

26 Ford, Patricia Ann; Seacat, Milvoy N.; Silver, George A.: The Relative Roles of the Public Health Nurse and the Physician in Prenatal and Infant Supervision, in: American Journal of Public Health, Vol. 56 (1966), S. 1097–1103.

27 Maier, Erne a. a. O.

28 Vgl. Kölle, Ruth a. a. O.

Konrad W. Tietze

Der Mutterpaß – eine Dokumentation mangelnder Schwangerenvorsorge?

Seit dem Jahre 1968 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland und in Berlin (West) einen einheitlichen Mutterpaß, der die bei der Schwangeren erhobenen anamnestischen Daten und körperlichen Befunde aufnehmen soll. Dieses Dokument bleibt im Besitze der Schwangeren und wird vom Arzt parallel zu seinen eigenen Aufzeichnungen geführt. Der Paß machte in seiner bis dahin 10jährigen wechselvollen Geschichte Schlagzeilen in der Presse¹. Seine Initiatoren mußten sich gegen die Einführung eines einheitlichen „Sprechstundenblattes“ durchsetzen² – ein Formular, das allein dem Arzt zugänglich gewesen wäre. 1968 stellt die Zeitschrift *Euromed* fest: „Zusammen mit den neugefaßten Richtlinien (von 1968) bereitet der Paß den stets problematisch gebliebenen Sprechstundenblättern endgültig den Garaus.“ Um die Bedeutung dieses Schrittes einschätzen zu können, sollten die zwei Argumente genannt werden, um die es den Befürwortern des Passes ging: Verfügbarkeit aller bis zum jeweiligen Zeitpunkt der Schwangerschaft gesammelten Daten und das Herausfinden besonders gefährdeter Schwangerschaften, sog. Risiko-Schwangerschaften.

Die Risiko-Schwangerschaft

In der Mehrzahl der Fälle verläuft eine Schwangerschaft „normal“ – d. h. ohne irgendwelche Zeichen einer Gefährdung von Mutter und Kind – und wird durch eine komplikationslose Geburt abgeschlossen. Die Geburt des Kindes aus „Hinterhauptslage“ ist die Regel – der negative Schwangerschaftsausgang die Ausnahme. In der Schwangerenvorsorge ist der Arzt gehalten, diese Ausnahme zu prognostizieren, um ihr zuvorzukommen. Für die Prognose versucht er aus dem Erfahrenen Kriterien zu gewinnen, die mit dem Ereignis der Geburt und dem Befinden des Neugeborenen sowie dem Befinden der Mutter in irgendeinem Zusammenhang stehen könnten. Allgemein gesagt kann es sich dabei nur um Faktoren handeln, die vor der Empfängnis bestanden und über die Empfängnis hinaus in die Schwangerschaft hineinwirken (anamnestisch-biographische Fak-

toren) oder um solche, die in der Zeit der Schwangerschaft auf die Mutter und das Ungeborene einwirken (peristatische Faktoren). Mit dieser Feststellung soll zunächst der Versuch, gefährdete Schwangere zu identifizieren³, ausreichend beschrieben sein – wenn auch manche Frage dazu noch offen bleibt.

Das Sammeln solcher Entscheidungskriterien vollzieht der Arzt nach hergebrachter Weise durch die Anamneseerhebung und die körperliche Untersuchung. Die Summe der Informationen mündet in der Diagnose, deren Interpretation – die Prognose – bei Schwangerschaft und Geburt über die Frage entscheidet, ob ein Risiko vorliegt oder nicht, vorausgesetzt entsprechende Grenzwerte sind festgelegt. Mit fortschreitender Schwangerschaft vergrößert sich die Menge der Information. Dadurch sind die Diagnose und die von ihr abhängigen Entscheidungen jeweils das Ergebnis eines Prozesses. Eine Blutung im dritten Monat der Schwangerschaft, eine übermäßige Gewichtszunahme gegen Ende sind Befunde, die eine bis dahin „normale“ Schwangerschaft in die Gruppe der Risikoschwangerschaften einordnen. Die Verpflichtung zur Dokumentation⁴ bekommt dadurch für die Schwangerenvorsorge eine spezielle Bedeutung: Bei jedem Besuch der Schwangeren muß das gesamte Wissen aktualisierbar sein und für den Entscheidungsprozeß über die Einordnung der Schwangerschaft abrufbereit gespeichert werden. Zur Verbesserung der Sicherheit solcher Entscheidungen ist das selbst dann nötig, wenn die Schwangere immer den gleichen Arzt aufsucht.

Warum ein Mutterpaß?

Der „Speicher“ hatte die Form eines Krankenblattes oder einer Karteikarte. Bei der Einführung des Mutterpasses 1958 ging man davon aus, daß die ärztlich erhobene Anamnese und die Befunde einer Schwangeren – deren Beweglichkeit ja keineswegs eingeschränkt ist – allezeit und an jedem Ort zur Verfügung stehen mußte. Als wichtigste Informationen wurden seinerzeit die Blutgruppe und die Rhesuseigenschaften der Schwangeren angesehen. Hierzu hat sich Dr. Küpper, Initiator der Mutterpaßaktion in Gelsenkirchen 1958 und damaliger Leiter des dortigen Gesundheitsamtes, in einer Pressekonferenz gegenüber dem Tagesspiegel⁵ folgendermaßen geäußert: „Wenn man es nämlich heute schon für erforderlich hält, jeden Kraftfahrer mit einer Unfallschutzkarte auszustatten, in der die Blutgruppe vermerkt ist, dann muß ich sagen, das Risiko, in die Lage zu kommen, in der eine Blutübertragung notwendig ist, ist bei einer Gebärenden unvergleichlich höher . . .“ und weiter „Bei etwaigen unerwarteten Zwischenfällen oder bei der Entbindung kann sich dann auch ein fremder Arzt rasch orientieren.“ Ein beschleunigtes Verfahren bei der Feststellung der Blutgruppenzugehörigkeit hat den Wert dieser Eintragung relativiert. Aber die Feststellung der Rhesuseigenschaften ist im Hinblick auf die inzwischen mögliche Prophylaxe der Rhesusunverträglichkeit in ihrer Bedeutung noch gestiegen.

Mit der letzten Fassung der Mutterschaftsrichtlinien vom 16. 12. 1974, in Kraft getreten am 1. 4. 1975, ist als Vereinbarung der Ärzte und Krankenkassen in den Mutterpaß die Liste der Risikomerkmale aufgenommen worden. Der zweite Teil dieser Liste enthält die Faktoren, die während der Schwangerschaft auftreten können (peristatische Faktoren). Während der einzelnen Besuche in

der Schwangerschaft und der dabei erhobenen Befunde müßte dieser Teil der Liste immer wieder überprüft werden, um die für die Leitung der Schwangerschaft so wichtige Entscheidung über die Frage „Risiko oder nicht Risiko?“ treffen zu können. Kann diese Frage auf Grund der ärztlichen Eintragungen in den Mutterpaß auch beantwortet werden?

Eine Feldstudie in Rheinland-Pfalz im Februar und März 1977

Um diese Frage beantworten zu können, muß an dieser Stelle eine Studie des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes⁶ kurz beschrieben werden. Diese Studie befaßt sich mit den sozialen Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge.

Von 3301 in Rheinland-Pfalz in der Zeit zwischen dem 15. 1. und 25. 2. 1977 gemeldeten Geburten gelangten 777 der Mütter in die Stichprobe. Von diesen wurden 646 befragt. Das entspricht nach Abzug der unerreichbar verzogenen Zielpersonen einer Ausschöpfung von 86,8%. Da an der Untersuchung spezieller Risikogruppen (unverheiratete und jugendliche Mütter) ein besonderes Interesse bestand, war eine entsprechend gewichtete Stichprobe gezogen worden. In diese ging auch die Dichte der Ärzte ein, die im allgemeinen Schwangerenvorsorge leisten (Grundgesamtheit und Stichprobe s. Tabelle 1).

Das Ziel der Untersuchung bestand nicht darin, die medizinische Versorgung mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Schwangerschaft zu vergleichen. Der Mutterpaß sollte jedoch dazu dienen, ein ungefähres Maß für das Risiko zu erhalten, das der Mutter vom Arzt während der Schwangerschaft zugeschrieben wurde. Die Befragte hatte in einem Abschnitt des Interviews einen Fragebogen selbst auszufüllen. Während dieser Zeit übernahm die – fachlich vorgebildete – Interviewerin mit Einverständnis der Mutter Seite 4 und 5 (Abbildung), Seite 6 und 7 sowie Seite 8 in ein gleichartig gedrucktes Schema ihrer Unterlagen.

Die Seitenzahlen beziehen sich auf das damals seit 2 Jahren in Umlauf befindliche Exemplar. Es entspricht dem Anhang der Mutterschaftsrichtlinien in der Fassung vom 16. 12. 1974.

Bei unserer Untersuchung hatten nur

- 47% einen Mutterpaß nach den Richtlinien von 1975
- 39% der Spätwöchnerinnen besaßen einen solchen gemäß den Richtlinien von 1972 oder älter
- 13% hatten keinen Mutterpaß zur Verfügung (beim Arzt, verlegt o. ä.).

Auch Erstgebärenden war ein älterer Mutterpaß ausgehändigt worden.

- Von 100 Erstgebärenden hatten 20 einen alten Mutterpaß
- von 100 Zweitgebärenden hatten 80 einen alten Mutterpaß.

Alter und neuer Mutterpaß

An eine Weiterverwendung älterer Versionen ist aber auch dann nicht gedacht, wenn eine Frau einen solchen Paß bei einer zweiten Schwangerschaft noch zur Verfügung hat. Es fehlen darin die wichtigen Verbesserungen der Entscheidungsgrundlage für die Durchführung des Abschnittes B der Richtlinien von

Tabelle 1: Projekt „Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge“ (Näheres s. Text).
 Geburten in Rheinland-Pfalz von deutschen Müttern mit Wohnsitz in Rheinland-Pfalz
 in den Zeiträumen 15. - 28. 1. (1. Welle), 29. 1. - 11. 2. (2. Welle), 12. - 25. 2. (3. Welle) und 15. 1. - 25. 2. 77 (insgesamt).

Geburtsjahr der Mutter	Schichtabgrenzung		Schicht- Nr. h	Anzahl der Geburten			insgesamt N _h
	Status der Geburt	Arztliche der Wohngemeinde		1. Welle N _{Ih}	2. Welle N _{IIh}	3. Welle N _{IIIh}	
ab 1958	nicht ehelich	unterdurchschnittlich	1	8	6	9	23
		überdurchschnittlich	2	17	19	11	47
	ehelich	unterdurchschnittlich	3	34	29	24	87
		überdurchschnittlich	4	27	35	31	93
vor 1958	nicht ehelich	unterdurchschnittlich	5	18	8	16	42
		überdurchschnittlich	6	36	19	36	91
	ehelich	unterdurchschnittlich	7	422	429	457	1308
		überdurchschnittlich	8	524	501	585	1610
zusammen				1086	1046	1169	3301

Abbildung 1: Mutterpaß nach den Mutterschaftsrichtlinien vom 16. 12. 74, Seite 4 und 5

Familienanamnese: _____ Eigenanamnese: _____	nein/ja 1. Rachitis oder Wirbelsäulenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Tuberkulose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Blutungsneigung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Operationen (welche) _____	nein/ja 5. Allergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Thrombosenneigung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Blutübertragungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Sonst. (Dauermedikation) _____	nein/ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vorausgegangene Schwangerschaften			
davon:	nein/ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wieviele:	wann:
1. Spontangeburt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. Frühgeburten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4. Riesenkind / hypertrophe Kinder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5. Perinatale Todesfälle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. Vakuüm-/Zangen-/Bekkenendlagen-Geburten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7. Schnittentbindungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8. Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Bei „ja“ zu 2 bis 8: bitte weitere Angaben über Schwangerschaftsdauer, Indikation, Entbindungsklinik usw.: _____			

Risikoschwangerschaft:

I. Nach Anamnese

1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (Niere, Leber, erhebliche Adipositas usw.)
2. Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten
3. Totes oder geschädigtes Kind in der Anamnese
4. Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung)
5. Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z. B. schwere Blutungen, Thromboembolien)
6. Erstgebärende unter 16 Jahren oder über 34 Jahre
7. Mehrgebärende über 40 Jahre und/oder Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)

II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)

1. EPH-Gestose; Pyelonephritis
2. Diabetes mellitus
3. Blutungen in der Schwangerschaft
4. Blutgruppen-Inkompatibilität
5. Mißverhältnis zwischen Uterus- bzw. Kindgröße und Schwangerschaftsdauer
6. Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)
7. Mehrlinge; path. Kindslagen
8. Überschreitung des Geburtstermins

Sonstiges: _____
 Anmerkung: Einzelne Risikofaktoren können in mehreren Diagnosen enthalten sein.

Tabelle 2: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Arztangabe zur Risikoschwangerschaft im neuen Mutterpaß

	JA		NEIN		KA		Σ
	N	%	N	%	N	%	
Risikoschwangerschaft:	14	4,7	98	32,8	187	62,5	299
I. Nach Anamnese							
1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (Niere, Leber, erheb. Adipositas usw.)	7	2,3	104	34,4	190	62,9	302
2. Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten	2	0,7	109	36,1	189	62,6	302
3. Totes oder geschädigtes Kind in der Anamnese	2	0,7	112	37,1	187	61,9	302
4. Zustand nach Uterusoper. (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung)	2	0,7	109	36,1	190	62,9	302
5. Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z. B. schwere Blutungen, Thromboembolien)	-	-	109	36,1	192	63,6	302
6. Erstgebärende unter 16 J. oder über 34 Jahre	1	0,3	107	35,4	194	64,2	302
7. Mehrgebärende über 40 J. und/oder Vielgebärende mehr als 4 Kinder)	3	0,9	107	35,7	191	63,7	300
II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)							
1. EPH-Gestose; Pyelonephritis	6	2,0	32	10,7	261	87,0	300
2. Diabetes mellitus	-	-	35	11,7	263	87,7	300
3. Blutungen in der Schwangerschaft	6	2,0	32	10,7	260	86,7	300
4. Blutgruppen-Inkompatibilität	-	-	34	11,3	263	87,7	300
5. Mißverhältnis zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße u. Schwangerschaftsdauer	3	0,9	33	11,0	264	88,0	300
6. Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)	2	0,7	32	10,7	264	88,6	298
7. Mehrlinge; path. Kindslagen	-	-	34	11,4	264	88,6	298
8. Überschreitung des Geburtstermins	4	1,4	13	4,4	277	94,2	294
Sonstiges:							

Anmerkung: Einzelne Risikofaktoren können in mehreren Diagnosen enthalten sein.

1975⁷. Zur Benutzung des Mutterpasses heißt es in der Fassung von 1975 (Abschnitt H: Aufzeichnungen und Bescheinigungen, Ziff. 1): „Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt der Arzt der Schwangeren einen Mutterpaß (Anlage) aus, sofern sie nicht bereits einen Paß dieses Musters besitzt.“ Dieser Text findet sich in allen Änderungen der Mutterschaftsrichtlinien zusammen mit den entsprechenden Mustern des Mutterpasses, der seit 1968 bundeseinheitlich ausgegeben wird, bzw. des Sprechstundenblattes (Abschnitt E, Ziff. 19 der Mutterschaftsrichtlinien von 1966).

Die Benutzung des neuesten Exemplars erscheint also deswegen so gut begründet, weil er u. a. auf Seite 5 den Risiko-Katalog enthält. Leider war unter den ca. 300 neuen, die eingesehen wurden, der 1. Teil dieses Kataloges (biographische Merkmale) zu $\frac{2}{3}$ nicht ausgefüllt. Im 2. Teil (peristatistische Merkmale) fehlten 88% (Tab. 2).

Man muß diesen Mangel im Zusammenhang mit den übrigen Dokumentationen der Schwangerschaft sehen. Trotz des schlechten Verhältnisses der Ärzte zur Dokumentation hat es nicht an Bemühungen gefehlt, einfache „zeitsparende“ Schemata zu entwickeln. Aber sie sollten möglichst gar keine Zeit in Anspruch nehmen. Der „Null-Befund“⁸ tritt glücklicherweise häufig auf. Ein fehlendes Symptom hat in der Regel keine therapeutischen Konsequenzen – also auch kein Ansehen. Demzufolge sind die Motive, es zu fixieren, noch geringer (ärztliche Karteikarten enthalten oft nur therapeutische Maßnahmen). Mit der Einführung des Mutterpasses wird der Arzt zur „doppelten Buchführung“ veranlaßt⁹. Ein Teil dieser Buchführung wird ausführlicher gehandhabt. Erfahrungsgemäß haben schon mittlere geburtshilfliche Einrichtungen Formulare für eine erweiterte Untersuchung (Ultraschall, Hormon- und Enzymanalyse). Beim niedergelassenen Arzt könnte es auch der Mutterpaß sein, der besser geführt wird. Vergleiche der verschiedenen Versorgungsgruppen („Nur durch niedergelassenen Arzt“, „Arzt und Krankenhaus“, „Nur Krankenhaus“) ergaben in der genannten Studie keine Unterschiede bei der Qualität der Vermerke. Die Eintragungen bei den einzelnen Besuchen, die in sinnvoller Weise schon bei den frühesten Vorschlägen in Tabellenform erfolgten, sollen hier nicht analysiert werden, aber mit ihnen konkurriert natürlich der Teil der Risikoliste, der mit der Schwangerschaft selbst befaßt ist (z. B. Tab. 3, II 8: Überschreitung des Geburtstermins).

Auch nach 20 Jahren Mutterpaß ist also das Fazit hinsichtlich seiner Verwendung als Dokument nicht ermutigend. Man darf aber diese Bilanz nicht so verstehen, als habe es nicht immer wieder genügend Ansätze gegeben, den Mutterpaß zu dem zu machen, wofür er gedacht war. Die eigene 10jährige praktische Erfahrung lehrt allerdings, daß der Geburtshelfer den offensichtlichen Risikofällen seine besondere Aufmerksamkeit widmet. Aber gerade die daraus resultierende routinemäßige Versorgung der gesunden Schwangeren ist gefährlich, wenn man bedenkt, wie leicht eine positive Voreingenommenheit den Blick für ein drohendes Unheil verstellen kann. Die angegebenen Beobachtungen könnten dafür sprechen, daß wenigstens bei der Dokumentation eine solche positive Voreingenommenheit vorherrschte. Dies wäre eine wohlmeinende Interpretation. Plausibler erscheinen folgende Gedanken:

- Die mangelhafte Dokumentation entspricht einer mangelhaften Betreuung der schwangeren Frauen.

- Bekannten Risiko-Faktoren wird von den Ärzten in der Schwangerenvorsorge wenig Bedeutung beigegeben.
- Die notwendige Kommunikation zwischen Schwangerer und Arzt erfolgt nicht.
- Die gewünschte „Identifikation“ der Mutter mit der Schwangerschaft durch einen „Paß“ (Identitätskarte) bleibt aus¹⁰.

Das hier geäußerte Unbehagen geht bereits zwischen den Zeilen lesbar aus einem Interview aus dem Jahre 1972 hervor¹¹. Der Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Schmitz-Formes äußerte sich damals zu kritischen Fragen über den Erfolg der 1968 bundeseinheitlichen Einführung des Mutterpasses. Es heißt dort: „Die überwiegende Mehrheit der Ärzte bejaht den Mutterpaß. Die KBV schätzt die Wirkung des Mutterpasses außerordentlich positiv ein.“ Auch was die Schwangere selbst damit macht und was sie davon hält, wird als ungeprüfte Tatsache vermittelt: „Sie trägt ihn bei sich, wenn sie zum Arzt geht und legt nach den Untersuchungen größten Wert auf die Vollständigkeit der Eintragungen.“ W. Berghoff (Gesundheitsamt Gelsenkirchen) schrieb 1962 hoffnungsvoll und wohl mehr als Wunsch gemeint¹²: „Der Paß veranlaßt übrigens die Frau, es nicht bei einer einmaligen Untersuchung bewenden zu lassen . . . Die Tatsache, daß die Untersuchungsbefunde in dem Paß dargelegt sind, weckt und stärkt die Verantwortung der Schwangeren . . .“ Damals wurde auch das einheitliche Vorgehen der Gesundheitsämter, der niedergelassenen Ärzte und der Hebammen hervorgehoben. Denn gerade diese letzten sind es, die sich für die Einführung des Mutterpasses besonders eingesetzt haben¹³. So findet sich denn auch in den Richtlinien von 1971 und 1975 (nicht aber 1966 und 1968) unter dem Buchstaben A, Ziff. 4 der Hinweis: „Untersuchungen zu Nr. 3 (*Grunduntersuchungen*) können auf Grund ärztlicher Anordnung im Einzelfall auch von einer Hebamme . . . durchgeführt und im Mutterpaß dokumentiert werden.“ Nach Aussagen eines Hebammenlehrers aus Rheinland-Pfalz¹⁴ wehren niedergelassene Hebammen die Frage nach eigener Dokumentation im Mutterpaß ab. Sie machen von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. In der Klinik dagegen wird der größere Teil der Dokumentation von Hebammen geleistet.

Am Ende einer Kette frustrierender Bemühungen fragt man sich, ob und in welcher Hinsicht der Idee des Mutterpasses wieder aufgeholfen werden könnte. Gibt es noch eine Chance für den Mutterpaß? Oder fehlt es bereits an einer tragfähigen Begründung für dieses Dokument? Sowohl Gegner als auch Befürworter würden sich bei einer neuerlichen Diskussion finden. Aber verliert nicht ein Berufsstand an Glaubwürdigkeit, wenn sein Verhalten den Richtlinien so wenig entspricht, die er sich selbst gibt? Abgesehen davon kann ein Nichteinhalten derartiger Vereinbarungen von Körperschaften öffentlichen Rechts den zuwiderhandelnden Mitgliedern Ordnungsstrafen eintragen. Obwohl nach unseren Vorstellungen auch Verbesserungen möglich wären (Erleichterung fortlaufender Eintragung von Diagnosen und Befunden während der Schwangerschaft, Trennung nicht zusammengehöriger Begriffe und Verdeutschung lateinischer Bezeichnungen, Standardisierung von Eintragungen und Standardisierung von Symbolen), kann man gegenwärtig nur daran denken, durch eine begleitende Evaluation des Mutterpasses zu Verbesserungen zu gelangen. Der Einsatz des Mutterpasses ist eine Methode. Ihre Effektivität muß überprüft werden. Während aber die kontinuierliche Wiedergabe von Herzfrequenz-Änderungen des

Ungeborenen unter Wehentätigkeit (Cardiotokographie) wiederholten Überprüfungen standhalten mußte, gilt der Mutterpaß als Methode so wenig, daß in der einschlägigen Literatur kein derartiger Artikel zu finden ist.

Zwar sind die Einzeldaten der Studie in Rheinland-Pfalz noch nicht exakt ausgezählt, jedoch scheint eine Beobachtung zur allgemeinen Vorsorge sich zu bestätigen: Soziale Bedingungen bestimmen sowohl die Inanspruchnahme als auch das Risiko. Danach haben Frauen unter ungünstigen sozialen Bedingungen sowohl seltenen Kontakt mit der Schwangerenvorsorge als auch ein hohes Risiko. Solange an den sozialen Bedingungen nichts geändert werden kann, sollte erwiesene Verminderung des Risikos durch ärztliche und soziale Zuwendung über den Mutterpaß genutzt werden.

Dafür ist

- eine stärkere Anbindung geographisch und sozial peripher gelegener Gruppen an die Schwangerenvorsorge nötig. Im Gegensatz zu Bestrebungen bei der Auswahl des Entbindungsortes ist ein *dezentrales* Vorgehen unter Einbeziehung von niedergelassenen oder angestellten Hebammen erforderlich.

Mittel der Information und Kommunikation zwischen Vorsorge, Schwangerer und zentralem Entbindungsort kann nur ein bewegliches Dokument wie der Mutterpaß sein.

Anmerkungen

1 „Mutterpaß“ in Gelsenkirchen (Der [Berliner] Tagesspiegel vom 29. 5. 1960); „Mutterpaß“ bewährt sich (Der Landarzt 39 [1963], 201); Bayern führt den Mutterpaß ein (Deutsche Apotheker-Zeitung 104 [1964], 976–977); Mutterpaß eingeführt (Ortskrankenkasse 50 [1968], 214); Immer dabei. Einheitlicher Mutterpaß (Euromed 8 [1968], 397–398); Mütterpässe sehr umstritten (Ärztliche Allgemeinpraxis 2 [1964], 51).

2 Obwohl der Mutterpaß 1958 in Gelsenkirchen und 1960 in Kassel durch die jeweiligen Gesundheitsämter in größerem Umfang und modellhaft eingeführt wurde, kennen die Mutterschaftsrichtlinien von 1966 nur ein einheitliches Sprechstundenblatt, das der üblichen ärztlichen Karteiführung entspricht und in der Praxis verbleibt.

Mutterschaftsrichtlinien werden gem. § 368 p Abs. 1 in Verbindung mit § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erlassen.

3 Neu in den Mutterschaftsrichtlinien von 1975: Abschnitt B: Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

4 Mutterschaftsrichtlinien vom 1. 4. 1975 Abschnitt H2 und H3.

5 Der Tagesspiegel vom 29. 5. 1960, S. 35.

6 Das vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes durchgeführte Projekt „Soziale Bedingungen der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge“ wird seit dem 1. 7. 1976 vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), später vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) gefördert. Methodische Unterstützung gab das Zentralinstitut für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim (ZUMA), ein Institut der DFG.

7 Abschnitt B der Mutterschaftsrichtlinien von 1975: Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

8 Wagner, G.: Bedeutung und Verlässlichkeit des Null-Befundes in der Medizin. Method. Inform. Med. 5 (1966), 40–44.

9 Abschnitt H, Abs. 3 der Mutterschaftsrichtlinien von 1975.

10 Der in der DDR gebräuchliche Ausweis räumt der Schwangeren übrigens eine bevorzugte Abfertigung auf Behörden und Läden und einen Sitzplatz in öffentlichen Verkehrsmitteln ein.

11 Für und Wider den Mutterpaß. Ärztliche Praxis 24 (1972), S. 781.

12 „Der Mutterpaß, eine sehr wichtige Hilfe der Schwangerenberatung“. Der Landarzt 38 (1962), S. 208–210.

13 A. Springborn: Zur Einführung des Mutterpasses. Deutsche Hebammenzeitschrift 20 (1968), S. 24.

14 Persönliche Mitteilung von Dr. Gleichauf, Frauenklinik der Universität Mainz.

Hellga Baltschun, Karin Bening, Annegret Merke, Gabriele Schneider, Edda Schröder

Sozialplanung im Bereich Vorsorgeuntersuchung und Frühförderung bei Säuglingen und Kleinkindern in Bremen

Der vorliegende Aufsatz stellt eine stark gekürzte Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse eines kollektiven Praxisanteils im Rahmen der Sozialpädagogenausbildung an der Universität Bremen dar, der aus dem Projekt „Soziale und psychische Lage der Behinderten in der BRD“ (Leitung W. Jantzen) hervorgegangen ist. Den beteiligten Studentinnen ging es dabei um folgende Fragestellungen:

a) Erfassung des Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkinder-Vorsorgeuntersuchungen und den geplanten Maßnahmen zur Frühförderung behinderter Kinder sowie um die

b) Aufarbeitung eines Planungsprozesses mit seinen politischen Intentionen.

Die Untersuchung zu diesen Themenkomplexen soll im Folgenden exemplarisch dargestellt werden an:

- Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder in Bremen
- Briefaktion des Senators für Gesundheit und Umweltschutz
- Planung und Realisierung eines sogenannten sozialpädiatrischen Zentrums.

Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf persönlichen Gesprächen der Studentinnen mit Vertretern der einzelnen Institutionen in Bremen. Die vollständigen zur Auswertung benutzten Unterlagen sind bei den Verfassern des Berichtes gesammelt.

Vorsorgeuntersuchung (VU) für Säuglinge und Kleinkinder in Bremen

Außer dem Bericht des Battelle-Instituts über Ergebnisse der Früherken-