

Schwangerschaft – (k)eine Krankheit?

Innerhalb der letzten Jahre hat die zunehmend hochtechnisierte Medizin die Schwangerschaft als Aktionsfeld entdeckt. Diese physiologische Phase im Leben einer Frau nimmt noch in älteren geburtshilflichen Lehrbüchern (wie Pschyrembel, Praktische Geburtshilfe) nur marginalen Raum ein und schien erst dann von ärztlichem Interesse, wenn die Frau erkrankte. Die gesunde Schwangere galt zwar als schonungsbedürftig – so empfahl Pschyrembel: »Niemals mit einer Schwangeren im Stehen verhandeln« (Pschyrembel u.a. 1989) –, mußte sich aber nur wenigen Kontrolluntersuchungen unterziehen, die zudem den voraussichtlichen Ablauf der Geburt zum wesentlichen Thema hatten. Erst mit der Neufassung der Mutterschaftsrichtlinien 1979 (Änderungen, im wesentlichen im Sinne von Ausdehnung der Kontrolluntersuchungen wurden 1980, 1982, 1984, 1987 und zuletzt 1991 vorgenommen) wurde in der BRD ein Konzept der Schwangerenbetreuung eingeführt, das die Untersuchungen standardisiert, in einem »Mutterpaß« dokumentiert und von Beginn der Schwangerschaft an Risiken selektiert.

Im folgenden Beitrag wird die heutige (1994) Form von Schwangerenbetreuung in der BRD beschrieben; dabei wird besonderes Augenmerk auf die Perspektive der Frau gelegt. Art und Ergebnisse der bundesdeutschen Schwangerenvorsorge werden mit anderen europäischen Ländern verglichen.

Die deutsche Geburtsmedizin begleitet die Gravidität einer Frau mit einer Vielzahl von Untersuchungen: Der Diagnose und der Anamnese folgen Bluttests zur Bestimmung von Hämoglobin, Blutgruppe, Rhesusfaktor und Antikörpern gegen Röteln; auch nach Infektionen mit Syphilis, Toxoplasmose und HIV-Erregern wird gesucht. Gewichtskontrolle und Urinuntersuchung, Blutdruckmessung und äußere körperliche Untersuchung werden ergänzt durch vaginale Tastuntersuchung, Beurteilung der Portio, Abstrichentnahme und teils abdominelle, teils vaginale Ultraschalluntersuchungen. Immer häufiger werden auch Fruchtwasserpunktionen (in der 16. bis 18. Woche) oder Chorionzottenbiopsien (ab der 9. Woche) zur Untersuchung des fetalen Chromosomensatzes vorgenommen. Weitere Blutuntersuchungen (Alpha-Feto-Protein) und computerisierte Hochrechnungen aus Blutwerten und Lebensalter der Mutter

(»triple-test«) liefern Wahrscheinlichkeitsberechnungen für Mißbildungen. Kurz vor der Geburt werden die Herztöne des Ungeborenen mittels Cardiotokographie (CTG), u.U. auch kombiniert mit einem Wehenbelastungstest untersucht. Auch können weitere Hormonuntersuchungen sowie Amnioskopien durchgeführt werden. Die Vielfalt und Häufigkeit all dieser Untersuchungen, deren Befunde nicht nur in der ärztlichen Krankenakte, sondern auch im der Frau übergebenen Mutterpaß dokumentiert werden, wird mit der Notwendigkeit, Risiken frühzeitig zu erkennen, begründet.

Tatsächlich gibt es ein breites Spektrum von Komplikationsmöglichkeiten in der Gravidität. Diese bestehen einerseits bei vorbestehenden Erkrankungen der Frau, die in der Schwangerschaft im Interesse von Mutter und Kind besonders sorgfältig erfaßt und behandelt werden müssen (z.B. Diabetes mellitus). Andererseits gibt es schwangerschaftsbedingte Erkrankungen (Gestosen) und fetale Entwicklungsstörungen des Ungeborenen, die diagnostiziert werden können. Die Früherkennung von Risiken soll zur Verminderung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität führen; mit anderen Worten, zur Herstellung von Sicherheit für Mutter und Kind bereits während der Schwangerschaft.

Interessanterweise enthält unser Risikokzept üblicherweise keinen Hinweis darauf, wie eng soziale Faktoren und Komplikationen miteinander verknüpft sind. Wenn aus den Analysen von Vorsorgeuntersuchungen hervorgeht, daß die am wenigsten gefährdeten Frauen diese am häufigsten in Anspruch nehmen, kommt es sogar zu Schuldzuschreibungen wie: »Risikopatientinnen schludern am meisten« (Medical Tribune 1992).

Anders sieht die Schwangerschaft aus der subjektiven Perspektive der werdenden Mutter aus.¹ Der häufigste und übereinstimmendste Satz, den europäische Frauen zu ihrer eigenen Schwangerschaft sagen, ist: »Schwanger-Sein ist doch keine Krankheit«. Tatsächlich fühlen sich die meisten Frauen in dieser Zeit wohl. Sie beschreiben sie als »Superzeit«, »war ganz fit und stark«, »hab mich blendend gefühlt von Anfang bis Ende, eigentlich besser als sonst«, »Toll, irgendwie geerdet«, »sehr gut, ganz gesund, die ganze Zeit«, »problemlos«.

Ein wichtiger Faktor für das Erleben der Schwangerschaft ist sicher die Verarbeitung des zu Beginn häufig bestehenden Überraschungsmomentes. Noch im 17. Jahrhundert wurde dies so erlebt:

Gestern, beim Abendessen, spürte die Maitresse des Königs die erste Regung ihrer Frucht. Mein Gott... schrie sie auf, und alle Herren wurden gebeten, den Raum zu verlassen...« (Duden 1991).

Die Kindsregung (ca. 4 bis 4 1/2 Monate nach Beginn der Gravidität) galt über lange Zeit als deutlichster Beweis der Schwangerschaft, und bis zum Aufkommen der Sonographie gelang es auch Ärzten und Hebammen nicht wesentlich eher, durch Hören der kindlichen Herztöne ihrerseits die Diagnose zu stellen.

Heute haben Frauen schon bei der ersten Vermutung – nach Ausbleiben der Menstruation – die Möglichkeit, die Schwangerschaft eindeutig festzustellen. Frei verkäufliche Tests, die mit hoher Sicherheit das Schwangerschaftshormon Beta-HCG schon am Tag der ausgebliebenen Regelblutung nachweisen, geben ihnen die Möglichkeit, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Gewißheit über die »anderen Umstände« zu erlangen. Viele Frauen nutzen dies, um erst einmal für sich alleine oder mit dem Partner um die neue Situation zu wissen, sie überdenken, spüren, verarbeiten zu können – bevor mit dem ersten Arztbesuch die Routine der Untersuchungen beginnt. Frauen, denen die Schwangerschaft während eines Arztbesuches mitgeteilt wird, fühlen sich oft überrollt, wenn z.B. der Diagnose sofort die Ultraschalluntersuchung folgt. Dabei wird ihnen zumeist ein als winzig erkennbarer Zellhaufen in der Gebärmutter schleimhaut mit den Worten: »Da ist Ihr Kind!« präsentiert. Die Ausstellung des Mutterpasses und die darin vorgesehenen, ca. 190 Einzeluntersuchungen im Falle der unkomplizierten Schwangerschaft (Schindele 1993) sollen zwar den sicheren Rahmen für die kommenden Monate bilden. Sie machen es der einzelnen Frau aber schwer, sich als Gesunde zu fühlen. Entscheidend ist häufig, ob die Frau eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Arzt/ihrer Ärztin oder ihrer Hebamme hat. Alle Frauen meiner Untersuchung beurteilten die Qualität ihrer Betreuung in enger Korrelation zur Qualität dieser Beziehung. Frauen in Tschechien sahen sogar die Notwendigkeit, diese Beziehung mit Bestechungsgeschenken zu fördern, um »Protektion« zu erlangen.

Es liegt auf der Hand, daß diesem Bedürfnis der Frauen nach kontinuierlicher, vertrauensvoller Betreuung am ehesten ein Setting entspricht, das auch Raum läßt für eine solche Beziehung. So erscheint es nicht verwunderlich, daß Frauen, die sich von einer Hebamme betreuen lassen, die sie in freundlich gestalteten, meist kleinen Räumen aufsuchen und die auch während der Schwangerschaft zum Hausbesuch kommt, sich oft besser betreut fühlen als Frauen, die nur den Besuch in der gynäkologischen Praxis kennen.

So kann eine gesunde Schwangere, die eine gynäkologische Praxis betritt, u.U. von der ersten Mitarbeiterin nach dem Krankenschein

oder Chip gefragt werden, von einer zweiten nach anamnestischen, durchaus intimen Details (wann war die letzte Regel? In welchem Abstand menstruieren Sie? usw.). Vor dem Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin ist vielleicht noch der Blutdruck gemessen, der Urin kontrolliert, das Gewicht festgestellt worden; eine Blutprobe zur Hämoglobinbestimmung, evtl. ein Cardiotokogramm wurden häufig von jeweils wechselnden weißbekittelten Menschen durchgeführt. Schließlich sitzt sie einem Facharzt gegenüber, dessen Ausbildung zum größten Teil aus Operieren und Diagnostizieren krankhafter Organbefunde bestand, während seine Kompetenz in Gesprächsführung und Erfassung psychosozialer Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit autodidaktisch oder gar nicht geschult wurde.

Häufig kommt das Gespräch in diesen Kontakten dann zu kurz, viele Frauen verlassen die Praxis verunsichert. Manche haben sich nicht getraut, ihre Fragen zu stellen, oder behalten aus der Untersuchung neue Fragen und Verunsicherungen zurück. Wie sollte eine Frau auch mit beiläufig geäußerten Sätzen wie diesem umgehen können: »Der biparietale Schädeldurchmesser Ihres Kindes liegt etwas unter der Norm, das sollten wir in 14 Tagen kontrollieren«.

Die durch solche Bemerkungen ausgelösten und in meiner Untersuchung häufig berichteten Ängste bringen die Frauen dazu, zu weiteren Kontrollen in der Praxis zu erscheinen, so daß die Befunderhebungen immer engmaschiger werden. Die Effizienz dieses Vorgehens muß jedoch in Frage gestellt werden; so konnte eine erste Untersuchung über die Ergebnisse von Schwangerschaftsvorsorgen in einem großen städtischen Krankenhaus nachweisen, daß zahlreiche Auffälligkeiten im Schwangerschaftsverlauf, darunter auch das Rauchverhalten der Frauen, trotz häufiger fachärztlicher Untersuchungen nur unzureichend aufgedeckt wurden (Jahn 1994). Die Gründe für diese Problematik sind teilweise struktureller Art: auch GynäkologInnen, die sich sehr viel Mühe geben, ihren Patientinnen zuzuhören und sich auf deren Bedürfnisse einzustellen, müssen mit den strukturellen Bedingungen (z.B. der Einzelleistungsvergütung) kämpfen, die es ihnen schwierig machen, ihren Betrieb Praxis zuwendungsorientiert und nicht im Stile eines kleinen Krankenhauses zu führen.

In meiner Untersuchung äußern sich viele Frauen positiv über ihre ÄrztInnen. In keiner Äußerung kommt jedoch diese Art von Vertrauen zum Ausdruck, die eine Frau zu ihrer Hebamme entwickelt:

Was ich toll fand, war das Gefühl, daß die so zuverlässig sind – daß Du sie jederzeit erreichen kannst. Ich war auch wirklich sicher, daß ich sie wegen jedem Mist anrufen kann, wenn ich mir unsicher bin – also dieses Gefühl kam schon rüber, das hat mir unglaublich viel Ruhe und Stärke gegeben. Ich hatte nicht ansatzweise einmal das Gefühl, daß ich unsicher aufgehoben bin.

Es wird deutlich, daß diese Frau eine vertrauensvolle Beziehung auf einer gleichberechtigten Ebene zu ihren Hebammen entwickeln konnte – eine günstige Voraussetzung zu einem guten Geburtsverlauf. Tatsächlich hat sie die Geburt aktiv und ohne Komplikationen bewältigt; das ist bei ständig steigenden Interventionsraten (die Kaiserschnittquote in der BRD nähert sich 20 %) inzwischen keine Selbstverständlichkeit mehr.

Viele Frauen berichten über solche guten Beziehungen zu ihren Hebammen. So sagt eine Holländerin rückblickend auf Schwangerschaft und Geburt:

Ich find's richtig schade, daß es nun vorbei ist – bis zum nächsten Kind. Man wird so vertraut miteinander... ich bin immer so gerne auch zu den Hebammen hingegangen, das war richtig gemütlich dort, ganz anders als bei den Gynäkologen.

Vertraut, gemütlich, gleichberechtigt sich zu fühlen ist für eine Frau leicht mit einer Hebamme, die weiblich ist wie sie selbst, vielleicht eigene Geburtserfahrungen hat und ihr in einer praxisnahen Ausbildung erworbenes Fachwissen verständlich vermitteln kann; deren Untersuchungsverfahren außerdem überschaubar und nachvollziehbar sind. Hebammen beschränken sich meist auf die äußere Untersuchung (=Abtasten des Bauches), ergänzt durch Blutdruck-, Gewichts- und Urin-Kontrolle; sie hören die Herztöne des Ungeborenen oft noch mit dem Holzstethoskop ab und konzentrieren sich auf das Gespräch mit der Schwangeren.

Tatsächlich steht der technische Minimalaufwand, mit dem die Hebamme vorgeht, in erheblichem Kontrast zur immer aufwendigeren apparativen Einrichtung einer gynäkologischen Praxis. Läßt sich das tatsächlich miteinander vergleichen? Sind die technischen Untersuchungen nicht notwendig, um Risiken auszuschließen – Schwangerschaftsvorsorge durch ÄrztInnen muß doch sicherer sein? Um dieser Frage nachzugehen, ist der Blick über die Grenzen hilfreich. Wie werden denn in anderen Ländern Schwangere betreut und mit welchen Ergebnissen?

Eine vergleichende Studie in zwölf westeuropäischen Ländern (Phaff 1986) stellt fest, daß die Anzahl der vorgesehenen Schwangerschaftskontrollen in diesen Ländern variiert zwischen drei bis vier (Schweiz) und vierzehn (Finnland, Norwegen). Mit damals

zehn im deutschen Mutterpaß vorgesehenen Untersuchungen lag die BRD im oberen Drittel; im Mittel wurden bei uns 8,5 Untersuchungen durchgeführt. Inzwischen sind in der BRD zehn bis vierzehn Untersuchungen vorgesehen. Geht man der Frage nach, wer die Kontrollen durchführt (und daran hat sich nichts geändert), erfährt man:

In vier dieser zwölf Länder werden Schwangerschaftskontrollen nur ausnahmsweise von Hebammen durchgeführt; die gesamte Vorsorge ruht hier in Händen der Gynäkologie (Deutschland, Schweiz, Luxemburg, Belgien). In vier anderen Ländern (Schweden, Norwegen, Finnland, Holland) wird die normale Schwangere in der Regel von Hebammen betreut, die Problemfälle an Gynäkologen überweisen können. Vier weitere Länder (Dänemark, Frankreich, England und das separat aufgeführte Schottland) teilen die Schwangerschaftsvorsorge zwischen Ärzten und Hebammen etwa gleichmäßig auf. Verglichen mit diesen unterschiedlichen Betreuungsformen läßt sich über die Ergebnisse, gemessen an Mortalität, Sterblichkeit von Müttern und Kindern, folgendes sagen: Im Verhältnis zu außereuropäischen Daten (mit Ausnahme Japans, aber inkl. USA) sind die westeuropäischen Ergebnisse herausragend gut. Nur noch sehr wenige Kinder und noch viel weniger Frauen sterben in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Dennoch gibt es auch innerhalb Europas Unterschiede: Die perinatale Mortalität und die Säuglingssterblichkeit in den skandinavischen Ländern lag lange deutlich unter der Deutschlands, Luxemburgs und Belgiens. In der Müttersterblichkeit schneidet die BRD seit 20 Jahren eher schlecht ab; sie hat sich zwar seit 1974 ständig verringert (wie in allen Ländern), liegt aber in den achtziger Jahren noch fünfmal so hoch wie in Schweden (10,8/2,1 pro 100 000 Lebendgeborene 1984). (KV München 1992, Martius 1988, Pschyrembel u.a. 1989).

Erstaunlicherweise führt also die hochtechnisierte Schwangerschaftskontrolle des deutschen Gesundheitswesens nicht zu – im europäischen Vergleich – besonders herausragenden Ergebnissen. Erst 1992 und 1993 erreichen die deutschen Zahlen das skandinavische Niveau; eine genaue Analyse, welche Faktoren hier eine Rolle spielen, steht noch aus. (Zu den in diesem Zusammenhang zu diskutierenden Faktoren gehörten: »sinkende Kinderzahl«, »höherer Bildungsstatus der Frauen«, »bessere Zugänglichkeit zu Familienplanungsmethoden und Schwangerschaftsabbrüchen« und nicht zuletzt »Probleme bei der Datenerfassung«; die Daten sind bislang auch in den Perinatalerhebungen weder vollständig noch auf ihre

Validität überprüft). Statt dessen weist die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (1994) stolz darauf hin, daß diese Erfolge nur mit dem weltweit dichtesten Netz von technisch-apparativer Versorgung von Schwangeren möglich seien – eine kausale Verknüpfung besonderer Art.

Unerwähnt bleibt, daß dieses System auch dazu führt, daß besonders viele Frauen das Etikett »Risikoschwangerschaft« (Definition nach dem deutschen Mutterpaß) bekommen.

Beispielsweise geben drei Entbindungskliniken im mittelständisch-ländlich geprägten Raum Marburg/Gießen folgende Zahlen für Risikoschwangerschaften in der Gesamtklientel für 1991 an: Im Kreis-krankenhaus 58,2 % (bei 560 Geburten insges.), im Städtischen Krankenhaus 60,5 % (bei 978 Geburten) – in der Universitätsklinik 76,1 % (bei 1278 Geburten insgesamt) (Reddemann 1993). Für die Gesamtbevölkerung dieser Region ermittelt sich also ein Wert von über 60 %. Etwa zwei Drittel aller Schwangeren bekommen ärztlich attestiert, daß Risiken bestehen, ihre Schwangerschaft also nicht normal ist. Diese Zahlen sind für andere Regionen der BRD ähnlich – teilweise steigt die Zahl der Risikoschwangerschaften auf 80 % (Collatz 1993, Schindele 1993).

In Deutschland gilt offensichtlich: bei vielen Frauen ist Schwangerschaft eindeutig eine Krankheit!

Im Nachbarland Holland ist das Zahlenverhältnis genau umgekehrt: 70 % der Schwangeren gelten als nicht, oder nur mit geringen Risiken behaftet; sie gelangen nie in fachärztliche Kontrolle. Die Häufigkeit der Diagnose »Risikoschwangerschaft« auf dem deutschen Krankenschein führte dazu, daß die deutsche Kassenpatientin 1991 im Mittel sechsmal mit Ultraschall untersucht wurde. Die 1992 einsetzende Weigerung der Kassen, mehr als eine Untersuchung im Quartal zu bezahlen (also drei bis vier in der gesamten Schwangerschaft; zwei sind in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen), löste Empörung in gynäkologischen Praxen aus. Man sah die Sicherheit der Überwachung gefährdet.

Dieser Eindruck und die daraus resultierenden Forderungen stehen allerdings in krassem Widerspruch zu wissenschaftlichen Ergebnissen. In großen Studien (Ewingman 1993, Newnham 1993) konnte nachgewiesen werden, daß das Ultraschallscreening der klinisch unauffälligen Schwangerschaft keinerlei positiven Einfluß auf die Ergebnisse hat. So lag in einer Untersuchung von mehr als 15 000 amerikanischen Frauen in der ultraschallkontrollierten Hälfte der Gruppe die Zahl der sogenannten Problemgeburten mit 5 % genau

gleich hoch wie in der anderen Hälfte, die keine Ultraschalluntersuchung erhalten hatte. (Ewingman 1993).

Erstaunlicherweise ist dieser Erkenntnis in der deutschen Praxis bisher nicht einmal eine nennenswerte Diskussion gefolgt, im Gegensatz zu Schweden, wo man derzeit überlegt, die üblichen zwei Ultraschall-Untersuchungen auf eine zu reduzieren.²

Aber auch die hohe Anzahl von deklarierten Risikofällen ist bisher kaum thematisiert worden. Eine unbefangene Beobachterin könnte meinen, die oben geschilderten »Risikozahlen« müßten Frauen, Ärztinnen und Ärzte sowie GesundheitspolitikerInnen auf die Barrikaden treiben – oder zumindest Anlaß zu größter Besorgnis geben. Dies ist bisher nicht der Fall. Die Gesundheitspolitik orientiert sich nicht an den »Risikozahlen«, sondern an den Ergebnissen – und die sind, wie ich bereits schilderte, nicht aus dem Rahmen fallend.

Ärztinnen und Ärzte wissen um den Zusammenhang zwischen Untersuchungshäufigkeit und Risiko – da die meisten von ihnen als Kassenärzte niedergelassen sind, ist ihr Interesse, weniger Frauen zu untersuchen, verständlicherweise gering.

Vielleicht wird auch aus diesem Grund in der BRD bis heute immer noch routinemäßig die vaginale Untersuchung der Schwangeren durchgeführt, ein Vorgehen, das in vielen anderen Ländern (z.B. Skandinavien) mangels Relevanz der Befunde längst aufgegeben wurde. Die Frauen selbst schließlich durchschauen die Zusammenhänge am wenigsten. Für viele ist die Schwangerschaft ein einmaliges Erlebnis – wenige haben mehr als zwei Kinder. Viele verspüren zwar innere Widerstände, wenn sie in dem Zustand, den sie selbst als problemlos oder sogar mit besonderem Wohlgefühl verbunden beschreiben, als Risikofall eingestuft werden; dennoch wehren sich die wenigsten dagegen. Risiken zu haben bedeutet schließlich auch, mehr Zuwendung bei häufigeren Untersuchungen zu bekommen. Außerdem steht hinter allem ja die Annahme, daß aufgrund der engmaschigen und hochtechnisierten Überwachung besondere Sicherheit gegeben sei. Wenn die Schwangerschaft dann mit der Geburt eines gesunden Kindes endet (bei ca. 95 % aller Geburten), steht ohnehin die Freude über den glücklichen Ausgang über aller retrospektiven Kritik.

Heißt es also: Wo kein Kläger, da kein Richter?

Es gibt dennoch gewichtige Gründe, auf eine Veränderung dieser Situation hinzuwirken.

1) Gemessen am allgemeinen Gesundheitsstandard der deutschen Bevölkerung, der sich z.B. in der hohen Lebenserwartung spiegelt,

sind die Ergebnisse der Schwangerenbetreuung – im internationalen Maßstab – noch unbefriedigend (Martius 1988).

2) Der hohe technisch-apparative Aufwand und die Konzentrierung der Schwangerenvorsorge auf ärztliche SpezialistInnen ist sehr teuer (Collatz 1993).

3) Die quasi implizite Definition von Schwangerschaft als kontrollbedürftigem Risikofall – eben als Krankheit! – für die Mehrzahl der Frauen macht sie trotz ihres eigenen Wissens um die Normalität des Zustandes unsicher und befangen. Die Gesamtsituation der Medikalisierung von Schwangerschaft verhindert Gesundheit.

Bei sorgfältiger Analyse der Gründe, weshalb andere Länder billiger zu besseren Ergebnissen kommen, erkennt man als erstes strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen. Alle diese Länder haben ein differenziertes System der Schwangerenbetreuung, das Frauen zunächst zur Hebamme führt. Die Hebamme ist zumeist in der Nähe des Wohnortes, oft im gleichen Viertel, zu finden; jede betreut eine überschaubare Zahl von Schwangeren – nicht mehr als 100 bis 150 im Jahr. Im Vergleich: eine große gynäkologische Praxis in der BRD betreut über 800 Schwangere pro Jahr, wie der Vorsitzende des bayerischen Berufsverbandes der Frauenärzte auf einem Gesundheitsforum berichtete (Koschade 1990).

Der persönliche Kontakt zur Hebamme stiftet Vertrauen; die Voraussetzungen zur Entstehung einer persönlichen Beziehung sind günstig. Die Art der Betreuung läßt sich mit der amerikanischen Kurzformel: »high touch – low tech« beschreiben und gewährleistet für die Frauen am ehesten, in ihrer subjektiven Wirklichkeit – und nicht als medizinisches »Objekt« – wahrgenommen zu werden.

Nur Frauen mit speziellen Komplikationen – Hebammen werden in diesen Ländern sorgfältig geschult, diese zu erkennen und sind dafür auch verantwortlich – werden als Risikofälle zu Fachärzten geschickt. Das sind z.B. in Holland landesweit 20 bis 22 % aller Schwangeren, von denen einige nach Behebung der Störung auch wieder zurück zur Hebamme kommen, z.B. nach vorzeitigen Wehen.

Dieses gestufte System findet sich häufig auch in den Kliniken, wo es in Schweden beispielsweise eigene Abteilungen, ABC (Alternative Birth Care) -Units, für Geburtshilfe mit wenig Technik gibt; diejenigen Frauen, die bzw. deren Kinder ernste medizinische Probleme haben, werden auf hochspezialisierte Abteilungen konzentriert, die sich zumeist in Universitätskliniken befinden. Ein solcher Filtereffekt ist bei uns bisher nur in geringem Maß nachweisbar; der niedergelassene deutsche Gynäkologe mit 800 Schwangeren im Jahr

überweist davon nur ca. 20 an andere Fachärzte bzw. in ein Perinatalzentrum (Koschade 1990) Eine Veränderung des bisherigen Systems »high technology for all« in Richtung »high tech only for high risk« könnte dazu führen, daß die absurde Situation, zwei Drittel aller deutschen Schwangeren als risikobehaftet zu definieren, einer Normalität Platz macht, in der mindestens Zweidrittel aller Schwangeren *keine* nennenswerten Risiken haben. Eine Neubestimmung des Risikobegriffs könnte zu dem Schluß kommen, daß eine Einteilung in kleine bis mittlere und große Risiken die Realität besser trifft als ein globaler Risikobegriff, der eine Frau u.U. nur aufgrund ihres Alters, oder ihres Körpergewichts oder ihrer Vorgeschichte genauso als gefährdet beschreibt wie eine manifest an Spätgestose Erkrankte. Am holländischen System, das diese Differenzierung vornimmt, ist darüber hinaus bemerkenswert, daß zu jeder Komplikation die Frage der Behandlungsindikation gestellt wird. In einer Indikationsliste ist festgelegt, daß die Frau nur dann in ärztliche Betreuung wechselt, wenn der Spezialist für das diagnostizierte Problem auch eine Lösung hat. Tatsächlich sind viele der heute z.B. mit Ultraschall diagnostizierbaren, oft auch nur vermuteten Abweichungen zumindest während der Schwangerschaft ohne jede therapeutische Konsequenz, wie schon der Blick in jedes geburtshilfliche Lehrbuch zeigt: Pränatale Diagnostik füllt ganze Kapitel – pränatale Therapie beschränkt sich im wesentlichen auf Zukunftsperspektiven.

Um das zu verdeutlichen, möchte ich erneut aus einem Interview zitieren. Eine dreißigjährige Frau berichtet über ihre erste Schwangerschaft:

Das einzige, was nicht so schön war, war der Streß mit dem Ultraschall. Ab der 20. Woche sah man Zysten an den Nieren vom Kind. Da wurde mir Angst gemacht; plötzlich hatte ich auch hohe Blutdruckwerte, aber immer nur in der Praxis des Gynäkologen. Nun hieß es, ich bekäme eine Gestose. Das stimmte aber nicht, der Blutdruck war zu Hause und auch in der Praxis meiner Hausärztin immer ganz normal. Ich bin eben so ein Typ, wenn ich mich aufrege, steigt der Blutdruck. Das wurde mir aber nicht geglaubt – es wurde nur immer wieder Ultraschall gemacht, und ich habe mich immer mehr aufgeregt. Da wollten sie mich noch zu anderen Spezialisten schicken – bis ich gefragt habe: Was kann man eigentlich machen, wenn das Kind nun Nierenzysten hat, vor der Geburt? Und alle haben mir gesagt: Nichts. Höchstens genau wissen, wie groß sie sind, um es eben genau vorher zu wissen. Darauf habe ich gesagt, ich will es gar nicht wissen! Ich finde, wenn das Kind auf der Welt ist, kann man's untersuchen, erst dann hat es doch eine Konsequenz. Das ist ohnehin schon das, was einem an der Schwangerschaft Angst machen kann – daß man nicht weiß, was da kommt! und das wird durch die vielen Ultraschalls nur gefördert. Mir hat es schlichtweg Angst gemacht, aber ich habe mich mit einem mulmigen Gefühl davon verabschiedet. Ich bin nicht mehr in die gynäkologische Vorsorge, sondern nur noch zu

meiner Hausärztin gegangen. Das war letztendlich eine gute Entscheidung. Ich konnte ihr sagen, ich will nicht das Gefühl haben, ich bin krank, mein Kind ist krank ... und mein Blutdruck war wieder normal. Letztendlich hatte es alles nichts zu bedeuten; ich bekam keine Gestose, und die Nieren von dem Kind hatten nach der Geburt keine Zysten, es hatte nur eine Ureterabgangstenose.

In vieler Hinsicht ist diese Patientinnengeschichte typisch: Sie hat in der gynäkologischen Praxis eine typische »high tech – low touch« Erfahrung gemacht; offensichtlich ist es weder dem Arzt noch seinen Mitarbeiterinnen gelungen, sich in die sehr sensible Frau einzufühlen und auch nur etwas von ihrer subjektiven Wirklichkeit (ihre Angst, ihre individuelle Blutdruckreaktionen) zu verstehen.

Ungewöhnlich ist, daß diese Frau sich nicht krank machen ließ, sondern ihren eigenen Weg der Gesundheit ging; zur Hausärztin, der sie vertraute. Ihre Konsequenz heißt dann auch: »Beim nächsten Mal geh ich zu keinem Arzt, sondern nur zur Hebamme – oder zu meiner Hausärztin«.

Die Mehrzahl der Frauen ist nicht so selbstbewußt – anders läßt sich die riesige Zahl der deklarierten »Risikoschwangerschaften« nicht mehr erklären. Es entspricht auch nicht der klassischen weiblichen Sozialisation, sich gegen ärztliche, häufig männliche Autorität aufzulehnen (Stahr u. a. 1991). Viele Frauen sind es gewohnt, in einer eher passiven Rolle zu sein; und selbst wenn sie damit für sich nicht einverstanden sind, überzeugt sie das Argument: »im Interesse der Gesundheit ihres Kindes« von fast jeder angeblich notwendigen weiteren Untersuchung.

Ein resignativer Schluß? Wird die Medikalisierung und Technisierung weiter zunehmen? Zumindest die langfristige Perspektive ist sicherlich besser. Mehr und mehr Frauen sind kritisch und selbstbewußt, auch im Umgang mit ärztlicher Autorität; dazu hilft ihnen auch ihre bessere Ausbildung. Gleichzeitig hat ein kritisches Nachdenken innerhalb und außerhalb der Medizin zur »Qualität im Gesundheitswesen« begonnen. Qualität wird definiert als: »das Maß, in dem die Gesundheitsversorgung die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß vom Patienten erwünschte »Gesundheits-Ergebnisse« erzielt werden – und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.« (Klemperer 1994). Daran gemessen läßt sich an der Qualität der deutschen Schwangerenbetreuung noch manches verbessern.

Geräte wie Ultraschall und Cardiotokograph dürften nur noch in Situationen eingesetzt werden, in denen dies auch auf Basis wissenschaftlicher Evidenz gerechtfertigt ist: bei Hochrisikofällen und

Komplikationen. Dies entspräche übrigens auch den Empfehlungen der WHO für bedarfsgerechte Technologie unter der Geburt (WHO 1987), die auch vorschlagen, daß allen Frauen kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme ihrer Wahl während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zur Verfügung stehen sollte.

Grundlage solcher Veränderungen müßte eine kritische Gesundheitsforschung sein. In diese müßten alle Aspekte – medizinische, psycho-soziale, epidemiologische und nicht zuletzt die subjektive Sicht der Frauen einbezogen werden.

In England und englischsprachigen Ländern hat sich die Diskussion um die richtige Betreuung von Schwangerschaft und Geburt wesentlich verändert, seit mit der »Oxford Database on Perinatal Trials« und dem umfangreichen Nachschlagewerk »Effective Care in Pregnancy and Childbirth« (Chalmers 1989, Enkin 1992) die wissenschaftlichen Grundlagen geburtshilflichen Handelns erstmals nach Kriterien wie Evidenz und Validität, und auf der Basis aktueller internationaler Ergebnisse überprüfbar wurden. Dadurch wurde ein Umdenken auch in der Gesundheitspolitik ermöglicht. Mitglieder des Gesundheitsausschusses des britischen Unterhauses, die die Situation analysierten (House of Commons 1992), stellten die Forderung auf, kleine geburtshilfliche Einheiten wie auch Hausgeburts-hilfe künftig zu unterstützen als adäquate Entbindungsmöglichkeiten für Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaftsverläufen – eine Kehrtwendung, die speziell in der BRD eher abschreckende als anziehende Wirkung zu haben scheint.

Die in diesem Winterton-Report aufgelisteten Wünsche der englischen Frauen an ihre GeburtshelferInnen konzentrieren sich auf drei Bereiche:

1. *Kontinuität* in der Betreuung – am liebsten durch eine Hebamme
2. *Wahlmöglichkeiten* in bezug auf das Vorgehen, möglichst auch bezüglich der Klinik
3. *Kontrollmöglichkeiten* – selbst bestimmen zu können, was mit ihnen und dem Kind geschieht, und, damit eng verbunden, ausgiebige *Informationsmöglichkeiten* zu allen Vorgängen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (House of Commons 1992).

Es erscheint plausibel, daß solche Bedürfnisse auch in anderen Ländern existieren.

In den von mir erhobenen Interviews bestätigen sich diese Wünsche innerhalb der BRD (Ost und West) genauso wie in sieben europäischen Nachbarländern – wobei die holländischen Frauen die

größte Zufriedenheit äußern. Ihnen wird in allen drei Bereichen am meisten geboten. Aber auch die zunehmende »low-technology«-Entwicklung in Skandinavien trifft auf sehr positive Resonanz (Universität Bergen 1992, Waldenström 1993).

Die Geburtshilfe Deutschlands hat eine Chance, angesichts dieser Entwicklung zu beweisen, daß sie sich weiterhin als *Geburtshilfe* und nicht als ausschließliche *Geburtsmedizin* versteht. Es bleibt abzuwarten, ob die Frauen selbst, gegebenenfalls von Hebammen und hoffentlich von GesundheitspolitikerInnen unterstützt, sich hierzulande eine qualitativ gute Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe werden einfordern können.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Beate A. Schücking

Hildeboldstraße 3, 80797 München, Telefon (089) 30 77 88 17

Anmerkungen

- 1 Zu dieser Schilderung ziehe ich die über 80 qualitativen Interviews mit nach Zufallsprinzip ausgewählten erstgebärenden Frauen in acht europäischen Ländern (Bundesrepublik Deutschland, Schweden, Norwegen, Luxemburg, Tschechien, Niederlande, Österreich, Frankreich) heran, die ich seit Juli 1993 durchgeführt habe. Ein erster Überblick über die Studie erscheint mit dem Titel »Frauen in Europa – unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt« in: W. Schiefenhövel (Hg.), *Ethnomedizin der Geburt. Curare*. München, 2. Aufl. 1995. Eine eigene Buchpublikation mit dem gleichen Titel erscheint voraussichtlich 1996.
- 2 Die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin hat inzwischen eine Stellungnahme herausgegeben, die für die Beibehaltung der bisherigen Praxis plädiert. Begründung: Amerikanische Verhältnisse ließen sich nicht auf deutsche übertragen – und: man »glaube«, daß Deutschland seine guten Perinatalstatistiken »nicht zuletzt auch der Einführung des US-Screenings zu verdanken hat« (*Der Frauenarzt*, 1994, 35: 506). Es bleibt die Frage offen, ob »Glaube« oder wissenschaftlich gesicherte Evidenz eine solch kostspielige Praxis absichern sollten!

Literaturverzeichnis

- Chalmers, I.: *The Oxford Database of Perinatal Trials*. New York 1989
- Collatz, J.: Entspricht die derzeitige Versorgung dem Betreuungs- und Beratungsbedarf schwangerer Frauen? *G F G – Rundbrief* 1/1993, 33-50
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: *Pressemitteilungen zum 50. Kongreß im August*. München 1994.
- Duden, B.: *Der Frauenleib als öffentlicher Ort*. Hamburg, Zürich 1991, 92

- Enkin, M., M. Keirse und I. Chalmers: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, New York 1992
- Ewingman, B. et al: *Effect of Prenatal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome*. *New England Journal of Medicine* 1993, 329(12): 821-827
- House of Commons, Health Committee: *Maternity Services, Second Report*. London 1992. Auch als »Winterton-Report« bezeichnet.
- Klemperer, D.: *Qualität in der Medizin VDÄÄ-Rundbrief I/1994*
- Jahn, M.: *Vortrag auf der Hebammentagung im September 1994 der Evangelischen Akademie in Bad Boll*. Bad Boll 1994
- Koschade, E.: *Geburtsmedizin heute*. *Süddeutsche Zeitung – Forum*. 8.12.1990
- KV (Kassenärztliche Vereinigung) München (Hrsg.): *Bayerische Perinatalstudie*. München, jährlich 1975-1992
- Martius, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der Geburtshilfe*. Stuttgart, New York 1988, 566
- Medical Tribune* Nr. 29 vom 17.7.1992, Überschrift, 18
- Newnham, J. et al: *Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial*. *The Lancet* 1993, 342: 887-891
- Phaff, J.: *Perinatal Health Services in Europe*. London & Sydney 1986, 3-9
- Pschyrembel, W. Dudenhausen, J.W.: *Praktische Geburtshilfe*. Berlin, New York 1989, 31
- Schindele, E.: *Pfusch an der Frau*. Hamburg 1993, 63
- Reddemann, R.: *Happy Birthday*. Marburg 1993, 186
- Stahr, I., S. Jung und E. Schulz (Hrsg.): *Frauengesundheitsbildung*. Weinheim, München 1991, 22-35
- Universität Bergen (Hrsg.): *Folkhelsa: Arsmelding 1991*. Bergen 1992
- Waldenström, U., und C.-A. Nilsson: *Women's Satisfaction with Birth Center Care: A Randomized, Controlled Study*. *Birth* 1993, 20 (march):1
- WHO: *Wenn ein Kind unterwegs ist. Öffentliches Gesundheitswesen in Europa* 26. Kopenhagen 1987