir zurück auf keine 50 Jahre Perinatalmedizin und Pränataldiagnostik. Seitdem integrierte sich die Inanspruchnahme von vorgeburtlichen sonographischen Diagnostiken zunehmend in dem Bewusstsein von Schwangeren. Bedeutsam ist die Tatsache, dass bei invasiven Eingriffen die Angstindikation (ICD 10) an zweiter Stelle steht, nach der Altersindikation (ICD 10).

Fraglich bleibt, ob das Mehr/Meer an Informationen durch Medien wie Bro-

schüren, Texte, Fernsehen etc. Besorgnisse und Ängste der Schwangeren fördern oder dem entgegenwirken und eine Salutogenese einleiten.

Zusammenfassend:

- ein höchstes Maß an Verantwortungsgefühl und Sensibilität im Umgang mit dem Themenkomplex Pränataldiagnostik ist unabdingbar;
- Gynäkologinnen bedürfen der Entlastung durch Beratung in Beratungsstellen;
- Die Schulung der pränataldiagnostisch tätigen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist unerlässlich;
- Aufklärung und Beratung müssen so gestaltet sein, dass informierte Entscheidungen und Selbstbestimmung unterstützt werden;
- einer unreflektierten Institutionalisierung der Pränataldiagnostik in der Schwangerschaft ist eine Absage zu erteilen.

Literatur bei der Verfasserin.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Frauke Gerhardt, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Pränataldiagnostik / Diplom-Homöopathin, Flassworth 13, 30900 Wedemark – Bissendorf, Tel.: (0 51 30) 37 37 30*



## Salutogenese und Wohlbefinden: Unter welchen Bedingungen profitieren Frauen gesundheitlich von Schwangerschaften und Geburten?

### Workshop 1

*Silke Röhl, Dr. Brigitte Borrmann*

Zu Beginn des Workshops stellte Silke Röhl einige Studienergebnisse zum Kohärenzgefühl vor, die im Zusammenhang mit der Lebensphase rund um die Geburt eines Kindes stehen. Das Kohärenzgefühl ist eine globale Lebensorientierung, die eine wichtige, individuelle Ressource bei der Bewältigung von Krisen und Herausforderungen darstellt. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl ist, desto stärker empfindet ein Mensch die einströmenden Informationen und Reize als geordnet und nachvollziehbar (Verstehbarkeit), desto größer ist sein Potenzial an Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten (Handhabbarkeit) und desto ausgeprägter ist das Gefühl von Sinnhaftigkeit (emotionale und motivationale Komponente des Kohärenzgefühls).

In einer Studie des Forschungsschwerpunkts Maternal Health mit einem Studienkollektiv von Frauen mit vorzeitiger Wehentätigkeit konnte beobachtet werden, dass diejenigen Frauen mit vorzeitigen Wehen, die später trotzdem eine normale Schwangerschaftsdauer hatten, ein signifikant höheres Kohärenzgefühl aufwiesen als Frauen, die eine Frühgeburt erlebten (messbar durch den Fragebogen zum Kohärenzgefühl/ SOC-Scale). In zwei weiteren Studien zum Geburtsort und zum Geburtsmodus zeigte sich, dass Frauen, die ihr Kind Zuhause oder in einem Geburtshaus geboren haben, im Durchschnitt ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl hatten als Frauen mit Klinikgeburten, und Frauen, die sich eine Spontangeburt wünschten, ein stärker ausgeprägtes

Kohärenzgefühl hatten als Frauen, die sich einen Kaiserschnitt wünschten. In einer Längsschnittstudie zu den Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit von Müttern zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl bei nicht stillenden Frauen im ersten Jahr nach der Geburt tendenziell schwächer wird, während es bei stillenden Frauen stabil bleibt bzw. leicht zunimmt.

Nach Antonovskys Meinung entwickelt sich das Kohärenzgefühl in der Kindheit und Jugend und stagniert etwa ab einem Alter von 30 Jahren. Die geschilderten Forschungsergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass Schwangerschaft und Geburt noch einmal einen wichtigen Entwicklungsschritt darstellen (der heute oft erst im Alter zwischen 30 und 40 Jahren beginnt), bei dem sich das Kohärenzgefühl noch verändern kann. Im Durchschnitt haben Mütter ein höheres Kohärenzgefühl als kinderlose Frauen. Möglicherweise ist es jedoch so, dass gerade Frauen mit einem schwach ausgeprägten Kohärenzgefühl weniger von der Mutterschaft profitieren, weil bei ihnen die Gefahr größer ist, die damit verbundenen Herausforderungen nicht zufrieden stellend bewältigen zu können. Die Frage, wie sich dieser Teufelskreis aus geringen persönlichen Ressourcen und Misserfolgserlebnissen durchbrechen lassen könnte, war Ausgangspunkt der Diskussion im Workshop-Plenum.

Aus dem Kreis der WorkshopteilnehmerInnen wurden u. a. folgende Überlegungen entwickelt: Frauen sollten in der Schwangerschaft zur Stärkung ihrer Ressourcen eine bedürfnisorientierte Begleitung erfahren. Als Anreiz wurden Bonusgeschenke durch die Krankenkassen bei einer frühzeitigen Kontaktaufnahme mit einer Hebamme empfohlen. Des Weiteren wurde eine verstärkte Vernetzung der Anbieter (Hebammen, FrauenärztInnen, Mütterzentren, Stillgruppen usw.) als sinnvoll erachtet.



## Kann es im Rahmen von Pränataldiagnostik Selbstbestimmung geben?

### Workshop 2

*Dr. Angelica Ensel, Begleitung: Dr. Catrin Halves*

#### **Einführendes Kurzreferat (Dr. Angelica Ensel)**

Pränatale Diagnostik ist heute – auch für schwangere Frauen – selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Schwangerenvorsorge. Laut BZgA-Studie nehmen 85% der Frauen pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch, die über die drei im Mutterpass vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen hinausgehen. Gleichzeitig werden die Methoden immer differenzierter und setzen zu einem immer früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft an. Mit dem Ziel, weniger invasive Diagnostik (Chorionzottenbiopsie und Amniozentese) durchzuführen, die mit einem Fehlgeburtsrisiko verbunden ist, wurden in den letzten Jahren Methoden zur Risikoeinschätzung etabliert wie die Nackentransparenzmessung, der Erst-Trimestertest und Screenings, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Schwangerschaft (11. und 14. Woche) Daten von Mutter und Kind für die Risikoberechnung kombinieren. Alle diese Berechnungen können keine sicheren Angaben über eine tatsächlich vorhandene Fehlbildung oder Erkrankung des Kindes machen, sondern geben neben eventuell entdeckten Auffälligkeiten im Ultraschall nur eine statistisch errechnete Risikoeinschätzung für bestimmte Behinderungen. Wenn das errechnete Risiko einen bestimmten Wert übersteigt, wird den Eltern zur invasiven Diagnostik geraten.

Durch die Einführung von nichtinvasiven Screenings werden praktisch alle Schwangeren mit Entscheidungen zu Pränataldiagnostik konfrontiert, häufig ohne entsprechend über eventuelle Konsequenzen aufgeklärt zu sein. Schwangere Frauen und ihre Partner müssen jedoch viel wissen, um sich gegen ein bestimmtes Wissen entscheiden zu können. Da die Screenings so früh durchgeführt werden, müssen meist beim zweiten Vorsorgetermin bereits Entscheidungen darüber getroffen

sein, was bedeutet, dass die Frauen sich in einer sehr frühen Phase der Schwangerschaft mit den Untersuchungen auseinandersetzen müssen. Zu diesem Zeitpunkt – vor der 12. Schwangerschaftswoche – ist jedoch die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft selbst oft noch gar nicht abgeschlossen. Viele Frauen sind noch gar nicht richtig in ihrer Schwangerschaft „angekommen“ und mit der körperlichen und seelischen Umstellung beschäftigt, zum Teil sind die Gefühle zur Schwangerschaft selbst noch ambivalent. Die Praxis von Pränataldiagnostik bedingt, dass in einem relativ kurzen Zeitraum Auseinandersetzungen zu Behinderung und Schwangerschaftsabbruch geführt und Entscheidungen getroffen werden müssen, was oft als Überforderung und Zumutung erlebt wird (Kirchner-Asbrock 2000). Dazu kommt, dass der Umgang mit Risikoziffern hochemotional ist und der adäquate Umgang mit Statistiken einer speziellen, fundierten Aufklärung bedarf.

Die weitreichenden Folgen dieser frühen Verunsicherung in einer äußerst sensiblen Phase der Schwangerschaft für das Erleben der Schwangerschaft, die Geburt und die Mutter-Kind-Bindung sind noch lange nicht hinreichend erforscht. Wir können jedoch davon ausgehen, dass hier durch frühe Prägungen in der Sozialisation der Schwangeren Strategien der Angstbewältigung gelernt werden, bei denen der Einsatz von Technologie eine entscheidende Rolle spielt und dass diese Bewältigungsmuster auf den weiteren Verlauf der Schwangerschaft und den Geburtsmodus wirken (Ensel 2007). Neueste Studien der Bindungsforschung belegen die lange schon vermuteten Zusammenhänge zwischen einer frühen Störung der Schwangerschaft und auffälligem Verhalten der Babys und Störungen der Eltern-Kind-Beziehung (Stuttgarter Zeitung 2007).

Nicht unwichtig für den umfangreichen Einsatz der Screenings ist die Tatsache, dass die Untersuchungen als IgeL-Leistungen ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor für die Arztpraxen sind. Das bedeutet, dass Information und Beratung zu einer ethisch hochproblematischen Diagnostik im Zusammenhang mit dem Verkauf einer medizinischen Leistung geschehen und dass die Rat suchende

Schwangere hier als Kundin angesprochen wird. Die Frage ist, ob es in diesem Kontext eine unabhängige Beratung und eine informierte Entscheidung geben kann. Beraterinnen erleben immer wieder, dass Frauen aufgrund von unsicheren Diagnosen und weiteren Untersuchungen in Spiralen der Diagnostik geraten, ohne dass ihnen diese Möglichkeit vorher bewusst war, wie zum Beispiel Frau C.

„Ich habe meine Unbefangenheit verloren“, sagt Frau C. unter Tränen im Beratungsgespräch. Beim Fein-US in der 14. SSW wurde bei ihrem Kind eine Zyste im Darmbereich festgestellt und nun steht sie vor der Entscheidung, ob sie eine Amniozentese vornehmen lassen soll. Frau C. ist 42 Jahre alt und mit ihrem zweiten Kind schwanger. Vor zehn Jahren bei ihrem ersten Kind war Pränataldiagnostik noch kein Thema für sie. Damals hatte sie eine unbeschwerte Schwangerschaft und eine wunderbare Geburt. Jetzt ist alles anders. Ihre Ruhe dahin, sie ist aufgewühlt, kann nicht mehr abschalten. Sie grübelt immerzu über die Risikoziffern und weiß nicht, wie sie damit umgehen soll. Frau C. ist nicht ohne Vorwissen in diese Spirale von Diagnostik und Angst gerutscht. Sie wusste vorher schon viel über Pränataldiagnostik. Sie hat sich auch in ihrer künstlerischen Arbeit damit beschäftigt und kennt die Bücher von Barbara Duden. All das Wissen hat sie vor dem, was sie jetzt erlebt, nicht schützen können. Den Erst-Trimester-Test, mit dem alles anfing, hat sie als eine Art Prävention verstanden. Eine Beratung, die vorher umfassend über eventuelle Folgen aufklärte, gab es nicht. Eine Hebamme hat sie zu diesem frühen Zeitpunkt nicht gesehen.

Ich erlebe nicht wenige sehr gebildete Frauen und Paare in meiner Praxis und stelle mir im Zusammenhang mit solchen Erfahrungen immer wieder die Frage, ob Frauen wirklich wissen wollen oder ob das Wissen um Pränataldiagnostik und ihre Konsequenzen selbst vielleicht eine zu große Zumutung ist. Die BZgA-Studie zeigt, dass vorgeburtliche Diagnostik in hohem Maße akzeptiert ist und gleichzeitig zu den Themen gehört, die schwangere Frauen am wenigsten interessieren und dass das Wissen dazu sehr gering ist – unabhängig vom Bildungsstand. Die Wir-

kung der Diagnostik wird von den Frauen sowohl als beruhigend als auch als belastend beschrieben. Während die Zufriedenheit mit der medizinischen Information groß ist, wurde über die Möglichkeiten bei auffälligem Befund oder Alternativen zur Pränataldiagnostik wenig informiert. Über die Möglichkeit der psychosozialen Beratung wurden nur 50% der Frauen informiert.

Während es auf der einen Seite ein großes Angebot an unabhängiger psychosozialer Beratung zu Pränataldiagnostik gibt, stellen wir fest, dass die Frauen diesbezüglich wenig informiert sind und dass dieses Angebot kaum genutzt wird. Zur Beratung kommen die Frauen und Eltern meist erst, wenn ein Befund erhoben wurde oder wenn sie die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Diagnostik aufgrund ihrer Erfahrungen in einer vorhergehenden Schwangerschaft oder ihrer eigenen Werte wünschen und brauchen. Angesichts dieser geringen Inanspruchnahme stellt sich die Frage: Wie kann der zur Schwangerschaft gehörende Wunsch nach Fürsorge mit der Forderung nach Selbstbestimmung und der Notwendigkeit einer bewussten Entscheidung verbunden werden? Mit anderen Worten: Welche besonderen Umstände brauchen informierte Entscheidung und partizipative Entscheidung in diesem Kontext?

Die Diakonin Annegret Braun von der Beratungsstelle PUA in Stuttgart, die seit 10 Jahren schwangere Frauen und werdenden Eltern bei Fragen und Problemen um Pränataldiagnostik begleitet, hat im Juli 2006 im Rahmen einer Stellungnahme zur politischen Debatte um die Vermeidung von Spätabbrüchen nach Pränataldiagnostik eine Informationsberatung gefordert, die als fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge jeder Frau vor Beginn des Screenings angeboten werden soll. Arzt/Ärztin sollten danach verpflichtet sein, diese Beratung wie alle anderen Leistungen laut Mutterpass den Frauen anzutragen. Die Beratung soll auch die Information über Schwangerenvorsorge durch die Hebamme beinhalten und die Möglichkeit der Frau, darüber zu entscheiden. Auch sollte bei auffälligem Befund kein „vorausseilendes Angebot“ eines

Schwangerschaftsabbruchs gemacht werden.

Darüber hinaus fordert Braun Standards für die ärztliche Aufklärung zu Pränataldiagnostik, Dazu gehört dass:

- das Wissen zur Beruhigung, aber auch zu Verunsicherung, Beunruhigung und Belastung beitragen kann;
- nur 3-4% (davon die Hälfte chromosomal bedingt) aller Behinderungen, Erkrankungen und Fehlbildungen können durch Pränataldiagnostik erkannt werden können;
- nur 2 % der Untersuchungen zu einer medizinischen Behandlung des Kindes mit den entsprechenden Eingriffsrisiken führen;
- das Wissen den Eltern ermöglichen soll, sich bei einer zu erwartenden Behinderung oder Erkrankung auf die Zukunft mit ihrem Kind vorzubereiten; dass Beratungs- und Hilfsangebote die diese Perspektive erleichtern können aufgezeigt werden;
- das Wissen der Planung des Geburtsmodus dienen kann;
- dass Pränataldiagnostik nicht automatisch den Schwangerschaftsabbruch einschließt;
- bei einer nicht anders zu überwindenden Notlage ein Abbruch gewünscht werden kann und dass erst dann die medizinische Indikation greift.

In Baden-Württemberg wurde der Vorschlag vom Ministerium für Arbeit und Soziales und der CDU-Landtagsfraktion aufgegriffen und es wurden acht Pilotprojekte (vier für die Beratung vor und vier für die Beratung nach Pränataldiagnostik) eingerichtet. Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder steht hinter dieser Idee.

### Arbeit im Workshop

Im Workshop haben wir diskutiert, ob diese Form der Informationsberatung eine Lösung der Problematik sein könnte:

- Wäre sie eine bessere Entscheidungsgrundlage für Frauen und Paare?

- Würde sie dazu führen, dass weniger Frauen ungewollt in Diagnostik-Spiralen kommen?
- Würde die Beratung überhaupt in Anspruch genommen werden, angesichts der Ergebnisse des Modellprojekts der BZgA?
- Wäre sie eine Bevormundung der Frauen?
- Oder vielleicht sogar eine Zumutung? Ein „Entscheidungszwang“, wie die Gynäkologin Claudia Schumann meint, die sagt, diese Beratung würde Frauen die Möglichkeit nehmen, sich als Opfer der Pränataldiagnostik oder der unzureichenden ärztlichen Aufklärung zu fühlen?

Auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen diskutierten die Teilnehmerinnen in einer Pro- und einer Contragruppe und sammelten Argumente für und gegen das von Annegret Braun entwickelte Modell.

### Argumente für das Modell der Informationsberatung:

- Informationsberatung als Angebot erhöht die Wahlmöglichkeit
- Ärzte sind verpflichtet, auch über die Risiken zu informieren
- Frauen müssen sich auseinandersetzen, was sie bei welchem Ergebnis tun würden
- Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik können erkannt werden
- Erwartungen an Pränataldiagnostik können der Realität gegenübergestellt werden
- Nur über fundierte Information bzw. Aufklärung kann eine schwangere Frau zu einer selbstbestimmten Entscheidung kommen
- Es besteht die Chance, Verantwortung zu übernehmen
- Eine frühe Beratung bietet die Chance, eine Schwangerschaft zu erleben, die weniger durch Technologie bestimmt ist
- Es besteht, die Chance, Frauen für ihre Ressourcen zu öffnen



- Informationen geben Frauen die Chance, sich gegen IgeL-Leistungen zu entscheiden
- Es besteht die Möglichkeit, Behinderung zu thematisieren
- Wenn ein positiver Befund erhoben wurde, kann es hilfreich sein, dass Frauen eventuell schon Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten
- Diese Beratung würde die Problematik der Arzthaftung entschärfen

### Argumente gegen das Modell der Informationsberatung:

- Frauen können sich durch die Beratung überfordert sehen.
- Die Informationsberatung muss losgelöst von der Vorsorge sein.
- Die Pränataldiagnostik sollte losgelöst von der Vorsorge sein.
- Auch eine Informationsberatung führt nicht zu einer informierten Entscheidung.
- In der Situation der bereits bestehenden Schwangerschaft oder bei der begründeten Befürchtung einer Schädigung des Kindes ist die Frau nicht in der Lage in Ruhe sich ausführlich und objektiv zu informieren.
- Viele Frauen möchten lieber nicht so genau über PND etwas wissen, weil viel Wissen eine zusätzliche Belastung bringt.
- PND ist eher ein neuer „guter Zauber“ gegen ein krankes Kind und dient der Versicherung, dass mit dem Ungeborenen alles in Ordnung ist. Zuviel Wissen würde den Zauber entkräften.
- Frühe Beratung kann zur Verunsicherung führen.
- Die noch zusätzliche Belastung der Schwangerschaft durch eine Informationsberatung verstärkt die bereits bestehende Inbalance der Frauen.

- Durch vermehrte Informationen können auch verstärkte Gewissenskonflikte auftreten.
- Die Entscheidung über PND den Ärztinnen zu überlassen entlastet die Frauen.
- Recht auf Unwissen wäre dann noch schwerer umsetzbar.

Im anschließenden Plenum stellten sich die Gruppen gegenseitig ihre Argumentationen vor. Leider war die Zeit für den Workshop insgesamt zu kurz, so dass nicht ausreichend Zeit verblieb, gerade in dieser spannenden Phase weiterzudiskutieren.

Für die Eingabe in die Podiumsdiskussion einigte sich die Gruppe auf die Forderung einer Informationsberatung im Sinne von A. Braun sowie auf die verpflichtende Einbeziehung der Hebamme in die Betreuung der Frühschwangerschaft.

### Literatur:

Ensel, Angelica: „Schwanger und Kundin? Verantwortung und Zumutungen im Kontext pränataler Diagnostik“. In: BZgA-Forum 1-2007

Kirchner-Asbrock, Ebba (2000): Vorgeburtliche Diagnostik – eine Selbstverständlichkeit? In: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik. Rundbrief 10. Oktober 2000. 28-30, Bremen

„Wie die Vertreibung aus dem Paradies. Die Pränatale Diagnostik überfordert Eltern zunehmend“. In: Stuttgarter Zeitung, 1.9.2007

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Angelica Ensel, E-Mail: [angelicaensel@t-online.de](mailto:angelicaensel@t-online.de)*



## Salutogenetische Orientierung durch interprofessionelle Vernetzung und Kooperation

### Workshop 3

*Martina Weiß*

Das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky versteht Gesundheit und Krankheit als einen Prozess, der nicht nur durch die jeweiligen krankmachenden Faktoren (Stressoren), sondern wesentlich auch durch die Fähigkeit bestimmt wird, das Leben an sich sowie Gesundheit und Krankheit als verstehbar, handhabbar und sinnhaft zu erleben (Kohärenz). Sowohl in der ärztlichen Behandlung und psychosozialen Beratung schwangerer Frauen, als auch in der Begleitung durch Hebammen stellt sich somit unter salutogenetischen Gesichtspunkten die Frage, wie neben der (Früh-) Erkennung bzw. Ausschaltung von Stressoren/ Krankheiten die salutogenen Ressourcen der Patientin/ Klientin nachhaltig gestärkt werden können. Nur, was sie auf ihre persönliche Weise verstehen und – im Rahmen der medizinisch gegebenen Möglichkeiten und ggf. mit adäquater Unterstützung – entscheiden und als individuell sinnhaft erfahren kann, wird die betroffene Frau als „heilsam“, als erfolgreiche und stärkende Bewältigung einer Lebenskrise erleben können. Je stärker der aktive, mitbestimmende Part der Schwangeren, umso kleiner die Gefahr des negativen Erlebens eines passiven, gleichsam schicksalhaften Ausgeliefertseins.

Das zentrale Interesse einer salutogen orientierten Schwangerenversorgung gilt folgenden Aspekten:

- Welche Behandlungs- und Beratungsstrategien wirken auf das Selbsthilfe-Potenzial der Schwangeren in diesem Sinne eher hinderlich?
- Welche Strategien sind förderlich?
- Welche Versorgungsstrukturen stehen den salutogenen Ressourcen entgegen?
- Welche Versorgungsstrukturen wirken ressourcenfördernd?

Ein dreijähriges, vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegebenes und finanziertes Forschungsprojekt der Universitäten Göttingen und Witten-Herdecke hat sich intensiv mit Chancen und Wegen salutogener Orientierung in der hausärztlichen (primärärztlichen) Versorgung sowie deren Förderung durch Qualitätszirkelarbeit befasst. Einige der zentralen Ergebnisse dieses Projektes sind dabei ohne weiteres auf die Schwangerenversorgung übertragbar. Übersetzt auf diesen spezifischen Versorgungsbereich, könnten sie folgendermaßen lauten:

- Eine (häufig) fehlende Klärung des Behandlungsauftrages führt zur Dominanz von Diagnosen und krankhaften Befunden und damit weg von einer ganzheitlichen Perspektive unter Einbeziehung der emotionalen Erreichbarkeit und wirkt somit als hindernde Strategie.
- Das Erschließen der Bedeutung der Krankheit/ des auffälligen Befundes für die betroffene Frau und ihren Partner sowie ihrer Ressourcen vor dem Hintergrund des sozialen Kontextes sowie bisheriger Krisenerfahrungen und Bewältigungsleistungen wirkt als förderliche Strategie.
- Ein Aufeinandertreffen von Medizinsystem und persönlicher Lebenswelt der Schwangeren bzw. des werdenden Elternpaares mit einer Dominanz der medizinisch-pathogenetischen Perspektive in der Schwangerenversorgung und daraus folgender latenter Vernachlässigung des individuellen (emotionalen) Hilfebedarfs wirkt als hindernde Struktur.
- Eine systematische Focussierung auf die Gesamtsituation der Patientin/ Klientin wirkt als förderliche Struktur.

Im Sinne einer salutogenetischen Orientierung in der Schwangerenversorgung müssen diese genannten Faktoren nicht nur auf der Ebene der/des einzelnen BehandlerIn, sondern auch auf der Ebene der Versorgungsstrukturen systematisch in den Blick genommen werden. Die Arbeit von Qualitätszirkeln kann hierfür einen wesentlichen Beitrag leisten, indem die Kooperation der Beteiligten verbessert wird und die verschiedenen Versorgungs-

angebote besser vernetzt werden. Damit können die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven einander in Richtung auf eine ganzheitliche Sicht ergänzen und die zur Verfügung stehenden Versorgungsressourcen aufeinander abgestimmt und optimal genutzt werden.

Über die Notwendigkeit von Vernetzung und interprofessioneller Kooperation im Gesundheitswesen sowie das Erfordernis von Qualitätsentwicklung besteht weitgehend Einigkeit. Dies gilt auch und besonders für die Schwangerenvorsorge: Neben der Optimierung verantwortlichen Handelns der Einzelakteure (ÄrztInnen, Hebammen, Schwangerenberatungsstellen etc.) kommt der vermehrten Aufmerksamkeit bezüglich psychosozialer Aspekte sowie der Förderung von Abstimmungsprozessen und Kooperation höchste Bedeutung zu. Letztere stellen wiederum eine wichtige Voraussetzung für eine salutogenetische Orientierung dar.

Interprofessionelle (d. h. Berufsgruppen übergreifend zusammen gesetzte) Qualitätszirkel (IQZ) haben sich in einem umfangreichen Modellprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Feld der Pränataldiagnostik als ein wirksames Instrument zur Förderung der Kooperation und Vernetzung sowie zur Reflexion und Förderung der Qualität des Alltagshandelns und damit zur Verbesserung der Prozessqualität erwiesen. In Fall bezogenen Diskussionen wird die Problemaushandlung in der Beratungssituation mit der schwangeren Frau zum Thema gemacht und dabei die Aufmerksamkeit bewusst auf die Handlungsrou-tinen gelenkt. Dabei können sowohl Probleme an Schnittstellen zwischen den verschiedenen, an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen gelöst, als auch spezifische Fragestellungen innerhalb einer Berufsgruppe bearbeitet werden. Das jeweilige (Be)Handeln der verschiedenen Professionen wird für alle transparent und nachvollziehbar, der je individuelle Stil der einzelnen AkteurInnen deutlich erkennbar. In sofern werden sowohl auf Berufsgruppen- als auch auf persönlicher Ebene ein differenziertes Kennenlernen und daraus folgend Wertschätzung sowie der Abbau von wechselseitigen Vorurteilen

möglich. Der Blick erweitert sich hin auf eine ganzheitlich orientierte Perspektive.

Die Besonderheit der Qualitätszirkelarbeit besteht in der Chance, über die risiko-orientierte medizinische Perspektive hinaus systematisch auch das emotional-subjektive Erleben und die Ressourcen der Schwangeren und ihres Partners in den Blick zu nehmen. Auf der Basis fall-bezogen erarbeiteter individueller Gesamt-diagnosen, welche Risiken und Ressourcen sowie die subjektive Perspektive der Betroffenen abwägen, können kooperationsfördernde und salutogenetisch orientierte Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Der Medikalisierung durch die hierzulande ärztlich dominierte Schwangerenvorsorge wird somit systematisch eine salutogenetische Position entgegengesetzt, die immer fragt: Welche Bedeutung und Folgen haben vorliegende oder erzielbare medizinische Befunde bzw. Therapieoptionen für die schwangere Frau? Was braucht sie für ihre Gesundheit?

### **Wie genau funktioniert nun das qualitäts-sichernde und kooperationsfördernde Instrument des Interprofessionellen Qualitätszirkels (IQZ)?**

Eine Gruppe von 10 bis 12 TeilnehmerInnen in möglichst „paritätischer“ Zusammensetzung aus den beteiligten Berufsgruppen (psychosoziale Beraterinnen, Hebammen, ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen, SeelsorgerInnen etc.) schließt sich freiwillig zusammen und trifft sich regelmäßig in 4-8wöchigen Abständen zu den Sitzungen des IQZ. Die Sitzungen dauern jeweils ca. 2-3 Stunden und werden modellhaft von einem Team aus zwei bis drei Angehörigen verschiedener Berufsgruppen moderiert. Die Moderation hat dabei ausschließlich Struktur gebende Funktion (am QZ-Konzept bleiben, Diskussionsleitung, Visualisierung und Zusammenfassung von Diskussionsergebnissen etc.), d. h. die ModeratorInnen treffen als solche keine inhaltlich-fachlichen Vorgaben. Ein wichtiges Paradigma der QZ-Arbeit ist, dass alle Gruppenmitglieder auf inhaltlich-fachlicher Ebene als gleichrangig angesehen werden.

Da jeder/m TeilnehmerIn die Gelegenheit gegeben werden soll, einen Fall aus der

eigenen Praxis vorzustellen (Erfahrungs- und Praxisbezug sind zentrale Elemente der QZ-Arbeit), ist von ca. 12-14 Treffen auszugehen, um den sogenannten Qualitätszirkelkreislauf einmal zu durchlaufen (incl. Anwärm- und Abschlussphase). Danach kann die Gruppe über die weitere Zusammenarbeit beraten und ggf. neue Themen bzw. Ziele für einen weiteren Durchlauf verabreden.

Für die ärztlichen TeilnehmerInnen ist die Zertifizierung der IQZ-Sitzungen bei der jeweilig zuständigen Ärztekammer als Fortbildungsveranstaltung zu beantragen, da Qualitätszirkel als solche ein seit vielen Jahren in der Ärzteschaft anerkanntes und geschätztes Verfahren der Qualitätssicherung darstellen. Für die beteiligten psychosozialen Beraterinnen ist eine Anerkennung der IQZ-Arbeit als Fortbildung durch das zuständige Sozialministerium sinnvoll und wichtig (wird jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt).

Nach einer Phase der gemeinsamen Themenfindung und Problembeschreibung stellt reihum in jeder Sitzung ein/e TeilnehmerIn fallbezogen ihre/seine praktische alltägliche Arbeit vor. Dabei kann es zum einen um als problematisch empfundene Situationen bzw. Beratungen oder Behandlungen gehen. IQZs haben in sofern eine wichtige supervisorische oder auch balintoidale, als sehr entlastend empfundene Komponente – sozusagen im Sinne einer „Salutogenese der Behandler“. Zum anderen sollte aber auch das jeweilige professionelle Routine-Handeln für die anderen GruppenteilnehmerInnen deutlich werden, um – gleichsam als vertrauensbildende Maßnahme – einen Eindruck davon zu erhalten, „was der/die andere da eigentlich so macht“. Wichtig ist es, in diesem Zusammenhang die Definition des Begriffs „Fall“ klar zu stellen: Im Gegensatz zu dem Verständnis des „Falls“ als „die Patientin/ Klientin“ oder gar „die Erkrankung einer Patientin/ Klientin“, wie sie den meisten zunächst geläufig sein dürfte, geht es im IQZ um das eigene professionelle (kooperierende) Handeln – bei salutogenetischer Orientierung insbesondere um die Focussierung desselben auf Ganzheitlichkeit und Ressourcenorientierung.

Die Diskussionsergebnisse werden in einem Protokoll festgehalten und dabei besonderer Wert auf die Verabredung von Handlungsempfehlungen gelegt. Im weiteren Verlauf der Zirkelarbeit werden diese, ebenso wie die anfangs erstellte Problemliste, fortlaufend ergänzt, auf Umsetzbarkeit überprüft und überarbeitet. Es handelt sich somit um einen ständigen Kreislauf oder Fluss von (neu) definierten Problemen (die erfahrungsbezogen abgearbeitet werden) einerseits und lösungsorientierten Absprachen auf der konkreten Handlungsebene (die immer wieder auf ihren Realisierungsgrad hin kritisch beleuchtet werden) andererseits. Die Einhaltung des Erfahrungsbezugs und die Focussierung der Gruppenarbeit auf die Formulierung von Zielvorstellungen, das Planen und die tatsächliche Umsetzung von Veränderungen sowie deren fortlaufende Evaluation liegen dabei in der Verantwortlichkeit der ModeratorInnen – als „HüterInnen“ der spezifischen Arbeitsstruktur eines IQZ.

Dieses Vorgehen ist durchaus anspruchsvoll, aber es ist der einzig wirksame Garant dafür, dass nicht nur geredet, sondern auch gehandelt wird – und dass der größten anfänglich geäußerten Befürchtung von TeilnehmerInnen, dass die IQZ-Arbeit lediglich auf eine „Laberguppe“ und letztlich auf „Zeitverlust“ hinauslaufen könne, effektiv vorgebeugt wird. Um dieser hohen Verantwortlichkeit entsprechen zu können, ist es unerlässlich, dass die ModeratorInnen ihr „Handwerk“ zuvor im Rahmen einer kompetenten Schulung erwerben und in der Anfangszeit der Zirkelarbeit die Gelegenheit zur zirkelbegleitenden Supervision erhalten.

Zusammenfassend und kurz gesagt: IQZs arbeiten nach dem Motto: „Jeder Einzelne weiß viel – doch gemeinsam wissen alle mehr“, wobei dieses Wissen kontinuierlich in kooperatives bzw. salutogenetisches Handeln umgesetzt und evaluiert wird. Dass dieses alles – trotz der genannten hohen Anforderungen an ein strukturiertes Arbeiten – auch entlastend wirkt, die persönliche Arbeitszufriedenheit der GruppenteilnehmerInnen erhöht und nicht zuletzt auch Spaß macht, das belegen mehrere Modellprojekte, die das IQZ-Konzept mittlerweile in verschiedenen Settings erforscht haben.

### Wie viele Qualitätszirkel gibt es zur Zeit im Bereich der Schwangerenversorgung in Deutschland?

Bundesweit existieren zur Zeit (soweit der Autorin bekannt) sowohl die aus dem erwähnten Modellprojekt der BZgA hervorgegangenen Gruppen in Augsburg, Erfurt, Mannheim und Schwerin, als auch ein IQZ in Hannover, der zugleich als niedersächsisches Modellprojekt vom Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gefördert wird. Weitere Initiativen sind in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern in Planung. Darüber hinaus hat im Juli 2007 die Gesundheitsministerkonferenz beschlossen, dass Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik und Schwangerenversorgung gefördert werden sollen.

### Wer kann einen Qualitätszirkel initiieren und wie geht das?

Einen Qualitätszirkel initiieren kann grundsätzlich jede/r in der Schwangerenversorgung Tätige. Der erste Schritt ist es, sich MitstreiterInnen – auch potenzielle ModeratorInnen – möglichst aus den verschiedenen vor Ort beteiligten Berufsgruppen (Hebammen, ÄrztInnen, psychosoziale Beraterinnen etc.) unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen (Beratungsstelle, Arztpraxen, Kliniken, Geburtshäuser etc.) zu suchen. Dabei hat es sich bewährt, zunächst persönlich bekannte Personen anzusprechen und von dort aus „schneeballartig“ weiter zu suchen. Als wichtige Voraussetzung hat es sich erwiesen, dass die Gruppenmitglieder (u.a. von der räumlichen Entfernung her) potenziell miteinander kooperieren können.

Für die ModeratorInnen ist – mit Hinblick auf das anspruchsvolle Konzept des IQZ – eine vorangehende Schulung sowie Supervision in der Anfangszeit der Zirkelarbeit dringend zu empfehlen. Neben der Konzeptvermittlung und praktischen Übungen wird dort auch praktische Starthilfe für die Zirkelgründung gegeben. Im November 2007 startet in Göttingen ein entsprechender Lehrgang der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation ([www.gemeko.de](http://www.gemeko.de)).

Auch die GruppenteilnehmerInnen sollten im Vorfeld und in der ersten Sitzung aussagefähige Informationen über das Konzept erhalten, um sich anschließend für eine aktive und mitverantwortliche Teilnahme entscheiden zu können. Wichtig: Die Teilnahme ist freiwillig und persönlich, d.h. es können keine VertreterInnen geschickt werden (sonst häufig üblich in Arbeitskreisen). Dadurch wird eine kontinuierliche Gruppenarbeit, ein gemeinsames Lernen und jene vertrauensvolle Atmosphäre sichergestellt, die die Basis für den Erfahrungsaustausch im IQZ darstellt und von den TeilnehmerInnen besonders geschätzt wird.

### Quellen und zum Nachlesen:

Antonovsky A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: DGVT

Bahrs O., Heim S., Kalitzkus V., Matthiessen P.F., Müller H. (2007): „Erfolgsfaktor Kommunikation“ Potentiale für eine verbesserte Arzt-Patientenbeziehung. Fachveranstaltung des AOK-Bundesverbandes, 27.2.2007, Universität Frankfurt/M. [http://www-aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/bahrs\\_vortrag\\_salutogenese.pdf](http://www-aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/bahrs_vortrag_salutogenese.pdf)

Bahrs O., Matthiessen P.F. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft). Bern: Hans Huber

Bahrs O., Schmidt U., Weiß M. (2007): Qualitätsentwicklung durch Kooperationsförderung – Modellprojekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. BZgA Forum für Sexualaufklärung und Familienplanung I-2007, S. 18-20

Bahrs O., Heim S., Nave M. (2000) Patientenzentriert und interdisziplinär – Der Interdisziplinäre Qualitätszirkel Göttingen zur Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen. Dr. med. Mabuse, 25, 128, S. 20-24

Bahrs O., Jung B., Nave M., Pohl D., Schmidt U. (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung. Forschung und

Praxis der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. Fachheftreihe „Forschung und Praxis der

Sexualaufklärung und Familienplanung“ (in Vorbereitung)

Riehl-Emde A., Kuhn R., Dewald A., Cierpka M.: Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik: Ein Modellprojekt verbessert die Versorgung. BZgA Forum für Sexualaufklärung und Familienplanung I-2007, S. 21-25

Weiß M., Bahrs O. (2007): Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Gemeinsam wissen alle mehr“. Deutsche Hebammen-Zeitschrift, S. 30-32

**Table:** *Überblick über die Entwicklung der Qualitätszirkel im Gesundheitswesen in Deutschland*

Seit wann?	Was?	Wer?/ Wo?
Seit 1989	Videoseminar Göttingen	Bahrs, Szecsenyi/ GeMeKo Göttingen
Seit 1990	Ärztliche Qualitätszirkel in der ambulanten hausärztlichen Versorgung	Brucks, Wahl/ Hamburg Helmich, Sohn/ Düsseldorf Häussler/ Berlin Abholz/ Berlin Bahrs, Gerlach, Weiß-Plumeyer/ Med. Hochschule Hannover Szecsenyi, Andres/ Universität Göttingen
Seit 1998	Interprofessionelle Qualitätszirkel in der psychosozialen Versorgung	Bahrs, Heim/ GemeKo Göttingen
Seit 2000	Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention	BZgA-Modellprojekt: Bahrs, Jung, Nave, Pohl, Schmidt/ Universität Göttingen Weiß/ GeMeKo Göttingen
Seit 2003	Gesundheitsfördernde Praxen – salutogenetische Orientierung in der Hausarztpraxis	AOK-Bundesverband: Bahrs, Heim/ Universität Göttingen Kalitzkus/ GeMeKo Göttingen Matthiessen, Müller/ Universität Witten/Herdecke
Seit 2003	Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik	BZgA-Modellprojekt: Bahrs, Schmidt/ Universität Göttingen Riehl-Emde, Cierpka, Kuhn, Dewald/ Universitätsklinikum Heidelberg Weiß/ GeMeKo Göttingen

Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Martina Weiß, Beratungs- und Therapiezentrum Hannover,

Bödekerstr. 65, 30161 Hannover,  
Tel.: (05 11) 66 10 66



## Frühgeburt als kritisches Lebensereignis: Welche Rolle spielt das Scham- und Schulterleben der Frauen?

### Workshop 4

*Stefanie Gebker*

In der Einführung zu diesem Workshop wurden zunächst mögliche Folgen für die psychische Gesundheit der Mütter vorgestellt, die sich in wissenschaftlichen Untersuchungen in diesem Bereich gezeigt haben. Hierzu gehören ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Angsterkrankungen und posttraumatische Belastungsreaktionen. Weniger ist dazu bekannt, inwiefern sich die Frühgeburt auf das Wohlbefinden der Mütter in einem mehr salutogenetischen Sinne auswirkt. In diesem Zusammenhang gewinnt der Bewältigungsprozess an Bedeutung, der bei jeder Frau unterschiedlich aussehen kann. Der Bewältigungsprozess beeinflusst, ob die Mutter nach der Frühgeburt erkrankt oder ob sie ihr Wohlbefinden in einer gewissen Weise sogar intensivieren kann, wie zum Beispiel durch persönliche Reifung an diesem kritischen Lebensereignis. Nach einer Frühgeburt erleben viele Frauen eine große Bandbreite an Gefühlen, wie Hilflosigkeit, Trauer und Schuld. Während einige sich sehr intensiv mit diesen Gefühlen auseinandersetzen, versuchen andere vor allem durch aktives Handeln am Kind die Situation zu meistern. In diesem Zusammenhang gibt es kein Richtig oder Falsch. Ungünstig wird es immer dann, wenn das eine oder andere zu intensiv oder einseitig wird, wenn also aus dem unterstützenden Handeln blinder Aktionismus wird oder die Auseinandersetzung mit Gefühlen in ein

stetiges, zermürbendes Grübeln übergeht. In diesem Zusammenhang ist das Scham- und Schulterleben der Mütter interessant, dass in der Forschung unter anderem danach unterschieden wird, wogegen sich die Selbstbewertung richtet: ob gegen ein bestimmtes Verhalten (Schuld) oder gegen die Person als ganzes (Scham). Hieraus leitet sich ab, dass intensives Schamerleben sehr destruktiv sein kann, während Schulterleben einen zukunftsorientierten Lernprozess anregen und der Frau das Gefühl von eigener Einflussnahme vermitteln kann. Positiv aufgegriffen werden kann dieser Prozess in der intensiven Einbindung der Mutter in die Pflege des Kindes, wie es zum Beispiel beim Konzept der „sanften Pflege“ angestrebt wird. Das Selbstwirksamkeitserleben und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten werden so gestärkt. Hierdurch kann ein positiver Bewältigungsprozess unterstützt werden, der sich nicht nur im Fehlen von Erkrankungen, sondern auch in einem gesteigerten Wohlbefinden zeigen kann. Eine Voraussetzung hierfür ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern und Pflegepersonal, die durch eine zusätzliche psychosoziale Beratung unterstützt werden kann.

Literatur bei der Verfasserin.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Stefanie Gebker, Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Graduiertenkolleg Integrative Kompetenzen und Wohlbefinden, Seminarstraße 20, 49074 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69-60 30, E-Mail: [sgebker@uos.de](mailto:sgebker@uos.de)*



## Der Kaiserschnitt als Flucht, Rettung oder Ressource?

### Workshop 6

Dr. Claudia Hellmers

Kontinuierlich steigende Sectioraten führen nicht nur in Deutschland, sondern auch international zu kontroversen Diskussionen. In Deutschland hat sich die Sectiorate in den letzten 16 Jahren fast verdoppelt. Lagen die Kaiserschnittgeburten 1990 noch bei 15,7% stiegen sie kontinuierlich auf 30% im Jahr 2006 an.

Internationale Untersuchungen zeigen, dass sich ca. 3% bis 12% der Frauen, die ihr erstes Kind erwarten, einen Kaiserschnitt wünschen würden. Für Studien, die sich mit der Geburtsmodus-Präferenz von geburtshilflichen Expertinnen befassen, lässt sich zusammenfassend sagen, dass 1% bis 21% der Gynäkologinnen und 0% bis 4% der Hebammen für sich selbst oder ihre Partnerin einen Kaiserschnitt bevorzugen würden. Gründe für den Wunsch zum Kaiserschnitt sind u. a. die Vermeidung von Schmerzen und Verletzungen, Furcht vor der Geburt, Sicherheit für das Kind und traumatische Geburtserlebnisse (Hellmers 2005).

Betrachtet man Untersuchungen zur Mortalität und Morbidität im Anschluss an eine Schnittentbindung, zeigen sich in vielen Bereichen erhöhte Risiken. Im Vergleich zur vaginalen Geburt zeigt sich nach einem Kaiserschnitt laut der NICE-Guideline (2004) ein erhöhtes Risiko für Schmerzen im Bauchraum, Verletzungen an Harnblase und Harnleiter, chirurgische Folgeeingriffe, Entfernungen der Gebärmutter, Thromboembolien, Verlegungen auf die Intensivstation sowie verlängerte oder erneute Klinikaufenthalte. Auch die mütterliche Sterblichkeit ist nach einem Kaiserschnitt erhöht. Beim Kind können zudem respiratorische Probleme auftreten und in einer Folgeschwangerschaft besteht die Gefahr einer Placentaimplantationsstörung, einer Uterusruptur sowie einer erhöhten Rate an Totgeburten und einer geringeren Fertilität. Im Hinblick auf Blutungen, Infektionen, Verletzungen im Genitalbereich, Stuhlinkontinenz, Rückenschmerzen und Schmerzen beim Ge-

schlechtsverkehr unterscheiden sich die beiden Geburtsmodi nicht voneinander. Auch hinsichtlich postpartaler Depressionen, neonataler Sterblichkeit (ausgenommen der Beckenendlage), kindlicher Hirnblutungen, Arm-Plexus-Verletzungen und Cerebralaparesen lassen sich keine Unterschiede finden. Ein reduziertes Risiko zeigt sich im Anschluss an einen Kaiserschnitt für Schmerzen im Bereich des Damms, Harninkontinenz und dem Vorfall der Gebärmutter.

In Ergänzung dazu verweisen andere Autoren (Childbirth Connection 2006) darauf, dass nach einer Sectio das Risiko einer negativen Geburtserfahrung sehr hoch bis hoch, das Risiko eines verzögerten Mutter-Kind-Kontaktes sehr hoch und das Risiko eines psychischen Traumas ebenfalls hoch ist. Beim Kind besteht zudem die Gefahr einer Schnittverletzung sowie ein hohes bis sehr hohes Risiko, nicht gestillt zu werden.

### Literatur:

NICE-Guideline: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. April 2004.

Childbirth Connection. What Every Pregnant Women Needs to Know About Caesarean Section. 2<sup>nd</sup> revised edition. New York: Childbirth Connection, December 2006.

Hellmers, C. (2005). Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnittes. Aachen: Shaker Verlag.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Dr. Claudia Hellmers, Hebamme, Diplompflegewissenschaftlerin, Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Lehrinheit Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, Verbund Hebammenforschung, Albrechtstraße 28, 49069 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69-22 70, E-Mail: [chellmer@uos.de](mailto:chellmer@uos.de)*





## Diskussionsergebnisse aus den Workshops

### W1: Salutogenese und Wohlbefinden

- bedürfnisorientierte (auch aufsuchend) Begleitung, um Ressourcen zu stärken mit Hilfe von Netzwerken
- Bonusgeschenk: für frühzeitige Kontaktaufnahme mit Hebammen

### W2: Pränataldiagnostik

- Eine Informationsberatung über PND unabhängig von Medizin und Human-genetik sollte in die Mutterschaftsrichtlinien mit aufgenommen werden.
- Arzt/Ärztin sind verpflichtet, dieses Angebot wie alle anderen Leistungen laut Mutterpass den Frauen anzutragen.
- Jede Frau sollte im ersten Trimenon die Chance geboten werden, Kontakt zu einer Hebamme aufzunehmen.

### W3: Vernetzung und Kooperation

- Strukturelle Voraussetzungen stärken/ verbessern für interprofessionelle Kooperation und Vernetzung (Zeit, Personal, Finanzen, Anerkennung, Begleitforschung)

### W4: Frühgeburt

- Kooperation zwischen Geburtshilfe und Neonatologie
- Thema nicht tabuisieren
- Angebot frühzeitiger Beratung
- Beratung vor Ort, aufsuchende Beratung

### W5: Geburtsort

- Wer beeinflusst die Wahl des Geburtsortes am meisten?
  1. ärztliche Praxis
  2. Familie
  3. Medien
- Wir haben zu wenige Informationen zur Wahl des Geburtsortes.

### W6: Kaiserschnitt

- Damit Frauen ressourcenorientiert gebären können, benötigen sie evidenzbasierte Informationen (z.B. durch Medien, Broschüren, Expertinnen), die Vor- und Nachteile aller Geburtsmodi aufzeigen.
- ...benötigen sie eine kontinuierliche interdisziplinäre Begleitung, damit ihre natürlichen Fähigkeiten gestärkt (empowert) und vulnerable Frauen bedarfsgerecht versorgt werden.



## Zusammenfassung der Podiumsdiskussion

Zum Abschluss der Tagung fand eine Podiumsdiskussion zum Thema „Selbstbestimmung und Gesundheit rund um die Geburt“ statt. Die teilnehmenden Expertinnen waren Prof. Petra Kolip von der Universität Bremen, Prof. Friederike zu Sayn-Wittgenstein von der Fachhochschule Osnabrück und Ulrike Hauffe, Landesfrauenbeauftragte in Bremen. Moderiert wurde die Diskussionsrunde von der Vizepräsidentin der Universität Osnabrück, Prof. Beate Schücking.

**Frau Kolip** ging in ihren Beiträgen auf die strukturellen Rahmenbedingungen rund um die Geburt ein. Für sie ist die Frage

von Bedeutung, wie Frauen an eine gute Betreuung gelangen können. Die Informationen darüber, wer welche Angebote vorhält, würden häufig fehlen. Informationsangebote, z. B. von Krankenkassen, würden in erster Linie von Mittelschichtfrauen genutzt; deren Bedarf sei allerdings weniger groß als von Frauen in sozial und bildungsmäßig benachteiligten Gruppen, denen diese Broschüren aus verschiedenen Gründen nicht zugänglich seien. Eine Erstinformation durch Hebammen sei sinnvoll. Die Krankenkassen sollten hierzu Anreize durch die Vergabe von Bonuspunkten geben. Auch eine kontinuierliche Betreuung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt sei ihrer Meinung nach besonders wichtig. Medikalisierung und Technisie-

rung stehen ihrer Meinung nach der Gesundheitsförderung diametral entgegen.

Für **Frau zu Sayn-Wittgenstein** ist die Überwindung der derzeit noch stark fragmentierten Versorgungsstrukturen ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern. Außerdem stellte sie in ihren Beiträgen die Rolle der Hebammen heraus, die sich mit niedrigschwelligen Angeboten an alle Frauen richten; auch schon in der Schwangerschaft und auch für diejenigen, die vulnerabel sind aufgrund ihrer Lebenssituation oder einer Krankheit wie Diabetes. Die Potenziale der Familienhebammen sind noch nicht ausgeschöpft. Familienhebammen könnten weit mehr als bisher in allen Bevölkerungsgruppen eingesetzt werden und nicht nur in erster Linie zum Wohle des Kindes wirken, sondern ebenso zum Wohle der Frauen. Die derzeit beginnende Akademisierung der Hebammen sei eine wichtige Weiterentwicklung, vor allem weil dadurch eine stärkere Evidenzbasierung von Maßnahmen im Bereich der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe zu erreichen sei (Beispiel Herzton- und Wehenüberwachung während der Geburt).

Nach Meinung von **Frau Hauffe** ist es vor allem wichtig, die zentrale Bedeutung der Lebensphase rund um die Geburt für das weitere Leben aller Familienmitglieder zu erkennen. Sie sieht eine große Gefahr in der derzeitigen Risikoorientierung in dieser Phase. Dadurch entstünden Abhängigkeitsstrukturen (oder verfestigten sich), die

der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit entgegen wirkten. Das vermeintlich notwendige, lebensbegleitende Medizinsystem werde so zu einem „Religionsersatz“.

Eine Verbesserung der Versorgungssituation ist nur zu erreichen, wenn Strukturen verändert und verbindlich festgelegte Gesundheitsziele eingesetzt werden.

Abschließend nahmen die Expertinnen Stellung zu den (zu knappen Statements zusammengefassten) Ergebnissen der Workshops. Immer wieder hervorgehoben wurde die Bedeutung der Vernetzung der verschiedenen Akteure (nicht nur Hebammen und GynäkologInnen, sondern auch NeonatologInnen und ExpertInnen für die psychosoziale Gesundheit). Ein gemeinsamer Nenner ließe sich auch in der Betrachtung von Schwangerschaft und Geburt als physiologische Prozesse erkennen.

Offen blieb, auf welche Weise Grundprinzipien moderner Gesundheitsförderung wie Partizipation und Empowerment stärker in Betreuungs- und Versorgungsprozesse in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt integriert werden können. Mit diesen Ansätzen ließe sich eine gesundheits- und wohlbefindensorientierte (und nicht konsumorientierte) Selbstbestimmung der Frauen fördern – eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.



## Mediothek

### Zwangsheirat und Gewalt aus Sicht türkischer Männer

AHMET TOPRAK: *Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer. Zwangsheirat, häusliche Gewalt, Doppelmoral der Ehre.* Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2005, 187 Seiten, ISBN 3-7841-1609-4, 18,00 Euro

Was denken türkische Männer über Zwangsehen und Gewalt gegen Frauen? Ahmet Toprak ist dieser Frage nachgegangen, indem er 15 türkische Migranten der zweiten und dritten Generation interviewte, die in Deutschland leben, aber eine Verwandte aus ihrem Heimatdorf in der Türkei heirateten. Diese Sicht auf ungebrochene patriarchale Strukturen und Denkweisen macht deutlich, dass die Ehre der Familie

ausschließlich am Verhalten der Frau festgemacht wird. Kinder werden geschlagen, um sie zu disziplinieren, die Ehefrau wird vergewaltigt, wenn sie nicht freiwillig die sexuellen Wünsche des Ehemannes erfüllt. Der Mann sieht sich vollkommen im Recht, so zu handeln. Wie die diesem Verhalten zugrunde liegenden kulturellen Konstrukte beschaffen sind, macht diese Milieustudie deutlich. Dabei werden die Männer als unsicher und ihren Eltern unterworfen dargestellt, die sie mit einer Heirat disziplinieren wollen. Toprak, selbst Referent für Gewaltprävention, versucht sich am Schluss in Vorschlägen zur Prävention von Zwangsehen und Gewalt. (us)



### Dem Leben begegnen

ANNELIE KEIL: *Dem Leben begegnen. Vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biografie.* Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen, München, 2006, 219 Seiten, ISBN-10: 3-7205-2851-0, 19,95 Euro

„Leben bekommen wir nur als eine Möglichkeit, leben müssen wir es selbst. ..Wir müssen ....es wagen, die Person zu werden, die in uns steckt und möglich werden will.“ Annelie Keil, renommierte Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, lädt uns ein, uns auf den Weg zu machen, uns mit uns selbst und unserem konkreten Leben anzufreunden. Das Buch will dazu beitragen, die innere Ordnung der menschlichen Existenz, ihre Gesetzmäßigkeiten und unsere Aufgabe darin

verstehen zu lernen. Annelie Keil nimmt uns mit auf eine Lebensreise, von der Zeugung bis ins Alter. Immer zeichnet sie Entwicklungsmöglichkeiten hin zu gelingendem Leben und zum Scheitern, zu Gesundheit und Krankheit, um im nächsten Schritt den mutigen Blick auf das jetzige Leben von Neuem zu wagen. Sie beleuchtet dabei auch die Rolle des Körpers als Haus und Werkzeug des Lebens. Ein Kapitel über Biografie und Macht, ihre Erfahrungen als Kriegskind beschreibend, beschließt dieses Buch. Es regt zum Nachdenken an und zur höchsten Konzentration auf das Wesentliche im Leben. (us)



## Geschlechterforschung in der Medizin

VERA REGITZ-ZAGROSEK, JUDITH FUCHS (HRSG.): *Geschlechterforschung in der Medizin*, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006, 186 Seiten, ISBN 3-631-55252-1, 34,00 Euro

Frauen weisen bei vielen Erkrankungen andere Beschwerdebilder auf als Männer, gehen anders mit sich und ihren Erkrankungen um und benötigen andere Behandlungsansätze. Das Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin geht diesen Zusammenhängen in einem jährlich organisierten Symposium nach. Das Symposium von 2006 wird in diesem Sammelband als Werkstattbericht doku-

mentiert. Nicht nur die Vorträge, sondern auch die Posterpräsentationen und der Workshop „Integration von Gender in die medizinische Lehre“ sind präsentiert. Leider sind einige Beiträge nur ein bis zwei Seiten lang und einige medizinische Artikel für Nichtmedizinerinnen schwer zu verstehen. Es sind jedoch spannende aktuelle Ergebnisse z.B. zu Geschlechterunterschieden bei rheumatologischen Erkrankungen und ein ganzes Kapitel mit Artikeln zu verschiedenen Erkrankungen aus dem Herz-Kreislauf-Bereich enthalten. Geschlechterspezifische Strategien für die Prävention werden ebenso angesprochen wie die Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis. (us)



## Häusliche Gewalt

FACHSTELLE FÜR GLEICHSTELLUNG STADT ZÜRICH, FRAUENKLINIK MATERNITÉ, STADTSPITAL TRIEMLI ZÜRICH, VEREIN INSELHOF TRIEMLI, ZÜRICH (HRSG.): *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*. Verlag Hans Huber, Bern, 2007, 271 Seiten, ISBN 978-3-456-84424-4, 29,95 Euro

In der Arztpraxis, in Krankenhäusern, in der psychotherapeutischen Praxis, in der Hauspflege – in vielen medizinischen und paramedizinischen Einrichtungen sind Fachleute des Gesundheitswesens mit häuslicher Gewalt konfrontiert. Menschen, die häusliche Gewalt erlebt haben, suchen hier oft als erstes Hilfe. Neben Mut und

Verständnis ist auch Fachwissen notwendig, um häusliche Gewalt zu erkennen, sie angemessen anzusprechen, zu dokumentieren und bei Bedarf kompetent weiterzuverweisen bzw. weitere Schritte einzuleiten.

Das vorliegende Handbuch vermittelt eine Fülle von Informationen und Erkenntnissen, die helfen, das komplexe Geschehen bei häuslicher Gewalt besser verstehen und einordnen zu können. Es informiert über die Hintergründe und Folgen häuslicher Gewalt, zeigt verschiedene Interventionsmöglichkeiten auf und stellt das Konzept der Frauenklinik Maternité als beispielhaft für eine Institution des Gesundheitswesens dar. (us)



## Gewalt in der Partnerschaft

ANDREA BUSKOTTE: *Gewalt in der Partnerschaft. Ursachen | Auswege | Hilfen*, Patmos Verlag, Düsseldorf, 2007, 186 Seiten, ISBN 978-3-491-40107-5, 14,90 Euro

Dieses Buch geht jedeN an – im Prinzip jedenfalls. Es handelt von Gewalt in Partnerschaften. Die ersten beiden Kapitel beschreiben die Erscheinungsformen, die Hintergründe und die Auswirkungen von

Gewalt. Danach werden Wege aus der Gewalt beschrieben. Das vierte Kapitel fragt: (Wie) können wir Gewalt verhindern? Das Buch richtet sich an Betroffene, an erzieherisch Tätige und an Menschen, die beruflich z. B. im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, mit Betroffenen zu tun haben. Ein Adress- und Informationsteil beschließt das Buch.



## Sexualität im weiblichen Lebenslauf

VERA BAMLER: *Sexualität im weiblichen Lebenslauf. Biografische Konstruktionen und Interpretationen alter Frauen, Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 199 Seiten, ISBN 978-3-7799-1379-5, 19,00 Euro*

Die vorliegende Dissertation will empirisch erfassen, wie Sexualität gelebt wird. Vera Bamler hat 21 Frauen, die zwischen 1912 und 1931 geboren wurden, interviewt.

„Aus der Perspektive der Sich-Erinnernden entwickelten die befragten Frauen Interpretationen, die ihre sexuellen Erfahrungen vor dem Hintergrund historischer, kultureller, gesellschaftlicher, sozialer und biografischer Einflüsse widerspiegeln. Innerhalb der biografischen Konstruktionen werden ihre persönlichen Motivationen, Bewältigungs-, Erwartungs-, Einstellungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster sichtbar.“ (us)



## Gender als interdependente Kategorie

KATHARINA WALGENBACH, GABRIELE DIETZE, ANTJE HORNSCHEIDT, KERSTIN PALM: *Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, 2007, 192 Seiten, ISBN 978-3-86649-131-1, 19,90 Euro*

Auf wissenschaftlicher Ebene wurde mit den Women's Studies die Ungleichheiten aufgrund des Geschlechtes analysiert und aufgearbeitet. Die schwarze Frauenbewegung hat den weißen Feminismus kritisiert. Jüdinnen, Schwarze Frauen, Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen machten die Erfahrung, dass sie im femi-

nistischen Mainstream als „die Anderen“ repräsentiert und verobjektiviert wurden.

Das vorliegende Buchprojekt entwickelt die Frage weiter, wie das Zusammendenken sozialer Kategorien und Marginalisierungen, z.B. Gender, Ethnizität, Alter, Religion und soziale Lage, beschrieben und problematisiert werden kann. In den verschiedenen Wissenschaften sind dafür unterschiedliche Begriffe entstanden: Diversity, Vielfalt, Heterogenität. Die Buchbeiträge machen die Begriffe Intersektionalität und Interdependenzen für Forschungen zu Ungleichheit, Marginalisierung und Privilegierung produktiv.

Ein Buch für Theorieliebhaberinnen. (us)



## Der lange Weg ans Licht

*Dokumentarfilm, Deutschland 2006, 100 Min., Regie: Douglas Wolfspurger, ab 28. Februar 2008 im Kino*

Der Film beleuchtet die Probleme der heutigen Gesellschaft, geprägt durch Abwanderung und Geburtenrückgang. Der lange Weg ans Licht begleitet die außergewöhnliche Hebamme Edeltraut Hertel und malt ein humorvolles Bild der sächsischen Provinz. In der sächsischen Kleinstadt nahe Chemnitz tobt ein Stellvertreterkrieg ver-

schiedener gesundheitspolitischer Vertreter. Die Kontrahenten buhlen um die Gunst des selten gewordenen Nachwuchses. Hochgerüstete Klinikärzte, alternativlässige Geburtshaus-Vertreterinnen und gestandene Hebammen kommen zu Wort und zum Einsatz. Dem preisgekrönten Regisseur Douglas Wolfspurger ist ein intelligenter und augenzwinkernder Beitrag zur Diskussion um die Gebärfreudigkeit im 21. Jahrhundert gelungen. Weitere Informationen unter [www.der-lange-weg.de](http://www.der-lange-weg.de)



## Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
4. April 2008 Hannover	90 Jahre Frauenwahlrecht Ladies Lunch On Tour/Frauenbündnis zum 8. März	Stiftung Leben & Umwelt Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen www.slu-boell.de
7. April 2008 Hannover	Welche Hilfen braucht Hannover nach sexuellem Missbrauch? Vortrag	Stiftung Leben & Umwelt Heinrich Böll Stiftung Niedersachsen www.slu-boell.de
11.-13. April 2008 Evangelische Akademie Loccum	„Louise Brown wird 30“ Fortpflanzungsmedizin damals und heute	Zentrum für Gesundheitsethik an der evangelischen Akademie Loccum, www.zfg-hannover.de/
26.-27. April 2008 Köln	21. Stillkongress der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen	www.afs-stillen.de
28. April 2008 Hamburg	Geschlechterrollen und psychische Belastungen: Erste Projektergebnisse des Projektes Gender/Stress	<a href="http://gender.verdi.de/aktuelles/termine/03-12-2007_projekttagung">http://gender.verdi.de/aktuelles/termine/03-12-2007_projekttagung</a>
15. Mai 2008 Hannover	Kämpfen, Spielen, Tanzen – Bewegungsräume miteinander neu kreieren Aufaktveranstaltung zum Handlungsprogramm zur Chancengleichheit von jungen Frauen im Sport	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, E-Mail: isa.liemann@ms.niedersachsen.de
16.-17. Mai 2008 Berlin	Gender – Trauma – Sucht Internationales Symposium	Alice Salomon Hochschule Berlin www.asfh-berlin.de
1.-5. Juni 2008 Glasgow, Schottland	28th Triennial Congress	International Confederation of Midwives www.midwives2008.org
23.-24. Juni 2008 Akademie Tutzing	Der Embryo – Produkt, Rohstoff, Geschenk? Tagung	www.ev-akademie-tutzing.de
2.-4. Juli 2008 Evangelische Akademie Loccum	Wie gesund ist unsere Pflege? Die Pflegeversicherung zwischen Kritik und Reform	www.loccum.de
12.-14. September 2008 Stockholm, Schweden	3rd International Congress in Gender Medicine	www1.stocon.se/gendermedicine/9/58512.asp
Herbst 2008	Kongress zur Kampagne „Leben hat Gewicht“ der Bundesministerinnen Schmidt, von der Leyen und Schavan	
13.-14. Oktober 2008, Berlin	Frauen und Rauchen: Was wirkt, was fehlt? Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung	www.fact-antitabak.de www.drogenbeauftragte.de
16.-18. Oktober 2008 Alpbach, Tirol, Österreich	Dünn sein ist keine Antwort Kongress Essstörungen 2008	Netzwerk Essstörungen www.netzwerk-essstoerungen.at/kongress08/
27.-31. Oktober 2008 Zacatecas City, Mexiko	V International Congress Women, Work and Health: Towards decent and healthy jobs for women	www.zanzana-ac.org/vcongresswwh.php
3. November 2008 Kassel-Wilhelmshöhe	Frauen sind anders – Männer auch! 1. Fachtag zur geschlechterspezifischen Arbeit für Frauen und Männer mit Behinderung	www.bvkm.de/veranstaltungen/veranstaltungen2008.pdf