

**Entwurf eines Positionspapiers zu Schwangerenvorsorge  
des RT Elternwerden beim AKF  
für den Workshop «Was macht eine gute Schwangerenvorsorge aus?  
Sammlung wichtiger Aspekte»  
AKF-Tagung 5.11.2022, 14-16 h**

Stand: 02.11.2022

Gliederung:

1. [Einleitung](#)
2. [Recht auf informierte, fraustärkende Entscheidung](#)
3. [Wahlfreiheit der Frau \(AE: spezifizieren zu den begleitenden Berufsgruppen\)](#)
4. [Recht adäquat vorbereitet zu sein](#)
5. [Vernetzung der Berufsgruppen rund um die Geburt und von ambulanter Praxis mit Geburtsklinik](#)
6. [Schwangerenvorsorge evidenzbasiert am Beispiel CTG](#)
7. [Perspektive](#)

**1. Einleitung**

**Ausrichtung und Perspektive der Schwangerenvorsorge in Deutschland**

Schwangerschaft und Geburt sind normale, physiologische Prozesse in der reproduktiven Lebensphase. Schwangerenvorsorge soll dazu dienen, Schwangere zu informieren, den physischen und psychischen Zustand der Schwangeren zu erfassen und sie auf dieser Grundlage zu beraten und zu begleiten. Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind können erkannt und ggf. medizinisch begleitet werden.

Die Schwangerenvorsorge in Deutschland fokussiert sich allerdings primär auf die Risikoaspekte einer Schwangerschaft und ist an der Suche nach Pathologie ausgerichtet. Das Konzept der Ressourcenorientierung und der Salutogenese<sup>1</sup> wird vielfach völlig außer Acht gelassen.

Das jetzige Finanzierungsmodell der Schwangerenvorsorge belohnt eine Risikofokussierung sowohl für Hebammen als auch für gynäkologische Praxen. Jede Intervention und jede Detektion, Begleitung und Behandlung von Pathologien wird zusätzlich zur Vorsorgepauschale vergütet. So ist z.B. der Einsatz von CTG, der wiederholte Ultraschall mit Indikation und die Begleitung von Risikoschwangerschaften mit finanziellen Leistungen zusätzlich zur Basispauschale der Vorsorge hinterlegt.

Der Schwangeren wird dadurch häufig das Gefühl vermittelt, dass Schwangerschaft ein risikobehafteter Prozess ist, der ständig überwacht und kontrolliert werden muss. Das Bedürfnis nach medizinischer Überwachung und häufigen Kontrollen durch entstehende Ängste der Schwangeren steigt und damit auch die Gefahr häufiger, unnötiger Interventionen. Die Stärkung der Schwangeren und ihr Zutrauen Schwangerschaft primär als gesunden physiologischen Prozess wahrzunehmen wird

---

<sup>1</sup> <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/>

geschwächt oder unterbleibt völlig. Die Deutungshoheit über die Schwangerschaft wird an die Professionen rund um die Geburt abgegeben.

Es braucht ein Finanzierungsmodell der Schwangerenvorsorge, das eine individuelle und ressourcenorientierte Betreuung belohnt. Einer individuellen Betreuung am Bedarf der Schwangeren und einer ressourcenorientierten Perspektive wird die derzeitige Praxis nicht gerecht.

- Wir fordern eine veränderte Abrechnungslogik der Schwangerenvorsorge, durch die Beratungsleistungen und Prävention ausdrücklich gefördert wird.
- Wir fordern eine Struktur, in der Intervention und Nicht- Intervention gleichwertig vergütet werden, um Fehlanreize zu vermeiden.

## **2. Recht auf informierte, fraustärkende Entscheidung**

Eine informierte, fraustärkende Schwangerenvorsorge mit partizipativ getroffenen Entscheidungen ebnet den Weg zu einer selbstbestimmten, gewaltfreien Geburt, in der die Frau im Mittelpunkt steht. Schwangere sind barrierefrei- und nicht bewertend über ihre Rechte und Möglichkeiten zu beraten.

Frauen brauchen Zugang zu evidenzbasierten, widerspruchsfreien, fachübergreifend konzertierten Informationen, Materialien. Es ist notwendig, diese neu zu erarbeiten. Eine Stärkung der Kommunikations- und Beratungskompetenz ist ein Teilziel des Nationalen Gesundheitsziels Gesundheit rund um die Geburt. Die amtierende Bundesregierung hat seine Umsetzung angekündigt. Bezüglich des Erfordernisses informierter Entscheidung siehe Absatz 4. Die Leitlinie zur Vaginalen Geburt am Termin von 2020 beschreibt Modelle der Entscheidungsfindung der Berufsgruppen für ihre Geburtshilfe und darunter auch die Formen der Information der Schwangeren und Gebärenden. Dazu gehören die drei Formen informierte Zustimmung (informed consent) und informierte Wahl (informed choice) sowie partizipative Entscheidung (shared decision making) als die höchste Form des Einbezugs in Entscheidungen. Diese Form mit ihrem Prozess in neun Schritten sollte wegweisend im Verhältnis von Schwangerer und Arzt/Ärztin sein. Im Verlauf der Leitlinie wird an vielen Stellen auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Schwangere ausführlich über Vor- und Nachteile sowie Handlungsoptionen zu informieren, da eine Schwangerschaft und Geburt Entscheidungen verlangen, die für Zufriedenheit und langfristige Gesundheit elementar sind. Die Kommunikation im Kontext von Entscheidungsfindungen während der Schwangerschaft hat explizit auch das Ziel, im Sinne von Prävention und Salutogenese die Selbstbestimmung der Frau für den Geburtsprozess zu stärken.

## **3. Wahlfreiheit der Frau**

Anerkannter Grundsatz des Medizinrechts ist die Priorität der Wünsche / des Willens der Patient:in. Dieser gilt auch für die Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge. In der Folge hat die Frau das Recht zu entscheiden, welche Behandlungen sie – nach Aufklärung - in Anspruch nimmt. Sie kann wählen, wer sie während der Schwangerschaft unterstützt und medizinisch betreut, auch nach verschiedenen Betreuungsmodellen. (vgl. § 24d SGB V).

Für welche ärztlichen Behandlungen die gesetzlichen Kassen den Kostenersatz tragen, ist in den Mutterschaftsrichtlinien (MuRiLi) geregelt. Diese binden in ihrer derzeitigen Form die Krankenkassen im Verhältnis zur Ärzteschaft und konkretisieren den gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten. Sie richten sich somit nicht an

andere Berufsgruppen oder die Schwangeren. Hebammenleistungen sind in der Hebammengebührenordnung spezifiziert. Beide Regelwerke existieren unabhängig voneinander und ohne Bezug zueinander. Eine Abstimmung aufeinander wäre dringend erforderlich. Der in den MuRiLi formulierte Delegationsvorbehalt der Ärzte und Ärzt:innen bezüglich von Hebammenleistungen müsste überprüft werden, weil er nicht die Kooperation der Berufsgruppen in Augenhöhe sichert.

Daten der BARMER von 2015-2019 legen offen, dass 75 Prozent der Schwangeren eine rein fachärztliche Vorsorge in Anspruch nahmen. Rund ein Viertel der Frauen ließ sich zusätzlich von einer Hebamme betreuen. Die Anzahl der jeweiligen Konsultationen ist dabei nicht bekannt.

Die schwangere Frau wählt die fachliche Begleitung von Hebamme und/oder Fachärztinnen und Fachärzten. Diese beraten sie zu Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Die Schwangere kann auch ablehnen, Behandlungen durchführen zu lassen, selbst wenn dann der Arzt/die Ärztin Ansprüche auf die Pauschale verliert. Der Arzt/die Ärztin kann die Weiterbehandlung erst ablehnen, wenn die Schwangere einen neuen Arzt/Ärztin gefunden hat. Ein Überangebot an Untersuchungen über die in den MuRiLi vorgesehenen Leistungen hinaus ist medizinisch und ethisch sehr fragwürdig, denn grundsätzlich ersetzt die Krankenkasse das, was wissenschaftlich geprüft ist. Die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind meist auch mit zusätzlichen Kosten für die Schwangere verbunden und bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Schwangeren.

Das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" strebt im Teilziel 1.7 eine Stärkung der multiprofessionellen Schwangerenvorsorge/-betreuung und Geburtsvorbereitung sowie die Entwicklung von Kooperationsmodellen für die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Gynäkologinnen sowie Gynäkologen und Hebammen an.

In fast allen europäischen Ländern wird für die Schwangere eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Professionen auf Augenhöhe praktiziert. In Deutschland gibt es das nur regional vereinzelt aufgrund des Engagements Einzelner. Das soll im Sinne der Schwangeren unbedingt geändert werden. Um dem Recht auf Wahlfreiheit der Frau zu entsprechen, sollten die Schwangeren einfach zugängliche, barrierefreie Informationen erhalten, um sich für eine oder mehrere Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge entscheiden zu können. Dafür ist es notwendig, dass sich Verbände, wie der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), neu positionieren.

Ziel sollte es sein, den salutogenetischen Ansatz der Schwangerenvorsorge zu fördern und die Zufriedenheit der Schwangeren sicherzustellen. Dieser sieht vor, dass die Vorsorge die Frau darin unterstützt, ihr gesundheitliches Potenzial zu stärken. Es setzt bei der Nutzung der jeweils vorhandenen Ressourcen an. Dies führt zu einer besseren Versorgungskontinuität durch eine gut koordinierte Versorgung. Die interprofessionelle Versorgung leistet einen Beitrag zu weniger Interventionen und zur Förderung der normalen Geburt.

Die aktuelle Praxis der Schwangerenvorsorge ist nicht evidenzbasiert. In anderen Ländern wird sie so nicht praktiziert.

#### **4. Recht, adäquat vorbereitet und informiert zu sein**

Die Frau hat ein Recht auf ausführliche und ihren Wünschen entsprechende Information zu Schwangerschaftsverlauf und Geburt. Dies hat erhebliche Auswirkung auf die Geburt. Informierte Entscheidung ist das Grundprinzip des deutschen Medizin- und Patient:innenrechts, und das gilt selbstverständlich auch für die Schwangerenvorsorge, die ja nicht ohne Maßnahmen, sogar Eingriffe in die Körperintegrität, auskommt. Aufklärungspflicht ist eine vertragliche Hauptpflicht.

Durch die „Modellierung“ von pathologischen Erwartungshaltungen und Risikoeinschätzungen werden Schwangerschaft und Geburt geprägt. Daher müssen Schwangere über alle Maßnahmen, auch solche ohne Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, bereits zu Beginn der Vorsorge gemäß den Grundsätzen des Patientenrechts (§ 630 c BGB) aufgeklärt werden. Erster Schritt seitens der behandelnden Berufsgruppen muss die Klärung des Patient:innenwillens sein:

- Wieviel Technik, wieviel Vorsorge, wieviel ärztliche Behandlung wünscht die Patientin bzw. schwangere Frau?
- Welche andere Berufsgruppe wünscht sie zu ihrer Unterstützung?

Ohne die – zumindest grundsätzliche – Zustimmung der Patientin/Schwangeren kann die behandelnde Person keine medizinischen Maßnahmen wie Blutabnahme, Urin- oder Ultraschalluntersuchung anwenden.

Der Mutterpass als persönliches Dokument der Frau soll so gestaltet werden, dass die Schwangere ihn versteht. Sie hat ein Recht auf Einsicht in ihre Unterlagen. Die Ärztin bzw. der Arzt muss die vorgenommenen Untersuchungen/ Tests mündlich und rechtzeitig vor der Behandlung erläutern und sichergehen, dass diese Erläuterungen verstanden werden. Besonders bei der Begleitung von Bildungsfernen und Frauen mit nicht-deutscher Muttersprache wird das Recht auf verständliche Aufklärung oft vernachlässigt..

Das deutsche Versicherungswesen stellt große Geldmittel für die Schwangerenvorsorge zur Verfügung. Die angebotenen Untersuchungen müssen auf Evidenz und Wirksamkeit überprüft sein, was aber nicht für alle zutrifft. Hinzu kommen sehr viele iGeL-Leistungen wie etwa mehr als 3 Ultraschalluntersuchungen und zusätzlichen Laboruntersuchungen sowie regelmäßige CTG-Untersuchungen (siehe 6.) Der Schwangeren müssten auch andere Werkzeuge vermittelt werden, wie sie erkennen kann, dass es ihrem ungeborenen Kind in ihr gut geht und auf was sie achten kann.

Ohne ausreichendes Selbstverständnis und Information über die Schwangerschaft und ihre Phasen kommt es zu unnötiger Sorge oder Angst. Das führt zu noch mehr unnötiger Kontrolle und ggf. überflüssigen Untersuchungen.

Zu einer adäquaten Vorbereitung gehört auch eine Aufklärung zur Wahl des Geburtsortes und zur gewaltfreien Vorsorge und Geburt.

## **5. Vernetzung der Berufsgruppen rund um die Geburt und von ambulanter Praxis mit Geburtsklinik**

Für die dringend erforderliche Vernetzung von ambulanter Praxis und der Geburtsklinik gibt es keine etablierten Verfahren im Rahmen der Schwangerenvorsorge und der Betreuung nach der Geburt. Vernetzung aller Berufsgruppen rund um die Geburt ist auch zu Laborleistungen, Diabetesberatung u.a.m. erforderlich. Die Klinik erhält

von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Hebammen keine Unterlagen (abgesehen vom Mutterpass) und es wird auch keine Dokumentation des Geburtsverlaufs an die Professionen, welche die weitere Betreuung sichern, zurück übermittelt, bis auf die kleine Rubrik im Mutterpass die Geburt betreffend. Insbesondere bei Auffälligkeiten im Geburtsverlauf müssen die weiterbetreuenden Fachpersonen und Institutionen zeitnah informiert werden.

Es fehlt zudem ein Informationsaustausch über die Versorgungslage, ggf. Engpässe vor Ort. Für die Kooperation und die Übergaben müssen dringend technische Voraussetzungen (wie möglicherweise Telemedizin) und Leitlinien zur qualitätsgesicherten Zusammenarbeit entwickelt werden. Die Finanzierung muss gesichert werden. Hebammenvermittlungsstellen wie HebaVaria e.V. München müssen flächendeckend aufgebaut und von den Kommunen getragen werden.

Elternschaft ist durchdrungen von psychosozialen Faktoren, welche interdisziplinär zu erfassen ist und mitunter Unterstützung erfordert. Ein angepasster Mutterpass wäre hierfür ein mögliches zusätzliches Instrument.

Alle Berufsgruppen benötigen für eine ganzheitliche Begleitung umfassendes psychologisches Basiswissen. Rund um die Geburt ermöglichen zudem psychosomatisch ausgerichtete Vor- und Nachbesprechungen eine personalisierte Rundumbetreuung.

Andere Professionen wie Stillberater:innen, Doulas, Sprachmittler:innen und die Schwangerenberatungsstellen sind in die Kooperationen einzubeziehen, um nachhaltig die Versorgung nach den Wünschen der Frau und ihrer Familie zu sichern. Die Hinzuziehung von Pädiater:innen und /oder Neonatolog:innen auch im Rahmen der Schwangerenvorsorge wird zum Beispiel empfohlen bei relevanten Erkrankungen in der Familienanamnese, bei zu erwartender relevanter Erkrankung der Neugeborenen, bei Mehrlingsschwangerschaften, bei anderen wichtigen durch Pädiater:innen zu klärenden Fragen der werdenden Eltern oder auch bei notwendiger Vernetzung mit den Frühen Hilfen. Dies gilt es ebenfalls finanziell abzubilden.

Beispiele aus dem Ausland sind zu eruieren und auszuwerten, zum Beispiel mit einem entsprechenden Auftrag an einen Lehrstuhl für Hebammenwissenschaften. Interprofessionelle Qualitätszirkel müssen etabliert werden, gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Bezirksverbänden der Hebammen sowie sozialen Einrichtungen vor Ort.

## **6. Schwangerenvorsorge evidenzbasiert**

Das Beispiel CTG als Routine in der Vorsorge wird hier daraufhin untersucht, ob eine wissenschaftliche Evidenzbasierung für das Vorgehen vorliegt. Jede Intervention in der Schwangerenvorsorge sollte dergestalt auf den Prüfstand.

Ein CTG (Englisch: Cardiotocography) bezeichnet die gleichzeitige Aufzeichnung der Herzfrequenz des Ungeborenen und der Wehentätigkeit. Mit einer Aufzeichnung von 20 bis 30 Minuten kann untersucht werden, wie das Ungeborene auf diese Verengung seiner Umgebung reagiert. Nach Aussage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2013) werden bei über 90% der Schwangeren routinemäßig CTGs geschrieben.

Bei einer Befragung im Jahr 2014 unter Mitgliedern einer Krankenkasse, die kurz

zuvor Mutter geworden sind, geben 98 Prozent (n = 1.263) mindestens ein CTG in der Schwangerschaft an – manche sogar bis zu 40 CTGs (Schäfers und Kolip 2015).

Die aktuellste Leitlinie zum Thema konzentriert sich auf die Schwangerenvorsorge für Frauen mit Adipositas und konstatiert 2020: «Für eine intensivierete Überwachung mittels CTG liegt keine Evidenz vor» (AWMF 2020: 79). Dabei kann sie sich auf das Cochrane Review von Grivell von 2015 stützen. Je früher in der Schwangerschaft desto weniger aussagekräftig ist das Herztonmuster, so die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG (2013: 7). Die Mutterschaftsrichtlinien (2022: Anlage 2) nennen als einzige Indikation Frühgeburtsbestrebungen und Veränderungen des kindlichen Herztons, wie er bei der Auskultation mittels Hörrohr oder Doptone festgestellt werden kann. Damit wird auch klar, dass die kindliche Herzfrequenz durchaus regelmäßig kontrolliert werden soll. Ein 20-minütiges CTG soll dagegen unterbleiben. Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat mit den Mutterschaftsrichtlinien (2022) Regeln für das CTG vorgegeben, doch gibt es bislang noch kein Instrument, diese zu überprüfen. Der einfachste Weg wäre es, die Statistik zur Geburtshilfe, welche das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen als Bundesauswertung Jahr für Jahr erstellt, auszuweiten. Der ausgefüllte Mutterpass liegt zur Datenerfassung vor, doch muss dort nicht jedes CTG notiert werden. Darüber hinaus wären im Rahmen der Selbstverwaltung sowohl der Berufsverband der Frauenärzte (BVF), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als auch die Ärztekammer gefragt, entsprechende Daten aufzunehmen und darzustellen. Die Angaben könnten genutzt werden, um gezielt Über- und Unterversorgung mit CTG anzusprechen. Referenzen zu diesem Punkt:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2020 Adipositas und Schwangerschaft.

[URL:https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-081p\\_S3\\_Adipositas-Schwangerschaft\\_2020\\_02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-081p_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_02.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) 2013 Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. Abgelaufene und bislang nicht aktualisierte AWMF Leitlinie 015/036 (S1).

Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.:CD007863. DOI:10.1002/14651858.CD007863.pub4.

Mutterschaftsrichtlinien (2022) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 16. September 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 26.11.2021 B4, in Kraft getreten am 1. Januar 2022

Schäfers, R., & Kolip, P. (2015). Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit. Gesundheitsmonitor , 119–150.

## Perspektive

Um einen anderen Fokus der Schwangerenvorsorge zu erreichen, fordern wir:

- Die finanziellen Anreize für Risikofokussierung und die Bezahlung zusätzlicher Dienste muss zugunsten einer physiologischen, ressourcenorientierten Schwangerenvorsorge verändert werden. Zum Beispiel Entfernen des CTG als bezahlte Maßnahme im gesamten Verlauf der Schwangerschaft.
- Untersuchungen in der Schwangerschaft und weiterführende Leistungen sollen nur leitliniengestützt und evidenzbasiert möglich sein. Die Mutterschaftsrichtlinien sind auf Hebammenleistungen zu ergänzen bzw. mit der Hebammengebührenordnung abzustimmen. IGEL Leistungen von Gynäkologinnen sowie Gynäkologen und Hebammen sind in der Schwangerschaft grundsätzlich zu untersagen bzw. unterliegen strengen Aufklärungskriterien.
- Die Beratung der Schwangeren sollte finanziell deutlich besser entlohnt werden und anhand standardisierter Gesprächsleitfäden weiterentwickelt werden. Diese neue Beratungsgebühr schafft einen qualitativen Anreiz.
- Wichtig sind die Förderung der Selbstwahrnehmung sowie die Selbstbeobachtung, bspw. der Kindsbewegungen. Vorsorge mit Suche nach Problemen muss sich wandeln in die Vorfreude mit einem zunehmenden Gefühl für den eigenen, sich stets ändernden schwangeren Körper nach dem Motto: Vom Misstrauen ins Vertrauen, vom Vertrauen zur Vorfreude.

Kontakte zu den einzelnen Absätzen:

1. [Einleitung](#)  
(Kontakt: A. Ramsell ramsell@hebammenverband.de)
2. [Recht auf informierte, fraustärkende Entscheidung](#)  
(Kontakt: T.Kroemer [t.kroemer@mother-hood.de](mailto:t.kroemer@mother-hood.de))
3. [Wahlfreiheit der Frau](#)  
(Kontakt: T. Kroemer [t.kroemer@mother-hood.de](mailto:t.kroemer@mother-hood.de))
4. [Recht adäquat vorbereitet zu sein](#)  
(A. Ensel, J. Beck Kontakt: Juliane Beck [beck@akf-info.de](mailto:beck@akf-info.de))
5. [Vernetzung der Berufsgruppen rund um die Geburt und von ambulanter Praxis mit Geburtsklinik](#)  
(J. Beck, W. Lütje, BVKJ, Kontakt: Juliane Beck [beck@akf-info.de](mailto:beck@akf-info.de))
6. [Schwangerenvorsorge evidenzbasiert](#) (Kontakt: C. Loytved [christine.loytved@uos.de](mailto:christine.loytved@uos.de). Über sie ist auch ein ausführlicher Artikel zur Thematik samt Literaturangaben erhältlich)
7. [Perspektive](#)  
(Kontakt: A. Ramsell ramsell@hebammenverband.de)