

Schwangerschaftsvorsorge heute

Maria Beckermann, im Dezember 2013

Vorbemerkung

Dieser Beitrag wurde im August 2010 erstellt und im Dezember 2013 nach den AQUA-Daten der Bundesauswertung 2012 aktualisiert. Die aktuellen Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2012, die Zahlen, die sich auf das Jahr 2009 beziehen, stehen in Klammern. Am Ende des Beitrags ist eine Nachbemerkung angefügt, die die Entwicklung über diese Jahre kommentiert.

Die Medizin füllt ein gesellschaftliches Vakuum

Die Idee einer modernen Schwangerenvorsorge durch die Medizin entstand um 1920 in England, als der Zusammenhang zwischen Blutdruckerhöhung und Krampfanfällen in der späten Schwangerschaft (Eklampsie) bekannt wurde. Ziel war, die Müttersterblichkeit zu senken. Erst nach dem 2. Weltkrieg begann man auch das ungeborene Kind medizinisch zu untersuchen, zunächst indem die Herztöne mit dem Hörrohr abgehört wurden. Heute sind Schwangere meist stärker in das Medizinsystem als in andere soziale Systeme eingebunden. Selbst das primäre Bezugssystem der Schwangeren, meistens die Familie, ist oft kaum in der Lage, Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen: Die Eltern wohnen weit entfernt, der Partner ist zeitintensiv beruflich eingebunden und mit Schwangerschaftsfragen genauso überfordert wie seine Frau. Lebensgemeinschaften, in denen junge Frauen auf die Erfahrungen von erfahrenen Müttern zurück greifen können, sind genauso die Ausnahme wie soziale Orte, an denen Schwangere Fragen stellen können. Eine Kultur des Austausches für Schwangere, wo ein Geben und Nehmen jenseits professioneller Dienstleistungen, stattfindet, ist kaum entwickelt. Zwar kann das Internet auch für Wissensgewinn und soziale Kommunikation genutzt werden. Aber Gesundheitskompetenz besteht nicht nur aus Faktenwissen, sondern beinhaltet auch Körperkompetenz, d.h. Körpererleben, Bewertung von Körperempfindungen, Körperkontakt und Nähe-Distanzregulierung in sozialen Beziehungen. Diese Kompetenzen bilden die Basis der Mutter-Kind-Interaktion, der Bindung in Familien und damit die soziale Grundlage unserer Gesellschaft. Tatsächlich sind FrauenärztInnen oft die Ersten, die ins Vertrauen gezogen werden, wenn der Schwangerschaftstest positiv ist. Sie erleben die unmittelbaren Gefühlsreaktionen der Frauen. Sie sind die BeraterInnen zu Ernährung, Verhalten und Lebensstil. Keine Frage ist zu banal, um sie sich nicht von einer medizinischen ExpertIn beantworten zu lassen. Wer sonst sollte das Wissen über Schwangerschaft und Geburt weitergeben – fragt man hierzulande in dem Selbstverständnis, dass Schwangerschaft und Geburt zu allererst als medizinische Probleme gesehen werden? Diese Sichtweise ist nicht naturgegeben, sondern ein Produkt unseres Gesellschafts- und Gesundheitssystems.

Der Mutterpass als Identität der werdenden Mütter in Deutschland

Dazu passt, dass der Mutterpass, ein Dokument, in dem medizinische Befunde gesammelt werden, „wie der Name suggeriert, zur Identität der werdenden Mutter in Deutschland wie selbstverständlich dazu gehört“(1). Seit seiner Etablierung in den 1960er Jahren dokumentiert er die Festschreibung einer durchgängigen medizinischen Kontrollbedürftigkeit. Diese Notwendigkeit medizinischer Überwachung der Schwangerschaft wird von einer

Bevölkerungsmehrheit geteilt. Auffallend ist die stetige Ausdehnung des Leistungsumfanges bei Aspekten der kindlichen Beurteilung, also Pränataldiagnostik einschließlich Ultraschalluntersuchungen. Manipulative Entwicklungen in Richtung pränatale Selektion mussten teilweise durch Druck einer kritischen Öffentlichkeit zurückgenommen werden, z.B. der Eintrag „dorsonuchales Ödem“, der ein Screening auf Trisomien festschrieb, ohne dass der Bedarf nach Abklärung mit der Frau bzw. den werdenden Eltern vorher besprochen worden wäre.

Wenn der Fragenkatalog im Mutterpass eine formale Risikoeinschätzung sein soll, ist die systematische Erforschung dieses Instrumentes und ihrer Treffsicherheit zu fordern, d. h. Spezifität und Sensitivität müssten bekannt sein. Das ist nicht der Fall, und viele Fragen würden einer statistischen Prüfung nicht standhalten. Im Laut Mutterpass werden 75,6% (72,7%) der Schwangerschaften als „Risikoschwangerschaften“ definiert (3). Zwar wissen alle Beteiligten, dass es sich dabei nicht um „echte“ Risiken handelt. Aber auch wenn die Risikoeinschätzung nicht berechtigt ist, hat sie Folgen (s.u.).

Die Fragen nach psychischen und finanziellen Problemen in diesem Katalog berühren einerseits sehr bedeutsame Themen, nämlich die hohe Relevanz psychosozialer Faktoren für den Schwangerschaftsverlauf. Hebammen und ÄrztInnen müssen über psychosomatisches Grundwissen verfügen, um spezifische Probleme in der Schwangerschaft ansprechen und mit ihnen umgehen zu können. Das betrifft zum Beispiel frühere oder aktuelle Gewalterfahrungen, Abhängigkeitsprobleme, Depressionen und Angststörungen. Auf der anderen Seite muss sich die Schwangere auf die Schweigepflicht verlassen können, und die ist mit einem Kreuz im Mutterpass bezüglich psychischer oder sozialer Belastungen nicht in Einklang zu bringen, weil dies häufig als Stigma begriffen wird. Es werden nur bei 2,9% (2,5%) n=19.055 (n=15.891) der Frauen psychische Belastungen (z.B. familiäre oder berufliche) und nur bei 1,9% (1,7%) n=12.126 (n=10.667) der Frauen soziale Probleme (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) angekreuzt. Diese Zahlen erscheinen zu niedrig, wenn wir uns exemplarisch zwei psychosoziale Risikogruppen anschauen: 16,5 (17,3%) n=107.774 (n=110.574) der Schwangeren kommt aus anderen Herkunftsländern als Deutschland und 14,4% (14,5%) n=93.806 (n=92.790) der Schwangeren sind alleinstehend (3). Offensichtlich gehen die Betreuungspersonen mit den Angaben der Frauen überwiegend diskret um. Möglicherweise vernachlässigen sie aber auch psychosoziale Probleme. Zu diskutieren ist, ob der Mutterpass in stärkerem Maße für die Schwangeren nutzbringend eingesetzt werden sollte. Hierzu müssten die Sprache und die verwendeten Abkürzungen Laien-verständlich sein, und der Mutterpass müsste evidenzbasierte Informationen vermitteln, als Korrektiv zu den vielen Fehlinformationen, die im Internet oder auch in der Arzt- und Hebammenpraxis in Form von Pharma-gesponserten Broschüren kursieren. Eine Arbeitsgruppe an der Medizinischen Hochschule Hannover erarbeitet derzeit eine Neufassung des Mutterpasses.

Schwangerenvorsorge gehört in die Primärversorgung

In manchen europäischen Ländern wird die Schwangerenvorsorge traditionell von Hebammen durchgeführt. In Deutschland ist eine Geburt zwingend an die Anwesenheit einer Hebamme gebunden. Die Schwangerenvorsorge haben die Hebammen jedoch erst seit etwa 2 Jahrzehnten wieder für sich entdeckt. Das Berufsbild der freien Hebammen befindet sich in Deutschland in einem Wandel bis hin zur Akademisierung des Berufes mit den Hebammenwissenschaften. In der Praxis wird die Schwangerschaftsvorsorge heute zunehmend in Kooperation von Hebammen und FrauenärztInnen durchgeführt. Grundsätzlich zeichnet die Primärversorgung sich dadurch aus, dass Häufiges häufig und Seltenes selten vorkommt. Bei hochspezialisierten Pränataldiagnostikern kommt hingegen Seltenes häufig vor. Der unterschiedliche Alltag und die Verschiedenheit der Aufgaben haben weitreichende Implikationen für die medizinische Praxis.

Früher waren viele HausärztInnen auch GeburtshelferInnen. Sie betreuten Schwangere in ihrer Schwangerschaft und leiteten die Geburt. Heute bezeichnen niedergelassene FrauenärztInnen sich gerne als „HausärztInnen der Frauen“, im Gegensatz zu ihren spezialisierten FachkollegInnen, die operativ, onkologisch, reproduktionsmedizinisch, pränataldiagnostisch etc. tätig sind. Als FachärztInnen sind sie aber zu SpezialistInnen ausgebildet worden. FrauenärztInnen in Deutschland könnten der Primärversorgung für Frauen zugerechnet werden unter der Bedingung, dass sie die bislang mit Hausarztmodellen verbundenen Steuerungsaufgaben übernehmen und einer Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegen treten.

Hebammen und ÄrztInnen der Primärversorgung sind für gesunde Schwangere da. Sie erleben oft unkompliziert verlaufende Schwangerschaften, Frauen, die die Veränderungen und Herausforderungen einer Schwangerschaft gut bewältigen, Neugeborene, die den Geburtsprozess gut überstehen, Familien, die zusammenwachsen. Ihre Erfahrung lehrt sie, den Frauen Zuversicht in die eigenen Kräfte und Fähigkeiten zu vermitteln. Die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft und die umwälzenden Auswirkungen auf das Leben führen bei den meisten Frauen zu Verunsicherungen und zu Ängsten – eine normale Reaktion auf so viel Ungewissheit. In dieser Situation tut es Frauen gut, wenn sie Erklärungen bekommen, Verständnis, Normalität und ein Gefühl der Sicherheit. Bei Schwangerschaftsbeschwerden geben die ÄrztInnen und Hebammen hilfreiche Tipps. Es ist ihnen ein Bedürfnis, die Frauen vor „iatrogenen“, also erst durch eine medizinische Behandlung bewirkte, Schäden zu schützen. Gesunde Schwangere sind bei ihnen besser aufgehoben als bei SpezialistInnen. Neben der Unterstützung besteht die Hauptaufgabe der PrimärversorgerInnen darin, Komplikationen und Probleme rechtzeitig zu bemerken und dann angemessen zu entscheiden. Das ist in der Praxis eine Gratwanderung. Im Idealfall – wenn ÄrztInnen und Hebammen keine defensive „Absicherungsmedizin“ betreiben - tragen sie die Verantwortung zusammen mit ihren PatientInnen. Es braucht Kompetenz und Mut, auf apparative Diagnostik, z.B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zu verzichten, wenn es keine Indikation gibt, oder es keine Konsequenzen hätte. Es braucht Respekt und Kraft, die Entscheidungen der Schwangeren mitzutragen, wenn sie nicht das Maximum an Diagnostik in Anspruch nehmen will. Und es braucht psychosomatisches Wissen und persönliche Bindungsfähigkeit, eine ängstliche Patientin durch die Schwangerschaft zu begleiten – das kann das Internet nicht leisten, aber Hebammen und ÄrztInnen der Primärversorgung tun es tagtäglich. .

Eine überhöhte Risikobewertung hat Folgen

Die Risikoeinschätzung einer Schwangerschaft ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die immer nur eine Annäherung sein kann. Eine formale Risikoeinschätzung auf der Basis von Fragebögen oder Checklisten, die zu Beginn einer Schwangerschaft abgefragt und gegebenenfalls im Verlauf angepasst werden, führt oft zu gravierenden Fehleinschätzungen: Nur 10-30% der Frauen, die als Risiko eingestuft werden, erfahren das negative Resultat, für das sie eingestuft wurden. Umgekehrt waren 20-50 % der Frauen, die eine Frühgeburt bekamen, als nicht risikobehaftet eingestuft worden (2).

Die Daten, die im Folgenden ausgewertet werden, sind der Bundesauswertung 2013 (2010) entnommen (3). Die heutigen Risikoeinschätzungen im Mutterpass führt dazu, dass 2012 (2009) insgesamt 75,6% (72,7%) (n=492.788) (n=464.716) aller Schwangeren als Risikoschwangerschaften eingestuft wurden, 69,9% (65,1%) (n=449.462) (n=415.628) aufgrund der Anamnese.

Tabelle 1: Risikoeinschätzung laut Mutterpass .

Risikoeinschätzung	n 2012	% 2012	n 2009	% 2009
--------------------	--------	--------	--------	--------

Risikoschwangerschaft	492.788	75,6%	464.716	72,7%
Nach Anamnese	449.462	69,9%	415.628	65,1%
davon				
Alter über 35 Jahre	100.387	15,4%	98.345	15,4%
Zustand nach Uterusoperationen bzw. Z.n. sectio	103.634	15,9%	87.102	13,6%
Familiäres Risiko (z.B. Diabetes, Hypertonus)	146.102	22,4%	122.962	19,2%
Nach Befund	175.767	27%	171.725	26,9%

69,9% (65,1%) n=449.462 (n=415.628) Risikoschwangere auf der Basis anamnestischer Angaben sind eine grandiose Überschätzung des tatsächlichen Risikostatus. Auch wenn Fachleute sich einig sind, dass die Angaben nicht als „echtes“ Risiko bewertet werden können, ist es möglich, dass ein Kreuz im Mutterpass zu einer grundsätzlichen Verunsicherung der Schwangeren beiträgt und sie empfänglich macht für medizinische Maßnahmen, die ihrer Beruhigung dienen sollen. Eine Einstufung als Risikoschwangere aufgrund eines auffälligen Befundes erfolgt bei 27,0% (26,9%) (n=175.767) (n=171.725) der Schwangeren. Diese Zahl nähert sich schon eher der Realität an. Bei 28,3% (n= 181.030) der Frauen wurde dann auch im Mutterpass ausdrücklich die Risikoschwangerschaft ausgewiesen. Bemerkenswert ist auch der Zusammenhang zwischen der Einschätzung von Schwangerschaftsrisiken und Geburtsrisiken. 77,7% (75,6%) n=506.226 (n=483.226) aller Frauen wird unter der Geburt ein Risiko bescheinigt. 61,7% (58,2%) n=401.946 (n=371.877) der Frauen haben sowohl ein Schwangerschafts- als auch ein Geburtsrisiko. Hingegen schrumpft die Gruppe der Frauen, die weder ein Schwangerschafts- noch ein Geburtsrisiko haben, auf 8,4% (9,8%) n=54.628 (n=62.733) zusammen.

Die Mutterschaftsrichtlinien (4) sehen 10 Vorsorgeuntersuchungen vor. 42,7% (n=272.903) der Schwangeren nimmt in Übereinstimmung damit 8-11 Untersuchungstermine wahr. Aber genauso viele Frauen (42,6%, n=272.362) gehen öfter als 12 Mal zu einer Untersuchung und sind damit übertersorgt.

Fast die Hälfte aller Schwangeren 47,2% (46,2%), n=307.358 (n=295.372) bekommt die Schwangerschafts-Erstuntersuchung vor der 9. Schwangerschaftswoche (p.m.) und 22,6% (21,6%) n=147.326 (n=138.231) werden vor der 9. Woche (p.m.) mit Ultraschall untersucht. So frühe Ultraschalluntersuchungen bergen ein hohes Risiko der Verunsicherung von Frauen, wenn (noch) kein Embryo nachweisbar ist. Der Grund kann sein, dass die Schwangerschaft jünger ist als gedacht, dass keine Embryonalanlage vorhanden ist und somit eine Fehlgeburt zu erwarten ist oder dass eine extrauterine Schwangerschaft vorliegt. In den allermeisten Fällen führt eine Ultraschallkontrolle bei Frauen ohne Symptome nach 1-2 Wochen zur Klärung der Situation. Aber immerhin sind fast 22,6% (21,6%) der Frauen dem Risiko ausgesetzt, gleich zu Beginn der Schwangerschaft eine Verunsicherung durch Überdiagnostik zu erleben. Denn eine Indikation zu einer Ultraschalluntersuchung vor der 9. Woche besteht nur bei Frauen mit Beschwerden oder erhöhtem Risiko für eine Eileiterschwangerschaft. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass ein Großteil der frühen Ultraschalluntersuchungen in dieser Statistik nicht erfasst wird, weil sie bereits vor der Mutterschaftserstuntersuchung durchgeführt und kurativ abgerechnet wird.

Die meisten Schwangeren 62,2% (64,4%), n=405.551 (n=411.408) bekommen drei bis fünf Ultraschalluntersuchungen im Verlaufe der Schwangerschaft. Vorgesehen sind in den Mutterschaftsrichtlinien drei. Gut ein Viertel aller Schwangeren 25,3% (23,2%) n=165.014 (n=148.121) bekommt sogar mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen. Selbst von den 23,3%

(25,8%) n=151.644 (n=164.735) der Schwangeren, die zwischen 37. und 41. Woche ihre Geburt erleben und die als risikofrei eingestuft werden, haben 21,4% (19,6%) n=32.421 (n=32.241) mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft bekommen. Wir müssen in der Schwangerenvorsorge also eine Überversorgung konstatieren, die belegt ist durch eine unangemessen hohe Risikoeinschätzung auf der Basis des Fragenkatalogs im Mutterpass, durch die Inanspruchnahme von zu vielen Untersuchungsterminen sowie durch die Durchführung von zu viel Ultraschalldiagnostik. Nur ein sehr kleiner Teil der Schwangeren entkommt einer Einstufung als Risikoschwangere. Auch wenn sich alle Beteiligten bewusst sind, dass es sich bei den 75,4% (72%) nicht um „echte“ Risikoschwangere handelt, fördert dies eine Über- und Fehlversorgung. Dabei liegt Deutschland mit 10 Untersuchungen laut Mutterschaftsrichtlinien schon über dem Durchschnitt anderer Länder. 43,3% (n=282.385) aller Schwangeren hatten im Jahre 2012 mehr als 12 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Knapp die Hälfte der schwangeren Frauen sind damit laut Bundesauswertung 2012 explizit überversorgt. Evidenzbasierte Einschätzungen gehen davon aus, dass 6-8 Untersuchungstermine bei gesunden Schwangeren das Ergebnis nicht verschlechtern würden. Der gezielte Abbau der Überversorgung könnte mit Blick auf die Entbindungsweise und auf die Frühgeburtenrate sogar zu einer Verbesserung führen.

Entbindungsmodus	n 2012	% 2012	n 2009	% 2009
Sectio	218.940	33%	210.618	32,3%
Indikation				
Vorausgegangene sectio	55.491	25,3%	48.984	22,8%
Pathologisches CTG	45.286	20,7%	43.776	20,8%
Beckenendlage			27.963	13,3%
Missverhältnis Kopf/Becken	22.239	10,1%	24.059	11,4%
Protrahierte (lange und schwere) Geburt EP	24.264	11,1%	23.060	11,0%
Vaginale Geburt			436.998	68,4%
Spontangeburt			382.674	58,81%

32,3% (n=210.618) der Frauen werden durch Kaiserschnitt entbunden. Nur 58,81% der Frauen erleben eine spontane Geburt. Wenn ein Kaiserschnitt in der Vorgeschichte als Indikation für einen erneuten Kaiserschnitt genommen wird, werden in Zukunft immer weniger Frauen „normal“ entbinden. Von den 68,4% Frauen, die eine vaginale Geburt haben, haben 54,7% (51,8%) n=241.951 (n=226.240) eine Komplikation unter der Geburt (Dammriss, Weichteilverletzungen) und 22,9% (21,5%) n=149.403 (n=137.657) im Wochenbett (z.B. Anämie). Die Zahl der Frauen, die somit eine Geburt ohne Komplikationen durchleben, ist damit ziemlich klein.

Die kindliche Sterblichkeit lag 2012 (2009) bei 0,46% (0,41%) n=3.038 (n=2.406). Die meisten Kinder sterben, weil sie zu früh geboren werden:

Schwangerschaftswoche	Perinatale Mortalität %	Anzahl gestorbene Kinder

Vor der 28. Woche	31,7% (30,2)	1.249 (1.204)
28.-31. Woche	7,5% (6,8)	460 (431)
32.-36. Woche	1,2 (1,2)	613 (624)
Nach der 36. Woche	0,12 (0,12)	709 (718)

Dabei ist die perinatale Mortalität der kleinsten Frühgeborenen relativ niedrig wenn man bedenkt, dass sie vor Jahrzehnten kaum Überlebenschancen hatten. Sie scheint aber nicht unter die 30%-Marke reduzierbar zu sein: z.B. 2012 vs. 2009 vs. 2008 31,7% vs. 30,2% vs. 32,4%. Kinder unter 500 g sterben auch heute noch in 51,4% n=328.

Auffällig ist die steigende Frühgeburtenrate: lag sie 2008 noch bei 9,07%, betrug sie 2009 bereits 9,38%. In den 1990er Jahren bewegte sie sich in Bereichen um die 7%. Übertroffen wird die hohe Frühgeburtenrate im europäischen Vergleich heute nur noch von Österreich, während sich die Frühgeburtenrate in Italien und Frankreich zwischen 6 und 7% bewegt. Erklärungen sucht man in Österreich in der Zunahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, insbesondere die in-vitro-Fertilisierung mit dem hohen Risiko für Mehrlinge. 2012 (2009) lag in Deutschland der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften bei 1,8% (1,8%) n=11.894 (n=11.256) (3). Das macht einen relevanten Einflussfaktor der

Reproduktionsmedizin in Deutschland unwahrscheinlich. Die Schuldzuweisungen an die Frauen, die nach der Bekanntgabe der Daten durch die Presse gingen (die Frauen seien zu alt, sie rauchten zu viel und konsumierten zu viel Alkohol) stellen eine infame Verdrehung der Zusammenhänge dar (5). Im Gegenteil deuten die hohe Frühgeburten- und Kaiserschnitttrate auf eine Fehlversorgung hin. Ein Teil der Schwangeren, die davon betroffen sind, bekommt nicht nur zu viel Behandlung, sondern auch noch die falsche, auch wenn heute immer mehr Frühgeborene überleben, weil ihnen die Maximalversorgung zu Teil wird.

Wenn wir davon ausgehen, dass alle an der Schwangerenvorsorge und in der Geburtshilfe beteiligten Expertinnen ihr Bestes geben, damit eine gesunde Mutter mit einem gesunden Kind nach Hause geht, stellt sich die Frage nach den Strukturen, die zulassen, dass nur knapp 10% aller Frauen während Schwangerschaft und Geburt nicht in den Risikostatus geraten, und die begünstigen, dass Schwangere zu oft und zu viel untersucht werden, ohne dass bessere Ergebnisse erzielt werden.

Strukturen, die die Versorgungsqualität verschlechtern

1. Ein nicht evaluierter Fragenkatalog im Mutterpass führt zur inadäquaten Risikoeinschätzung
2. Die Mutterschaftsrichtlinien beinhalten ein großes Versorgungspaket für alle Schwangeren. Es ist für einen Teil der gesunden Schwangeren zu groß geschnürt und mutet ihnen zu viele Kontrollen und Interventionen zu.
3. Die ambulanten und stationären Vergütungsstrukturen begünstigen eine Fehl- und Überversorgung. Ambulant schaffen sie ungünstige Anreize, kurative Diagnosen zu vergeben, zusätzliche Einzelleistungen neben der Pauschale durchzuführen und dies mit dem Risikostatus zu legitimieren. In der stationären Versorgung fördern sie Strategien, die es erlauben hoch angesetzte „Diagnosebezogene Fallgruppen“ (DRG, ein Klassifikationssystem für Leistungen an Patienten) für Frühgeborene in Anspruch zu nehmen.(6)
4. Wahlleistungen (sog. IGELeistungen) scheinen den Wünschen der Frauen und ihrer Familien entgegen zu kommen (z.B. Babyfernsehen im Ultraschall) und wirken auf den ersten Blick harmlos. Sie stellen aber eine Überversorgung dar mit dem Risiko, durch falsch positive Befunde zu verunsichern. Ein Teil der Tests

vermittelt zudem ein trügerisches Gefühl von Sicherheit, wo es in Wirklichkeit keine Behandlungsoptionen gibt (z.B. Bluttest auf Zytomegalie, einer Virusinfektion, die für das Ungeborene gefährlich sein könnte (7)).

5. Die Angst der ÄrztInnen vor juristischen Auseinandersetzungen führt zu defensivem Verhalten von ÄrztInnen und einer verbreiteten „Absicherungsmedizin“, die durch die Rechtsprechung gefördert wird. ÄrztInnen haben Angst, etwas zu übersehen, aber nur wenige haben Angst, der Patientin durch zu viel Diagnostik und Therapien zu schaden. Die Rechtsprechung muss sich hier an einer evidenzbasierten Medizin orientieren und den Haftpflichtversicherungen müssten Grenzen gesetzt werden, damit Hebammen und ÄrztInnen ihre Arbeit nach bestem Wissen tun können.
6. Mangelndes statistisches Verständnis bei den ÄrztInnen kann ein Grund sein für eine hohe Zahl an Risikoschwangerschaften, weil sie die Auswirkungen falsch positiver Diagnostik unterschätzen. Sie kennen z.B. das CTG (Cardiotokogramm) als sinnvolle Methode, akute Mangelversorgung bei Kindern mit Plazentainsuffizienz zu erkennen. Indem sie die Methode losgelöst von der Zielgruppe betrachten, setzen sie das CTG routinemäßig ein bei gesunden Schwangeren, wo es besonders bei frühen Untersuchungen vor der 36. Woche im CTG häufig Fehlalarm gibt. So wird unversehens aus einer gesunden Schwangeren eine Risikopatientin.
7. Eine zu große Abhängigkeit von und die Fixierung der Schwangeren auf medizinische Einrichtungen stellt ungünstige Weichen für die Schwangere und ihr Zutrauen in die eigene Selbstregulierungsfähigkeit. So ist vieles, was mit Patientinnenautonomie legitimiert wird (z.B. „Wunschkaiserschnitt“) der Endpunkt einer Fehlentwicklung, an dessen Beginn subtile Missverständnisse standen, z.B. unbedachte Bemerkungen während der Ultraschalluntersuchung wie: „Ihr Baby sieht aber etwas klein aus“.
8. Schwangere Frauen sind auf das Medizinsystem fixiert und derzeit nicht daran interessiert, dass Versorgungsleistungen abgebaut werden, weil sie dort Sicherheit suchen und oft auch finden. Das liegt daran, dass sie einerseits die Vermarktungsstrategien nicht durchschauen können, sondern sich auf Betreuungspersonen verlassen. Andererseits sind sie in sozialen und gesellschaftlichen Bezügen mit ihren Fragen und Problemen rund um die Schwangerschaft so vollständig auf sich allein gestellt, dass ihnen nichts anderes übrig bleibt, als in das medizinische Versorgungssystem einzulaufen wie in einen sicheren Hafen.

„Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach zu überdenken...“ (8)

Vieles hat sich verbessert: neue Technologien, neue Behandlungsmöglichkeiten, bessere Überlebenschancen für Frühgeborene, ein freundlicheres Ambiente in Praxen und Geburtskliniken, selbstverständliches Mitspracherecht der schwangeren Frauen und ihrer Familien. Dennoch können wir mit den Ergebnissen der Schwangerenvorsorge nicht zufrieden

sein, obwohl mehr finanzielle Ressourcen als je zuvor in diesen Teil des Gesundheitssystems fließen.

Statt immer mehr Leistungen gießkannenartig auf die Frauen auszuschütten, müssen Über- und Fehlversorgung zurück gedrängt werden. Sie haben nachteilige Auswirkungen und können etwa eine wesentliche Ursache der hohen Kaiserschnitt- und Frühgeburtenrate sein. Auch Unterversorgung findet noch statt, z.B. bei den Risikogruppen, die medizinische Inanspruchnahme scheuen oder bei Schwangeren mit psychischen und sozialen Problemen. Schwangerenvorsorge muss sich an ihren Bedürfnissen und individuellen Zugangswegen orientieren. Hebammen und ÄrztInnen der Primärversorgung müssen psychosoziale Probleme kompetent diagnostizieren und gezielt in angemessene Behandlung weiterleiten können. Zugleich müssen die psychischen und sozialen Probleme, die problematischen Schwangerschaftsverläufen zugrunde liegen (Armut, Gewalt gegen Frauen, geringe Bildung und Chancen, schlechte Bedingungen für Schwangere in der Berufswelt), an ihren Ursachen angegangen werden. Sie dürfen nicht auf das Medizinsystem abgewälzt werden in dem Kalkül, dass Hebammen und ÄrztInnen sich zu allererst der Frau, die ihnen gegenübersteht, verpflichtet fühlen.

Künftige Aufgaben sind:

1. Wir müssen die Hebammen und ÄrztInnen der Primärversorgung stärken, damit ihnen die Kraft und die Motivation für ihre verantwortungsvolle Aufgabe erhalten bleibt. Sie sollen für die Grundversorgung gut bezahlt werden, damit sie auf IGELleistungen verzichten können, und ihnen sollen Fortbildungen zu evidenzbasiertem Handeln angeboten werden.
2. Außerhalb des Medizinsystems sollten sich Frauenorte etablieren, die etwa als eine Mischung von Selbsthilfegruppen, VerbraucherInnenberatung und frühen Geburtsvorbereitungsgruppen auf die speziellen Fragestellungen von Schwangeren und jungen Müttern eingehen, einerseits um gesicherte Erkenntnisse von alten Mythen rund um die Schwangerschaft zu trennen, andererseits aber auch, um einen Austausch über das körperliche und psychische Erleben während der Schwangerschaft mit anderen Schwangeren und mit erfahrenen Müttern zu fördern.

Literatur

1. Perl, Friederike M, Effektivität in der Schwangerenvorsorge, in: Beckermann, Maria J, Perl, Friederike M., Hrsg., Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe, Schwabe Verlag Basel, 2004, Band 2, S. 967-77
2. Enkin, Murray, Keirse, Marc J.N.C., Neilson, J., et al., Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, Verlag Hans Huber Bern, 2. Auflage 2006, S. 67-70
3. http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2009.pdf
4. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-429/RL_Mutter-2010-02-18.pdf

5. [http://www.welt.de/print-welt/article688839/Immer mehr Fruehchen in Deutschland.html](http://www.welt.de/print-welt/article688839/Immer_mehr_Fruehchen_in_Deutschland.html)
6. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=&id=80897>
7. Herbst, Vera, Untersuchungen zur Früherkennung -Für Schwangere - Nutzen und Risiken, Stiftung Warentest 2007, S. 247-9
8. [http://www.akf-info.de/fileadmin/arbeitsumgebung/seiten/akf positionspapier schwangerschaft geburt 23 10 2010.pdf](http://www.akf-info.de/fileadmin/arbeitsumgebung/seiten/akf_positionspapier_schwangerschaft_geburt_23_10_2010.pdf)

Autorin

Dr. med. Maria J. Beckermann
Frauenärztin – Psychotherapie
Erste Vorsitzende des AKF e.V.
beckermann@akf-info.de