



Positionspapier
von DHV und Hebammenverband Niedersachsen e. V.
zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge

**Deutscher
Hebammenverband e. V.
Lietzenburger Straße 53**

10719 Berlin

T.+49 (0) 30 3940 677 0

info@hebammenverband.de
hebammenverband.de

**Hebammenverband
Niedersachsen e.V.**

Tel.: +49 175 49 02 316

vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de
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 (§24d SGB V)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 Kassenleistungen im Rahmen 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.

Im deutschen Versorgungssystem bestehen jedoch weiterhin strukturelle Herausforderungen in der Schwangerenvorsorge. Insbesondere in der interprofessionellen bzw. geteilten Betreuung durch Hebammen und Gynäkologinnen kommt es trotz klarstellender Regelungen durch den Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) immer wieder zu Missverständnissen und Fehlinformationen. Diese führen nicht selten zu einer Verunsicherung bei den Schwangeren und erschweren eine bedarfsgerechte, frauenzentrierte Versorgung.

Darüber hinaus ist die Schwangerenvorsorge in Deutschland nach wie vor stark risikoorientiert geprägt, was in Teilen zu einer Über- und Fehlversorgung führt. Nach Angaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) betrifft eine medizinisch nicht indizierte Überversorgung etwa 31,36 % der Schwangeren⁸. Zugleich wurde bei 78,76 % mindestens ein risikobehafteter Befund festgestellt.

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

Bei Schwangeren ohne besonderen Überwachungsbedarf liegt die Zahl der durchgeführten Ultraschalluntersuchungen im Durchschnitt deutlich über den vorgesehenen drei Terminen – in Einzelfällen werden bis zu 29 Ultraschalluntersuchungen dokumentiert⁹. Auch die Anwendung von Kardiotokographien (CTG) erfolgt häufig routinemäßig, ohne dass stets eine hinreichende medizinische Indikation gegeben ist.

Hinzu kommt, dass werdende Mütter vielfach nicht umfassend über den Nutzen, mögliche Risiken sowie die tatsächliche Notwendigkeit diagnostischer Maßnahmen informiert werden⁹. Um die Schwangerenversorgung qualitativ weiterzuentwickeln, ist es unerlässlich, diese strukturellen Schwächen transparent zu benennen und fachlich fundiert aufzuarbeiten.

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

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

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.

Ein verbreitetes Missverständnis betrifft die angebliche „Verdrängung“ ärztlicher Leistungen durch Hebammen im Rahmen der Vorsorge. Diese Sichtweise entbehrt einer sachlichen Grundlage. Hebammen erbringen Vorsorgeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und auf

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

ausdrücklichen Wunsch der Schwangeren. Ihre Tätigkeit erfolgt eigenverantwortlich und im Rahmen klar geregelter Verträge mit den Kostenträgern gemäß § 24d SGB V sowie § 134a SGB V.

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. Die Gynäkologinnen haben hierdurch den Eindruck, eine kooperative Vorsorge wäre nicht möglich, da sie ihre Leistungen für jede Schwangere in einer Pauschale abrechnen müssen. Doch die Vorsorgepauschale nach EBM GOP 01770 ist faktisch so ausgestaltet, dass sie alle Leistungen eines Quartals umfasst – ob die Schwangere nun ergänzend Hebammenleistungen in Anspruch nimmt oder nicht. 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 ärztliche Vorsorgeuntersuchung erbracht werden muss, um die Pauschale abrechnen zu dürfen^{13,14}. Eine doppelte Leistungserbringung wird durch die Einträge in den Mutterpass vermieden.

Es gibt jedoch eine strukturelle Herausforderung im aktuellen Abrechnungssystem. Dieses ergibt sich aus der eingeschränkten Abrechenbarkeit ärztlicher Einzelleistungen bei paralleler Inanspruchnahme der Vorsorge durch Hebammen. So weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem Informationsschreiben von 2024 ausdrücklich darauf hin, dass eine kurative Einzelabrechnung von Ultraschalluntersuchungen durch Gynäkologinnen nicht zulässig ist, wenn im selben Quartal die übrigen Vorsorgeleistungen durch eine Hebamme erbracht werden¹⁵. Ein Ultraschall ist demnach nur im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung durch die Gynäkologin erstattungsfähig. Eine privatärztliche Abrechnung dieser Leistung gegenüber gesetzlich versicherten Frauen ist ebenfalls ausgeschlossen. In der Konsequenz erhalten Schwangere die Ultraschalluntersuchungen nur dann erstattet, wenn sie ärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen – selbst dann, wenn diese medizinisch nicht erforderlich wären.

Damit entsteht ein faktischer Behandlungszwang, der aus den systemischen Vorgaben der Abrechnung resultiert und weder dem medizinischen Bedarf noch der gesetzlichen Wahlfreiheit der Schwangeren gerecht wird. Zugleich geraten gynäkologische Praxen unter wirtschaftlichen Druck, Vorsorgeleistungen vollständig selbst zu erbringen, um die Pauschale (GOP 01770) abrechnen zu können.

Diese strukturelle Schwäche im Abrechnungssystem erschwert nicht nur eine kooperative Versorgung, sondern steht auch einer individuell abgestimmten Begleitung entgegen. Vor dem Hintergrund, dass die KBV als stimmberechtigtes Mitglied im Bewertungsausschuss (Besetzung durch Vertreter der KBV und des GKV-SV) vertreten ist, besteht durchaus die Möglichkeit und Verantwortung, hier im Sinne einer sachgerechten, frauenzentrierten Versorgung zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln.

Gesetzlich Versicherte haben einen klaren Anspruch auf die Schwangerenvorsorge sowohl durch

¹⁴ Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. unabhängig – überparteilich Gynäkolog*in und Hebamme: Schwangerenvorsorge Hand in Hand, https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2023/06/Faltblatt_AKF_Schwangerenvorsorge_RZ_2023_neu.pdf. Zugriff am 01.07.2024

¹⁵ Kassenärztliche Vereinigung (2024): Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Betreuung von Schwangeren durch Hebammen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, AE 01770 Hebammen- VuG - VQ, Zugriff am 15.04.2025

Gynäkologinnen als auch durch Hebammen. Demnach sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die Kosten der Versorgung durch beide Berufsgruppen / beider Versorgungswege zu übernehmen². Aus Sicht der Abrechnungsmodalitäten steht einer freien Entscheidung der Schwangeren, in welchem Umfang und bei welchen Leistungserbringenden sie Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen möchten, nichts entgegen.

Die Bedenken hinsichtlich einer „doppelten Abrechnung“ oder willkürlichen Leistungserfassung durch Hebammen sind unbegründet. Die Vergütung freiberuflicher Hebammen unterliegt einer strikten Kontrolle: Jede einzelne Leistung muss dokumentiert und durch die betreute Frau gegengezeichnet werden. Die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ist umfassend und erfolgt regelmäßig. Die Transparenz der erbrachten Hebammenleistungen ist dabei sogar höher als bei manchen ärztlichen Pauschalen.

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 klargestellt¹⁶: 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 Hebammenhilfvertrag¹⁷ 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 wird im Hebammenhilfvertrag § 134a SGB V¹⁶ zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden ausgestaltet.

Rechtlich ist die Haftung bei der geteilten Vorsorge klar geregelt: Jede Berufsgruppe haftet ausschließlich für die eigenen erbrachten Leistungen. Dies ist in den Mutterschafts-Richtlinien seit der redaktionellen Klarstellung 2023¹⁵ eindeutig gefasst. Eine gemeinsame Betreuung durch Hebamme und Gynäkologin führt weder zu einer Vermischung der Verantwortlichkeit noch zu einem erhöhten

¹⁶ 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

¹⁷ 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_Hebammenhilfvertrag_09-2017.pdf. Zugriff am 24.08.2024

Positionspapier von DHV und Hebammenverband Niedersachsen e.V. zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge

Stand 26.09.2024, aktualisiert 2025

Haftungsrisiko. Seit vielen Jahren funktionieren Kooperationsmodelle beider Berufsgruppen problemlos und rechtssicher – sowohl in der Klinik als auch im ambulanten Bereich.

Die rechtlich abgesicherten Versorgungsmodelle in der Schwangerenvorsorge

Der Konflikt zwischen den Berufsgruppen darf nicht dazu führen, dass die frauenzentrierte Schwangerenvorsorge in den Hintergrund gerät¹⁸. Die Schwangeren erwarten eine gleichberechtigte Betreuung und Zusammenarbeit der Berufsgruppen bei den Vorsorgeuntersuchungen¹⁹.

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 Anspruch²⁰. So wird die Chance, die Hebamme als Leistungserbringerin in der Primärvorsorge als wertvolle Ressource des Gesundheitssystems zu etablieren, trotz geklärter Rechtslage offensichtlich nicht genutzt⁹.

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 empfohlen²¹. 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

¹⁸ Schäfers, R. (2011): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Schattauer GmbH Verlag, Stuttgart

¹⁹ 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

²⁰ 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

²¹ 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

noch 17²². 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 sein²³. 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 war²⁴. 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 sind²⁵. 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 Gesundheitsversorgung²⁶.

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 Indikation²⁷. 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)²⁸, worin Ultraschalluntersuchungen ohne Indikation ausgeschlossen sind.

Dennoch findet sich zwischen Schwangeren mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf kaum ein Unterschied in der Anzahl der Untersuchungen²⁰. 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 bei²².

Auch bei der Anzahl der CTGs sind kaum Unterschiede zwischen Schwangeren mit und Schwangeren

²² 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

²³ 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

²⁴ Siegmund-Schultze, E., B. Kielblock und T. Bansen. „Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun?“. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement (13) 4 2008. 210–215.

²⁵ 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.

²⁶ Mayer, J., Brandstetter, S., Tischer, C. Seelbach-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>

²⁷ 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

²⁸ 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

ohne Indikation erkennbar. In Deutschland wird in der S3 Leitlinie „Fetale Überwachung in der Schwangerschaft“²⁹ bei Schwangeren ohne besonderen Überwachungsbedarf empfohlen, kein antepartales CTG zu schreiben. Aber selbst in diesem Kollektiv werden bis zu 24 und im Mittel 4,8 CTG-Kontrollen geschrieben⁹. Abgerechnet wurden 92,2 % der CTGs ärztlicherseits und 7,8 % durch Hebammen²². 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 fehlen⁹. 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 negiert⁹. So ist eine informierte Entscheidung nicht möglich.

Die hohe Zahl an Untersuchungen führt dann auch zu zweifelhaften oder falsch positiven Befunden die Schwangere zusätzlich beunruhigen²³ und unnötige Interventionskaskaden auslösen können³⁰. 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 Mittelfeld³¹.

Als Grund der fehlenden Informationsgabe und Aufklärung wird die mangelnde Vergütung für den Zeitaufwand einer umfassenden Beratung angenommen⁹. 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 hierbei³². Die WHO sieht die Gesundheitskompetenz als elementar in der Gesundheitsförderung an³³.

Die Diskussion um die Schwangerenvorsorge sollte daher nicht von einem Interessenkonflikt zwischen den Berufsgruppen dominiert sein, sondern den Fokus auf die bestmögliche Versorgung der Schwangeren legen. Freiberufliche Hebammen tragen mit ihrer Expertise entscheidend zur Entlastung ärztlicher Praxen bei und stärken durch die Betreuung physiologischer Verläufe das Gesamtsystem. Anstatt strukturelle Hürden zu verteidigen, sollte die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten im Sinne einer frauenzentrierten und selbstbestimmten Versorgung betont werden.

²⁹ 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

³⁰ Baumgärtner, B. & Stahl, K. (2005). Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Bücher für Hebammen: Bd. 3.

³¹ 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

³² Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griese 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

³³ 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

Aufrichtiger Dank gilt Frau Prof.in Dr.in Christiane Schwarz für die Beratung, Frau Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers für das Korrekturlesen und Frau Prof.in Dr.in Ann-Kathrin Hirschmüller für die rechtliche Expertise.

Schauland, Hilke (2024): Positionspapier von DHV und Hebammenverband Niedersachsen e.V. zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge