



Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“: Eine Sensation in vielerlei Hinsicht

U. Hauffe

Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ ist für uns alle eine großartige und spannende Herausforderung. Es stellt an alle, die fachlich in die Lebensphasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstes Lebensjahr des Kindes eingebunden sind die Frage, welche Rolle sie mit ihrer Profession, mit ihrem Arbeitsansatz, mit ihrer Haltung zu diesem wichtigen Lebensabschnitt von Frauen und Eltern haben und haben wollen. Anforderungen und Vorschläge zu interdisziplinärer Zusammenarbeit können eine Bereicherung der frauenärztlichen Praxis sein. Denn gerade die Frauenheilkunde hat im Versorgungssystem eine zentrale Bedeutung.

Leicht wird missachtet, welche grundlegenden Weichen bei Frauen und Paaren für das Erleben und Erfahren von Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett gestellt werden. Das gilt z. B. für die innerfamiliäre Haltung und Gestaltung gesundheitlichen und gesundheitsfördernden Verhaltens: Gerade in dieser Lebensphase werden tiefenwirksame Grundlagen für Verantwortungsübernahme geschaffen, für individuelle, familiäre und gesellschaftliche Lebensgestaltung. Jedoch: Gerne wird erst mit der Geburt der Kinder die Zeitrechnung „Familie“ begonnen. Viele Publikationen zeugen von dieser Vorgehensweise. Und es wird unterschätzt, welche Rolle Hebammen und FrauenärztInnen für genau jene familiäre Haltungsbildung spielen, wenn ihnen als Berufsgruppen offensichtlich in Fragen familialer sozialer Entwicklung eher eine geringe Rolle zugeschrieben wird.

Warum ist es wichtig, sich Schwangerschaft und Geburt besonders anzuschauen? Wie stark bahnen Erfahrungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt die Befähigungen von Eltern, die (neue) Familiensituation zu meistern?

Wir beobachten über viele Jahre bis Jahrzehnte eine sich ständig steigende Risikozuschreibung bei Schwangerschaft und Geburt. Ich will an dieser Stelle nicht im Detail erläutern, was an dieser Entwicklung sinnvoll oder unsinnig war. Auf jeden Fall können wir aber konstatieren, dass es auch ein sehr deutscher Weg war und ist – der „unterwegs“ auch immer mal geändert wurde. Wenig wurde darüber nachgedacht, ob und wie eine derartige Risikozuschreibung die Haltung von Frauen zum Leben, zu ihrer Verantwortung, zum „geschehen lassen“ beeinflusst. Kontrolle war und ist das Diktat. Kontrolle von vermeintlichen Risiken kann jedoch iatrogene Folgen haben, die langfristig und nachhaltig wirken. Nicht mehr: „Ich kann!“, sondern eher: „Ich lass machen!“ griff und greift um sich. Auch die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bahnen, indem medizinische – hier diagnostische – Leistungen wie z. B. häufiger als vorgegebene Ultraschalluntersuchungen zu Dienstleistungen werden, die kaufbar sind, wie in einem Warenhaus.

Aus all diesen Überlegungen entwickelte sich die Perspektive, ein nächstes nationales Gesundheitsziel zu entwickeln, das Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr der Familie und des Kindes umfasst. Nationale Gesundheitsziele

werden in einem Verbund erarbeitet, der ein breiter Zusammenschluss von Entscheidungsträgern der Spitzenverbände im Gesundheitswesen ist [1]. Die Arbeitsgruppen der jeweiligen Gesundheitsziele werden dann selbstverständlich fachlich zusammengesetzt. Aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurden die Gesundheitsziele auch in das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) aufgenommen.

Anfang 2017 präsentierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das nunmehr neunte Gesundheitsziel: „Gesundheit rund um die Geburt“. Es nimmt eine „an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein“, heißt es und dass „vorhandene Ressourcen und Potenziale (von Frauen) umfassend gefördert und eine Pathologisierung vermieden“ werden soll [2]. Leitgedanke ist also ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung, die sog. Salutogenese. Und nicht wie es sonst im Alltag des Gesundheitssystems üblich ist, Schwangerschaft potenziell als Risiko und allzu oft als krankheitsähnlichen Zustand zu betrachten. Das ist nichts weniger als eine – öffentlich weitgehend unbeachtet gebliebene – Sensation.

Das neue nationale Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“

Das neue Gesundheitsziel ist ein Durchbruch. Denn hier haben sich wichtige AkteurInnen im Gesundheitswesen interdisziplinär auf nationaler Ebene in einem Klärungsprozess innerhalb des Gesundheitsziele-



Dialogs für ein Thema entschieden und sich in einem angeleiteten Prozess zu einer gemeinsamen Position durchgerungen. Ihre Feststellung: In den Bereichen Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe und Wochenbett besteht deutlicher Handlungsbedarf.

Und nachdem zunächst das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ Teil des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ sein sollte, wurde während der Erarbeitung allen Beteiligten und den übergeordneten Entscheidungsgremien deutlich, dass dieses Gesundheitsziel so bedeutend ist, dass es einen eigenen Stellenwert bekommen sollte.

Vorweg: Die Inhalte sind allesamt nicht wirklich neu für diejenigen, die in diesen Feldern arbeiten und schon lange die Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt kritisieren sowie diejenige, die eher einen psychosomatischen Zugang suchen und sich für eine Stärkung der natürlichen Prozesse entlang der gegebenen Potenziale von Frauen und ihren Familien einsetzen. Dass dies nun aber nicht nur aus der „Frauenecke“ kommt, sondern von Krankenkassen bis hin zu Ärztenverbänden, Ministerien und weiteren Akteuren allgemein anerkannt und nach Veränderung gesucht wird, ist mehr als bedeutsam.

Ermächtigung statt Entmachtung

Der Leitgedanke des Gesundheitsziels ist ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung, die so genannte Salutogenese. Dafür haben Frauenverbände lange gekämpft – seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Damalige Themen waren u. a. keine programmierte Geburt, Begleitung durch den werdenden Vater, Stillen unmittelbar nach der Geburt und Rooming-In.

Macht und Ohnmacht ist ein wesentliches Thema von Frauenpolitik.

Dieses Spannungsfeld findet sich auch in einem patriarchal und machtdominant erscheinenden Medizinbetrieb wieder. Warum „patriarchal“ und „machtdominant“? Gemeint sind hier nicht prioritär die Fachpersonen, sondern die gesellschaftliche Rolle, die der Medizinbetrieb (bekommen) hat: Überwachung, Steuerung, Heilsversprechung. Schwangerschaft und Geburt sind jedoch nur begrenzt kontrollierbare Geschehnisse, nicht wie eine Operation nach einer Diagnose und einem Therapieplan. Und es kann nicht Sinn sein, dass Frauen die Verantwortung für das Geschehen an das gerne übernehmende Medizin“system“ abgeben. Das alles hätte Konsequenzen, die wir nicht wollen können. Es bedarf also der Wiederaneignung weiblichen Ur-Könnens – schwanger sein und gebären. Übrigens: Gebären, nicht entbinden. Gebären machen Frauen selbst, die Entbindung machen andere. Uns droht, das Wort „gebären“ abhanden zu kommen. Ich plädiere sehr dafür, dieses Wort wieder mehr zu benutzen, sprachlich im Sinne von Ermächtigung statt Entmachtung.

Was genau steht im neuen Gesundheitsziel?

Das große Ziel „Gesundheit rund um die Geburt“ hat fünf Abschnitte: die Ziele 1–5, entsprechend der Phasen im Verlauf. Jedes der fünf Ziele ist in mehreren Teilzielen ausformuliert, für deren Umsetzung wir Empfehlungen aufgestellt haben. Das allein würde aber nicht ausreichen. Entscheidend ist, dass den Zielen und Teilzielen jeweils Maßnahmen und institutionelle AkteurInnen sowie relevante Berufsgruppen und MultiplikatorInnen zugeordnet sind. Damit sind ihnen quasi Handlungsaufträge erteilt: Sie sind zuständig, dass sich hier etwas bewegt!

Nachfolgend die ersten drei Ziele exemplarisch ausführlicher; das vierte und fünfte als Überschrift:

1. Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.

1. Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.
2. Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung sind entwickelt und werden einheitlich in der Praxis eingesetzt.
3. Belastungen und Risiken sind identifiziert und verringert.
4. Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert.
5. Die Frühgeburtsrate ist gesenkt.
6. Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.
7. Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung.

2. Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.

1. Eine interventionsarme Geburt wird gefördert. Gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt.
2. Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.
3. Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung.

3. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.

1. Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie werden gestärkt.

2. Der Anteil der stillenden Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht.
3. Komplikationen und Belastungen im Wochenbett werden frühzeitig erkannt und/oder vermieden.
4. Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und mithilfe spezieller Maßnahmen aufgefangen.
5. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.

4. Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt.

5. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

So ist das Konzept der frau-, kind- und elternzentrierten Betreuung aus der Perspektive der Betroffenen weiter zu entwickeln und bei allen Berufsgruppen zu verankern. Evidenzbasierte und leicht verständliche Informationen sollen entstehen, die verschiedenen Berufsgruppen sind gehalten, gemeinsam (!) Leitlinien zu erarbeiten.

Der Prozess der Entstehung: die Rolle der Frauengesundheitsbewegung

Die Entscheidung, ein nationales Gesundheitsziel zum Thema Schwangerschaft und Geburt zu erarbeiten, war kein Selbstläufer. Dem Prozess – und es war ein langer, konflikt- und diskussionsreicher Prozess – sind viele Kampagnen vorausgegangen. Wesentlich war hier das Positionspapier des AKF e.V., in dem es heißt, dass es höchste Zeit sei, „den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“, und die AKF-Kaiserschnitt-Kampagne [3, 4]. Auch die AKF-Fachtagung 2014 zur Kaiserschnittquote und deren Senkung hat hier gewirkt. (Zum



© nataliaderabina – stock.adobe.com

Verständnis: Der AKF ist der einzige interdisziplinäre Zusammenschluss von Fachfrauen zu Themen der Frauengesundheit in Deutschland. Neben den fast 500 Mitgliedern sind über 60 Verbände als juristische Personen Mitglied. Er wird regelmäßig sachverständig auf Bundesebene angehört. Die Jahrestagungen sind immer wertvolle Quellen für zukunftsgerichtete Frauengesundheitspolitik.)

Schon 2014 hat die Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister (GFMK) einstimmig beschlossen, dass die Zustände in der Geburtshilfe und die hohen Schnitttraten nicht länger hinnehmbar seien. Auch das war bereits ein Durchbruch. Neben dem Druck der Fachverbände gibt es auch zunehmenden Druck von unten, von den Eltern: Der Verein Mother Hood e.V. beispielsweise, der als Elternverein gemeinsam mit anderen Fachverbänden auf die Pathologisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt aufmerksam macht, hat in der Zwischenzeit hohes Mobilisierungspotenzial. Aber das zentrale Thema ist die Entmedikalisierung von Schwangerschaft und Geburt schon seit den 1970er Jahren – der Beginn der Frauengesundheitsbewegung in Westdeutschland.

Konsens der 30

30 Organisationen haben kontinuierlich in der Arbeitsgruppe „Gesundheit rund um die Geburt“ mitgearbeitet (alle Beteiligten sind auf der Website www.gesundheitsziele.de aufgeführt). Hier nur einige Player: die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFH), der AKF; für die Hebammen die Hochschule für Gesundheit Bochum, die Medizinische Hochschule Hannover, die Hochschule Osnabrück und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.; die Universität Bielefeld (Lehrstuhl für Psychologie), das Universitätsklinikum Lübeck (Kinder- und Jugendmedizin), die Bundesärztekammer, die kassenärztliche Bundesvereinigung, die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), AOK und BARMER, GKV-Spitzenverband und sein Medizinischer Dienst (MDS), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), zwei Vertreterinnen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), eine Vertreterin aller Frauen- und Gleichstellungsmi- nisterkonferenz der Länder (GFMK) und eine der Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder (JFMK), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD),



das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und pro familia.

Es ist unschwer zu erkennen, welches Diskussionspotential in dieser Zusammensetzung steckt. Nach anfänglich schwierigen Debatten ist es den Beteiligten aber gelungen, sehr schnell konsensorientiert zu arbeiten.

Erster Schritt: Grundhaltung finden

Der wichtigste Schritt zu Beginn der Arbeit war die Einigung auf eine Grundhaltung, die das Gesundheitsziel tragen soll – nämlich: an den Ressourcen der Frauen ansetzen. Wir hatten also zu beraten und zu konzipieren, wie diese vorhandenen Fähigkeiten freigelegt und gestärkt werden sowie Unterstützung erfahren können. Und wir hatten herauszufinden, wo die Fallen einer unnötigen Pathologisierung zu finden sind – und wie wir sie beeinflussen können. Wegen der zentralen Rolle der frauenärztlich Tätigen gilt es hier, besondere Aufmerksamkeit den Fähigkeiten der Frauen, ihrer Resilienz zu widmen. Vielleicht wird geahnt, dass diese Haltung und Sicht auf das Geschehen im Laufe des Entwicklungsprozesses immer wieder aufgerufen werden musste. Zu eingefahren ist die heute vielfach vorherrschende Sicht auf Schwangerschaft und Geburt als Risikogeschehen, in das jederzeit einzugreifen überlebenswichtig sei. Auch wenn wir sie in unserer Runde in Worten überwunden hatten: eine andere Haltung will auch geübt sein. Das haben wir wahrlich getan.

Kneifen geht nun nicht mehr

Formal ist das Gesundheitsziel eine Selbstverpflichtung der beteiligten Institutionen. Die Maßnahmen tragen den Charakter von Empfehlungen, denen man ja bekanntlich folgen kann – oder auch nicht. Das mag manche enttäuschen. Aber ich plädiere dafür, das Niveau zu sehen, auf dem wir diese Einigung miteinander

getroffen haben: ganz oben nämlich. Die Bundesspitzen der beteiligten Verbände haben die Inhalte beschlossen. Die Diskussionen darum waren langwierig, äußerst kontrovers und mitunter sehr zäh. Sich hierauf zu verständigen und es als Selbstverpflichtung anzuerkennen, wird Handeln nach sich ziehen – müssen. Diejenigen, die sich auf dieses Ziel verpflichtet haben, sind quasi zur Umsetzung verpflichtet. Kneifen geht nicht, ohne sich unglaublich zu machen. Und das wird keine der Parteien wollen.

Das Gesundheitsziel mit seinen konkreten Teilzielen ist wie ein Pflichtenheft, das nun abzuarbeiten ist. Das wird dauern. Nicht jede Maßnahme wird mit gleichbleibend großem Engagement angegangen werden. Das hat dann weniger mit Nicht-Wollen zu tun, sondern mit der Langfristigkeit der hier angelegten Prozesse und dem ihnen innewohnenden Verschleißpotenzial. Die Gefahr, dass das eine oder andere Teilziel auf der Strecke bleibt, ist in meinen Augen durchaus real. Deshalb müssen wir nachfragen und einfordern, dass die Schritte, die wir formuliert haben, auch gegangen werden. Wir tun das auf starker Grundlage: auf gemeinsam geeinten Werten und Zielen aller Beteiligten, hinter die es nun nicht mehr zurückgeht. Und das Thema darf nicht in den Fachkreisen steckenbleiben. Denn wir haben konsequent versucht, aus der Perspektive von Frauen, Eltern und den Kindern zu denken. Das bedeutet auch, genau jene und andere benachbarte Gruppen und Institutionen miteinzubeziehen. Schwangerschaft und Geburt sind mehr als ein physiologischer Vorgang. Hier gemachte Erfahrungen reichen weit in die individuelle und kollektive Nutzung unseres Gesundheits- und Sozialsystems.

Was ist in der Zwischenzeit geschehen – zumindest und wirklich nur ausschnittsweise? Ich berichte nicht

über die vielen Vorträge, die schon gehalten wurden, sondern konzentriere mich auf die Darstellung von Ereignissen, die eine breitere Wirkung entfalten können und deren Akteure potentielle Bündnispartner sind:

- Befassung verschiedener Länderparlamente (u. a. Bremen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen)
- Befassung im Frauen- und Gleichstellungsausschuss und Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetags (DST) (03.2017)
- Bedienung diverser Fachkongresse (u. a. DGGG, DGPF)
- Bremer Bündnis für die natürliche Geburt: Bremer Empfehlungen zur Unterstützung der natürlichen Geburt – hat bisher als Modell für andere Bundesländer und Kommunen gewirkt (04.2015)
- Beschlüsse der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen-Konferenz (GFMK: 10.2014 zur natürlichen Geburt und 06.2017 zum Gesundheitsziel)
- Beschluss der Jugend- und Familienministerinnen-Konferenz (JFMK: 06.2017)
- Beschluss der Gesundheitsministerinnen-Konferenz (GMK: 07.2017)
- Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (05.2017)
- Beauftragung und Bearbeitung einer S 3-Leitlinie zum Kaiserschnitt (Veröffentlichung am 13.06.2020) – Mittel von 250.000 Euro fließen in diese und die noch folgende S 3-Leitlinie zur physiologischen Geburt

Dieses nationale Gesundheitsziel ist nicht vollständig. Das bedeutet, dass Inhalte, Themen und Probleme, die nun im Umsetzungsprozess identifiziert werden, zur weiteren Formulierung hinzugezogen werden (können). Es ist also „work in progress“.

In der Zwischenzeit hat das nationale Gesundheitsziel so weite Kreise gezogen, wie noch keines zuvor. Der

Kooperationsverbund www.gesundheitsziele.de hat entschieden, dass die Erfahrungen aus den Umsetzungsstrategien dieses Gesundheitsziels auf andere Gesundheitsziele übertragen werden sollen. Die 5. Auflage ist gerade fertiggestellt und kann unter der Nr. BMG-G-11077 bestellt werden über publikationen@bundesregierung.de. Am 28.11.2019 fand in Berlin ein sog. Dialogforum statt, finanziert vom BMG, über dessen Ergebnisse eine Online-Publikation auf der Webseite der GVG vorliegt [5]. Derzeit wird ein Strategiepapier entwickelt, das sich zielgerecht auf die Umsetzung der Länder – sowie der kommunalen Ebene beziehen soll. Und es wird in wichtigen Kreisen über einen Nationalen Geburtshilfepfaden nachgedacht, in dem die verschiedenen Themen und zu lösenden Aufgaben eine wahrnehmbare Bündelung finden könnten.

Haltung

Was geschieht, wenn Menschen ihre ureigenen Fähigkeiten nicht mehr leben (können), sondern alles an Fachleute delegieren können und wollen – wie eine Bahnung? Wie tief sitzen gerade so existenzielle Erfahrungen wie Schwangerschaft und Geburt? Tiefer als die meisten Erfahrungen im Leben, außer die, die traumatisch sind. Es fällt auf, dass weniger den eigenen Gefühlen geglaubt wird, sondern dass Testergebnisse Gewissheit bringen müssen. Es fällt auf, dass das Berühren des Bauches, das Horchen nach innen abgelöst wird vom Ultraschall, meistens als Babyfernsehen missbraucht – und dem Kind im Monitor zugewunken wird. Es fällt auf, dass in den diversen Fernsehfilmen nie eine normale Geburt gezeigt wird, sondern in der Regel Komplikationen und Sectiones – das bildet. Es fällt auf, dass viel über den Wunschkaiserschnitt, den angeblich viele Frauen wollen, gesprochen wird. Was ist jedoch die Realität? Es fällt auf, dass Eltern die pädiatrische

Praxen aufsuchen – nicht, weil ihr Kind krank ist, sondern um sich Gesundheit bestätigen zu lassen.

Junge Paare haben kaum noch andere familiäre Modelle, als Ein- oder Zwei-Kind-Familien, die häufig nicht mehr am selben Ort wohnen. Das heißt, den Berufsgruppen, die sich mit werdenden Eltern befassen, kommen weitere Aufgaben zu als nur die der Werteehebung, der Diagnostik. Ihr professionelles Verhalten „bildet“ Haltung. Gerade frauenärztlich Tätige in der Praxis haben die bedeutsame Aufgabe, Frauen zu ermächtigen, den Bauch, das wachsende, dann strampelnde Kind fühlen zu fühlen. Ich weiß es ist schwer, nicht dauernd in Risikokategorien zu denken. Die Zuversicht, dass Frauen Schwangerschaft und Geburt bewältigen können, strahlen auch Sie aus! Lassen Sie uns das tun, was wir jeweils tun können! Miteinander!

Fazit

Wie stark bahnen Erfahrungen in Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett Befähigungen von Frauen bzw. Eltern, sich selbst als aktive Gestalter zu erleben und die (neue) Familiensituation zu meistern? Das war eine leitende Frage bei der Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, das 2017 veröffentlicht wurde. Wir beobachten eine sich ständig steigende Risikozuschreibung bei Schwangerschaft und Geburt. Wenig wurde darüber nachgedacht, ob und wie eine derartige Risikozuschreibung die Haltung von Frauen zum Leben, zu ihrer Verantwortung, zum „geschehen lassen“ beeinflusst. Kontrolle von vermeintlichen Risiken kann jedoch iatrogene Folgen haben, die nachhaltige Wirkung zeigen. Nicht mehr „Ich kann!“, sondern eher „Ich lass machen!“ greift um sich. Schwangerschaft ist keine Krankheit. Statt in guter Hoffnung befinden sich Schwan-

gere heute fast durchgehend in einem Zustand des Bedürfnisses nach Rückversicherung durch die ExpertInnen, die sie begleiten. Wir erleben heute die Destruktion von Fähigkeiten als Folge der Begleitung von Schwangerschaft im Medizinbetrieb.

Das nationale Gesundheitsziel nimmt eine „an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein“ und dass „vorhandene Ressourcen und Potenziale (von Frauen) umfassend gefördert und eine Pathologisierung vermieden“ werden soll. Leitgedanke ist also ein positives Verständnis von Potenzial und Ermächtigung, die sog. Salutogenese. Und nicht wie sonst im Gesundheitssystem die Definition des Handelns über Risiko und Krankheitsgefährdung. Jedes der fünf Ziele ist in mehreren Teilzielen ausformuliert, für deren Umsetzung Empfehlungen formuliert wurden. Und diese sind den institutionellen Akteuren sowie relevanten Berufsgruppen und Multiplikatoren zugeordnet. Auf Seiten der GMK, GFMK und JFMK sind entsprechende Umsetzungsbeschlüsse gefasst worden.

Schlüsselwörter:

nationales Gesundheitsziel, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Salutogenese, frauenärztliche Beratung

Literatur unter:

<https://medizin.mgo-fachverlage.de/gyne/literatur-gyne/>

Korrespondenzadresse:

Dipl. Psychologin Ulrike Hauffe
Ehrenmitglied der DGPF
Bremer Landesfrauenbeauftragte a.D.
ulhauffe@t-online.de

Dipl. Psychologin
Ulrike Hauffe

