

Informationen zu Versäumnissen im Mutter-Kind-Schutz in der Schwangerschaft und während der Geburt

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich in den Kreißsälen eine technologische und medikamentenorientierte Entwicklung vollzogen, deren Nutzen für die Gesundheit des Kindes unter GeburtshelferInnen umstritten ist. Wo Milliarden für Forschung und Entwicklung investiert werden und Kliniken sich mit Hochtechnologie ausrüsten, entsteht auch ökonomischer Handlungsdruck. Geburtstechnologische Routinen jedoch können zu Geburtskomplikationen führen und gefährden damit das Wohl von Mutter und Kind. Gegen derartige technische und medikamentöse Interventionen gibt es keine Handhabe, da nach der deutschen Gesetzgebung kindliche Grundrechte von der Zeit zwischen 13. SSW bis einschließlich zur Geburt nicht ausreichend definiert sind. Erst ab Beginn der Eröffnungswehen greift das Strafrecht, es kommt jedoch nicht zum Tragen, weil ein rechtsverbindlicher Maßstab, medizinische Routinen als Körperverletzung im strafrechtlichen Sinne einzustufen, fehlt.¹ So konnten riskante Techniken und Untersuchungsmethoden routinemäßig bei Hunderttausenden gesunder Kinder in der Schwangerschaft und bei der Geburtsbegleitung zum Standard werden² - ohne jede Rechenschaftslegung der Handelnden und weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit:

Interventionen vor oder während der Geburt, die die Gesundheit von Kindern gefährden

Kopfschwartenelektrode: Während der Geburt, noch bevor der Kopf des Kindes sichtbar ist, werden zwei Drähte durch den Muttermund eingeführt und die gebogenen spitzen Drahtenden unter die Kopfhaut des Kindes gedreht, genannt „interne Ableitungstechnik“ als „Verfeinerung“ des CTG zur Herztonüberwachung. Diese Körperverletzung wird seit mehr als 20 Jahren ungefragt routinemäßig praktiziert. Der medizinische Nutzen steht in keinem Verhältnis zur Verletzung des Kindes.³ Verbreitung: Bundesweit, mit abnehmender Tendenz.

Mikroblutuntersuchung (MBU): Dem Kind, das sich mitten in seiner Geburt befindet, werden eine oder mehrere Schnittverletzungen, je nach Dauer der Geburt, am Kopf zur Blutgewinnung zugefügt. Man rechtfertigt diese Körperverletzung damit, dass dadurch unnötige operative Eingriffe vermieden werden könnten. Eine evidenzbasierte Risiko-Nutzen-Bewertung, welche die kindlichen Interessen berücksichtigt, fehlt. Auch diese Körperverletzung ist bundesweit üblich geworden – mit steigender Tendenz.

Ultraschall: Ultraschall lässt den Kopf des Ungeborenen messbar vibrieren. Eine Wirkung auf chromosomaler Ebene wurde nachgewiesen. Aus gutem Grund bezahlen Krankenkassen nur drei dieser Untersuchungen. Der Gebrauch dieses Gerätes wurde immer weiter zu einer visuellen Dienstleistung ausgebaut („Baby-TV“).⁴

CTG: Das CTG wird in der Schwangerenbetreuung ohne medizinische Indikation in

äußerst bedenklichem Umfang eingesetzt, obwohl eine erhebliche Belastung des Kindes durch hochenergetische Dopplerwellen bewiesen ist.

Auch das CTG unter der Geburt bietet international anerkannt keinen Vorteil für das Kind oder den zu erwartenden Geburtsverlauf. Im Gegenteil, die Anwendung der Technik über eine Indikation hinaus ist in Fachkreisen umstritten.⁵

Medikamente: Während der Geburt werden z.B. Opiate, Psychopharmaka und hochpotente Schmerzmittel meistens routinemäßig verabreicht. Die Verabreichung setzt das hormonelle Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind außer Kraft, und die Medikamente gelangen in den Blutkreislauf des Kindes. Medizinische Folgeinterventionen bis hin zum Kaiserschnitt sind fast die Regel. Kinder werden durch medikamentöse Eingriffe in ihrer körperlich-seelischen Gesundheit verletzt.⁶

Geburtseinleitungen: Auch nicht indikationsgerecht verabreichte Wehenmittel bringen das hormonelle Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind durcheinander, was zu Komplikationen führt und dadurch weitere medizinische Interventionen nach sich zieht. Die Praxis der Geburtseinleitung hat sich weiter verschärft, indem Kinder ab der 38. Woche + 1 Tag (dann zählt das nicht als Frühgeburt) per Kaiserschnitt geplant „geholt“ werden, obwohl die

damit verbundenen Gefahren für den Geburtsverlauf und für die Gesundheit von Mutter und Kind bekannt sind.⁷

MRT-Diagnostik: Trotz des Mutter-schutzgesetzes werden MRT-Untersuchungen bereits vor der Geburt durchgeführt, obgleich Schädigungen durch Lärm, Vibration (ausdrücklich im MuSchG § 4 erwähnt) und Magnetwellen nicht ausgeschlossen sind. Magnetwellen in dieser Stärke kommen in der Natur nicht vor. Es ist unklar, welche Wirkung sie auf das fetale Hämoglobin (Eisenatome) haben, - mögliche Störungen von Zellkernen, z. B. der Keimzellen, würden erst in vielen Jahren deutlich werden.⁸

MRT-Geburt als Versuch: Die Spitze des Eisberges von Technikeinsatz in der Geburtsmedizin stellt die Geburt von Kindern im MRT dar. Auch dies ist möglich, weil der gesetzliche Schutz fehlt.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Vor der Frist von 12 Wochen, sind Ungeborene durch den § 218 geschützt. Danach „dürfen“ gesunde Kinder ungestraft durch Diagnostikangebote des Gesundheitsmarktes in ihrer Entwicklung verletzt, gestört, gestresst⁹, beschallt, geschnitten, mit Magnetresonanzwellen torpediert werden und sterben, z. B. als Folge der gefährlichen Fruchtwasseruntersuchung.¹⁰

Regelungslücke zwischen der 13. und 42. Lebenswoche

Der fehlende gesetzliche Schutz von Kindern vor der Geburt führt zu routinemäßigen Handlungen, die ursprünglich für den Krankheitsfall entwickelt worden waren. Auch da kommt es zu Verletzungen des Kindes, und es müssen Schaden und Nutzen abgewogen werden. Zug um Zug flächendeckende Anwendung von Krankenhausroutinen bei gesunden Kindern und Frauen stellt eine gravierende Fehlentwicklung dar.

Das Mutterschutzgesetz braucht zum Schutz ungeborener Kinder Ergänzungen

§ 4 (1) „Werdende Mütter dürfen nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind.“

Das Mutterschutzgesetz dient dem Kinderschutz während der Berufstätigkeit. Aber es ist angesichts der Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt und dem Diagnostiksektor der Geburtsmedizin zu erweitern. In Kenntnis heutiger Forschung der Neurobiologie, Psycho-Neuro-Immunologie, Pränatalpsychologie und Psychotraumatologie ist der Schutz vor Schadeinwirkungen durch den Einsatz schwangerschafts- und geburtsmedizinischer Routinen in das MuSchG aufzunehmen.

Angesichts dieser Situation ist zu fordern:

Der strafrechtliche Schutz des Ungeborenen über § 218 hinaus wird um den Schutz vor körperlich-seelischen Verletzungen bis zur Geburt ergänzt.

Die Straftatbestände der Körperverletzung eines Kindes gelten derzeit erst ab Beginn der Eröffnungswehen. Vorher ist die körperlich-seelische Verletzung eines ungeborenen Kindes straffrei möglich.

Kinder sollten rechtlichen Anspruch haben, ca. 42 Wochen lang interventionsfrei bzw. interventionsarm im Mutterleib heranwachsen zu dürfen. Jeder einzelne Eingriff in den naturgegebenen Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt bedarf einer eindeutigen, evidenzbasierten und die Rechte des Kindes achtenden Begründung.

Verbraucherinnenschutz gegen Angebote des Gesundheitsmarktes, die das Leben und die Gesundheit von Kindern vor und während der Geburt gefährden¹¹.

Um Beeinträchtigungen der Gesundheit des ungeborenen Kindes zu vermeiden, müssen Vorsorge einerseits und Angebote des Gesundheitsmarktes andererseits von schwangeren Verbraucherinnen klar unterschieden werden können.

Medikamente, technische Geräte und Eingriffe, die in Schwangerschaften und bei der Geburt üblich geworden sind und von den Frauen inzwischen als normal angesehen werden, müssen auf den Prüfstand, z. B.

Tests, Beschallungen und invasive Techniken, soweit sie nicht eindeutig medizinisch indiziert sind, sondern auf dem Gesundheitsmarkt als sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) angeboten oder zu Forschungszwecken eingesetzt werden.

Ethikkommissionen tragen eine öffentliche Verantwortung für die Unversehrtheit aller Kinder. Ihre Entscheidungen sind öffentlich zu machen.¹²

Wir fordern, dass eine *unabhängige* Ethikkommission sämtliche Medikamente, technischen Geräte und Eingriffe, die in Schwangerschaften und bei der Geburt üblich geworden sind, prüft.

Zur WHO-Empfehlung von 1985

Wir fordern die Umsetzung der WHO-Empfehlungen von 1985 in nationales Recht. Darin geht es um Informationen für Eltern über verschiedene Geburtsorte, um den Erhalt der Bindung zwischen Mutter und Kind und um die Beachtung physiologischer Prozesse während der Geburt.

Die unterzeichnenden Vereine und Verbände:

GreenBirth e.V., Vorsitzende: Irene Behrmann, (05145) 284289, info@greenbirth.de

Gesellschaft für Geburtsvorbereitung -Familienbildung und Frauengesundheit - Bundesverband e.V.,

Ehrenvorsitzende: Elisabeth Geisel, (0551) 56647, gfg@gfg-bv.de

Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V., Präsidentin: Eva-Maria Müller-Markfort, (02382) 84508, Geschaeftsstelle@dfh-hebammen.de

Internationale Gesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin e.V., Präsident: Dr. Sven Hildebrandt, (0174) 2165513, info@dr-sven-hildebrandt.de

Zur Beachtung:

Die staatsanwaltschaftliche Begründung zur Ablehnung der Strafverfolgung der Verantwortlichen, nach geplanter Geburt eines Kindes im MRT, einem Kind, welches sich in der Geburt befindet (Fußnote 1), zeigt, dass es an einer ausreichenden Definition für den Kinderschutz vor (ab der 13. Woche) und während der Geburt fehlt. Das ist der Grund, warum im Medizinsektor der Schwangerenvorsorge und Geburtsbegleitung ein quasi rechtsfreier Raum besteht im Gegensatz zum Arbeitsschutz für die Mutter. Die Grenzen zwischen medizinisch notwendigem Handeln und Routinehandlungen sind nicht gezogen. Diagnosestellungen sind nicht vorgeschrieben. Darum sehen wir gesetzlichen Regelungsbedarf.

Quellen

¹ Auszug Staatsanwaltschaft Berlin 2011

Staatsanwalt Hoppe, 26.4. 2011, an Rechtsanwalt Wegener– 252 JS 10/11 – Antwort in der Strafanzeige wegen der Geburt eines Kindes im MRT in der Charité Berlin:

„Das menschliche Leben beginnt im Strafrecht – anders als im bürgerlichen Recht – mit Beginn des Geburtsaktes, d.h. bei regulärem Geburtsverlauf mit dem Einsetzen der Eröffnungswehen. (vgl. Fischer, Strafgesetzbuch, Vor § 211, Rn. 5 m.w.N. der ständigen Rechtsprechung und herrschenden Ansicht in der Literatur., s.a. Fischer, a.a.O., 218, Rn.2). Allein dieser strafrechtliche Begriff des Menschen ist maßgebend, insbesondere bei dem Begriff der „Person“ in den §§ 223, 229 StGB, also auch bei einervorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung. Schädigungen vor der Geburt, d. h. vor dem Einsetzen der Eröffnungswehen, unterfallen nicht dem Straftatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB (vgl. Fischer, a.a.O, § 223, Rn.2) und ebenso wenig dem Straftatbestand der fahrlässigen Körperverletzung gemäß § 229 StGB, weil der strafrechtliche Schutz des Menschen im Bereich der Körperverletzungsdelikte generell erst ab dem genannten Zeitpunkt beginnt.“

² 1) Schücking, Beate: Untersuchung von ca. 1 Mill. Daten aus 15 Jahren zu klinischen Geburten in Niedersachsen. In: Tinz, S.: FAZ.NET: Die lieben Kleinen (1) 2007.

Demnach wird bei 93 % der Frauen in Klinikgeburten mit Medikamenten oder operativen Techniken eingegriffen. Nur 7 % der Gebärenden erleben in der Klinik eine interventionsfreie Geburt.

2) Schücking, Beate R. (Hg): Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V & R, Göttingen, 2003, S. 25. „In einem hohen Prozentsatz physiologisch verlaufender Geburten werden Medikamente verabreicht von krampflösenden Zäpfchen bis hin zu synthetischen wehenfördernden bzw. –hemmenden Hormonen – meist über Verweilkanülen – und hochpotente Betäubungsmitteln, wie zum Beispiel die PDA. Auch operative Interventionen wie der Dammschnitt sind häufig, operative Beendigung der Geburt mit Zange, Sauglocke oder Kaiserschnitt erfolgen in einem beträchtlichen Prozentsatz aller Geburten.“

³ Therapeutische Erfahrungsberichte:

Literatur der Internationalen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin e.V. (ISPPM). Z. B.:

1) The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Number ½ 2009, S.

91:Otwin Linderkamp e-al.: Entwicklungsschritte des fetalen Gehirns)Auswertung von Studien weltweit zu Auswirkungen von Stress in der Schwangerschaft.

2) International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Number 1/2 2008

Helga Blazy: Zur Bindungsanalyse S. 123

Hans von Lüpke: Abhandlung zur ADHS-Problematik S. 102

3) Hrsg: Sven Hildebrandt, Johanna Schacht, Helga Blazy: Wurzeln des Lebens, Mattes Verlag Heidelberg 2012

⁴ Drei von vielen Quellen:

1) Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin vom 8.8.12.

Veröffentlicht im Newsletter der Deutschen Liga für das Kind: August 2012:

Prof. Dr. Merz: „Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft sollten nur von Ärzten mit entsprechender Aus- und Weiterbildung und nur dann durchgeführt werden, wenn sie wirklich notwendig sind.“ Deutsche Liga für das Kind: Die DEGUM spricht sich ausdrücklich gegen alleinige Ultraschalluntersuchungen aus, die nur zum Zwecke des „Babyfernsehens“ auf Wunsch der Eltern durchgeführt werden. Weitere Infor-

mationen auf Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin vom 8.8.2012

2) Die Federal Drug Administration (FDA) in den USA rät von unnötigen Ultraschalluntersuchungen gerade im Schwangerschaftsfall ab und stellt fest, dass Laborstudien gezeigt haben, dass diagnostische Levels an Ultraschall physische Effekte im Gewebe wie mechanische Vibrationen und Temperaturerhöhungen auslösen können.

„ultrasound energy delivered to the fetus cannot be regarded as completely innocuous“ (innocuous = harmlos)
Quelle:<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PatientAlerts/ucm064756.htm>

3) <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/25232>: Zu Ultraschall und wandernden Neuronen

⁵ Arbeitskreis Frauengesundheit, Kampagne 2012 zur Senkung der Kaiserschnitttrate

S. 2 „Vielen routinemäßigen Anwendungen fehlt zudem die Evidenz. Ein Beispiel hierfür ist die kontinuierliche Herztotonüberwachung (CTG). In 50% der Fälle ist die Interpretation des CTGs zur Diagnostik eines fetalen Gefährdungszustands falsch.“

Niino, Y: The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. In: BioScience Trends 2011; 5(4): 139-150

⁶ Medikamentöse Eingriffe s. Zitat Beate Schücking, Fußnote 2

⁷ 1) Dänische Studie zu den Folgen des Kaiserschnittes

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) vom 23.01.2008.

Dänische Studie: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/bmj.39405.539282.BEv1>

2) Die AKF – Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate erwähnt etliche nachteilige Folgen für Mutter und Kind.

<http://www.akf-kaiserschnitt-kampagne.de/cms/kaiserschnitt-kampagne/>

⁸ Ablehnung Generalstaatsanwaltschaft

S. Fußnote 1. In demselben Schreiben heißt es: „Die angezeigte Handlung fällt unter kein geltendes, deutsches Strafgesetz.“

⁹ Stress durch Pränataldiagnostische Untersuchungen und unklare Ergebnisse, die weitere Unsicherheiten und weitere Untersuchungen erfordern.

¹⁰ BZgA Bestellnummer: 13625100: 0,5-1% Fehlgeburten nach der 16. Woche.

¹¹ Verbraucherinnenschutz in Bezug auf den IGe-L Markt fehlt

Klaus Zok: Wissenschaftliches Institut der AOK, Vortrag 25. Juni 2012, Berlin:

„Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind ärztliche Leistungen, die nicht Teil des Leistungskataloges der GKV sind.

IGeL umfassen weiterhin Leistungen, über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen Zweifel bestehen oder die risikoreich sind.

Hierzu zählen auch ungenügend erprobte Methoden, deren Risiken bislang gar nicht oder nicht gut untersucht und daher nicht kalkulierbar sind.“

¹² Die Ethikkommission II der Charité ist hausintern. Die Mitglieder sind vom Land Berlin zur Verschwiegenheit verpflichtet und die Protokolle (z. B. in Bezug auf die MRT – Geburt) unter Verschluss. Auskunft vom Gesundheitsamt Berlin Mitte und bestätigt durch Organisatorin der Ethikkommission II an der Charité, Frau Dr. Orzechowski.