



Freie Wahl des Geburtsortes?

Ein Gespräch über die Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe

Immer weniger Hebammen begleiten heute Hausgeburten – dabei sollen Frauen selbst entscheiden können, wo sie ihr Kind zu Welt bringen. Foto: Patrick Junker/laif

Jede Schwangere darf frei wählen, wo sie gebären will, so steht es im Paragrafen 24 des fünften Sozialgesetzbuchs. Doch wird über die Alternativen zur Klinikgeburt gleichberechtigt aufgeklärt? Geht es da gerecht zu? Ein Gedankenaustausch zwischen dem Geburtshelfer Professor Sven Hildebrandt und der Hebamme Anke Wiemer, begleitet von Bettina Salis.

Liebe Frau Wiemer, lieber Prof. Hildebrandt, wie frei ist die Wahl des Geburtsortes für die Frau zurzeit?

Prof. Sven Hildebrandt: Nicht gut, zumal die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gerade eine Stellungnahme verfasst hat, mit der sie sich sehr kritisch zur außerklinischen Geburtshilfe positioniert. Die hat eine katastrophale Wirkung, auch auf die Aufklärung zur außerklinischen Geburtshilfe. Eines der Hauptprobleme ist, dass die GynäkologInnen die Frauen nicht sachlich über Vor- und Nachteile aller Geburtsorte aufklären. Eher wird den Frauen, die eine außerklinische Geburt anstreben, Angst gemacht. Dabei wissen

die meisten GynäkologInnen gar nichts über die Bedingungen der außerklinischen Geburtshilfe.

Anke Wiemer: Ich verstehe nicht, warum viele ÄrztInnen die Frauen, die eine außerklinische Geburt wünschen, nicht als selbstständig denkende Frauen akzeptieren. Es fängt doch bei deren Haltung an. Da müssen wir ansetzen, dass sie diese Frauen mit ihrer Meinung und Entscheidung respektieren.

Und zur freien Wahl des Geburtsortes: Dass die kaum gegeben ist, liegt auch daran, dass nicht in allen Regionen in Deutschland Hebammen bereit sind, außerklinische Geburtshilfe anzubieten. Sicherlich auch, weil sie so sozialisiert sind. Viele haben etliche Jahre in der Klinik Pathologie gesehen und trauen sich nicht zu, eine normale Geburt zu begleiten. Sie haben es nie gelernt. Wir haben in den Kliniken seit 20 Jahren Hebammenabbau und -mangel. Welche Kollegin hat dort noch Zeit, acht Stunden neben einer Frau zu sitzen, mit ihr zu atmen und den Geburtsverlauf zu beobachten? Das letzte Mal ist das vielleicht in der Ausbildung möglich.

Es ist essenziell, dass Hebammen normale Geburten kennenlernen. Wenn nicht, dann trauen sie sich später vermutlich auch keine außerklinische Geburtshilfe zu.

Da wären wir beim Wissen. In Australien begleiteten Klinikhebammen Hausgeburten im Rahmen eines Programms.¹ Das veränderte deren Einstellung fundamental. Wissen über außerklinische Geburtshilfe kann also die Haltung dazu verändern. Frau Wiesner, hatten Sie während der Ausbildung eine Lehrerin, die Ihnen etwas über Hausgeburten erzählt hat?

AW: Ich bin im Osten der Republik geburtshilflich ausgebildet und sozialisiert worden, in einer großen Klinik mit über 3.000 Geburten im Jahr. Wir hatten zwar viel zu tun, aber Personal ohne Ende und betreuten maximal zwei Frauen gleichzeitig. Ich musste nicht in die Aufnahme, nicht ins Ultraschallzimmer und nicht in Kreißsaal drei und vier. Ich konnte stundenlang beobachten, zum Atmen und auch mal – entgegen der Regel – zu aufrechten Positionen anleiten, weil mir eine Hebamme, die schon 30 Jahre im Job war, gesagt hat: „Sie müssen nicht unbedingt liegen.“ Zwar waren Hausgeburten verboten, aber es gab einen Rettungswagen, der uns Hebammen für Nothausgeburten abholte. Wir hatten ein Kofferchen im Kreißsaal, sind in den Rettungswagen gesprungen und fuhren zur Geburt. Da habe ich diese Ausnahmeausgeburten erlebt.

Hausgeburterfahrungen wären in der heutigen Ausbildung mit dem verlängerten Externat über drei bis vier Monate möglich. Dann könnten die werdenden Hebammen ganze Betreuungsverläufe erleben, beginnend mit der Vorsorge über eventuelle außerklinische Geburten bis zu einer langen Wochenbettbetreuung. SH: Ich lehre an der Hochschule in Fulda den Schwerpunkt Pathologie der Geburt und Schwangerschaft. Da stelle ich alle Aspekte gleichberechtigt vor: aus Klinikperspektive und aus der Perspektive der außerklinischen Geburtshilfe. Ich benenne jeweils klar die Vor- und Nachteile. Ich behaupte – das wäre interessant zu erforschen –, dass von unseren Absolventinnen mehr in die außerklinische Geburtshilfe gehen als aus anderen Einrichtungen.

AW: Es geht doch darum, was die Lehrenden beibringen, welche Haltung sie haben und was sie selber gelernt haben. Warum können die Hebammen nicht – jetzt, wo ihre Ausbildung akademisch wird – die

Studierenden der Medizin in Physiologie der Geburt unterrichten? Bislang fehlt diese Brücke rückwärts.

SH: Und dann gibt es noch die Hebammenwissenschaft. Als Gegengewicht zur ärztlichen Wissenschaft. Die Hebammenwissenschaft darf nicht zu einer Alternativwissenschaft verkommen, aber auch nicht den Fehler begehen, die ärztliche Denkweise zu übernehmen. Sie muss eine neue Qualität wissenschaftlicher Denkweise etablieren. Der Hauptmangel ärztlicher Wissenschaft ist doch, dass sie rein quantitativ ist, das zeigt sich deutlich in der neuen Sectio-Leitlinie.² Qualitative Aspekte oder Visionen spielen da keine Rolle. Das könnte die Hebammenwissenschaft leisten und ein Gegengewicht bei der Erstellung von Leitlinien sein – als kreative Kraft.

AW: Gerade bei qualitativen Studien sehe auch ich einen Mangel. Wenn ich Anfragen zu Masterarbeiten bekomme, heißt es nur: „Welche Studien können wir mit den Zahlen von QUAG³ umsetzen?“ – also quantitative Studien.

Es nimmt sich aber kaum jemand die Zeit, bei einer Masterarbeit eine Interviewstudie zu machen, wie „Ich interviewe 50 Frauen, wie sie ihre Schwangerenvorsorge erlebt haben, wenn sie den Geburtsort Klinik gewählt haben, oder wenn sie den Geburtsort Außerklinik gewählt haben.“

SH: Die qualitative Wissenschaft muss gleichberechtigter Flügel wissenschaftlicher Denkweise werden.

AW: Ergänzend dazu: Bereits vor etwa zehn Jahren habe ich in einem Artikel gelesen, dass die evidenzbasierte Medizin eigentlich ein Irrweg sei, und die Erfahrungswissenschaft zu wenig goutiert wird. Im 18./19. Jahrhundert haben die Ärzte noch seitenweise Fallbeschreibungen gemacht und ihr Erfahrungswissen notiert. Heute machen wir zwar einen Haufen Dokumentation und Schreibkram, aber erfassen unsere beruflichen Erfahrungen nicht mehr.

Erfahrungswissen ist doch Teil der evidenzbasierten Medizin?

AW: Nur ein ganz kleiner.

SH: Aus meiner Sicht ist die evidenzbasierte Medizin genau der richtige Weg. Sie löst die Boss-Medizin ab: „Ich, der kluge Arzt, du, die doofe Patientin, und du machst, was ich dir sage.“ Das ist heute noch gang und gäbe.

Evidenzbasierte Medizin heißt: Wir helfen der Frau, auf wissenschaftlich fundierter Grundlage eine gute Entscheidung für

ihr Handeln zu finden. Der Knackpunkt ist lediglich, dass Evidenz heute ausschließlich auf Statistiken beruht. Für eine Evidenzfindung sind aber qualitative Hypothesen notwendig. Man muss Visionär sein. Und Wissenschaft ist Streit. Ist Reibung. Aber ich sehe da keine Vision, kein Nachdenken. Da ist nur Sicherheitsdenken.

Die Visionen werden auch ausgebremst durch Forensik beziehungsweise vermehrte Schadensersatzklagen?

SH: Entschuldigen Sie bitte, ich kann das nicht mehr hören. Wenn ich einer Frau alle Aspekte auf wissenschaftlicher Grundlage vorstelle und sie trifft daraufhin ihre Entscheidung, dann bin ich unangreifbar. AW: Viele Kolleginnen sind zurzeit wegen der neuen Sectio-Leitlinie verunsichert, weil die das Dauer-CTG empfiehlt. Ich sage denen: „Ihr könnt davon abweichen, aber ihr müsst es gut dokumentieren und die Abweichung gut mit der Frau besprechen. Ihr müsst eine informierte Entscheidung herbeiführen.“

Woran liegt es dann, dass sich so viele GynäkologInnen nicht zutrauen, der Frau zur informierten Entscheidung zu verhelfen?

SH: Für die forensischen Ängste sind meiner Meinung nach auch diese unsäglichen Stammtische mit verantwortlich, wenn dann Geschichten von Prozessen erzählt werden. Das sind oft Märchenstunden.

AW: Die Haftungsfrage beinhaltet auch noch einen weiteren Aspekt, die Haltung: „Bin ich bereit, diesen Weg mit der Frau zusammen zu gehen, sie bei ihrer Entscheidung zu unterstützen und ein Stück Verantwortung zu tragen und zu teilen?“

SH: Genau! Auch Selbstschutz spielt eine große Rolle.

Damit wären wir bei der Sicherheit – oder Versicherungen: Die Hebammenhaftpflicht ist durch den Sicherstellungszuschlag zu stemmen. Wie sieht das bei ÄrztInnen aus, die außerklinische Geburten anbieten wollen? Die müssen zurzeit rund 24.000 Euro pro Jahr zahlen. Gibt es berufspolitische Bestrebungen, das zu ändern?

SH: Das Problem ist nicht gelöst. Es wird vor sich hergeschoben. Ich habe ein ganz klares Versicherungskonzept, mit dem alle Probleme gelöst wären: die ereignisbezogene Haftpflichtversicherung. Das ist dasselbe Prinzip wie die Kfz-Haftpflicht: Da ist der Unfall versichert und nicht das Auto oder der Fahrer.

Hier wäre analog die Geburt versichert. Egal, ob eine Hebamme, drei oder fünf Hebammen beteiligt sind oder vier Ärztinnen und Ärzte. Der Schaden entsteht an der Frau oder dem Kind. Das lässt sich einfach ausrechnen: Wir haben so und so viele Geburten in Deutschland und ein Schadensaufkommen von so und so viel Euro. Wir können also jeder Geburt einen potenziellen Schaden von so und so viel Euro zuordnen. Und dieser Betrag muss in einem Topf zurückgehalten werden. Ich spreche jetzt nicht von Fahrlässigkeit und Schlamperei, sondern von normalen Fehlern, die bei einer Geburt passieren können. Und dafür muss ein Fonds da sein. Das wäre sofort lösbar, und es gäbe Schadensfreiheitsklassen, ähnlich wie bei der Kfz-Versicherung. Die aktuell riesigen Haftungssummen wären vom Tisch, für die sich jeder von uns absichern muss. Bei dem Konzept hat mir noch niemand widersprochen.

AW: Ich gehe noch ein Stück weiter: Ich wünsche mir so etwas für die ganze Bundesrepublik: Jeder Zahnarzt, jede Kieferchirurgin, jeder Gynäkologe, jede Hebamme oder jede Physiotherapeutin muss Fehler machen dürfen – solange sie nicht vorsätzlich herbeigeführt werden. Sie alle müssten so eine gesellschaftliche Absicherung bekommen. Dann hätten wir möglicherweise Fachkommissionen, die über Haftungsansprüche entscheiden, PatientInnen müssten nicht mehr jahrelang klagen, um zu ihrem Recht zu kommen; weil der Schaden offensichtlich durch einen Fehler passiert ist. Aber wir haben diese schlechte Fehlerkultur in unserem medizinischen System. Solange die von solchen Haftungsstrukturen gehalten und getragen wird, wird sich nicht viel ändern.

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) hat sich vor Jahren mal vorgewagt und einer interministeriellen Arbeitsgruppe Überlegungen zum Haftungsfonds vorgebracht. Alle Vorschläge wurden abgelehnt, weil die Versicherer heftig Lobbyarbeit geleistet hatten. Die wollen so eine Lösung nicht. Dabei geht es nur um die Basisversorgung. Die Versicherer könnten ja alle Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die es inzwischen in allen Gesundheitsbereichen gibt, weiterhin versichern. So eine Fondslösung für das gesamte Gesundheitssystem, das ist meine Vision. Die würde auch die Diskussion um den Ort der Geburtshilfe beenden.

SH: Ein weiteres Problem ist, dass die Leis-

tungen für Geburtshilfe für niedergelassene ÄrztInnen als kurative Leistungen abgerechnet werden, weil die eigentlich nur im Fall der Pathologie hinzugezogen werden. Diese Leistungen sind budgetiert. Mein Verdienst bleibt also gleich, egal, ob ich die ganze Nacht bei der Geburt sitze, einen Forceps (eine Zangenentbindung, Anm. d. Redaktion) mache und noch einen Dammriss dritten Grades nähe, oder ob ich zu der Frau „Guten Tag, wie geht's?“ sage – nämlich 16 Euro.

Die Begleitung von Geburten, in welcher Form auch immer, muss unbedingt aus den Budgets raus. Es müsste eine Vergütung geben, die den Einsatz lohnt.

AW: Allerdings sieht es nicht so aus, als ob die Verbände oder GynäkologInnen geneigt sind, an dieser Budgetierung irgendetwas zu ändern.

SH: Um den Bogen zu schließen: Am Anfang muss die Anerkennung stehen, und der politische Wille muss da sein. Das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes muss ein verbrieftes Recht sein. Naja, es ist ja ein Recht, aber es darf nicht nur in irgendwelchen Regularien verstauben, sondern sollte im Verständnis aller Beteiligten verankert sein. Das muss sich niederschlagen in den Ausbildungsinhalten, den Gesetzen, der Honorar- und Versicherungs politik usw.

Alles, was wir bis hierher besprochen haben, geht auf mangelnden Willen zurück. Da ist meiner Meinung nach der Gesetzgeber gefragt, das klar zu regeln.

AW: Zum Schluss noch ein tröstlicher Ausblick: 2020 haben sich bei der QUAG so viele Hebammen wie noch nie für die außerklinische Geburtshilfe angemeldet: 130. Das sind fast doppelt so viele wie in den anderen Jahren. Und vielleicht ist das ein Zeichen, dass wir auf einem guten Weg sind.

Vielen Dank für das Gespräch!

Quellen

- 1 Coddington, R./Catling, C./Homer, C.: Seeing birth in a new light: The transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery* 2020; 88: 102755.
- 2 <https://bit.ly/2MdFgGF>
- 3 QUAG e.V. ist die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe“, erfasst unter anderem die Perinataldaten der von Hebammen außerklinisch geleiteten Geburten und gibt jedes Jahr einen Qualitätsbericht heraus. www.quag.de

Anke Wiemer

hat 15 Jahre als angestellte Hebamme und mit Hebammenpraxis ab 1993 gearbeitet (halb angestellt, halb freiberuflich). Seit 2000 war sie als freiberufliche Hebamme mit außerklinischer Geburtshilfe und ab 2007 auch mit 1:1-Beleggeburten tätig. Parallel war sie ab 1993 auch berufspolitisch aktiv: im Landesverband hessische Hebammen als Kreis- und Landesvorsitzende, in Gremien des DHV und ab 1999 bei QUAG als Gründungsmitglied, im Vorstand und seit 2006 in der Geschäftsführung. Seit Januar 2017 praktiziert sie nicht mehr als Hebamme.



geschaeftsstelle@quag.de

Prof. Dr. Sven Hildebrandt

ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden, Mitbegründer des Geburtshauses, der Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden, Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda und Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung. info@prof-hildebrandt.de



Bettina Salis

ist Fachjournalistin für Gesundheit und Hebamme. info@bettina-salis.de