



**Hebammenverband
Niedersachsen e. V.**

Positionspapier des
Hebammenverbandes Niedersachsen e.V.
zur interprofessionellen
Schwangerenvorsorge

Hebammen-niedersachsen.de

Vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de



Überblick über die aktuelle Situation in der Schwangerenvorsorge in Deutschland

In Deutschland haben Frauen¹ in der Schwangerschaft laut Sozialgesetzbuch V einen Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (SGB V, Art.1, §24d)². Die Schwangere kann selbstbestimmt wählen, welche und wie viele Leistungen sie im Rahmen der Schwangerenvorsorge von den zuständigen Berufsgruppen der Hebammen³ und Gynäkologinnen⁴ wahrnehmen möchte. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gibt den Inhalt und den Umfang der Schwangerenvorsorge durch die Mutterschaftsrichtlinien (MuRiLi)⁵ vor. Die Schwangere ist nicht verpflichtet, diese empfohlenen Untersuchungen wahrzunehmen, sondern kann sie nach Aufklärung auch ablehnen.

Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (NGZ)⁶ wird eine frauenzentrierte Schwangerenvorsorge empfohlen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkennt in der Schwangerenbegleitung einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur Sicherstellung einer gesunden Schwangerschaft und Geburt, um eine positive Erfahrung zur Elternschaft zu erreichen⁷. Schwangere haben das Recht, die Versorgung nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten und sie haben das Recht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Aber in der Schwangerenvorsorge in Deutschland gibt es einige offene Baustellen. In der interprofessionellen oder geteilten Vorsorge zwischen Hebammen und Gynäkologinnen kommt es immer wieder zu Missverständnissen und Falschinformationen und somit zu einer Verunsicherung der Schwangeren, trotz Klarstellungen durch den Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Darüber hinaus ist in der Schwangerenvorsorge in Deutschland eine starke Risikofokussierung und damit eine Über- und Fehlversorgung festzustellen. In Deutschland findet laut dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eine Überversorgung bei 31,36 % der Schwangeren statt⁸. 78,76 % der Schwangeren hatten mindestens einen risikobehafteten Befund. Schwangere ohne besonderen Überwachungsbedarf erhalten statt der empfohlenen drei Ultraschall-Untersuchungen im Schnitt doppelt so viele und im Maximum bis zu 29 Untersuchungen⁹. Auch CTGs werden übermäßig eingesetzt, ohne hinreichend auf medizinische Indikation zu prüfen. Insgesamt

¹ Uns ist bewusst, dass es vielerlei Identitäten gibt und sich nicht alle Schwangeren als Frauen/Mütter definieren. Dennoch werden diese konventionellen Bezeichnungen zur Vereinfachung hier verwendet. Wir bitten um Verständnis.

² Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)-Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477): https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_24d.html. Zugriff am 01.07.2024

³ Seit dem 1.1.2020 gilt die Berufsbezeichnung Hebamme im Hebammengesetz § 5 „Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme“ für weiblich, männlich und divers.

⁴ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Sprachform des generischen Femininums angewandt. Dieses ist im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen.

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt; <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/>. Zugriff am 01.07.2024

⁶ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. Berlin/Köln. Online verfügbar:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf. Zugriff am 01.07.2024

⁷ World Health Organization (2020): <https://www.who.int/activities/promoting-healthy-pregnancy>. Zugriff am 01.07.2024

⁸ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung, und Transparenz im Gesundheitswesen, Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2022, Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023, https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PM-GEbH_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf, Zugriff am 01.07.2024

⁹ Schäfers, R. (2024). Präventionsangebote in der Schwangerschaft – gestern und heute: Abschlussbericht. https://www.mezizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/hebammenwissenschaft/2024-07-11_Abschlussbericht_Schwangerenvorsorge.pdf. Zugriff am 16.09.2024



werden Frauen nicht ausreichend über Nutzen, Risiken und Notwendigkeiten von Untersuchungen aufgeklärt.

Diese Baustellen müssen klar aufgezeigt und benannt werden, um die Schwangerenvorsorge in Deutschland weiter zu verbessern. Eine ausführliche Darstellung der Situation und der Zahlen erfolgt im weiteren Verlauf des vorliegenden Papiers.

Unser Ziel

Damit die Bedürfnisse und die Bedarfe sowie die Rechte der Schwangeren im Vordergrund stehen, ist eine interprofessionelle wertschätzende Zusammenarbeit mit kontinuierlichem Informationsaustausch und koordinierter Umsetzung von Ärztinnen und Hebammen für eine angemessene und sichere Versorgung von Schwangeren unerlässlich. Dabei sind die Informationsgabe, Beratung und Aufklärung bedeutend für die Gesundheitsförderung und dienen der Stärkung der Frauen in ihrer Gesundheitskompetenz. Die WHO und das NGZ weisen das als Ziel in der Schwangerenvorsorge auf. Es gilt, dass die beteiligten Professionen dies im Sinne für die Frauen umsetzen und dabei eine Über- und Fehlversorgung vermeiden. Eine frauenzentrierte Schwangerenvorsorge stellt die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mutter und Kind in den Fokus. Die Schwangere kann die Betreuung nach ihrem Bedarf wählen.

Ausführliche Darstellung der Hintergründe und Datenlage

Gesundheitspolitischer Hintergrund - Die frauenzentrierte Schwangerenvorsorge im Nationalen Gesundheitsziel und aus Sicht der WHO

Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (NGZ)⁶ wird eine frauenzentrierte Schwangerenvorsorge empfohlen. Die Betreuung der Schwangeren soll nach ihren unmittelbaren Bedarfen erfolgen und ihren Bedürfnissen angepasst sein. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mutter und Kind. Die gemeinsame Begleitung der Schwangeren durch die Berufsgruppen der Gynäkologinnen und Hebammen wird ausdrücklich gefordert. So sollen die Kompetenzen der Schwangeren gestärkt werden, auch um eine glücklich erlebte und gesunde Schwangerschaft zu ermöglichen. Das NGZ sieht in der Etablierung der Schwangerschaftsbegleitung durch Gynäkologinnen und Hebammen das Potenzial für eine erhebliche Reduktion mütterlicher und kindlicher Morbidität und Mortalität.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkennt in der Schwangerenbegleitung einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur Sicherstellung einer gesunden Schwangerschaft und Geburt, um eine positive Erfahrung zur Elternschaft zu erreichen⁷. Dazu müssen Schwangere gestärkt werden, ihre Bedürfnisse bezüglich der Schwangerenvorsorge zu benennen. Sie haben das Recht, die Schwangerenvorsorge nach ihren Wünschen und Bedarfen zu gestalten. Mit dem Wissen, dass sowohl



die Gynäkologin als auch die Hebamme die Schwangerenvorsorge vornehmen können, haben einige Schwangere den Wunsch, diese wechselseitig oder ausschließlich bei einer Gynäkologin oder ausschließlich bei einer Hebamme in Anspruch zu nehmen.

An der Schwangerenvorsorge beteiligte Berufsgruppen und Zusammenarbeit der Professionen

Die Perspektiven und Schwerpunkte der an der Schwangerenvorsorge beteiligten Berufsgruppen sind unterschiedlich. Während die MuRiLi den Fokus der Gynäkologin auf die Gefahrenabwendung legt⁵, handelt die Hebamme aus dem Blickwinkel der Stärkung und Begleitung der Physiologie der Schwangerschaft¹⁰. Wichtig ist, dass die Expertise jeder Berufsgruppe ausgeschöpft wird, auch um Ressourcen sinnvoll zu nutzen. Problematisch wird es dann, wenn diese unterschiedlichen Sichtweisen Schwangere verunsichern, weil gegeneinander und nicht miteinander gearbeitet wird. Im vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ wird eine Steigerung der Qualität in der Versorgung in einer verbesserten Abstimmung der Zusammenarbeit der Professionen gesehen¹¹. Sowohl im Hebammen- als auch im Medizinstudium ist als ein Ausbildungsziel die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit beinhaltet^{10,12}. In der Praxis funktioniert die kooperative Schwangerenvorsorge nicht immer reibungslos, wie in den folgenden Kapiteln beschrieben.

Missverständnisse im Bereich der Abrechnungsmodalität und deren Konsequenzen für Schwangere

Im Rahmen der geteilten Vorsorge existieren Missverständnisse und Ängste bezüglich der Haftung und Abrechnung von Leistungen¹³, was immer wieder für Unsicherheit und Druck bei den Schwangeren sorgt, wenn eine interprofessionelle Schwangerschaftsvorsorge als problematisch oder kompliziert dargestellt wird. Vor allem bei Gynäkologinnen ist weiterhin die Ansicht verbreitet, dass die geteilte Schwangerenvorsorge zu Abrechnungs- und Haftungsproblemen bis hin zu Regressforderungen der Krankenkassen führen könnte.

Tatsächlich entstehen keine Abrechnungsprobleme, wenn die Schwangere parallel zur gynäkologischen Versorgung von einer Hebamme betreut wird: Die Hebamme rechnet ihre Einzelleistungen ab (Ziffer 0300 Hebammenhilfevertrag), die Gynäkologin über die Vorsorgepauschale (EBM GOP 01770), die alle Vorsorgen eines Quartals beinhaltet¹³. Es müssen nicht, wie fälschlicherweise angenommen, alle Vorsorgen ausschließlich von der Gynäkologin selbst erbracht werden, und es gibt keine Vorgabe im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), wie häufig eine

¹⁰ Igl, G. (2020): Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen. Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen. Deutscher Hebammenverband e.V., medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit: Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“ 2024, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf. Zugriff am 24.07.2024

¹² Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2021/06/nklm_final_2015-12-04.pdf. Zugriff am 01.07.2024

¹³ Hertle, D. (2022): „Interprofessionelle Schwangerenvorsorge: Kein Abrechnungs- oder Haftungsproblem für Frauenärztinnen“ ärztin 1/2022, https://www.aerztinnenbund.de/Interprofessionelle_Schwangerenvorsorge.3712.0.2.html. Zugriff am 01.07.2024



ärztliche Vorsorgeuntersuchung erbracht werden muss, um die Pauschale abrechnen zu dürfen¹³. Eine Dopplung wird durch die Einträge in den Mutterpass vermieden.

Die Schwangere kann selbstverständlich auch einzelne Vorsorgeleistungen ablehnen, was ebenfalls nicht die Abrechnung der Vorsorgepauschale verhindert. Den Krankenkassen liegen keine Angaben zu den einzelnen im Rahmen der Pauschale erbrachten Leistungen vor¹³. Auch die Einzelabrechnung von Ultraschalluntersuchungen ist möglich, wenn die Schwangere alle anderen Vorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme durchführen lässt. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die Kosten für die Vorsorge durch Gynäkologinnen und Hebammen übernehmen, da ein Rechtsanspruch auf die Versorgung durch beide Berufsgruppen besteht². Es spricht demnach aus Sicht der Abrechnungsmöglichkeiten nichts dagegen, dass Schwangere sich frei entscheiden, welche Vorsorgeuntersuchungen sie in welchem Rahmen wahrnehmen möchten.

Klarstellung der Rechtslage durch den Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Aufgrund wiederholter Hinweise von Schwangeren und Hebammen beim GKV-SV, dass Schwangere dennoch aufgefordert werden, sich zwischen der ausschließlichen Betreuung durch eine Gynäkologin oder eine freiberufliche Hebamme zu entscheiden, hat sich der GKV-SV mit einem Schreiben vom 23.01.2024 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gewandt. Darin verweist der GKV-SV auf die gesetzeskonforme Betreuung von Schwangeren nach §24d SGB V, demzufolge eine Schwangere Anspruch auf eine parallele Betreuung sowohl durch eine Gynäkologin als auch durch eine Hebamme hat. Der GKV-SV hat in diesem Brief die KBV daher dazu aufgefordert, auf die Einhaltung einer gesetzeskonformen Schwangerenbetreuung durch die Vertragsärztinnen hinzuwirken.

In einer Überarbeitung der MuRiLi 2023 hat der G-BA zudem die Eigenständigkeit der Hebammenhilfe in seiner Richtlinie durch eine redaktionelle Streichung klargestellt¹⁴: Die in den MuRiLi vormals enthaltene Aufzählung von Leistungen, die von den Ärztinnen an Hebammen delegiert werden können, wurde gestrichen, um dem Missverständnis der Delegationspflicht vorzubeugen. Die MuRiLi regeln ausschließlich die möglichen *ärztlichen* Leistungen in der Schwangerenvorsorge - der mögliche Betreuungsumfang durch Hebammen wird durch die Vertragspartner im Hebammenhilfevertrag¹⁵ sowie durch die Berufsordnungen der Länder für Hebammen geregelt. Hebammen dürfen eigenständig Vorsorgeuntersuchungen vornehmen und haften dabei für sich selbst. Die Kosten der Betreuung durch die Hebamme ist bei gesetzlich Versicherten im § 24d Sozialgesetzbuch V² geregelt und im Hebammenhilfevertrag § 134a SGB V¹⁵ zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden ausgestaltet.

¹⁴ Pressemitteilung G-BA | Methodenbewertung Betreuung in der Schwangerschaft: G-BA stellt Eigenständigkeit der Hebammenhilfe in seiner Richtlinie durch redaktionelle Streichung klar: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1094/>. Zugriff am 01.07.2024

¹⁵ Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._H_ebammenhilfevertrag_09-2017.pdf. Zugriff am 24.08.2024



Die rechtlich abgesicherten Versorgungsmodelle in der Schwangerenvorsorge

Der Konflikt zwischen den Berufsgruppen darf nicht dazu führen, dass die frauenzentrierte Schwangerenvorsorge in den Hintergrund gerät¹⁶. Die Schwangeren erwarten eine gleichberechtigte Betreuung und Zusammenarbeit der Berufsgruppen bei den Vorsorgeuntersuchungen¹⁷.

Folgende Modelle der Schwangerenvorsorge sind möglich und rechtlich abgesichert¹¹:

- freiberufliche Hebamme und niedergelassene Gynäkologin begleiten mit oder ohne Austausch
- Hebamme und Gynäkologin begleiten in einer Praxis
- Begleitung ausschließlich durch eine niedergelassene Gynäkologin
- Begleitung ausschließlich durch eine freiberufliche Hebamme

Offene Baustellen in der Schwangerenvorsorge - Mangelnde Ausschöpfung des Fachkräfte-Potentials sowie Risikofokussierung und Fehl- und Überversorgung

Die Abrechnungsdaten weisen darauf hin, dass die kooperative Schwangerenvorsorge durch Gynäkologin und Hebamme auch bei gesunden Schwangeren wenig wahrgenommen wird. Schwangere nehmen überwiegend die ärztliche Schwangerenvorsorge in Anspruch¹⁸. So wird die Chance, die Hebamme als Leistungserbringerin in der Primärvorsorge als wertvolle Ressource des Gesundheitssystems zu etablieren, trotz geklärter Rechtslage offensichtlich nicht genutzt¹⁹.

Das NGZ möchte vorhandene Ressourcen und Potenziale umfassend gefördert wissen, während eine Pathologisierung vermieden werden soll. Die partizipative Entscheidungsfindung soll Frauen und ihre Familien darin stärken, angebotene Maßnahmen den medizinischen Belangen angemessen, selbstbestimmt und informiert bewerten und in Anspruch nehmen zu können⁶. Dass hier noch deutlich Steigerungspotential vorliegt, zeigen die folgenden Daten.

Von der WHO sind für Schwangere in der Routineversorgung acht Kontakte zu qualifizierten Gesundheitsdienstleisterinnen empfohlen²⁰. In Deutschland findet laut dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eine Überversorgung bei 31,36 % der Schwangeren statt⁸. Im Mutterpass sind zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen eingetragen.

Auch eine deutliche Risikofokussierung ist belegbar: 78,76 % der Schwangeren hatten mindestens einen Befund. Die gelisteten Kriterien in den MuRiLi, die einen besonderen Überwachungsbedarf bei einer Schwangeren begründen, umfassen inzwischen 52 Risiken bzw. Befunde, 1975 waren es noch

¹⁶ Schäfers, R. (2011): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Schattauer GmbH Verlag, Stuttgart

¹⁷ Mattern, E., Lohmann, S., Ayerle, G.M. (2017): Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. DOI 10.1186/s12884-017-1552-9. In: BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:389

¹⁸ Hertle D, Wende D, Schmitt N (2021) Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen. Ein Plädoyer für Kooperation auf Augenhöhe und eine selbstbestimmte Schwangerschaftsbegleitung. Gesundheits- und Sozialpolitik (2):61–64 28

¹⁹ Schäfers, R. (2024). Präventionsangebote in der Schwangerschaft – gestern und heute: Abschlussbericht. https://www.medizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/hebammenwissenschaft/2024-07-11_Abschlussbericht_Schwangerenvorsorge.pdf. Zugriff am 16.09.2024

²⁰ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> Zugriff am 01.07.2024



17²¹. Viele Befunde bedeuten keine tatsächlichen Risiken. So haben manche Diagnosen in der eigenen Anamnese oder in der Familie keine klinische geburtshilfliche Relevanz. Viele Schwangere geben an, dadurch besorgt und emotional belastet zu sein²². Bei einer Befragung zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik gaben in einer Studie 3750 Frauen an, dass ihnen die Grenze zwischen routinemäßigen und nicht-routinemäßigen Untersuchungen nicht immer bewusst war²³. In der Wahrnehmung der Schwangeren werden viele der in der Schwangerenvorsorge durchgeführten Maßnahmen als Routineuntersuchung bewertet, obwohl diese nicht durch die MuRiLi als solche aufgeführt sind²⁴. Bedenklich erscheint, dass die Krankenversicherungsart ein Parameter für die Nutzung von ergänzender pränataler Screening- und Diagnostikmaßnahmen darstellt. Deren Inanspruchnahme war mehr als doppelt so hoch, wenn die Schwangere privat krankenversichert war. Zu bedenken ist dabei auch die fraglich gesicherte Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung²⁵.

Auch im internationalen Vergleich wird hier anders vorgegangen. In den britischen NICE - Guidelines für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sind regulär zwei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, eine dritte nur bei spezifischer Indikation²⁶. Die MuRiLi sehen drei Basisultraschalluntersuchungen bei gesunden Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf vor⁵. Dass Ultraschalluntersuchungen sorgfältig abgewogen werden sollten, wird bekräftigt durch die seit 2021 geltende Änderung der Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV)²⁷, worin Ultraschalluntersuchungen ohne Indikation ausgeschlossen sind.

Dennoch findet sich zwischen Schwangeren mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf kaum ein Unterschied in der Anzahl der Untersuchungen¹⁹. Außerdem liegt die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen insgesamt deutlich über den empfohlenen drei Untersuchungen. Der Mittelwert für Ultraschalluntersuchungen lag bei 6,2 ohne und bei 7,1 mit besonderem Überwachungsbedarf. Schwangere ohne besonderen Überwachungsbedarf bekamen im Minimum 4 und im Maximum 29 Ultraschalluntersuchungen. Dies sind also teilweise deutlich mehr Untersuchungen als vorgegeben. Das bindet Ressourcen und trägt in mehreren Fällen zur Verunsicherung von gesunden Schwangeren bei²¹.

Auch bei der Anzahl der CTGs sind kaum Unterschiede zwischen Schwangeren mit und Schwangeren ohne Indikation erkennbar. In Deutschland wird in der S3 Leitlinie „Fetale Überwachung in der

²¹ Hertle, D. und Wende, D.(2024): Versorgungskompass: Geburtshilfe und Hebammenversorgung Teil 3: Häufigkeiten von Risikofaktoren und von CTG- und Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2024.005>. Zugriff am 16.09.2024

²² Petersen, J., Jahn, A. (2008): Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. In BIRTH 35:1 March 2008

²³ Siegmund-Schultze, E., B. Kielblock und T. Bansen. „Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun?“. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement (13) 4 2008. 210–215.

²⁴ Schäfers, R., Kolip, P., (2015): Gesundheitsmonitor Newsletter, Bertelsmann-Stiftung, https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf.

²⁵ Mayer, J., Brandstetter, S., Tischer, C. Seelbachy Göbel, B. Fill Malfertheiner, S. Melter, M., Kabesch, M., Apfelbacher, C. und KUNO Kids Studiengruppe: Nutzung ergänzender pränataler Screening- und Diagnostikmaßnahmen in Deutschland: Querschnittsstudie mit Daten der KUNO, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2022) 22:436, <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04692-1>

²⁶ NICE 2021, Antenatal care [H] Timing of first antenatal appointment NICE guideline NG201 Evidence reviews underpinning recommendations 1.1.4 to 1.1.6 August 2021, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/evidence/h-timing-of-first-antenatal-appointment-pdf-9202942629>, Zugriff am 10.09.2024

²⁷ Bundesministerium der Justiz: Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen*, <https://www.gesetze-im-internet.de/nisv/>. Zugriff am 24.08.2024



Schwangerschaft²⁸ bei Schwangeren ohne besonderen Überwachungsbedarf empfohlen, kein antepartuales CTG zu schreiben. Aber selbst in diesem Kollektiv werden bis zu 24 und im Mittel 4,8 CTG-Kontrollen geschrieben¹⁹. Abgerechnet wurden 92,2 % der CTGs ärztlicherseits und 7,8 % durch Hebammen²¹. Dabei definieren die MuRiLi eindeutige und verbindliche Vorgaben zur Indikationsstellung. Als Konsequenz daraus denken über 90 % der Frauen, dass CTG-Kontrollen ein regelhafter Bestandteil der Vorsorge seien. Damit wird ersichtlich, dass neben der fehlenden Indikationsstellung die Information und die Aufklärung der Frauen über die Inhalte der Vorsorge und den Nutzen und die Risiken von Maßnahmen in der Schwangerschaft fehlen¹⁹. Oft wurden die Schwangeren über die Vorteile einer Maßnahme aufgeklärt, die Nachteile einer Maßnahme wurden weniger genannt und mitunter wurden die Nachteile einer Maßnahme ausdrücklich negiert¹⁹. So ist eine informierte Entscheidung nicht möglich.

Die hohe Zahl an Untersuchungen führt dann auch zu zweifelhaften oder falsch positiven Befunden die Schwangere zusätzlich beunruhigen²² und unnötige Interventionskaskaden auslösen können²⁹. Auch führen die höheren Interventionsraten nicht zu einer Verbesserung der Ergebnisse. So befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich beispielsweise bei der Rate an Frühgeburten im unteren Mittelfeld³⁰.

Als Grund der fehlenden Informationsgabe und Aufklärung wird die mangelnde Vergütung für den Zeitaufwand einer umfassenden Beratung angenommen¹⁹. Dabei stärken Beratung und Aufklärung die Frauen in ihrer Gesundheitskompetenz. Auch Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten sowie im Gespräch mit dem Gesundheitsfachpersonal nutzen zu können, sind wichtige Aspekte hierbei³¹. Die WHO sieht die Gesundheitskompetenz als elementar in der Gesundheitsförderung an³².

Mein aufrichtiger Dank gilt Frau Prof.in Dr.in Christiane Schwarz für die Beratung und Frau Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers für das Korrekturlesen.

Schauland, Hilke (2024): Positionspapier des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V. zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge, https://hebammen-niedersachsen.de/downloads/Positionspapier_Schwangerenvorsorge_HVN_2024.pdf

²⁸ Fetal monitoring in low-risk pregnancies: CTG and doppler (DGGG & DEGUM Guideline). Schiermeier S*, von Kaisenberg C*, Kehl S, Reister F, Mosimann B, Reif P, Harlfinger W, König K, Schwarz C, Mattern E, Kühnert M, Schmitz R, Hoopmann M, Ramsell A, Stocker-Kalberer B, Graf Heule P, Heinzl S, Kayser B, Gruber P, Steiner H, Schäffer L, (S3-Level, AWMF Registry No 015/089, February 2023) <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/11/015-089.html>. Zugriff am 24.08.2024

²⁹ Baumgärtner, B. & Stahl, K. (2005). Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Bücher für Hebammen: Bd. 3.

³⁰ European Perinatal Health Report (2022). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Verfügbar unter: https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf. Zugriff am 24.08.2024

³¹ Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griesel L, Klinger J, Sombre S de, Vogt D, Hurrelmann K (2021) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld., Bielefeld

³² OECD (2017) Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics. Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. OECD, P. Zugriff am 16.09.2024