



Glossar des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur

Stand 23.01.2017

bedürfnisorientiert

Bedürfnisorientierung bedeutet im Kontext der Geburtshilfe, eine Frau so zu begleiten, dass sie die Geburt körperlich und seelisch gut meistern kann. Bedürfnisse sind beispielsweise Privatsphäre, Essen und Trinken, Zuwendung und Information. Um die individuellen Bedürfnisse unter der Geburt zu erfüllen, benötigt die Frau eine präzente und kompetente Ansprechpartnerin wie die Bezugshebamme.

Berufsstand der Hebamme

Freiberufliche, Beleg-, Klinik-Hebammen

Hebammen sind Fachfrauen für die Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Hebammen können angestellt und freiberuflich tätig sein. Angestellte Hebammen arbeiten im Krankenhaus im Schichtdienst. Freiberuflich tätige Hebammen bieten als einzige aufsuchende Vorsorgeuntersuchungen und Wochenbettbetreuung sowie Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse an. Sie begleiten Geburten zu Hause und in Geburtshäusern, als Beleghebamme im Schichtdienst oder als externe Beleghebamme.

Im Berufsalltag der Hebammen spielt die Begleitung in sozialen, psycho-sozialen und familiären Fragen eine immer größere Rolle. Als Vertrauenspersonen, die in die Familien kommen, erkennen sie Problemlagen oft sehr früh und können Hilfe einleiten, bevor es akut wird (z.B. bei Stillschwierigkeiten, Milchstau, verzögerter Wundheilung, Erschöpfung oder emotionaler Labilität der Wöchnerin).

Entscheidungsfreiheit, Wahlfreiheit des Geburtsortes

Die Wahlfreiheit des Geburtsortes umfasst die Wahl des Versorgungsstandards und die Art der Geburtsbegleitung. Der Versorgungsstandard bezieht sich nicht nur auf die institutionelle Umgebung (Klinik, Geburtshaus, zu Hause), sondern vor allem auch auf die Art der Versorgung in einer Klinik: Anwesenheit von Auszubildenden, OP-Teams, Kinderklinik, Intensivstation, Stillberatung. Die Art der Geburtsbegleitung reicht von kontinuierlicher 1:1-Betreuung durch eine Bezugshebamme bis hin zu einer Hebamme, die mehrere Gebärende gleichzeitig betreut. Die freie Wahl des Geburtsortes ist laut EU ein Menschenrecht [2].

Flächendeckende Versorgung, wohnortnahe Versorgung

Mit einer flächendeckenden Versorgung bezeichnen wir das wohnortnah vorhandene Angebot von Geburtskliniken, Geburtshäusern und freiberuflichen Hebammen. Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Geburtshilfe und Geburtsmedizin erhöht die Sicherheit von Schwangerschaft und Geburt, wohingegen ein Anfahrtsweg von mehr als 20 Minuten zur Geburtsklinik mit negativen Folgen assoziiert ist [4].

Geburtskultur

Geburtskultur umfasst die Pflege und formende Gestaltung all der Prozesse, die mit dem Erleben einer Geburt in Zusammenhang stehen: Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das erste Lebensjahr des Kindes. Eine positive Geburtskultur im Sinne der Eltern und des Kindes wird für uns durch eine sichere, bedarfs- und bedürfnisorientierte, gewaltfreie und menschenwürdige Grundversorgung realisiert. Diese besteht aus folgenden Bausteinen:

- Eine wohnortnahe Schwangerenvorsorge, die entsprechend den Wünschen der Frau gleichwertig von Arzt und Hebamme durchgeführt werden kann.
- Geburtshilfe und Geburtsmedizin sind flächendeckend verfügbar.
- Während der gesamten Geburt, beginnend mit der Eröffnungsphase, wird die gebärende Frau 1:1 von einer Hebamme betreut. Frauen werden in ihrer Fähigkeit zu gebären gestärkt.
- In den Geburtsfortschritt wird nur in medizinisch notwendigen Fällen nach Prüfung der individuellen Situation und ausführlicher Aufklärung eingegriffen.
- Während der gesamten Wochenbettzeit kann die Mutter eine aufsuchende Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme nutzen.



Glossar des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur

- Der durch veränderte Familien- und Arbeitsstrukturen erhöhte Bedarf an familiennahen Dienstleistungen in der Wochenbett- und Stillzeit wird durch qualifizierte, niedrigschwellige Anlaufstellen zur Hebammenhilfe ergänzt und als Kassenleistung anerkannt, z.B. Wochenpflegemodell wie in den Niederlanden.
- Der kostenfreie Zugang zu allen Informationen und eine wertungsfreie und ergebnisoffene Aufklärung ermöglichen den Eltern den eigenverantwortlichen Umgang mit den Angeboten rund um Schwangerschaft und Geburt.

Gewalt im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Wir sprechen dann von „Gewalt unter der Geburt“, wenn das Eingreifen in den Geburtsablauf und/oder das Beeinflussen der Gebärenden ihre Selbstbestimmtheit sowie ihre körperliche und/oder seelische Unversehrtheit negativ beeinflusst oder verletzt. Es handelt sich um eine teils subtile Gewaltform, die sowohl direkt durch das geburtshilfliche Personal ausgeübt als auch strukturell verursacht wird.

Gewalt unter der Geburt umfasst psychische (z.B. nicht ernst nehmen, auslachen, beleidigen, unter Druck setzen, ignorieren, allein lassen) sowie körperliche Übergriffe (z.B. Verweigern von Schmerzmitteln, Verabreichen von Medikamenten ohne Zustimmung der Frau, unnötig viele und grobe vaginale Untersuchungen, Gabe nicht zugelassener Medikamente, sog. Off-Label-Use, unnötige und nicht genehmigte Damm- und Kaiserschnitte). Meist geht sie mit dem Missachten der Rechte der Gebärenden einher [5, 6]. Entsprechend kann die Frau in der Schwangerschaft oder im Wochenbett gewaltsame oder respektlose Behandlung erfahren: in der Schwangerschaft beispielsweise durch nicht evidenzbasierte Pränataldiagnostik, Fehlinformationen, Drohungen, Zwang oder die mangelnde Möglichkeit zur informierten Entscheidung. Auch das Ungeborene kann von Gewalt betroffen sein: vorgeburtlich sowie unter der Geburt durch medizinisch nicht indizierte Interventionen (bspw. Zange, Saugglocke, Kopfschwartenelektrode oder Kristellerhandgriff, Kaiserschnitt). Nach der Geburt leiden Mutter und Baby z.B. durch unnötige Trennung, respektlose Behandlung, fehlerhafte Stillanleitung oder (Ab-) Stillzwang.

Häufig sind auch die GeburtshelferInnen, Hebammenschülerinnen und -studentinnen sowie Väter als Zeugen der individuellen, strukturellen oder systemischen Gewalt betroffen.

Die weltweite Aktion gegen Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe findet unter dem Namen „Roses Revolution“ seit 2013 am 25. November, am internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen (UNO) statt. Betroffene fordern das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Informierte Entscheidung

Eine informierte Entscheidung ist die Grundlage einer menschenwürdigen Geburtshilfe und -medizin. Informiert ist eine Entscheidung, wenn Kenntnisse über Vor- und Nachteile vorliegen und gegeneinander abgewogen werden können. Voraussetzung dafür ist eine wertungsfreie, uneigennützig, verständliche und vollständige, ergebnisoffene Aufklärung [7] sowie echte Wahlfreiheit. Das Gegenteil ist eine Entscheidung, die auf der Basis von zu wenigen, einseitigen oder verfälschten Informationen und unter Zeitdruck getroffen oder erzwungen wird. Information, Aufklärung und Ablehnung von Behandlungen sind Patientenrechte [8, 9].

Invasive Routinemaßnahmen unter der Geburt

Routinemaßnahmen beinhalten alle Untersuchungen der Gebärenden und Eingriffe in den Geburtsverlauf, die nicht durch eine individuelle Beurteilung der Situation, sondern durch externe Faktoren (Protokolle, Schemata, Leitlinien) ausgelöst werden. Invasiv bedeutet, dass der Körper der Gebärenden oder seine Vorgänge beeinflusst werden. Beispielsweise werden folgende Maßnahmen häufig als invasive Routinemaßnahmen angewendet: frühes Hospitalisieren, dauerhafter venöser Zugang, vaginale Untersuchung bei Aufnahme, Geburtseinleitung, wehenfördernde bzw. -hemmende Medikamente, Öffnung der Fruchtblase, Dammschnitt.



Glossar des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur

Kaiserschnitt, Arten von -

Der Kaiserschnitt ist das operative Beenden einer Geburt. Das Kind verlässt die Gebärmutter nicht vaginal, sondern durch einen Schnitt in die Bauchdecke. Ein Kaiserschnitt stellt eine große Bauchoperation dar, mit möglichen, teils weitreichenden Komplikationen und Folgen. Laut WHO-Statement von 2015 ist ein Kaiserschnitt in höchstens 10-15 Prozent der Geburten eines Landes erforderlich und sollte nur nach medizinischer Indikation durchgeführt werden [3]. Im Bundesdurchschnitt werden 31,1% der Geburten mit Kaiserschnitt beendet [10, Stand 2015].

Grundsätzlich wird zwischen zwei Arten des Kaiserschnitts unterschieden: dem primären und dem sekundären Kaiserschnitt. Ein primärer Kaiserschnitt wird vor Geburtsbeginn durchgeführt, hierzu zählt auch der Wunschkaiserschnitt. Als Wunschkaiserschnitt wird ein allein auf Wunsch der Mutter durchgeführter Kaiserschnitt bezeichnet, für den keine medizinische Indikation besteht. Ein oft genannter Grund für den Wunsch der Mutter ist Angst vor zu wenig Unterstützung bei der vaginalen Geburt [10]. Ein sekundärer Kaiserschnitt wird nach Geburtsbeginn eingeleitet. Ein Notkaiserschnitt kann primär oder sekundär indiziert sein, wenn Mutter oder Kind akut gefährdet sind.

Kontinuierliche 1:1-Betreuung durch eine Hebamme

1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Hebamme eine Gebärende während der Geburt betreut und für diese Frau während der gesamten Geburtsdauer verfügbar ist. Die 1:1-Betreuung verringert laut aktueller Studienlage die Interventionshäufigkeit in den Geburtsverlauf, das Auftreten von Gewalt während der Geburt und erhöht die Zufriedenheit der Gebärenden mit ihrer Geburt [1].

Idealerweise begleitet eine Hebamme die Schwangere durch regelmäßige Treffen oder Vorsorgeuntersuchungen und die gesamte Geburt hindurch. Ist dies erfüllt, sprechen wir von einer Bezugshebamme.

Qualität der Geburtsbegleitung

Qualität in der Geburtshilfe lässt sich in drei Bereichen erheben: in der Struktur, dem Ablauf (Prozess) sowie dem Ergebnis.

Strukturqualität beinhaltet beispielsweise die räumlichen Möglichkeiten und Gegebenheiten, z.B. Badewanne, Qualifikation und Schlüssel des Personals, die Vorhaltung von Notfallequipment. Messbare Qualitätsmerkmale sind die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von angemessenen Geburtsräumen und gut ausgebildeten sowie nicht überlasteten GeburtshelferInnen, Hebammen und ÄrztInnen; regelmäßige Fortbildungen des Personals sowie Notfalltrainings steigern die Qualität [15]. Krankenhäuser müssen die Einsatzbereitschaft von OP-Teams innerhalb kurzer Zeit (Entscheidungs-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) unter 20 Minuten) sowie die Anwesenheit eines Padiaters bei Frühgeburten garantieren können [16].

Die Prozessqualität betrachtet die organisatorischen Abläufe. Für Gebärende sind insbesondere die kontinuierliche Begleitung durch Hebammen während der gesamten Geburt, die Qualität der Beziehung zu den GeburtshelferInnen, sowie die Einbeziehung in Entscheidungen wichtig [11; 12; 17]. Notwendige Eingriffe in den Geburtsverlauf sollten wenn möglich evidenzbasiert und nach ausführlicher Aufklärung und Einwilligung durch die Gebärende stattfinden. Dies setzt eine gute Strukturqualität (individuelle Begleitung durch qualifiziertes Personal) voraus.

Die Ergebnisqualität umfasst die physische und psychische Unversehrtheit von Mutter und Kind. Neben Todesfällen lassen sich zur Qualitätssicherung folgende Parameter erfassen: die Raten von Kaiserschnitten, Dammschnitten, hochgradigen Dammrissen und vaginal operativen Geburten sowie die Anzahl von Neugeborenen mit niedrigem APGAR-Score und pH-Wert sollten möglichst gering, der Anteil gemeinsam entlassener Mutter-Kind-Paare möglichst hoch sein [18]. Bislang nicht erhoben wird das psychische Outcome der jungen Familien und der GeburtshelferInnen.



Glossar des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur

Selbstbestimmung / selbstbestimmte Geburt

Selbstbestimmung in der Medizin bzw. im Gesundheitswesen umfasst das Recht von Menschen, darüber zu bestimmen, welche der angebotenen und möglichen Behandlungen sie in Anspruch nehmen oder ablehnen (vergl. Patientenrechtegesetz). Eine informierte Entscheidungsfindung nach wertungsfreier, ergebnisoffener Aufklärung ist dabei von zentraler Bedeutung [9, 10, 13].

Als selbstbestimmte Geburt bezeichnen wir, wenn alle Kriterien der Selbstbestimmung gegeben sind. Begünstigend für eine selbstbestimmte Geburt ist die frühzeitige Begleitung der Schwangerschaft durch eine Hebamme, die freie Wahl des Geburtsortes, eine an den Bedürfnissen der Mutter orientierte 1:1-Betreuung durch eine Hebamme, sowie die wertungsfreie, uneigennützig und ergebnisoffene Aufklärung der Eltern zu medizinischen Entscheidungen (vgl. unsere Forderungen im Grundsatzpapier).

Technisierung der Schwangerenvorsorge

Technisierung der Schwangerenbegleitung beschreibt das Abwenden vom persönlichen Kontakt und das Hinwenden zur Technisierung der Begleitung der Schwangeren auf der Suche nach Pathologien und Auffälligkeiten durch häufige Ultraschall-Untersuchungen. Schwangerschaft und Geburt werden dabei als medizinisch-technischer, in der Folge auch als wirtschaftlicher Prozess verstanden, dessen Fortschreiten immer mehr unter Kontrolle gebracht werden soll. Häufig fehlen auf der anderen Seite die menschliche Zuwendung und das Gespräch zur Klärung von Fragen und der Erläuterung der erhobenen Werte.

Beeinflussende Faktoren wie das psychische, soziale und familiäre Umfeld der Schwangeren werden vernachlässigt und das Vertrauensverhältnis zwischen Schwangerer und Arzt / Ärztin ist belastet. Die Folge ist eine Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt und eine Abhängigkeit der Schwangeren von immer weiterführenden Untersuchungen. Die Grundlage einer gesunden Schwangerschaft, das Vertrauen in den eigenen Körper, geht verloren (vgl. Grundsatzpapier der Elterninitiativen).

Wochenbett

Als Wochenbett wird die Zeit nach der Geburt bezeichnet, in der sich schwangerschafts- und geburtsbedingte Veränderungen des Körpers zurückbilden. Diese beträgt etwa acht bis zwölf Wochen [14]. Neben den körperlichen Vorgängen (Wundheilung, Rückbildung der Organe, Milchbildung, hormonelle Umstellung etc.) dient die Zeit der Anpassung an die neue Situation und Stärkung der Bindung zum Kind. Mögliche Komplikationen sind Überlastung durch fehlende unterstützende Strukturen, Stillprobleme, medizinische Probleme z.B. nach Kaiserschnitt, Thrombose, Infektionen, Depressionen etc. .

Die Frau hat Anspruch auf die Betreuung durch eine Hebamme im Wochenbett und darüber hinaus bei Stillproblemen oder Ernährungsfragen im ersten Lebensjahr des Kindes. Dies wird überwiegend durch freiberufliche Hebammen aufsuchend geleistet. Die Hebamme überwacht nicht nur die physiologischen Vorgänge, sondern ist Ansprechpartnerin für Fragen rund um das Neugeborene und das Stillen.



Glossar des Netzwerkes der Elterninitiativen für Geburtskultur

Quellen

- [1] Sandall et al., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, Cochrane Database Systematic Reviews 9:CD004667, 2015.
- [2] Hartmann und Stone, Das ungarische Ternovsky-Urteil: die Hausgeburt ist ein Menschenrecht, Deutsche Hebammen-Zeitschrift 5:15-18, 2014.
- [3] WHO, WHO statement on caesarean section rates (WHO/RHR/15.02), 2015.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.
- [4] Ravelli et al., Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands, BJOG, 118(4):457-465, 2015.
- [5] Mundlos, Gewalt unter der Geburt, Tectum 2015.
- [6] WHO, Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/2/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?ua
- [7] Rummer und Scheibler, Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt, Deutsches Ärzteblatt 113(8): A-322 / B-272 / C-272, 2016.
- [8] Bürgerliches Gesetzbuch §630c,d.
- [9] Bundesministerium für Gesundheit, Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte, 2014.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/130627_PRB_Internet_pdf_neu.pdf
- [10] Statistisches Bundesamt (2016). Krankenhausentbindungen in Deutschland. Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausentbindungenKaiserschnitt.html>.
- [11] Bauer, Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt, Göttingen: V & R unipress, 2011.
- [12] Lütje, Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit und das Erleben in der Geburtshilfe? Hebamme 2007, 20(1):44-51, 2007.
- [13] Finkelstein et al., Informed consent and medical ethics, Archives of Ophthalmology, 111(3):324-326, 1993.
- [14] Heller, Nach der Geburt - Wochenbett und Rückbildung. Thieme; 2002.
- [15] Draycott, T et al. (2006). Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome?. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113: 177-182. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00800.x
- [16] Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-plan-QI_BAnz.pdf (aufgerufen am 03.01.2017)
- [17] Hodnett ED (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 186: S60-S72
- [18] IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2016). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015 :Geburtshilfe-Qualitätsindikatoren, https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qidb/2015/2016-05-25/QIDB_2015_INDIREKT_PDF/QIDB_2015_indirekte_Leistungsbereiche/BuAw_2015_INDIREKT/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2015.pdf (aufgerufen am 27.12.2016)