



## Editorial

Medizin-technische Entwicklungen haben die Gesundheitsversorgung in Deutschland vorangebracht. Auch die Schwangerenvorsorge konnte von dieser Entwicklung profitieren, sodass die Geburt für Mutter und Kind sicherer geworden ist. Schwangerschaft ist keine Krankheit. Doch sobald eine schwangere Frau die Schwelle einer gynäkologischen Praxis übertritt, wird sie zur Patientin. So enthalten die Mutterschafts-Richtlinien (MSR) schon bei gesunden Schwangeren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen über 100 Tests. Hinzu kommen weitere Untersuchungsangebote, die die Schwangeren selbst bezahlen müssen. In keinem anderen Land Europas werden so viele Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft durchgeführt wie in Deutschland.

Fakt ist: Fast alle werdenden Mütter nehmen Vorsorgemaßnahmen wahr, die über die in den MSR empfohlenen Untersuchungen hinausgehen. Gilt aber tatsächlich: „Je mehr, desto besser“? Und: Wie viel Medizin ist notwendig und sinnvoll? Inwieweit sollte auch alles technisch Machbare, gerade in existenziellen Situationen wie der Schwangerschaft, durchgeführt werden? Wie viel wird hierbei von den Eltern eingefordert, wie viel Nachgeben ist beim medizinischen Personal zu beobachten und welche Rolle spielen die Leistungsträger?

Die Diskussion um Schwangerenvorsorge, Geburt und Wochenbett ist in den vergangenen Jahren hierzulande in Wissenschaft, Politik und bei Verbänden lebhafter geworden. Konsens dürfte unter allen Beteiligten bestehen: Um Geschäfte mit der Unsicherheit von Schwangeren zu verhindern, bedarf es einer eingehenden Information und Beratung über den Nutzen und die Risiken von Untersuchungen sowie einer gezielten Betreuung und Unterstützung werdender Mütter und Väter.

## Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit?

*Rainhild Schäfers, Petra Kolip\**

### Rahmenbedingungen zur Schwangerschaftsvorsorge und Mutterschafts-Richtlinien

Mit der Erstellung der ersten Version der Mutterschafts-Richtlinien und der damit verbundenen Überführung der Schwangerenvorsorge in die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenkassen in den 1960er-Jahren wurde Ärztinnen die Schwangerenvorsorge als Aufgabe im Rahmen der Gesundheits-sicherung übertragen. Während noch in den 1980er-Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen finanzielle Anreize für Frauen geschaffen wurden, damit sie regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft als vornehmlich sekundäre Präventionsmaßnahme wahrnehmen, empfinden die Frauen von heute dies als selbstverständliche Gesundheitsdienstleistung und fühlen sich häufig sogar verpflichtet, diese zu nutzen. Anreize jedweder Art bedarf es hier nicht mehr – im Gegenteil: Frauen nehmen immer früher und öfter Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft wahr.

Heutzutage kann nur noch in wenigen Fällen von einer Betreuung während der Schwangerschaft gemäß den Mutterschafts-Richtlinien ausgegangen werden, die von der Ärztekammer und den Krankenkassen verbindlich die ärztliche Vorgehensweise zur Betreuung der Schwangerschaft festlegen. Eher lässt sich eine Versorgung über das festgelegte Maß hinaus feststellen. So gibt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2013) an, dass bei über 90 Prozent der Schwangeren vorgeburtlich routinemäßig eine kardiotokeografische Untersuchung durchgeführt wird, obwohl diese nur bei speziellen Indikationen empfohlen wird.

Der Bundesauswertung der Perinataldaten aus dem Jahr 2013 ist darüber hinaus zu entnehmen, dass bei über der Hälfte aller Schwangeren drei bis fünf und bei einem Viertel mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden (AQUA 2014). Laut Mutterschafts-Richtlinien vorgesehen sind drei Basis-Ultraschalluntersuchungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014). Rund 43 Prozent >>>

\* Wir verwenden in diesem Newsletter keine durchgängig geschlechtergerechte Sprache. Mit Ärztinnen, Leistungsanbieterinnen etc. sind immer Frauen und Männer gemeint.

aller Schwangeren (n = 658.735) nehmen laut Eintragungen im Mutterpass zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und werden damit vom auswertenden Institut als überversorgt eingestuft (AQUA 2014).

Zunehmend werden auch individuelle Gesundheitsdienstleistungen (IGeL) genutzt, die im Mutterpass in der Regel nicht dokumentiert werden. Unter IGeL versteht man medizinische Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, die nicht zeigen können oder nicht gezeigt haben, dass sie, wie es das Gesetz fordert, „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (IGeL-Monitor 2012).

Diese Leistungen gehören deshalb nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, müssen von Versicherten in der Regel selbst bezahlt werden und stellen auf dem Gesundheitssektor einen zunehmenden Wirtschaftsfaktor dar. Laut IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bekommen Frauen in der gynäkologischen Versorgung besonders häufig IGeL angeboten (MDS 2015).

Unabhängig davon, inwieweit das Inanspruchnahmeverhalten durch verbindliche Vereinbarungen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern geregelt wird, werden immer wieder auch soziodemografische und sozioökonomische Faktoren als Einflussgrößen für eine Inanspruchnahme über das empfohlene Maß hinaus diskutiert. Für den Bereich der Geburtsbetreuung existieren international bereits eine Reihe von Studien zum Zusammenhang zwischen mütterlichem Alter, Anzahl der bereits geborenen Kinder, Einkommen, Versichertenstatus sowie Bildung und dem Einsatz von geburtshilflichen Interventionen wie dem Kaiserschnitt oder der geburtshilflichen Periduralanästhesie (Schäfers 2011). In der Mutterschaftsvorsorge scheint die Frage nach den sozio-

demografischen und sozioökonomischen Faktoren als Einflussgrößen für ein Inanspruchnahmeverhalten international wie national bislang nicht Gegenstand der Forschung zu sein.

Um Hinweise zur Inanspruchnahme von Leistungen während der Schwangerschaft zu erhalten, wurden für diesen Beitrag bei der BARMER GEK versicherte Frauen befragt, die in dem Jahr zuvor ein Kind geboren hatten. Im Mittelpunkt standen ausgewählte Leistungen, die aus Expertinnensicht in den vergangenen Jahren inflationär in Anspruch genommen worden sind.

**Periduralanästhesie:** Rückenmarksnahe Regionalanästhesie. Durch Einbringen eines Lokalanästhetikums in den Zwischenraum der harten Hirnhaut (Periduralraum) im Bereich des dritten/vierten Lendenwirbels wird die Region vom Bauchnabel abwärts bis etwa Mitte der Oberschenkel zur Schmerzerleichterung während der Geburt lokal betäubt.

## Versorgungsangebote in der Schwangerschaft und ihre Verankerung in den Mutterschafts-Richtlinien (MSR)

Die Inhalte der ärztlichen Schwangerenvorsorge sind durch die Mutterschafts-Richtlinien (MSR) geregelt. Neben Beratung, besonderen Blutuntersuchungen, Gewichts-, Urin- und Blutdruckkontrollen, Kontrolle der kindlichen Herztöne und des Gebärmutterwachstums werden dort drei Basis-Ultraschalluntersuchungen aufgeführt, die um die 10., 20. und 30. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden sollen. Die MSR sehen zehn bis zwölf Vorsorgeuntersuchungen während

der Schwangerschaft bis zum errechneten Geburtstermin vor, die anfangs im Abstand von vier Wochen, ab der 32. Woche im Abstand von zwei Wochen durchgeführt werden sollen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014).

Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass eine Reihe von Präventionsmaßnahmen angeboten und auch durchgeführt werden, die sich in den MSR nicht widerspiegeln. Hierzu gehören die kardiotokografische Untersuchung als Routinemaßnahme, mehr als drei Ultraschalluntersuchungen auch bei physiologisch verlaufender Schwangerschaft, 3D/4D-

**Kraniosakraltherapie:** Eine Disziplin, die sich aus der Osteopathie entwickelt hat. Bei der Kraniosakraltherapie soll durch gezielte äußerliche Handgriffe im Bereich spezifischer Bindegewebsstrukturen die Selbstheilung des Menschen auf der körperlichen, geistigen und emotionalen Ebene erreicht werden. In der individuellen Geburtsvorbereitung wird die Therapie speziell bei vorangegangenen Traumata und Ängsten eingesetzt, um eine komplikationslose Geburt zu fördern.

Ultraschalluntersuchungen, vaginaler Abstrich auf  $\beta$ -Streptokokken und spezielle Blutuntersuchungen als Maßnahmen der sekundären Prävention; außerdem die geburtsvorbereitende Akupunktur und die geburtsvorbereitende Kraniosakraltherapie als Maßnahmen der primären Prävention. Da derartige Leistungen nicht in den MSR gelistet sind, kann bei Durchführung ohne vorherige Indikation eine (Zu-)Zahlung der Schwangeren erforderlich werden.

## Kardiotokografische Untersuchung (CTG)

Laut MSR soll eine Kontrolle der kindlichen Herztöne bei jeder Schwangerenvorsorgeuntersuchung erfolgen. Welche Untersuchungsmethode hierfür anzuwenden ist, geben die MSR nicht vor. Jedoch wird dort explizit festgehalten, dass eine kardiotokografische Unter-

### **kardiotokografische Untersuchung:**

Mittels eines Ultraschallknopfs werden die kindlichen Herztöne in der Gebärmutter registriert. Ein zweiter Knopf, der mit Drucksensoren ausgestattet ist, registriert die Veränderungen der Konsistenz der Gebärmutter unmittelbar unter der mütterlichen Bauchdecke. Wehen, die durch das Zusammenziehen der Gebärmutter (Hartwerden) gekennzeichnet sind, können so erfasst werden. Die kindlichen Herztöne und die Konsistenz der Gebärmutter werden bei dieser Untersuchung üblicherweise 20 bis 30 Minuten lang aufgezeichnet und auf einem Papierstreifen grafisch dargestellt.

### **(Verdacht auf) Plazentainsuffizienz:**

Verdacht auf nachlassende Funktion des Mutterkuchens. Diese kann sich durch auffällige kindliche Herztöne, ein eingeschränktes Wachstum des Kindes oder auch eine geringer werdende Fruchtwassermenge bemerkbar machen.

**intrauteriner Fruchttod:** Versterben des Kindes in der Gebärmutter in der zweiten Schwangerschaftshälfte beziehungsweise ab 500 Gramm Körpergewicht des Kindes

suchung (CTG) nicht routinemäßig, sondern nur nach Maßgabe eines Indikationskatalogs durchgeführt werden soll. Dieser sieht ausschließlich eine

drohende Frühgeburt als Indikation für ein erstmaliges CTG in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche sowie eine zuvor gehörte Herztonveränderung und/oder den Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit für ein erstmaliges CTG ab der 28. Schwangerschaftswoche vor. Indikationen zur CTG-Wiederholung sind pathologisch veränderte kindliche Herztöne, Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit, Mehrlingschwangerschaft, intrauteriner Fruchttod bei einer früheren Schwangerschaft, Verdacht auf Übertragung, Verdacht auf Plazentainsuffizienz, uterine Blutung und medikamentöse Wehenhemmung.

## Ultraschalluntersuchungen

Ziele der drei Basis-Ultraschalluntersuchungen sind die genaue Bestimmung des Schwangerschaftsalters, die Beurteilung der somatischen Entwicklung des Feten sowie das frühzeitige Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften. Die MSR sehen vor diesen Untersuchungen die Aushändigung des Merkblatts „Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten?“ vor, herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Anlässlich des zweiten Ultraschalls in der etwa 20. Schwangerschaftswoche muss die Frau entscheiden, ob sie einen „erweiterten“ Ultraschall mit Suche nach Fehlbildungen der inneren Organe, der Wirbelsäule und der Bauchwand oder nur eine gröbere Beobachtung der kindlichen Entwicklung möchte. Die Durchführung eines dreidimensionalen oder auch vierdimensionalen Ultraschalls gehört nicht zur Mutterschaftsvorsorge.

## Vaginaler Abstrich auf $\beta$ -Streptokokken

Streptokokken der Gruppe B ( $\beta$ -Streptokokken) wurde bereits vor fast 30 Jahren unter den Erregern von bakteriellen, systemischen Infektionen bei Neugeborenen (Neugeborenenseptikämie) – einer in Abhängigkeit von Schwangerschaftsdauer, Zeitpunkt der Diagnose und Beginn der Therapie lebensgefährlichen

Erkrankung – die führende Position zugeschrieben. Das Center of Disease Control and Prevention (CDC) im U.S. Department of Health hat als Reaktion darauf 1996 erstmalig eine Richtlinie zur Prävention von  $\beta$ -Streptokokken-Infektionen bei Neugeborenen herausgegeben.

Diese Richtlinie wurde im Jahr 2010 letztmalig aktualisiert und beinhaltet die Empfehlung eines Screenings bereits während der Schwangerschaft in Form eines vaginalen Abstrichs in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche. Im Fall eines positiven Abstrichs soll die Schwangere während der Geburt antibiotisch behandelt werden, um so das Neugeborene gegen eine Infektion zu schützen (Verani, McGee und Schrag 2010). Diese Empfehlungen werden zwar von vielen Expertinnen auch hierzulande angeführt, sind jedoch bislang nicht in die MSR aufgenommen worden.

## Spezielle Blutuntersuchungen

Als Blutuntersuchungen sind in den MSR im Rahmen der Schwangerenvorsorge die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D, ein Antikörper-Suchtest (AK), eine Lues-Suchreaktion (LSR) zur Feststellung der Syphilis und zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft ein Hepatitis-B-Test sowie eine regelmäßige Bestimmung des Hämoglobins als Standard aufgeführt. Die Bestimmung eines Ringelröteln-, Cytomegalie- oder auch Toxoplasmose-Titers ist nur bei Verdachtsfällen vorgesehen. Eine Infektion in der Schwangerschaft mit einem dieser Erreger wirkt sich unter Umständen negativ auf die körperliche und kognitive Entwicklung des Kindes aus. Es ist aber derzeit nicht möglich, einer Ringelröteln- oder Cytomegalievirusinfektion mit einer Impfung vorzubeugen beziehungsweise sie intrauterin zu behandeln. Allerdings haben viele Schwangere Antikörper gegen Toxoplasmose/Cytomegalie/Ringelröteln und sind damit geschützt.

**Antikörper-Suchtest:** Bei bestimmten Blutkonstellationen ist es denkbar, dass die Mutter Antikörper gegen das Blut ihres Kindes bildet, was dazu führt, dass die Antikörper das kindliche Blut zersetzen. Da die Blutgruppe des Kindes, solange es sich in der Gebärmutter befindet, unbekannt ist, wird eine mögliche Antikörperbildung im mütterlichen Blut kontrolliert.

**Cytomegalie:** Infektion mit dem humanen Herpesvirus 5, auch Cytomegalievirus (CMV) genannt. Es handelt sich um eine weitverbreitete Infektion, die größtenteils im Kleinkindalter erstmalig auftritt. Die Erkrankung erfolgt meist symptomlos. Sollte sich die Schwangere mit dem Virus infizieren und die Infektion auf das Kind in der Gebärmutter übergehen (dies tritt bei weniger als der Hälfte der Infektionen in der Schwangerschaft auf), kann das Kind schwerste körperliche und geistige Schäden davontragen. Auch der Tod des Kindes während der Schwangerschaft oder in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt ist denkbar.

**Lues-Suchreaktion:** Test auf eine Geschlechtskrankheit (Syphilis) im mütterlichen Blut

**Ringelröteln:** Infektion mit dem Parvovirus B19. Eine Erkrankung erfolgt vornehmlich in der Kindheit (4 bis 10 Jahre) und hat eine lebenslange Immunität zur Folge. Man geht davon aus, dass 60 bis 70 Prozent der Erwachsenen eine Parvovirus B19-Infektion durchgemacht haben. Eine Infektion während der Schwangerschaft kann eine Zersetzung des kindlichen Blutes bis hin zum Tod des Kindes in der Gebärmutter zur Folge haben.

**Toxoplasmose:** bakterielle Erkrankung mit dem Parasiten *Toxoplasma gondii*, der vornehmlich Katzen befällt und durch Katzenkot auf den Menschen übertragen wird. Die Erkrankung geht meist mit leichten, grippeähnlichen Symptomen einher, kann aber auch unbemerkt erfolgen. Nach durchgemachter Erkrankung wird von einer lebenslangen Immunität ausgegangen. Sekundärinfektionen sind jedoch möglich. Eine Infektion im ersten Drittel der Schwangerschaft geht selten auf das Kind über, kann aber dann den Verlust des Kindes zur Folge haben. Bei einer Infektion im weiteren Verlauf der Schwangerschaft erhöht sich das Infektionsrisiko für das Kind, was mit späteren geistigen Beeinträchtigungen und Organschäden verbunden sein kann.

Zur Prophylaxe einer Toxoplasmose-Infektion gelten mit Blick auf den Übertragungsweg (siehe Kasten) besondere Verhaltensregeln. Im Fall einer Erstinfektion in der Schwangerschaft muss die Übertragung des Virus beziehungsweise des Bakteriums auf den Feten nicht zwingend erfolgen, doch ist die besondere Überwachung der Schwangerschaft angezeigt, um eine eventuelle Gefährdung des Ungeborenen festzustellen. Die geringen beziehungsweise auch einfachen Prophylaxemaßnahmen sowie die eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten gehören zu den Gründen, warum ein Routinescreening auf die genannten Infektionen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nicht vorgesehen ist. Allerdings kann es für Schwangere sinnvoll sein, ihren Immunstatus zu kennen, um sich entsprechend zu verhalten.

## Akupunktur und Kraniosakrale Therapie als geburtsvorbereitende Maßnahmen

Die zuvor beschriebenen Maßnahmen können als reine Screeningverfahren der sekundären Prävention (Krankheitsfrüherkennung) im Rahmen von Vorsorgeprogrammen zugeordnet werden. Jedoch auch im Bereich der primären Prävention finden sich eine Reihe von Maßnahmen, die zur Vermeidung von möglichen Komplikationen eingesetzt werden und nicht alle Gegenstand der MSR oder Gebührenkataloge in Bezug auf die Routineversorgung in der Schwangerschaft sind. Allen voran seien hier die Akupunktur und Kraniosakrale Therapie als geburtsvorbereitende Maßnahmen genannt. Diese werden vorrangig von Hebammen in der Schwangerschaft empfohlen beziehungsweise prophylaktisch eingesetzt, um neuromuskuläre Blockaden während der Geburt zu vermeiden. Die geburtsvorbereitende Akupunktur und die Kraniosakrale Therapie dienen nicht der Identifizierung eines Risikos und sind deshalb nicht in den MSR aufgeführt.

## Information und Beratung von Schwangeren

Es liegen nur wenige Daten darüber vor, inwieweit Schwangere über die von ihnen gewählten Untersuchungsmethoden sowie den damit verbundenen Nutzen und die Grenzen der jeweiligen Methode aufgeklärt und beraten werden. Die Ergebnisse einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2006 lassen vermuten, dass viele Frauen nicht vollständig über die Inhalte der Schwangerenvorsorge gemäß MSR aufgeklärt werden. Rund 37 Prozent der Frauen, die nach eigenen Angaben pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch genommen haben (n = 380), nannten als Grund, dass dies zur allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge dazugehöre (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006).

Auch Siegmund-Schultze et al. (2008) diskutieren die Ergebnisse ihrer Befragung von 3.750 Frauen zur Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen während der Schwangerschaft vor dem Hintergrund, dass Frauen die Grenze zwischen routinemäßigen und außerhalb der Routine liegenden Maßnahmen nicht immer bewusst ist. Erfahrungen aus der Praxis zeigen schließlich: Längst nicht alle Fragen von Schwangeren zu geplanten Untersuchungen wurden vor Durchführung dieser Untersuchung beantwortet – somit kann nicht zwingend von einer freien Wahl einer Präventionsmaßnahme im Sinne des Patientenrechts gesprochen werden.

## Methodisches Vorgehen

Frauen, die zwischen November 2013 und Oktober 2014 ein Kind geboren haben, wurden im November 2014 postalisch zu der Schwangerschaft befragt. Es handelt sich dabei um eine Zufallsstichprobe aller bei der BARMER GEK versicherten Frauen, die in diesem Zeitraum ein Kind bekommen haben. Die Teilnehmerinnen wurden aufgefordert, Fragen zu dem Angebot und der Durchführung der oben beschriebenen Maßnahmen, der Motivation zur Durchführung und der Aufklärung über die genannten Maßnahmen zu beantworten. Um die Notwendigkeit einzelner Maßnahmen besser nachvollziehen zu können, wurden außerdem schwangerschaftsbezogene medizinische Befunde abgefragt.

## Ergebnisse

Von 3.954 verschickten Fragebögen wurden 1.293 zurückgesandt und konnten in der Datenauswertung berücksichtigt werden (Rücklaufquote rund 33 %).

### Die Stichprobe

Die Stichprobe ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung durch einen hohen Bildungsstand und einen geringen Anteil an Ausländerinnen gekennzeichnet (Tabelle 1). Das erste Kind bekamen rund 57 Prozent,

### Zusammensetzung der Stichprobe

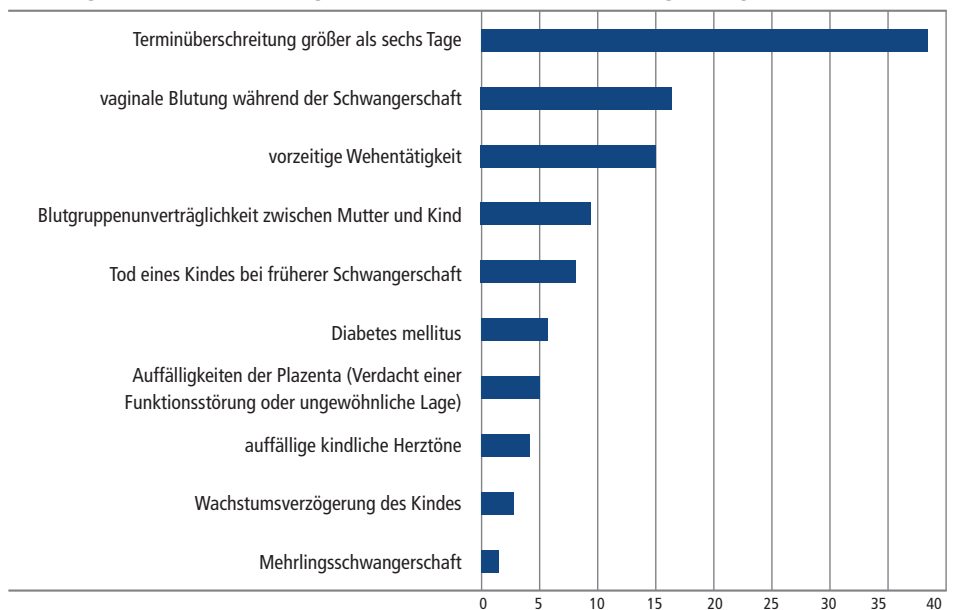
Alter	17 bis 47 Jahre, Mittel 30,6 Jahre; 15 Prozent über 35 Jahre
Erstgeburt ja/nein	729 Erstgebärende, 547 Mehrgebärende, 17 Frauen machten keine eindeutigen Angaben
Familienstand	85 Frauen alleinstehend, 1.208 Frauen in Partnerschaft
höchster Schulabschluss	735 Frauen mit Fachhochschulreife oder Abitur 461 Frauen mit mittlerer Reife 67 Frauen mit Hauptschulabschluss 6 Frauen haben Schule ohne Abschluss beendet 24 Frauen machten keine eindeutigen Angaben
Geburtsland Deutschland	1.146 Frauen

Quelle: Gesundheitsmonitor 2015; n = 1.293

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

### Schwangerschaftsbefunde (Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2015, n = 1.293

Abbildung 1

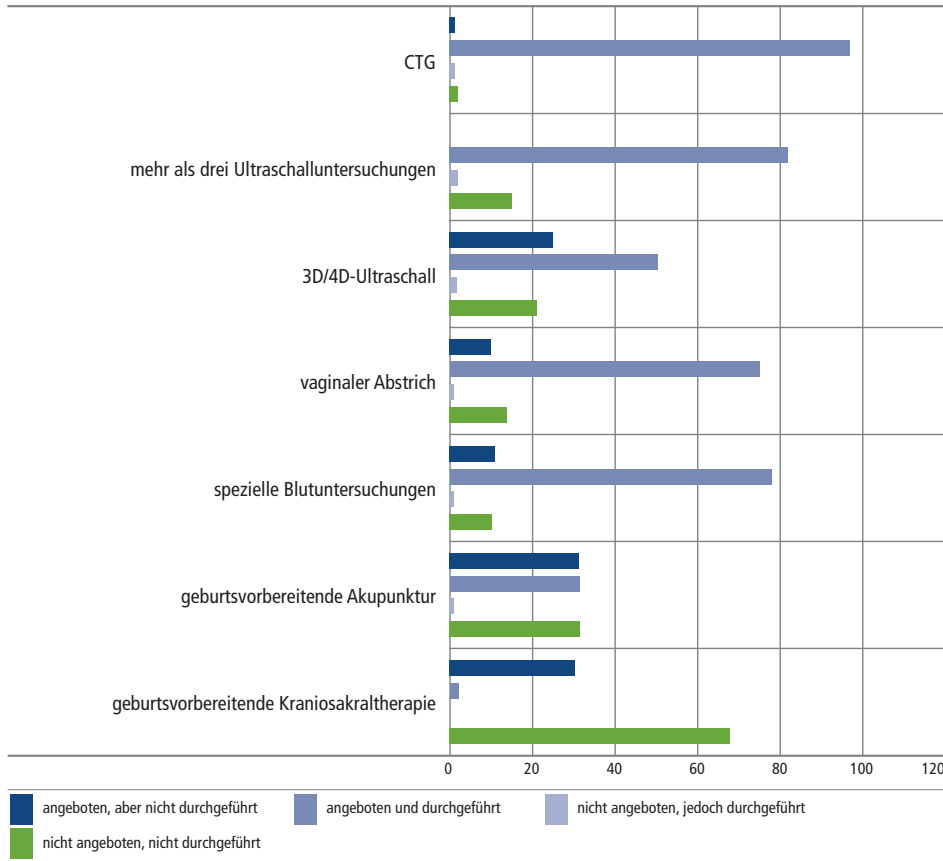
gesundheitsmonitor

wobei nicht ersichtlich ist, ob es sich bei der berichteten Schwangerschaft auch um die erste Schwangerschaft handelte. 82 Prozent der Frauen haben Angaben zum Nettoeinkommen in der Familie (Angabe von Einkommensklasse) und zur Anzahl der im Haushalt lebenden Personen gemacht, sodass grob aus den Klassen-

mitten ein durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen (Haushaltsnettoeinkommen pro Person) berechnet werden konnte. Dieses betrug 844,59 Euro.

Bei insgesamt 71 Prozent lagen ein die Schwangerschaft belastender Befund oder mehrere belastende Befunde vor. Die Art

Angebot und Durchführung von Präventionsmaßnahmen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2015, n = 1.293

Abbildung 2

gesundheitsmonitor

der Befunde und ihre jeweiligen Anteile sind Abbildung 1 zu entnehmen. Der Anteil Frauen mit einem belastenden Befund unterscheidet sich nur leicht von dem Anteil Frauen, die in der bundesweiten Perinatalerhebung einen Befund des sehr dezidierten Katalogs (auch mit Listung von Befunden ohne Risikopotenzial für die Schwangerschaft) aus dem Mutterpass aufweisen. Für das Jahr 2013 lag dieser Anteil bei 76 Prozent (AQUA 2014).

Angebot und Durchführung von Präventionsmaßnahmen

Nahezu alle Frauen (99 Prozent) haben Präventionsmaßnahmen außerhalb der MSR in Anspruch genommen. Nicht immer wurde ihnen zuvor diese Maß-

nahme auch angeboten (Abbildung 2). Die Tatsache, dass eine Maßnahme auch ohne vorheriges Angebot durchgeführt wurde, lässt darauf schließen, dass die Frauen diese Maßnahme eingefordert haben. Dieser Anteil scheint zunächst gering, jedoch muss beachtet werden, dass die Fragen mit Blick auf die Untersuchungen während der gesamten Schwangerschaft und nicht explizit für eine einzelne Untersuchung beantwortet wurden. Aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis kann davon ausgegangen werden, dass Frauen – parallel zum Angebot entsprechend der MSR – Ultraschalluntersuchungen auf eigenen Wunsch durchführen ließen. Mit Blick auf die Befragung bleibt aber unklar, welche der in Abbildung 2 dargestellten Antwort-

kategorien diese Frauen gewählt haben. Von den 1.263 Frauen, die ein CTG in Anspruch genommen haben, machten 1.048 Angaben zur Häufigkeit der Anwendung. Im Minimum wurden ein, im Maximum 40 CTGs abgeleitet. Im Mittel erhielten die Frauen 6,6 CTG-Kontrollen während der Schwangerschaft. In der Summe sind 7.008 CTG-Registrierungen in der Stichprobe zu verzeichnen. 1.701 CTG-Registrierungen erfolgten bei Frauen, die keinen der in Abbildung 1 gelisteten Befunde aufwiesen. Im Durchschnitt erhielten diese Frauen 4,6 CTG-Kontrollen während der Schwangerschaft. Die Ergebnisse stehen in starkem Gegensatz zu national wie international geltenden Richt- und Leitlinien. Das Anlegen eines CTG wird dort als Routinemaßnahme explizit ausgeschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014) und es wird auf die geringe Spezifität sowie die daraus resultierenden unberechtigten Interventionen hingewiesen (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2013; NICE 2008).

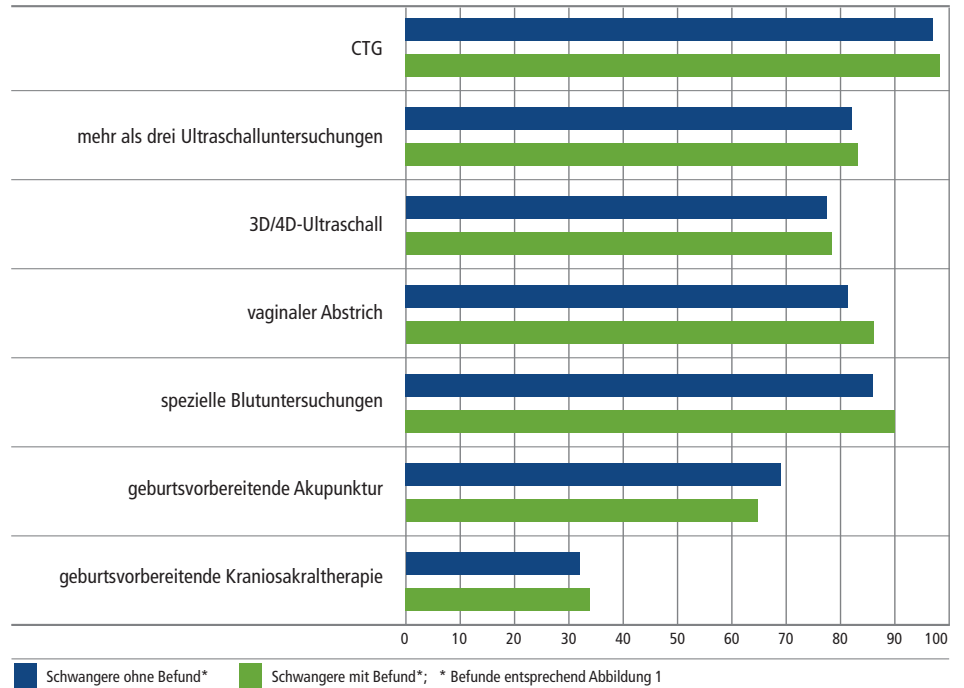
84 Prozent der Frauen (n = 901), die Angaben zur Anzahl der Ultraschalluntersuchungen machten, haben vier und mehr Untersuchungen erhalten, wobei das Minimum bei vier und das Maximum bei 29 lag. Im Mittel haben diese Frauen 7,6 Untersuchungen erhalten. 8.132 Untersuchungen wurden insgesamt durchgeführt, 2.004 erfolgten in der Gruppe der Frauen, die mehr als drei Ultraschalls angaben und keinen der in Abbildung 1 gelisteten Befunde aufwiesen. Diese Frauen erhielten im Mittel 5,8 Ultraschalluntersuchungen. Knapp die Hälfte (49 Prozent) der Frauen mit unbelasteter Schwangerschaft hatte mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen. Im Vergleich dazu wird für die nationale Stichprobe ein Anteil von 22 Prozent der Frauen mit risikofreier Schwangerschaft angegeben, die mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen aufweisen (AQUA 2014).

Der Unterschied scheint erklärbar durch die Tatsache, dass in der vorliegenden Untersuchung die Frauen direkt befragt wurden, in der bundesweiten Erhebung die Daten hingegen dem Mutterpass entnommen werden. Petersen und Jahn (2008) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass nicht alle Untersuchungen auch in den Mutterpass eingetragen werden.

Ein Anteil von 89 Prozent (n = 623) der Frauen, die Ultraschalluntersuchungen als 3D/4D-Ultraschall haben durchführen lassen, machten Angaben zur Anzahl der Untersuchungen. 44 Prozent (n = 275) dieser Frauen haben mehr als einen 3D/4D-Ultraschall erhalten. Im Mittel wurden in dieser Gruppe 3,8 Untersuchungen durchgeführt mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 17 Untersuchungen. In der Gruppe Frauen ohne belastenden Schwangerschaftsbefund wurden mit einem Mittelwert von 3,7, einem Minimum von zwei und einem Maximum von elf Untersuchungen im Vergleich zur Gesamtgruppe ähnliche Werte ermittelt. Der Einsatz des Ultraschalls wird oft auch unter bindungspsychologischen Aspekten für sinnvoll erachtet.

Aus Forschungsperspektive lässt sich der Ultraschall als fördernder Aspekt der Mutter-Kind-Bindung über den gesamten Schwangerschaftsverlauf kaum identifizieren, da die Stärke der Bindung in der Regel im Verlauf der Schwangerschaft sukzessive zunimmt, wobei der Grad multifaktoriellen Einflussgrößen unterliegt (Barone, Lionetti und Dellagiulia 2014). Generell wird heute eine sich etablierende und im Normalfall sukzessive festigende pränatale Mutter-Kind-Bindung ab der 20. Schwangerschaftswoche ohne besondere Betonung präpartaler Ultraschalluntersuchungen angenommen (Moré 2006). Die Annahme einer stärkenden Bindung durch Ultraschalluntersuchungen wird besonders in Bezug auf den 3D/4D-Ultraschall durch die scheinbare

### Angebot von Präventionsmaßnahmen im Vergleich (Angaben in Prozent)

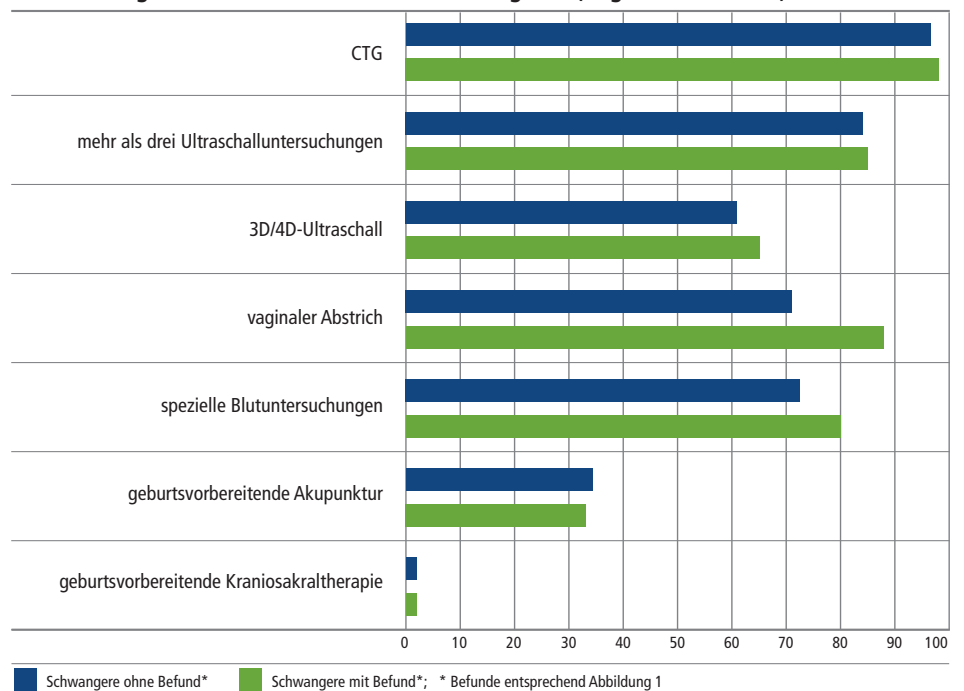


Quelle: Gesundheitsmonitor 2015; n = 1.293

Abbildung 3

gesundheitsmonitor

### Durchführung von Präventionsmaßnahmen im Vergleich (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2015; n = 1.293

Abbildung 4

gesundheitsmonitor

realitätsnahe Abbildung des Kindes diskutiert. Studien konnten diese Annahme im Vergleich zum zweidimensionalen Ultraschall jedoch nicht bestätigen (de Jong-Pleij et al. 2013; Ji et al. 2005).

Vergleicht man nun die Gruppe der Frauen, die einen Schwangerschaftsbefund entsprechend Abbildung 1 angeben haben, mit der Gruppe der Frauen, die keine Auffälligkeiten dokumentiert haben, so ergeben sich für den überwiegenden Teil der Präventionsmaßnahmen hinsichtlich des Angebots zur Durchführung keine signifikanten Unterschiede. Ausnahme bildet hier der vaginale Abstrich auf  $\beta$ -Streptokokken (statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ). Insgesamt beeindruckt der hohe Anteil von Frauen, die das Angebot eines CTG oder auch von mehr als drei Ultraschalluntersuchungen erhalten haben, ohne dass ein Befund vorlag (Abbildung 3). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Angabe des Befundes auf der subjektiven Einschätzung der Frau beruht und keine objektive ärztliche Diagnose bedeutet.

Hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen lassen sich signifikante Unterschiede in der Anwendung des CTG, der Durchführung eines vaginalen Abstrichs sowie spezieller Blutuntersuchungen zwischen den Gruppen Schwangerer mit und ohne Befund erkennen. In der Gruppe Schwangerer mit Befund hat ein signifikant höherer Anteil Frauen (statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ) diese Maßnahmen durchführen lassen (Abbildung 4).

Gleichwohl beeindruckt auch hier der insgesamt hohe Anteil Schwangerer, bei denen ein CTG oder auch mehr als drei Ultraschalluntersuchungen ohne Vorliegen eines in Abbildung 1 dokumentierten Befundes durchgeführt wurden. Nicht immer kann davon ausgegangen werden, dass dieses Mehr an Leistungen sich positiv auf den weiteren Verlauf der Schwangerschaft auswirkt, denn

**Gründe für die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)**

Maßnahme	gehört zur Routine der Schwangerenvorsorge	Rat/Anordnung meiner Ärztin/meines Arztes	Rat/Anordnung meiner Hebamme	eigener Wunsch
CTG (n = 1.263)	94,9	21,4	5,1	8,1
mehr als drei Ultraschalluntersuchungen (n = 1.096)	33,5	45,9	1,2	38,7
3D/4D-Ultraschall (n = 701)	11,6	19,4	0,4	33,6
vaginaler Abstrich $\beta$ -Streptokokken (n = 986)	33,3	42,7	5,3	16,5
spezielle Blutuntersuchungen (n = 1.013)	34,3	41,1	2,7	24,4
geburtsvorbereitende Akupunktur (n = 427)	1,2	1,8	20,7	22,0
geburtsvorbereitende Kraniosakraltherapie (n = 27)	0,4	0,2	1,1	1,3

Quelle: Gesundheitsmonitor 2015

Tabelle 2

**Gründe für die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen bei unbelasteter Schwangerschaft (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)**

Maßnahme	gehört zur Routine der Schwangerenvorsorge	Rat/Anordnung meiner Ärztin/meines Arztes	Rat/Anordnung meiner Hebamme	eigener Wunsch
CTG (n = 356)	94,1	14,6	3,5	7,0
mehr als drei Ultraschalluntersuchungen (n = 352)	32,2	36,5	0,5	35,7
3D/4D-Ultraschall (n = 190)	12,2	17,0	0,0	32,4
vaginaler Abstrich $\beta$ -Streptokokken (n = 262)	34,1	40,5	5,4	12,4
spezielle Blutuntersuchungen (n = 271)	31,4	41,9	3,2	22,2
geburtsvorbereitende Akupunktur (n = 125)	1,1	1,9	18,9	24,6
geburtsvorbereitende Kraniosakraltherapie (n = 7)	0,3	0,3	0,8	0,0

Quelle: Gesundheitsmonitor 2015

Tabelle 3

weiterführende Untersuchungen können die Frauen emotional sehr belasten (Petersen und Jahn 2008) und führen zu einem defizitären, gleichsam patholo-

gischen Blick auf die Schwangerschaft. Diskutiert wird zudem das Ausmaß, in dem diese Form der Pathologisierung einer Schwangerschaft an den steigenden



Interventionsraten speziell der Kaiserschnitttraten beteiligt ist.

Die Ergebnisse für den vaginalen Abstrich auf  $\beta$ -Streptokokken wie auch zu den speziellen Blutuntersuchungen spiegeln möglicherweise die Verunsicherung wider, die aus einer Diskrepanz zwischen den Ausführungen der MSR und (inter-)nationaler Leitlinien oder auch wissenschaftlichen Veröffentlichungen entsteht. Die eingangs beschriebene Empfehlung des CDC zum Screening auf -Streptokokken wird von vielen Expertinnen als sinnvoll erachtet. Im Zuge dessen hat die Durchführung eines Abstrichs heutzutage auch unmittelbare Konsequenzen auf die Betreuung während der Geburt. So führen manche Einrichtungen keine Wassergeburt bei fehlendem Abstrichergebnis durch, und auch manche Betreiberinnen von Geburtshäusern haben das Vorliegen eines Testergebnisses aus dem  $\beta$ -Streptokokkenabstrich als Bedingung für eine Geburt in ihrer Einrichtung formuliert.

Unsicherheit scheint auch in Bezug auf das Screening auf Ringelröteln-, Cytomegalie- und Toxoplasmose-Infektionen zu bestehen. Unter Leistungserbringern wird das Screening als Routinemaßnahme immer wieder vor dem Hintergrund eines suboptimalen Kosten-Nutzen-Verhältnisses diskutiert. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen lehnt beispielsweise ein Routine-Screening auf Toxoplasmose vor dem Hintergrund unzuverlässiger Tests und geringer Fallzahlen ab (IGeL-Monitor 2012). Die routinemäßige Erfassung des Immunstatus innerhalb der Mutterschaftsvorsorge wird auch unter Expertinnen breit diskutiert mit daraus resultierenden unterschiedlichen Empfehlungen.

### Gründe für die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen

98 Prozent (n = 1.263) der Frauen gaben an, während der Schwangerschaft ein CTG in Anspruch genommen zu haben.

Rund 95 Prozent (n = 1.201) dieser Frauen nahmen an, dass dies als Routinemaßnahme zur Schwangerenvorsorge dazugehöre. Rund 46 Prozent der Frauen, die mehr als drei Ultraschalluntersuchungen wahrgenommen haben (n = 1.096), taten dies auf Rat oder Anordnung ihrer Ärztin (Tabelle 2). Unter den Frauen, die mehr als drei Ultraschalluntersuchungen in Anspruch genommen haben, wiesen 72 Prozent (n = 784) einen oder mehrere Befunde entsprechend Abbildung 1 auf. Gerade einmal die Hälfte dieser Frauen (n = 376) gab an, dies auf Rat oder Anordnung ihrer Ärztin getan zu haben.

Der eigene Wunsch wurde von den Frauen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Ultraschalluntersuchungen auffallend oft angegeben. Die Gründe hierfür können vermutet werden in dem Wunsch, sich vom Wohlergehen des Kindes zu überzeugen und eine Beziehung zu ihm aufzubauen. Dabei muss diskutiert werden, inwiefern diesem Wunsch nicht auch mit dem Abtasten des Bauches zur Überprüfung des regelrechten Verlaufs der Schwangerschaft anstelle vermehrter Ultraschalluntersuchungen begegnet werden kann. Im Gegensatz zum Ultraschall erlaubt diese Methode, deren Sensitivität und Spezifität von der Erfahrung der Ärztin oder der Hebamme abhängt, die Schwangere selbst im Abtasten des Bauches zu schulen und ihr damit die Beziehungsaufnahme zu ihrem Kind zu jeder Tageszeit zu ermöglichen.

Tabelle 3 stellt die Gründe in der Gruppe Frauen dar, deren Schwangerschaft nicht durch einen oder mehrere der in Abbildung 1 gelisteten Befunde belastet war. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe zeigt sich ein sehr ähnliches Antwortverhalten in der Benennung der Gründe für die Inanspruchnahme.

Für die Akupunktur fehlt bislang generell die Evidenz, dass sie sich nicht negativ auf das Ungeborene auswirkt (NICE

2014). Auch für den positiven Effekt auf die Geburt gibt es wenig Belege. Dennoch hat ein Drittel der Befragten eine Akupunktur genutzt. Während Hebammen offensichtlich zu Screeningmaßnahmen eher zurückhaltend raten, scheinen sie eine geburtsvorbereitende Akupunktur offensiver zu befürworten.

### Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen in Abhängigkeit von sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren

Im Mutterpass wird das mütterliche Alter über 35 Jahre als eventuell belastender Befund während der Schwangerschaft aufgeführt. Das Erreichen des 35. Lebensjahres wird deshalb möglicherweise als Anlass genommen, zusätzliche sekundäre Präventionsmaßnahmen (CTG, Ultraschall, Abstriche, Blutentnahmen) durchzuführen. Es konnte jedoch bei keiner dieser Screeningmaßnahmen ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Alter über 35 Jahre und der Durchführung festgestellt werden. Bei den primären Präventionsmaßnahmen (geburtsvorbereitenden Maßnahmen) zeigt sich für die Akupunktur ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang – hier jedoch in der Form,

Das **Odds-Ratio** gibt für jede berücksichtigte Einflussvariable an, um welchen Betrag sich die Chance für das Auftreten eines bestimmten untersuchten Merkmals ändert, wenn sich die Einflussvariable um einen Betrag von 1 erhöht (bei Skalen) beziehungsweise wenn die Einflussvariable mit der Referenzgruppe verglichen wird (bei ordinalen Merkmalen). Bei einem Odds-Ratio von über 1 steigt die Chance, bei einem Odds-Ratio von unter 1 sinkt sie, und bei einem Odds-Ratio von genau 1 ist das Verhältnis ausgeglichen – es gibt keinen Unterschied.

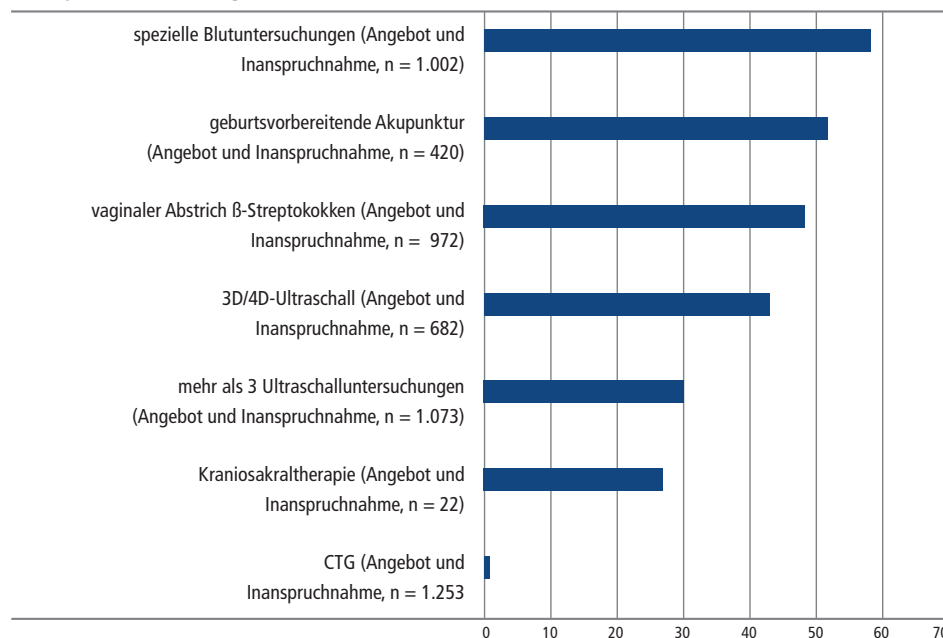
dass ein größerer Anteil der Frauen in der Gruppe bis 35 Jahre gegenüber der Gruppe Frauen über 35 Jahre geburtsvorbereitende Akupunktur in Anspruch genommen hat (Odds-Ratio 1,10, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ).

525 Frauen gaben an, ein Nettoäquivalenzeinkommen über dem Mittelwert der Stichprobe (844,59 Euro) zur Verfügung zu haben, und 531 Frauen gaben ein Nettoäquivalenzeinkommen bis zu diesem Betrag an. Das Nettoäquivalenzeinkommen hat keinen Einfluss auf die Durchführung der beschriebenen Screeningmaßnahmen. Jedoch findet sich ein Zusammenhang zur geburtsvorbereitenden Akupunktur, wobei ein größerer Anteil Frauen mit einem höheren Nettoäquivalenzeinkommen gegenüber den Frauen mit einem niedrigeren Nettoäquivalenzeinkommen die geburtsvorbereitende Akupunktur genutzt hat (Odds-Ratio 1,39, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,001$ ).

In multivariaten Analysen wurden die Variablen mütterliches Alter, Anzahl bisheriger Geburten, Bildungsabschluss und Nettoäquivalenzeinkommen in einem Rechenmodell zusammengefasst und deren Einfluss auf die Inanspruchnahme überprüft. Auch hier zeigt sich, dass ein höheres Nettoäquivalenzeinkommen die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme der geburtsvorbereitenden Akupunktur, adjustiert nach Alter, Anzahl bisheriger Geburten und Bildungsabschluss, erhöht (Odds-Ratio 1,46, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,01$ ).

Hinsichtlich des Bildungsabschlusses kann in der univariaten Analyse kein Zusammenhang zwischen dem Anteil Frauen mit oder ohne Hochschulreife und der Inanspruchnahme von Screeningverfahren oder geburtsvorbereitenden Maßnahmen beobachtet werden. In den multivariaten Zusammenhangsanalysen zeigt sich für die Inanspruchnahme

**Anteilige oder vollständige Bezahlung in Abhängigkeit von Angebot und tatsächlicher Inanspruchnahme (Angaben in Prozent)**



Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2015, n = 22 bis 1.253

Abbildung 5

eines 3D/4D-Ultraschalls eine vorhandene Hochschulreife als unabhängige Einflussgröße, allerdings in der Form, dass sie die Chance für die Durchführung eines 3D/4D-Ultraschalls reduziert (Odds-Ratio 0,76, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ).

Die Tatsache, ob eine Frau schon einmal ein Kind geboren hat, spiegelt sich im Inanspruchnahmeverhalten bezüglich des 3D/4D-Ultraschalls, spezieller Blutuntersuchungen und geburtsvorbereitender Akupunktur signifikant wider. In der Gruppe der Erstgebärenden ist gegenüber der Gruppe der Mehrgebärenden eine signifikant stärkere Inanspruchnahme von 3D/4D-Ultraschalluntersuchungen (Odds-Ratio 1,11, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,05$ ), spezieller Blutuntersuchungen (Odds-Ratio 1,11, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,001$ ) und geburtsvorbereitender Akupunktur (Odds-Ratio 1,38, statistisches Signifikanzniveau

$\leq 0,001$ ) zu verzeichnen. Der signifikante Zusammenhang konnte in den multivariaten Analysen jedoch nur für die speziellen Blutuntersuchungen bestätigt werden (Odds-Ratio 1,46, statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,03$ ).

Für die Inanspruchnahme eines CTG, mehr als drei Ultraschalluntersuchungen, eines vaginalen Abstrichs auf  $\beta$ -Streptokokken und der geburtsvorbereitenden Kraniosakraltherapie konnten keine soziodemografischen oder sozioökonomischen Einflussgrößen ermittelt werden.

**Zahlungsbereitschaft**

Von den 1.293 befragten Frauen haben 1.035 während ihrer Schwangerschaft für eine oder mehrere der hier genannten Präventionsmaßnahmen (Zu-)Zahlungen geleistet. Die Höhe der finanziellen Beteiligungen wurde nicht erfragt. Abbildung 5 stellt den Anteil Frauen pro

Präventionsmaßnahme dar, die diese anteilig oder vollständig bezahlt haben. Hierbei wird nur die Inanspruchnahme nach erfolgtem Angebot berücksichtigt. Spitzenreiter sind die speziellen Blutuntersuchungen. 58 Prozent der Frauen, die dieses Angebot erhalten haben und die Untersuchung daraufhin durchführen ließen (n = 1.002), haben für die Blutentnahme in der Praxis und die Blutanalyse im Labor bezahlen müssen.

Insgesamt konnte nur für die speziellen Blutuntersuchungen und die geburtsvorbereitende Akupunktur ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Nettoäquivalenzeinkommen und der erfolgten anteiligen oder vollständigen Bezahlung dieser beiden Maßnahmen beobachtet werden (statistisches Signifikanzniveau  $\leq 0,01$ ), wobei eine Bezahlung beider Verfahren mit einem Nettoäquivalenzeinkommen über dem Mittelwert der Stichprobe assoziiert war. Im Umkehrschluss bedeuten die Ergebnisse zur Zahlungsbereitschaft, dass Frauen unabhängig von ihrem Nettoäquivalenzeinkommen offensichtlich bereit sind, einen vaginalen Abstrich auf  $\beta$ -Streptokokken und/oder mehr als drei Ultraschall- beziehungsweise 3D/4D-Ultraschalluntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Die Tatsache, dass rund 30 Prozent der Frauen, die nach einem Angebot mehr als drei Ultraschalluntersuchungen in Anspruch genommen haben, diese vergüten mussten, lässt vermuten, dass hierfür keine der in den MSR aufgeführten Indikationen für zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zugrunde lag. Gründe können vielmehr der Wunsch der Frau und/oder das Angebot der Frauenärztin sein.

Auch im Zusammenhang mit der geburtsvorbereitenden Akupunktur, die überwiegend von Hebammen angeboten wird, lässt sich mit über 50 Prozent ein hoher Anteil Frauen identifizieren, die diese

Behandlung teilweise oder vollständig bezahlt haben. Hebammen und Ärztinnen, die über eine spezielle Ausbildung verfügen, dürfen die Behandlung zwar durchführen, doch eine direkte Vergütung der geburtsvorbereitenden Akupunktur über die Krankenkassen ist nicht möglich. Bezogen auf die Berufsgruppe der Hebammen ist eine indirekte Vergütung innerhalb der Gebührenordnung aber denkbar. Die Gründe, weshalb Ärztinnen und Hebammen Schwangeren Leistungen anbieten, konnten in dieser Studie nicht erhoben werden. Es kann aber vermutet werden, dass hier auch wirtschaftliche Interessen eine Rolle spielen.

### Aufklärung

Die Befragten wurden aufgefordert, die subjektiv empfundene Qualität der erfolgten Aufklärung hinsichtlich der Art der Durchführung sowie der Aussagekraft und Wirkungsweise in Schulnoten zu bewerten. Die Abbildungen 6 und 7 zeigen die Bewertung der Frauen, die die jeweilige Maßnahme haben durchführen lassen und eine Bewertung vorgenommen haben.

Mit Ausnahme der Kraniosakraltherapie als geburtsvorbereitende Maßnahme zeigt sich, dass sich die Befragten über die Durchführung im Vergleich zur Aussagekraft und Wirkungsweise einer Maßnahme besser aufgeklärt fühlten. Bemerkenswert erscheint, dass insbesondere bei der Aussagekraft beziehungsweise der Wirkungsweise einer Maßnahme sich durchschnittlich nur die Hälfte der Befragten sehr gut aufgeklärt fühlte. Die Gründe hierfür können nur vermutet werden. Möglicherweise werden die Zusammenhänge nicht gut genug erläutert oder sind zu komplex, sodass die Frauen sie nicht ausreichend verstanden haben.

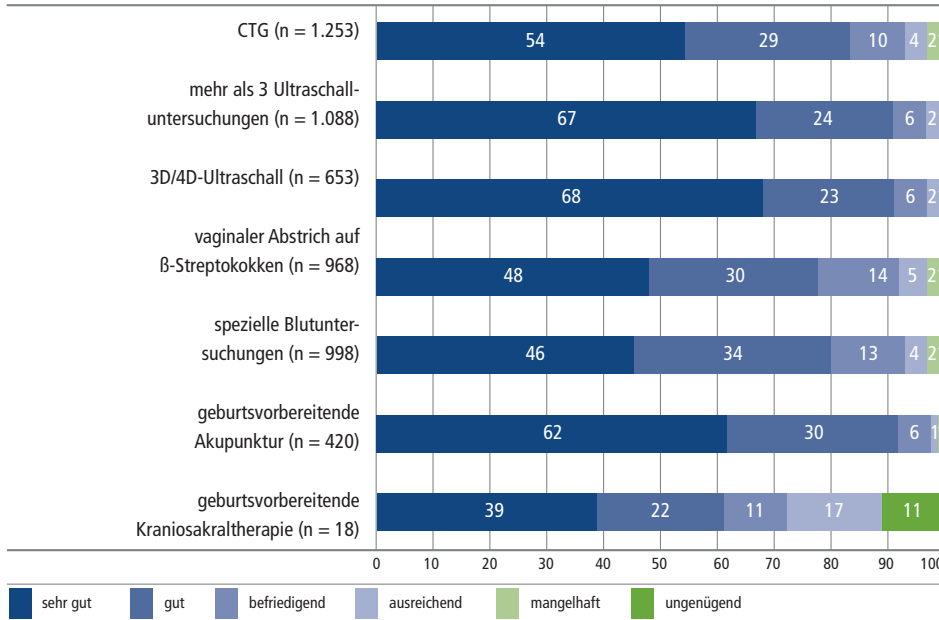
## Bewertung der Studienergebnisse und Implikationen für die Versorgung und die Gesundheitspolitik

Fast alle Befragten (rund 99 Prozent) haben Präventionsmaßnahmen in Anspruch genommen, die nach MSR im Rahmen der Schwangerenvorsorge nicht vorgesehen sind. Vier von fünf Frauen haben für die Durchführung der Maßnahmen (Zu-)Zahlungen geleistet. Die Inanspruchnahme wie auch die Zahlungsbereitschaft wurden kaum beeinflusst vom mütterlichen Alter, von der Anzahl der bisher geborenen Kinder, vom mütterlichen Bildungsstand oder auch vom pro Kopf zur Verfügung stehenden Einkommen. Während in allgemeinen Diskussionen über die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen den Komponenten Bildung und Einkommen üblicherweise eine hohe Bedeutung beigemessen wird, scheint dies in der vorliegenden Analyse außer Kraft gesetzt. Gleichzeitig bedeutet dies, dass auch die sonst übliche Argumentation, ein höherer Bildungsabschluss oder ein höheres Einkommen führe zum proaktiven Einfordern von Maßnahmen, hier nicht greift. Möglicherweise spiegelt dies den Grad der Verselbstständigung der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der MSR wider.

Ergebnisse zu den Gründen der Inanspruchnahme zeigen, dass viele Frauen sich nicht dessen bewusst sind, dass die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen nicht zwingend Bestandteil der Schwangerenvorsorge im Rahmen der MSR sind. Es scheint hier eine Aufklärung zu fehlen. Vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes ist es wünschenswert, Frauen auch über die Inhalte und Grenzen der durch die GKV finanzierten Schwangerenvorsorge umfassend zu informieren.

Die Tatsache, dass nur etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen sich sehr gut über Aussagekraft beziehungsweise Wirkungs-

**Wie gut fühlen Sie sich über die Art der Durchführung dieser Maßnahmen aufgeklärt?**  
(Angaben in Prozent)

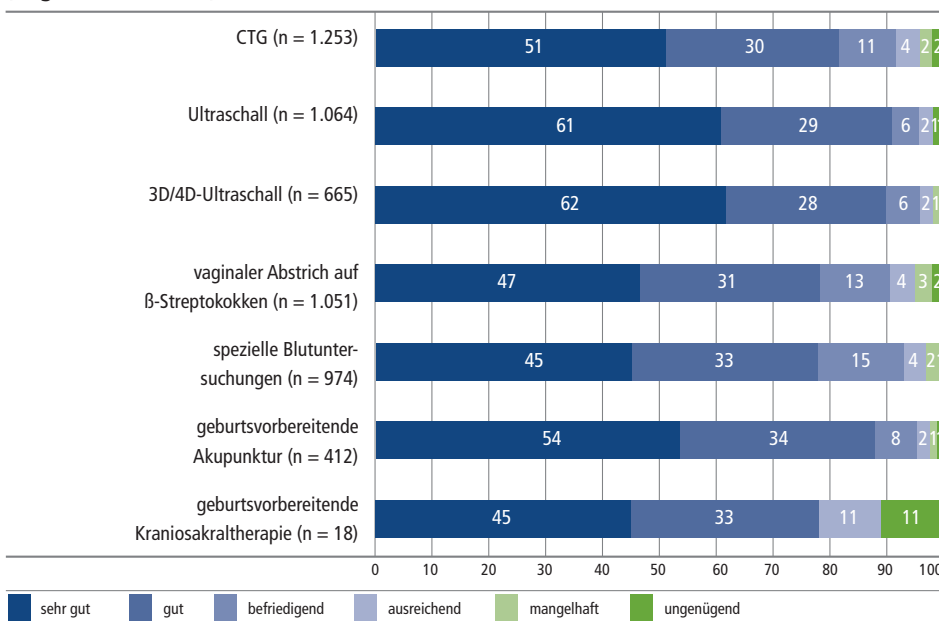


Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2015, n = 18 bis 1.088

Abbildung 6

gesundheitsmonitor

**Wie gut fühlen Sie sich über die mögliche Aussagekraft/Wirkungsweise aufgeklärt?**  
(Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor, Erhebung 2015, n = 18 bis 1.235

Abbildung 7

gesundheitsmonitor

weise einer Maßnahme aufgeklärt fühlt, stimmt bedenklich. Zwar wird hier nicht das reale Maß der Aufklärung objektiv dargestellt; dennoch gilt es wohl als unstrittig, dass das subjektive Gefühl der Frau bestimmt, wann eine Aufklärung als ausreichend angesehen werden kann, um ihr eine selbstbestimmte Entscheidung zum Für und Wider einer Maßnahme zu ermöglichen.

Es ist durchaus denkbar, dass im normalen Praxisalltag nur wenig Zeit ist, alle Informationen zur Verfügung zu stellen. Auch ist es möglich, dass sich die Leistungsanbieterinnen selbst nicht gänzlich über die Aussagekraft oder die Wirkungsweise einer Maßnahme bewusst sind. Es muss jedoch klar sein, dass insbesondere dann, wenn Aussagekraft beziehungsweise Wirkungsweise strittig sind und die Durchführung einer Maßnahme – wie im Fall des CTG als Routinemaßnahme – sogar mit negativen Folgen verbunden sein kann, eine umfassende Aufklärung unumgänglich ist. Entsprechende Merkblätter wie das zu den Basis-Ultraschalluntersuchungen können hier nur bedingt hilfreich sein. Mit derartigem Material wird nur der Teil der Bevölkerung erreicht, der das (deutsche) geschriebene Wort lesen und verstehen kann sowie zum Lesen bereit ist. Eine umfassende und zugleich wertfreie Aufklärung erfordert Zeit und kommunikatives Geschick seitens der Leistungsanbieterinnen. Auch diese Aspekte sollten in der qualitativen Bewertung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen während der Schwangerschaft von Bedeutung sein.

Als Spitzenreiter der Versorgungsangebote ohne Bezug zu den MSR hat sich mit gut 97 Prozent Inanspruchnahme die kardiotokografische Untersuchung (CTG) herauskristallisiert. Diese ist nicht in Abrechnungspauschalen integriert, sondern wird mit etwa 11,70 Euro (Bewertungsmaßstab Ärztinnen) beziehungsweise 7,22 Euro (Hebammen-Vergütungs-

vereinbarung) pro Untersuchung vergütet (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2013; Deutscher Hebammenverband 2010) – was wie bereits bei der geburtsvorbereitenden Akupunktur zu der Frage führt, inwieweit hier einzelne Leistungsanbieterinnen wirtschaftliche Interessen verfolgen.

Mediale Diskussionen werfen in Bezug auf eine erhöhte Zahl Ultraschalluntersuchungen, insbesondere des 3D/4D-Ultraschalls im Rahmen der Schwangerenvorsorge, die Frage auf, ob es sich hierbei um ein von wirtschaftlichen Interessen wie subjektiven Bedürfnissen gelenktes Babyfernsehen anstatt einer expliziten medizinischen Untersuchung handelt. Der Eindruck des Babyfernsehens wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Befragung erhärtet: Die Tatsache, dass keine Unterschiede im Ausmaß der Anwendung des Ultraschalls in den Gruppen mit und ohne belastenden Befunden zu identifizieren waren, erlaubt die Frage, ob der Ultraschall als medizinisches Untersuchungsverfahren an Bedeutung verloren hat. Ultraschalluntersuchungen, die nicht auf einer medizinischen Indikation basieren, werden von der obersten US-Arzneimittelbehörde, der Food and Drug Administration (FDA), sowie den kanadischen Gesundheitsbehörden unter anderem aufgrund der bis heute nicht eindeutig geklärten Nebenwirkungen für das Ungeborene abgelehnt (Salem, Lim und Van der Hof 2014).

Mit dem Einsatz des CTG wie auch der Ultraschalldiagnostik verfolgen Leistungsanbieterinnen das Ziel, Risiken zeitnah zu identifizieren und dadurch perinatale Morbiditäts- wie Mortalitätsraten zu senken. Fraglich ist aber, ob dies tatsächlich gelingt. Deutschland verzeichnet eine Mortalitätsrate von 2,3 peripartalen Todesfällen auf 1.000 Geburten und liegt damit im europäischen Vergleich auf gleicher Höhe wie Dänemark und Norwegen (Zeitlin, Mohangoo und Delnord 2013). Die Konzeption der

Schwangerenvorsorge ist in diesen beiden Ländern jedoch eine gänzlich andere. In Dänemark wie auch in Norwegen werden Vorsorgeuntersuchungen auf der primären Versorgungsebene von Hebammen und/oder Allgemeinmedizinerinnen (inklusive einer, maximal zweier Ultraschalluntersuchungen) durchgeführt. Für weitere Ultraschalluntersuchungen müssen die Frauen normalerweise in die Klinik, da es auf dem primären Versorgungssektor im Rahmen des gesetzlichen Versicherungssystems keine geburts-hilflichen Fachärztinnen gibt. Auch ein CTG wird erst angelegt, wenn der Termin überschritten ist, wobei die Frauen hierfür ebenfalls oft eine Klinik aufsuchen müssen.

Auch wenn es nicht zulässig ist, zwischen der Art der Organisation der Vorsorge und der Rate perinataler Todesfälle im europäischen Vergleich einen Kausalzusammenhang herzustellen, wirft diese Betrachtung vor dem Hintergrund des inflationären Gebrauchs von kardiotokografischen und auch Ultraschalluntersuchungen die Frage auf, inwieweit die Finanzierung derartiger Interventionen bereits auf der Primärversorgungsebene ein falsches Anreizsystem darstellt. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung wird von Schwangeren oft über das Ausmaß medizinischer Maßnahmen und weniger über ein abwartendes Verhalten definiert. Letzteres wird schnell mit einer Unterlassung gleichgesetzt und führt dazu, dass sich die Frauen auf dem Markt der Leistungsanbieter neu orientieren. Es muss in diesem Zusammenhang zum einen die Frage gestellt werden, ob die hierzulande etablierte doppelte Facharztschiene dieses System stützt, zum anderen aber auch, inwieweit das vielerorts konkurrierende Verhalten zwischen Hebammen und Ärztinnen das Angebot und die Inanspruchnahme von teils risikobehafteten Präventionsmaßnahmen wie dem CTG fördert.

Grundsätzlich ist zu überdenken, ob das Vergütungssystem von Ärztinnen und

Hebammen sich in der Betreuung von Schwangeren als zielführend erweist. Die Vergütung in Form von (fallbezogenen) Pauschalen unabhängig von der Anzahl der Patientinnenkontakte und/oder den zeitlichen Ressourcen pro Kontakt wie auch der Wettbewerbsgedanke mögen dazu geführt haben, dass seitens der Leistungsanbieterinnen das Bedürfnis entsteht, Nischen zu identifizieren, die eine als passend empfundene Vergütung pro Fall ermöglichen.

Das ursprüngliche Ziel der Kostendämpfung scheint mit Einführung der Fallpauschalen hier möglicherweise verfehlt. Vielmehr hat sich eine bedürfnisinduzierte Versorgungssituation jenseits der evidenzbasierten Medizin wie auch der geltenden Richtlinien entwickelt, die Ärztinnen wie Hebammen gleichermaßen unter wirtschaftlichen Druck setzt. Die Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes sind längst keine physiologischen Lebensereignisse mehr, sondern können vielmehr als wirtschaftliches und soziales Event bezeichnet werden, das sich in der Einforderung einzelner Versorgungsleistungen nach einem Angebots- und Nachfrageprinzip widerspiegelt. Für Leistungsträger wie -anbieter wird es gleichermaßen eine Herausforderung sein, die bedürfnisinduzierte, geburtshilfliche Versorgung der evidenzbasierten Medizin anzupassen.

## Literatur

- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2013. 16/1 – Geburtshilfe. Göttingen 2014.
- Barone, L., F. Lionetti und A. Dellagiulia. „Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory“. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (32) 3 2014. 230–239.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung konkret. Köln 2006.
- de Jong-Pleij, E. A. P., L. R. Ribbert, E. Pistorius, E. Tromp, E. J. H. Mulder und C. M. Bilardo. „Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review“. *Prenatal diagnosis* (33) 1 2013. 81–88.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt. AWMF 015/036 (S1). Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften 2013.
- Deutscher Hebammenverband (Hrsg.). Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Zuletzt geändert 2009 durch Anlage 1 Hebammen-Vergütungsvereinbarung ab 1. Januar 2010. 2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). In der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 24. April 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.06.2014 B3, in Kraft getreten am 28. Juni 2014.
- IGeL-Monitor (2012). Toxoplasmose-Test bei Schwangeren (Früherkennung). [www.igel-monitor.de/pdf\\_bewertungen/Toxoplasmose-Test%20Schwangere\\_Evidenzsynthese.pdf](http://www.igel-monitor.de/pdf_bewertungen/Toxoplasmose-Test%20Schwangere_Evidenzsynthese.pdf). 20.1.2015.
- Ji, E.-K., D. H. Pretorius, R. Newton, K. Uyan, A. D. Hull, K. Hollenbach und T. R. Nelson. „Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging“. *Ultrasound Obstet Gynecol* (25) 5 2005. 473–477.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 4. Quartal 2013. Berlin.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Drei Jahre IGeL Monitor des MDS: Patienten sollten sich vor dem Kauf einer Igel umfassend informieren. Pressemitteilung des MDS vom 25.2.2015. [www.igel-monitor.de/381.htm](http://www.igel-monitor.de/381.htm).
- Moré, A. „Die Bindungstheorie und ihre Bedeutung in der Geburtshilfe“. Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen. Hrsg. E. Cignacco. Bern 2006. 23–48.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. London 2008.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline 109. London 2014.
- Petersen, J., und A. Jahn. „Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers’ perspective: a prospective study in Germany“. *Birth* (35) 1 2008. 41–49.
- Salem, S., K. Lim und M. Van der Hof. „Joint SOG/CAR Policy Statement on Non-medical Use of Fetal Ultrasound“. *J Obstet Gynaecol Can* (36) 2 2014. 184–185.
- Schäfers, R. Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Self-rated health (SRH) and health-related quality of life (HRQoL) in women after childbirth. Münster 2011.
- Siegmund-Schultze, E., B. Kielblock und T. Bansen. „Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun?“. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* (13) 4 2008. 210–215.
- Verani, J. R., L. McGee und S. J. Schrag. „Prevention of perinatal group B streptococcal disease—revised guidelines from CDC, 2010“. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control* (RR-10) 59 2010. 1–36.
- Zeitlin, J., A. Mohangoo und M. Delnord (Hrsg.). *European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. 2013. [www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf).

## Die Autorinnen



Prof. Dr. rer. medic. **Rainhild Schäfers** absolvierte von 1982 bis 1984 die Ausbildung zur Hebamme an der Philipps-Universität in Marburg. Anschließend arbeitete sie 21 Jahre als angestellte und freiberufliche Hebamme in unterschiedlichen Settings. Im Jahr 2000 nahm sie ihr Studium der Pflegewissenschaften an der Fachhochschule Osnabrück auf und schloss dieses 2004 als Diplom-Pflegewissenschaftlerin ab. Nach ihrem Studium arbeitete Prof. Schäfers sechs Jahre lang als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung der Hochschule Osnabrück. 2011 wurde sie an der Universität Osnabrück zum Thema „Subjektive Gesundheitseinschätzungen von Frauen nach der Geburt ihres Kindes“ promoviert. Seit Ende 2011 bekleidet sie eine Professur für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit, Bochum. Prof. Dr. Schäfers ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. und in diesem Zusammenhang mitverantwortlich für die Herausgabe der Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Darüber hinaus ist sie in unterschiedlichen Gremien, unter anderem der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin im AQUA Institut, Göttingen tätig. Sie ist Autorin wie Co-Autorin mehrerer Fachbücher und Fachartikel.



Prof. Dr. phil. **Petra Kolip** ist Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Nach einem Studium der Psychologie und Pädagogik in Bielefeld wechselte sie 1991 an die TU Berlin, um dort den Aufbau des Studiengangs Public Health zu unterstützen. 1992 ging sie an die neu gegründete Fakultät für Gesundheitswissenschaften, habilitierte sich dort und übernahm anschließend die Leitung einer Abteilung am Institut für Sozialmedizin und Prävention der Universität Zürich. Nach ihrem Wechsel auf eine Professur an der Universität Bremen im Fachbereich Gesundheitswissenschaften baute sie ihre Arbeitsschwerpunkte in den Bereichen Frauengesundheitsforschung, Jugendgesundheitsforschung und Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung aus. Prof. Dr. Kolip ist Autorin mehrerer Fachbücher zu diesen Themenbereichen.



Frau Dr. med. **Claudia Schumann** ist Frauenärztin und Psychotherapeutin. Nach dem Studium der Humanmedizin und der Promotion (1975) absolvierte sie die Weiterbildung zur Frauenärztin (1976-1982), begleitend erfolgte die Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie. Von 1982 bis 1987 war sie als Beratungsärztin bei der Pro Familia in Göttingen tätig. Ab 1987 arbeitete sie selbstständig in ihrer Praxis für psychosomatische Frauenheilkunde in Northeim. Nach Beendigung der Praxis-Tätigkeit im Sommer 2014 engagiert sie sich jetzt stärker in der Berufspolitik und arbeitet freiberuflich als Vortragende und Autorin. Frau Dr. Schumann war in unterschiedlichen Gremien aktiv eingebunden (KV-Vorstand Göttingen, Vorstand AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit)). Sie ist seit 2005 Vorstands-Mitglied und seit 2014 Vizepräsidentin der DGPPG (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe). In Kooperation mit anderen Frauenärztinnen hat sie mehrere empirische Studien zur Praxis der psychosomatischen Frauenheilkunde durchgeführt. Sie ist Autorin und Ko-Autorin mehrerer Fachartikel und -bücher zu Themen der Frauenheilkunde und der Gesundheitsversorgung.

## BuchTipp:

### Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Der Gesundheitsmonitor analysiert und bewertet das gesundheitliche Versorgungssystem und -geschehen aus der Perspektive der Bürgerinnen und Bürger. Er liefert fundierte Informationen über gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung, Versorgungsprobleme und wahrgenommene Fehlentwicklungen sowie zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Grundlage dafür bilden repräsentative Bevölkerungsbefragungen sowie Versicherten- und Patientenbefragungen.

Hier eine Themenauswahl aus der 2015er-Ausgabe:

- Patientenrechte aus Ärztesicht
  - Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz
  - Nichtraucherchutz
  - Prekäre Beschäftigungsverhältnisse
  - Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen
- erscheint im August 2015

**Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.) · Gesundheitsmonitor 2015 · Bürgerorientierung im Gesundheitswesen · Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK**  
Ca. 25,- Euro (D) · ISBN 978-3-86793-680-4



## | BertelsmannStiftung

Bertelsmann Stiftung  
Programm Versorgung  
verbessern – Patienten  
informieren  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)  
[www.gesundheitsmonitor.de](http://www.gesundheitsmonitor.de)

**Redaktion**  
Dr. Jan Böcken  
Tobias Feldhaus

**Illustration**  
Christoph J. Kellner  
[www.animanova.de](http://www.animanova.de)

**Autorinnen**  
Prof. Dr. phil. Petra Kolip  
(Universität Bielefeld),  
Prof. Dr. rer. medic. Rainhild  
Schäfers (Hochschule für  
Gesundheit, Bochum),  
Fachärztliche Beratung:  
Dr. med. Claudia Schumann,  
Frauenärztin, Psychotherapie,  
37154 Northeim

**Kontakt**  
Heike Clostermeyer  
Tel.: (05241) 81-8 13 81  
Fax: (05241) 81-68 13 81  
[heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de](mailto:heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de)