

**Prof. Dr. med. Beate A. Schücking**

Universität Osnabrück, FB 8/Gesundheitswissenschaften

-Forschungsschwerpunkt Maternal Health -

## **„Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich“**

Die in Deutschland sehr früh einsetzende und umfangreich von werdenden Müttern genutzte Schwangerenvorsorge bietet einen besonderen Zugang zu Frauen und Familien, der im Rahmen „Frühe Hilfen“ besondere Aufmerksamkeit verdient. Bei der Analyse der hier geleisteten Versorgung wird allerdings deutlich, welche grundsätzlichen Schwierigkeiten die deutsche Schwangerenvorsorge schon seit langem begleiten:

1. Das Risikokzept als Grundlage
2. Die Konzentration auf ärztliche Betreuung, auch für gesunde Schwangere
3. Die Überversorgung der gesunden, und die relative Unterversorgung der gefährdeten Frauen

Der Vortrag wird diese 3 Merkmale des deutschen Systems kurz schildern, und auf seine Auswirkungen auf Basis auch eigener empirischer Befunde eingehen. Abschließend werden vor dem Hintergrund internationalen Vergleichs Vorschläge entwickelt, wie das bestehende System effektiver genutzt werden kann, und auf welche Veränderungen ggfs. hinzuarbeiten ist.“

Der Bereich der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt ist auch derjenige medizinische Bereich, der als erster sich um Qualitätskontrolle, und damit Gesundheitssicherung bemüht hat - der Gesundheit der Kinder ist im 20. Jahrhundert zunehmend Bedeutung, und auch politische Relevanz zugemessen worden.

Die „Erfindung“ von Schwangerenvorsorge ist m.E. nur in diesem Kontext zu verstehen. Ich weiß nicht, welches Land als erstes diese Idee umsetzte - in Westdeutschland waren es jedenfalls die ersten Mutterschaftsrichtlinien, Mitte der 1960er Jahre, die die Frauen den Arztpraxen zuführten, ohne dass auch nur diskutiert worden wäre, ob nicht vielleicht - wenn Vorsorge sein soll - die Hebammen die geeignetere Berufsgruppe dafür sind. Die damals ungebrochene Fortschrittsgläubigkeit und die Abwesenheit von gesundheitswissenschaftlicher Kompetenz mag erklären, wieso es kaum nachweisbare Kritik am neuen Modell gab - auch nicht, als - was heute nicht so sehr verwundert - nach etlichen Jahren der Durchführung sich zwar die finanzielle Situation der Arztpraxen zunehmend verbesserte (es waren die Jahre des Babybooms) aber die messbaren Parameter wie z. B. die Säuglingssterblichkeit in Deutschland der anderer westlicher Industrie-Länder immer noch deutlich nachhinkte. Diese Ergebnisse wurden eher zum Anlass genommen, noch mehr Untersuchungen für Schwangere aufzunehmen, und es dauerte bis in die frühern 1980er, bis ein erstes Instrument der Qualitätssicherung, die Perinatal- und z.T. auch

Neonatalerhebung in West-Deutschland eingeführt wurde; zunächst in den Ländern Bayern, Niedersachsen und Hessen. Seit den frühen Achtzigern, also mehr als 20 Jahre jährlich durchgeführt, steht sie nun für ein ständiges Bemühen um bessere Ergebnisse in der Geburtshilfe. Die Schwangerenvorsorge wird allerdings darin kaum erfasst - bis auf die Anzahl der Untersuchungen, und die im Mutterpass dokumentierten Befunde und Risiko-Listen. Studien, die - wie die von Albrecht Jahn in den 1990ern - die Zuverlässigkeit der im Mutterpass dokumentierten Befunde untersuchten, sind bis heute selten.

So kamen die Kritik, und damit die Ansätze zur Gesundheitssicherung in der Schwangerenvorsorge, auch nicht aus Deutschland. Hier ist vor allem der Aufbau der internationalen Cochrane-Collaboration zu nennen. 1989 hielt ich das erste Exemplar von: „Effective Care in Pregnancy and Childbirth“ (Effective Care 2009) in den Händen - ein Meilenstein! Ab nun wird alles anders in der Geburtshilfe - dachte ich - denn auf der Basis ausgewerteter Studien, also evidenzbasierter Medizin wird eine wirklich optimale Versorgung möglich sein. Ich war tief beeindruckt - und bin es auch heute noch ob der Leistung, Evidenz in Tabellen zu bündeln und endlich so klare Aussagen, die in jedes Lehrbuch gehören, zu ermöglichen wie: Eine Kaiserschnitttrate von ca. 2 % ist notwendig, um mütterliches Leben und Gesundheit zu erhalten - eine Kaiserschnitttrate von 5-6 % sichert die der Neugeborenen- darüber hinaus sind kaum weitere positive Effekte zu erwarten.

Für die Schwangerenvorsorge lernte ich damals - nach 10 Jahren eigener klinischer Tätigkeit - Erstaunliches: Viele Routine-Untersuchungen, die ich kennen gelernt hatte, hatten keine wissenschaftliche Absicherung: weder die Anzahl der Untersuchungen, noch viele der einzelnen Bestandteile, wie vaginale Tastuntersuchung des Muttermunds, Cardiotokografie, und schon gar nicht die große Zahl der Sonografien hatten nachweisliche Auswirkungen auf Gesundheit von Mutter und Kind.

Seit einigen Jahren gibt es auch eine deutsche Übersetzung der neueren Auflage. Fast 20 Jahre nach dem ersten Erscheinen des Buches könnte man erwarten, überall deutliche Effekte zu sehen: so können wir uns heute hier auch fragen, ob dies der Fall ist?

Für die deutsche Schwangerenvorsorge lässt sich dies weitgehend verneinen. Zwar wird weniger digital vaginal untersucht - dafür wurde die vaginale Sonografie erfunden, deren Einsatz gerade in der frühen Schwangerschaft so gebräuchlich ist, dass sie nicht einmal immer dokumentiert wird. Immer noch ist die Vorsorge eine Domäne der Arztpraxen, obwohl nachgewiesen wurde, dass die Hebammenvorsorge - wie z.B. in Schweden üblich - genauso sicher, und bei den Frauen beliebter ist. Nutzlose präpartale CTGs werden immer noch durchgeführt, und zu den gängigen Blutuntersuchungen, der wirklich nützlichen und evidenzbasierten Blutdruckkontrolle sind eine Fülle von pränataldiagnostischen Tests gekommen, die das Erleben „guter Hoffnung“ schwierig machen.

Noch nie waren werdende Mütter in Deutschland so gesund, so gebildet, so häufig berufstätig und durchschnittlich so alt wie die heutigen Schwangeren. Noch nie gab es so viele prozentual - nach Sterilitätsbehandlung eintretende Schwangerschaften (derzeit 4% – 5% der Geburten). Fast immer suchen Frauen früh in der Schwangerschaft - früher denn je zuvor! - ärztlichen Rat. Zwar haben Frauen durch die freie Verfügbarkeit von Schwangerschaftstests die Möglichkeit, sich mit der Tatsache des Schwangerschaftsbeginns zunächst alleine und innerfamiliär auseinander zu setzen, aber ihr weiterer Weg führt meist schnell in die Frauenarztpraxis,

unabhängig davon, ob es sich dabei um eine geplante (ca.50 %), ungeplante aber willkommene (ca. 25%) oder eine der immer noch 25% ungewollten Schwangerschaften handelt. Von letzteren führt ca. die Hälfte zum Abbruch (BZGA 2000). Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, wurden im Jahr 2008 114.500 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet (Statistisches Bundesamt 2008). Von einer gewissen, wenn auch schwer zu benennenden Dunkelziffer ungemeldeter bzw. im Ausland vorgenommener Eingriffe gehen Experten wie Pro Familia nach wie vor aus. Von allen begonnenen Schwangerschaften werden- je nach Alter und Belastung der werdenden Mutter - bis zu 20% mit natürlichem Abort enden (wie aus gynäkologischen Lehrbüchern, z.B. „Williams Obstetrics“, 2005, hervorgeht).

In Deutschland werden inzwischen weniger als 700.000 Kinder pro Jahr geboren mit abnehmender Tendenz. Im Jahr 2004 wurden 705 622, im Jahr 2005 insgesamt 685 795 und im Jahr 2006 wurden genau 672 724 Kinder in Deutschland geboren- mindestens 500 g oder lebend (Statistisches Bundesamt 2008). Die Zahl wird sich wohl weiter reduzieren, da die Zahl der Frauen im fertilen Alter deutlich sinkt - die Frauen der Baby-Boomer-Generation erreichen das mittlere Alter. Die gesamte Anzahl der Aborte und Abbrüche wird in Deutschland nicht erfasst. Auf Grundlage der bekannten Daten und Häufigkeiten (s.o.) muss von zusammengerechnet mindestens 200.000 ausgegangen werden. Somit geht es für alle, die mit Schwangeren umgehen, um eine Klientel von insgesamt etwa 900.000 Frauen pro Jahr, auch wenn nicht alle ein Kind gebären.

Mit Beginn der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der Aushändigung des Mutterpasses setzt für die Frauen auch das Risikoscreening ein, das – als deutsche Besonderheit – den vornehmlich gesunden Frauen zahlreiche Risiken attestiert: ca. 75 % der Frauen landen in dieser Kategorie (Schücking & Schwarz 2002).

Deutsche Schwangere sind im Schnitt im Laufe der Jahre nicht nur älter - derzeit beim ersten Kind schon fast 30 Jahre - sondern auch vorsichtiger geworden. Immer mehr Vorsorgeuntersuchungen finden statt, immer früher in der Schwangerschaft wird mit den Vorsorgeuntersuchungen begonnen und damit auch die erste Ultraschalluntersuchung als Beginn der selbstverständlich gewordenen Pränataldiagnostik. Die Mutterschaftsrichtlinien – gesetzliche Basis für das Vorsorgeangebot – sehen drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft vor. Mehr als die Hälfte der Schwangeren erhalten mehr als diese drei Ultraschalluntersuchungen (Schücking & Schwarz 2002). Eine evidenzbasierte wissenschaftliche Basis zur Effizienz dieser Art von Früherkennung und Diagnostik fehlt.

Für Frauen in Deutschland wurde mehrfach nachgewiesen, dass die jetzige, auf dem Risikokzept basierende Vorsorge gerade die wirklich risikoexponierten Frauen nur teilweise erreicht, während die am besten informierten und gesündesten Frauen eher ärztlich überversorgt sind. Insgesamt 42% aller Schwangeren erhalten mehr als die bereits schon großzügig zgedachten 11 Vorsorgeuntersuchungen, kritisiert die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2007). Eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002, 2003) in mehreren – darunter auch industrialisierten – Ländern ergab vor wenigen Jahren, dass eine Reduzierung auf 5-7 Untersuchungen ohne weiteres möglich ist – manche Schwangere haben sich jedoch an diese ständigen Kontrollen gewöhnt und sehen sich selbst als Risikofall.

Offensichtlich hat die ärztliche Schwangerenvorsorge das Erleben der werdenden Mütter verändert.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive sowie aus dem Blick der WHO hat ein Land wie Deutschland mindestens 60-80% gesunde Frauen, denen eine normale Schwangerschaft attestiert werden müsste. Stattdessen haben wir auf Grund einer nicht evidenzbasierten Risikoeinstufung nur für 25 % der Schwangeren eine bescheinigte Risikofreiheit! (Siehe BQS- Bundesauswertung 2007)

Welchen breiten Raum in der Wahrnehmung der Versorgenden diese Untersuchungen ausmachen, ist aus jedem Mutterpass ersichtlich, dagegen fehlen Fragen zum aktuellen Wohlbefinden und der psychischen Vorbereitung auf das Kind; nach unseren neuesten Forschungsergebnissen fehlen auch häufig die Ernährungsberatung, die im Gespräch mit der Frau klären müsste, ob die Jodsubstitution alimentär sichergestellt werden kann - was meist nicht der Fall ist - und in der Regel in der dringenden Empfehlung zur Jodsubstitution münden sollte. 9 von 10 Frauen, die eine solche Empfehlung erhalten, befolgen diese! Aber das Bildungsgefälle bei der Beratung ist enorm: Für den Empfehlungsumfang zeigte sich eine signifikante Benachteiligung von Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss

- 43,8 % der Frauen mit Hauptschulabschluss

- 58,2 % der Frauen mit Realschulabschluss

- 65,7 % der Frauen mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss

wurde eine Jodsubstitution empfohlen. Diese „Bildungsgefälle“ muss durch entsprechende Maßnahmen - z.B. Kommunikationsschulung in den Frauenarztpraxen - angegangen werden. (Röhl & Schücking 2009):

Schwangere möchten sich gerne „sicher“ fühlen. Verständlich wird so auch, weshalb nicht nur wohlhabende Schwangere sich davon überzeugen lassen, „Igel“-Leistungen wahrzunehmen, z. B. zusätzliche US, CTGs. Blutuntersuchungen.....und selbst der relativ neue „Gender-Test“ (der „sex-test“ heißen müsste) zur frühzeitigen sicheren Bestimmung des kindlichen Geschlechtes aus dem mütterlichen Blut, scheint Kundinnen zu finden.

Viele Fragen zur Struktur der Betreuung sind ungeklärt - z.B., warum Deutschland nicht insgesamt dem Vorbild der Schwangerenbetreuung anderer Länder mit mindestens partieller Hebammenvorsorge und guten perinatalen Ergebnissen folgt. Nur in der außerklinischen Geburtshilfe erfahren deutsche Frauen bereits vor der Geburt umfassende Hebammenbetreuung - obwohl diese nachweislich Vorteile bietet.

Ein kritischer Blick aus unserer Forschungsgruppe zu „Maternal Health“ auf die Schwangerenvorsorge kommt zu dem Schluss, dass das Risikokzept den Beweis seines Nutzens schuldig geblieben ist und dass ein risikoorientiertes Denken die Protektiv-Faktoren dieser Lebensphase vernachlässigt (Borrmann 2006). Dies gilt für die Schwangere wie für ihr künftiges Kind. Wenn wir wissen, dass Defizitorientierung ungünstig ist – und gleichzeitig von Eltern erwarten, dass sie ihre geborenen Kinder fürsorglich und nicht defizitgeleitet betreuen – sollten wir keine defizit-, sprich risikoorientierte Vorsorge anbieten, sondern professionell solche Betreuung leisten, die die Protektiv-Faktoren der Schwangeren unterstützt. (Schücking et al 2008)

Als Ressourcen einer Schwangeren können bspw. angesehen werden:

1. Ihre Hoffnung aufs Baby – die beginnende Bindung

2. Ihre besonderen Fähigkeiten: Wachsen-Lassen! Und gleichzeitig Anpassung

an die Anforderungen des „schwangeren Lebens“

3. Ihre körperlichen Reserven
4. Ihre mentalen Reserven: Psychische Stabilität, aber auch Werte und Wissen
5. Ihr soziales Netz: Partner/weitere Kinder/Familie, insbesondere weibl. Verwandte, Freund(inn)en, Nachbar(inne)n
6. Ihre professionelle Betreuung/Versorgung
7. Kultur und Gesellschaft können als Ressource wirken - insbesondere, wenn Mutterschaft in hohem Ansehen steht.

Eine interdisziplinäre Diskussion, in der die Frauen selbst als Nutzerinnen neben den versorgenden Berufsgruppen vertreten sein sollten, ist hier mehr als überfällig. Meines Erachtens muss das Ziel eine gute – und von Pränataldiagnostik abgegrenzte und auf Gesundheit ausgerichtete – Begleitung, dieser an Ressourcen vollen, aber auch vulnerablen Lebensphase sein. Die von mir in 8 europäischen Ländern seit 1994 durchgeführte Längsschnittstudie (Schücking 1995) zeigt bisher, dass die durchaus unterschiedliche Praxis der Schwangerenvorsorge in diesen Ländern kaum je vergleichend diskutiert wird, da in jedem Land die dort gängige Praxis als die eigentlich beste gilt. So existieren in Europa Betreuung in der Facharztpraxis (wie bei uns, in Luxemburg, Österreich), in der Klinik durch Ärzte (wie in Tschechien), Hebammen (Frankreich) oder Hebammen und Ärzte (Norwegen) und die reine außerklinische Hebammenbetreuung (Holland und Schweden). Es gibt deutlich größere Unterschiede in den Betreuungsformen (und natürlich auch im ökonomischen Aufwand) als in der Gesundheit von Müttern und Babies - nur Gesundheitssicherung, wie sie beispielsweise durch das National Institut for Clinical Excellence (NICE 2009) in Großbritannien durchgeführt wird, ist tatsächlich noch selten.

## **Literatur**

BQS (2009): BQS-Bundesauswertung 2008. Geburtshilfe 5. Basisauswertung.  
[http://www.bqsoutcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw/basis/0029\\_5\\_G.html](http://www.bqsoutcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw/basis/0029_5_G.html), Abruf: 17.07.2009

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2000): frauen leben. Köln: BZgA .  
Helfferich,C. et al.

Borrmann B. (2006): Positive und negative Auswirkungen des Stillens in den ersten Monaten post partum aus der Sicht von Müttern. In: Borrmann B./ Schücking B. (Hg.), Stillen und Müttergesundheit. Göttingen: V&R unipress.

Effective Care in Pregnancy & Childbirth (2009): Kurzfassung online über <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=194&ck=10218&area=2>  
Abruf 17.8.2009

NICE (2009): <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&o=7261> Abruf 17.8.2009

Röhl S, Schücking B (2009): Jodversorgung in der Schwangerschaft. Einfluss der ärztlichen Empfehlung und soziodemographischer Merkmale. Ergebnisse einer multizentrischen Studie mit 1128 Wöchnerinnen. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Bd. 2, Stuttgart: Thieme Verlag, 165

Schücking B. (1995): Frauen in Europa - unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: W. Schiefenhövel, D. Sich und C. Gottschalk-Batschkus (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Wiesbaden: Vieweg, 381-391.

Schücking B., Hellmers C., Borrmann B., Gebker S. (2008): Mütterliches Wohlbefinden rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In: J. Borke, A. Eickhorst (Hrsg.): Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit. Wien: Facultas, 211-235.

Schücking B., Schwarz C. (2002). Technisierung der "normalen" Geburt. Interventionen im Kreißaal. In: U. Paravicini & C. Riedel (Hrsg.), Dokumentation Forschungsprojekte 1. bis 3. Förderrunde 1997 -2001 (Bd. 1) . Hannover: Wissenschaftliche Reihe NFFG, 237-255

Statistisches Bundesamt (2008): <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/> Abruf: 22.4. 2009

Williams Obstetrics (2005) Cunningham, F G, Gant, N, Leveno, K, Gilstrap, L. Hauth, J, Weinstrom, K, 22.ed, Mc Graw Hill

WHO (2002): Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.

([http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf), Abruf: 19.9.2007)

WHO (2003): What is antenatal (or perinatal) care? What are its boundaries? What is the efficacy / effectiveness of antenatal care?

(<http://www.euro.who.int/document/e82996.pdf>, Abruf: 19.9.2007)