

Auswertung der Befragung von Müttern zur
„S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin“
im Zeitraum 01.10.2024 – 31.01.2025

Einleitung

Kontext	1
Stellungnahmen und Studien von Akteuren im Gesundheitswesen	2
Gründung von Berufsverbänden und Elterninitiativen, Aktivitäten Einzelner.....	2
Gesamtgesellschaftliche Auswirkungen	3
Elternrechte – Kinderrechte	3
Gesellschaftliche Relevanz	4
Methodik der Befragung und Auswertung.....	4
Zur Vorgehensweise	5

Kontext

Die „S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin“ und die vorliegende Befragung sind vor einem gesellschaftlichen Hintergrund entstanden, der in vielfältiger Weise in Bewegung gekommen war. Dass es zu dieser Leitlinie kam, ist das Verdienst vieler aktiver und verantwortungsvoller Verbände und Gesellschaften, von einzelnen Frauen- und Elterninitiativen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzten. Die Einsicht war gewachsen, dass ein Umdenken hin zu einer humanen Geburtskultur unaufschiebbar ist und angepackt werden muss.

Im Dezember 2020 wurde die S3-Leitlinie veröffentlicht. Die „Elterninitiativen Netzwerk- Geburtskultur“ begrüßten diesen Schritt und vermerkten, dass nach 5 Jahren (2025) diese Leitlinie überarbeitet werden soll. Wegen der Tatsache, dass die allermeisten Frauen und Mütter ihr Kind in Kliniken gebären, auch wenn von den gesundheitlichen Voraussetzungen her eine außerklinische Geburt möglich wäre, ist diese Leitlinie besonders wichtig für Frauen mit einem niedrigen Risiko.

Sie gibt auch Antworten auf laut gewordene Kritik in der Vergangenheit. Routinemaßnahmen, die Verwendung von Medikamenten und technischen Geräten zur Überwachung und Beeinflussung von Geburten bei Frauen, auch wenn diese kerngesund waren, wurden zunehmend mit Skepsis betrachtet. Fachkreise und Eltern reagierten in hohem Maße beunruhigt auf die steigenden Kaiserschnittzahlen. Manche stellten sich die Frage, ob die Klinik noch ein sicherer Ort für die Geburt ihres Kindes sei. Entsprechend rückten Fragen nach der Qualität guter Geburtshilfe in den Fokus, ohne die Bedeutung ärztlichen Handelns im Rahmen notwendiger Geburtsmedizin infrage zu stellen.

Auch die öffentliche Wahrnehmung veränderte sich, abzulesen in Dokumentationen in Presse, Film und Fernsehen. Der Beruf der Hebamme erlebt eine Renaissance, außerklinisch, klinisch, in

der Geburtsvorbereitung und nachgeburtlich. Die Familienarbeit findet mit Elternzeiten und Elterngeld mehr Beachtung.

Ab Zeugung, Schwangerschaft und Geburt von Kindern trägt die Familie die Jüngsten durch Kindheit, Jugend und Berufsfindung hindurch bis weit hinein ins Erwachsenenleben. Die Kleinsten sind die Verletzlichsten. Dieser Umstand gerät sehr oft in den Hintergrund oder wird vergessen. Gerade hier liegt aber ein wichtiger Schlüssel für Veränderung und den Nutzen menschlicher Ressourcen. Darum ist es konsequent, wenn auf die verletzlichsten Phasen des Menschen – seine Schwangerschaft und Geburt – mit besonderer Sorgfalt geschaut wird.

Stellungnahmen und Studien von Akteuren im Gesundheitswesen

„Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“¹, lautete ein Positionspapier des Arbeitskreises Frauengesundheit 2010. Nicht zu übersehen war auch eine Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt, die mit der Studie: „Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit“² (Kolip, Schäfers 2015) nicht treffender hätte betitelt werden können. Sogenannte IGe-Leistungen und mittlerweile über 100 Tests in der Schwangerschaft sind ein für Eltern nicht überschaubares Arsenal von Angeboten, das von Vorsorge im ursprünglichen Sinn weder zu unterscheiden noch in seiner Tragweite erfasst werden kann.

2011 verglich eine Pilot-Studie³ vom Gesamtverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) Geburten gesunder Frauen mit reifem Einzelkind in Schädellage. Das Ergebnis des Vergleichs von ca. 60.000 Geburten in Kliniken mit 30.000 Geburtshausgeburten könne sich sehen lassen, wird in der Pressemitteilung vom 2.12.2011 erklärt und „[w]enn Hebammen Geburtshäuser leiten, stimmt die Qualität“⁴. Der Vergleich bezog sich auf Interventionen, z. B. den Einsatz von Wehenbeschleunigern und -hemmern: 19% gegenüber 6,6 % - Geburtshaltung liegend: 86,1 % gegenüber 23,7 % - Damm verletzt: 70,2 % gegenüber 58,8 %.

Nach der ermittelten „Mutter-und-Kind-zusammen-nachhause-Rate“ entstand die Frage, warum von Kliniken *mit* Kinder-Intensivstation lediglich 90,6 % Mutter-Kind-Paare nachhause gehen, während bei Kliniken *ohne* solch eine Kinderstation 95,4 % Mutter-Kind-Paare gemeinsam nachhause entlassen werden konnten. Die klein wirkende Differenz von 4,8 % bedeutet, dass hochgerechnet bei jährlich ca. 700.000 Geburten und davon 85 % (laut WHO Frauen ohne Risiko) = 595.000 Kinder (100 %) und davon 4,8 % = immerhin pro Jahr 28.560 Kinder nach ihrer Geburt ihre ersten Stunden und Tage auf einer Kinder-Intensivstation allein verbringen müssen. Ist der Verdacht abwegig, dass strukturell bedingt Betten belegt werden müssen?

Gründung von Berufsverbänden und Elterninitiativen, Aktivitäten Einzelner

In einer nie zuvor gekannten Gründungswelle seit 2007/8 entstanden nach teilweise langjährigen Vorläufern der Fachverband des Hebammenhandwerks e.V. (2008), das Netzwerk der Geburtshäuser e.V. (2008), die Deutsche Gesellschaft der Hebammenwissenschaft (2008) und der Verein Hebammen für Deutschland (2010). Elterninitiativen schossen wie Pilze aus dem Boden:

z.B. GreenBirth e.V. 2009, Happy Birthday e.V., Geburt e.V., die Initiative für gerechte Geburtshilfe in Deutschland (2013), das Erzählcafé als offenes Mitmachangebot (2014), Mother Hood (2015), der Roses Revolution Day am 25. November etablierte sich in wenigen Jahren. 2014 erreichte die Petition der Hebamme Sabine Schmuck an den Deutschen Bundestag 423 000 Zeichnungen⁵.

Niemals zuvor oder danach wurden solche Zahlen erreicht. Nicht zu vergessen seien Elternaktivitäten zur Unterstützung der jungen Familien durch die Gründung von Doula-Vereinen (ab 2008) und von Mütterpflegeverbänden, welche für die zusätzliche fürsorgliche Unterstützung einer Gebärenden und für die häusliche Pflege nach der Geburt eines Kindes qualifizieren.

Gesamtgesellschaftliche Auswirkungen

Das so genannte Wochenbett, als Schonzeit nach der Geburt, war fast vollständig vergessen worden. Frauen und Mütter erlebten in den 1960er und 70er Jahren 10 Tage lang eine Rundumversorgung in den Kliniken. Im Nebeneffekt verlernten deren Familien leider die Notwendigkeit, häusliche Schonung und Versorgung zu organisieren.

Auch die traditionelle Hilfe der Mütter untereinander, bzw. die Ernährung der Familie der Wöchnerin durch die Nachbarinnen – auch als „Wochensupp“ bekannt – geriet in Vergessenheit. Zusätzlich brachte die sich verbreitende Berufstätigkeit der Frauen und Mütter, sei es aus Not oder Wunsch oder auch durch wirtschaftspolitische Zielsetzungen das altgediente System gegenseitiger Hilfe ins Wanken und verschwand.

Nach und nach wurde die Klinikzeit verkürzt. Heute kommt es immer öfter vor, dass Frauen selbst nach einem Kaiserschnitt nach nur wenigen Tagen nachhause entlassen werden, ohne dass noch ein familiäres Umfeld selbstverständlich dafür sorgt, dass sich die junge Mutter schonen kann. Seit Jahren beobachten wir vermehrt Schreibabys, Bindungsstörungen, Ängste und Sorgen der Eltern und Familien, körperliche Erschöpfung, zu frühes Abstillen, psychische Überlastungen und Erkrankungen bei jungen Müttern, nicht selten eine zu frühe Fremdbetreuung bis hin zu Trennungsdramen. Von solchen Erlebnissen geprägt, wachsen seit Jahren Kinder unbeobachtet und wenig erforscht in die Gesellschaft hinein.

Entsprechend zeigen sich bereits in jungen Kinderjahren ausgeprägte Symptome und eben auch psychische Auffälligkeiten⁶ (Kinder-Gesundheitsreport der TKK 2019).

Durch diese Beispiele wird deutlich, dass es bei einer Reform der Geburtskultur neben der persönlichen Haltung und verändertem geburtshilflichem und -medizinischem Handeln von Einzelpersonen zugleich immer auch um strukturelle Verwerfungen auf mehreren Ebenen geht, die nur mit langem Atem zu verändern sind.

Elternrechte – Kinderrechte

Die UN-Kinderrechtskonvention⁷ wird bekannter. Der Zeitraum rund um Schwangerschaft und Geburt des kleinen Kindes wird als äußerst bedeutsam wahrgenommen. Konkret wird das, wenn es z. B. um den Zeitpunkt der Abnabelung des Kindes geht. Babyblut ist für Forschungszwecke begehrt und als eingelagerte, tiefgefrorene Handelsware eine persönliche Reserve. Allerdings haben Kinder von Anfang an individuelle Rechte, die respektiert und geschützt werden müssen. Dazu ist mehr unter Frage 11 (Wahl beim Abnabeln) ausgeführt.

Die Verantwortung für die Gesundheit der eigenen Kinder rückt mehr und mehr ins Bewusstsein. Die Zuständigkeit von Frauen und Müttern in Bezug auf die eigene Gesundheit ist im Grundgesetz Artikel 2,2 geregelt. Gegenüber dem Medizinmanagement fühlen sich Mütter und Väter in der Geburtssituation aber oft hilf- und machtlos. Hier wirkt sich aus, dass Bildungsthemen rund um

Elternschaft, Verantwortung für die Kinder, Vergleich und Wahl von Geburtsorten und die grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmung von Eltern im Schulsystem fast komplett fehlen, wie eine Schulbuchuntersuchung in Hessen⁸ zeigt.

Gesellschaftliche Relevanz

Es muss anerkannt werden, dass Geburts- und Familienarbeit, Erziehung und Begleitung der Nachkommen und die existenzsichernde stete Verjüngung der Gesellschaft eine grundlegende, dauerhafte Aufgabe ist. Es geht keinesfalls nur um die körperliche Gesundheit jedes einzelnen Kindes in seiner Familie. Jahrzehntelange Geringschätzung von Familienarbeit, Unterbezahlung und an den Rand gedrängte Hebammenarbeit und der privatrechtlich geregelte Haftpflicht-Versicherungszwang für außerklinische Geburtshilfe für Hebammen und Ärzte (weltweit Alleinstellungsmerkmal in Deutschland) erzeugen eine folgenreiche geburtskulturelle Schiefelage in unserer Gesellschaft.

Die Bedürfnisse von schwangeren und gebärenden Frauen und Müttern und ihren Babys in einem äußerst verletzlichen Lebensabschnitt brauchen den umfassenden Schutz der ganzen Gesellschaft.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung einzuordnen, dass wir ein zusätzliches Sozialgesetzbuch benötigen würden, in dem die fundamentalen Sachverhalte rund um die Geburt von Kindern, mit der Zeugung beginnend und die Gründungssituation von Familien gesetzlich geregelt und zusammengeführt werden könnten.

Versuche der Politik, Einfluss zu nehmen, gibt es. Wie schwierig es ist, der Dynamik eines liberalen Gesundheitsmarktes zu begegnen, erleben wir aktuell bei den Kontroversen um die Durchsetzung eines von Krankenkassen bezahlten Pränatal-Bluttests, um das Aufweichen des Embryonenschutzgesetzes oder des Verbots der Leihmutterchaft. Alle diese schwerwiegenden gesellschaftlichen Entwicklungen berühren das künftige soziale Zusammenleben, berühren die Frage, welches die Voraussetzungen für psychisch stabile Individuen sind und was eine rundum leistungsfähige und „gesunde“ Bevölkerung ausmacht.

Methodik der Befragung und Auswertung

Die vorliegende Leitlinie⁹ zieht evidenzbasierte Studien heran, um den Klinikalltag für gebärende Frauen und Mütter zu verbessern. In der Einleitung der Leitlinie, Seite 7 heißt es: „Evidenzbasiert meint dabei sowohl den Rückgriff auf die Ergebnisse hochwertiger Studien (externe Evidenz) als auch auf die Expertise geburtshilflicher Fachpersonen (interne Evidenz) *und den Einbezug der Wünsche und Präferenzen der... Schwangeren/Gebärenden und Neugeborenen.*“ (Hervorhebung der Autorinnen)

Insbesondere dieser letzte Halbsatz betont den Willen, die Bedürfnisse von Schwangeren und Gebärenden sowie deren Kinder einzubeziehen. Unsere Befragung setzt genau an dieser Stelle an, um einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Erlebnisse der Frauen und Mütter gehört, ernstgenommen und bei Überarbeitungen der Leitlinie berücksichtigt werden.

Zur Vorgehensweise

Im Folgenden haben wir zu wesentlich erscheinenden Ziffern der Leitlinie entsprechende Fragen formuliert. Wir haben Fragen gestellt, bei denen wir sicher sein konnten, dass Antworten auch nach mehreren Jahren im Gedächtnis der Frauen festgehalten werden. Auch haben wir uns auf solche Fragen beschränkt, die Frauen ohne medizinische Vorkenntnisse beantworten könnten. Bei den Fragen 2,3,10 und 19 war die Möglichkeit vorgesehen, eine Begründung für ein bestimmtes medizinisches Vorgehen wiederzugeben. Uns interessiert, ob die Frauen und Mütter, die zwischen 2021 und 2024 ein Kind geboren haben, von bestimmten Sachverhalten, die auch den Verfassern der Leitlinie wichtig waren, wussten.

Auf der Homepage von kidsgo.de – Gründungsmitglied des Netzwerks der Elterninitiativen für Geburtskultur – wurde die Befragung installiert und von vielen Mitgliedern des Netzwerks medial verbreitet. Die Auswertung erfolgt in derselben Reihenfolge wie die Umfrage.

Einer Besonderheit wollten wir gerecht werden, nämlich der Tatsache, dass 263 Frauen und Mütter die Umfrage nutzten, obwohl ihre Kinder *vor* 2021 geboren worden waren. Die Antworten auf die Fragen 1-18 diese Gruppe flossen nicht in die Auswertung mit ein. Jedoch wollten wir den Stimmen dieser Frauen zu Frage 19 im Anhang dennoch einen Platz geben.

Die persönlichen Aussagen der Frauen und Mütter werden textlich unverändert Satz für Satz den Lesenden zur Verfügung gestellt. Zahlen sind aussagefähig und darum wichtig. Sie können jedoch nicht die einzelne Person sichtbar machen, die etwas biografisch Bedeutsames erlebt hat. In der Zusammenführung von Statistik *und* persönlichen Aussagen entsteht ein Gesamtbild, welches wir für bedeutsam erachten. Wir wünschen sehr, dass die Leitlinienkommission aus den Rückmeldungen unserer Elternbefragung Konsequenzen zieht.

Irene Behrmann und Eva-Maria Müller-Markfort, Beiratsmitglieder GreenBirth e.V.

Lisa von Reiche und Olivia Ockenfels, Hebammen für Deutschland e.V.

Barbara Hirt, kidsgo

Im April 2025

Auswertung 2024/25

Befragung zur S3-Leitlinie

Vaginale Geburt am Termin

¹ Arbeitskreis Frauengesundheit, Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.: Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken. Positionspapier 2010.
https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2015/05/2010_Positionspapier_Schwangerschaft.pdf

Aufgerufen 27.12.2024

² Kolip, P.; Schäfers, R.: „Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit“. Bertelsmann Stiftung, Gesundheitsmonitor 3/2015.

³ GKV-Vergleichsstudie [11-11-28 Pilotprojekt Finalversion GKV-SV.doc](#)

– aufgerufen 21.12.2024

⁴ GKV Pressemitteilung vom 2.12.2011 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/PM_2011-12-02_Studie_Hebammen_18222.pdf – aufgerufen 27.12.2024

⁵ Hebammenpetition 23.6.2014. Petition mit 423 000! Zeichnungen
https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2014/_03/_12/Petition_50667.html

⁶ Techniker Krankenkasse. Kindergesundheitsreport. Eine Routinedatenanalyse zu mittelfristigen Auswirkungen von Kaiserschnitt und Frühgeburt. Z. B. S. 38: Bronchialerkrankungen, S. 86: Unerforschte Wirkungen möglicherweise von geburtsmedizinischen Interventionen vor und während der Geburt.

⁷ Kinderrechtskonvention Artikel 24 (1) Der Artikel beschreibt z. B., was unter einem Höchstmaß an Gesundheit zu verstehen ist, hebt die Bedeutung des Stillens (2e) hervor und verlangt die Abschaffung von schädlichen Bräuchen (3).

⁸ Teschner, J.: Geburt macht Schule. Eine Literaturarbeit zur Darstellung von Schwangerschaft und Natürlicher Geburt in Schullehrbüchern, Bachelorarbeit 2021.
https://www.greenbirth.de/images/publikationen/geburt_schulbuch_2022.pdf – aufgerufen am 29.12.2024

⁹ Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie, Kurzfassung, AWMF 015-083 Vers. 1.0 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. Stand 22.12.2020
https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf

