

OFFENER BRIEF

10.2.2015

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Rossi,
wir nehmen Bezug auf Ihren Artikel **"Perinatalmedizinische Versorgung: Maximale Sicherheit für Mutter und Kind anstreben"**, weil wir die Öffentlichkeit über Irrwege in der Geburtsmedizin unterrichten wollen.

Sie leiten aus Zahlenvergleichen mit skandinavischen Ländern ab, dass geplante „Level 1 Zentren“ aufgrund ihrer Größe die Sterblichkeit von Babys senken könnten. Ein gigantisches Geburtsmanagement und zeitgleiche Schließung wohnortnaher geburtshilflicher Abteilungen sei der Schlüssel dafür, dass mehr Kinder überleben.

Ihre wichtigste Information zum skandinavischen Vorbild lautet: *„Diese mitunter, wohnortferne Versorgung‘ in Finnland und Schweden wird flankiert durch eine intensive soziale Betreuung der Patienten und gegebenenfalls der Familien: So sind Schwangere mit drohender Frühgeburtlichkeit häufig etliche Zeit vor der Entbindung in einem Perinatalzentrum untergebracht, der Vater wird mindestens zeitweilig von der Arbeit freigestellt, und die Familie wird intensiv begleitet.“*

Wir fragen bezüglich 60 000 Frühgeborener jährlich und 200 000 Kaiserschnitten nach der Qualität der Flankierung betroffener Familien bei uns. Wie sieht konkret die psychosoziale Betreuung der betroffenen Eltern aus? Uns ist nicht bekannt, dass Deutschland ein entwickeltes System familiennaher Dienstleistungen am Beginn des Lebens hätte. Wir verweisen auf die WDR Dokumentation vom 2.10.2014 unter Mitwirkung Ihres Kollegen und Finanzexperten der DGGG, Prof. Matthias Beckmann, UNI-Klinik Erlangen. Dieser weist nach, dass die Fallpauschalen einen Anreiz bieten, Technik und Medikation invasiv einzusetzen und sogar Kinder mit weniger als 1500 g vorzeitig mit Kaiserschnitt in die Welt zu befördern, um höhere Pauschalen abrechnen zu können. Gilt das Grundrecht auf „körperliche Unversehrtheit“, Artikel 2 im Grundgesetz, auch für Frauen und Babys?

Die „blutige“ Entlassung frisch entbundener Frauen nach schwerer Geburt, *ohne* die selbstverständliche Bereitstellung eines Netzes familiennaher Dienstleistungen (Hebammenhilfe, Mütterpflege, Haushaltshilfe, Arbeitsfreistellung des Vaters) ist das deutsche Sparmodell im Gegensatz zu Skandinavien. Der Skandal vernachlässigter Familien in der Anfangsphase wird bei uns heruntergespielt. Hier müssten Gelder fließen und ärztliches Engagement ansetzen.

Wir erwarten von Ihnen, dass Sie die *langfristige* Gesundheit nachkommender Generationen im Auge haben und die bekannten Bedürfnisse von werdenden Eltern und gebärenden Frauen als NutzerInnen geburtshilflicher Einrichtung in Ihre Überlegungen einbeziehen. Frauen geht es um die Qualität jeder einzelnen Geburt. Mütter erwarten an erster Stelle eine kontinuierliche eins-zu-eins-Betreuung durch eine vertraute Hebamme an ihrer Seite. Alle nationalen und internationalen Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine kontinuierliche 1:1 Betreuung bei risikoarmen Gebärenden zu exzellenten Ergebnissen führen.

Gigantismus in der Geburtsmedizin, die Vorstellung, dass größer = besser sei, ist ein Irrweg auf Kosten von Kinder- und Frauengesundheit. Die meisten Schwangeren könnten aus eigener Kraft gebären, wenn sie nicht unaufhörlich kontrolliert, unter Zeitdruck gestellt und wegen Personalmangel alleingelassen würden. Elterninitiativen fordern, die Zahl von durch Hebammen begleitete Geburten systematisch zu steigern, und dies nicht nur im ausserklinischen Bereich, sondern auch in den Kliniken. Nur das führt nachweislich zu besseren Gesamtergebnissen. Wir wenden uns entschieden dagegen, dass mit Steuermitteln Geburtsfabriken auf die grüne Wiese gesetzt werden.

Irene Behrmann, Vorsitzende GreenBirth e. V.

Verantwortlich i.S. d. P. Vorstand GreenBirth e.V. – www.greenbirth.de – Email: greenbirth-info@t-online.de

Quellen: WDR Dokumentation: „Belohnung für Frühgeburt“ <http://www1.wdr.de/mediathek/video/sendungen/frautv/videofrautv240.html>

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/167105/Perinatalmedizinische-Versorgung-Maximale-Sicherheit-fuer-Mutter-und-Kind-anstreben?s=Perinatalmedizin>