

Sommer 2014 in Jena: Demonstration gegen steigende Haftpflichtprämien und den damit verbundenen Ausstieg vieler Hebammen. Ein Ende ist bis heute nicht in Sicht...



Zur Lage der Hebammen

# Unterwerfung

*Gedanken zu den Ausschlusskriterien der Krankenkassen für die außerklinische Geburtshilfe: Sind wir auf dem Weg in eine medizinische Diktatur? > Herbert Renz-Polster*

Ich habe lange geglaubt, das Problem der Hebammen läge einfach in ihrer miserablen Bezahlung, ihrem immer „dichteren“ Schichtdienst, den immer weiter steigenden Versicherungsprämien und so weiter. Die jetzige Initiative des Spitzenverbands der Krankenkassen (GKV-SV) aber fügt das alles zu einem Bild zusammen: Das Problem liegt tiefer, mitten im medizinischen Betriebssystem.

Die Entscheidung, ob eine Geburt in einer Klinik oder außerklinisch stattfindet, soll in Zukunft nicht mehr bei der Schwangeren und ihrer Hebamme liegen, sondern von einem Arzt getroffen werden – und zwar immer dann, wenn der errechnete Geburtstermin um mehr als drei Tage überschritten wird. Die Erstattung der Geburtskosten sei von dieser „Qualitätsvorgabe“ abhängig zu machen.

Wer an eine wissenschaftlich fundierte Geburtshilfe glaubt, muss jetzt aufhorchen. Denn was ist wissenschaftlich zur Frage des Geburtstermins bekannt? Gewiss nichts, wodurch sich eine solche Regelung rechtfertigen ließe. Es gibt keine klinischen Studien, die einen medizinischen Vorteil der angestrebten Entscheidung nachweisen würden. Im Gegenteil – die Kassen bestätigen selbst, dass die außerklinische Geburtshilfe mit den „alten“ Entscheidungsstrukturen gut gefahren ist (GKV 2011). Mehr noch – seit Jahrzehnten ist bekannt, dass die Schwangerschaftsdauer extrem variabel ist und dass der errechnete Termin (ET) nur schlecht mit dem optimalen Geburtstermin korreliert. Warum der ET den Schwangeren dennoch als Plan-soll in den Kalender eingetragen wird, bleibt ein Rätsel. Neuere, auf detaillierten Hormonuntersuchungen basierende Daten begründen, warum es sich beim ET in Wirklichkeit eher um eine Art Orakel handelt. Und sie zeigen, wie stark die normale Schwangerschaftsdauer von individuellen Faktoren abhängt (Jukic et al. 2013). Kurz, der angebliche medizinische Nutzen der angestrebten „Qualitätsvorgaben“ beruht nicht auf wissenschaftlicher Evidenz – er ist eine reine Behauptung.

## Missbrauch von Wissenschaft

Das ist ein Missbrauch von Wissenschaft im Namen einer Agenda. Von welchen Interessen ist dieser Vorstoß geleitet? Von wem genau stammt dieser Vorschlag und auf welchem Wege wurde er zur Agenda der Krankenkassen? Ich halte diese Fragen für umso dringender, als die Krankenkassen in ihrem Vergütungs- und Anreizsystem in der klinischen Geburtshilfe

fe wissenschaftliche Standards bisher nicht berücksichtigen und auch nicht thematisieren. Da darf jede Klinik im Grunde machen, was sie will, wie sie es will, welche Ergebnisse dabei auch immer herauskommen. Die Krankenkassen bezahlen in der Geburtshilfe jede Intervention, jeden Dammschnitt, jede operative Entbindung, selbst primäre Kaiserschnitte weit vor dem errechneten Termin – und zwar ohne danach zu fragen, ob die Eingriffe medizinisch gerechtfertigt sind, oder ob sie gar Mutter oder Kind gefährden. Von wegen verbindliche Leitlinien oder „Qualitätsvorgaben“! Hat der Spitzenverband der Krankenkassen je darüber diskutiert, den Kliniken die Kassenleistungen zu streichen, wenn sie es zum Beispiel nicht schaffen, dass wenigstens zwei Drittel der Kinder auf vaginalem Weg zur Welt kommen? Wurde jemals darüber diskutiert, ob eine Fallpauschale von 2.600 Euro für eine Sectio im Vergleich mit 1.700 Euro für eine Vaginalgeburt vielleicht ein Fehlanreiz mit unerwünschten Folgen für Mutter, Kind und Gesellschaft sein könnte? Wie seltsam also, dass sich dieser Verband nun ausgerechnet im außerklinischen Bereich der „Qualitätssicherung“ verpflichtet fühlt!

Die Konsequenzen dieser „Regelung“ sind absehbar: Die außerklinische, von Hebammen verantwortete und organisierte Geburtshilfe wird noch stärker unter Druck geraten. Im Grunde erleben wir gerade, wie diesem System regelrecht das Licht ausgedreht wird: Zuerst verliert die außerklinische Geburtshilfe ihr Personal – immer weniger freiberufliche Hebammen können nach Abzug der Versicherungsprämien von ihrer Arbeit überhaupt noch leben. Und jetzt werden ihr auch noch die Gebärenden streitig gemacht – sie sollen zumindest Hausgeburten nur dann als Kassenleistung nutzen können, wenn das Geburtstermin-Orakel und ein Arzt es wollen.

Damit ist klar, in welche Richtung der Zug nun auch in Deutschland fährt. Die Geburt wird langsam aber sicher zu einem „One-size-fits-all-Angebot“. Ob gewollt oder ungewollt – sie wird immer mehr zu einem Monopol von Krankenhäusern, zu einem Teil des dort vorgehaltenen medizinisch-technischen Versorgungssystems. Und das ironischerweise in einer Zeit, in der die Krankenhäuser ihre Probleme zunehmend selbst erkennen: Personalmangel, Kostenexplosion, Übertherapie, unerwünschte Nebenwirkungen. Der Geschäftszweck dieses Hochleistungssystems ist die Versorgung schwer kranker, hoch interventionsbedürftiger Menschen. Dass ein solches Umfeld seine eigenen Probleme und Risiken hat, ist beleg- und erwartbar. Wäre es nicht an der Zeit, *diese* Risiken zu thematisieren? Aber wer beschäftigt sich mit der Frage, warum normale Geburtsverläufe, also Geburten ohne Einleitung, Wehentropf, Dammschnitt oder Kaiserschnitt inzwischen ein Fall fürs Museum geworden sind? Warum aus der Geburtshilfe unter der Hand eine Geburtstherapie geworden ist? Wer beschäftigt sich denn mit der Frage, ob einer Geburtshilfe nicht allmählich die Fertigkeiten abhandenkommen, wenn der medizinische Nachwuchs in den Kliniken vor allem das lernt: schwierigere Geburten auf dem OP-Tisch zu beenden? Und wer beschäftigt sich mit der Frage, um ein aktuell heiß diskutiertes Thema aufzugreifen, was das Problem der multiresistenten Keime in den Kliniken

---

**Der Autor**

Dr. Herbert Renz-Polster beschäftigt sich als Kinderarzt und Wissenschaftler seit langem mit der kindlichen Entwicklung. Er forscht zu Prävention und Gesundheitsförderung zunächst in den USA, dann am Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg.  
Kontakt: [www.kinderverstehen.de](http://www.kinderverstehen.de).

---

für die Geburtshilfe bedeutet? Dabei ist es eine Frage der Zeit, bis gerade dieses Problem auch die Geburtshilfe mit ihren ganz normalen, gesunden Neugeborenen und ihren ganz normalen, gesunden Müttern einholt. Durchaus denkbar, dass dann auf einmal die Frage im Raum steht, wer eigentlich auf die Idee kam, dem außerklinischen Geburtssystem das Licht auszudrehen.

### Echte Qualitätssicherung?

Wer beschäftigt sich mit der Frage, warum eine Gebärende in der einen Klinik ein über dreifach erhöhtes Risiko hat, per Kaiserschnitt entbunden zu werden, als in einer anderen Klinik? (Kolip et al. 2012) Wenn es jemand tut, so hat dies keinen Einfluss auf die Praxis. Mit der Krankenkasse abgerechnet wird das Resultat, nicht die Qualität. Abgerechnet wird das möglichst effiziente Arbeiten in einer von ökonomischen Zwängen getriebenen Versorgungskette. Welche Qualität die Geburt für die gebärende Frau hat, ist für das System – bisher – nicht entscheidend. Keine Mutter hat sich je mit ihrer Enttäuschung oder ihren zerbrochenen Träumen an die Krankenkasse gewandt. Vielleicht ist ja deshalb die Lobby der Hebammen doch eher bescheiden – und bei den öffentlichen Reaktionen auf den Hebammennotstand nicht immer ganz klar, was denn nun Tränen und was Krokodilstränen sind. Geburten finden nun einmal immer irgendwie ihr Ende – gestresste, ermüdete oder zur bloßen Hilfskraft „umorganisierte“ Hebammen hin oder her.

Für mich ist das eine beklemmende Situation. Nicht, weil ich gegen Klinikgeburten wäre – es muss in bestimmten Fällen tatsächlich eine Geburtstherapie geben. Auch Kliniken können gute Orte für normale Geburten sein – das stellen viele von ihnen tagtäglich unter Beweis, und das entspricht auch meiner eigenen Erfahrung, sowohl als Kinderarzt wie auch als „mitgebärender“ Vater. Es geht mir also nicht um den „richtigen“ Ort, denn den muss jede Frau selbst finden.

Aber mir geht es um dieses Selberfinden. Mir geht es darum, dass jede Frau den Ort zur Geburt ihres Kindes aufsuchen kann und darf, der ihr als der richtige, passende, sichere erscheint. Alles andere passt doch gar nicht zu einem so persönlichen, intimen und individuellen Lebensereignis wie der menschlichen Geburt. Wo leben wir eigentlich? In einer medizinischen Diktatur? Die uns jetzt noch den Ort vorschreibt, an dem wir ge-

fälligst unsere Kinder bekommen sollen? Ein oberster Sowjet der Krankenkassen? Für eine solche Diktatur habe ich jedenfalls nicht gestimmt.

### Was können wir tun?

Das Wichtigste ist, dass wir uns reinen Wein einschenken. Bei der Organisation eines durch und durch nach ökonomischen Gesichtspunkten strukturierten medizinischen Systems geht es auch um Interessen. Da geht es gewiss nicht nur darum, dass die angehenden Mütter den bestmöglichen Start ins Leben mit ihrem Baby haben. Da geht es auch darum, wie und wohin der „PatientInnenstrom“ gesteuert werden soll. Das ist in einer von Klinikschließungen bedrohten Versorgungslandschaft nicht weniger aktuell geworden. Wir sollten deshalb als erstes Transparenz einfordern: Wie kam es denn genau zu dieser Initiative des Spitzenverbandes der Krankenkassen? Noch einmal: Wer genau will denn da den bisher in der Verbesserung der Geburtshilfe doch eher blinden Krankenkassen das Sehen beibringen?

Sinnvoll auch das: auf die eigenen Wünsche aufmerksam machen. Durch das, was wir täglich tun, durch die Entscheidungen, die wir treffen, die Fragen, die wir stellen, durch die Informationen, die wir geben. Wer sich mit dem zufrieden gibt, „was eben so üblich ist“, bekommt die Art der Geburtshilfe, die „eben so üblich ist“. So einfach ist das. Viele Initiativen widmen sich derzeit dem Aufbau politischen Drucks, auch das ist gut. Ich will hier insbesondere auf die aktuelle Petition „Übernahme der Kosten für Hebammen unabhängig vom Geburtsort und Geburtstermin sichern!“ des Vereins Mother Hood aufmerksam machen (Mother Hood 2015). Für die Hebammen ist es wichtig zusammenzustehen. Die Initiative der Krankenkassen mag vor allem die außerklinische Geburtshilfe betreffen, aber die Tendenz geht alle an. Es geht um das Herzstück der Geburtshilfe, um den Erhalt ihres persönlichen, menschlichen und damit immer auch von den Gebärenden selbst bestimmten Kerns.

### Déjà-vu

Was mich leitet, hier ein Wort zur „Hebammenfrage“ einzuwerfen, ist auch eine eigene Geschichte: Unser jüngstes Kind wurde in den USA geboren. Das war vor 17 Jahren. Schon damals war dort, wo so viel von Freiheit und von den „personal choices“ geredet wird, die außerklinische Geburt ein Auslaufmo-

dell: Die Krankenkassen übernehmen die Kosten bis heute nicht – das schloss schon damals das Gros der Eltern aus. Und staatlich examinierten Hebammen ist die Hausgeburtshilfe gleich ganz versperrt – sie würden ihre Lizenz und ihren Versicherungsschutz verlieren. Von wegen „personal choices“! Vielleicht hat der Spitzenverband der deutschen Krankenkassen sich ja tatsächlich in den USA schlau gemacht. Für mich jedenfalls ein beklemmendes Déjà-vu: Jetzt akzeptieren wir also auch hierzulande die Diktatur einer Gesundheitsbürokratie. Wir mögen uns als Gestalter unseres Lebens sehen – die Wirklichkeit aber geht hin zum einheitlichen, vielleicht bald schon globalisierten Volksmodell.

Ja, reden wir weiter von Selbstbestimmung, reden wir weiter von Emanzipation, von Optionen, Alternativen, Wahlmöglichkeiten – um uns herum aber schließt sich die Einheitsfront. Da geht es nicht um Selbstbestimmung nach menschlichem Maß, da geht es um die Unterwerfung unter ein System, das sich längst an anderen, ökonomischen Interessen orientiert.

Ich kann den Hebammen nur die Kraft wünschen, sich dieser Unterwerfung zu widersetzen. ○

### Literatur

- GKV: Pilotprojekt zum Vergleich klinischer Geburten im Bundesland Hessen mit außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit. Initiiert vom GKV-Spitzenverband und Verbänden der Hebammen, 2011 Nov., [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011\\_Pilotprojekt\\_Vergleich\\_\\_klin-ausserklin\\_Geburten\\_GKV-SV\\_18221.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2011/Nov-2011_Pilotprojekt_Vergleich__klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf) (2011)
- Jukic, A.M. et al.: Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. Human Reproduction, Vol.0, No.0 pp. 1 -8, 2013. Eine zusammengefasste Darstellung auf Deutsch im Deutschen Ärzteblatt unter <http://www.aerzteblatt.de/blog/55431/Eine-Schwangerschaft-dauert-280-Tage-oder>
- Kolip, P, Nolting, H, Zich, K: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. <https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/zahlen-daten-fakten/>. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh (2012)
- Mother Hood: Change.org: Übernahme der Kosten für Hebammen unabhängig vom Geburtsort und Geburtstermin sichern! Online unter: <https://www.change.org/p/geburt-darf-keine-privatleistung-werden-gegen-die-wirtschaftlich-optimierte-geburt-elternprotest> (2015)