

Versorgungskompass: Geburtshilfe und Hebammenversorgung

Teil 3: Häufigkeiten von Risikofaktoren und von CTG- und Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft



Hintergrund

In Deutschland werden Schwangerschaften und Geburten vorwiegend unter dem Aspekt möglicher Risiken und Komplikationen betrachtet. Seit den 1950er und 1960er Jahren hat sich der Blick auf Schwangerschaft und Geburt gewandelt. Die unbestrittenen Erfolge der Medizin führten im Laufe der Zeit zur zunehmenden Fokussierung auf potenzielle Risiken und zur Umorganisation der Versorgung: Die öffentliche Gesundheitsfürsorge, zu der die Schwangeren- und Mütterberatung einschließlich Säuglingssprechstunden gehörten, wurde zugunsten der niedergelassenen Kasenärztinnen und -ärzte nach und nach abgebaut. Aus einem in erster Linie sozialen Ereignis wurde ein risikobelasteter Zustand, der – so wird es nahegelegt – permanenter medizinischer Kontrolle und Intervention bedarf (Schindele 1995; Schücking 2009). Mitte der

1960er Jahre wurde die Schwangerenvorsorge in Form der Mutterschafts-Richtlinien in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen und damit in die Hände der damals meist männlichen Gynäkologen und praktischen Ärzte gelegt (Hertle et al. 2021). Auch heute noch sind die Mutterschafts-Richtlinien rein ärztliche Richtlinien, die nur regeln, was Ärztinnen und Ärzte tun sollen. Dem ärztlichen Fokus entsprechend ist in den Mutterschafts-Richtlinien in den „Allgemeinen Grundsätzen“ festgehalten: „Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“ (G-BA 2023). Die Hebammen, die für die physiologische Schwangerschaft zuständig und gemäß Berufsrecht und Ausbildungsordnung ebenfalls befugt sind, eigenständig Schwangerenvorsorge durchzuführen, sind indirekt mit den Mutterschafts-Richtlinien verknüpft, indem der Hebammenhilfe-Vertrag auf die



Leistungen in der Mutterschafts-Richtlinien Bezug nimmt (GKV-SV 2018). Die Hebammen erbringen also ebenfalls weitestgehend die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Inhalte bei der Durchführung der Schwangerenvorsorge.

Die Erfassung von Risiken gemäß Mutterschafts-Richtlinien, im Mutterpass und in der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung

In den Mutterschafts-Richtlinien ist auch die Erfassung von Befunden und Risiken in der Schwangerschaft geregelt. Dort sind die Kriterien aufgelistet, die einen besonderen Überwachungsbedarf bei einer Schwangeren begründen (G-BA 2023). Auch der Mutterpass ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinien. Im Mutterpass werden Stand 2023 26 anamnestiche und allgemeine Befunde abgefragt sowie weitere 26 besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (G-BA 2023). Die zunehmende Risikofokussierung in der Schwangerenvorsorge wird u.a. daran deutlich, dass die im Mutterpass abgefragten Listen im Laufe der Jahre immer länger geworden sind. 1975 wurden noch 17 „Risiken/Befunde“ abgefragt, mittlerweile sind es 52. In der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) werden auf Basis des Mutterpasses 56 anamnestiche und besondere „Befunde“ gelistet. Da hier auch Daten zur Geburt erfasst

werden, kommen 38 mögliche Geburtsrisiken hinzu (IQTIG 2022).

Viele der erfassten Faktoren bilden dabei keine tatsächliche aktuell vorliegende Problemsituation ab – so z.B. das Alter der Mutter > 35 Jahre oder Diagnosen im Rahmen der eigenen Vorgeschichte und der Familienanamnese – sodass es sich nicht um „Befunde“ im klinischen Sinne handelt. Weiterhin ist fraglich, ob ihre Erfassung und die ggf. deswegen durchgeführten zusätzlichen Untersuchungen tatsächlich mit einem besseren Outcome für Mutter und Kind verbunden sind. Seit einigen Jahren gibt es nicht zuletzt deshalb zunehmend Kritik an der eingeschränkten Evidenzgrundlage der Mutterschafts-Richtlinien (Lüdemann 2015; Schücking 2009).

Die vielen erhobenen Faktoren führen zu einer hohen Anzahl von Frauen mit „Befunden“. In der Bundesauswertung „Perinatalmedizin: Geburtshilfe“ im Rahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung berichtet das IQTIG die Zahlen zu den Schwangerschaften mit und ohne Befund (IQTIG 2023). Der im Juli 2023 erschienene Bericht zum Erfassungsjahr 2022 weist dabei 78,76% Schwangere mit mindestens einem Befund aus, gegenüber 21,24% ohne Befund. Darüber hinaus werden bei Aufnahme im Krankenhaus 38 mögliche Geburtsrisiken erfasst. Gemäß Bundesauswertung hatten 2022 79,88% Schwangere ein Geburtsrisiko, gegenüber 20,12% ohne Geburtsrisiko. Nur 6,6% der Schwangeren hatten weder einen Befund noch ein Geburtsrisiko.

Tabelle 1: Schwangerschaften mit und ohne Befund bzw. Geburtsrisiko

Befunde während der Schwangerschaft	ohne Geburtsrisiko	mit Geburtsrisiko	Gesamt
ohne Befund	46.985 6,66%	102.769 14,57%	149.754 21,24%
mit Befund	94.884 13,46%	460.541 65,31%	555.425 78,76%
Gesamt	141.869 20,12%	563.310 79,88%	705.179 100,00%

Quelle: IQTIG Bundesauswertung Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2022

Hinzu kommt der Begriff der „Risikoschwangerschaft“, der allerdings nicht genau definiert ist. Über einen langen Zeitraum hinweg bis 2013 war im Mutterpass statt von „Befunden“ von „Schwangerschaftsrisiken“ die Rede. Daraus wurde – wenn mindestens ein Schwangerschaftsrisiko aus den Mutterpass-Listen angekreuzt war – schnell eine „Risikoschwangerschaft“. Die Begriffe Schwangerschaftsrisiko und Risikoschwangerschaft wurden und werden somit quasi synonym verwendet. Schließlich wurden die „Schwangerschaftsrisiken“ in „Befunde“ umbenannt und es wurde im Mutterpass das Erhebungsfeld „Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor“ hinzugefügt, sodass nun das Vorliegen eines „Schwangerschaftsrisikos“ bzw. einer „Risikoschwangerschaft“ explizit festgestellt und angekreuzt werden muss. Angaben dazu, welche Kriterien hierfür verwendet werden sollen bzw. zugrunde gelegt wurden, finden sich nicht. In den Bundesauswertungen des IQTIG werden die Zahlen zu den explizit als Risikoschwangerschaften gelabelten Schwangerschaften seit 2018 nicht mehr ausgewiesen.

Für Schwangere dürfte es oft schwer sein, die tatsächliche Bedeutung der „Befunde“ einzuordnen. Das Vorliegen von „Befunden“ dürfte bei vielen Frauen zu einer nicht unerheblichen Verwirrung und Verunsicherung führen (Baumgärtner und Stahl 2005; Schindele 1995). Sind „Befunde“ im Mutterpass festgehalten, so kann schnell der Eindruck einer Notwendigkeit von mehr Kontrollen und Untersuchungen entstehen, ohne dass dafür ausreichend Evidenz vorliegt.

Dass (zu) viele Untersuchungen in der Schwangerschaft durchgeführt werden, ist seit längerem durch Studien belegt. So zeigte z.B. eine Befragungsstudie mit BARMER-versicherten Müttern bereits 2014, dass Schwangere eine Vielzahl von Maßnahmen angeboten bekommen und auch erhalten, z. T. auch als Selbstzahlerleistungen (Schäfers & Kolip 2015). Dies hat sich in der Zwischenzeit nicht geändert: Die Wiederholung der Befragung im Jahre 2023 zeigte sehr ähnliche Ergebnisse (Schäfers et al. 2024; Schäfers 2024).

Nicht alle der in der Schwangerschaft angebotenen und durchgeführten Untersuchungen lassen sich auch in den Abrechnungsdaten einer Krankenkasse abbilden. Gut abbildbar sind aber die CTG- und Ultraschalluntersuchungen. Zu diesen Untersuchungen gibt es darüber hinaus klare Vorgaben zur Durchführung in Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und in den Mutterschafts-Richtlinien. Aus diesen Gründen wurden die in der Schwangerschaft durchgeführten CTG- und Ultraschalluntersuchungen für den Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung beispielhaft ausgewählt, um der Frage nachzugehen, ob und welcher Zusammenhang zwischen einem besonderen Überwachungsbedarf und der Durchführung der genannten Untersuchungen besteht und ob die Mutterschafts-Richtlinien und deren verbindliche Vorgaben eingehalten werden.

Aktuelle Vorgaben zu CTG- und Ultraschalluntersuchungen

Sowohl die Mutterschafts-Richtlinien als auch die Leitlinien der AWMF enthalten Angaben dazu, ob und bei welcher Indikation CTG- und Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft durchgeführt werden sollen.

Die Mutterschafts-Richtlinien sehen drei Basisultraschalluntersuchungen vor (G-BA 2023). Über diese Screening-Untersuchungen hinaus gibt es bei gesunden Schwangeren mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf keine medizinische Grundlage für weitere Ultraschalluntersuchungen. Hinzu kommt, dass am 1. Januar 2021 eine Änderung der Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV) in Kraft trat. Im Paragraph 10 dieser Verordnung steht, dass „Bei der Anwendung von Ultraschallgeräten zu nichtmedizinischen Zwecken [...] ein Fötus nicht exponiert werden [darf]“ (NiSV, 2021). Mit dieser Verordnung sind Ultraschalluntersuchungen ohne Indikation – also auch als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – ausgeschlossen.

Die Mutterschafts-Richtlinien zählen auch die Indikationen auf, bei denen eine CTG-Kontrolle durchgeführt werden darf bzw. soll (G-BA 2023). Die Anwendung von CTG-Kontrollen bei Terminüberschreitung ist in den Mutterschafts-Richtlinien allerdings nicht klar vorgegeben. Diese Frage thematisiert eine Leitlinie: Seit 2021 gilt im Fall einer Terminüberschreitung die Empfehlung, „[...] ab 40+0 SSW engmaschigere Verlaufskontrollen (ca. alle 3–5 Tage) [...]“ vorzunehmen. Der Begriff „Verlaufskontrolle“ wird aber nicht näher operationalisiert (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2021). Die S3-Leitlinie „Fetale Überwachung in der Schwangerschaft – Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik im low-risk Kollektiv“ empfiehlt, dass im Low-Risk-Kollektiv kein antepartales CTG geschrieben werden soll (AWMF 2023). Diese Leitlinie bestätigt den fehlenden Nutzen von CTG-Untersuchungen bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf, sie trat basierend auf zahlreichen Studienergebnissen der letzten Jahre 2023 in Kraft.

Im Gegensatz zu den Ultraschalluntersuchungen, die in Deutschland ärztliche Leistungen sind und nicht von Hebammen abgerechnet werden, werden CTG-Untersuchungen von Ärztinnen und Ärzten und Hebammen durchgeführt und abgerechnet. Die ausgewerteten Ultraschalluntersuchungen enthalten somit nur ärztliche Leistungen, die CTG-Untersuchungen enthalten die von Ärztinnen und Ärzten und die von Hebammen durchgeführten CTGs.

Methodenbeschreibung

Für die vorgelegten Analysen wurde eine Kohorte von 250.927 schwangeren Frauen mit Lebendgeburt in den Jahren 2019 bis 2022 betrachtet. Untersucht wurden hierbei ausschließlich diejenigen Frauen, die mindestens ein volles Jahr vor der Geburt bei der BARMER versichert waren und deren Wohnadresse im gesamten Zeitraum in Deutschland lag.

Verwendete Leistungsziffern

Die erbrachten Leistungen wurden über die gegenüber der BARMER abgerechneten CTG- und Ultraschalluntersuchungen erfasst, die durch niedergelassene Frauenärztinnen und Frauenärzte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und durch freiberufliche Hebammen gemäß Hebammenhilfevertrag (GKV-SV 2018) abgerechnet wurden. Für das CTG wurden die EBM-Ziffern 01785 und 01786 sowie die Hebammenziffern 0600, 0601 und 0602 herangezogen. Die drei Basisultraschalluntersuchungen sind in der Pauschale für die Schwangerenvorsorge, EBM-Ziffer 01770, enthalten. Die darüber hinaus stattfindenden Ultraschalluntersuchungen wurden über die EBM-Ziffern 01772, 01773 und 33044 abgebildet. Dopplersonografische Untersuchungen und der Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01770 für die Biometrie und systematische Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon wurden nicht einbezogen. Leistungen, die die Versicherten selbst bezahlt haben (IGeL), tauchen in den Abrechnungsdaten nicht auf und können daher ebenfalls nicht einfließen.

Operationalisierung der Vorgaben für den besonderen Überwachungsbedarf

Um die Frage zu klären, ob eine durchgeführte Ultraschall- oder CTG-Untersuchung mutmaßlich indiziert war oder nicht, wurden die Kriterien für einen erhöhten Überwachungsbedarf gemäß Mutterschafts-Richtlinien in den Abrechnungsdaten über ICD-Schlüssel oder abgerechnete DRGs identifiziert.

Tabelle 2: Zuordnung von Überwachungsbedarf gemäß Mutterschafts-RL und Diagnoseschlüsseln

Kriterien für einen erhöhten Überwachungsbedarf	Diagnose nach ICD-10/DRG	Anteil der Schwangeren in Prozent für 2022
Diabetes mellitus	O24	14,34
Schwere mütterliche Allgemeinerkrankung (z. B. an Niere (wie Nierenbeckenentzündung) und Leber oder erhebliches Übergewicht)	B1[5-9], E66x[7-9], K7[1,5], N1[7-9], N2[0,3], O230, O266, O2681, R17[0,9],	7,34
Frühere Gebärmutteroperationen (einschließlich Kaiserschnitt)	DRG: 001	17,17
Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind	O36[0,1]	5,9
Auffällige Herztöne des Kindes im Mutterleib	O363	1,93
Mehrlingsschwangerschaft	O30	2,3
Überschreitung des errechneten Geburtstermins	O48	22,34
Vorzeitige Wehentätigkeit / drohende Frühgeburt	O60[0-3], O262	13,27
Blutungen aus der Gebärmutter (per Ultraschall bestätigt)	O46[0,8,9]	4,59
<u>Schwerer</u> Eisenmangel (Hb <u>niedriger</u> als 10g/dl)	D50	8,42
Verdacht einer Funktionsstörung des Mutterkuchens (= Plazentainsuffizienz) oder auch ungewöhnliche Lage des Mutterkuchens in der Gebärmutter	O343	5,45
Für das Schwangerschaftsalter zu großes oder zu kleines Kind ODER auffällige Fruchtwassermenge	O365	10,92
Bluthochdruck	O1	12,51
Erstgebärende unter 18 Jahre oder über 35 Jahre alt		7,49
Mehrggebärende über 40 Jahre alt ODER Vielgebärende (vier oder mehr Kinder)		1,08
Schwangerschaft nach Sterilitätsbehandlung	N97	9,18
Stationärer Aufenthalt während der Schwangerschaft		16,34
Geburt eines Kindes mit einem Gewicht über 4.000 g ODER unter 2.500 g in der Anamnese	Geburtsgewicht > 4.000 g oder Geburtsgewicht < 2.500 g	12,8
Schwere Blutungen, Krämpfe des zentralen Nervensystems oder Lungenembolie während vorheriger Schwangerschaft	I26, O15, O46, O20	0,32
Wiederholter Schwangerschaftsverlust („Fehlgeburten“) ODER Frühgeburt in der Anamnese	O200, O08	17,21
Tod eines Kindes im Mutterleib in der Anamnese		
Mütter ohne erhöhten Überwachungsbedarf (ohne einen der vorhergehend dargestellten Zustände)	Keine der genannten Angaben lag vor.	15,83

Quelle: BARMER-Daten 2022

Tabelle 2 zeigt die in den Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen und die zugeordneten Identifikationsschlüssel sowie den Anteil der Schwangeren mit dem jeweiligen „Risikofaktor“. Da die Terminüberschreitung in den Routinedaten nicht eindeutig feststellbar ist, wurden Frauen, bei denen diese unklar war, auch wenn sonst keine Indikationen für eine besondere Überwachung vorlagen, aus dem Low-Risk-Kollektiv ausgeschlossen.

Beispieldarstellungen

Sowohl die einen besonderen Überwachungsbedarf definierenden Kriterien als auch die abgerechneten CTG- und Ultraschalluntersuchungen werden im Versorgungskompass Geburtshilfe und Hebammenversorgung in interaktiven Grafiken dargestellt.

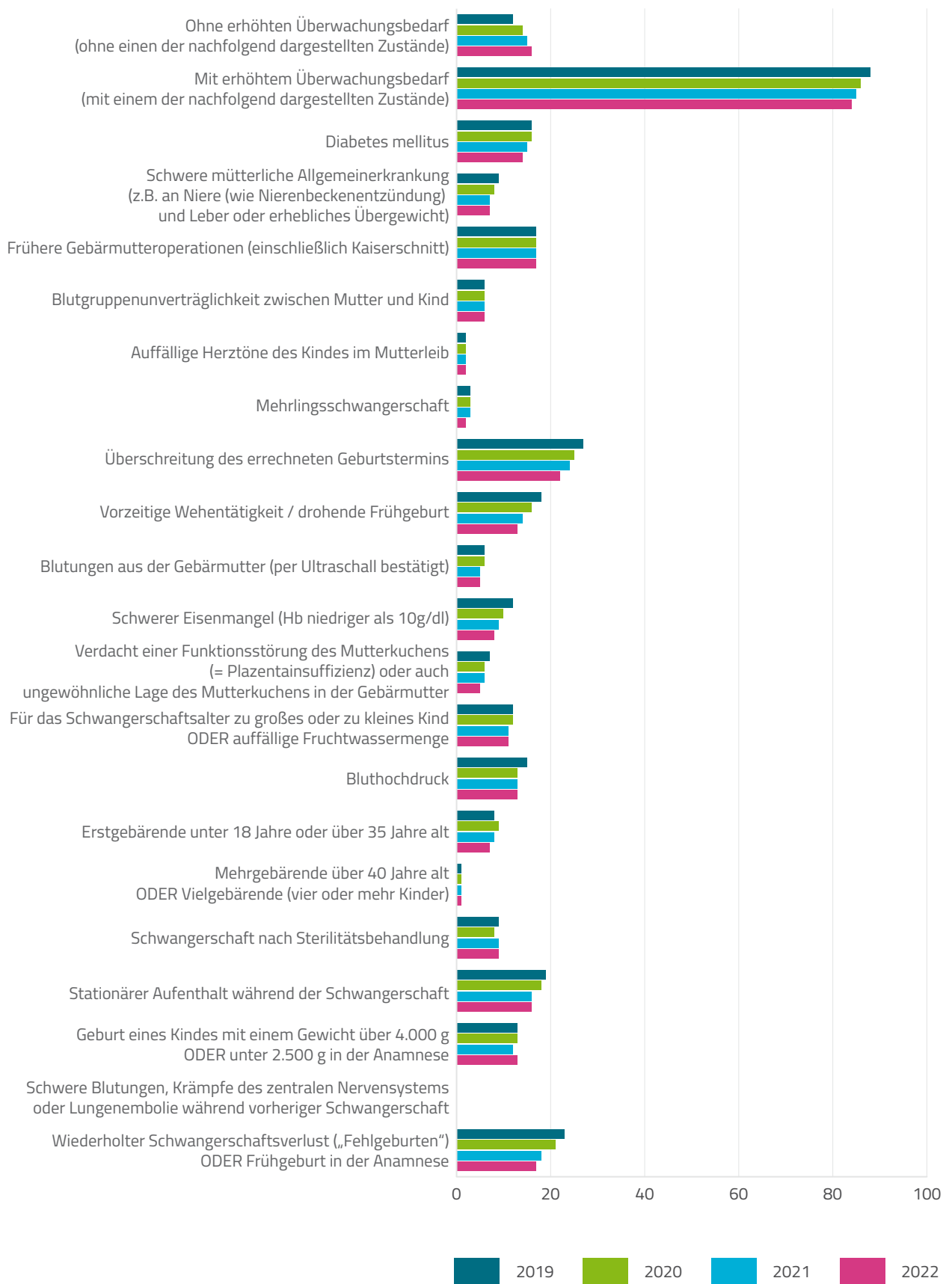
1. Anteil der Schwangerschaften mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf

Abbildung 1 ermöglicht die Darstellung der einzelnen Befunde und Risiken, die gemäß Mutterschafts-Richtlinien Anlage 1 für die Definition eines besonderen

Überwachungsbedarfs herangezogen werden sollen. Gezeigt wird jeweils der Anteil der Schwangerschaften, bei denen der jeweilige Befund in den Abrechnungsdaten verschlüsselt wurde (ICD-Code oder DRG) bzw. in den Daten anderweitig identifizierbar war (z. B. stationärer Aufenthalt).

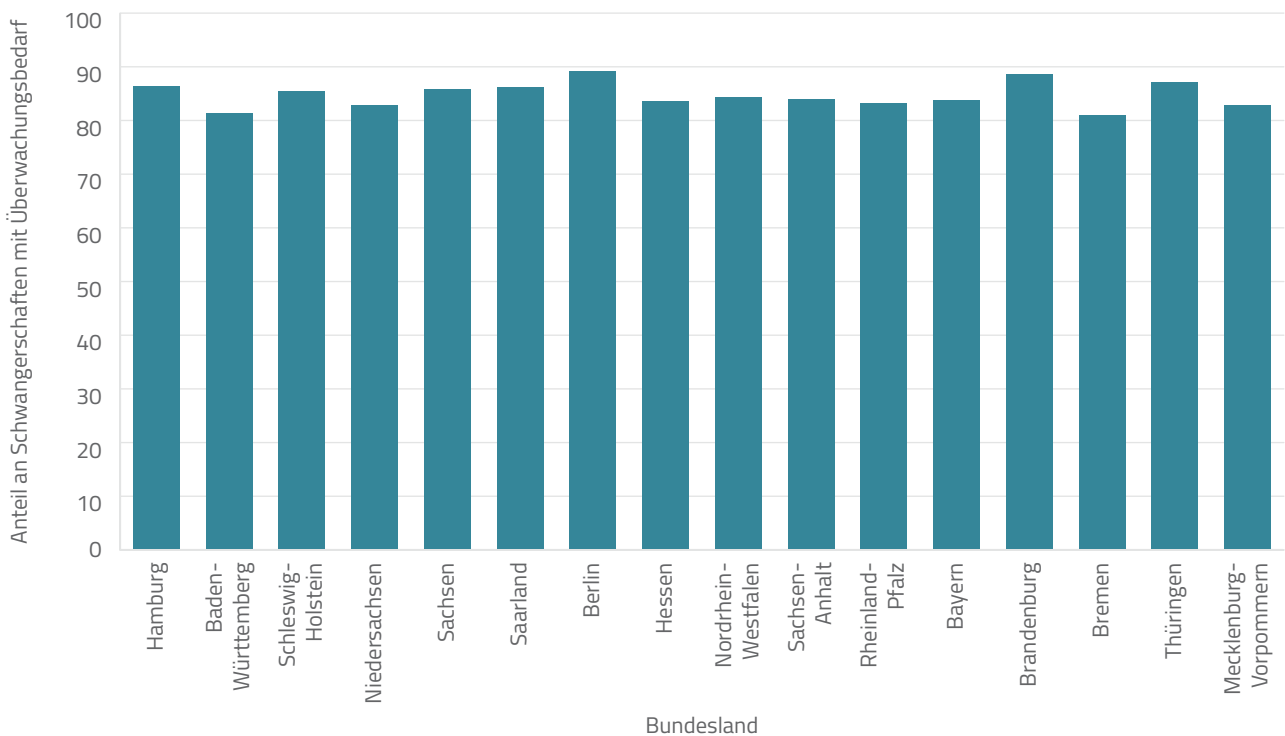
In Abbildung 2 ist der Anteil der Schwangerschaften mit mindestens einem verschlüsselten „Risikofaktor/Befund“ aus Abbildung 1 bzw. Tabelle 2 dargestellt. Angesichts eines vermutlich hohen Anteils gesunder Frauen mit unauffälliger Schwangerschaft finden sich in allen Bundesländern sehr hohe Anteile von Schwangerschaften mit mindestens einem „Schwangerschaftsrisiko“ bzw. „Befund“. In Berlin betrug der Anteil 2022 fast 90%, der „niedrigste“ Anteil fand sich mit 81% in Bremen und in Baden-Württemberg. Der für die Abbildung gewählte „Referenzbereich“ von 70% beschreibt keine erstrebenswerte Größe, sondern dient ausschließlich der grafischen Darstellung. Auch die in Klammern gezeigten Abweichungen (+/-) stellen kein „besser“ oder „schlechter“ dar.

Abbildung 1: Anteil der Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf im Jahre 2022 [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2019–2022

Abbildung 2: Anteil an Schwangerschaften mit Überwachungsbedarf 2022 nach Bundesländern [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2022

2. Abgerechnete CTG- und Ultraschalluntersuchungen bei gesunden Frauen mit unauffälliger Schwangerschaft ohne erhöhten Überwachungsbedarf vs. Schwangeren mit erhöhtem Überwachungsbedarf

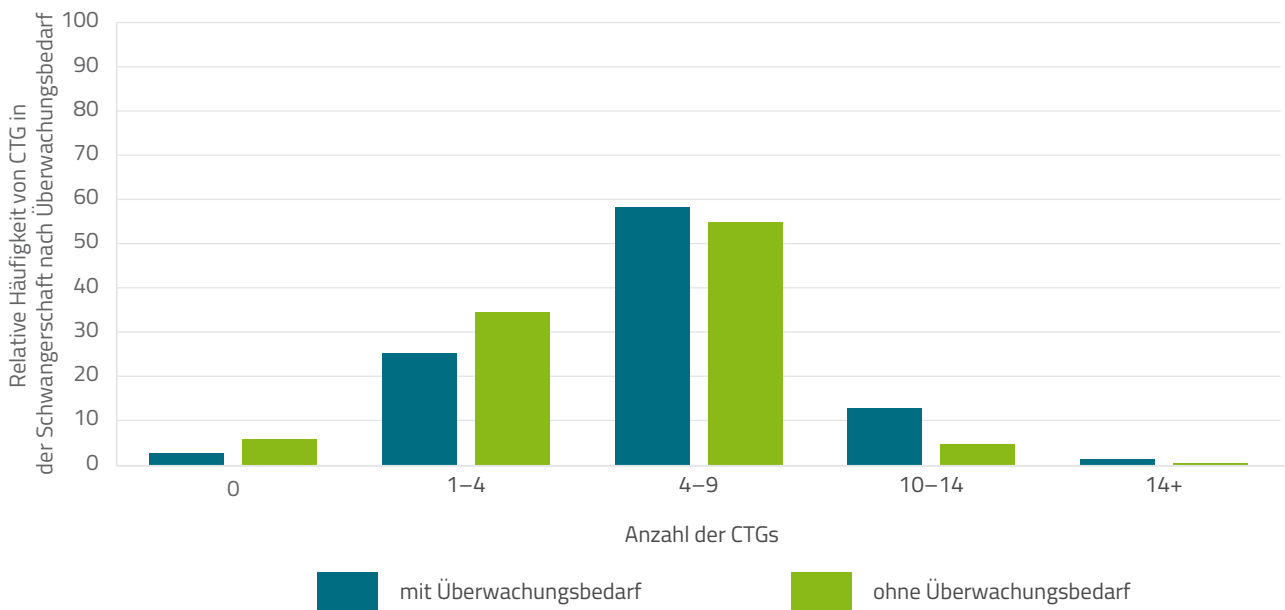
Abbildung 3 und Abbildung 4 beantworten die Frage, in welchem Umfang CTG- und Ultraschalluntersuchungen bei Schwangeren mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf durchgeführt worden sind. Auswahloptionen sind die einzelnen Jahre (2019–2022) und die jeweilige Untersuchung (CTG, Ultraschall). Gegenübergestellt werden Schwangere mit und ohne Überwachungsbedarf gemäß Tabelle 1. Überwachungsbedarf lag vor, wenn mindestens ein Kriterium in den Abrechnungsdaten identifiziert wurde.

Dargestellt sind nur diejenigen Ultraschalluntersuchungen, die zusätzlich zu den in der Abrechnungspauschale der Frauenärztinnen und Frauenärzte enthaltenen Ultraschallscreenings durchgeführt wurden. Um die mutmaßliche Gesamtzahl der durchgeführten Ultraschalluntersuchungen zu erhalten, müssen die drei Screeningultraschalluntersuchungen hinzuaddiert werden.

Die in Abbildung 3 und Abbildung 4 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen zwischen Schwangeren mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf nur wenig unterscheidet. Der Mittelwert für die Ultraschalluntersuchungen betrug 5,7 ohne und 7 mit besonderem Überwachungsbedarf, bei den CTG-Untersuchungen waren es 5 vs. 6,7 CTGs (Schäfers et al. 2024; Schäfers 2024). Letzteres ist besonders bemerkenswert, da im Low-Risk-Kollektiv überhaupt keine CTGs in der Schwangerschaft durchgeführt werden sollen. Diese Analysen der Abrechnungsdaten bestätigen somit die Ergebnisse der vorausgegangenen Befragungsstudie (Schäfers 2024).

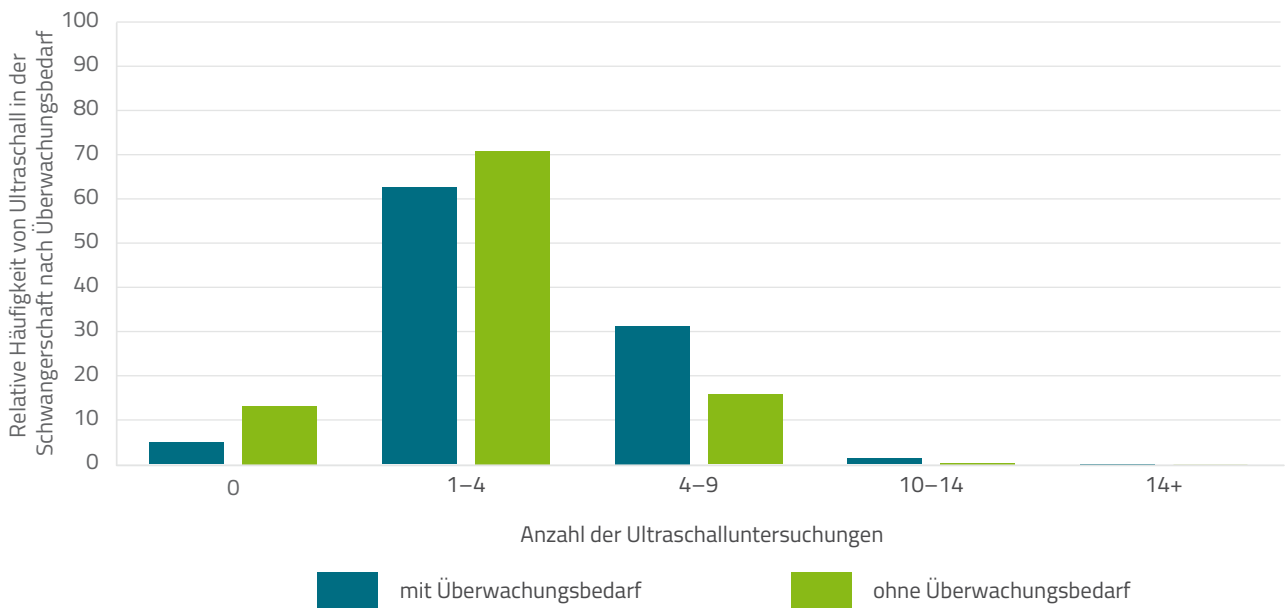
CTG-Untersuchungen können sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Hebammen durchgeführt werden. Die Abrechnungsdaten zeigen, dass 92,2% der CTGs ärztlicherseits abgerechnet wurden. Auf die Hebammen entfielen 7,8% der abgerechneten CTGs.

Abbildung 3: Anzahl der CTGs bei Schwangeren mit und ohne Überwachungsbedarf [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2022

Abbildung 4: Anzahl zusätzlicher Ultraschalluntersuchungen bei Schwangeren mit und ohne Überwachungsbedarf [↗](#)



Quelle: BARMER-Daten 2022

Diskussion

Schwangerschaft und Geburt werden im gegenwärtigen Medizinsystem in Deutschland vorwiegend unter dem Aspekt des Risikomanagements betrachtet. Als gute Versorgung gilt – zu Recht – das frühzeitige Erkennen von drohenden Komplikationen. Dabei wird allerdings zu wenig beachtet, dass ein ausschließlicher Risikofokus für gesunde Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf problematisch ist. Überflüssige Untersuchungen bei Gesunden bedeuten nicht nur Kosten ohne Nutzen, sondern sie können den Betroffenen auch ganz konkret schaden (Petersen & Jahn 2008), zum einen, wenn zweifelhafte oder falsch positive Befunde beunruhigen und unnötige Interventionskaskaden in Gang setzen (Baumgärtner & Stahl 2005), und zum anderen, wenn aufgrund der überbordenden Beschäftigung mit potenziellen Risiken andere wichtige Aspekte der Schwangerschaftsbegleitung vernachlässigt werden. Mütterbefragungen haben gezeigt, dass dies durchaus der Fall ist. Wichtige Beratungsinhalte kommen bei zu vielen Schwangeren nicht an, wie z. B. Informationen zur Ernährung oder zu HIV-Infektionen. Frauen erfahren zu spät oder gar nicht, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt (z. B. Hebammenhilfe, Frühe Hilfen), und auch die Aufklärung zu den Vor- und Nachteilen vorgeschlagener oder durchgeführter Maßnahmen kommt zu kurz (Schäfers 2024).

Ein bedenkliches Ergebnis der vorgelegten Analysen ist der geringe Anteil an gesunden Schwangeren mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf (sog. Low-Risk-Kollektiv). In den Abrechnungsdaten haben nur rund 15% keinen besonderen Überwachungsbedarf in der Schwangerschaft. Allerdings wurde in der Studie hinsichtlich des Vorliegens eines erhöhten Überwachungsbedarfs sehr restriktiv verfahren: In die Kategorie „kein erhöhter Überwachungsbedarf“ wurden nur Schwangere aufgenommen, für die sich kein einziger „Risikofaktor“ finden ließ. War dies unklar oder schwer zu bestimmen, wie z. B. im Falle der Terminüberschreitung, dann wurden diese Schwangeren aus der Low-Risk-Gruppe ausgeschlossen.

Der niedrige Anteil von gesunden Frauen mit unauffälliger Schwangerschaft wirft Fragen auf: Werden tatsächlich alle Befunde und Risiken unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausfüllhilfen richtig angegeben? So sind beispielsweise keineswegs alle Allergien bedeutsam und eine Anämie soll nur angekreuzt werden, wenn der Hb-Wert unter 10 mg/dl liegt. Ist die Erhebung der vielen Befunde und Risiken von Nutzen für das Outcome von Müttern und Kindern und den Geburtsverlauf? Die Studienlage zeigt, dass unnötige Untersuchungen zu höheren Interventionsraten führen, jedoch nicht zu einer Verbesserung der Ergebnisse. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland beispielsweise bei der Rate an Frühgeburten im unteren Mittelfeld (European Perinatal Health Report 2022).

Paradoxerweise schaffen die vielen Erhebungen keine Klarheit darüber, wie viele Frauen aus welchen Gründen von einem tatsächlich erhöhten Risiko betroffen sind und von bestimmten präventiven Maßnahmen profitieren. Die Erhebungen sind teilweise uneinheitlich und auch nicht überschneidungsfrei. Da auch „Befunde“ mit geringer Bedeutung, die aber häufig vorkommen, wie z. B. die Altersgrenze von 35 Jahren oder familienanamnestische Begebenheiten, erhoben werden, erhalten fast alle Frauen an irgendeiner Stelle ein Kreuz. Die Erhebung ermöglicht somit keine Differenzierung zwischen Frauen mit und ohne tatsächlichen Überwachungsbedarf. Selbst im Low-Risk-Kollektiv der außerklinischen Geburtshilfe hatten 2022 nur 30,8% der Schwangeren keinen im Mutterpass angekreuzten Befund (Loytved & Schäfers 2023). In der Praxis ist die Definition des besonderen Überwachungsbedarfs – wie die vorgelegten Daten zeigen – ebenfalls bedeutungslos, denn ein differenziertes Vorgehen hinsichtlich des Einsatzes zusätzlicher Untersuchungen wird daraus überwiegend nicht abgeleitet: Die Häufigkeit von CTG- und Ultraschalluntersuchungen unterscheidet sich nur geringfügig bei Schwangeren mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf, obwohl die Mutterchafts-Richtlinien diesbezüglich eindeutige und verbindliche Vorgaben zur Indikationsstellung machen. Dabei kann in den Daten gezeigt werden, dass nicht bei „vorher“ gesunden Frauen ohne Risiko ein Verdacht vor-

lag, der sich dann ggf. bestätigt hat, denn auch nach den durchgeführten Untersuchungen kamen bei diesen Frauen keine entsprechenden Diagnosen hinzu. Aufgrund dieser Ergebnisse entsteht der Eindruck, dass in den Praxen der Frauenärztinnen und Frauenärzte praktisch kein Unterschied im Vorgehen bei Frauen mit und ohne besonderen Überwachungsbedarf gemacht wird. Es durchlaufen mehr oder weniger alle Schwangeren dasselbe Prozedere. Dazu passen die Ergebnisse der aktuellen Befragung von BARMER-Versicherten: Über 90% der Frauen gaben dort an, dass CTG-Kontrollen regelhafter Bestandteil der Vorsorge seien. Es besteht also nicht nur ein Defizit in der Indikationsstellung, sondern auch in der Information und Aufklärung der Frauen über die Inhalte der Vorsorge und den Nutzen und die Risiken von (zusätzlichen) Maßnahmen in der Schwangerschaft (Schäfers 2024). Anders stellt sich die Anzahl durchgeführter Untersuchungen im Kollektiv der außerklinischen Geburten dar. Dem Qualitätsbericht 2022 der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG e. V.) (Loytved & Schäfers 2023) ist zu entnehmen, dass 64,6% der Schwangeren, die außerklinisch geboren haben, weniger als vier Ultraschalluntersuchungen erhielten. Die Frauen, die außerklinisch gebären, werden in der Schwangerenvorsorge in weit größerem Umfang durch Hebammen betreut.

Angesichts der hohen Zahlen mit Befunden und Risiken behafteter Schwangerschaften und des Übermaßes an Untersuchungen ist es von großer Bedeutung, dass der

Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vor Kurzem beschlossen hat, die Erstellung einer S3-Leitlinie zur Schwangerenvorsorge unter dem Dach der AWMF durch den Innovationsfonds zu fördern (G-BA 2023). Im Rahmen der Leitlinienentwicklung können die aktuellen Kriterienkataloge unter dem Gesichtspunkt der Evidenzbasierung in den Blick genommen und auf die relevanten Faktoren beschränkt werden. Eine entsprechende Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinien inklusive Mutterpass erscheint dringend nötig, damit die „echten“ Risikogruppen mit tatsächlichen zusätzlichen Bedarfen wieder sichtbar werden. Gleichzeitig wird damit verhindert, dass gesunde Schwangere durch ein unnötiges Risikolabel geängstigt und verunsichert werden.

Zu betonen bleibt aber, dass zu den Indikationen für CTG- und Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft bereits jetzt Evidenz vorliegt (AWMF 2023), die in den Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien (G-BA 2023) umgesetzt wurde. Obwohl Richtlinien verbindlichen Charakter haben, wird aber deren Einhaltung nicht überprüft und deren Nichteinhaltung auch nicht sanktioniert. Dass eine solche Überprüfung möglich ist, zeigen die vorgelegten Analysen. Den kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) liegen die erforderlichen Abrechnungsdaten vor und sie sind auch für die Überprüfung der Einhaltung der Richtlinien des G-BA und eine wirtschaftliche und nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgende Versorgung zuständig.

Literaturverzeichnis

- AWMF (Hrsg.) (2023). S3 Leitlinie Fetale Überwachung in der Schwangerschaft (Indikation und Methodik zur fetalen Zustandsdiagnostik im low-risk Kollektiv). Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/fetale-ueberwachung-in-der-schwangerschaft-indikation-und-methode-zur-fetalen-zustandsdiagnostik-im-low-risk-kollektiv> [Zugriff am 20.06.2024].
- Baumgärtner, B. & Stahl, K. (2005). Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Bücher für Hebammen: Bd. 3.
- NiSV – Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (2021). § 10 Anwendung von Ultraschall an einer schwangeren Person. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/nisv/_10.html [Zugriff am 20.06.2024].
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2021). Geburtseinleitung: S2k Leitlinie 015-088. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf [Zugriff am 20.06.2024].
- 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 20.06.2024].
- G-BA (2023). Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zu der Förderbekanntmachung Versorgungsforschung – Medizinische Leitlinien vom 30. Juni 2023. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/431/2024-04-03_Gesamtuebersicht-gefoerderter-Projekte_MedLL_FBK-2023-06-30.pdf [Zugriff am 20.06.2024].
- G-BA (2023). Betreuung in der Schwangerschaft: G-BA stellt Eigenständigkeit der Hebammenhilfe in seiner Richtlinie durch redaktionelle Streichung klar: Pressemitteilung 16.02.2023. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1094/> [Zugriff am 20.06.2024].
- G-BA (2023). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung: Mutterschafts-Richtlinien. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/> [Zugriff am 20.06.2024].
- GKV-SV (2018). Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V: Hebammenhilfvertrag. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfvertrag/hebammenhilfvertrag.jsp [Zugriff am 20.06.2024].
- Hertle, D., Schindele, E. & Hauffe, U. (2021). Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären: Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. In *Gesundheitswesen aktuell 2021*, S. 220–2049. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/publikationen/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2021> [Zugriff am 20.06.2024].
- IQTIG (2022). Datensatz Geburtshilfe: 16/1 (Spezifikation 2022 V06). Verfügbar unter: <https://iqtig.org/downloads/erfassung/2022/v06/161/16-1.pdf> [Zugriff am 20.06.2024].
- IQTIG (2023). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2022. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf [Zugriff am 20.06.2024].
- Loytved, C. & Schäfers, R. (2023). Qualitätsbericht 2022 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Verfügbar unter: https://quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf [Zugriff am 20.06.2024].
- Lüdemann, K. (2015). Sinn und Unsinn von Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge. *Die Hebamme*(28), 84–89. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547429>
- Petersen, J. & Jahn, A. (2008). Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany. *Birth* (Berkeley, Calif.), 35(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00210.x>
- Schäfers, R. (2024). Präventionsangebote in der Schwangerschaft – gestern und heute: Abschlussbericht.

Schäfers, R. & Kolip, P. (2015). Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit?. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf [Zugriff am 20.06.2024].

Schäfers, R., Wende, D. & Hertle, D. (2024). Ultraschall- und CTG-Kontrollen in der Schwangerschaft: Vorgaben in den Mutterschafts-Richtlinien und Versorgungswirklichkeit. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-2311-9934>

Schindele, E. (1995). Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg.

Schücking, B. (2009). Kontrolle oder Unterstützung? Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge in Deutschland und im internationalen Vergleich. Verfügbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Prof_Dr_B_A_Schuecking.pdf [Zugriff am 20.06.2024].

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Ansprechpartner zum Paper

Dr. Dagmar Hertle
info@bifg.de

Autorinnen und Autoren

Dagmar Hertle
Danny Wende

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

Juli 2024

DOI:

10.30433/ePGSF.2024.005

Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0