



Rund um Schwangerschaft und Geburt

Berichte und Analysen zur Gesundheit

IMPRESSUM

Gesundheitsbericht
Rund um Schwangerschaft und Geburt

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und
Verbraucherschutz (BSG)
Amt für Gesundheit u. Verbraucherschutz
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Stand: Juni 2010

Verantwortlich: Dr. Regina Fertmann

Titelfoto: © Hilde Vogtländer, www.pixelio.de
© 2010, Alle Rechte vorbehalten

Bezug: Sie erhalten den Bericht kostenlos unter
☎ (040) 428 37 - 1999
gesundheitslotsen@bsg.hamburg.de

Das Amt für Gesundheit und
Verbraucherschutz im Internet: www.gesundheit.hamburg.de

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Rund um Schwangerschaft und Geburt



Vorwort

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,**

Mutter und Kind wohlauf – dies ist wohl bei jeder Geburt für den Vater, die Familienangehörigen und Freunde die wichtigste Mitteilung. Und es ist zugleich das Ziel der Bemühungen aller, die in die Betreuung der werdenden Mutter und der Schwangerschaft eingebunden waren, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen und Vertreterinnen und Vertreter weiterer Gesundheitsberufe.

Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ werden Daten und Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung Hamburgs zur Gesundheit von werdenden Müttern und Neugeborenen sowie Hilfs- und Beratungsangebote dargestellt.

Wir möchten mit diesem Bericht weitere Impulse geben, in der Stadt Hamburg beste Bedingungen für das gesunde Aufwachsen zu gewährleisten. Alle Gesundheitsakteure und ebenso auch die im sozialen Bereich tätigen Personen, die mit Schwangeren, Säuglingen und Familien zu tun haben, finden hier aktuelle und – soweit es

die Datenlage zulässt – auch umfassende gesundheitsrelevante Informationen zu Schwangerschaft, zum Geburtsgeschehen sowie zum ersten Lebensjahr.

Ein Grundstein für die Gesundheit der Kinder wird in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr gelegt. Von daher ist es selbstverständlich, dass schwangere Frauen eine optimale gesundheitliche Betreuung und auch bei Bedarf weitere Unterstützung erfahren. Hamburg bietet hier mit seinen Angeboten der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung ein gut ausgebautes Versorgungssystem, das eine hohe medizinische Behandlungsqualität garantiert. Ergänzend steht Schwangeren, Müttern und ihren Familien ein Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren, spezialisierten Beratungsstellen und weiteren Kontaktstellen zur Verfügung.

Die Datenanalyse hat gezeigt, dass diese Angebote auch intensiv genutzt werden. Es gab aber auch Hinweise, dass es durchaus Teilgruppen von Frauen gibt, die stärker eingebunden werden können. Der Bericht soll einen Beitrag dazu leisten, dass alle Akteure in eigener Verantwortung und in ihrer Kooperation mit Anderen alles dafür tun, die Gesundheit von Säuglingen und Familien weiter zu stärken und zu fördern.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dietrich Wersich'.

Dietrich Wersich

Präses der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	7
2. Schwanger werden	10
3. Schwanger sein	26
4. Gebären und geboren werden	54
5. Gesundheit von Anfang an	76
6. Fazit und Perspektiven	102
7. Datenquellen und Glossar	106

1. Einleitung

Dieser Gesundheitsbericht „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ ist Teil der lebensphasenbezogenen Gesundheitsberichte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg.

„Rund um Schwangerschaft und Geburt“ ist thematisch eine Schnittstelle von Familien-, Frauen- und Kindergesundheit. Ziel des Berichts ist es, einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Schwangeren, gebärenden Frauen und ihren Säuglingen zu gewinnen. Ziel dieses Gesundheitsberichtes ist es auch, fördernde und risikobehaftete Aspekte für die Gesundheit von Müttern und ihren Säuglingen herauszuarbeiten. Soweit möglich soll auch das gesundheitsrelevante Verhalten junger Familien beschrieben und bewertet werden. Auf dieser Grundlage können ggf. Handlungsempfehlungen die bestehenden Angebote zur Gesundheitsförderung „von Anfang an“ akzentuieren oder neue Perspektiven aufzeigen. Bestehende Ressourcen und sonstige Hilfs- und Beratungsangebote für Schwangere, junge Mütter und Familien werden jeweils im Anhang eines Kapitels aufgeführt.

Der Bericht orientiert sich an dem natürlichen Ablauf, dem Eintreten der Schwangerschaft, dem Verlauf der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erstes Lebensjahr (Kapitel 2 bis 5). Allgemeine Informationen und Einblicke in die bundesweite Datenlage führen jeweils in das Thema ein. Jedes Kapitel weist zu Beginn eine Inhaltsübersicht zu Abschnitten und Einzelpunkten auf. Wichtige Einzelergebnisse und zusammenfassende Statements sind durch rote Balken hervorgehoben. Das abschließende Fazit jedes Kapitels ist wie die Inhaltübersicht zu Beginn zur Hervorhebung blau hinterlegt.

Soweit möglich werden die Daten und Informationen aus Hamburg herangezogen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Informationen zu Schwangerschaft und Geburtsgeschehen, die aus den Daten der Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser (EQS) abgeleitet werden. Diese und alle weiteren Datenquellen werden im letzten Kapitel beschrieben.

Die Daten „rund um Schwangerschaft und Geburt“ aus den Jahren 2007 und 2008 stehen im Mittelpunkt. Im Einzelfall wird auch ein Rückblick über einen mehrjährigen Zeitraum einbezogen. Soweit möglich wird auf spezielle Daten für Hamburg Bezug genommen, bundesweite Zahlen und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien werden nur gelegentlich ergänzend einbezogen.

Ausgewählte Schwerpunktthemen ergeben sich aus den Aktivitäten der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), die gerade für das erste Lebensjahr (Kapitel 5: Gesundheit von Anfang an) relevant sind. Dies betrifft zum einen das interdisziplinär zusammengesetzte „Hamburger Bündnis gegen den plötzlichen Säuglingstod“, das sich seit mehr als zehn Jahren für die Vermeidung von Risikofaktoren einsetzt. Und dies betrifft auch das aktuell entwickelte Rahmenkonzept „Frühe Hilfen in Hamburg“, das zurzeit erarbeitet wird.

Die Leitfragen in diesem Gesundheitsbericht „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ sind:

- Was sind die jeweiligen förderlichen, protektiven sowie gefährdenden gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen für die Zeit vor, während und nach der Geburt?

- Wie ist der derzeitige Gesundheitszustand werdender Mütter und ihrer Säuglinge und Kleinkinder?
- Haben sich bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen und Gesundheitsrisiken im Zeitverlauf verändert?
- Wie sind diese Veränderungen zu beurteilen, welcher Handlungsbedarf entsteht daraus?
- Welche gesundheitsbezogenen Hilfs- und Beratungsangebote gibt es für werdende Mütter sowie für Mütter mit Säuglingen?
- Welche Hamburger Anlaufstellen ergänzen die Vielzahl an Ratgebern und Online-Angeboten zu gesundheitlichen Fragen rund um Schwangerschaft und Geburt?

Der vorliegende Gesundheitsbericht nimmt eine gewiss nicht vollständige, aber doch recht umfangreiche Analyse der Daten und Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt für Hamburg vor, um die ausgeführten Leitfragen zu beantworten. Die Analyse orientiert sich an der Public Health Perspektive, die sich hier dem Gesundheitszustand der Gruppe von Schwangeren bzw. Müttern und ihren Neugeborenen widmet, und versucht die Wechselwirkungen mit der Umwelt, dem Verhalten und dem medizinischen Versorgungssystem einzubeziehen.

Abkürzungen und Fremdwörter werden jeweils im fortlaufenden Text eingeführt; eine übersichtliche Zusammenstellung hierzu ist als Glossar im letzten Kapitel zu finden.



© Claudia Hautumm, pixelio.de

2. Schwanger werden

Übersicht

2.1 Ungewollte Kinderlosigkeit	S.12
Ursachen	
Reproduktionsmedizin	
Verfahren der Reproduktionsmedizin	
Risiken der Reproduktionsmedizin	
Gesetzliche Regelungen	
Kosten	
Das deutsche IVF-Register	
Zahlen für Hamburg	
2.2 Schwanger und im Konflikt	S.18
Verhütung	
Schwangerschaftskonfliktberatung	
Schwangerschaftsabbruch	
Gesetzliche Regelungen	
Kosten	
Zahlen für Hamburg	
2.3 Fazit	S.22
2.4 Anhang	S.23

Ein Kind bekommen, Familie haben – schon bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der spätere Kinderwunsch präsent. Laut der Shell-Jugendstudie 2006¹, einer Repräsentativerhebung der 12- bis 25-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland, wünschen sich 69% der Mädchen und jungen Frauen und 57% der Jungen und jungen Männer Kinder. Gleichzeitig aber nimmt anscheinend auch die Zahl junger Erwachsener zu, die diesen Wunsch nicht realisieren können oder wollen.

In Deutschland ist seit Jahrzehnten eine tendenzielle Abnahme in den Geburtenzahlen zu verzeichnen². Bis Anfang der 70er

Jahre kamen über eine Million Kinder pro Jahr in Deutschland zur Welt. Im Jahr 2008 waren es knapp 700.000 Kinder. In der gesellschaftlichen Diskussion wird der Geburtenrückgang auf die Veränderung der Lebensziele zurückgeführt: Ehe und Familie haben an Bedeutung verloren, hingegen haben Beruf und persönliche Selbstverwirklichung, auch Unabhängigkeit und Ungebundenheit an Bedeutung gewonnen. Damit hat sich das Heiratsalter ebenso wie das Alter bei der ersten Schwangerschaft nach hinten verschoben³.

In Hamburg sind allerdings stabile Geburtenzahlen zu verzeichnen, im Jahr 2008 waren es wieder mehr als 16.000⁴. Ein Grund für diesen zum Bundesdurchschnitt gegenläufigen Trend ist die stetig wachsende Zuwanderung in Hamburg. Gerade bei den 15- bis 29-jährigen Männern und Frauen ziehen mehr Personen nach Hamburg als andere Personen in dieser Altersgruppe die Stadt verlassen⁵. Dies hat vermutlich mit den Ausbildungsangeboten und den Arbeitsmöglichkeiten in der Freien und Hansestadt Hamburg zu tun. Einstiegsmöglichkeiten in das Berufsleben ziehen in diesem Lebensabschnitt ggf. eine Familiengründung nach sich.

Die gebärfähige Zeit im Leben einer Frau liegt im Schnitt zwischen dem 13. und 45.

[met/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Geburten/Sterbefaelle/Tabellen.psmi](http://www.destatis.de/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Geburten/Sterbefaelle/Tabellen.psmi); 13.04.2010

³ **Stöbel-Richter, Y. und Brähler, E.** *Einstellungen zur Vereinbarkeit von Familie und weiblicher Berufstätigkeit und Schwangerschaftsabbruch in den alten und neuen Bundesländern im Vergleich.* Stuttgart : Georg Thieme Verlag, 2005. S. 256-265. Bd. 65(3).

⁴ Geburten von Müttern mit Wohnsitz in Hamburg: Quelle: **Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.** *Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/2009.* Hamburg , 2008. S. 22, Tabelle 9.

⁵ **Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.** *Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/2009.* Hamburg , 2008. S. 26, Tabelle 18.

¹ Shell Jugendstudie 2006, www.shell.com/home/content/deu/aboutshell/our_commitment/shell_youth_study/2006/; 13.04.2010

² Statistisches Bundesamt Deutschland; www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Inte

Lebensjahr. Aus biologischer Sicht ist für Frauen zwischen 20 und 30 Jahren das günstigste Alter für die Familienplanung, denn die Chance, schwanger zu werden, sinkt mit zunehmendem Alter. Sie beträgt bei Frauen zwischen 18 und 24 Jahren 30% pro Zyklus, bei Frauen zwischen 25 und 33 Jahren 18% und schließlich bei Frauen zwischen 34 und 44 Jahren nur noch 13%. Von daher hat eine 35-jährige im Vergleich zu einer 25-jährigen Frau nur halb so gute Chancen schwanger zu werden⁶. Männer bleiben zwar grundsätzlich bis ins hohe Alter zeugungsfähig, aber die Qualität der Spermien sinkt im Laufe der Zeit. Demnach verringern sich die Chancen auf eine erfolgreiche Befruchtung ab dem 30. Lebensjahr sowohl bei Frauen wie auch bei Männern.

2.1 Ungewollte Kinderlosigkeit

Ungewollte Kinderlosigkeit liegt laut Definition der World Health Organisation (WHO) vor, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen nach mehr als 24 Monaten trotz regelmäßigem, ungeschütztem Sexualverkehr keine Schwangerschaft eintritt. Inzwischen wird auch schon bei einem Jahr ohne Schwangerschaftseintritt trotz ungeschützten Sexualverkehrs von ungewollter Kinderlosigkeit gesprochen⁷.

Im Rahmen einer Untersuchung zu Kinderwünschen in Deutschland⁸ hat das In-

stitut für Demoskopie Allensbach Ende 2006 zum Thema Reproduktionsmedizin fast 3.500 Personen von 25 bis unter 60 Jahren befragt. Fast jede/r Zweite wünschte sich Kinder. Und fast jede zweite Person (46%) benannte als Grund dafür, dass sich dieser Wunsch (noch) nicht erfüllt hatte: Der/die richtige Partner/Partnerin fehlte. Jede vierte Person gab berufliche oder finanzielle Gründe an. Und mehr als jede zehnte Person berichtete, dass trotz Kinderwunsch (noch) keine Schwangerschaft eingetreten ist (13%). Von diesen Befragten hatten es 62% länger als ein Jahr vergeblich versucht; nur jede zweite befragte Person hatte ärztlichen Rat eingeholt.

Allerdings verhielten sich die Paare mit aktuellem Kinderwunsch unterschiedlich je nachdem, ob sie schon einmal Eltern geworden waren oder nicht. Nur ein Viertel der Elternpaare, die aktuell länger als ein Jahr auf eine Folgeschwangerschaft warteten, hatten hierzu einen Arzt konsultiert. Dagegen hatten mehr als die Hälfte der kinderlosen Paare mit aktuellem Kinderwunsch (52%) hierzu ärztlichen Rat eingeholt.

Diese Zahlen deuten darauf hin, dass Paare, die bereits Eltern sind, sich eher damit abfinden, wenn eine weitere geplante Schwangerschaft nicht eintritt. Sie vertrauen darauf, dass es auch ohne ärztliche Unterstützung zu einer weiteren Schwangerschaft kommt.

Ursachen

Die medizinischen Ursachen für die Kinderlosigkeit liegen in etwa zu gleichen Anteilen bei Frau oder Mann⁹. Die häufigsten medizinischen Ursachen für die Kinderlosigkeit bei Frauen sind eine Schädigung der Eileiter oder Störungen bei der Reifung der Eizellen in den Eierstöcken (30-40%). Auch

⁶ **Bielfeld, P., et al.** Ungewollte Kinderlosigkeit: Sterilitätsabklärung in der gynäkologischen Praxis. *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2005, 6, S. 24-28.

⁷ **Strauß, Bernhard und Beyer, Karla.** *Ungewollte Kinderlosigkeit*. [Hrsg.] Robert-Koch-Institut ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin : April 2004. S. 7. Bd. 20.

⁸ **Sütterlin, Sabine und Hoßmann, Iris.** *Ungewollt kinderlos, Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?* [Hrsg.] Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin : 2007.

⁹ www.wunschkind.net/theorie; 13.04.2010

Endometriose beeinträchtigt häufig das Entstehen einer Schwangerschaft. Endometriose ist eine gutartige, aber chronische und schmerzhafte Erkrankung, bei der Wucherungen der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) sich außerhalb der Gebärmutterhöhle ansiedeln.

Die mit Abstand häufigste medizinische Ursache für Kinderlosigkeit bei Männern ist eine verminderte Spermienqualität. Eher seltene Ursachen sind das Fehlen von Spermienzellen oder Störungen des Spermientransports. Abgesehen von genetischen Ursachen sind weitere krankheitsbedingte Faktoren für eine gestörte Fruchtbarkeit bei Frauen und Männern entzündliche und immunologische Aspekte. Bei ca. jedem 10. Paar wird eine sogenannte idiopathische Sterilität diagnostiziert: Es konnte kein medizinischer Grund gefunden werden, die Ursache der Unfruchtbarkeit bleibt unklar.

Auch Lebensstilfaktoren beeinflussen die Fruchtbarkeit und ggf. auch die Erfolgsaussichten einer medizinischen Therapie¹⁰. Zum Beispiel vermindert Nikotin die Fruchtbarkeit: Beim Mann werden die Spermienbildung, -beweglichkeit und -form sowie das Erbmateriale der Spermien negativ beeinflusst. Bei Frauen wirkt sich Nikotin negativ auf die Reifung der Eizelle und auf die Hormonwerte in der zweiten Zyklusphase aus. Genau wie Nikotin kann auch erhöhter Alkoholkonsum zur Unfruchtbarkeit führen.

Auch Über- und Untergewicht können die Hormonbildung und Eizellenreifung negativ beeinflussen. Bei stark übergewichtigen Frauen ist die Fruchtbarkeit beim norma-

len Zyklus geringer und die Abortrate erhöht; bei Männern kann Übergewicht die Spermienqualität einschränken. Möglicherweise hat auch psychischer Stress einen Einfluss auf die Fruchtbarkeit; allerdings sind hier die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien nicht eindeutig¹¹.

Reproduktionsmedizin

Gesellschaftliche Veränderungen beeinflussen die Familienplanung. Oft wird der Kinderwunsch in einen späteren Lebensabschnitt verschoben. Aus der entschiedenen Phase „noch ohne eigene Kinder“ wird dann manchmal ungewollte Kinderlosigkeit. Viele Paare akzeptieren die Situation und geben den Wunsch nach einem eigenen Kind auf. Andere Paare suchen Unterstützung in Selbsthilfegruppen, bemühen sich ein Kind in Pflege zu nehmen oder zu adoptieren. Wiederrum einen anderen Weg gehen Paare, die reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch nehmen.

Die Reproduktionsmedizin kann einigen Paaren zum eigenen Kind verhelfen, die Erfolgsquote liegt bundesweit behandlungsabhängig bei ca. 11 bis 22%.

Diese sogenannte Baby-take-home-Rate entspricht der Anzahl der Geburten pro Anzahl der durchgeführten Behandlungen in Prozent¹². Das heißt, auch unter Einbeziehung reproduktionsmedizinischer Unterstützung müssen viele Paare akzeptieren, dass der Wunsch nach einem eigenen Kind nicht in Erfüllung geht.

¹⁰ Homan, G.F., Davies, M. und Norman, R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*. 2007, Bd. 13, 3, S. 209-223.

¹¹ Homan, G.F., Davies, M. und Norman, R. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*. 2007, Bd. 13, 3, S. 209-223.

¹² D.I.R.-Jahrbuch 2008. Klinische SS, Aborte, EUs und Totgeburten 2007:Deutsche IVF Register, 2009. S. 14.

Ein unerfüllter Kinderwunsch bedeutet häufig für die Betroffenen eine enorme psychische Belastung¹³. Alleine die Diagnosestellung kann unterschiedliche Gefühle wie Trauer, Hilflosigkeit, Wut, Neid sowie Gefühle von Minderwertigkeit und Ausgeschlossen sein auslösen und zu Problemen in der Partnerschaft führen. In Hamburg stehen Beratungsstellen wie pro familia oder Dreiklang für Paare bzw. Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch zur Verfügung (s. Anhang).

Verfahren der Reproduktionsmedizin

Im Jahr 2008 gab es 117 Reproduktionszentren in Deutschland, davon in Hamburg 5 Institute¹⁴, die beraten und behandeln. Sie bieten unterschiedliche Verfahren der Reproduktionsmedizin an, unter anderem Zyklusbeobachtung, Hormontherapie, Samenübertragung, die In-Vitro-Fertilisation (IVF) und die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Die Alltagssprache benutzt für die **In-Vitro-Fertilisation, kurz IVF**, häufig den Begriff „künstliche Befruchtung“. Bei der IVF erfolgt die Befruchtung nicht im Körper der Frau, sondern im Labor (extrakorporale Befruchtung). Nach einer Hormonbehandlung der Frau werden Eizellen aus dem Eierstock entnommen und in einem Laborglas mit Spermien des Partners zusammen geführt. Gelingen Befruchtung und Weiterentwicklung, werden maximal drei Embryonen in die Gebärmutter eingebracht. Die IVF ist also eine sehr komplexe Methode, um eine Schwangerschaft herbeizuführen.

¹³ **Strauß, Bernhard und Beyer, Karla.** *Ungewollte Kinderlosigkeit.* [Hrsg.] Robert-Koch-Institut ; Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin : April 2004. S. 8-9. Bd. 20.

¹⁴ *D.I.R.-Jahrbuch 2008.* Deutsche IVF Register, 2009. Anhang.

Die **Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)**, vereinfachend auch Mikroinjektion genannt, wird (seit 1992) angewendet, wenn die Samenzellen weder im Eileiter noch im Laborglas eine Eizelle befruchten können. Bei der ICSI wird der Kopf einer Samenzelle direkt in eine zuvor entnommene Eizelle injiziert. Hat eine Befruchtung und Zellteilung stattgefunden, entspricht die weitere Verfahrensweise dem IVF-Behandlungszyklus.

Risiken der Reproduktionsmedizin

Die Eingriffe bei der Frau bringen das Risiko mit sich, dass Blutungen in der Bauchhöhle, Infektionen, allergische oder narkosebedingte Reaktionen auftreten. Die Fehlgeburtsrate liegt in Abhängigkeit von der Behandlung zwischen 15 und 24%¹⁵, fällt also höher aus als bei den „normalen“ Schwangerschaften (ca. 11-15%)¹⁶. Auch das Risiko von Frühgeburten ist verdoppelt, das von Totgeburten 2,5fach erhöht. Den Ergebnissen einer deutschen ICSI-Follow-Up-Studie zufolge ist auch ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko (ein Fall auf zwölf Schwangerschaften statt ein Fall auf 15 Schwangerschaften) zu beobachten¹⁷. Die Erfolgsaussichten nehmen von Versuch zu Versuch ab. All diese Probleme tragen zu der großen psychischen Belastung bei, die Paare in reproduktionsmedizinischer Behandlung bewältigen müssen. Bekannt ist allerdings das Risiko, dass es bei der reproduktionsmedizinischen Behandlung zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt.

¹⁵ *D.I.R.-Jahrbuch 2008.* Klinische SS, Aborte, EUs und Totgeburten 2007. Deutsche IVF Register, 2009. S. 14.

¹⁶ **Steck, T.** Sporadische und wiederholte Aborte - Diagnostische Abklärung und Möglichkeiten der Prävention. *CME Praktische Fortbildung Gynäkologie, Geburtsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie.* 2006, 1, S. 14-24.

¹⁷ **Katzorke, T., et al.** Reproduktionsmedizin - State of the Art: Dem Nachwuchs nachhelfen. *Gynäkologie und Geburtshilfe.* 2004, 5, S. 30-36.

Hier ist festzustellen, dass bei den jüngeren Frauen unter 30 Jahren bei fast jeder vierten Geburt zwei, manchmal auch drei Kinder geboren werden. Bei den über 40-jährigen Frauen kommt eine Mehrlingsgeburt nur bei jeder zehnten Schwangerschaft vor¹⁸ (zusammengefasste Daten des IVF 2000-2007). Bei jüngeren Frauen ist also die Wahrscheinlichkeit für eine Mehrlingsschwangerschaft deutlich höher als bei älteren Frauen.

Bei IVF- oder ICSI - Therapie treten Mehrlingsschwangerschaften bei ca. 22% auf, bundesweit haben Mehrlingsschwangerschaften einen Anteil von weniger als 1% (0,65%¹⁹) an den Geburten; bezogen auf alle in Hamburger Krankenhäusern dokumentierte Geburten sind es 2%. Mehrlingsschwangerschaften sind allerdings immer mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kinder verbunden; sie enden meistens vorzeitig mit Frühgeburten. Vor allem Drillingschwangerschaften sind mit hohen Risiken verbunden.

Gesetzliche Regelungen

Der § 27 des SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung) regelt, dass Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenn sie notwendig ist. „Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war“²⁰.

¹⁸ D.I.R.-Jahrbuch 2008. Geburten in Abhängigkeit von der Anzahl übertragener Embryonen und Altersgruppen 2000-2007. Deutsche IVF Register, 2009. S. 15.

¹⁹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes; www.gbe-bund.de; Geburten und Mehrlingsschwangerschaften; 14.04.2010

²⁰ SGB V, § 27 und § 27a

In Deutschland regelt das Embryonenschutzgesetz^{21; 22} die Anwendung der Fortpflanzungsmedizin und den Umgang mit Embryonen. Nach dem Gesetz sind folgende Methoden für die Reproduktionsmedizin erlaubt:

- Homologe (Übertragung von Samen des Partners) und unter gewissen Voraussetzungen heterologe (Übertragung von Samen eines Spenders) Insemination
- IVF und ICSI durch speziell ausgebildete Ärzte

Gesetzlich verboten sind u. a. die Verwendung fremder Eizellen, Leihmutterschaft und Experimente an Embryonen.

Kosten

Die ersten Untersuchungen zur Feststellung der Unfruchtbarkeit sind in der gynäkologischen oder urologischen Facharztpraxis möglich oder – nach Überweisung – gezielt in einem Kinderwunschzentrum; sie werden in der Regel von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen.

Nicht verheiratete, gesetzlich versicherte Paare müssen sämtliche Kosten der Behandlung (IVF, ICSI und Insemination bei hormonell stimulierten Zyklen) selber tragen. Bei gesetzlich versicherten Ehepaaren wird seit 2004 für maximal insgesamt drei Maßnahmen die Hälfte der Behandlungskosten übernommen. Dabei ist allerdings Voraussetzung, dass die Frau zwischen 25 und 40 Jahren und der Mann zwischen 25 und 50 Jahren alt sind. Die Anzahl der als

²¹ (BZgA), **Bundezentrale für gesundheitliche Aufklärung**, [Hrsg.]. Kinderwunsch. *Sehnsucht nach einem Kind.Möglichkeiten und Grenzen der Medizin.* [Broschüre]. Köln. September 2005. 3, S. 34.

²² Bundesministerium der Justiz; www.gesetze-im-internet.de/eschg/index.html ; Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – EschG; Ausfertigungsdatum: 13.12.1990

zulässig definierten Behandlungszyklen und -verfahren sind mit § 27a (Künstliche Befruchtung) im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt; der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die genaueren medizinischen Einzelheiten. Die Kosten für alle weiteren bzw. andere Behandlungsmethoden werden von den Betroffenen selbst getragen.

Fakten

Das Deutsche IVF Register (DIR) (www.deutsches-ivf-register.de) veröffentlicht in Jahrbüchern umfangreiche Zahlen zu den Behandlungen der mehr als 117 meldenden Zentren zur assistierten Reproduktion. Darunter sind fünf in Hamburg ansässige Zentren.

Speziell für Hamburg liegen keine zusammengefassten Zahlen der reproduktionsmedizinischen Zentren vor. Deshalb wird überblicksartig die bundesweite Situation mit Bezug auf das Jahr 2008 beschrieben²³.

In Deutschland wurden 2008 in etwa 43.600 IVF und/oder ICSI-Behandlungen bei Frauen durchgeführt, fast 12.000 Behandlungen führten zu einer Schwangerschaft. Hieraus gingen fast 9.400 lebend geborene Kinder hervor²⁴. Wenn man Verfahren mit Kryokonservierung (Einfrieren von Spermien bzw. befruchteten Eizellen) einbezieht, kommen weitere 2.100 Kinder auf mehr als 16.000 durchgeführte Transfers dazu. Hier ist demnach eine geringere Erfolgsquote festzustellen.

Der nationale Durchschnitt der Baby-Take-Home-Rate beträgt ca. 15,9%²⁵. Die

²³ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. Deutsche IVF Register, 2009.

²⁴ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. Klinische SS, Aborte, EUs und Totgeburten 2007. Deutsche IVF Register, 2009. S. 14.

²⁵ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. Klinische SS, Aborte, EUs und Totgeburten 2007. Deutsche IVF Register, 2009. S. 14. (IVF: 17,52%, ICSI: 17,64%, IVF/ICSI: 22,31%

individuellen Aussichten auf Erfolg hängen jedoch von unterschiedlichen, gleichzeitig wirksamen Faktoren ab.

Auf der Grundlage der Registerdaten wird herausgestellt, dass über alle Altersklassen gemittelt in Deutschland ca. ein Viertel der Behandlungszyklen mit Embryonentransfer nach IVF bzw. ICSI zum Eintritt einer Schwangerschaft führten²⁶. Das Risiko einer Fehlgeburt lag bei knapp 19%²⁷. Unabhängig von der Behandlungsart ist bei jüngeren Frauen (bis 30 Jahre) die Wahrscheinlichkeit für einen Abort geringer als bei älteren Frauen (40 Jahre und älter)²⁸.

Die Daten des IVF zeigen auch, dass die heute in Behandlung befindlichen Paare älter sind als noch 1997. Das Durchschnittsalter der Frauen ist z. B. von 32,6 (1997) auf 34,6 Jahre (2008) gestiegen²⁹.

Auch bestätigen die Register-Zahlen (1997-2007) den negativen Einfluss von Adipositas und Rauchen, die die Abortrate erhöhen und die klinische Schwangerschafts-/Entbindungsrate verringern³⁰. Das heißt, auch bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung kann das eigene Gesundheitsverhalten zum Erfolg beitragen.

²⁶ Siehe ²⁵

²⁷ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. D.I.R.-Kurzstatistik 2008. Deutsche IVF Register, 2009. S. 12.

²⁸ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. Abortraten in Abhängigkeit vom Alter und der Anzahl übertragener Embryonen 2008. Deutsche IVF Register, 2009. S. 20.

²⁹ *D.I.R.-Jahrbuch 2008*. Mittleres Alter der Frauen und Männer. Deutsche IVF Register, 2009. S. 24.

³⁰ *D.I.R.-Jahrbuch 2007*. Klin. SS/ET und Abortrate in Abhängigkeit von Nikotinabusus und Adipositas der Frau 1997-2007. Deutsche IVF Register, 2008. S. 21.

Zahlen für Hamburg

Aus den Daten der EQS³¹ lässt sich ablesen, dass in den vergangenen sieben Jahren (2002-2008) jährlich fast 600 Kinder nach einer Sterilitätsbehandlung geboren wurden.

In den letzten vier Jahren trifft dies für weniger als 3% der Mütter (480-550) zu, in den vorausgehenden Jahren waren es etwas mehr (570-710). Die Gesetzesänderung im Jahr 2004, die dazu führte, dass die GKV nur noch 50% der Behandlungskosten für drei Maßnahmen übernimmt, hat möglicherweise auch in Hamburg zu einem Rückgang der Geburten in Folge von Sterilitätsbehandlungen beigetragen.

Auf Grundlage der EQS-Sonderanalyse (s. Anhang) für das Jahr 2007 lässt sich eine Gruppe von 524 Frauen (2,7% aller Mütter) näher beschreiben, die 2007 nach einer Sterilitätsbehandlung entbunden hat.

Diese Frauen waren bei der Entbindung tendenziell älter als die anderen Mütter (51% 35 Jahre und älter statt 30%) und überwiegend Erstgebärende (80% statt 52%). Sie waren zum Zeitpunkt der Geburt zu einem größeren Anteil in einer festen Partnerschaft (78% statt 67%) und während der Schwangerschaft berufstätig (57% statt 44%). Sie haben häufiger zwölf und mehr Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wahrgenommen (44% statt 36%) und nur sehr wenige Frauen haben während der Schwangerschaft geraucht (2% statt 7%).

Während sich diese Gruppe von Frauen nach einer erfolgreichen Sterilitätsbe-

handlung beschreiben lässt, bleibt eine deutlich größere Gruppe von Frauen unberücksichtigt. Dies sind die schätzungsweise ca. 3.000 Frauen (und Männer), die sich in diesem Zeitraum in einem reproduktionsmedizinischen Institut in Hamburg haben beraten und behandeln lassen, ohne ihr Ziel zu erreichen. Viele Paare gehen mit großen Erwartungen in die reproduktionsmedizinische Behandlung; gleichzeitig bringt die Behandlung in vielen Fällen erhebliche körperliche und psychische Belastung als auch einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand mit sich.

Das bekannte Risiko der Frühgeburtlichkeit zeigt sich auch in der Gruppe von Frauen, die nach einer Sterilitätsbehandlung in Hamburg entbunden hat: Jede vierte Schwangerschaft endete vor der 37. SSW, das tritt sonst nur bei jeder zehnten Geburt ein. Mehr als die Hälfte der Kinder (54%) wurden per Kaiserschnitt geboren, deutlich mehr als bei den Frauen, die keine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen mussten (29%). Werden Mehrlinge und Frühgeborene außer Acht gelassen, d. h., nur die reifen Einlinge werden verglichen, gibt es in der Verteilung des Geburtsgewichtes keine auffälligen Unterschiede. Auffällig niedriges und besonders hohes Geburtsgewicht sind gleichermaßen selten.

Gesellschaftlich hat sich ein Trend zu späterer Mutterschaft bzw. Elternschaft durchgesetzt. Der später einsetzende Kinderwunsch kann manche Probleme hervorrufen; biologisch-medizinische Ursachen liegen häufig dem unerfüllten Kinderwunsch zugrunde. In diesen Fällen steht den Betroffenen die reproduktionsmedizinische Expertise zur Verfügung.

³¹ Die Daten der EQS-Jahresauswertung und der EQS-Sonderanalyse 2007 (s. Kapitel 7) beruhen auf allen in Hamburger Krankenhäusern dokumentierten Schwangerschaften und Geburten, auch die der nicht in Hamburg gemeldeten Frauen.

In Hamburg werden jährlich fast 600 Kinder nach einer Sterilitätsbehandlung geboren. Trotz der Erfolge in der Kinderwunschbehandlung – ablesbar in der Baby-Take-Home-Rate – müssen viele Paare akzeptieren, dass ihr Kinderwunsch zumindest mit einem eigenen Kind nicht in Erfüllung gehen kann. In Hamburg gibt es ein Netz an Informations- und Beratungsstellen, weiterführende Adressen sind im Anhang aufgeführt.

2.2 Schwanger und im Konflikt

Eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft kann im Konflikt stehen z. B. mit der persönlichen Situation, mit Lebensplänen, Ausbildungsvorhaben, der Beziehung zum biologischen Vater, den Perspektiven einer Partnerschaft.

Verhütung

Die Anzahl ungewollter Schwangerschaften kann durch frühzeitige Sexualaufklärung bei Kindern und Jugendlichen verringert werden. Eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Jugendsexualität³² aus dem Jahr 2005 hat in eine repräsentative Wiederholungsbefragung sowohl die 14- bis 17-Jährigen als auch ihre Eltern einbezogen. Das Ergebnis war:

Die aktive Sexualaufklärung erfolgte überwiegend im familiären Umfeld durch die Eltern.

Von großer Bedeutung ist die Aufklärung durch die Lehrer, da die Sexualaufklärung Teil des Lehrplans ist, wie auch durch die Gleichaltrigen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bzga) stellt eine

Reihe an Informationen und Materialien für alle Interessierten bereit.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln für Jugendliche ist in Deutschland sehr einfach. In jeder Apotheke, Drogerie oder beispielsweise auch in Automaten auf der Straße, in Kinos, Kneipen und öffentlichen Toiletten können Kondome erworben werden.

Die Pille, die hormonell einen Eisprung unterdrückt, ist verschreibungspflichtig und darf nur nach einer ärztlichen Untersuchung verschrieben werden. Minderjährige junge Frauen können sich auch ohne Einbeziehung der Eltern in Verhütungsfragen an eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt wenden. Die Kosten für die Pille werden bei gesetzlich krankenversicherten Frauen bis zum 20. Lebensjahr erstattet; ab dem 18. Lebensjahr fällt allerdings die Rezeptgebühr an. Ab dem 20. Lebensjahr ist die Pille keine Kassenleistung mehr und die Kosten müssen von den Frauen selbst bezahlt werden.

Schwangerschaftskonfliktberatung

Kondom gerissen, Diaphragma verrutscht, die Pille vergessen oder gerade beim ersten Mal gar nicht verhütet: Nicht immer gelingt eine erfolgreiche Verhütung. Sexualität ist schließlich gefühlsmäßig nicht immer leicht mit Schwangerschaftsverhütung zu vereinbaren.

Ungewollte Schwangerschaften lassen sich auch durch kontinuierliche und zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit nie vollständig vermeiden. Im Konfliktfall stehen Beratungsstellen freier Träger und als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle anerkannte Ärzte und Ärztinnen zur Beratung zur Verfügung.

Gemäß der gesetzlichen Regelung dient die Beratung dem Schutz des ungeborenen Lebens und wird ergebnisoffen geführt. Auf

³² **Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.** *Jugendsexualität: Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern, Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2005.* Köln . 2006.

Grundlage der Jahresberichte der Beratungsstellen in Hamburg wurden im Jahr 2008 mehr als 6.000 Frauen nach § 5 SchKG beraten (n=6061). Fast die Hälfte der Beratungsbescheinigungen wurde 2008 von den anerkannten Ärztinnen und Ärzten ausgestellt (siehe Abbildung 2.1). Die Erteilung einer Bescheinigung ist nicht an einen Hamburger Wohnsitz der Frau gebunden. Auch Frauen, die außerhalb Hamburgs leben, können sich in Hamburg beraten lassen und erhalten eine entsprechende Bescheinigung.

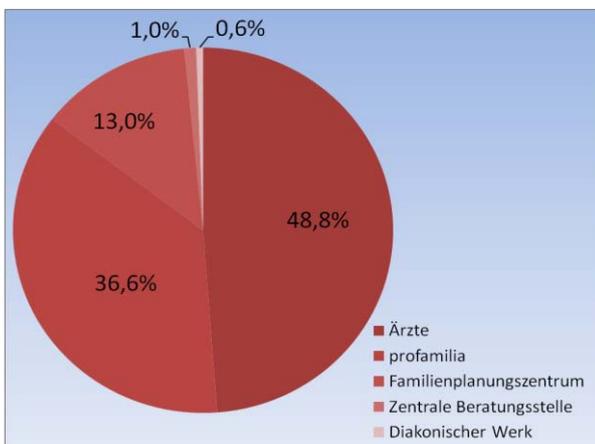


Abbildung 2.1: In Hamburg ausgestellte Beratungsbescheinigung 2008 (n=6061; Quelle: Jahresberichte der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen)

Auf der Internetseite der BZgA www.schwanger-info.de sind alle Beratungsstellen in Deutschland mit Adressen und Öffnungszeiten aufgelistet.

In Hamburg bieten drei nach § 9 SchKG anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen an verschiedenen Standorten Beratung und Unterstützung in einer Konfliktsituation nach § 5 SchKG an: pro familia, das Familienplanungszentrum (FPZ) und das Diakonische Werk. Ihr Leistungsspektrum orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben des SchKG. Allgemeine Schwangerenberatung nach § 2 SchKG (Beratungen zur Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität, Aufklärung, Verhütungsberatung und anderes mehr) bieten neben den o. g. Beratungsstellen auch die

Beratungsstellen des Sozialdienstes Katholischer Frauen und des Caritasverbandes an. Dabei zeigen die Beratungsstellen unterschiedliche Profile. Nahezu alle Beratungsstellen verfügen auch über dezentrale Anlaufstellen, so dass den Ratsuchenden wohnortnah Hilfsangebote zur Verfügung stehen. Das FPZ bietet außerdem eine behindertenspezifische Schwangerschaftskonfliktberatung an. Bei anderen Beratungsstellen wird verstärkt versucht, mit muttersprachlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Die Beratungsstellen berichten in weitgehender Übereinstimmung, dass die Zahl der konfliktbelasteten Schwangerschaften deutlich angestiegen ist. Der Anteil von Frauen, die sich bereits zum Schwangerschaftsabbruch entschieden haben und „pro forma“ die Beratung in Anspruch nehmen, hat demnach abgenommen. Viele Frauen und Paare wünschen sich Kinder, sind allerdings durch aktuelle Veränderungen in den finanziellen Regelungen von z. B. Arbeitslosengeld, Elterngeld oder Unterhaltsansprüchen verunsichert. Auch die zeitliche Begrenzung des Elterngeldes auf ein Jahr lässt schon zu Beginn der Schwangerschaft die Perspektiven zur Kinderbetreuung ein wichtiges Thema werden.

Es scheint eine stetige Zunahme von Schwangeren zu geben, die aufgrund finanzieller Schwierigkeiten einen Abbruch in Erwägung ziehen. Dies verstärkt einen speziellen Beratungsbedarf.

Schwangerschaftsabbruch

Für einen Schwangerschaftsabbruch stehen mehrere Methoden zur Verfügung. Die am häufigsten angewandte Methode (ca. 76% der Eingriffe) ist die Vakuumaspiration oder Absaugmethode (Saugcurette), die ambulant als chirurgischer Eingriff von der sechsten bis zur 14. SSW durchgeführt werden

kann^{33; 34}. Der Eingriff zeichnet sich durch eine sehr geringe Komplikationsrate aus. Die Curettage (Ausschabung oder Abrasio) wird bei etwa jeder zehnten Frau angewandt. Hiermit verbundene Risiken sind z. B. eine mögliche Infektion bzw. Perforation, also die Verletzung der Gebärmutterwand.

Schwangerschaftsabbrüche durch die Einnahme von Mifepriston werden eher selten (bei jeder zehnten Frau) vorgenommen. In diesem Fall sind drei Arzttermine notwendig. Die Einnahme z. B. des Medikaments Mifegyne® in der frühen Schwangerschaft lässt den Embryo absterben. Die nachfolgende Zufuhr eines Hormons (Prostaglandin in Tablettenform oder als Zäpfchen) führt in der Regel 36 bis 48 Stunden später zu einer Ausstoßungsreaktion.

Medikamentöse Abbrüche erfordern in der Regel zusätzliche operative Maßnahmen. Nach der 14. Schwangerschaftswoche wird der medikamentöse Abbruch nur mit einer medizinischen Indikation durchgeführt (2008 weniger als 3% der Schwangerschaftsabbrüche). Eine medizinische Indikation wäre z. B. die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit der Schwangeren, nachdem eine schwere kindliche Fehlbildung diagnostiziert wurde.

Gesetzliche Regelungen

Nach § 218 des Strafgesetzbuches (StGB) ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nicht nach der sogenannten Beratungsregelung erfolgt. Dies bedeutet, dass

eine Beratung in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle erfolgen muss und der Eingriff von einer Ärztin/einem Arzt innerhalb der ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft durchgeführt wird. Ferner ist ein Schwangerschaftsabbruch nach einer medizinischen Indikation (Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau) ohne Zeitlimit straffrei. Auch wenn die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt beruht und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind entfällt die Strafbarkeit. Nach § 5 SchKG beinhaltet die Beratung der Schwangeren Informationen über die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken sowie Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

Kosten

Wenn der Schwangerschaftsabbruch durch eine medizinische Indikation begründet ist, trägt die Kosten des Eingriffs die gesetzliche Krankenversicherung. Wenn die Schwangerschaft nach der Beratungsregelung beendet wird, sind die Kosten des Eingriffs von der Frau selbst zu tragen. Bei wirtschaftlicher Bedürftigkeit kann bei der GKV die Kostenübernahme beantragt werden.

³³ Einige statistische Daten beziehen sich auf die Dauer der Schwangerschaft ab der Befruchtung (post conceptionem), üblicher ist die medizinische Angabe der Schwangerschaftswochen ab der letzten Regelblutung (post menstruationem), auf die hier Bezug genommen wird.

³⁴ **Statistisches Bundesamt.** *Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche 2008.* Fachserie 12 Reihe 3. Wiesbaden. 9. März 2009.

Zahlen für Hamburg

Über die nach § 218a vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche wird vom Statistischen Bundesamt quartalsweise eine im SchKG geregelte Statistik geführt. Diese weist für alle Bundesländer entsprechende Kennzahlen aus. Darüber hinaus stehen der Fachbehörde die jährlichen Leistungsstatistiken der Beratungsstellen zur Verfügung, die auf Grundlage des Schwangerenberatungsstellenförderungsgesetzes Fördermittel erhalten.

Im Jahr 2008 wurden in Deutschland insgesamt 114.484 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet³⁵, davon 4.353 in Hamburg. Dies entspricht etwas weniger als 4%; dieser Anteil an allen Schwangerschaften in Deutschland ist in den letzten Jahren stabil. Jährlich lassen etwas mehr als 100 von 10.000 Hamburgerinnen zwischen 15 bis unter 45 Jahren einen Abbruch vornehmen. Die meisten der in Hamburg durchgeführten Eingriffe wurden bei Frauen mit Hamburger Wohnsitz (n= 3.882) durchgeführt.

Die fast 4.000 Hamburgerinnen, die einen Abbruch haben vornehmen lassen, stimmen in den meisten Merkmalen mit den Frauen anderer Bundesländer überein, z. B. in Alter und Familienstand. 160 Frauen waren zum Zeitpunkt des Abbruchs minderjährig; dies entspricht einem Anteil von 3,7%.

Auch in Hinblick auf den Zeitpunkt des Abbruchs stimmen die Hamburger mit den bundesweiten Zahlen überein. Allerdings hatte jede zweite Frau in Hamburg zur Zeit des Abbruchs keine Kinder (51%). In ganz Deutschland haben 41% der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, (noch) keine Kinder.

³⁵ Statistisches Bundesamt. *Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche 2008*. Fachserie 12 Reihe 3. Wiesbaden 9. März 2009.

In Hamburg wurde häufig eine Vakuumaspiration durchgeführt (79%). Der Anteil der Curettagen an den Schwangerschaftsabbrüchen war gering (7%). Der Zeitpunkt für den Schwangerschaftsabbruch lag bei annähernd 85% der Frauen vor der zehnten Woche. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche wurden in einer gynäkologischen Praxis durchgeführt (83%).

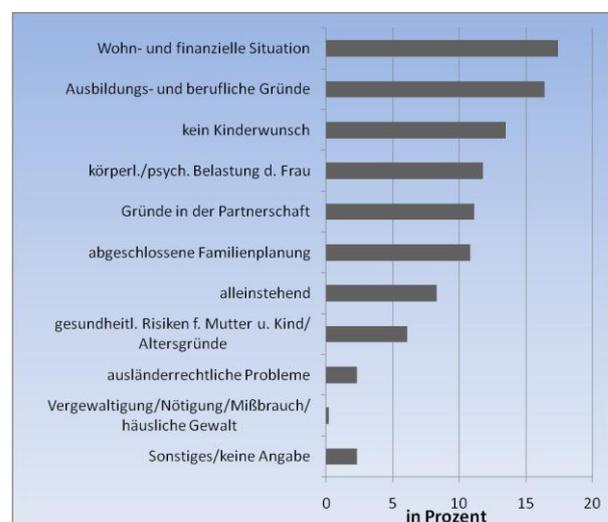


Abbildung 2.2: Gründe für den Abbruch (Quelle: Jahresberichte der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen; prozentuiert auf fast 10.000 Nennungen; Mehrfachnennungen möglich)

Häufig wurden mehrere Gründe für den Abbruch genannt (s. Abbildung 2.2). Die Wohn- bzw. finanzielle Situation und die Ausbildungssituation bzw. berufliche Gründe begründen häufig den Schwangerschaftsabbruch.

Für das Thema „Schwangerschaft im Konflikt“ sind die gesetzlichen Grundlagen und die Arbeit regionaler Beratungsstellen maßgeblich. Mehr als 6.000 Frauen aus Hamburg und Umgebung wurden 2008 nach § 5 SchKG beraten (6061). Die Zahlen für Schwangerschaftsabbrüche (unter 4.000) sind seit Jahren stabil.

2.3 Fazit

Zum Thema „Schwanger werden“ liegen speziell für Hamburg nur wenige, mit Zahlen belegbare Informationen vor. Zum einen lässt sich festhalten, dass jährlich fast 600 Kinder nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung geboren werden. Gleichzeitig gibt es viel mehr Paare, deren Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht.

Ungefähr 6.000 Frauen – überwiegend mit Wohnsitz in Hamburg – nehmen jährlich eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch, da sie ungeplant schwanger wurden. Bei weniger als 4.000 Frauen mit Hamburger Wohnsitz kommt es im Anschluss zu einem Schwangerschaftsabbruch.

2.4 Anhang

Hamburger und überregionale Adressen:

Selbsthilfegruppen für Eltern mit unerfülltem Kinderwunsch:

Hamburger Informationszentrum für Kinderwunschbehandlung e. V.

SHG Niendorf

In de Tarpen 52, 22848 Norderstedt

Tel.: 040 52878587

Fax: 040 52878589

E-mail: info@kinderwunsch-hh.de

Internet: www.kinderwunsch-hh.de

SHG Altona

Gruppe trifft sich in Altona im Blauen Raum von KISS

Gaußstraße 21, 22765 Hamburg

Tel.: 040 395767 (KISS)

KISS – Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen:

Tel.: 040 395767 (Selbsthilfe-Telefon)

Internet: www.kiss-hh.de

KISS-Harburg

Neue Straße 27, 21073 Hamburg

Tel.: 040 30087322

E-Mail: kissharburg@paritaet-hamburg.de

KISS-Wandsbek

Brauhausstieg 15-17, 22041 Hamburg

Tel.: 040 39926350

E-Mail: kisswandsbek@paritaet-hamburg.de

KISS-Altona

Gaußstr. 21, 22765 Hamburg

Tel.: 040 49292201

E-mail: kissaltona@paritaet-hamburg.de

Psychosoziale/psychologische Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch/ungewollter Kinderlosigkeit; BKiD Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland

Internet: www.bkid.de

pro familia

Seewartenstraße 10 – Haus 1, 20459

Hamburg

Tel.: 040 309974910

Dreiklang – Beratung und Therapie rund um Schwangerschaft, Geburt und Kindheit

Wulfsdorfer Weg 75a, 22359 Hamburg

Tel.: 040 60911971

Endokrinologikum Hamburg

Lornsenstr. 4-6, 22767 Hamburg

Tel.: 040 30628200

Adoption und Pflegekinder:

Sozialdienst Katholischer Frauen Hamburg e. V.

Wartenau 5, 22089 Hamburg

Tel.: 040 25491861

Fax: 040 25495684

E-Mail: skf-hamburg@web.de

Internet: www.skf-hamburg.de

Adoptionsvermittlungsstelle Hamburg

Bezirksamt Hamburg-Nord

Südring 30 A, 22303 Hamburg

Tel.: 040 42863-6180 / 6181

Fax: 040 428636189

E-Mail: Adoptionsstelle@hamburg-nord.hamburg.de

Internet: www.adoption.hamburg.de

Gemeinsame Zentrale Adoptionsstelle (GZA)

Zentrale Behörde für Auslandsadoption

Südring 32, 22303 Hamburg

Tel.: 040 428635006

Fax: 040 428635188

E-Mail: gza@bsg.hamburg.de

Evangelische Familienbildung/offene kirche

Loogeplatz 14-16, 20249 Hamburg

Tel.: 040 46079319

Freunde der Kinder e. V.

Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Familien im Pflege und Adoptivbereich
Fuhlsbüttler Straße 769, 22337 Hamburg
Tel.: 040 594900
E-Mail: info@freunde-der-kinder.de
Internet: www.freunde-der-kinder.de

Pfiff e. V. – Pflegekinder und ihre Familien Förderverein

Brauhausstieg 15-17, 22041 Hamburg
Tel.: 040 41098460
Fax: 040 41098489
E-Mail: pfiff.ev@pfiff-hamburg.de
Internet: www.pfiff-hamburg.de

Zentrale Pflegestellervermittlung

Bezirksamt Altona
Platz der Republik 1, 22765 Hamburg
Tel.: 040 428113647
Internet: www.pflegekinder.hamburg.de

Reproduktionsmedizinische Zentren in Hamburg:

Fertility Center Hamburg

Speersort 4, 20095 Hamburg
Tel.: 040 30804400
E-Mail: fch@fertility-center-hamburg.de

Gynäkologikum Hamburg

Altonaer Str. 59, 20357 Hamburg
Tel.: 040 3068350
E-Mail: info@ivf-hamburg.de

Kinderwunschzentrum Fleetinsel Hamburg

Admiralitätstr. 4, 20459 Hamburg
Tel.: 040 38605553
E-Mail: info@kinderwunschzentrum-hamburg.de

BKS Zentrum für Hormondiagnostik & Kinderwunschbehandlung

Schomburgstr. 120, 22767 Hamburg

Endokrinologikum Hamburg

Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, Reproduktionsmedizin und Pränatale Medizin
Lornsenstr. 4-6, 22767 Hamburg
Tel.: 040 389020

Adressen und Öffnungszeiten der Beratungsstellen für Schwangere und Schwangere im Konflikt:

Krisen-Telefon für Schwangere

Tel.: 01802 000306 (6 ct pro Anruf)

pro familia Beratungszentrum

Seewartenstraße 10, Haus 1, 20459 Hamburg (im Gesundheitszentrum St. Pauli)

Tel.: 040 309974930

Offene Sprechzeiten ohne Voranmeldung:

- nur für Beratung bei ungewollter Schwangerschaft, Beratung bei Schwangerschaftskonflikten, Gynäkologische Beratung und Untersuchung bei Pillenverordnung: Mo. und Mi. 16.00 – 18.30

- nur für Beratung bei ungewollter Schwangerschaft, Beratung bei Schwangerschaftskonflikten Fr. 10.00-12.00

Internet: www.profamilia-hamburg.de

E-Mail: hamburg-beratungszentrum@profamilia.de

pro familia Hamburg – Harburg

Am Irrgarten 3-9, 21073 Hamburg
Tel.: 040 7666812

Sprechstunde ohne Voranmeldung:
Mo. 15.30-18.00

pro familia Hamburg – Bergedorf

Billwerder Billdeich 648a, 21033 Hamburg

Sprechstunde ohne Voranmeldung:
Do. 16.00-19.00

pro familia Hamburg – Wilhelmsburg
Vogelhüttendeich 79 - 81, 21073 Hamburg
Tel.: 040 7547951
Sprechzeiten ohne Voranmeldung:
Di. 15.30-17.30

Familienplanungszentrum HH e. V.
Das FPZ bietet Informationen und Beratung u.a. zu folgenden Themen: Verhütung, Sexualität und Partnerschaft, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt, Schwangerschaftskonflikt, Schwangerschaftsabbruch, sexuell übertragbare Krankheiten, Sexualpädagogik.
Bei der Johanniskirche 20, 22767 Hamburg
Tel.: 040 4392822
Tel. Sprechzeiten: Mo., Mi., Do.,
Fr. 10.00 -13.00, Di. und Do. 16.00-18.00
Sprechstunden:
Mo. 10.00-13.00, Mi und
Do 16.00- 19.00
E-Mail: fpz@familienplanungszentrum.de
Internet: www.familienplanungszentrum.de

Diakonisches Werk Hamburg
Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung
Königstr. 54, 22767 Hamburg
Öffnungszeiten: Terminvergabe
Tel.: 040 30620208
(Schwangerenberatung)
Mo. und Di. 9.00-12.00, Do. 15.00-17.00
Tel.: 040 30620202 (Schwangerenkonfliktberatung gem. § 219) Mo., Di., Do. 9.00-16.00, Mi. 12.00-16.00, Fr. 10.00-13.00
Bitte Außenstellen mit aufnehmen! – nur eine Stelle macht Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung
E-Mail: frauenprojekte@diakonie-hamburg.de
Internet: www.diakonie-hamburg.de

Caritasverband für Hamburg e. V.
Danziger Str. 66, 20099 Hamburg
Schwangerenberatung:
Frau Anna Düchting
Tel.: 040 28014078
Fax: 040 28014096
Telefonische Terminvergabe Di. ab 9.00
E-Mail: duechting@caritas-hamburg.de
Internet: www.caritas-hamburg.de

Sozialdienst katholischer Frauen e. V. (SkF)
Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere
Wartenau 5, 22089 Hamburg
Tel.: 040 25492591
Tel. Sprechzeiten:
Mo. 10.00-12.00, Mi. 16.00-18.00, Do. 10.00-12.00 und 14.00-16.00
E-Mail: skf-beratung@skf-hamburg.de
Internet: www.skf-hamburg.de

Sozialdienst katholischer Frauen e. V. (SkF) Hamburg-Altona
Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere
Schomburgstr. 120, 22767 Hamburg
Tel.: 040 433156
Tel. Sprechzeiten:
Mo. 13.00-15.00, Di. 17.00-19.00, Do. 10.00-12.00
E-Mail: beratung@skf-altona.de
Internet: www.skf-altona.de

Elternschule Mümmelmannsberg
Kirchnerweg 6, 22115 Hamburg
Tel.: 040 7152166;
Sprechzeiten: Mo. 14.30-17.30

AWO KiFaZ Farmsen – Berne
Berner Allee 31a, 22159 Hamburg
Tel.: 040 6450300
Sprechzeiten: Mo. 10.00-13.00



© alt-f4, pixelio.de

3. Schwanger sein

Übersicht	
3.1 Schwangerenvorsorgeuntersuchungen	S.29
Rahmenbedingungen	
Kosten	
Start der Schwangerschaftsvorsorge	
Umfang der Vorsorgeuntersuchungen	
Schwangere nicht deutscher Herkunft und ihre Schwangerschaftsvorsorge	
Pränataldiagnostik	
3.2 Risikofaktoren in der Schwangerschaft	S.36
Untergewicht und Übergewicht	
Rauchen	
3.3 Morbidität in der Schwangerschaft	S.42
Fehlgeburten	
Infektionskrankheiten	
Stationärer Behandlungsbedarf in der Schwangerschaft	
Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen	
Diabetes oder Gestationsdiabetes	
3.4 Schwangerenbetreuung durch Hebammen	S.47
3.5 Schwangerschaft im Arbeitsverhältnis	S.47
Mutterschutzrecht	
3.6 Fazit	S.49
3.7 Anhang	S.50

Das Wort „schwanger“ kommt aus dem Althochdeutschen: *swanger* bedeutete „schwerfällig“ oder „schwer“.

„Guter Hoffnung sein“, „in anderen Umständen“, „in Erwartung sein“ – die Umschreibung für die Schwangerschaft bzw. die schwangere Frau haben sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Der gesellschaftliche Wandel, unterschiedliche kulturelle Traditi-

onen, die familiär und individuell unterschiedlichen Einstellungen und Erfahrungen prägen den Umgang mit Schwangerschaft und Geburt.

Die meisten Frauen nehmen Veränderungen an sich wahr, noch bevor sie wissen, dass eine Schwangerschaft eingetreten ist. Die ersten Anzeichen auf eine Schwangerschaft können sein: (morgendliche) Übelkeit ebenso wie Heißhunger, Überempfindlichkeit in Bezug auf Gerüche und Geschmacksrichtungen, Müdigkeit oder Schwindelgefühle, vermehrter Ausfluss oder ein Spannungsgefühl in der Brust. Diese ersten Vorboten der körperlichen Umstellung sind zumeist mit Schonung, genügend Schlaf und ausgewogener Ernährung zu lindern. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat verschwinden die meisten Symptome von alleine.

Oft bringt das Ausbleiben der Regel die erste Vermutung auf; eine erste Bestätigung der Schwangerschaft erfolgt dann durch den Schwangerschaftstest aus der Apotheke oder auch in der gynäkologischen Praxis. Eine durchschnittliche Schwangerschaft dauert 280 Tage (gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung) bzw. 266 Tage ab Konzeption oder Befruchtung. Auch wenn die körperlichen Veränderungen zu Beginn kaum spürbar sind, beginnen mit dem Wissen um den errechneten Geburtstermin werdende Eltern sich mental und praktisch auf das neue Familienleben/das neue Familienmitglied einzustellen.

„Übelkeit am Morgen? Dann wird es ein Mädchen“, „Jedes Kind kostet einen Zahn!“ „Essen für zwei“ – dass diese „Weisheiten“ überholt sind, hat sich herum gesprochen. Stattdessen gibt es eine überbordende Ratgeberliteratur, die werdenden Vätern und Müttern zu allen wichtigen – und weniger wichtigen – Themen Rat und Hilfe anbietet. Die Vielzahl an Ratgebern schließt auch Titel ein wie „Sie bekommt ein Baby –

und ich die Krise“, „Schön macht es nicht, aber glücklich“ oder „Wenn Männer schwanger sind und Frauen Kinder kriegen“. Glücklicherweise gibt es auch von professioneller Seite Orientierungshilfe (Verbraucherzentrale, BZgA, Hebammenverband). Die betreuende Hebamme, die Ärztin und der Arzt können fachlich kompetent und individuell beraten. Für die werdende Mutter gilt es, die eigenen Signale des Körpers ernst zu nehmen. Dies erscheint mindestens genauso wichtig wie das Lesen von Ratgebern. Das Credo für Schwangerschaft und Geburt „Hauptsache gesund“ bleibt von all den „Modethemen“ unberührt.

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung in der Schwangerschaft³⁶ ist für die gesunde Entwicklung des Kindes ebenso wichtig wie für die Umstellung des mütterlichen Körpers. Deutschland gilt nach wie vor als Jodmangelgebiet. Da in der Schwangerschaft der Jodbedarf erhöht ist, kann es gerade in der Schwangerschaft zu einem Jodmangel kommen, der die werdende Mutter gefährdet und zudem auch das ungeborene Kind. Schwangeren wird von daher geraten, jodreiche und mit Jodsalz hergestellte Lebensmittel zu verzehren und ggf. nach ärztlicher Rücksprache Jodidtabletten einzunehmen². Im Sinne des präventiven Gesundheitsschutzes wird Schwangeren auch empfohlen, auf Rohmilch ebenso wie auf rohes Fleisch und entsprechende Produkte und nicht erhitzten Fisch zu verzichten. Das mögliche Risiko, sich mit Listerien oder Toxoplasmen zu infizieren, sollten Schwangere speziell für das ungeborene Kind vermeiden³⁷.

³⁶ DEBInet – Deutsches Ernährungsberatungs- und –informationsnetz; www.ernaehrung.de/tipps/schwangerschaft/schwanger11.php; 14.04.2010

³⁷ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.; www.dge.de/index.php; 14.04.2010

Aber auch schon vor Eintreten der Schwangerschaft gibt es – abgesehen vom Verzicht auf Tabak, Alkohol, Drogen und andere Suchtmittel – eine wichtige Möglichkeit, mit der Ernährung die Gesundheit zu stärken und Prävention zu leisten.

Folsäure (oder Folat) ein wasserlösliches B-Vitamin, ist wichtig für alle Zellteilungs- und Wachstumsprozesse. Es ist ein essentielles Vitamin, kann also vom Körper nicht selbst hergestellt werden, sondern muss mit der Nahrung aufgenommen werden. In der Schwangerschaft ist der Tagesbedarf an Folsäure erhöht. Beim ungeborenen Kind kann ein entsprechender Mangel zu Störungen bei der Entwicklung des zentralen Nervensystems führen, seien es die häufiger auftretenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder die gravierenderen, aber seltener auftretenden Neuralrohrschädigungen. Jedes Jahr werden ca. 1 von 1.000 lebendgeborenen Kindern mit der Behinderung durch eine Neuralrohrschädigung geboren, also rund 700 Neugeborene/Jahr³⁸. In den Hamburger Krankenhäusern wurden in den letzten Jahren jeweils ca. 30 Fälle/Jahr mit dieser Diagnose behandelt. Ein Teil dieser Fehlbildungen ist auch erblich bedingt, doch unter den möglichen Umweltfaktoren spielt Folsäuremangel die größte Rolle.

Durch eine zusätzliche Folsäurezufuhr vor Eintritt der Schwangerschaft kann das Risiko dieser Krankheit um 60 bis 75% reduziert werden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) empfiehlt für Frauen, die schwanger werden könnten, und für Frauen mit Kinderwunsch eine erhöhte Aufnahme von synthetischer Folsäure von 400 Mikrogramm pro Tag möglichst schon vier Wochen vor der Empfängnis. Diese erhöhte Folsäureeinnahme von 400 Mikrogramm

³⁸ **Wenderlein, J. M.** Folsäure-Substitution: intensiver beraten. Schwangere unterschätzen vermeidbare Missbildungsrisiken. *Frauenarzt*. 2007, Bd. 48, 8, S. 763-765.

soll in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten beibehalten werden.³⁹

Der Nährstoffbedarf der Schwangeren nimmt im Lauf der Schwangerschaft zu und muss ausreichend gedeckt werden. Der intensive Nährstofftransport zum Feten soll ungestört verlaufen, der Organismus der Mutter zugleich nicht unter Mangelerscheinungen leiden. Der Energiebedarf der Schwangeren ist ab dem vierten Monat im Durchschnitt um etwa 255 kcal pro Tag erhöht.

3.1 Schwangerenvorsorgeuntersuchungen

Das Motto der medizinischen Vorsorge sollte sein: Schwangerschaft ist ein natürlicher Prozess. Gezielte Beratung und medizinische Untersuchungen sind ein wichtiger Beitrag für die Gesundheit von Mutter und Kind. Schwangere können so in einer gesunden Lebensführung unterstützt und über Risiken informiert werden. Falls erforderlich, können Behandlungen frühzeitig eingeleitet werden. Wohlbefinden und Gesundheit von Mutter und Kind sind das „A und O“ in dieser Zeit. Deswegen sollte die Schwangere Signale ihres Körpers wahrnehmen und die für sie kostenlosen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen⁴⁰. Aus Public Health-Sicht verdient die Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen besondere Aufmerksamkeit.

Rahmenbedingungen

In Deutschland ist seit 1965 mit dem „Gesetz zur Änderung des Mutterschaftsgesetzes und der RVO“ die Schwangerenvorsorge im

Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden. Seit dem 1. Juni 1966 haben alle Schwangeren Anspruch auf Vorsorgeleistungen. Seit 1968 gibt es den bundeseinheitlichen Mutterpass. Vier Jahre später wurden die sono- und kardiokografischen Kontrollen (CTG) bei gegebener Indikation in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Seit 1980 wurden routinemäßig zwei und seit 1995 drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft durchgeführt.

Die Vorsorgeuntersuchungen werden überwiegend von den niedergelassenen Frauenärzten und Frauenärztinnen durchgeführt; aktuell sind 283 Personen in Hamburg als Gynäkologen und Gynäkologinnen niedergelassen. Auch Hebammen und das ärztliche Personal in Kliniken führen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch.

Kosten

Die Krankenkassen bezahlen nur die Vorsorgeuntersuchungen, die medizinisch notwendig und sinnvoll sind sowie die Untersuchungen, die im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge im Mutterpass vorgeschrieben werden. Grundlage sind die sog. Mutterschaftsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen⁴¹. Wenn bei einer regulären Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung eine Auffälligkeit festgestellt wird, werden die Kosten für die Folgeuntersuchungen von den Krankenkassen übernommen. Alle anderen zusätzlichen ärztlichen Leistungen gelten als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und werden von den Krankenkassen nicht übernommen.⁴²

³⁹ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.; www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&id=318 ; 14.04.2010

⁴⁰ Weitere Infos auf: www.hamburg.de/schwangerschaft/608952/schwangerenvorsorge.html ; 14.04.2010

⁴¹ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 6. August 2009

⁴² BZgA; www.familienplanung.de/schwangerschaft/vorsorgeuntersuchungen

- Wie wird das Angebot der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Hamburg genutzt?
- Zeigen sich Lücken in der Nutzung dieses Angebots?
- Welche Umstände führen dazu, dass werdende Mütter diese Vorsorgeuntersuchungen nur unvollständig wahrnehmen?

Start der Schwangerschaftsvorsorge

Gerade ein frühzeitiger Beginn der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen hat aus medizinischer Sicht einen hohen Stellenwert. In den letzten Jahren (2002-2008) haben 83-86% der Schwangeren eine erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen (SSW) vorgenommen.⁴³ Im Umkehrschluss haben 14-17% die erste Vorsorgeuntersuchung frühesten im zweiten Schwangerschaftsdrittel wahrgenommen.⁴⁴ Hier zeigt sich Handlungsbedarf, so dass mehr Frauen die Vorsorgeuntersuchungen von Beginn an der Schwangerschaft wahrnehmen.

Welche Gründe kann es dafür geben, erst im mittleren Schwangerschaftsdrittel gynäkologischen Rat einzuholen? Oder anders gefragt: Welche Aspekte begünstigen einen frühzeitigen Einstieg in die Schwangerschaftsvorsorge bzw. stehen einem solchen frühen Beginn im Wege? Eine direkte Befragung von Schwangeren hierzu war

[ersuchungen/individuelle-gesundheitsleistungen-igell/](#); 14.04.2010

⁴³ Wenn nicht anders ausgewiesen, beruhen die Analysen I auf den Daten der EQS-Jahresauswertung und der EQS-Sonderanalyse 2007 (s. Kapitel 7). Hier sind alle in Hamburger Krankenhäusern dokumentierten Schwangerschaften und Geburten einbezogen, auch die der nicht in Hamburg gemeldeten Frauen.

⁴⁴ Ähnliche Zahlen belegen, dass die meisten Frauen (73-81%) sich vor der Geburt in der Geburtsklinik vorstellen; in etwa jede vierte Frau nutzt diese Möglichkeit nicht.

nicht möglich, doch die Angaben der Perinatalerhebung der EQS lassen Rückschlüsse auf die Charakteristika der Schwangeren zu.

Eine vergleichende Analyse der Frauen, die 2007 die Erstuntersuchung bis zur zwölften SSW (ca. 15.000 Frauen) bzw. ab der 13. SSW (ca. 2.000 Frauen) wahrgenommen haben, zeigt (s. Abbildung 3.1):

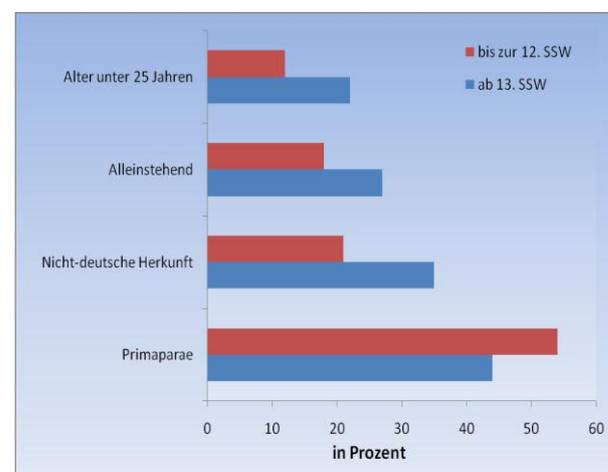


Abbildung 3.1: Soziodemographische Merkmale im Vergleich der Frauen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Angaben für 86% der Schwangeren; bis zur 12. SSW n=14.817; ab 13. SSW n=1.904; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Jüngere Mütter versäumen demnach eher den frühzeitigen Beginn der Vorsorgeuntersuchungen; auch der Status als alleinerziehende oder die nicht-deutsche Herkunft treten häufiger bei den Frauen auf, die einen frühzeitigen Beginn der Vorsorgeuntersuchungen versäumen.

Die Erstgebärenden nehmen allerdings häufiger die erste Vorsorgeuntersuchung in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten in Anspruch als die Mehrfachgebärenden. Sind mit dem späteren Einstieg in die Vorsorgeuntersuchungen Risikofaktoren verknüpft?

Von den Frauen, die erst ab der 13. Woche die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch

genommen haben, ist jede zehnte Frau adipös, raucht in der Schwangerschaft oder weist noch einen Eintrag zu Abusus auf (Hinweis auf Missbrauch von Medikamenten, Alkohol, Nikotin oder anderen Drogen)(s. Abbildung 3.2).

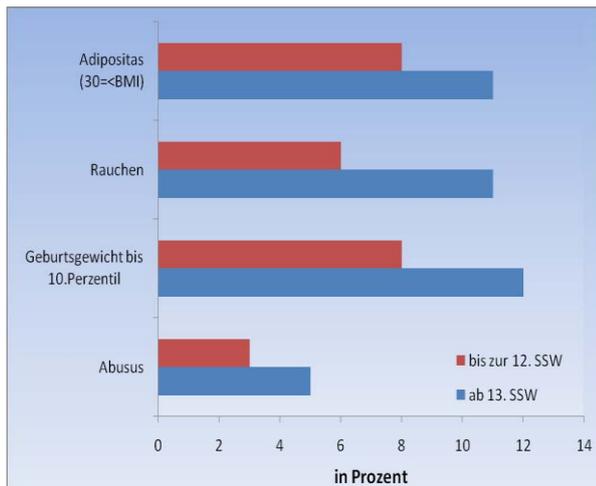


Abbildung 3.2: Risikofaktoren und Geburtsgewicht im Vergleich der Frauen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erstuntersuchung (Angaben für 86% der Schwangeren; bis zur 12. SSW n=14.817; ab 13. SSW n=1.904; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Hier zeichnet sich eine Kombination von Merkmalen ab: Diese Frauen müssen verstärkt aufgeklärt und unterstützt werden, um sich selbstverantwortlich für eine gesunde Entwicklung zu bemühen.

Positiv ist allerdings auch zu vermerken, dass sich zumindest in diesem Vergleich – der spätere Beginn der Vorsorgeuntersuchungen nicht gravierend auf das Geburtsgeschehen niederschlägt. In puncto Schwangerschaftsdauer und der Art der Entbindung stimmen die beiden Gruppen in etwa überein (nicht in der Abbildung dargestellt). Allerdings gibt es einen bemerkenswerten Unterschied im Geburtsgewicht. Deutlich geringere Geburtsgewichte (unter dem zehnten Perzentil⁴⁵) treten bei

den Schwangerschaften, bei denen die medizinische Betreuung erst später eingesetzt hat, häufiger auf.

Und wie kann es gelingen, Frauen im gebärfähigen Alter im Rahmen allgemeiner gesundheitsrelevanter Informationen über das Angebot der Schwangerschaftsvorsorge aufzuklären? Mit welchen Maßnahmen können Frauen gleich zu Beginn der Schwangerschaft animiert werden, die Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig in Anspruch zu nehmen?

Die Auswertung der vorliegenden Querschnittsdaten lässt keine eindeutige Schlussfolgerung zu. Zum einen kann die später einsetzende Vorsorge mit dazu beitragen, dass gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren nicht ausreichend kompensiert werden und es so zu einem geringen Geburtsgewicht kommt. Zum anderen kann die spät einsetzende ärztliche Betreuung ggf. auch nur als Indikator dafür stehen, dass andere verknüpfte Faktoren wie z. B. Rauchen den Schwangerschaftsverlauf ungünstig beeinflussen. Die Bemühungen, Frauen bei Schwangerschaftseintritt frühzeitig in das Angebot der Vorsorgeuntersuchungen einzubinden, müssen weitergeführt werden.

Umfang der Vorsorgeuntersuchungen

Was ist die richtige Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen? Diese ergibt sich aus dem Schwangerschaftsverlauf und individuell angepasst natürlich auch aus den Ergebnissen der Untersuchungen. Vorerkrankungen, Risikofaktoren oder auffällige Befunde geben eher Anlass weitere Termine zu vereinbaren. Hier sollte Unter- genauso wie Überversorgung vermieden werden

⁴⁵ Wenn alle Werte aufsteigend sortiert sind, grenzt das 10. Perzentil die untersten 10% der Werte von den an-

deren Werten ab; das 90. Perzentil grenzt entsprechend die obersten 10% der Werte von den anderen ab.

und eine bedarfsgerechte Versorgung angestrebt werden.

Typischerweise erfahren die Frauen in Hamburg acht bis elf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. In den letzten Jahren hat sich allerdings dieser Anteil verringert (von 61% auf 45%), da immer mehr Frauen zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Aktuell sind es zum Beispiel mehr als ein Drittel der Frauen (40%), 2002 waren es nur ein Viertel (25%). Nur wenige Frauen haben fünf bis sieben Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren noch von 9% auf 6% gesunken.

Der aktuelle Status quo in Hinblick auf die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ist der Abbildung 3.3 zu entnehmen. Bei 90% aller Schwangeren sind die Angaben zur Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen dokumentiert worden.

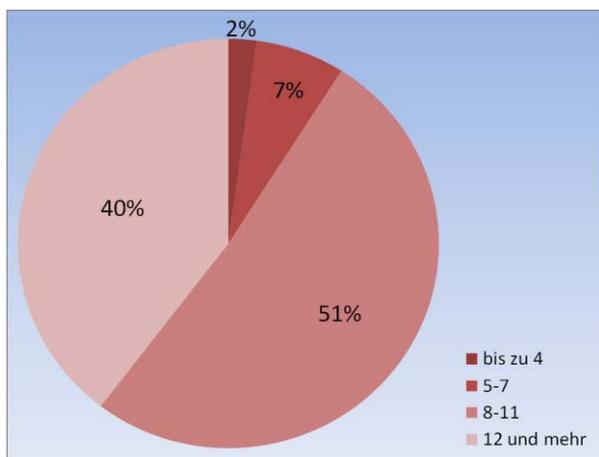


Abbildung 3.3: Teilgruppen von Frauen mit unterschiedlicher Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (n=17.743; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

In etwa die Hälfte der Schwangeren nehmen acht bis elf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen sind es bei 40% der Schwangeren; fast jede zehnte Frau hat bis zu sieben Vorsorgeuntersuchungen erfahren.

Ob in dieser letztgenannten Teilgruppe auch Frauen sind, die gar keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, ist nicht bekannt.

Im zeitlichen Vergleich über die vergangenen Jahre findet sich demnach Hinweise auf eine deutliche Zunahme in der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. Dies kann als Hinweis auf eine Tendenz zur „Übersorgung“ interpretiert werden. Möglicherweise waren die mehr als zwölf Vorsorgeuntersuchungen für einen Teil der Schwangeren nicht wirklich notwendig; acht bis elf Untersuchungen hätten – so wie in den Jahren zuvor – auch für viele Frauen als angemessene Schwangerenvorsorge ausgereicht.

Der Zeitpunkt für die erste Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen sowie der Geburtstermin selbst beeinflussen die Zahl der möglichen Vorsorgeuntersuchungen. Dennoch ist zu fragen: Bedingen auch andere Merkmale die mehr oder weniger intensive Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen? Eine vergleichende Analyse der Teilgruppen von schwangeren Frauen, die unterschiedlich häufig die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, ist der Abbildung 3.4 zu entnehmen:

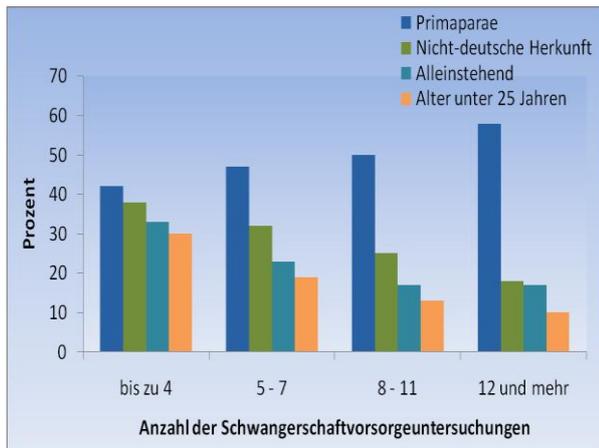


Abbildung 3.4: Soziodemographische Merkmale im Vergleich der Teilgruppen von Frauen mit unterschiedlicher Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (n=17.743; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Mütter mit mehr als zwölf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen haben ein höheres Alter; dementsprechend sind auch viele dieser Frauen berufstätig (nicht in der Abbildung). Der Anteil erstgebärender Frauen ist besonders hoch; der Anteil der Frauen mit nicht-deutscher Herkunft ist auffällig niedrig.

Was fällt bei den Frauen auf, die die Schwangerschaftsvorsorge eher zurückhaltend (bis zu sieben Untersuchungen) in Anspruch genommen haben? Hier sind jüngere Mütter überrepräsentiert, zugleich auch Frauen, die ihr zweites oder drittes Kind erwarten. Auch der Status als Alleinerziehende sowie nicht-deutsche Herkunft kommen hier häufiger vor als bei den anderen Frauen. Berufstätige Schwangere sind in dieser Gruppe weniger stark vertreten (nicht in der Abbildung).

Schwangere, die nur wenige Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, sind häufiger jünger als 25 Jahre, alleinstehend oder nicht-deutscher Herkunft.

Zusammen genommen können diese Beobachtungen als Hinweis interpretiert werden, dass ein geringer sozialer Status der frühzeitigen und/oder häufigen Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen entgegensteht. Welches dieser Merkmale für die geringere Einbindung in die medizinische Vorsorge maßgeblich ist, kann allerdings auf der Grundlage der Hamburger Daten nicht analysiert werden.

Laut einer Studie der Kaufmännischen Krankenkasse zur Versorgung von Schwangeren und jungen Müttern⁴⁶ ist die Schwangerenversorgung stark von sozioökonomischen Faktoren, wie Bildung und Einkommen beeinflusst. Schwangere mit höherer Bildung und höherem Haushaltseinkommen haben mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen und waren eher bereit, auch für zusätzliche Untersuchungen selbst zu zahlen.

Diese vier Gruppen in Abhängigkeit vom Vorsorgeverhalten unterscheiden sich auch im Risikoverhalten (s. Abbildung 3.5). Vorweg ist allerdings auch festzuhalten: Weder in Bezug auf die Anamnese noch auf das Geburtsgeschehen gibt es bedeutende Unterschiede. Risikoschwangerschaften, Spontan- und Kaiserschnitte treten in allen Teilgruppen gleich häufig auf (nicht in der Abbildung enthalten).

⁴⁶ **Siegmund-Schultze, E., Kielblock, B. und Bansen, T.** Schwangerschaft und Geburt: Was kann die Krankenkasse tun? Eine sozioökonomische Analyse der Bedürfnisse von KKH-versicherten Frauen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Babyzeit. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 2008, Bd. 13, 4, S. 210-215.

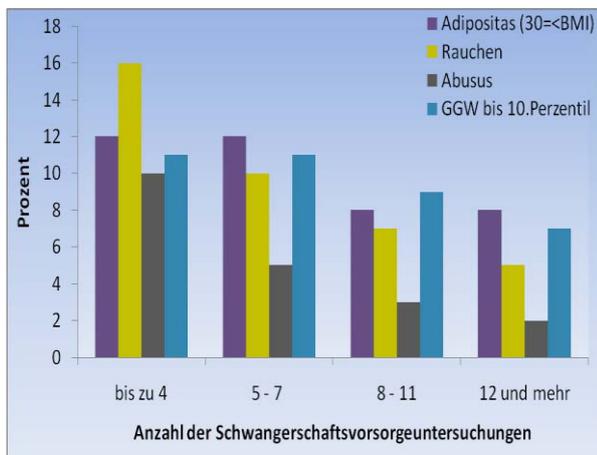


Abbildung 3.5: Risikofaktoren und Geburtsgewicht im Vergleich der Teilgruppen von Frauen mit unterschiedlicher Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (n=17.743; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Die Gruppen in Abhängigkeit von der Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen zeigen bei den Risikofaktoren deutliche Abstufungen. Zum Beispiel sind bei den intensiver betreuten Frauen Risikofaktoren wie Rauchen bzw. Abusus und Adipositas seltener. Andererseits:

Die Frauen, die aus welchen Gründen auch immer nur bis zu sieben Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, sind häufiger adipös und belasten auch häufiger den Schwangerschaftsverlauf mit Nikotin und/oder anderem Abusus.

Auch wenn ein direkter Wirkungszusammenhang nicht belegt werden kann, entsteht der Eindruck, dass in dieser Teilgruppe auch häufiger ein niedriges Geburtsgewicht die Startbedingungen für das Neugeborene verschlechtert.

Schwangere nicht-deutscher Herkunft und ihre Schwangerschaftsvorsorge

Die EQS Sonderanalyse 2007 weist fast 4.500 Schwangere nicht-deutscher Her-

kunft⁴⁷ aus, demgegenüber sind ca. 15.000 Frauen deutscher Herkunft⁴⁸.

Die Frauen nicht-deutscher Herkunft sind jünger (z. B. 19% unter 25 Jahren statt 11%), seltener alleinstehend (12% statt 20%) und häufiger Mehrgebärende, also Multiparae (59% statt 44%). Dazu passt, dass sie deutlich weniger häufig berufstätig sind (25% statt 51%).

Wie steht es mit der medizinischen Betreuung in der Schwangerschaft? Frauen nicht-deutscher Herkunft sind häufiger erst nach der zwölften SSW zur Vorsorge gegangen (16% statt 9%) und haben auch tendenziell weniger häufig die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Ob diese Beobachtung nun eine Folge des späteren Vorsorgebeginns ist oder unabhängig davon noch ein Hinweis auf geringere Wahrnehmung der Termine, kann nicht abgeschätzt werden. Positiv zu vermerken ist, dass bei den Müttern nicht-deutscher Herkunft der Anteil der Raucherinnen etwas geringer ist (5% statt 7%).

Um insbesondere jungen Frauen und Migrantinnen den frühzeitigen und kontinuierlichen Zugang zu den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen zu erleichtern, bedarf es umfassender Maßnahmen, die auch Kooperationen zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und verschiedenen Institutionen und Akteuren aus den Bereichen Bildung und Gesundheit einschließen.

Aufsuchende Angebote und persönliche Ansprache bei besonders belasteten Schwangeren z. B. durch Familiengesundheitslotsen und Familienhebammen haben sich hier bewährt. Die Gesundheitsmediatorinnen und -

⁴⁷ Ob die nicht-deutsche Herkunft jeweils mit Ausweis/Pass belegt wurde, ist nicht bekannt.

⁴⁸ Die Summe von ca. 19.500 Geburten weicht von den Daten des Statistischen Landesamtes ab, da Geburten von Müttern, die nicht in Hamburg gemeldet waren, eingeschlossen sind.

mediatoren des MiMi-Projektes (mit Migrantinnen für Migrantinnen) leisten darüber hinaus einen speziellen Beitrag, um Frauen nicht-deutscher Herkunft in ihren Gemeinschaften zu erreichen und sie mit den Angeboten des Gesundheitssystems vertraut zu machen. Die Aktivitäten der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (e.V.), (ÄGGF; www.aeggf.de) erreichen im Rahmen von Unterrichtsveranstaltungen in der Schule insbesondere Mädchen und junge Frauen mit Informationen zur Sexualerziehung und allen sich anschließenden Fragen zu Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Geburt.

Ist weniger mehr? Die schwangeren Frauen in Hamburg nehmen typischerweise acht bis elf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Gerade die Frauen, die weniger Untersuchungen in Anspruch nehmen, scheinen häufiger auch in anderen gesundheitlichen Aspekten bedürftig. Die Frauen, die besonders viele Untersuchungen in Anspruch nehmen, weisen weniger häufig problematisches Gesundheitsverhalten auf. Selbstverständlich hat die Anpassung der Schwangerenvorsorge an den Bedarf auf individualmedizinischer Ebene Vorrang. Aus Public Health Perspektive ist jedoch auch zu fragen, ob die Gesundheitsversorgung der Schwangeren hier optimiert werden kann, um Unter- und Überversorgung zu vermeiden.

Pränataldiagnostik

Unter dem Begriff der Pränataldiagnostik versteht man die vorgeburtlichen Untersuchungen der Schwangeren und des ungeborenen Kindes, die gezielt nach Auffälligkeiten oder Störungen beim Ungeborenen suchen. Die Pränataldiagnostik findet ihre Grenze in dem seit 01.01.2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz. Eine genetische Untersuchung darf vorgeburtlich nur zu medizinischen Zwecken und unter genau be-

stimmten Bedingungen vorgenommen werden.

Man unterscheidet zwischen den invasiven (Eingriff in den Körper der Frau) und nicht-invasiven Methoden⁴⁹. Die invasiven Eingriffe bergen ein gewisses Risiko. Es können Schmerzen und Blutungen auftreten, das zusätzliche Fehlgeburtsrisiko beträgt bis zu 1%. Bei allen Methoden sind auch Fehldiagnosen möglich. Als invasive Methoden gelten die Chorionzottenbiopsie (Plazentapunktion), die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) und die Nabelschnurpunktion. Die nicht-invasiven Methoden sind verschiedene Ultraschalluntersuchungen (z. B. Nackentransparenzmessung, Herz-Echo, Doppler-Sonographie) und serologische (Blut-) Untersuchungen (z. B. Erst- und Zweit-Trimester-Screening).

Die Kosten für die pränataldiagnostischen Untersuchungen werden von den Krankenkassen nur dann übernommen, wenn die Untersuchungen medizinisch notwendig und sinnvoll sind. Wenn sie ausschließlich auf eigenen Wunsch der Schwangeren durchgeführt werden, müssen sie privat bezahlt werden.

Für ein Verfahren der Pränataldiagnostik, die Wahrnehmung der Amniozentese, stehen durch die jährliche Qualitätssicherung Daten zur Verfügung. Hat sich in den vergangenen Jahren in der Wahrnehmung der Amniozentese etwas geändert? Insgesamt haben knapp 5% der schwangeren Frauen 2008 eine Amniozentese durchführen lassen, 2002 waren es noch 11%.

Die Amniozentese wurde in den letzten Jahren immer seltener wahrgenommen.

⁴⁹ **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.** Pränataldiagnostik - Informationen über Beratung und Hilfen bei Frauen zu vorgeburtlichen Untersuchungen. April 2008.

Diese tendenzielle Abnahme der Amniozentese lässt sich in allen Altersgruppen bestätigen. Sie ist durch die zunehmende Wahrnehmung alternativer Verfahren der Pränataldiagnostik zu erklären. Hier ist z. B. die Nackenmessung per Ultraschall zu nennen, die eine hohe Spezifität für Trisomie 21 – das Down-Syndrom – aufweist und kein Eingriffsrisiko birgt. Zur aktuellen Verbreitung dieser Methode bei den in der Schwangerschaft betreuten Frauen in Hamburg liegen allerdings keine Daten vor.

Die folgende Tabelle 3.1. zeigt deutlich, dass die Wahrnehmung dieses Verfahrens weiterhin vor allem durch das Alter der werdenden Mutter bestimmt wird.

Altersgruppe in Jahren	Anteil Amniozentese bis 22. SSW (%)
<25	1
25-29	1
30-34	2
35-40	14
>40	25

Tabelle 3.1: Inanspruchnahme der Amniozentese bis 22. SSW nach Altersgruppen (nur Primiparae: n=10.239; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Jüngere Erstgebärende lassen ausgesprochen selten eine Amniozentese durchführen. Bei den Frauen zwischen 35 und 40 entscheidet sich in etwa jede siebte Frau für diese Untersuchung, bei den Frauen ab 40 Jahren ist es jede vierte.

3.2 Risikofaktoren in der Schwangerschaft

Der Begriff Risiko charakterisiert ein Ereignis oder einen Befund, indem dieses/r mit der Möglichkeit negativer Auswirkungen verknüpft wird. Dabei bleibt völlig offen, wie wahrscheinlich diese negativen

Auswirkungen auftreten und wie gravierend diese Auswirkungen eigentlich sind.

Eine Risikoschwangerschaft liegt vor, wenn eine Gefahr besteht, dass es während der Schwangerschaft oder der Geburt zu Komplikationen kommen kann, oder wenn das Risiko für eine kindliche Störung erhöht ist⁵⁰. In diesem Fall erhält die Schwangere eine intensivere Vorsorge und Überwachung. Die Liste der möglichen Risiken umfasst aktuell 52 Aspekte. Routinemäßig werden im Mutterpass und auch in der Klinik Schwangerschaftsrisiken abgefragt und dokumentiert.

Laut Mutterpass wurden in den letzten Jahren bei weniger als 30% der Frauen Risikoschwangerschaften festgestellt. Der Dokumentation in der Klinik folgend ist der Anteil der Risikoschwangerschaften doppelt so hoch: Insgesamt wird seit 2002 ein stabiler Anteil von nur 1/3 der Frauen eingestuft als „Schwangere ohne Risiko“, ein Anteil von 2/3 entsprechend als „Schwangere mit Risiko“. In der Klassifizierung als Risikoschwangerschaft bestehen also große Unterschiede zwischen dem niedergelassenen und dem klinischen Bereich.

Im Rahmen der Dokumentation in der Klinik wird unterschieden, ob anamnestische Risiken (wie z. B. der Zustand nach Früh- oder Mangelgeburt, nach Sterilitätsbehandlung, nach Sectio (Kaiserschnitt), Diabetes mellitus, Schwangere über 35 Jahre) oder/und befundete Risiken (wie z.B. Gestationsdiabetes, Hypertonie, Plazentainsuffizienz, vorzeitige Wehentätigkeit) vorliegen. Während der Anteil der Schwangeren mit anamnestischen Risiken in den letzten Jahren relativ konstant geblieben ist, ist der Anteil der Schwangeren mit befundeten Risiken leicht, aber stetig gesunken.

⁵⁰ www.gesundheit.de/familie/schwangerschaft-geburt/risikoschwangerschaft-bedeutung/index.html

Das Spektrum möglicher Risiken ist breit gefächert. Dies kann keine befriedigende Erklärung dafür sein, warum so vielen Schwangerschaften in der Klinik ein Risiko zugeschrieben wird und möglicherweise auch zur Verunsicherung der Frauen beiträgt.

Die EQS-Sonderanalyse 2007 weist aus, dass in der Klinik bei 68% der Schwangeren (n=13.124) mindestens ein Schwangerschaftsrisiko konstatiert wurde; Abbildung 3.6 listet die zehn häufigsten auf.

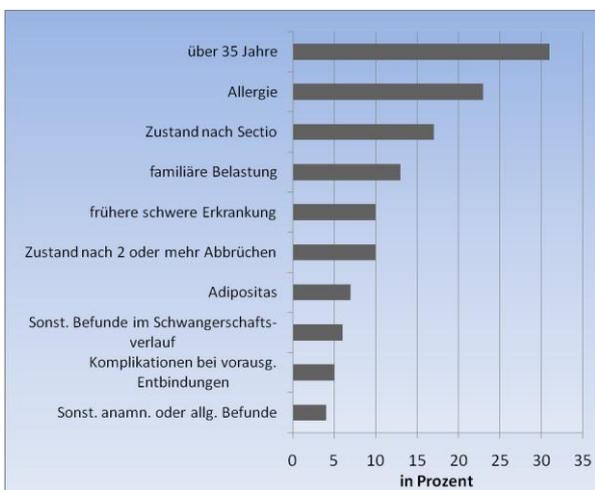


Abbildung 3.6: Die 10 häufigsten Schwangerschaftsrisiken 2007 (n=13.124; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007; Mehrfachnennung möglich)

Demnach sind Alter und Allergie die mit Abstand häufigsten Gründe. Diese sind für den Verlauf der Schwangerschaft und/oder das Geburtsgeschehen zumindest weniger gravierend als einzelne Vorerkrankungen. Dies bestätigt sich auch in einem Blick auf die Indikationsliste für stationäre Aufenthalte in der Schwangerschaft. Diese werden mit demselben Schlüssel wie in der Perinatalerhebung dokumentiert. Hier sind insgesamt deutlich weniger Frauen (n=4.286; 22%) betroffen. Die häufigsten Indikationen sind Befunde im Schwangerschaftsverlauf, Abusus, Gestationsdiabetes, vorzeitige Wehentätigkeit, Terminunklarheit und Mehrlingschwangerschaft.

Von allen dokumentierten Geburten, bei denen zumindest ein Schwangerschaftsrisiko angegeben wurde, ist fast die Hälfte der Schwangerschaften mit nur einem Risiko behaftet (48%). Wesentliche Unterschiede in der Risikozuschreibung, je nachdem ob die Risiken einzeln oder in Kombination auftreten, gibt es nicht.

Auch in Hamburg dominiert eindeutig als häufigster (anamnestischer) Risikofaktor „Schwanger über 35 Jahre“.

Dabei ist jedoch der Anteil der über 35-Jährigen zumindest in den Jahren 2002-2008 konstant bei 21% geblieben. Die tendenzielle Zunahme des durchschnittlichen Alters der Gebärenden ist eher darauf zurück zu führen, dass bei den unter 35-Jährigen der Zeitpunkt für die Geburt des ersten Kindes sich auf einen späteren Zeitpunkt verschoben hat.

In der medizinischen Versorgung ist die Risikozuschreibung gleichbedeutend mit einer erhöhten Aufmerksamkeit, intensiverer Vorsorge und Überwachung der Schwangeren bzw. Gebärenden. Individuell kann dieses „Etikett“ auch Anlass zu eigentlich unnötigen Sorgen geben. Aus Public Health Perspektive sind vor allem die Risikofaktoren relevant, die beeinflussbar sind. Von daher stehen die Risikofaktoren Übergewicht und Rauchen im Mittelpunkt der folgenden Analyse. Auch der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wäre ein relevanter Aspekt; hierzu liegen jedoch auch im Rahmen der EQS-Daten keine spezifischen Informationen vor.

Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte bundesweite KiGGs-Studie (s. Kapitel 7 Datenquellen) konnte zeigen, dass etwa 14% der Schwangeren gelegentlich Alkohol kon-

sumierten⁵¹. Mütter ohne Migrationshintergrund gaben dies 3-mal so häufig an wie Mütter mit Migrationshintergrund. Und Mütter aus der hohen sozialen Statusgruppe hatten doppelt so häufig in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert wie die Mütter in der niedrigen Statusgruppe. Das Forschungsteam hält es auch für wahrscheinlich, dass der Anteil alkoholkonsumierender Frauen in der Schwangerschaft in Wirklichkeit eher bei 20% liegt. Vor dem Hintergrund der möglichen alkoholbedingten Schädigungen bei der Entwicklung des zentralen Nervensystems und der Intelligenz des Kindes wird hier Interventionsbedarf abgeleitet.

Untergewicht und Übergewicht

Seit 2005 ist der Anteil der Schwangeren mit Adipositas (BMI ≥ 30) als Schwangerschaftsrisiko stetig gestiegen (von 3,7% bis auf 5,6% im Jahr 2008; s. Abbildung 3.7).

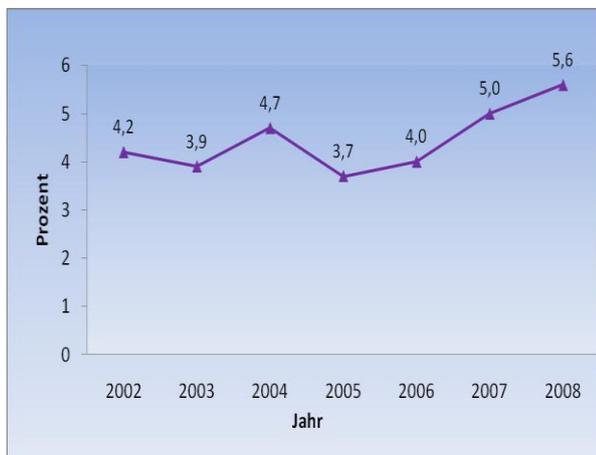


Abbildung 3.7: Anteil der adipösen schwangeren Frauen im Jahresverlauf 2002-2008 (2002: n=15.848 Geburten – 2008 n=19.647 Geburten; Quelle: EQS)

Dieser Anstieg erscheint auf den ersten Blick nicht so alarmierend, weil dahinter vergleichbar geringe dokumentierte Fallzahlen

⁵¹ Bergmann, KE., Bergmann, RL., Ellert, U. et al. Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2007, 50, S. 670-676.

stehen (2008: ca. 1.100 Frauen bei fast 20.000 Geburten). Im Vergleich zu den häufigeren Risikofaktoren wie z. B. Allergien, fortgeschrittenes Alter (s. oben) hat Adipositas rein zahlenmäßig eine geringere Bedeutung. Allerdings wird bei der vertiefenden Analyse der Gewichtsangaben vor Schwangerschaftsbeginn (EQS-Sonderanalyse) Übergewicht als problematischer Faktor deutlich. Denn hier wird ersichtlich, dass Gewichtsprobleme bei Eintritt der Schwangerschaft verbreiteter sind, als es die Adipositas-Zahlen nahe legen (s. Abbildung 3.8).

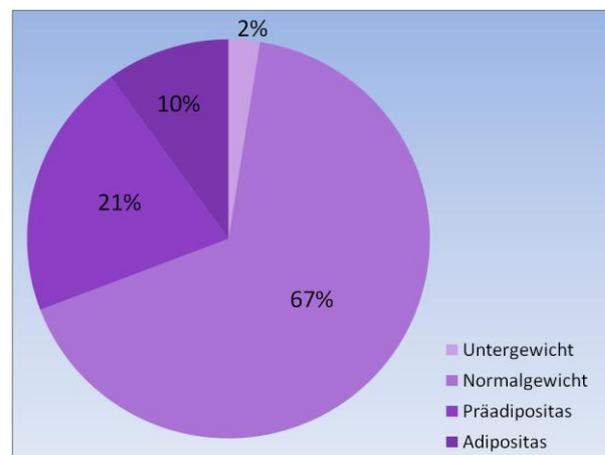


Abbildung 3.8: Gewichtsangaben der Frauen vor der Schwangerschaft (n=16.238; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Fast 11.000 Frauen waren normalgewichtig und stellen somit für die folgende Analyse die Vergleichsgruppe dar. Präadipositas und Adipositas wurde bei 21% bzw. 10% der Frauen konstatiert, ein Drittel war also bei Eintritt der Schwangerschaft übergewichtig. Im Vergleich dazu ist die Gruppe der werdenden Mütter mit Untergewicht sehr klein (2%).

- Mit welchen Merkmalen gehen Unter- und Übergewicht der Mütter einher?
- Gibt es Hinweise, dass diese zusammen mit anderen Risikofaktoren auftreten?
- Und zeigen sich im Gruppenvergleich Unterschiede bei den Geburten?

Schwangere mit Untergewicht sind deutlich jünger und überwiegend mit dem ersten Kind schwanger (s. Abbildung 3.9). Adipöse Frauen entsprechen im Alter den anderen Gruppen, haben aber häufiger schon ein Kind geboren.

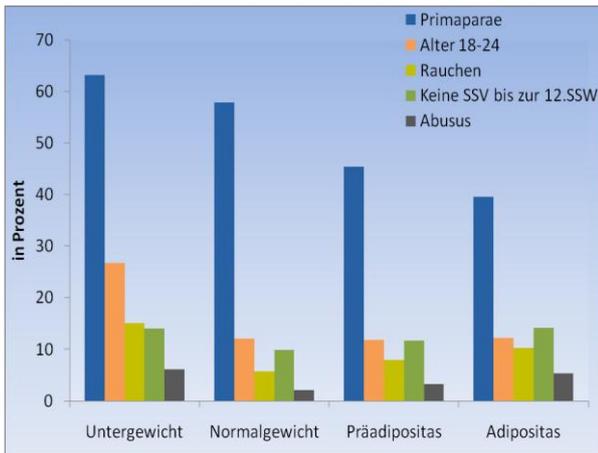


Abbildung 3.9: Soziodemographische Merkmale und Risikofaktoren im Vergleich der Teilgruppen von Frauen nach Gewichtsklassen (n= 16.238; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

In beiden Randgruppen ist der Raucherinnen-Anteil höher als bei den anderen (6% und 8%); ebenso wurde von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten deutlich häufiger Abusus vermerkt, also Missbrauch von Suchtmitteln. Auch ist in beiden Randgruppen der Anteil derjenigen Frauen größer, die die erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung frühestens ab der 13. SSW wahrnehmen. Hier finden sich also erneut Hinweise, dass mehrere Risikofaktoren ungünstig zusammentreffen.

Auch im Geburtsgeschehen zeigen sich in Abhängigkeit von der Einstufung in die Gewichtsklassen der Mütter bedeutende Unterschiede (s. Abbildung 3.10). Untergewichtige Mütter haben den höchsten Anteil Spontangeburt (63%), adipöse Mütter den niedrigsten (49%). Dies hat auch mit den Geburtsgewichten der Kinder zu tun.

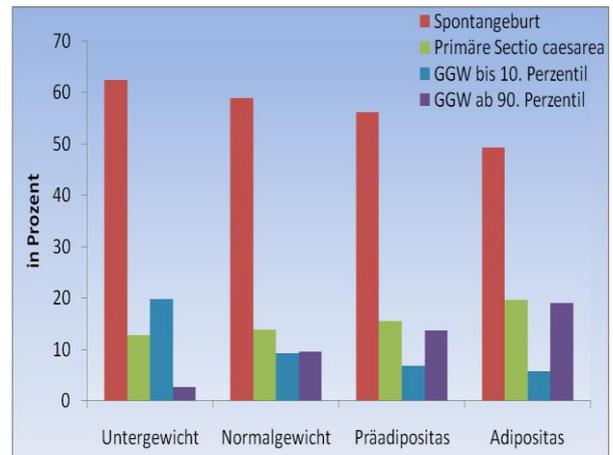


Abbildung 3.10: Geburtsgeschehen und Geburtsgewicht im Vergleich der Teilgruppen der Frauen nach Gewichtsklassen (n=16.238; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Auch wenn nur die reifgeborenen Einlinge aus Schädelgröße betrachtet werden, haben untergewichtige Mütter den höchsten Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter dem zehnten Perzentil (20%); das sind 2007 z. B. Kinder knapp über 2.500g. Adipöse Mütter haben den höchsten Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewichte über dem 90. Perzentil; das sind 2007 Kinder knapp über 4.000g.

Sowohl sehr niedrige als auch sehr hohe Geburtsgewichte bedeuten für die Kinder keine optimalen Startbedingungen. Andererseits ist das Körpergewicht der Mutter und auch die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft ein Aspekt, der beeinflussbar ist, anders als eine familiäre Belastung mit Erkrankungen, eine Allergie oder das Alter bei Eintritt der Schwangerschaft. Da auch andere Risikofaktoren in der Kombination mit Gewichtsabweichungen vermehrt auftreten, ist hier zunehmender Bedarf an ärztlicher Beratung und Gesundheitsförderung abzuleiten.

Rauchen

Rauchen während der Schwangerschaft ist das präventiv bedeutsamste Gesundheitsrisiko für das Ungeborene. Die Analysen in einem aktuellen Forschungsprojekt auf der Grundlage der bundesweiten Perinatalerhebung 2005 mit mehr als 650.000 Geburten⁵² kommen zu folgenden Ergebnissen: In Deutschland geben 12,6% aller Schwangeren an zu rauchen (Median: neun Zigaretten/Tag). Schwangere mit niedrigem sozialem Status rauchen deutlich häufiger als Angehörige mit höherem Sozialstatus (Rauchprävalenz angelernter Arbeiterinnen 20,3% im Vergleich zur Rauchprävalenz mittlerer bis leitender Angestellte 3,8%). Rauchende Schwangere stellten sich auch deutlich später zur Erstuntersuchung beim Gynäkologen vor und nahmen Vorsorgeuntersuchungen seltener wahr. Auch fehlte häufiger ein Mutterpass. Rauchen während der Schwangerschaft steht in einem deutlichen Dosis-Wirkungs-Zusammenhang mit dem Risiko perinataler Mortalität, einer Frühgeburt, geringem Geburtsgewicht und defizitären Vitalfunktionen beim Neugeborenen (APGAR-Index).

Dies ist ein erneuter Beleg dafür, dass Rauchen während der Schwangerschaft gravierende gesundheitliche Folgen für das Neugeborene hat. Darüber hinaus zeigt sich auch eine problematische Risikokumulation unter rauchenden Schwangeren. Für die Konzeption zielgruppengerechter Interventionen ist die Kenntnis der demographischen und psychosozialen Struktur rauchender Schwangerer Voraussetzung. Demnach stellen jüngere, alleinstehende Schwangere aus

der unteren Sozialschicht die wichtigste Zielgruppe künftiger präventiver Maßnahmen dar.

- Bestätigen die Hamburger Daten die Ergebnisse der bundesweiten Analyse?
- Wie ist es mit der Intensität des Rauchens?
- Welche Merkmale treten im Zusammenhang mit Rauchen in der Schwangerschaft häufiger auf?

In Hamburg gaben im Jahr 2008 zum Beispiel 93% der Schwangeren an, nicht in der Schwangerschaft geraucht zu haben. Dieser Anteil an Nichtraucherinnen während der Schwangerschaft ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben (2002-2008 88-93%). Somit rauchen aktuell in der Schwangerschaft ca. 7% der Frauen.

Bei denjenigen, die angaben, geraucht zu haben, wurden zumeist weniger als zehn Zigaretten/Tag konsumiert (Abnahme von 8 auf 5% im Zeitraum 2002-2008). Der Anteil von Frauen, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchten, ist gering geblieben (weniger als 1%).

Bei all diesen Angaben ist anzunehmen, dass einige Schwangere zwar rauchen, aber dies nicht auf ärztliche Nachfrage hin bestätigen.

Hamburgerinnen scheinen etwas seltener in der Schwangerschaft zu rauchen als es die bundesdeutschen Zahlen nahe legen. Überwiegend werden – soweit auf die Selbstangaben Verlass ist – weniger als zehn Zigaretten täglich geraucht.

Schwangere Raucherinnen

Schwangere Raucherinnen sind deutlich jünger als die anderen Frauen (30% unter 25 Jahre statt 12%) und häufiger alleinstehend (40% statt 17%). Sie sind überwie-

⁵² German medical science; Kongress Medizin und Gesellschaft 2007. Augsburg, 17.-21.09.2007. **Schneider S.**, „Rauchen während der Schwangerschaft: Risikogruppen und perinatale Gesundheit - Sonderauswertung der 662.624 Krankenhausgeburten umfassenden „Deutschen Perinatalerhebung 2005“. www.egms.de/static/de/meetings/gmds2007/07gmds365.shtml; 14.04.2010

gend deutscher Herkunft (82% statt 76%) und eher nicht berufstätig (55% statt 43%).

Bei fast einem Drittel der Frauen wurde in der Anamnese ein Abusus vermerkt (34% statt 1% bei den Nicht-Raucherinnen). Allerdings ist hier nicht zu differenzieren, ob das Rauchen selbst als Abusus eingetragen wurde oder zeitgleich vorliegender Alkohol-, Medikamenten- oder anderer Suchtmittelgebrauch bekannt war.

Auch das Vorsorgeverhalten der Raucherinnen gibt Anlass zur Besorgnis. Die rauchenden Schwangeren sind zurückhaltender in der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen. Tendenziell beginnen sie etwas später und nehmen weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

Nicht überraschend lässt sich auch beobachten, dass Raucherinnen doppelt so häufig ein Kind mit Geburtsgewicht bis zum zehnten Perzentil (16% statt 8%) gebären.

Das Rauchen in der Schwangerschaft wirkt sich auch bei den Hamburgerinnen erwartungsgemäß negativ auf das Geburtsgewicht aus.

In einer aktuellen Untersuchung von Koller et al⁵³ (2009) wurden auf der Grundlage der bayerischen Perinataldaten die Zusammenhänge zwischen demographischen Merkmalen, sozialen Unterschieden beim Vorsorgeverhalten und Rauchen betrachtet. Die Datenlage Bayerns und Hamburgs stimmen im Gruppenvergleich weitestgehend überein. Allerdings konnten in der bayerischen Studie tiefer gehende statistische Analysen auf Basis

⁵³ Koller, D., Lack, N. und Mielck, A. Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. *Gesundheitswesen*. 2009, 71, S. 10-18.

der Originaldaten vorgenommen werden. Daraus ergibt sich, dass die soziale Lage der Mutter einen großen Einfluss auf ihre Teilnahme an den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, ihr Rauchverhalten während der Schwangerschaft und auch auf das Geburtsgewicht des Neugeborenen haben kann. Soziale Randlage bedeutet oft eingeschränkte Optionen auf Bildung. Dadurch verschiebt sich das Risikoverhalten und führt schließlich am Ende der Kette zu schlechteren Startbedingungen für das Neugeborene.

Wird das Rauchen in der Frühschwangerschaft aufgegeben, haben die Neugeborenen ein entsprechendes Geburtsgewicht wie die Babies der Nichtraucherinnen⁵⁴. Von daher ist es notwendig, allen rauchenden Müttern die zur Verfügung stehenden Angebote zur Rauchentwöhnung nahe zu bringen. Seit Ende 2008 haben die Mutterpässe in Hamburg Lesezeichen mit den wichtigsten Hinweisen „Für einen gesunden Start ins Leben ohne Rauch!“ (siehe auch Abschnitt 5.4 in diesem Bericht). Es gibt in Hamburg zahlreiche Angebote zur Raucherentwöhnung und Nichtraucherkurse. Anbieter sind unter anderem Krankenkassen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, das Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) und die Asklepios Klinik Nord. Auch das Internetportal „Rauschbarometer Hamburg“ der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (www.rauschbarometer.de) bietet anonym Rat und Hilfe unter anderem zur Nichtraucherförderung und Informationen zu den entsprechenden Angeboten in Hamburg an.

⁵⁴ [Hrsg.] Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer. *Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle*. 2007, Bd. 4: Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten - Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, 10, S. 37-39 (Bezug nehmend auf: Cliver SP, Goldenberg RL, Cutter GR et al. The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements. *Obstetrics and Gynecology*. 1995, 85, S. 625-630)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hält verschiedene Angebote zur Förderung des Nichtrauchens bereit. Dazu gehören Informationsbroschüren, die Internetplattform www.rauch-frei.info, sowie unter der Nummer 01805-313131 ein Beratungstelefon.

3.3 Morbidität in der Schwangerschaft

Von A bis Z reicht die Liste an teilweise häufig auftretenden sogenannten Schwangerschaftsbeschwerden⁵⁵: Über Ausfluss, Blutungen, Herzklopfen, Krampfadern, Ödeme, Sodbrennen bis zu Zahnfleischbluten u. v. a. mehr. Diese Beschwerden können durchaus unangenehm sein, stellen aber selten eine Gefährdung für Mutter und/oder Kind dar.

Aber auch das Spektrum an schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen⁵⁶ ist groß. Hier sind beispielhaft zu nennen diabetogene Erkrankungen, die mit dem Zuckerstoffwechsel zu tun haben, hypertensive Erkrankungen, Störungen der Blutdruckregulierung, Thrombosen, wenn ein Blutgerinnsel ein Blutgefäß verengt oder verstopft oder die sogenannte Placentainsuffizienz, d. h. der Mutterkuchen, in dem der Embryo bzw. Fetus nistet, ist nicht mehr in der Lage, das Kind ausreichend zu versorgen. Die schwangerschaftsspezifischen Erkrankungen können lebensbedrohlich für die werdende Mutter und für das ungeborene Kind sein. In den meisten Fällen ist eine medizinische Betreuung und Beobachtung der Schwangeren notwendig.

⁵⁵ BZgA; Beschwerden in der Schwangerschaft; www.schwanger-info.de; 14.04.2010

⁵⁶ Berufsverband der Frauenärzte e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. : Frauenärzte im Netz, Erkrankungen in der Schwangerschaft; www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_erkrankungen-in-der-schwangerschaft-schwangerschaftsspezifische-erkrankungen_202.html ; 14.04.2010

Fehlgeburten

Als eine Fehlgeburt bezeichnet man das frühzeitige Ende einer Schwangerschaft, wenn der Fetus unter 500g wiegt und ohne Lebenszeichen geboren wird. Gerade in der Frühschwangerschaft kommt es ca. bei einem Drittel der Schwangerschaften zu einem Abort, einer spontanen Fehlgeburt. Häufig geschieht dies nur in Form einer Blutung, die stärker und/oder schmerzhafter ausfällt als die Frauen es gewöhnlich in der normalen Regel erfahren. Bei diesen sogenannten präklinischen Aborten ist dies im Normalfall weder der betroffenen Frau bewusst noch aus ärztlicher Sicht als Abort diagnostiziert. Klinische Aborte sind weniger häufig; ihnen ist häufig schon eine Bestätigung der Schwangerschaft vorausgegangen. In den meisten Fällen ist die Ursache für den Abort eine schwerwiegende Entwicklungsstörung, z. B. aufgrund von Chromosomenveränderungen⁵⁷ des Embryos. Der Embryo entwickelt sich nicht weiter oder wird durch eine Fehlbildung der Plazenta nicht richtig angelegt. Die Fehlgeburt ist dann die Folge einer normalen Abstoßungsreaktion des Körpers. Andere mögliche Ursachen für eine Fehlgeburt sind hormonelle oder Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes mellitus, Infektionen der Mutter oder auch eine Blutgruppenunverträglichkeit. Aber auch starke psychische Belastungen, Rauchen, Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und übermäßiger Koffeinkonsum⁵⁸ können unter Umständen eine Fehlgeburt auslösen.

Bei Fehlgeburten in einem frühen Stadium wird in der Regel eine Ausschabung bzw. Kürettage vorgenommen, um die verbliebenen Schwangerschaftsreste zu entfernen und

⁵⁷ Onmeda; Fehlgeburt; www.onmeda.de/ratgeber/schwangerschaft/krankheiten/fehlgeburt-ursachen-2149-3.html; 14.04.2010

⁵⁸ Frauenärzte im Netz; Früh- und Fehlgeburt; www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_frueh-und-fehlgeburt-fehlgeburt_204.html; 14.04.2010

Infektionen zu vermeiden. In diesen Fällen werden die Fehlgeburten häufig ambulant, selten stationär medizinisch behandelt. Wenn eine Schwangerschaft nach der 16. SSW endet, spricht man von einem Spät-abort. In einem solchen Fall muss die Frucht von der Gebärmutter ausgestoßen werden, was bei fehlender Wehentätigkeit medikamentös unterstützt wird; danach folgt die Kürettage.

Im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik (s. Anhang) wurden im Jahr 2000 noch mehr als 1.500 Behandlungsfälle als Schwangerschaften mit abortivem Ausgang dokumentiert, in den letzten drei Jahren liegt diese Anzahl bei ca. 1.000 Fällen. Hierin zeigt sich auch der allgemeine Trend, wenn möglich die stationäre Aufnahme zu vermeiden und ambulant zu behandeln. Zahlen über ambulant betreute Fehlgeburten werden allerdings nicht erhoben.

Eine Fehlgeburt kann für die Mutter und den Partner eine starke seelische Belastung bedeuten. In Deutschland kann jede Frau nach einer Fehlgeburt oder Totgeburt des Kindes die Hilfe einer Hebamme in Anspruch nehmen, egal zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft es zu einer Fehlgeburt kam⁵⁹. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen. Der Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e. V. bietet spezielle Trauerbegleitung und Unterstützung für alle, die um das verlorene Kind trauern.

Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft

Es gibt eine Reihe an Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft, die eine Gefahr für das Ungeborene darstellen^{60,61}.

⁵⁹ Hebammen Verband Hamburg e. V., Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, Anlage 1, Leistungsverzeichnis.

⁶⁰ Berufsverband der Frauenärzte e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

Infektionen in der Vagina z. B. bakterielle Vaginosen, seltener Pilzinfektionen, können, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden, eine Frühgeburt zur Folge haben. Ein Selbsttest für Schwangere kann helfen, Frühgeburten zu vermeiden. Regelmäßige Selbstuntersuchung – schwangere Frauen können den Test zuhause durchführen – zeigen Veränderungen an. Frühzeitig therapiert kann dies dazu beitragen, die Zahl von Frühgeburten zu verringern. Dieser Test steht allen interessierten Frauen zur Verfügung⁶², ist allerdings kein Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine **Röteln-Erkrankung** der Mutter ist besonders in dem ersten Schwangerschaftsdrittel gefährlich für das Ungeborene. Es kann zu Fehlbildungen des Herzens oder des Gehirns kommen, zu Einschränkungen des Seh- oder Hörvermögens. Aus diesem Grund wird schon bei der Planung oder zu Beginn der Schwangerschaft durch eine Blutuntersuchung die Röteln-Immunität geprüft.

Als weitere Infektionskrankheiten sind z. B. auch **Hepatitis** und **Herpes-Infektionen** anzuführen. Bei Hepatitis A ist das Fehlgeburtsrisiko erhöht, bei Hepatitis B und C ist das Fehlgeburtsrisiko und die Ansteckungsgefahr des Kindes erhöht; niedrigeres Geburtsgewicht und Leberentzündung sind die Folgen. Der Herpes-simplex-Virus Typ II (Genitalherpes) ist sexuell übertragbar. Es besteht die Gefahr einer Fehlgeburt oder einer Ansteckung und schweren Erkrankungen des Neugeborenen. Auch eine Erkran-

und Geburtshilfe e. V. : Frauenärzte im Netz, Erkrankungen in der Schwangerschaft; http://www.frauenaeerzte-im-netz.de/de_erkrankungen-in-der-schwangerschaft_94.html; 14.04.2010

⁶¹ BZgA www.schwanger-info.de ; 14.04.2010

⁶² KKH-Modellprojekt: Selbsttest für Schwangere hilft, Frühgeburten zu vermeiden; Presseerklärung vom 19.09.2008; www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=2682&pk=108267; 14.04.2010

kung der Mutter an Geschlechtskrankheiten erhöht das Risiko für eine Fehlgeburt bzw. induziert kindliche Schäden.

In Hamburg traten laut Krankenhausdiagnosestatistik in den letzten drei Jahren durchschnittlich etwa 70 Fälle/Jahr auf, bei denen infektiöse oder parasitäre Krankheiten der Mutter Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett komplizierten, so dass eine stationäre Behandlung notwendig war (Hauptdiagnose nach Krankenhausdiagnosestatistik s. Anhang).

Stationärer Behandlungsbedarf in der Schwangerschaft

Insgesamt gesehen spielen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der Krankenhausversorgung keine so große Rolle. Den Zahlen der Krankenhausdiagnosestatistik folgend (s. Anhang) machen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der stationären medizinischen Versorgung nur etwa 10% aller jährlichen Behandlungsfälle aus. Zugleich sind die jährlichen Zahlen, die Erkrankungen mit stationärer Behandlung ebenso einschließen wie normale Geburten, relativ stabil (etwas unter 20.000/Jahr).

Zu den relativ häufigen Erkrankungen in der Schwangerschaft gehören Entgleisungen der körpereigenen Balance – sei es in Bezug auf den Blutkreislauf und die Regulierung des Blutdrucks, sei es der Stoffwechsel und die Regulierung des Zuckerstoffwechsels. Zu den gefürchteten und auch oft schwangerschaftsbedingten Erkrankungen Hypertonie, Gestose sowie Diabetes liegen aus der EQS Sonderanalyse des Jahres 2007 differenziertere Informationen vor.

Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

Die Bezeichnung „hypertensive Schwangerschaftserkrankungen“ wird heute als Überbegriff für verschiedene Erkrankungen ver-

wendet, wie z. B. die Gestationshypertonie, die Präeklampsie oder das HELLP-Syndrom⁶³.

Hypertensive Erkrankungen stellen – neben Blutungen – die häufigste Schwangerschaftskomplikation dar. Sie treten bei 6-8% aller Schwangerschaften auf und tragen bis zu 25% der perinatalen Mortalität bei und stehen an führender Stelle bei den mütterlichen Todesursachen⁶⁴. Ein aussagekräftiger Test zur Früherkennung steht bislang nicht zu Verfügung. Zur individuellen Risikoabschätzung verhelfen die anamnestischen Angaben und die Ergebnisse der im zweiten Schwangerschaftsdrittel durchgeführten Dopplersonographie, der speziellen Ultraschall-Untersuchung, mit der die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen gemessen wird.

Hypertonie in der Schwangerschaft - Bluthochdruck mit Werten ab 140/90 mmHg - bedeutet immer ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind. Der erhöhte Blutdruck belastet die Gefäße im mütterlichen Blutkreislauf. Eine bedrohliche Folge für das Kind ist z. B. die sogenannte Plazentainsuffizienz. Hier ist die Plazenta (der Mutterkuchen) nicht in der Lage, das Ungeborene ausreichend zu versorgen. Diese Unterversorgung kann zu Folgeschäden beim Kind führen.

Die **Gestationshypertonie** z. B. zeigt sich durch das Auftreten dieser erhöhten Blutdruckwerte ab der 21. Schwangerschaftswoche; nach der Geburt normalisiert sich der Blutdruck wieder. Bei der **Präeklampsie**

⁶³ Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Schwangerschaftshochdruck/Gestose der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG); www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-018.htm; 14.04.2010

⁶⁴ **Rath, W. und Fischer, T.** Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen: Neue Ergebnisse für Praxis und Klinik. *Deutsch Arztebl Int.* 2009, Bd. 106, 45, S. 733-8.

kommen eine erhöhte Eiweißausscheidung im Urin (mehr als 300 mg in 24 Stunden) oder andere Störungen dazu. Ein Synonym für Präeklampsie ist der Begriff Gestose oder umgangssprachlich „Schwangerschaftsvergiftung“⁶⁵; ⁶⁶. Wenn weitere funktionelle Störungen wie z. B. der Niere oder der Leber auftreten, wird die Erkrankung als **schwere Präeklampsie** bezeichnet. Infolgedessen kommt es bei 2% der Schwangerschaften zu Krampfanfällen (**Eklampsie**).

Zu diesen hypertensiven Erkrankungen gehört auch das HELLP-Syndrom: HELLP steht als Abkürzung für **H**ämolyse (Blutabbau), **E**levated Liverenzymes (krankhaft erhöhte Leberenzyme) und **L**ow Platelets (erniedrigte Thrombozytenzahl (Blutplättchen für die Blutgerinnung)). Ansteigende Leberwerte, extreme Blutarmut und eine deutliche Verschlechterung der Blutgerinnungswerte wie auch Übelkeit und starke Oberbauchschmerzen sind Merkmale des HELLP-Syndroms. Wie jede Präeklampsie kann auch das HELLP-Syndrom für Mutter und Kind lebensbedrohlich sein.

Schwangere mit den medizinischen Problemen Gestose, Hypertonie, Präeklampsie oder HELLP-Syndrom – dies waren 2007 in Hamburg fast 500 Frauen (n=471). Sie ähneln sowohl im Alter als auch in anderen demographischen Merkmalen den anderen Frauen. Allerdings sind sie häufiger Erstgebärende (63% statt 53%). Auch in ihrem Verhalten (z. B. Rauchen und Teilnahme an der Schwangerschaftsvorsorge) stimmen sie mit den anderen Frauen überein.

⁶⁵ Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Schwangerschaftshochdruck/Gestose der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-018.htm; 14.04.2010

⁶⁶ Weitere Hinweise s. z.B. www.babyclub.de/magazin/schwangerschaft/gesundheits/; www.schwanger-info.de/; www.gestose-frauen.de

Als Besonderheit zeigt sich bei den Schwangeren mit hypertensiven Erkrankungen eine Tendenz zu häufigerem Übergewicht (48% statt 25%).

Im Geburtsgeschehen zeigen sich als Folge der Erkrankung deutliche Unterschiede. Kaiserschnitte mussten fast doppelt so häufig vorgenommen werden wie bei den anderen Frauen (Sectio 56% statt 29%). Eine typische Folge der Kreislaufproblematik ist die mangelnde Versorgung des ungeborenen Kindes mit Sauerstoff und Nährstoffen. Dementsprechend haben mehr Neugeborene dieser Teilgruppe einen erschwerten Start:

Bei Vorliegen hypertensiver Erkrankungen liegt das Geburtsgewicht häufiger unter dem 10. Perzentil (15% statt 8%) und die Kinder werden häufiger vor der 37. SSW entbunden (32% statt 9%).

Diabetes oder Gestationsdiabetes

Diabetes mellitus, die „Zuckerkrankheit“, tritt auf als insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ I sowie als nicht-insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ II. Der Gestationsdiabetes ist definiert als eine erstmals in der Schwangerschaft aufgetretene oder diagnostizierte Glukosetoleranzstörung. Diese Definition schließt alle Manifestationen eines bereits vor der Schwangerschaft bestehenden Diabetes ein, auch wenn diese noch nicht diagnostiziert wurden⁶⁷. Der Gestationsdiabetes gehört mit einer Prävalenz von ca. 5% zu den häufigsten Erkrankungen in der Schwangerschaft und geht mit einem erhöhten Krankheitsrisiko für Mutter und Kind einher. Zum Beispiel erkranken Mütter mit Gestationsdiabetes häufiger an Harnwegsinfektionen, entwickeln häufiger eine Hyper-

⁶⁷ **Diener, F.** Prävalenz, Risikofaktoren und Folgeerscheinungen einer Gestationsdiabetes - Evaluation des Versorgungsstandards in zwei ausgewählten Regionen Thüringens. Dissertation. Jena, 2006.

tonie oder haben vorzeitige Wehen. Die Kinder sind häufig besonders groß, was zu Problemen bei der Entbindung führen kann, haben Stoffwechselstörungen und/oder Atemnot.

Risikofaktoren für die Entwicklung der Diabetes-Erkrankung sind Übergewicht der Mutter oder eine familiäre Vorbelastung durch Diabetes mellitus. Zur Diagnose stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, die sich daran orientieren, ob bestimmte Grenzwerte der Glucose-Konzentration im Blut (Empfehlung der Deutschen Diabetes Gesellschaft) bzw. Urin (Empfehlung der Mutterschaftsrichtlinie) überschritten werden.

Im Übersichtsteil der jährlichen Perinatalerhebung in Hamburg werden unter ausgewählten anamnestischen Risiken die Anzahl der Schwangeren mit Diabetes mellitus aufgeführt. Dies betrifft in den letzten Jahren weniger als 1% der Schwangeren. Häufiger tritt der Gestationsdiabetes als befundetes Schwangerschaftsrisiko auf, das relativ stabil ca. 3% der Schwangeren betrifft.

Im Rahmen der Sonderanalyse für das Jahr 2007 wurden etwa 800 Schwangere (n=793) mit Diabetes oder Gestationsdiabetes mit allen anderen Schwangeren verglichen. Hier wurden auch die Frauen einbezogen, für die als Indikation zur Geburtseinleitung Diabetes mellitus angegeben wurde.

In allen demographischen und Verhaltensmerkmalen stimmen die von einer Diabeteserkrankung betroffenen Schwangeren mit den anderen Frauen überein. Allerdings wurde – nachvollziehbar – fast jede zweite Schwangerschaft (46%) als Risikoschwangerschaft eingestuft, deutlich mehr als bei den anderen Frauen (28%). Leider bestätigt sich auch in den Hamburger Zahlen Übergewicht als Risikofaktor für das Auftreten eines Diabetes. Doppelt so viele von Diabe-

tes betroffene Frauen sind übergewichtig (50% statt 25%).

Auch im Geburtsgeschehen zeigen sich gravierende Unterschiede. Hier werden häufiger Kaiserschnitte vorgenommen (41% statt 29%), diese sind mit darin begründet, dass das Geburtsgewicht häufiger das 90. Perzentil überschreitet (20% statt 11%).

Um die Gesundheit von Mutter und Kind bei Vorliegen eines Diabetes mellitus oder Gestationsdiabetes zu schützen, werden die Blutzuckerkontrollen bei den Schwangeren intensiviert. Bei 85% der Fälle genügen eine Diät und ausreichend Bewegung, bei den restlichen 15% ist zusätzlich Insulin erforderlich.⁶⁸ Die erste Ansprechperson für die Schwangere mit Diabetes oder Gestationsdiabetes ist immer die behandelnde Frauenärztin oder der behandelnde Frauenarzt. In schweren Fällen wird die Schwangere zu einem Diabetologen/einer Diabetologin überwiesen. Außerdem gibt es in der Asklepios Klinik Barmbek ein Diabeteszentrum mit dem Schwerpunkt der Behandlung und Beratung von Schwangeren bei Gestationsdiabetes (Adresse s. Anhang).

In dem Themenkomplex Morbidität in der Schwangerschaft sind ausgewählte und sehr unterschiedliche Erkrankungen zur Sprache gekommen. Während z. B. für Infektionen kaum spezifischen Informationen zur Verfügung stehen, lassen sich die Schwangeren mit hypertensiven Erkrankungen oder die an Diabetes/Gestationsdiabetes erkrankten Frauen auf Basis der EQS-Daten beschreiben. Es zeigt sich hierin die wichtige Aufgabe des Versorgungssystems, werdende Mütter und Kinder bei Erkrankungen optimal zu betreuen; es zeigt sich aber auch der Be-

⁶⁸ www.frauenaerzte-im-netz.de/de_erkrankungen-in-der-schwangerschaft-schwangerschaftsspezifische-erkrankungen_202.html#Diabetes; 14.04.2010

darf, das Auftreten von Risikofaktoren im Gesundheitsverhalten durch weitere Aufklärung und Beratung zu verringern.

3.4 Schwangerenbetreuung durch Hebammen

Hebammen arbeiten auf der Grundlage des Hebammen-Gesetzes (HebG vom 4. Juni 1985) und der jeweiligen Berufsordnungen der Länder. Sie stellen ein Versorgungsangebot dar für alle Schwangeren bzw. Mütter und ihre Neugeborenen. 2006 waren in Hamburg ca. 277 freiberuflich tätige Hebammen gemeldet, die den Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen zur Verfügung stehen⁶⁹. In welchem Umfang die Leistungen der Hebammen in Anspruch genommen werden, zeigte eine systematische Erhebung für das Jahr 2005 (Stahl 2007). Während fast alle freiberuflich tätigen Hebammen in der Wochenbettbetreuung tätig sind, führen nur weniger als die Hälfte der Hebammen auch Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch (40%). Aber immerhin fast 2/3 der Hebammen leisten den Frauen Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden. Abgesehen von der individuellen Betreuung hat jede zweite Hebamme auch Geburtsvorbereitungskurse angeboten. Der Schwerpunkt der Hebammenarbeit liegt allerdings in der Zeit nach der Geburt (s. Kapitel 5).

Ein Geburtsvorbereitungskurs begleitet eine Schwangere bzw. die werdenden Eltern während der Schwangerschaft und bereitet auf die Geburt vor. Es gibt Informationen über den Schwangerschaftsverlauf und über die unterschiedlichen Phasen der normalen Geburt, über das Stillen, das Wochenbett und die Babypflege. Aktiv werden Atemtechniken und Entspannungsübungen erlernt. Auch die Besichti-

gung eines Kreißsaals gehört dazu. Ein Geburtsvorbereitungskurs kann ab der 26. SSW von der Schwangeren in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen. Viele Hebammen bieten auch Geburtsvorbereitungskurse für Paare an, allerdings müssen die Kosten für den Partner oder die Begleitperson selbst bezahlt werden.

Der Hebammen Verband Hamburg e. V. bietet auf der Seite im Internet www.hebammen.info eine Auswahl an Hebammen und deren Angeboten in Wohnortnähe.

In allen Geburtskliniken, im Geburtshaus und in den Mutter-Kind-Zentren gibt es ebenfalls eine Liste mit Hebammen und den Kursangeboten. (s. Anhang).

3.5 Schwangerschaft im Arbeitsverhältnis

Der Anteil berufstätiger Schwangeren ist in den letzten Jahren relativ stabil geblieben (42-48%).

Insgesamt sind in Hamburg schätzungsweise 48% der Frauen in der Schwangerschaft berufstätig.

Allerdings geht aus der EQS-Sonderanalyse 2007 auch hervor, dass nur bei 70% der Geburten gültige Angaben zur Berufstätigkeit der werdenden Mutter vorliegen; dies sind aber immerhin fast 14.000 Frauen (s. Abbildung 3.11).

Diese Angaben lassen auf drei große Teilgruppen schließen, die aus etwa 4.000 Frauen bestehen und damit jeweils fast ein Drittel der Gesamtheit ausmachen. Zahlenmäßig deutlich geringer ist die Anzahl der un-/angelernten Arbeiterin oder Aushilfskraft bzw. der Frauen in Ausbildung. Diese Frauen wiederum bezeichnen sich häufiger als al-

⁶⁹ Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 19/2640, 31.03.09

leinstehend (25-36%); bei den größeren Untergruppen beträgt dieser Anteil nur 20%.

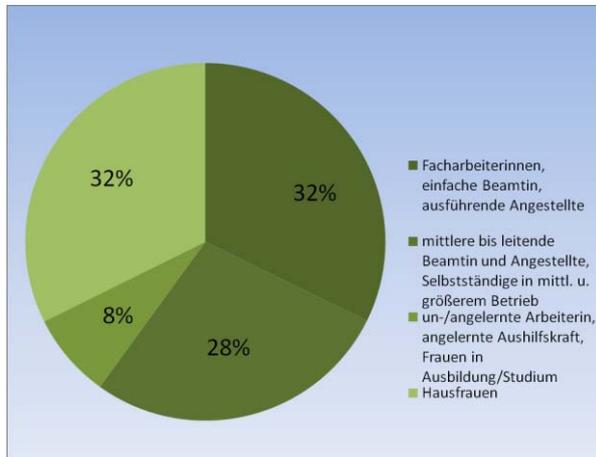


Abbildung 3.11: Berufstätigkeit der Frauen während der Schwangerschaft (n=13.560; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Bei den Hausfrauen handelt es sich vor allem um Frauen nicht-deutscher Herkunft (41%), die überwiegend nicht ihr erstes Kind zur Welt bringen (72%). Hier ist nicht auszuschließen, dass auch Frauen, die sich in der gesetzlich geregelten Elternzeit befinden, der Gruppe der Hausfrauen zugeordnet wurden.

Mutterschutzrecht

Alle Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, werden während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes vom Gesetzgeber geschützt. Das Mutterschutzrecht^{70; 71} schützt die schwangere Frau und die Mutter in den ersten vier nachgeburt-

lichen Monaten vor Kündigung⁷² und auch vor vorübergehender Minderung des Einkommens.

Darüber hinaus schützt das Gesetz die Gesundheit der werdenden bzw. stillenden Mutter und des Ungeborenen vor Gefahren am Arbeitsplatz. Soweit die Gesundheit der Schwangeren oder des Kindes gefährdet sein sollte, dürfen die Frauen nicht beschäftigt werden. Schwere körperliche Tätigkeiten oder Tätigkeiten, bei denen sie schädlichen Stoffen oder Dämpfen, Hitze, Kälte, Nässe, Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt werden, dürfen werdende Mütter nicht verrichten. Verboten sind außerdem Akkord- und Fließbandarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo. Werdende (und stillende) Mütter dürfen grundsätzlich nicht in Nachtarbeit (zwischen 20 und 6 Uhr) und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden. Für einige Beschäftigungsbereiche gibt es Ausnahmen. Mehrarbeit über 8,5 Stunden täglich oder 90 Stunden pro Doppelwoche (für Frauen unter 18 Jahren acht Stunden täglich oder 80 Stunden in der Doppelwoche) sind nicht erlaubt.

Die Mutterschutzfrist beginnt grundsätzlich sechs Wochen vor dem berechneten Geburtstermin des Kindes und endet regulär acht Wochen nach der Entbindung. Hier gibt es Sonderregelungen für Früh- und Mehrlingsgeburten.

Damit der Arbeitgeber diese Schutzbestimmungen einhalten kann, sollen werdende Mütter ihm ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Entbindungstag mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Der Arbeitgeber hat von dieser Mitteilung unverzüglich die Aufsichtsbehörde zu benachrichtigen.

⁷⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Mutterschutzgesetz; www.bmfsfj.de/Kategorien/gesetze.did=3264.html; 05.02.2009

⁷¹ BMFSFJ, Mutterschutzgesetz – Leitfaden zum Mutterschutz; www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Mutterschutzgesetz.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf; 05.02.2009

⁷² Siehe hierzu Merkblatt des Amtes für Arbeitsschutz „Kündigungsschutz während Mutterschutz und Elternzeit“ (M 34), www.hamburg.de/contentblob/55298/data/m34.pdf

Für die in Hamburg ansässigen Betriebe ist die Aufsichtsbehörde das Amt für Arbeitsschutz (s. Anhang). Die Mitarbeiter des Amtes für Arbeitsschutz geben Auskunft zu allen Fragen des Mutterschutzes und zum Kündigungsverbot im Mutterschutz und in der Elternzeit und beraten Betriebe und Arbeitnehmerinnen bei der Umsetzung der Vorschriften.

Im Rahmen der Überwachungstätigkeit des Amtes für Arbeitsschutz wurden in den letzten Jahren immer mehr Schwangerschaften im Arbeitsverhältnis angezeigt.

2006 waren es noch ca. 5.800 Schwangerschaften, 2008 knapp 6.800. Dazu gab es in den letzten Jahren ca. 1.600 telefonische Anfragen jährlich; in etwa 300 Fällen/Jahr wurden auch Arbeitsplatzbesichtigungen durchgeführt.

Besonders häufig gab es Anfragen zu den mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverboten aus dem ambulanten Bereich der Gesundheitsberufe (z.B. ambulante Pflegedienste, Arztpraxen). Auch für den Einsatz werdender Mütter in Zeitarbeitsfirmen und im Einzelhandel besteht großer Beratungsbedarf.

Weitere Informationen zum Mutterschutzrecht gibt es auf der Internetseite des Amtes für Arbeitsschutz:

www.hamburg.de/mutterschutz/

3.6 Fazit

Für dieses Kapitel wurde umfangreiches Zahlenmaterial zusammengestellt, so dass sich in der Zusammenschau „Schwanger sein“ in Hamburg aus der Public Health Perspektive darstellt. Das wichtigste Ergebnis ist, dass Schwangerschaftsvorsorge überwiegend wie konzipiert in Anspruch genommen wird. Hinweise auf einen Anteil von Überversorgung durch das medizinische System sind nicht ganz von der Hand zu weisen. Hier ist allerdings keine tiefer gehende Analyse und Bewertung möglich.

Es bestehen jedoch auch Lücken in der Schwangerschaftsvorsorge. Teilgruppen von Müttern beginnen erst im mittleren Schwangerschaftsdrittel mit der Vorsorge und nehmen nur wenige Untersuchungen wahr. In Gruppenvergleichen zeigten sich wiederholt Kombinationen von soziodemographischen Merkmalen und Risikoverhalten. Daraus folgt, dass insbesondere Migrantinnen und jüngere Frauen frühzeitig und verstärkt zur Inanspruchnahme einer gesundheitlichen Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft animiert werden sollten. Frauen im gebärfähigen Alter müssen angesprochen werden, um Risikofaktoren wie Übergewicht oder Rauchen zu reduzieren. Diese beeinträchtigen grundsätzlich die Gesundheit und können erst recht eine Schwangerschaft von Anfang an belasten.

3.7 Anhang

Amt für Arbeitsschutz – Referat Mutterschutz
Auskunft und Beratung zu Fragen des Mutterschutzes und zum Kündigungsverbot im Mutterschutz und in der Elternzeit
Billstraße 80, 20539 Hamburg
Tel.: 040 42837-3240 / 2650
Fax: 040 428373100
Tel.: 040 428372112
(Arbeitsschutztelefon)
Tel.: 040 428372651
(speziell zum Kündigungsverbot im Mutterschutz und in der Elternzeit)
E-Mail: kuendigungsschutz@bsg.hamburg.de
Internet: www.hamburg.de/mutterschutz

Gestationsdiabetes:

Asklepios Klinik Barmbek
IV. Medizinische Abteilung – Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Funktionsbereich Diabetologie
Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Tel.: 040 1818820 (Zentrale)
Fax: 040 1818-827699
Internet: www.asklepios.com/barmbek/

Diabeteszentrum Hamburg Bergedorf
Schwangerenberatung und -schulung
Glindersweg 80, Haus E, 21029 Hamburg
Tel.: 040 8540510
Fax: 040 85405124
Internet: www.diabeteszentrum-hamburg-ost.de/

Hebammenbetreuung:

Hebammen Verband Hamburg e. V.
Seewartenstraße 10, Haus 2, 20459 Hamburg
Tel.: 040 485431
Fax: 040 51315444
Internet: www.hebammen.info

Geburtshaus Hamburg e. V.
Am Felde 2, 22765 Hamburg
Tel.: 040 3901128
Fax: 040 39902355
Internet: www.geburtshaus-hamburg.de

Familienhebammen in Hamburg:

Internet:
www.hamburg.de/familienhebammen/

Adressen und Standorte:
www.hamburg.de/familienwegweiser/116624/familienhebammen.html

Kliniken:

Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Tel.: 040 1818810
Kreißaal Tel.: 040 1818811757
Internet: www.asklepios.com/altona/

Bethesda –Krankenhaus Bergedorf
Glindersweg 80, 21029 Hamburg
Tel.: 040 725540
Kreißaal Tel.: 040 725541640
Internet: www.geburtshilfe-bergedorf.de

Albertinen-Krankenhaus
Süntelstr. 11 a, 22457 Hamburg
Tel.: 040 55881
Kreißaal Tel.: 040 55882268
Kreißaalambulanz Tel.: 040 55882777
Internet: www.albertinen.de

Diakonie-Klinikum Hamburg gGmbH
Hohe Weide 17, 20259 Hamburg
Tel.: 040 490660
Kreißaal Tel.: 040 49066560
Internet: www.d-k-h.de

Asklepios Klinik Barmbek – Frauenklinik
Rübenkamp 148, 22307 Hamburg
Tel.: 040 63850
Kreißaal Tel.: 040 63854170
Kreißaalaufnahme: 040 63853427
Internet: www.asklepios.com/barmbek/

Kath. Marienkrankenhaus gGmbH
Alfredstr. 9, 22087 Hamburg
Tel.: 040 25461651
Entbindungsstation Tel.: 040 25461631
Anmeldung zur Entbindung
Tel.: 040 25461666
Internet: www.marienkrankenhaus.org

Asklepios Klinik Nord
Tangstedter Landstr. 400,
22413 Hamburg
Tel.: 040 52710
Kreißsaal Tel.: 040 52713063

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel.: 040 741057832
Kreißsaal Tel.: 040 741020321
Geburts- und Kursanmeldung
Tel.: 040 741020301
Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52,
21075 Hamburg
Tel.: 040 79210
Kreißsaal Tel.: 040 79212433
Internet: www.geburt-harburg.de

Helios Mariahilf Klinik Hamburg
Stader Str. 203 c, 21075 Hamburg
Tel.: 040 790060
Kreißsaal Tel.: 040 79006440
Internet: www.helios-kliniken.de/klinik/hamburg-harburg-mariahilf.html

Asklepios Klinik Wandsbek
Alphonsstr. 14, 22043 Hamburg
Tel.: 040 65760
Kreißsaal Tel.: 040 65761457
Internet: www.asklepios.com/wandsbek/

Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus
Haselkamp 33, 22359 Hamburg
Tel.: 040 64411217
Kreißsaal Tel.: 040 64411358
Internet: www.amalie.de

Hilfs- und Beratungsangebote für suchtgefährdete Frauen:

WAAGE e. V.
Beratungsstelle für Frauen mit Ess-Störungen,
Eimsbüttler Straße 53, 22769 Hamburg
Tel.: 040 4914941
Internet: www.waage-hh.de

Beratungsstelle Frauenperspektiven
Charlottenstraße 26-28, 20257 Hamburg
Tel.: 040 4329600,
Internet: www.frauenperspektiven.de

Die Boje gGmbH
Fuhlsbüttler Straße 135, 22305 Hamburg
Tel.: 040 7314949
Mail: beratung@dieboje.de

KAJAL / Mädchen-Suchtprävention
Hospitalstraße 69, 22767 Hamburg
Tel.: 040 3806987
Internet: www.kajal.de

RAGAZZA e. V.
Brennerstraße 19, 20099 Hamburg
Tel.: 040 244631
Mail: ragazza@w4w.net

Sperrgebiet – Diakonisches Werk Hamburg
Rostockerstraße 4, 20099 Hamburg
Tel.: 040 246624, Nachttelefon: 040 248020

Weiterführende Informationen über das Hamburger Drogen- und Suchthilfesystem:
Internet: www.lina-net.de
Ein Portal mit Ressourcen und Hilfen für Fachkräfte aus den Hilfesystemen rund um Schwangerschaft, Geburt, junge Familie und Sucht.

Hamburger Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Büro für Suchtprävention,
Repsoldstraße 4, 20097 Hamburg
Internet: www.suchthh.de

Fehlgeburt:

Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e. V.
Internet: www.veid.de

Schatten & Licht e. V.
Krise rund um die Geburt
Internet: www.schatten-und-licht.de

Verwaiste Eltern und Geschwister Hamburg e. V.
Bogenstraße 26, 20144 Hamburg
Tel.: 040 45000914
Internet: www.verwaiste-eltern.de/
Mail: info@verwaiste-eltern.de

**Gute Hoffnung – jähes Ende:
Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der
frühen Lebenszeit.** Begleitung und neue Hoff-
nung für Eltern von Hannah Lothrop; Kösel-
Verlag, 1998

Daten- und Informationsquellen:

German medical science
Internet:
www.egms.de/de/meetings/gmds2007/07gmds365.shtml

Hebammenbetreuung in Hamburg
K. Stahl Bericht im Auftrag des Hebammen-
verbands Hamburg 2006 zur Versorgungslage
2005; Einzelfallevaulation der Familienhebam-
men; Bericht 2008 zur Einzelfallbetreuung
2006/2007

www.hamburg.de/familienwegweiser/116684/schwangerschaft

www.hamburg.de/schwangerschaft/650096/scchwangerschaft.html

Rund um die Geburt.

Ein psychologischer Ratgeber der Psychothe-
rapeutenkammer Hamburg.
www.ptk-hamburg.de



© Bernhard-Müller, pixelio.de

4. Gebären und Geborenwerden

Übersicht

4.1 Soziodemographische Merkmale der gebärenden Frauen	S.55
Alter im Zusammenhang mit anderen Merkmalen	
Altersgruppen bei Erstgebärenden	
4.2 Geburtsgeschehen	S.60
Kaiserschnitt und Spontanentbindung im Vergleich	
Medikamentöse Behandlung während der Geburt	
Verweildauer im Krankenhaus	
Außerklinische Geburt	
4.3 Neugeborene	S.68
Mehrlinge, Frühchen und Risikogeborene	
Säuglingssterblichkeit	
4.4 Fazit	S.73
4.5 Anhang	S.74

Wie viele Mütter leben in Hamburg? – ist eine andere Frage als: Wie viele Frauen werden jedes Jahr in Hamburg Mutter? – sei es zum ersten Mal oder erneut.

Im Jahr 2008 gab es in Hamburg 226.000 Haushalte mit Kindern⁷³. In etwa jedem zweiten Haushalt lebte nur ein Kind (54%). In immerhin einem Drittel der Haushalte lebten zwei Kinder, drei und mehr Kinder waren es nur bei etwa jedem zehnten Haushalt (13%).

Ehepaare mit Kind oder Kindern stellen überwiegend diese Haushalte dar (65%); demgegenüber ist der Anteil von Lebensgemeinschaften gering (5%). Fast ein Drittel (29%) der Haushalte mit Kindern ha-

⁷³ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. *Ergebnisse der 1%-Mikrozensushebung 2008*. Hamburg/ Kiel, 3. September 2009.

ben einen alleinerziehenden Erwachsenen als Haushaltsvorstand und dies sind zu fast 90% alleinerziehende Mütter.

Die zweite Frage und für diesen Bericht relevantere Frage ist ebenfalls mit den Daten des Statistikamts Nord zu beantworten. Im Schnitt leben in Hamburg über 300.000 Frauen zwischen 21 und 44 Jahren. Und es werden jedes Jahr von den in Hamburg gemeldeten Frauen ca. 16.000 Kinder geboren (Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/2009). Was wissen wir über die Frauen, die in den letzten Jahren (wieder) Mutter geworden sind⁷⁴?

4.1 Soziodemographische Merkmale

Die folgende Grafik (Abbildung 4.1) gibt einen Überblick über die Altersgruppen gebärender Frauen in den vergangenen Jahren.

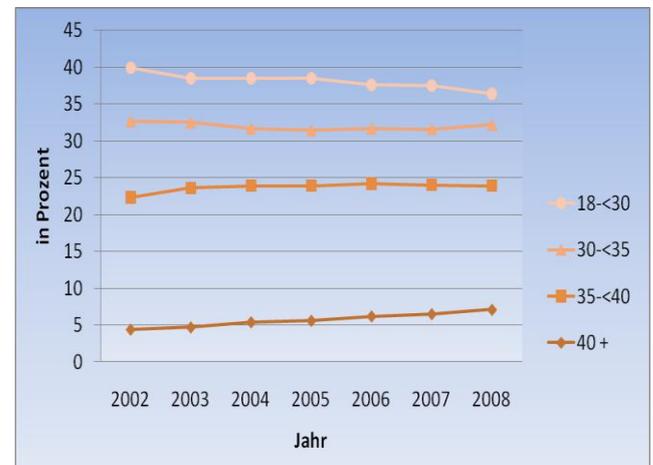


Abbildung 4.1: Altersverteilung der gebärenden Frauen von 2002 (15.848 Geburten) bis 2008 (n=19.647 Geburten; Quelle: EQS).

⁷⁴ Wenn nicht anders ausgewiesen, beruhen die Analysen auf den Daten der EQS-Jahresauswertung und der EQS-Sonderanalyse 2007 (s. Kapitel 7). Hier sind alle in Hamburger Krankenhäusern dokumentierten Schwangerschaften und Geburten einbezogen, auch die der nicht in Hamburg gemeldeten Frauen.

Im zeitlichen Vergleich der Jahre 2002 bis 2008 ist der Anteil der gebärenden Frauen zwischen 30 und 40 Jahren grundsätzlich stabil geblieben. Der Anteil der 18 bis unter 30-jährigen Frauen ist etwas gesunken, der Anteil der über 40-jährigen leicht gestiegen.

Jeweils ca. ein Drittel der gebärenden Frauen ist zwischen 18 und 30 Jahre alt bzw. zwischen 30 und 35 Jahre. Fast ein Viertel ist 35 bis 40 Jahre alt. Über 1.000 Frauen/Jahr sind bei der Geburt ihrer Kinder 40 Jahre und älter. Weniger als 1% der gebärenden Frauen sind unter 18 Jahren alt. Ihre Anzahl ist von 2002 bis 2008 zurückgegangen (nicht in der Abbildung).

Insgesamt gesehen ist hierbei auch der Anteil von 53% Frauen stabil, die ihr erstes, lebend geborenes Kind gebären (Primiparae). Entsprechend beträgt der Anteil der Frauen, die als Multiparae bezeichnet werden und bereits mindestens ein Kind geboren haben, in etwa 47%.

Der Anteil alleinstehender gebärender Frauen in Hamburg hat seit 2002 stetig von 13 auf 18% zugenommen.

Dieser Anteil ist bei den erstgebärenden Frauen deutlich höher (26%) als bei den Frauen, die ihr zweites oder ein weiteres Kind gebären (16%).

Zugleich ist der Anteil gebärender Frauen nicht-deutscher Herkunft⁷⁵ zurückgegangen. Im Jahr 2002 stammten noch fast 30% der gebärenden Frauen aus anderen Ländern, 2008 waren es weniger als ein Viertel (22%). In der Gesamtbevölkerung in Hamburg beträgt der Anteil nicht-deutscher Personen 15%. Demgegenüber ist bei den gebärenden Frauen eine nicht-

⁷⁵ Ob die nicht-deutsche Herkunft jeweils mit Ausweis/Pass belegt wurde, ist nicht bekannt.

deutsche Staatsangehörigkeit deutlich häufiger. Die Stabilität der Geburtenzahlen in Hamburg beruht vor allem auf den Neugeborenen der Mütter nicht-deutscher Herkunft.

Im Rahmen der EQS-Dokumentation wird auch der aktuelle Status in Hinblick auf die Berufstätigkeit erfragt. Hierbei sind die Zahlen recht stabil: Für die jeweilige Schwangerschaft gaben 42-48% der Frauen an, berufstätig gewesen zu sein. Aus der Alltagserfahrung ist zu erwarten, dass z. B. die Berufstätigkeit auch damit zu tun hat, wie alt die Mutter ist und das wievielte Kind geboren wird. In Einzelbetrachtung geben diese sogenannten soziodemographischen Merkmale eben nur unzureichend Auskunft über die Zusammensetzung der Bevölkerungsgruppe der Hamburger Mütter. Für 2007 konnten durch die ergänzende Analyse der EQS-Daten und der Berücksichtigung von Fünf-Jahres-Altersklassen weitere Einsichten gewonnen werden.

Alter im Zusammenhang mit anderen Merkmalen

Die größte Altersgruppe mit über 6.000 Müttern sind die 30 bis 34-jährigen Mütter (s. Abbildung 4.2). Aber auch die jeweils etwas jüngere und etwas ältere Altersgruppe ist zahlenmäßig sehr stark vertreten.

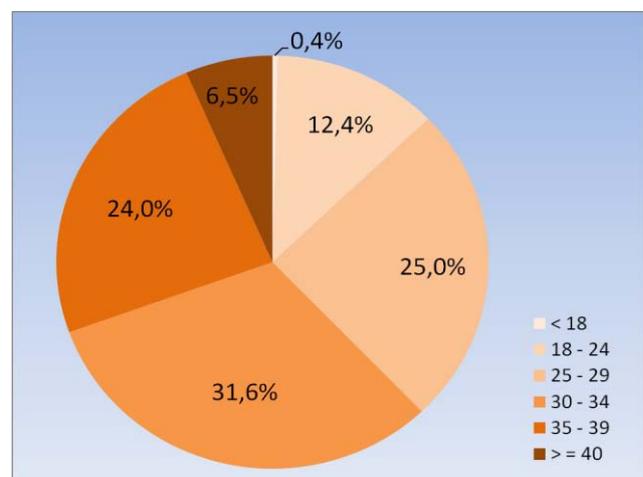


Abbildung 4.2: Altersgruppen gebärender Frauen, Anteile in Prozent (n=19.368; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Wie sind die Frauen dieser Altersgruppen zu charakterisieren? Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Erstgebärenden von Altersgruppe zu Altersgruppe ab; umgekehrt nimmt der Anteil der Berufstätigen zu. Erst bei den über 30-Jährigen ist jede zweite gebärende Frau berufstätig (s. Abbildung 4.3).

- Wie sieht es bei den beiden Randgruppen aus, den besonders jungen und den älteren gebärenden Frauen?

Die jüngeren Frauen der Altersgruppe unter 18 und zwischen 18 bis 24 Jahren sind vor allem Erstgebärende, die (noch) nicht berufstätig sind. Bei den Teenager-Schwangerschaften ist mehr als jede zweite Frau alleinstehend und auch bei den 18 bis 24-Jährigen ist es noch jede dritte Frau.

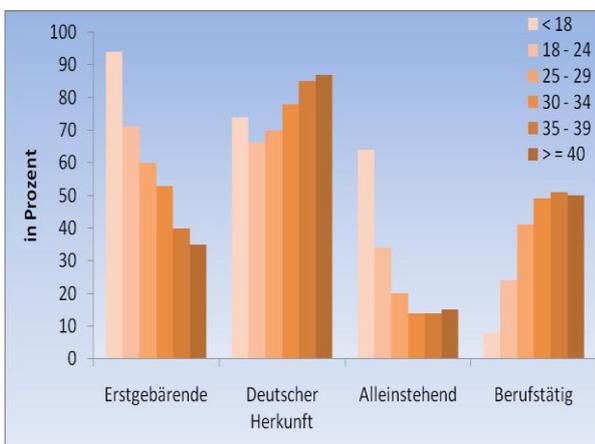


Abbildung 4.3: Soziodemographische Merkmale in den Altersgruppen der Frauen, die 2007 in Hamburg entbunden haben (gesamt n=19.368; Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

Der Anteil gebärender Frauen mit deutscher Herkunft ist bei den 18 bis 24-jährigen Frauen am niedrigsten; ein Drittel dieser Altersgruppe ist nicht deutscher Herkunft. Die Altersgruppe der über 40-jährigen gebärenden Frauen andererseits ist ganz überwiegend deutscher Herkunft. Nur ein Drittel dieser Frauen gebären ihr erstes Kind.

Insgesamt gesehen zeichnet sich ab: Nicht-deutsche Herkunft und jüngeres Alter gehören zusammen. Bei den über 30-Jährigen, die die große Mehrheit der gebärenden Frauen darstellen, ist zumindest jede zweite berufstätig und zum Zeitpunkt der Schwangerschaft bzw. Geburt bezeichnen sich weniger als ein Fünftel als alleinstehend.

Bei 83% der Frauen liegen auch noch differenzierte Angaben zur Berufstätigkeit vor. Dabei wird ersichtlich, dass die Teilgruppen der Frauen, die als un/angelernte Arbeiterin oder angelernte Aushilfskraft arbeiten oder sich in der Ausbildung oder im Studium befinden relativ klein sind (< 600). Fast gleich groß sind die Gruppen der Facharbeiterinnen oder ausführenden Angestellten, der mittleren bis leitenden Angestellten und Selbstständigen im mittleren oder größeren Betrieb und der Hausfrauen (jeweils ca. 4.000). Diese beiden Gruppen von berufstätigen Müttern unterscheiden sich in den demographischen Merkmalen von der Gruppe der Hausfrauen: Bei den berufstätigen Frauen ist im Vergleich ein geringerer Anteil nicht-deutscher Herkunft (12% statt 41%) festzustellen und der Anteil der Erstgebärenden liegt deutlich höher als bei den Hausfrauen (63% statt 28%). Der Status als Alleinerziehende ist allerdings in den beiden Berufsgruppen und der Gruppe der Hausfrauen gleich häufig (21%). Möglicherweise sind auch Frauen, die aktuell in Elternzeit sind, der Kategorie „Hausfrau“ zugeordnet.

Dieser Blick auf die Kombination demographischer Merkmale ist wichtig, weil sich soziodemographische Merkmale im Verhalten niederschlagen und damit auch Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten in der Zeit der Schwangerschaft anzunehmen sind.

Das biologische Alter als wichtiger Einflussfaktor im Geburtsgeschehen darf auch nicht

außer Acht gelassen werden. Dies konnte anhand der Risikozuschreibung (s. Kapitel 3) aufgeschlüsselt werden. Dementsprechend folgt ein differenzierter Blick vor allem auf die Altersgruppen bei den Erstgebärenden, ihr Vorsorgeverhalten und die Eckdaten des Geburtsgeschehens.

Altersgruppen bei den Erstgebärenden

Primiparae – die Erstgebärenden – machen im Jahr 2007 mehr als die Hälfte der gebärenden Frauen aus (53%; ca. 10.000 Frauen). Sie haben gemeinsam, dass sie alle zum ersten Mal mit den unterschiedlichen gesellschaftlichen Botschaften zum Thema Schwangerschaft und den entsprechenden Angeboten der medizinischen Versorgung zu tun haben (s. Abbildung 4.4).

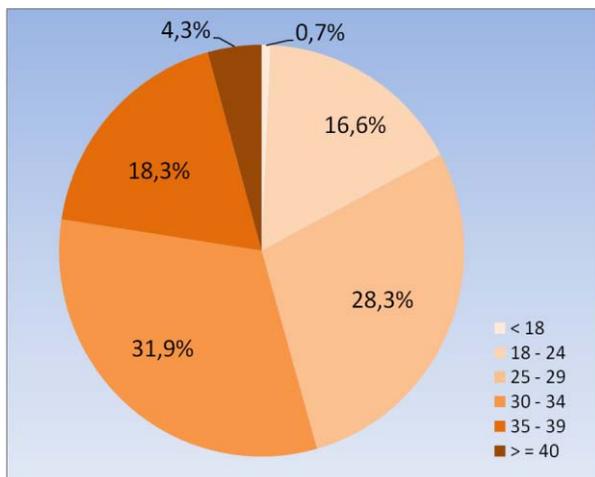


Abbildung 4.4: Altersverteilung bei den Erstgebärenden (n=10.239 Primiparae; Quelle: EQS Sonderanalyse 2007)

- Spielt das Alter der werdenden Mutter und die hierdurch mitgeprägten Lebensumstände eine wichtige Rolle für Schwangerschaft und Geburtsgeschehen?

Die größte Altersgruppe der Erstgebärenden (32%) ist zwischen 30-34 Jahren alt. Bis zu einem Drittel der jüngeren Frauen (18-24 Jahre) sind berufstätig, ab 25 Jahren

aufwärts sind die Frauen mehrheitlich in der Schwangerschaft berufstätig (52-65%).

Sowohl bei den jüngsten als auch bei den ältesten Altersgruppen wird bei ca. 40% der Frauen eine Risikoschwangerschaft dokumentiert.

Hinsichtlich des Gesundheits- und Vorsorgeverhaltens zeichnen sich andere Unterschiede ab. Die jüngeren Mütter rauchen deutlich häufiger (15% statt 3 bis 7%); auch haben die jüngeren Mütter häufiger keine Vorsorgeuntersuchung bis zur zwölften SSW wahrgenommen (unter 18 bis 30%, 18-24 Jahre 16%; die anderen Altersgruppen 6 bis 9%). In diesem Kontext ist auch festzustellen, dass der Anteil derjenigen, die mindestens zwölf Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, von Altersgruppe zu Altersgruppe zunimmt.

In Abhängigkeit von diesen Altersgruppen der Erstgebärenden ist auch – im Vorgriff auf den folgenden Abschnitt zum Geburtsgeschehen – ein Blick auf das sogenannte „outcome“ lohnenswert.

- Welche Unterschiede zeigen sich im Entbindungsmodus, in der Einhaltung des Geburtstermins und in den Geburtsgewichten der Neugeborenen?

Die Abbildung 4.5 verdeutlicht, dass der Anteil von Spontangeburt von Altersgruppe zu Altersgruppe stetig von 69% auf 31% sinkt. Gegenläufig steigt der Anteil an Kaiserschnittgeburten – sowohl die primäre Sectio (vorab festgelegter Termin vor Beginn der Geburt) von 10% auf 30% als auch die sekundäre Sectio (Wehen oder Blasensprung sind bereits erfolgt) von 12% auf 28%. Die beiden Altersgruppen der 25 bis 29-Jährigen und der 30 bis 34-Jährigen sind mit jeweils fast 3.000 Frauen unter den Erstgebärenden am stärksten vertreten. Damit wird deutlich:

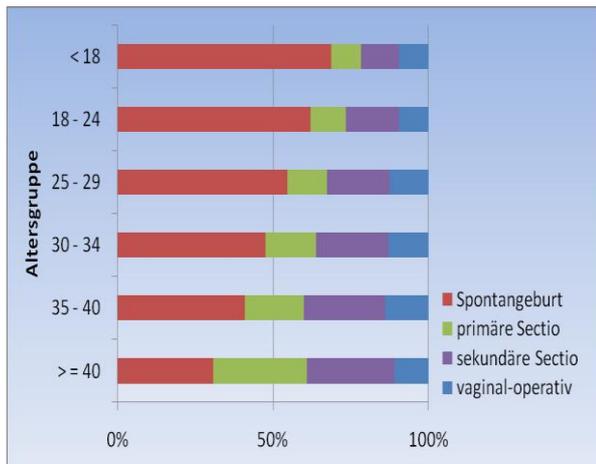


Abbildung 4.5: Anteile von Merkmalen des Geburtsgeschehens in Abhängigkeit von Altersgruppen der Primiparae (n=10.239; Quelle: EQS Sonderanalyse 2007)

Bei den Frauen um die 30, die ihr erstes Kind gebären, ist nur jede zweite Geburt eine Spontangeburt.

Bei jeder zweiten Frau findet ein vaginal-operativer Eingriff – Saugglocken- oder Zangengeburt – oder ein Kaiserschnitt statt.

Abbildung 4.6 stellt die Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht mit Bezug auf die Altersgruppen dar. Bei der Betrachtung des Geburtstermins zeigen sich Auffälligkeiten.

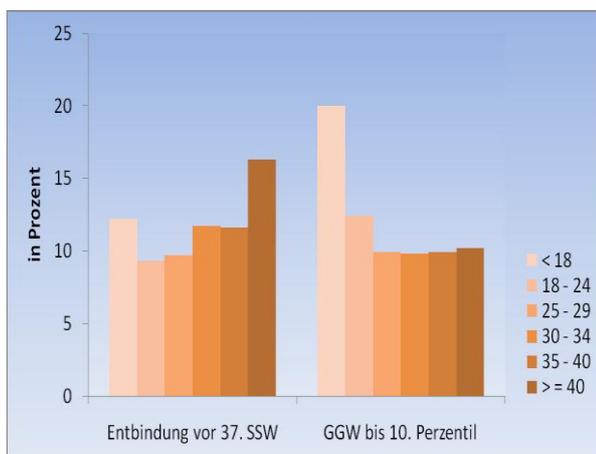


Abbildung 4.6: Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht in Abhängigkeit von Altersgruppen der Primiparae (n=10.239; Quelle: EQS Sonderanalyse 2007)

In beiden Randgruppen der Altersverteilung, also bei den jüngsten Frauen unter 18 Jahren und vor allem bei den ältesten Erstgebärenden ab 40 Jahren, ist die Frühgeburtlichkeit stärker ausgeprägt.

Und auch die reifgeborenen Einlinge, die durch ein niedriges Geburtsgewicht unter dem zehnten Perzentil eher Anlass zur Sorge geben, sind in der „Randgruppe“ der Altersverteilung, bei den jüngsten Müttern, häufiger.

Die für zu leicht befundenen Neugeborenen kommen vor allem bei den jüngsten Müttern deutlich häufiger vor.

Diese Betrachtung schließt Multiparae aus, deren vorausgehende Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt den aktuellen Schwangerschaftsverlauf beeinflusst. So kann die vergleichsweise homogene Gruppe der Erstgebärenden näher analysiert werden. Unter dieser Bedingung – alle Frauen erleben ihre erste Schwangerschaft – zeigen sich deutliche altersbedingte Unterschiede sowohl im Verhalten als auch in Schwangerschafts- und Geburtsverlauf.

Das Merkmal Alter steht bei diesem Vergleich nicht nur als biologische Größe sondern impliziert auch Aspekte der sozialen Entwicklung, der gesellschaftlichen Stellung und des Gesundheitsverhaltens. Als vordringliche Zielgruppe zur Gesundheitsförderung zeichnen sich so die jüngeren Erstgebärenden ab. In Hamburg gehören jüngere Mütter aus diesem Grund auch mit zu der Zielgruppe der Familienhebammenbetreuung⁷⁶. Darüber hinaus ist eine noch stärkere Vernetzung von allen Institutionen anzustreben, die mit Schwangeren zu tun haben, die Schwangerenberatungsstellen, die Gynäkologinnen und Gynäkologen, die Krankenkassen und Hebammen.

⁷⁶ **Drs. 18/4306.** Gesundheitsbericht "Die Arbeit der Familienhebamme". Hamburg, 2008.

Das gemeinsame Ziel sollte sein, jeder Frau möglichst frühzeitig Beratung und Unterstützung für einen gesunden Verlauf der Schwangerschaft anzubieten.

Ein weiteres Ergebnis der Analyse ist die auffallend hohe Zahl der Kaiserschnitt- und vaginal-operativen Geburten bei Frauen ab 30 Jahren. Da jeder operative Eingriff mit Risiken und möglichen Komplikationen verbunden ist, welche die Gesundheit von Mutter und Kind gefährden können, stellen sich Fragen.

- Warum kommt es mit ansteigendem Alter zu dieser signifikanten Zunahme?
- Ist sie in allen Fällen medizinisch notwendig, oder ließe sich die Anzahl der operativen Eingriffe senken?

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich vertieft mit dieser Frage, soweit es die zur Verfügung stehenden Daten zulassen.

4.2 Geburtsgeschehen

Auf Grundlage der EQS-Daten sind seit 2004 jährlich über 18.000 Geburten in Hamburger Krankenhäusern dokumentiert worden. Im Abgleich mit den Daten des Statistikamtes Nord⁷⁷, die für Hamburg nur die Neugeborenen ausweisen, die von in Hamburg gemeldeten Müttern geboren wurden, ergibt sich folgendes Bild:

Die Abbildung 4.7 verdeutlicht den tendenziellen Anstieg der Lebendgeborenen insgesamt. Der Anteil der lebend geborenen Kinder von Müttern, die ihren Wohnsitz nicht in Hamburg haben, liegt seit sechs Jahren über 10% und weist ebenfalls eine zunehmende Tendenz auf.

⁷⁷ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. *Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/2009*. Hamburg, 2008. S. 22, Tabelle 9 und 10.

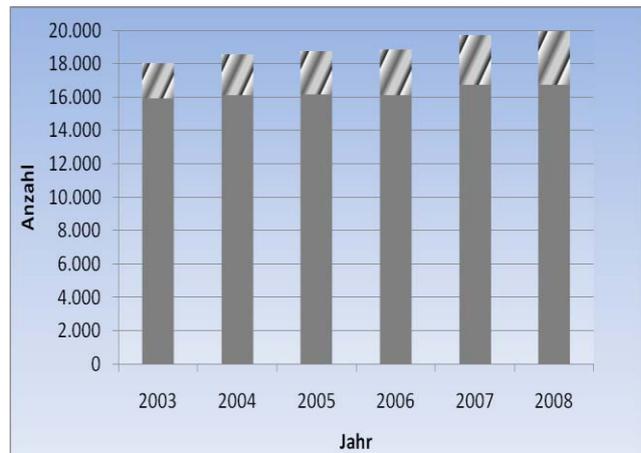


Abbildung 4.7: Anzahl Lebendgeborene in Hamburger Krankenhäusern (Gesamtsäule; Quelle: EQS); schraffiert: Anteil lebend geborener Kinder in Hamburger Krankenhäusern aus anderen Bundesländern⁷⁸.

Gleichzeitig hat sich das Geburtsgeschehen in den letzten Jahren deutlich verändert: Bei Einlingen hat der Anteil an Spontangeburt von 67% (2002) langsam, aber stetig auf 60% (2008) abgenommen, im Umkehrschluss hat der Anteil an Sectiones (primär, sekundär und sonstige) von 26% auf 32% zugenommen. Dies trifft für primäre und sekundäre Sectiones in etwa gleichermaßen zu. Dagegen ist der Anteil vaginal-operativer Entbindungen über die Jahre stabil bei 8% geblieben (ohne Abbildung)⁷⁹.

In den letzten Jahren erhöhte sich der prozentuale Anteil der Kaiserschnittentbindungen an den Entbindungen in Hamburg. Dies entspricht der Entwicklung im Bundesdurchschnitt.

Entsprechend der Krankenhausstatistik-Verordnung liefern die Krankenhäuser unabhängig von den Daten der Perinatalerhebung Informationen an die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde. Der Wert für Hamburg liegt mit etwa 32% etwas höher als der Bundesdurchschnitt (ca. 30%). Diese Abweichung ist erwartungsgemäß und entspricht der

⁷⁸ Die Daten der EQS für 2002 sind hier unberücksichtigt wg. mangelnder Vollständigkeit.

⁷⁹ Daten der EQS-Jahresauswertung 2002-2008

Metropolfunktion Hamburgs. Schwangere aus dem Hamburger Umland, die Risikogeburten erwarten, suchen gezielt Geburtskliniken auf, die hochqualifizierte Angebote zur Entbindung bereitstellen⁸⁰.

Da Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburtlichkeit unbestritten einen Anteil der operativen Eingriffe rechtfertigen, bezieht sich die weitere Darstellung von Veränderungen im Geburtsgeschehen auf die reifgeborenen Einlinge aus Schädellage.

Auch bei reifgeborenen Einlingen aus Schädellage (Abbildung 4.8) ist eine fortgesetzte Abnahme der Spontanentbindungen seit 2002 von 72% auf 65% in 2008 festzustellen.

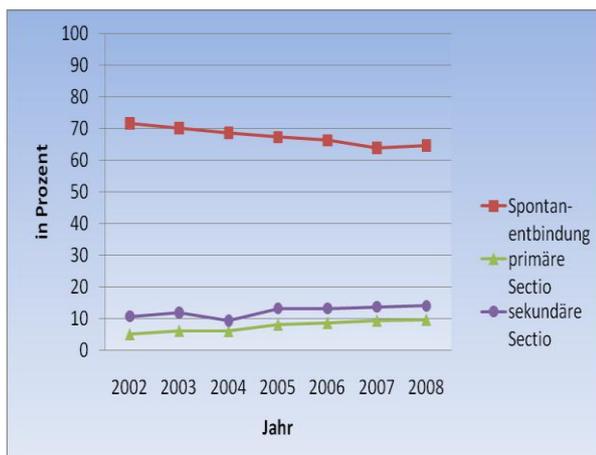


Abbildung 4.8: Entbindungsmodus bei reifgeborenen Einlingen aus Schädellage im Verlauf der Jahre 2002-2008 (2002 n=13.434 – 2008 n=16.360; Quelle: EQS)⁸¹

Der Anteil primärer Sectiones hat sich verdoppelt (von 5% auf 10%), der Anteil se-

⁸⁰ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz - Amt für Gesundheit, [Hrsg.]. Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg. Dezember 2007. S. 84.

⁸¹ Nicht in der Abbildung: ein relativ stabiler Anteil nicht klassifizierbarer Sectiones (4%) und vaginal-operativen Entbindungen (8%).

kundärer Sectiones hat ebenfalls zugenommen (von 11% auf 14%).

- Welche Indikationen wurden für die Kaiserschnitte dokumentiert?
- Ist der zahlenmäßige Anstieg in den vergangenen Jahren mit Änderungen in den Indikationen verknüpft?

Auch hierzu wurde im Rahmen der Sonderanalyse der EQS-Daten 2007 eine neue Berechnung vorgenommen. Diese beruht auf den Geburten mit reifgeborenen Einlingen aus Schädellage, bei denen eine primäre Sectio dokumentiert wurde und mindestens eine Indikationsangabe vorlag.

Übereinstimmend weisen die Dokumentationen in den letzten Jahren vier wesentliche Indikationen für den Kaiserschnitt auf: Zustand nach Sectio, schlechte Herztöne, Missverhältnis Kopf/Becken und mütterliche Erkrankung.

Demnach (s. Tabelle 4.1) haben sich in den letzten fünf Jahren die Indikationen für den Kaiserschnitt nur graduell geändert. Darüber hinaus ist ein Eintrag unter „Sonstige“ die häufigste Angabe zur Indikationsstellung. Dahinter kann sich eine komplexe medizinische Diagnose verbergen – z. B. unter Einbeziehung der psychosozialen Anamnese der Mutter – ebenso wie der umstrittene „Wunschkaiserschnitt“. Dieser Kaiserschnitt kann von der Frau als planbarer, vermeintlich schmerzloser Eingriff eingefordert worden sein oder von ärztlicher Seite als vermeintlich sicherer empfohlen worden sein. Inwieweit ökonomische und/oder organisatorische Vorteile oder auch rechtliche Aspekte (drohende Schadensersatzklagen) die Zunahme der Kaiserschnittgeburten begünstigen, wird in Fachkreisen diskutiert, ist aber anhand der hier vorliegenden Daten nicht zu prüfen.

Indikation	% an allen Geburten	
	2002	2007
Zustand nach Sectio	28	23
Schlechte Herztöne	14	17
Missverhältnis Kopf/Becken	10	11
Mütterliche Erkrankung	7	10
Sonstige	44	37

Tabelle 4.1: Rangfolge der Indikationen zur primären Sectio reifgeborener Einlinge aus Schädel- lage (mindestens eine Indikationsangabe; Mehrfachangabe möglich; 2002 n=690, 2007 n=1.530; Quelle: EQS Sonderanalyse 2007)

Eine Aufklärung der Indikation „Sonstige“ bei primärer Sectio könnte Hinweise geben, welche Hintergründe der hohe Anteil an Kaiserschnittentbindungen an der Gesamtzahl der Geburten hat. Leider lassen sich auf der derzeitigen Datenlage der EQS zu diesem aktuellen und auch wichtigen Thema keine weiteren Informationen ableiten.

Möglicherweise können die Merkmale der Frauen noch einen Hinweis zu dieser Frage geben. Welche Unterschiede sind abzulesen in den Teilgruppen mit unterschiedlicher Geburtserfahrung? Im Folgenden werden die Frauen mit einer natürlichen Spontangeburt in der Klinik und die Frauen mit einem primären Kaiserschnitt verglichen.

Frauen mit Kaiserschnitt und Spontanentbindung im Vergleich

Auch in diesem Vergleich wurden nur die Mütter von reifgeborenen Einlingen aus Schädel- lage einbezogen. Dies sind über 1.500 Frauen mit primärer Sectio und mehr als 10.000 Frauen mit Spontanentbindungen.

Die Frauen mit einem primären Kaiserschnitt sind tendenziell etwas älter (z. B. 10% 40 Jahre und mehr vs. 5%) und häufiger deutscher Herkunft (79% vs. 75%): In den weiteren demographischen Merkmalen (Parität, Sozialstatus, Berufstätigkeit) stimmen die beiden Gruppen weitgehend überein.

Deutlich häufiger haben die betreuenden Gynäkologen und Gynäkologinnen mit einem Eintrag im Mutterpass die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft ausgewiesen (38% vs. 25%) (s. Abbildung 4.9). Das kann schon an dem oben genannten Altersunterschied liegen; ein weiterer Risikofaktor scheint hier das Übergewicht zu sein.

Frauen mit primärer Sectio sind deutlich häufiger übergewichtig (32% mit einem BMI über 25 vs. 24%).

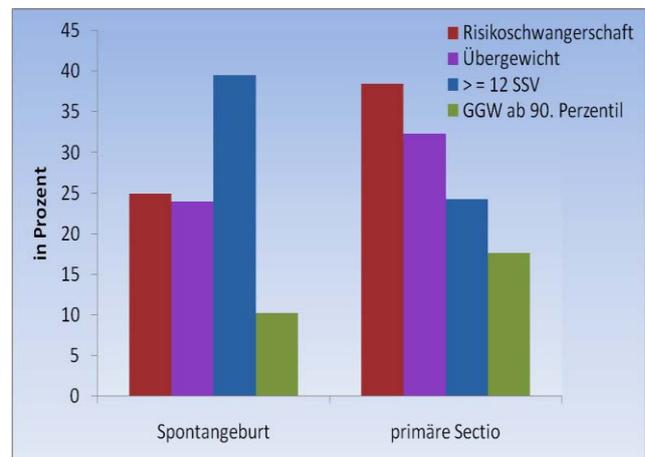


Abbildung 4.9: Ausgewählte Merkmale der beiden Teilgruppen mit Spontangeburt (n=10.453) und primärer Sectio (n=1.530) im Vergleich (Quelle: EQS-Sonderanalyse 2007)

In Punkto Rauchen/Abusus stimmen die Gruppen überein. Gleichzeitig hat die Teilgruppe mit primärer Sectio weniger Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen (z. B. 24% statt 40% mit zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen).

Die geringere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen hat vermutlich damit zu tun, dass ein

Kaiserschnitt häufig eine vorzeitige Entbindung darstellt und damit der mögliche Zeitraum zur Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen beschnitten ist. Eine aktuelle amerikanische Studie beispielsweise beurteilt die verbreitete Sitte, eine geplante Sectio einige Tage vor dem errechneten Geburtstermin durchzuführen, kritisch. Bereits das Vorziehen der Geburt in die 38. Woche steigerte das Risiko für verschiedene kritische Endpunkte wie z. B. Atemprobleme der Neugeborenen, am günstigsten erwiesen sich in dieser Studie für die Sectio die 39. und 40. Schwangerschaftswoche⁸².

Mit Blick auf die Geburtsgewichte in den beiden Gruppen wird ein weiterer Grund für die Sectiones ersichtlich. In der Gruppe der Mütter mit einer Kaiserschnittgeburt weisen 18% der Kinder ein hohes Geburtsgewicht ab dem 90. Perzentil auf, bei den Müttern mit Spontanentbindung sind es nur 10%.

Befragungen von Müttern nach Kaiserschnitt ergaben, dass in den wenigsten Fällen die Sectio der Geburtsmodus der persönlichen Wahl war. „Schwangerschaft und Spontangeburt haben für viele Frauen noch einen hohen emotionalen Stellenwert, und dieses sollte bei der Betreuung Schwangerer, aber auch bei Müttern nach Kaiserschnittgeburten unbedingt berücksichtigt werden. Ärztlicherseits ist [...] eine sehr gewissenhafte Indikationsstellung zu fordern. In der Schwangerenbetreuung sind andere Konzepte wünschenswert, die einen salutogenetischen Ansatz [s. Glossar] haben, also auch das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten fördern“⁸³.

⁸² Tita, A. T. N., Landon, M.B., Spong, C.Y. et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med.* Januar 2009, 360 (2), S. 111-120.

⁸³ Lutz, U. und Kolip, P. Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Bremen / Schwäbisch Gmünd 2006, S. 145

Medikamentöse Behandlung während der Geburt

Im Folgenden wird das Ausmaß der medikamentösen Intervention bei Spontanentbindungen näher untersucht. Hierzu wird die Dokumentation der EQS hinsichtlich des Einsatzes von Anästhesie und zusätzlicher Schmerzbekämpfung herangezogen. Die EQS-Angaben, die sich ausschließlich auf Spontangeburt beziehen, sind allerdings schwierig zu interpretieren, weil Mehrfachnennungen möglich sind. Dennoch ist – bei grundsätzlich stabilen Anteilen (23-24%) der verschiedenen Methoden – festzustellen, dass die Epi/Periduralanästhesien in den letzten fünf Jahren stetig zugenommen haben (von 21% auf 27%). Die beiden Begriffe werden synonym verwendet und bezeichnen eine Form der Betäubung mit Empfindungslosigkeit, Schmerzfreiheit und der Hemmung der aktiven Beweglichkeit im zugehörigen Körperabschnitt. Zusätzlich wurden bei 30% der Spontangeburt Analgetika, also schmerzstillende Mittel, angewandt; Akupunktur und alternative Schmerzbekämpfung spielten nur eine nach geordnete Rolle (3% bzw. 4-5%).

Bei den vaginalen Entbindungen sind in den letzten Jahren immer seltener Dammschnitte (Episiotomie) vorgenommen worden (2002 bei 28%; 2008 bei 17%). Dies ist auch im Kontext der medikamentösen Intervention zu berücksichtigen, da sowohl Dammschnitte als auch Dammschnitte häufig eine medikamentöse Behandlung nach sich ziehen.

Gibt es bei den in der Klinik entbindenden Müttern Unterschiede, je nachdem ob sie eine Spontangeburt mit (6.804 Mütter) bzw. ohne Anästhesie bzw. Analgesie (3.649 Mütter) erleben? Auch hier schließt die Analyse nur die reifgeborenen Einlinge aus Schädellage ein. Die beiden Müttergruppen unterscheiden sich weder im Alter noch im Auftreten einer Risikoschwangerschaft oder in ihrem Gesundheitsverhalten. Auch das Geburtsgewicht

stimmt in den beiden Teilgruppen überein. Im Wesentlichen fallen zwei Unterschiede auf:

In der Gruppe der Mütter, die eine Geburt ohne jegliche Schmerzmittel oder Betäubungsmittel erleben, sind die Mehrgebärenden deutlich häufiger vertreten (73% statt 46%) und auch Frauen mit nicht-deutscher Herkunft finden sich hier häufiger (31% statt 22%).

Möglicherweise bekommen Mehrgebärende seltener Schmerzmittel als Erstgebärende, weil die Geburt weniger lange dauert. Über die Gründe, dass Frauen mit Migrationshintergrund weniger Analgetika erhalten, lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Ethnische kulturelle Prägungen der Mütter können ebenso eine Rolle spielen wie Behandlungsunterschiede. Da der Anteil der Migrantinnen an den Mehrgebärenden höher ist (s. Kapitel 3) kann der Zusammenhang zwischen Schmerzmitteleinsatz und Herkunft statistisch bedingt sein.

Verweildauer im Krankenhaus

Im Kontext der medizinischen Versorgung der gebärenden Mütter wie auch der neugeborenen Kinder ist die Länge des Aufenthalts im Krankenhaus von Interesse. Ein längerer Krankenhausaufenthalt deutet höheren Behandlungsbedarf an. Wie der untenstehenden Grafik (s. Abbildung 4.10) zu entnehmen ist, dauert der typische Aufenthalt im Krankenhaus nach einer Geburt drei bis sechs Tage. Allerdings wird hier nicht zwischen Spontangeburt und Entbindungen per Kaiserschnitt differenziert, was die Aussagekraft dieser Zahlen sehr einschränkt.

Nach drei bis sechs Tagen verlassen zwei Drittel der Frauen und Kinder die Klinik. Einen kürzeren Aufenthalt von ein bis zwei

Tagen ergibt sich bei einem Viertel der Mutter-Kind-Paare.

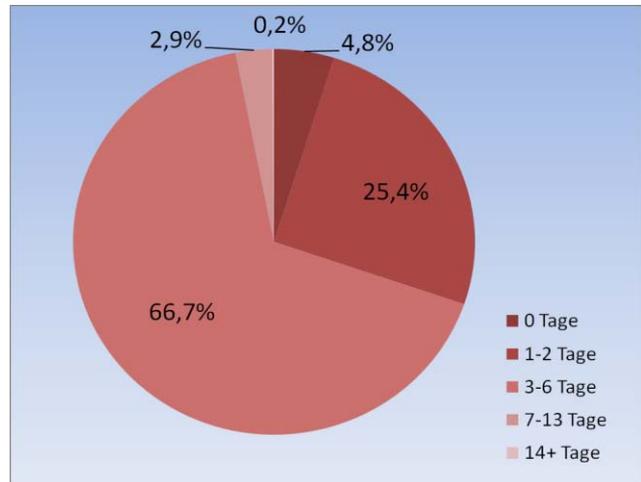


Abbildung 4.10: Postpartale Verweildauer bei Müttern und Kindern, deren Behandlung regulär beendet wurde (n=17.792; Quelle: EQS 2008)

Außerklinische Geburt

Eine „natürliche“ Geburt wünscht sich vermutlich immer noch die Mehrheit der Gebärenden. Insgesamt gesehen kommen in Deutschland jedes Jahr mehr als 10.000 Kinder zu Hause oder in einem Geburtshaus zur Welt (www.quag.de). Auch Geburten in hebammengeleiteten Kreißsälen in den Kliniken werden hier einbezogen. Diese werdenden Mütter haben sich entschieden, die medizinische und technische Unterstützung einer Klinik nur im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen. Das sind zwar schätzungsweise kaum 2% aller Geburten, dennoch stellt dies klar: „Entscheiden zu können, wo das eigene Kind zur Welt kommen soll, [...], ist ein wichtiger Teil der Gebärcultur in Deutschland“ (Loytved, Wenzlaff 2007).

Die seit dem Jahr 1999 etablierte Erfassung möglichst aller außerklinischen Geburten ist in Anlehnung an die klinische Perinatalerhebung für die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung auf Dauer angelegt (www.quag.de). Sie dient der Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur und zielt drauf ab, unter anderem die situationsgerechte Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung zu belegen.

Die bisher umfangreichste Studie zu Geburten zu Hause oder in außerklinischen hebammenbegleiteten Einrichtungen in Deutschland umfasst mehr als 40.000 Geburten der Jahre 2000-2004. Diese Studie ist unter dem englischen Titel „German Out-of-Hospital Birth Study 2000-2004“⁸⁴ bekannt geworden. Außerhalb der Klinik gebären über 90% aller Erstgebärenden spontan und mehr als 80% benötigen keine Schmerzmittel. Die aktuellsten vorliegenden bundesdeutschen Daten für das Jahr 2006 entsprechen diesen Studienergebnissen. Die große Mehrheit der Frauen (93%) hat spontan entbunden, weniger als 5% erfahren – nach Verlegung in die Klinik – einen Kaiserschnitt. Allerdings sind die Frauen, die sich auf eine Hausgeburt eingestellt haben, nicht direkt mit der Mehrheit der Frauen vergleichbar, die von vorne herein eine Klinikgeburt planen⁸⁵. Mütter, die außerhalb der Klinik gebären, weisen andere Voraussetzungen auf. Sie haben ganz überwiegend keine Befunde, die an der Aussicht auf einen normalen Geburtsverlauf große Zweifel aufkommen lassen, wie z. B. Lageanomalien oder Mehrlingsschwangerschaften.

Bemerkenswert ist auch, dass diese Mütter zu 84% bereits mit Beginn der 29. SSW eine Hebamme kontaktiert haben, um alles Notwendige für die außerklinische Geburt zu klären. Die Betreuung durch eine vertraute Hebamme sowie die Möglichkeit zur Selbstbestimmung sind demnach die wichtigsten Motive der Frauen für eine außerklinische Geburt (Qualitätsbericht 2006).

Dreiviertel aller außerklinisch Gebärenden hatte eine – im Normbereich liegende –

⁸⁴ Loytved, C. und Wenzlaff, P. *Außerklinische Geburt in Deutschland - German Out-Of-Hospital Birth Study 2000 – 2004*. Bern : Hans Huber-Verlag, 2007.

⁸⁵ Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e. V., Qualitätsbericht 2006/2007; www.quag.de

Wehendauer von bis zu zehn Stunden. Fast die Hälfte aller Gebärenden (48%) hatte weder einen Dammschnitt noch eine Rissverletzung bei der Geburt. Während der Geburt mussten 12,4% der Frauen wegen Komplikationen verlegt werden, nach der Geburt wurde eine Verlegung ins Krankenhaus noch bei 3,4% der Mütter notwendig (www.quag.de).

In Hamburg werden in den letzten Jahren jährlich ca. 250 außerklinische Geburten verzeichnet (s. Abbildung 4.11).

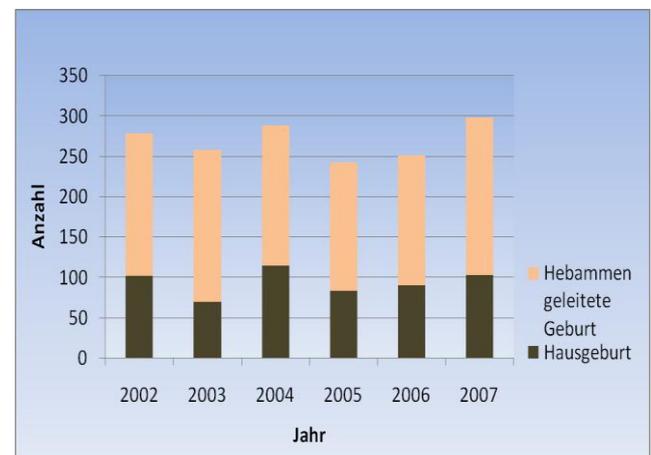


Abbildung 4.11: Außerklinische Geburten in Hamburg 2002-2007 (Quelle: www.quag.de; eigene Auswertung)

Die jährlichen Berichte der Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe e. V. (www.quag.de) lassen erkennen, dass in Hamburg ca. 1/3 der außerklinischen Geburten als Hausgeburt stattfinden. Die anderen Geburten haben überwiegend im Geburtshaus als Hebammen geleitete Geburten stattgefunden (www.geburts-haus-hamburg.de).

Von Seiten der EQS liegen wiederum Informationen vor, bei wie vielen außerklinisch geplanten Geburten es zu einer Verlegung in ein Krankenhaus kam. Dies waren in den letzten drei Jahren (2006-2008) ca. 100 Geburten pro Jahr. Aus den bundesdeutschen Beobachtungen ist abzuleiten, dass nur wenige Verlegungen als Notfall erfolgen.

Die 16 Empfehlungen der WHO⁸⁶ (siehe folgender Kasten) orientieren sich an dem Motto „Geburt ist keine Krankheit“, sie sind ein Teil des im April 1985 veröffentlichten Berichtes „Appropriate Technology for Birth“. Zu beachten ist der Anspruch der WHO eine länderübergreifende und zugleich allgemeingültige Empfehlung auszusprechen. Eine Bewertung muss landespezifisch unter Berücksichtigung des jeweiligen medizinisch/technischen Niveaus erfolgen.

Die Wunschvorstellung für eine Geburt ist für viele Frauen sicher immer noch eine normale Entbindung ohne medizinische Eingriffe. Es soll alles glatt gehen, zur Sicherheit stehen Fachleute wie Hebammen und ärztliches Personal bereit, auch Technik ist ggf. vorhanden, wird aber möglichst gar nicht eingesetzt. In der Realität gebären die meisten Frauen in der Klinik, mit mehr oder weniger invasiven Interventionen bei einer Spontangeburt oder per Kaiserschnitt, und einem kurzem stationärem Aufenthalt. Nur wenige entbinden ambulant oder es kommt zu einer Hausgeburt oder einer Geburt im Geburtshaus.

In der medizinischen Betreuung des Geburtsverlaufes erfolgt eine beständige Risiken- und Nutzenabwägung, ob Eingriffe notwendig sind. Die Zahlen für das Geburtsgeschehen vermitteln einen Eindruck von einem hohen Interventionsniveau bei den Geburten in der Klinik. Die Gründe sind mit den vorhandenen Daten nicht aufzuklären. Die Diskrepanz zu den Empfehlungen der WHO ist deutlich, wenn auch gewiss nicht hamburgspezifisch.

Die in Hamburg wie auch bundesweit zu beobachtende Zunahme der primären Sectiones mit der Indikation „Sonstiges“ lässt vermuten, dass die Zahl der Frauen wächst, die diese planbare, medizinische Intervention bevorzugt in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite ist Hamburg mit seinen hochspezialisierten Kliniken prädestiniert, um Risikogeburten aus dem Hamburger Umland zu betreuen.

⁸⁶ 16 Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation;
<http://www.quag.de/content/empfehlungen.htm>;
15.04.2010

16 Empfehlungen der WHO

Die Empfehlungen beruhen auf folgenden Prinzipien:

- Jede Frau hat ein grundlegendes Recht auf eine umfassende Betreuung in der Schwangerschaft.
 - Sie steht bei allen Aspekten dieser Betreuung im Mittelpunkt und nimmt an der Planung, Durchführung und Beurteilung der Vorsorgemaßnahmen teil.
 - Neben der medizinischen Versorgung sind soziale, emotionale und psychische Faktoren entscheidend für eine umfassende Betreuung in der Schwangerschaft.
1. Die gesamte Öffentlichkeit sollte über die verschiedenen Verfahren der Geburtshilfe informiert sein, damit es jeder Frau möglich ist, die für sie richtige Art und Weise der Geburtshilfe zu finden.
 2. Die Ausbildung der Hebammen und aller Berufsgruppen, die die Frau und das Kind rings um die Geburt betreuen, müssen gefördert werden. Die Betreuung während einer normalen Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett gehören zum Aufgabenbereich der Hebammen und der angrenzenden Berufe.
 3. Alle Krankenhäuser sollten den schwangeren Frauen Informationen über die von ihnen praktizierte Geburtshilfe (z.B. über die Höhe ihrer Kaiserschnitttrate) frei zugänglich machen.
 4. Es gibt keine Rechtfertigung für eine Kaiserschnitttrate über 10 bis 15%.
 5. Einmal Kaiserschnitt muss nicht für alle folgenden Geburten auch Kaiserschnitt bedeuten. Nach einer solchen Operation, bei der die Gebärmutter an einer tiefliegenden Stelle geöffnet wurde, kann eine vaginale Entbindung angestrebt werden, wenn im Notfall schnell ein Eingriff durchgeführt werden kann.
 6. Es gibt keine Beweise dafür, dass routinemäßige elektronische Dauerüberwachung der kindlichen Herztöne einen positiven Einfluss auf den Ausgang der Geburt hat.
 7. Für eine Rasur der Schamhaare oder einen Einlauf vor der Geburt besteht kein Anlass.
 8. Während der Wehentätigkeit sollten schwangere Frauen nicht auf dem Rücken liegen. Sie sollten angeregt werden, während der Wehen herumzulaufen und sich frei zu entscheiden, in welcher Position sie gebären möchten.
 9. Routinemäßige Dammschnitte sind nicht zu rechtfertigen.
 10. Geburtseinleitungen sollten nicht aus Bequemlichkeit stattfinden. Verabreichung von Wehenmitteln sollte nur nach strenger medizinischer Indikation erfolgen.
 11. Schmerzstillende und betäubende Medikamente sollten nicht routinemäßig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation eingesetzt werden.
 12. Für eine frühzeitige Eröffnung der Fruchtblase als Routineeingriff gibt es keine wissenschaftliche Begründung.
 13. Das gesunde Neugeborene gehört zu seiner Mutter, wenn es der Zustand von beiden erlaubt. Die Beobachtung des Kindes rechtfertigt nicht die Trennung von der Mutter.
 14. Nach der Geburt sollte der Mutter möglichst bald Gelegenheit zum Stillen gegeben werden.
 15. Geburtshilfliche Einrichtungen, die mit dem Einsatz von Technik kritisch umgehen und emotionale, psychische und soziale Aspekte in den Vordergrund stellen, sollten bekannt gemacht werden. Diese Projekte sollten gefördert und ihre Erfahrungen veröffentlicht werden, um als Modelle für andere geburtshilfliche Einrichtungen zu dienen und die Einstellung zur Geburtshilfe in der Öffentlichkeit zu verändern.
 16. Regierungen sollten über die Schaffung von Bestimmungen nachdenken, die den Einsatz neuer Geburtstechnologien nur nach angemessener Prüfung erlauben.

4.3 Neugeborene

Mutter und Kind wohlauf? Was ist es denn geworden? Die Frage nach dem Geschlecht des Neugeborenen war selbstverständlich eine der ersten Fragen im Kreis der Familie und Freunde, die über die Geburt des Neunkömmlings unterrichtet wurde. Heute erübrigt sich diese Frage oft, da Mutter und Vater schon vorgeburtlich per Ultraschall darüber informiert werden, ob sie eine Tochter oder einen Sohn erwarten.

Insgesamt gesehen werden immer etwas mehr Jungen geboren als Mädchen, deutschlandweit kommen 106 Jungen auf 100 Mädchen.

Alexander
geboren am 14. März 2008,
3750g, 52 cm

oder

Yasemin
geboren am 26. November 2008,
3240g, 50 cm

– ganz selbstverständlich werden in den Geburtsanzeigen neben dem Namen des Kindes und dem Tag der Geburt auch Geburtsgewicht und -länge aufgeführt. Das Statistisches Amt Nord⁸⁷ verzeichnet in den letzten zehn Jahren jährlich ca. 16.000 Geburten von Frauen, die in Hamburg zum Zeitpunkt der Geburt gemeldet waren. Die Abbildung 4.12 vermittelt eine Übersicht über die Verteilung des Geburtsgewichtes lebend geborener Jungen und Mädchen für das Jahr 2008.

⁸⁷ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. *Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/2009*. Hamburg . 2008

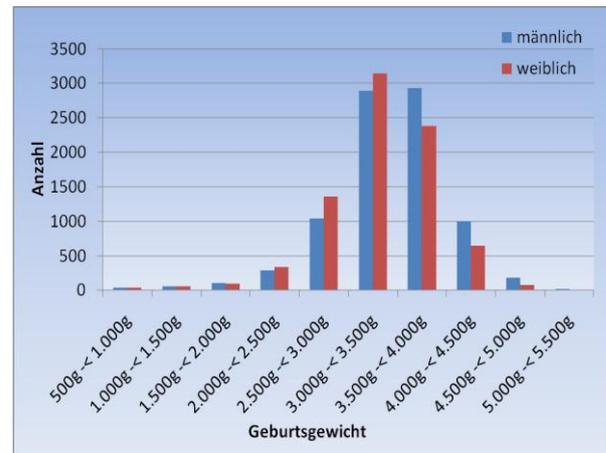


Abbildung 4.12: Verteilung des Geburtsgewichtes bei den Hamburger Neugeborenen 2008 (n=16.751; 6 Neugeborene unter 500g und 63 ohne Angaben ausgeschlossen; Quelle: Statistisches Amt Nord; eigene Auswertung)

Bei einem Geburtsgewicht von unter 3.500g sind die Mädchen in der Überzahl; bei einem Geburtsgewicht von über 3.500g überwiegen die Jungen. Das durchschnittliche Geburtsgewicht lag dementsprechend im Jahr 2008 bei etwa 3.300g.

Die meisten Kinder kommen glücklicherweise termingerecht und gesund zur Welt. Im Folgenden soll jedoch eher von denen die Rede sein, die Anlass zur Sorge geben und medizinische Versorgung in Anspruch nehmen.

Mehrlinge, Frühchen und Risikogeborene

Mehrlingsschwangerschaften machen nur einen geringen Prozentsatz (2%) aus. Bei Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Entbindung per Kaiserschnitt erfolgt und dass die Kinder früher auf die Welt kommen.

Ein Neugeborenes, das zwischen der 38. und 42. SSW zur Welt kommt bezeichnet man als termingerecht Geborenes. Klinisch wird die Reife des Neugeborenen an Hand der körperlichen Reife- und Vitalitätszeichen beurteilt. Ein Kind, das lebend vor der

vollendeten 37. SSW zur Welt kommt, gilt als Frühgeburt.

Unreife und zu leichte Kinder haben einen schwierigeren Start ins Leben. Frühgeborene Kinder sind in der Regel untergewichtig. Hierbei unterscheidet man zwischen Neugeborenen mit weniger als 2.500g Geburtsgewicht (low birth weight: LBW-Kinder) und Neugeborenen mit weniger als 1.500g, die in der Regel auch vor der 32. SSW geboren werden (very low birth weight: VLBW-Kinder).

Als extrem leichte Frühgeborene (extremely low birth weight: ELBW-Kinder) bezeichnet man Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.000g. Aber auch „termingerecht“ geborene Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht haben – als Folge der Mangelversorgung während der Schwangerschaft – ein erhöhtes Morbiditätsrisiko (z. B. Spastische Cerebralparesen d. h. halbseitig oder beidseitig bestehende Lähmungserscheinungen, Innenohrschwerhörigkeit, Sehbehinderungen, geistige Behinderungen).

Der Reifegrad ist wichtig für das Überleben der Kinder. Die Überlebenschancen liegen ab der vollendeten 24. SSW bei etwa 60% und steigt mit zunehmender Reife an. Ab der 28. SSW liegen die Überlebenschancen bereits bei 95%. Entscheidend für das Überleben sind unter anderem die Lungenreifung des Kindes, die vor der 35. SSW noch nicht abgeschlossen ist, sowie das Geburtsgewicht. Sehr leichte Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500g haben eine schlechte Überlebenschance (etwa 20% bis 30%).

Tabelle 4.2 gibt einen Überblick zur normalen Größen- und Gewichtszunahme des Kindes in der Schwangerschaft.

SSW	Gewicht des Kindes (g)	Größe des Kindes (cm)
24.	600-800	30
28.	1.000	35
32.	2.000	40
36.	2.500-2.800	45

Tabelle 4.2: Durchschnittsgröße und -gewicht des Kindes in der jeweiligen Schwangerschaftswoche (SSW) (Quelle: BZgA)

Am Ende des sechsten Monats der Schwangerschaft, in der 24. SSW, wiegt das Kind zwischen 600 und 800g und ist etwa 30 Zentimeter groß. Bis zum Ende der 32. SSW verdoppelt sich nicht nur das Gewicht des Kindes auf ca. 2.000g, sondern auch die Organe sind - bis auf die Lunge - beinahe vollständig entwickelt. Ab der 37. SSW nimmt das ungeborene Kind ca. 200g pro Woche zu⁸⁸.

Die Gewichtsverteilung termingerechter Kinder wird dazu genutzt, die Randbereiche mit den auffällig leichten bzw. auffällig schweren Kindern zu definieren. Jeweils 10% der Kinder, die ab der vollendeten 37. SSW zur Welt kommen, liegen unter dem zehnten bzw. über dem 90. Gewichtsperzentil.

Die Reife des Kindes wird durch die Schwangerschaftsdauer bzw. das Gestationsalter dargestellt. Abbildung 4.13 gibt einen Überblick zu der Verteilung des Gestationsalters bei den Hamburger Geburten.

⁸⁸ **Kaschei, K.** Schwangerschaft "Rundum - Schwangerschaft und Geburt". [Hrsg.] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). [Broschüre]. Köln, Juni 2006.

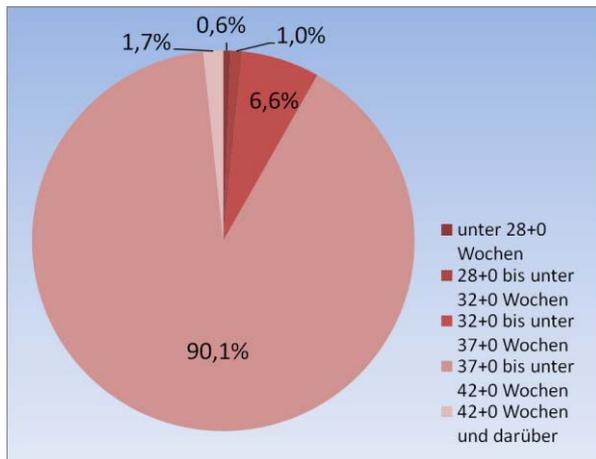


Abbildung 4.13: Anteil der Geburten 2008 nach Schwangerschaftsdauer bzw. Gestationsalter (n=17.793; Quelle: EQS)

In Hamburg werden ca. 1.500 Kinder pro Jahr zu früh geboren, das sind etwa 8% aller Geburten.

Dem gegenüber kommt die große Mehrheit der Kinder - 90% der Babies - termingerecht zwischen der 38. und bis zur 42. SSW zur Welt und nur eine kleine Minderheit, knapp 2% der Kinder, wurden nach Beginn der 42. SSW geboren.

Frühgeburlichkeit zu verhindern ist ein wichtiges Ziel der Schwangerschaftsvorsorge wie auch der gesetzlichen Mutterschutzbestimmungen (s. Kapitel 3). Dennoch lässt sich in manchen Fällen die frühe Geburt vor der 38. SSW nicht verhindern. Jährlich kommen in Deutschland rund 70.000 Kinder zu früh – vor der vollendeten 37. SSW – zur Welt.

Frauen mit drohender Frühgeburt oder anderen schwerwiegenden schwangerschaftsbezogenen Risikofaktoren sollten sich rechtzeitig über ein Perinatalzentrum oder eine Klinik mit Intensivstation für Früh- und Neugeborene informieren.

In Hamburg gibt es sieben Kliniken mit Neugeborenen-Intensivstation (siehe Anhang).

Die Versorgung der Früh- und Neugeborenen wird seit Ende 2006 nach einem für alle Bundesländer einheitlichen Stufenkonzept des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geregelt⁸⁹. Das Konzept legt Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgungsstufen fest. Folgende vier Versorgungsstufen sind zu unterscheiden⁹⁰:

1. Perinatalzentrum LEVEL 1 für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko,
2. Perinatalzentrum LEVEL 2 für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit hohem Risiko,
3. Perinataler Schwerpunkt für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, durch eine leistungsfähige Neugeborenenmedizin in Krankenhäusern mit Geburtsklinik mit Kinderklinik im Haus oder mit kooperierender Kinderklinik,
4. Geburtsklinik ohne eine mindestens der Nr. 3 entsprechenden kooperierenden Kinderklinik, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen.

Krankenhäuser dürfen die geburtshilfliche bzw. neonatologische Versorgung der jeweiligen Versorgungsstufe anbieten, wenn alle Anforderungen der jeweiligen Stufe an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt sind.

⁸⁹ Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 zuletzt geändert am 19. Februar 2009. In Kraft getreten am 27.5.2009.

⁹⁰ GBA-Vereinbarung, §3, Abs. 1

Eltern, die bereits ein Frühchen oder andere Risikokinder in einem der Hamburger Krankenhäuser zur Welt gebracht haben, bieten betroffenen Eltern Rat und Unterstützung an (www.fruehstart-hamburg.de).

Die häufigsten Gesundheitsprobleme bei Frühgeborenen haben mit der Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionen der Organe zu tun und bedeuten oft ein großes Risiko nicht nur für das Überleben sondern auch für die weitere Entwicklung des Kindes. Beispielsweise sind zu nennen das Atemnotsyndrom, Störungen der Nierenfunktion, Hirnblutungen, Darmentzündungen und Netzhautschäden bzw. Netzhautablösungen. Grundsätzlich besteht darüber hinaus bei Frühgeborenen eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Infektionen, weil die Immunabwehr noch nicht ausgereift ist.

- Was wird aus den zu früh geborenen Kindern – oder aus den Kindern, die zum Zeitpunkt der Geburt untergewichtig waren?

Am Anfang stehen notwendigerweise intensive Therapien. Deren Ziel ist nicht nur das Überleben der Kinder, sondern auch die möglichen langfristigen Folgen des schwierigen Starts zu lindern. Internationale Studien zeigen, dass rund 30% der sehr leichten Frühchen später geistig und körperlich gesund sind. Viele sind allerdings lernbehindert, geistig behindert und/oder leiden an schweren neurologischen Langzeitschäden.

Welche Faktoren eine positive Entwicklung begünstigen ist noch nicht wissenschaftlich geklärt. In den letzten Jahren hat sich in der Behandlung einiges geändert. Zusätzlich zu Nährlösungen, die über die Venen verabreicht werden, bekommen die Kinder von Anfang als reguläre Ernährung. Muttermilch oder künstliche Milch-

produkte. Und es werden neue Techniken entwickelt, die Spontanatmung zu fördern. Hiermit wird angestrebt, den Anteil der Kinder zu senken, die maschinell beatmet werden müssen⁹¹. Eine aktuelle amerikanische Studie mit insgesamt über 300 Kindern zeigt, dass 60% der extrem Frühgeborenen aus den Jahren 1985/1986 keine neurologischen Langzeitschäden aufwiesen. Bei einer vergleichbaren Gruppe von Frühgeborenen aus den Jahren 2005/2006 waren es schon 80%⁹².

Auch die Hamburger Schuleingangsuntersuchungen bieten eine Möglichkeit, die langfristige Bedeutung der Frühgeburtlichkeit nach zu vollziehen. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass schwer behinderte Kinder, bei denen ggf. eine Frühgeburtlichkeit vorlag, zum Teil nicht in die Schuleingangsuntersuchung einbezogen werden. Als aktuellste Gruppe stehen die Geburtsjahrgänge 2002/2003 zur Verfügung. Hier können ca. 200 Kinder, die bis zur 32. SSW geboren wurden, verglichen werden mit über 800 Kindern, die zwischen der 33. und 36. SSW Woche geboren wurden und schließlich auch mehr als 13.000 Kinder, die termingerecht zur Welt kamen.

Mit dem SENS-Test (ein Screening-Verfahren für Kinder im Einschulungsalter) wird der Entwicklungsstand erfasst. Überprüft werden Sprachkompetenz, Körperkoordination, Visiomotorik und visuelle Wahrnehmung (s. Abbildung 4.14).

⁹¹ *Sanfte Therapie für Frühgeborene*. Frankfurt a.M. : Natur und Wissenschaft, 09. September 2009, Frankfurter Allgemeine Zeitung.

⁹² **Bode, M., D'Eugenio, D., Forsyth, N. et al.** Outcome of Extreme Prematurity: A Prospective Comparison of 2 Regional Cohorts Born 20 Years Apart. *Pediatrics*. 03. September 2009, Bd. 124, 3, S. 866-874.

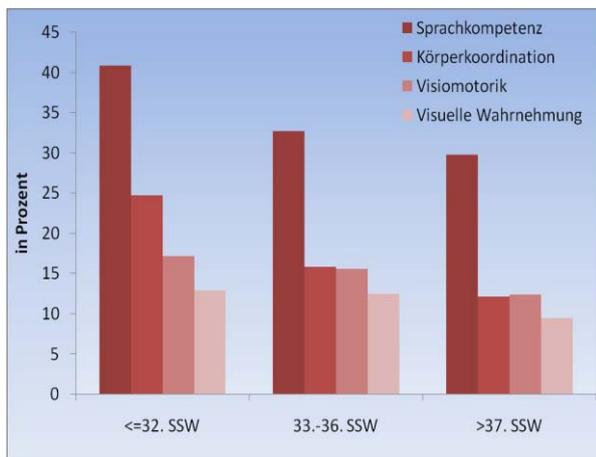


Abbildung 4.14: Entwicklungsrückstände als Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Geburtsjahrgänge 2002/2003 (n=14.080; (Quelle: Schulärztlicher Dienst; eigene Berechnung)

Die deutlich zu früh geborenen Kinder weisen in allen vier Bereichen, aber vor allem in der Körperkoordination und in der Sprachkompetenz, häufiger Auffälligkeiten bzw. Defizite auf.

In Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer sind Entwicklungsrückstände häufiger. Diese betreffen schulrelevante Fähigkeiten und erschweren demnach auch Jahre später den Schulstart (s. auch Abschnitt 5.4 im folgenden Kapitel).

Unabhängig davon, ob nun Frühgeburtlichkeit oder andere gesundheitsbedingten Probleme ursächlich sind, ist es wichtig, dass Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen bei Kindern frühzeitig erkannt und behandelt werden. Hierzu gibt es auch in Hamburg ein komplexes Hilfe- und Unterstützungssystem. Um Eltern den Zugang zu erleichtern, hat die BSG zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen ein Netz von sogenannten „Interdisziplinären Frühförderstellen“ installiert. Hier wird nach einer Eingangsdiagnostik und mit Einbeziehung der Eltern ein Förder- und Behandlungsplan festgelegt. Rund drei Prozent der Kinder eines Jahrgangs benötigen in Hamburg eine solche Förderung.

Ansprechpartner für besorgte Eltern sind die Kinderärztinnen und Kinderärzte, die Mütterberatungsstellen, die Hebammen, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt, das Beratungszentrum „sehen-hören-bewegen-sprechen“ oder eine Frühförderstelle.

Frühförderung umfasst heilpädagogische Leistungen, medizinisch-therapeutische Leistungen oder Heilmittel, die medizinische Diagnostik, Therapie und Förderung in sozialpädiatrischen Zentren sowie die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung, die überwiegend durch die Interdisziplinären Frühförderstellen erbracht werden (www.hamburg.de/fruehfoerderung) und www.hamburg.de/behinderung).

Kinder, die aus welchen Gründen auch immer einen schwierigeren Start ins Leben haben, brauchen frühzeitig professionelle Unterstützung. Eltern, die unsicher oder besorgt wegen Auffälligkeiten in der Entwicklung ihres Kindes sind, haben in Hamburg viele geeignete Ansprechpartner.

Die flächendeckende Befunderhebung der Entwicklung sehr frühgeborener Kinder im gesamten Bundesgebiet ist aktuell mit der Etablierung des Deutschen Frühgeborenen Netzwerkes (German Neonatal Network, GNN) im Aufbau. Noch gibt es leider kaum Daten über die langfristige Entwicklung von sehr kleinen Frühgeborenen in Deutschland.

Welchen Einfluss hat die frühe Geburt an sich, die Therapie im Krankenhaus, die erbliche Veranlagung des einzelnen Kindes, aber auch die später wirksamen Umweltfaktoren und Therapien auf die Entwicklung der Frühgeborenen? Über 50 neonatologische Abteilungen in Deutschland beteiligen sich derzeit an einer großen Studie, um diese Fragen zu klären. Mit Hilfe

der Antworten sollen die günstigen Einflussfaktoren gestärkt werden, um die langfristige Entwicklung und Lebensqualität der Kinder zu verbessern (www.vlbw.info). Es geht dabei um die optimale Betreuung von Schwangeren, um Komplikationen und Frühgeburtlichkeit zu vermeiden, gleichzeitig geht es auch um eine bestmögliche neonatologische Betreuung im Bedarfsfall und um eine Förderung der Kinder zur Kompensation der schwierigen Startbedingungen.

Säuglingssterblichkeit

Nicht jede Schwangerschaft endet glücklich. Totgeborene Kinder und Kinder, die in den ersten 7 Lebenstagen versterben, werden statistisch unter dem Begriff „perinatale Mortalität“ zusammengefasst. Dies betrifft in Hamburg etwa 100 Kinder im Jahr, das sind etwa 0,5% aller Neugeborenen (Quelle EQS). Diese Fälle waren in den vergangenen Jahren zwar selten, dennoch ist in jedem Einzelfall auf tragische Weise aus der Vorfreude auf eine neues Leben ein Abschied geworden.

Wenn Eltern hierzu Hilfe benötigen, finden sie eine Anlaufstelle z.B. in der Selbsthilfegruppe für verwaiste Eltern (s. Anhang) oder auch Internet-Foren mit Austauschmöglichkeiten mit Eltern, die das gleiche Schicksal getroffen hat (z. B. www.schmetterlingskinder.de). Der Ohlsdorfer und der Öjendorfer Friedhof versuchen für die trauernden Angehörigen an den Kinderbegräbnisstätten eine tröstliche Atmosphäre zu schaffen.

4.4 Fazit

Hamburg verfügt über ein hochqualifiziertes und umfassendes Versorgungsangebot in der Geburtshilfe, dessen Leistungen sich in den oben beschriebenen Zahlen zu Müttern, Geburten und Neugeborenen widerspiegeln. Die natürliche Geburt ist aus gesundheitlicher Sicht für Mutter und Kind erstrebenswert. Wegen der möglichen Komplikationen sollten medizinische Eingriffe auf das notwendige Maß begrenzt bleiben. Die Daten sowohl der EQS als auch der Krankenhausdiagnosestatistik vermitteln den Eindruck, dass ein hohes Maß an Interventionen das Geburtsgeschehen prägt, in Hamburg ebenso wie insgesamt in Deutschland. Es stellt sich daher die Frage, wie diese Interventionsrate von medizinischer Seite und aus der Public Health Perspektive bewertet wird. Die vorliegende Beschreibung hat auch aufzeigen können, dass mit einer differenzierteren Analyse z.B. der Indikation „Sonstige“ für eine Sectio ein Beitrag zur Ursachenanalyse möglich wäre.

Ein zweites wichtiges Handlungsfeld ist die Frühgeburtlichkeit. Sie kann ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko für das Kind sein und die gesamte familiäre Situation schwer belasten. Hier sind grundsätzlich zwei Möglichkeiten zu benennen, um die Frühgeburtlichkeit zu verringern: Zum einen die frühzeitige und regelmäßige Inanspruchnahme der Schwangervorsorgeuntersuchungen, zum anderen die verstärkte Aufklärung und Information von Schwangeren und ihrem Umfeld über die Wichtigkeit, diesem gesundheitlichen Risiko entgegen zu wirken, früh und kontinuierliche Beratung und Betreuung in Anspruch zu nehmen, um bestmöglich eine gesunde Schwangerschaft zu fördern. Für Kinder, bei denen Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen erkannt wurden, steht in Hamburg das Hilfesystem der Frühförderung zur Verfügung.

4.5 Anhang

Frühstart – Elterninitiative für Früh- und Risikogeborene Hamburg e. V.

c/o Asklepios Klinik Nord Heidberg,
Kinderintensivstation
Tangstedter Landstr. 400
22417 Hamburg
Tel./Fax: 040 1818873038
Internet: www.fruehstart-hamburg.de
E-Mail: fruehstart@yahoo.de

Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou

Babylotsen
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg
Tel.: 040 67377730
Fax: 040 67377740
Internet: www.nachsorge-hamburg.de

Selbsthilfegruppen für Verwaiste Eltern und Geschwister e. V.

Bogenstr. 26, 20144 Hamburg
Tel.: 040 45000914
Internet: www.verwaiste-eltern.de
E-Mail: info@verwaiste-eltern.de

Kliniken mit Geburtshilfe und Intensivstation für Früh- und Neugeborene:

Albertinen-Krankenhaus

Süntelstr. 11a, 22457 Hamburg
Kreißaalambulanz
Tel.: 040 55882777
Fax: 040 55882779
Internet:
www.albertinen.de/krankenhaeuser/albertinen_krankenhaus/zentren_kliniken_institute/geburtszentrum

Asklepios Klinik Altona

Frauenklinik – Perinatalzentrum
Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Schwangerenambulanz
Tel.: 040 181881-1694 / 1695

Katholisches Marienkrankenhaus

Geburtshilfe und Perinatalmedizin
Alfredstr. 9, 22087 Hamburg
Schwangerenambulanz: 040 25461666

Asklepios Klinik Barmbek

Geburtshilfe und Pränatalmedizin -
Perinatalzentrum
Rübenkamp 148, 22307 Hamburg
Kreißaal
Tel.: 040 1818821510
Internet:
www.asklepios.com/klinik/default.aspx?cid=707&pc=0402&did3=4099

Asklepios Klinik Nord Heidberg

Geburtshilfe und Perinatalzentrum
Tangstedter Landstr. 400, 22413 Hamburg
Schwangerenambulanz: 040 1818873458

HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg

Stader Str. 203c, 21075 Hamburg
Schwangerenambulanz: 040 79006440

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Schwangerenambulanz: 040 741020301

Altonaer Kinderkrankenhaus

Neonatologische Intensivstation
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
Tel.: 040 1818814125
Fax: 040 1818814934

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Neonatologie & Intensivmedizin
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg
Tel.: 040 67377260
Fax: 040 67377262

Die Zusammenarbeit einzelner Kliniken in diesem Bereich ist hier nicht im Einzelnen aufgeführt, aber auf Anfrage telefonisch oder der jeweiligen Homepage zu erfahren.

Vollständige Liste aller Hamburger Kliniken mit geburtshilflichen Stationen
s. Kapitel 3.



© Susy, pixelio.de

5. Gesundheit von Anfang an

Übersicht

5.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	S.76
Mutterschutzgesetz	
Elterngeld und Elternzeit	
5.2 Physische und psychische Anforderungen an die Mütter	S.77
Wochenbett	
Hebammenbetreuung	
Stillen	
Hamburger Still-Empfehlungen	
5.3 Gesundheit und Krankheit im ersten Lebensjahr	S.85
Gewichtsentwicklung	
Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen	
Morbidität und Mortalität	
5.4 Hamburger Bündnis gegen den plötzlichen Säuglingstod	S.88
5.5 Frühe Hilfen	S.93
5.6 Fazit	S.94
5.7 Anhang	S.95

Das erste Jahr für Mutter und Kind ist zum einen eine intensive und wunderbare Zeit, in der sich die Mutter und das Baby kennenlernen. Zum anderen ist es auch ein Jahr, das große Anforderungen an die Mutter stellt und auch häufig Sorgen bereitet. Ein Jahr, in dem auch der Vater des Kindes, Freunde und Familie eine Chance, aber auch eine manchmal nicht ganz einfache Verpflichtung darin sehen können, zum gesunden Aufwachsen des Kindes beizutragen.

5.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Mutterschutzgesetz

Mutterschutzrecht

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG)⁹³ und die Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbVo) gelten für alle schwangeren und stillenden Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis oder Ausbildungsverhältnis stehen, das auf einem Arbeitsvertrag beruht (siehe auch Kapitel 3.5).

Das Mutterschutzgesetz schützt die Mutter bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung grundsätzlich vor Kündigung. Nimmt die Mutter nach der Geburt des Kindes Elternzeit, so verlängert sich der Kündigungsschutz bis zum Ablauf der Elternzeit.

Während der Mutterschutzfristen vor und nach der Geburt und für den Entbindungstag erhalten die Frauen Mutterschaftsgeld von der gesetzlichen Krankenkasse, in der sie freiwillig- oder pflichtversichert sind, und einen Arbeitgeberzuschuss. Hausfrauen und Selbstständige, die nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind, erhalten kein Mutterschaftsgeld; für sie gilt das MuSchG nicht. Arbeitnehmerinnen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (z. B. privat krankenversicherte oder in der GKV familienversicherte Frauen), erhalten Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes.

⁹³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Mutterschutzgesetz; www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung.did=3264.html; 16.04.2010

Elterngeld und Elternzeit

Für Kinder, die ab 1. Januar 2007 geboren worden sind, können Eltern nach dem Bundeselterngeldgesetz⁹⁴ das **Elterngeld** erhalten. Das Elterngeld ist eine Familienleistung für alle Eltern, die in den ersten 14 Lebensmonaten ihres Kindes

- das Kind selbst betreuen und erziehen,
- nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind und
- mit ihren Kindern in einem Haushalt und in Deutschland leben.

Das Elterngeld ersetzt 67 Prozent des nach der Geburt des Kindes wegfallenden, durchschnittlichen, monatlichen Erwerbseinkommens bis max. 1.800 €. Nicht erwerbstätige Elternteile erhalten mindestens 300 €. Das Elterngeld erhöht sich bei Mehrlingsgeburten und bei Geschwisterkindern. Anspruch auf Elterngeld haben Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer, Beamtinnen bzw. Beamte, Selbstständige und erwerbslose Elternteile, Studierende und Auszubildende. Auch Adoptiveltern und Verwandte bis dritten Grades können Elterngeld erhalten.

Ein Elternteil kann mindestens für zwei und höchstens für zwölf Monate Elterngeld beantragen. Die Eltern können sich die 14 Partnermonate frei untereinander aufteilen. Sie können nacheinander wie auch gleichzeitig Elterngeld beziehen. Alleinerziehende können alleine die 14 Monate in Anspruch nehmen.

Der Antrag auf Elterngeld kann in der Elterngeldstelle des zuständigen Bezirksamtes gestellt werden (Adressen im Anhang).

Einen Anspruch auf **Elternzeit** haben Mütter und Väter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen. In der Zeit können die Eltern sich um das Kind kümmern aber auch bis zu 30 Wochenstunden arbeiten, um den Kontakt ins Berufsleben zu erhalten. Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes. Während der Elternzeit sind die Eltern vor der Kündigung geschützt.

5.2 Physische und psychische Anforderungen an die Mütter

Nach der Geburt des Kindes kommt auf die frischgebackene Mutter viel Neues zu. Körperlich und seelisch muss sich die Mutter umstellen. Das Leben mit dem Baby stellt nicht nur ihren Alltag auf den Kopf, auch der Vater des Kindes, die Familie und Freunde müssen sich umstellen.

Rundum willkommen

Seit Sommer 2006 wird – unterstützt durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und realisiert durch den Deutschen Kinderschutzbund-LV Hamburg – an die Mütter von Neugeborenen in den Hamburger Geburtskliniken und Kinderkliniken der Ordner „Rundum willkommen“ verteilt. Auch Hebammen, Familienhebammen und Mütterberatungsstellen geben den Ordner an Mütter aus.

Flächendeckend werden nahezu alle Hamburger Mütter von Neugeborenen mit dem Ordner „rundum willkommen“ erreicht.

⁹⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz; www.bmfsfj.de/BMFSFJ/familie.did=93110.html; 16.04.2010



Der Ordner enthält u. a. die jährlich aktualisierte Broschüre "wer mich begleitet – Hilfreiches für den Start ins Leben" mit Informationen und relevanten Adressen zu Themen rund um das Baby. Darüber hinaus sind ein Wiegekalender, ein Informationsblatt zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und eine kleine mehrsprachigen "Fibel zur Vermeidung von Kinderunfällen" eingeklebt. Die Eltern selbst können noch wichtige Unterlagen wie z. B. das gelbe Vorsorgeheft oder den Impfpass dazu heften.

Was ist, wenn die Hilfestellung durch Familie und Freunde nicht ausreicht? Dann kann zum Beispiel *wellcome* Unterstützung leisten und zwar in der wichtigen Phase unmittelbar nach der Geburt eines Kindes, beim Übergang vom Krankenhaus in ein neues Familienleben. *Wellcome* ist ein gemeinnützige Organisation mit Standorten in ganz Deutschland (www.wellcome-online.de), die darauf zielt Familien nach der Geburt präventiv und nachhaltig zu unterstützen. In Hamburg ist *wellcome* in allen Bezirken an insgesamt zwölf Standorten vertreten; seit 2003 wird *wellcome* von der BSG gefördert. Durch die sehr früh einsetzende Unterstützung wird Familien "Hilfe zur

Selbsthilfe" ermöglicht. Wenn im Familienalltag keine Unterstützung mehr notwendig ist, ziehen sich die ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen zurück.

Wochenbett

Die ersten sechs Wochen nach der Geburt nennt man Wochenbett. Dieser Begriff stammt noch aus einer Zeit, als Hausgeburten die Norm waren und frisch entbundene Frauen mindestens noch eine Woche lang auf der Schlafstätte lagen, auf der sie entbunden hatten. Danach blieben die Wöchnerinnen 40 Tage lang in der Wöchnerinnenstube, wo ihr Bett und der Stubenwagen oder die Wiege mit dem Neugeborenen standen, und wurden dort versorgt⁹⁵.

Aus gesundheitlicher Sicht ist das Wochenbett für die Mütter eine Zeit der körperlichen Umstellung und Anpassung.

Zum Beispiel treten in den ersten Tagen nach der Geburt oft wehenartige Schmerzen auf, die vorwiegend beim Stillen einsetzen. Das sind die Nachwehen, die für die Rückbildung der Gebärmutter wichtig sind. Außerdem kommt es für etwa vier bis sechs Wochen zu einem Wochenfluss (auch genannt Lochialfluss), der erst versiegt, wenn sich die Gebärmutter zurückgebildet hat. Die Heilung einer Dammverletzung dauert etwa zehn Tage; die Heilung einer Kaiserschnittwunde nimmt längere Zeit in Anspruch.

Die routinemäßige gynäkologische Nachuntersuchung, die sechs bis acht Wochen nach der Geburt stattfindet, kann von der Hebamme oder dem Gynäkologen/der Gynäkologin vorgenommen werden. Während der Untersuchung werden alle Informatio-

⁹⁵ **Bloemke, Viresha Julia.** *Alles rund ums Wochenbett.* München : Kösel-Verlag, 1999. www.eltern.de/schwangerschaft/geburt/zahl-der-woche-wochenbett.html; 16.04.2010

nen zur Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett zusammengefasst und abschließend dokumentiert; auch wird über Verhütungsmaßnahmen gesprochen. Aber auch die Angaben zur Vitalität und Entwicklung des Säuglings werden festgehalten. Durch die Abschlussuntersuchung wird der Mutterpass abgerundet. Zur Inanspruchnahme dieser Untersuchung liegen keine bevölkerungsbezogenen Daten vor.

Die körperlichen Rückbildungsvorgänge (Bauchmuskulatur, Muskulatur des Beckenbodens) können durch gezielte gymnastische Übungen unterstützt werden. Kurse zur Rückbildungsgymnastik werden von Hebammen und anderen Trägern oder Sportvereinen angeboten (z. B. www.hebammen.info, www.geburtshaus-hamburg.de)

Die häufigsten Wochenbettkomplikationen (EQS Jahresauswertung 2008; bezogen auf 19.647 Geburten) sind Eisenmangelanämie (ca. 22%). Deutlich seltener treten starke Blutungen (ca. 1%) und Fieber im Wochenbett oder Wundheilungsstörungen auf (jeweils ca. 0,1%). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Beobachtungen nur auf den ersten postpartalen Tagen beruhen. Dies folgt aus der relativ kurzen Verweildauer im Krankenhaus bei der Mehrheit der Mütter.

Die Hormonumstellung kann am dritten Tag nach der Geburt die sogenannte Wochenbettverstimmung auslösen, auch „Babyblues“ oder auch „Heultage“ genannt. Der Babyblues fällt oft zusammen mit dem Milcheinschuss, durch den der Hormonspiegel sprunghaft ansteigt. Dieses Stimmungstief dauert zwar nur wenige Tage, tritt allerdings bei sehr vielen Frauen auf. Wenn die Mutter länger als zwei Wochen unter der Wochenbettverstimmung leidet, kann es ein Hinweis auf eine postpartale Depression sein, die bei 10-15% der Frauen

auftritt⁹⁶, ca. 7% entwickeln eine starke Depression^{97; 98}. Körperliche Faktoren sind bei der Entstehung einer solchen Wochenbettdepression ebenso relevant wie psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren. Noch wesentlich seltener kommt es zu einer postpartalen Psychose (ein bis zwei auf 1.000 Geburten)⁹⁹. Ärztliche Hilfe sollte hierzu in Anspruch genommen werden. In Hamburg bietet auch eine spezielle Ambulanz und Tagesklinik für psychisch kranke Mütter des UKE (Schatten und Licht e. V.) Unterstützung. Manchen Frauen hilft eventuell der Austausch in einer Selbsthilfegruppe (s. Anhang). Wichtig ist auch, dass die betroffenen Frauen Hilfe im Alltag bekommen, besonders von dem Partner, aber auch von der Familie und den Freunden.

Hebammenbetreuung

Im Rahmen einer regulären Hebammenbetreuung betreut die Hebamme Mutter und Kind die ersten acht Wochen nach der Geburt. In den ersten zehn Tagen sind tägliche Besuche vorgesehen, weitere Besuche können nach Bedarf verabredet werden. Hebammen können bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt beraten, bei gestillten Kindern bis zum Ende der Stillzeit. Die Kosten für die Hausbesuche werden von den Krankenkassen übernommen. Hebammen arbeiten auf der Grundlage des Hebammen-Gesetzes (HebG vom

⁹⁶ Bamberg, V. und Dudenhausen, J. W. Das Wochenbett. *Der Gynäkologe*. 2009, 42, S. 711-719.

⁹⁷ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Depression nach der Geburt - was helfen kann*. 29.10.2008. Merkblatt. letzte Aktualisierung 19.02.2010.

⁹⁸ Medizinische Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität; Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik. *Psychische Störungen nach der Entbindung - Eine Information für Betroffene und Angehörige*.

⁹⁹ Bamberg, V. und Dudenhausen, J. W. Das Wochenbett. *Der Gynäkologe*. 2009, 42, S. 711-719.

4. Juni 1985) und der jeweiligen Berufsordnungen der Länder.

In einer Befragung der niedergelassenen Hebammen in Hamburg bestätigte sich die nachgeburtliche Betreuung im Wochenbett als Schwerpunkt der Hebamentätigkeit.

Fast 94% der befragten Hebammen haben Wochenbettbetreuungen durchgeführt¹⁰⁰. Mit dieser Betreuungsleistung wurde demnach in etwa die Hälfte der gebärenden Frauen (44%) erreicht. Da sich nicht alle Hebammen an der Befragung beteiligt hatten, ist davon auszugehen, dass insgesamt ein größerer Anteil von Wöchnerinnen erreicht wurde. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt:

- Wie viele gebärende Frauen in Hamburg nehmen gar keine nachgeburtliche Betreuung in Anspruch?

Aufgrund der unvollständigen Datenlage ergibt sich als Schätzung eine Spanne. Im besten Fall haben ca. 15% der Frauen in der Zeit nach der Geburt keinen Kontakt zu einer Hebamme – im schlechtesten Fall etwas mehr als ein Drittel (36%).

Selbstverständlich steht es jeder Frau frei, sich für oder gegen die Inanspruchnahme einer Hebamme zu entscheiden. Falls allerdings gebärende Frauen einfach nicht gewusst haben, dass ihnen die Unterstützung durch eine Hebamme zusteht, ist zu überlegen, wie man ihnen diesen Zugang sichern könnte? Im Rahmen der gynäkologischen Schwangerenbetreuung sind entsprechende Hinweise selbstverständlich – welche Frauen sind damit überfordert, diese Hinweise

umzusetzen? Im folgenden Abschnitt „Frühe Hilfen“ sind auch diese Überlegungen berücksichtigt.

Die Analyse von Hebammenleistungen aus dem Jahr 2007 ist auch zu dem Ergebnis gekommen, dass es sich in Hamburg um eine sehr heterogene Versorgungslage handelt. Es gibt hinsichtlich der Hebammenbetreuung sowohl unter- als auch überversorgte Gebiete.

Wünschenswert sind Hebammenleistungen, die sich an den Geburtenzahlen und damit an dem Bedarf gebärender Frauen orientieren. Handlungsfelder in diesem Zusammenhang sind u. a. bessere Aufklärung und Informierung der Frauen durch den Hebammenverband ebenso wie durch Multiplikatoren.

Es gibt auch die Möglichkeit in besonderen Situationen die Hilfe einer Familienhebamme in Anspruch zu nehmen. Familienhebammen sind Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen¹⁰¹.

In Hamburg sind zurzeit mehr als 20 Familienhebammen an 16 Standorten tätig. (siehe Anhang oder <http://www.hamburg.de/familienwegweiser/116624/familienhebammen.html>). Zur Arbeit der Familienhebammen liegt bereits ein Gesundheitsbericht vor¹⁰². Dieser Bericht beruht auf einer fortlaufenden Einzelfalldevaluation durch die

¹⁰⁰ **Stahl, K.** *Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen.* Februar 2007. Ergebnisbericht.

¹⁰¹ www.familienhebamme.de/wir.html; 16.04.2010

¹⁰² *Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg. Ergebnisse der Einzelfalldevaluation 2006-2007. Berichte und Analysen zur Gesundheit.* Hamburg : 2008.

betreuenden Familienhebammen. Dies wurde in den Jahren 2008/2009 fortgeführt, so dass erneut Informationen über mehr als 500 Betreuungen vorliegen.

In der Evaluation bestätigt sich, dass die Familienhebammen die Zielgruppe „schwängere Frauen, Mütter und Familien in besonderen Problemlagen“ erreichen.

Bei etwa jeder dritten Mutter prägen materielle Armut, psychische Belastungen oder der Status als Alleinerziehende die Problemlage zum Zeitpunkt der Geburt. Mehr als 40% der Mütter weisen einen Migrationshintergrund auf. In der Betreuung, die sich typischerweise über ein halbes bis dreiviertel Jahr erstreckt, ergänzen sich hebammen-spezifische Beratung und lebenspraktische Hilfen. Zum Abschluss der Betreuung konstatierten die Familienhebammen bei mehr als zwei Drittel der Frauen, dass weiterer institutionalisierter Hilfebedarf besteht, sei es im sozialen oder gesundheitlichen Bereich oder im Bereich der Familienförderung und Jugendhilfe. Positiv hervorzuheben ist, dass die Überleitung in ein anderes Hilfeangebot bei der großen Mehrheit der Frauen (79%) gelang.

Ergänzend zur begleitenden Einzelfallevaluation der betreuten Fälle aus Sicht der Familienhebammen werden die betreuten Frauen selbst Auskunft darüber geben, inwieweit die Unterstützung durch die Familienhebamme nachhaltig zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz beigetragen hat. Hierzu wird im Rahmen einer Follow-up-Studie im Auftrag der BSG eine kleine Gruppe betreuter Frauen ca. ½ Jahr nach Ende der Betreuung und nochmal ein Jahr später befragt. Die Ergebnisse, die die Einschätzung der betreuten Frauen in die Evaluation einschließt, werden voraussichtlich im Jahr 2012 vorliegen.

Stillen

Stillen ist zwar das Natürlichste auf der Welt, dennoch muss es gelernt werden. Deswegen sollten die Mütter vorab informiert sein und von Anfang an Unterstützung bekommen. Wenn die Mutter sich für das Stillen des Kindes entschieden hat, können Hebammen, Frauenärzte und Frauenärztinnen ihr beratend zur Seite stehen. Bei allen Schwierigkeiten und Problemen in der Stillzeit kann die Mutter auch die Unterstützung anderer erfahrener Mütter, z. B. in einer Stillgruppe, in Anspruch nehmen (s. Anhang).

Das Stillen ist für das Baby der beste Start ins neue Leben. Die Muttermilch ist nicht nur die beste Nahrung für den Körper, sondern auch für die Seele. Durch den engen Körperkontakt erfährt das Baby die Wärme, Zuwendung und Zärtlichkeit der Mutter. Dadurch wird die Mutter-Kind-Bindung gestärkt¹⁰³.

Das Stillen fördert die gesunde Entwicklung des Kindes.

Die Vormilch wird bereits in der Schwangerschaft gebildet. Sie ist leicht verdaulich und regt den ersten Stuhlgang (Kindspech) des Säuglings nach der Geburt an. Außerdem versorgt sie das Baby mit Energie und wichtigen Abwehrstoffen. Zwischen dem zweiten und vierten Tag nach der Geburt schießt die Übergangsmilch ein. Damit wird das Baby bis zum Ende der zweiten Lebenswoche ernährt. Danach bildet sich die reife Frauenmilch, die sich bis zum Ende der Stillzeit nicht mehr verändert.

Häufige, vorübergehende Probleme bei Stillen sind der Milchstau und wundete Brustwarzen. Zu Beginn der Stillzeit haben viele

¹⁰³ BZgA; Kindergesundheit-info.de; Stillen – rundum abgestimmt auf die Bedürfnisse eines Babys; www.kindergesundheit-info.de/stillen01.0.html ; 16.04.2010

Frauen Beschwerden im Bereich der empfindlichen Brustwarzen. Bei einem Drittel der Frauen werden die Brustwarzen vorübergehend wund und schmerzhaft; mit lokaler Behandlung und veränderter Stilltechnik ist das Problem zu beheben. Auch eine Pilzkrankung (Soor), die gegenseitig übertragen wird, kann wunde Brustwarzen verursachen.

Stressbelastungen und dadurch bedingte hormonelle Veränderungen können das Stillen stören: die Milchbildung verliert ihren Nachfrage gesteuerten Rhythmus, das Baby ist unruhig und schreit häufig. Hier sind viel Ruhe und die Unterstützung der sozialen Umgebung notwendig¹⁰⁴.

Hamburger Still-Empfehlungen

Die Zielpatenschaft Stillförderung der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) hat Ende 2009 mit Unterstützung der BSG eine Liste berufsübergreifender Behandlungsempfehlungen stillender Mütter erarbeitet¹⁰⁵.

Die Hamburger Still-Empfehlungen beinhalten aktuelle Empfehlungen zur Behandlung von Problemen während der Stillzeit und richten sich an Frauenärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Hebammen und Still- und Laktationsberaterinnen.

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund hat einen Ernährungsplan für gesunde Säuglinge im ersten Lebensjahr erstellt, der auch von der Stillkommission (s. unten) unterstützt wird.

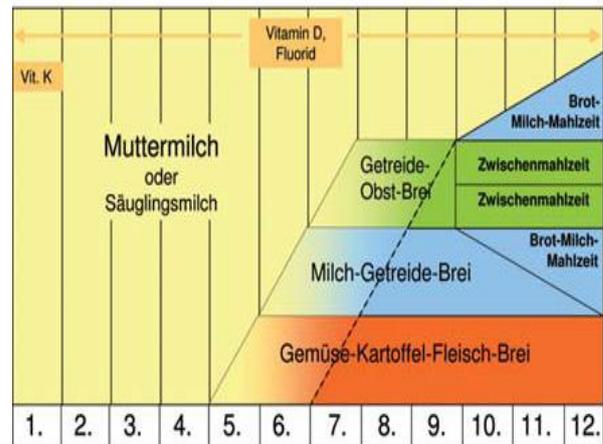


Abbildung 5.1: Ernährungsplan für gesunde Säuglinge im ersten Lebensjahr (Quelle: FKE Dortmund)

Wie in der Abbildung 5.1 deutlich wird, sollte mit der Gabe der Beikost zwischen dem fünften und siebten Lebensmonat begonnen werden. Mit der Einführung der Beikost werden langsam Muttermilchmenge und die Stillmahlzeiten vermindert.

- Wie häufig und wie intensiv wird heute in Deutschland bzw. in Hamburg gestillt?

Dieser Frage widmet sich unter anderem die „Nationale Stillkommission“, die im Jahr 1994 einberufen wurde. Im Rahmen des Europäischen Aktionsplans wurde ein integratives Konzept für ein Still-Monitoring¹⁰⁶ in Deutschland erarbeitet, um auf internationaler Ebene realistische Vergleiche von Stilldaten zu ermöglichen und auf nationaler Ebene bedarfsorientierte Maßnahmen der Stillförderung zu begründen und zu evaluieren.

Die KiGGS-Studie (www.KiGGS.de; siehe auch Kapitel 7) konnte zumindest rückblickend für die Geburtsjahrgänge 1986-2005 Stillhäufigkeit und Stilldauer nachvollziehen.

¹⁰⁴ Siehe ¹⁰⁴

¹⁰⁵ Zielpatenschaft Stillförderung in der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG). *Hamburger Still-Empfehlungen*. Hamburg : Oktober 2009.

¹⁰⁶ Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR); Still-Monitoring in Deutschland, Konzept der Nationalen Stillkommission; www.bfr.bund.de (pdf-Datei)

Bundesweit wurden mehr als zwei Drittel der Kinder (77%) überhaupt jemals gestillt, die durchschnittliche Stilldauer betrug knapp sieben Monate.

Fast ein Viertel aller Kinder (22%) wurden sechs Monate vollgestillt. Mütter mit Migrationshintergrund, Mütter mit hohem sozialen Status und Mütter, die während der Schwangerschaft nicht geraucht hatten, stillten jeweils häufiger und länger als die entsprechende Vergleichsgruppe¹⁰⁷.

Eine aktuellere und ausreichend große Untersuchung liegt aus Bayern vor. Von April 2005 bis Januar 2006 wurde eine prospektive Kohortenstudie¹⁰⁸ zum Stillverhalten durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen (N=3.822), die im April 2005 entbunden hatten, wurden in vier Folgebefragungen zu ihrem Stillverhalten befragt. In der Befragung zwei bis sechs Tage nach der Geburt gaben knapp 90% der Mütter an, dass sie versucht hatten zu stillen, nur jede zehnte Mutter hatte es nicht versucht. Im zweiten Monat nach der Geburt stillten noch mehr als die Hälfte der Mütter voll (60%), im sechsten Monat stillte nur noch jede vierte Mutter (26%).

Das häufigste Problem, das zum Abstillen führte, war Milchmangel bzw. die Sorge der Mutter, zu wenig Milch zu haben.

In Hamburg wurde von Mai 2005 bis April 2006 im Asklepios Klinikum Nord, Campus Heidberg eine Querschnittstudie

zum Stillverhalten¹⁰⁹ durchgeführt. Da die Klinik als „babyfreundlich“ (früher „stillfreundlich“) zertifiziert ist, ist die erfolgreiche Stillförderung ein bedeutendes Qualitätsmerkmal. Die Studie hatte zum Ziel die Qualität der Stillförderung zu prüfen und ggf. weiteren Verbesserungsbedarf zu ermitteln. Hierzu wurden 400 Frauen telefonisch befragt, deren Kinder zum Zeitpunkt des ersten Interviews durchschnittlich drei bis sechs Monate alt waren. Mehr als die Hälfte der Kinder wurden zu diesem Zeitpunkt noch ausschließlich gestillt. Auch hier wurde als häufigster Grund für die Gabe von Beikost bzw. zum Abstillen die nicht ausreichende Milchmenge genannt. In die zweite Befragungswelle durchschnittlich 24 Monate nach der Geburt waren noch fast 300 Frauen einbezogen. Die durchschnittliche Stilldauer betrug laut der Studie bei Erstgebärenden 8,4 Monate und bei Frauen, die bereits mindestens ein Kind geboren hatten, 9,9 Monate.

Diese Untersuchung zum Stillverhalten aus Hamburg hat demnach zwei positive Ergebnisse. Im Krankenhaus selbst wurde erfreulich häufig mit dem Stillen begonnen. Und in Kombination mit weiterer Stillförderung zeigt sich bei den befragten Frauen häufiger eine längere Stilldauer. Dies betrifft sowohl das Stillen als auch das ausschließliche Stillen ohne Beikost.

Darüber hinaus gab es Hinweise auf Unterschiede im Stillverhalten in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen der Hamburger Frauen. Sozial benachteiligte Frauen stillten kürzer und nannten seltener Unterstützungsbedarfe¹¹⁰.

¹⁰⁷ Lange, C., Schenk, L. und Bergmann, R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2007, 50, S. 624-633.

¹⁰⁸ Rebhan, B., Kohlhuber, M., Schwegler, U. et al. Stillfrequenz und Stillprobleme - Ergebnisse der Bayrischen Stillstudie. *Das Gesundheitswesen*. 2008, Bd. 70, Supplement 1, S. 8-12.

¹⁰⁹ Deneke, C. und Scheele, M. QuaSti - Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus. *Frauenarzt*. 2007, 48, S. 369-372.

¹¹⁰ Jöllnbeck, M., Deneke, C., Seibt, A. C. et al. Stillen und Stillbereitschaft: Unterstützungsbedarfe

5.3 Gesundheit und Krankheit im ersten Lebensjahr

Gewichtsentwicklung

Das Gewicht des gesunden Neugeborenen nimmt in den ersten Tagen nach der Geburt ab, in der Zeit beginnt erst die Milchbildung bei der Mutter und die Nahrungsaufnahme muss durch das Kind gelernt werden. Im Alter von sieben Tagen, spätestens jedoch nach 14 Tagen, haben gesunde Neugeborene ihr Geburtsgewicht wieder erreicht. Im Alter zwischen zwei und acht Wochen sollten die Kinder wöchentlich 150g zunehmen. Nach sechs Monaten sollte sich das Gewicht des Kindes verdoppelt haben.

Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Sinn der Früherkennungsuntersuchungen ist, die Entwicklungsschritte des Kindes fachärztlich zu beobachten, um mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. In Deutschland hat jedes Kind einen Anspruch auf die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie J1. Die Kosten tragen die Krankenkassen¹¹¹. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig, wird aber besonders in Kleinkindalter gut von den Eltern wahrgenommen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in das gelbe Untersuchungsheft eingetragen, das man bei jedem Termin dabei haben sollte. Bei allen Untersuchungsterminen wird das Körpergewicht und -größe des Kindes überprüft.

U1: In der Neugeborenen-Erstuntersuchung direkt nach der Geburt werden die Vi-

talität, Reifezeichen und eventuelle Fehlbildungen des Kindes beurteilt. Zusätzlich wird das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt. Dieses ist erst seit Januar 2009 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Die U2, die zwischen dritten und zehnten Lebensstag stattfindet, beinhaltet ein Stoffwechselscreening, Ernährungsberatung, Information zu anstehenden Impfungen, Rachitis-Vorbeugung mit Vitamin D und Fluoridgabe.

Anlässlich der U3 in der vierten bis fünften Lebenswoche findet eine gründliche Untersuchung der Organe und der körperlichen Entwicklung statt, außerdem eine Ultraschalluntersuchung des Hüftgelenks.

Zwischen dritten und vierten Lebensmonat wird in der U4 die altersgerechte körperliche und geistige Entwicklung geprüft, eventuell vorliegende Seh- oder Hörstörungen erfasst und Impfungen durchgeführt.

Die U5 zwischen sechsten und siebten Lebensmonat erfasst die altersgerechte Bewegungsfähigkeit und Geschicklichkeit des Babys. Auch die Ernährung des Babys wird besprochen (Milchnahrung und Breikost) und ggf. weitere Impfungen durchgeführt. Zum Abschluss des ersten Lebensjahres, zwischen zehnten bis zwölften Lebensmonat findet die U6 statt. Diese Untersuchung gilt der Sprachentwicklung, der Kontrolle der Beweglichkeit, Körperbeherrschung und Geschicklichkeit, dem Seh- und Hörvermögen, der Ernährung und Zahnpflege.

Integriert in die oben beschriebenen Früherkennungsuntersuchungen finden die

für das Stillen - Ergebnisse der QuaSti-Studie. *Frauenarzt*. Juni 2009, Bd. 50, 6, S. 515-518.

¹¹¹ BZgA, Kindergesundheit-info.de; Früherkennungs- und Vorsorgeplan für das Kindes- und Jugendalter; <http://www.kindergesundheit-info.de/1761.0.html>; 16.04.2010

ersten Impfungen¹¹² statt. In Deutschland gibt es ein umfassendes Impfprogramm, durch das Kinder vor Infektionskrankheiten geschützt werden. Die Teilnahme an den Impfungen ist freiwillig. Allein die Eltern entscheiden, ob ihr Kind geimpft wird. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut empfiehlt Impfungen gegen zehn verschiedene Krankheitserreger. Impfungen und Auffrischimpfungen erfolgen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Kosten für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen tragen die Krankenkassen; die Impfungen selbst werden meistens im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen durch die Kinderärzte durchgeführt und in den individuellen Impfpass eingetragen.

Speziell für Hamburg liegen Informationen zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen und auch den dazugehörigen Impfungen¹¹³ durch die schulärztliche Einganguntersuchung vor. Fast 12.000 Kinder wurden 2009 in Hamburg im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erfasst; dies sind die Kinder, die zumeist im Jahr 2003 geboren wurden.

Aus den gelben Untersuchungsheften ist ablesbar, welche Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen wurden. Die Abbildung 5.2 zeigt, dass insgesamt deutlich mehr als 90% der Eltern die Untersuchungen im ersten Lebensjahr in Anspruch genommen haben, allerdings mit leicht abnehmender Tendenz. Auch zeigt sich der häufig beobachtete Unterschied im Teilnahmeverhalten in Abhängigkeit von der Herkunft.

¹¹² BZgA, Kindergesundheit-info.de; Impfungen; <http://www.kindergesundheit-info.de/impfungen.0.html>, 16.04.2010

¹¹³ *Kindergesundheit in Hamburg. Bestandsaufnahme der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung von Kindern in Hamburg. Gesundheitsbericht.* Hamburg: 2007 www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de

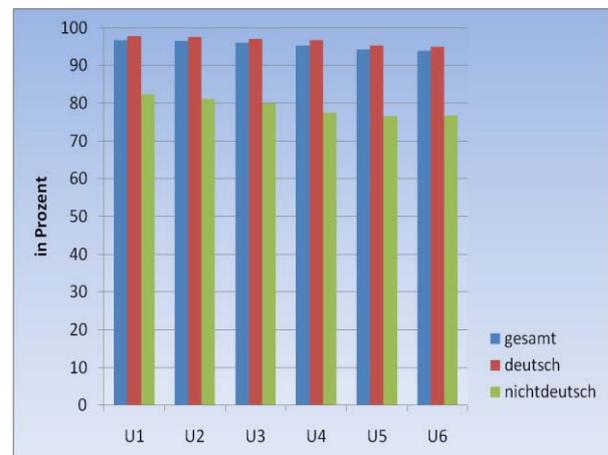


Abbildung 5.2: Teilnahme an den U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr (n=11.783; Quelle: Schuleingangsuntersuchungen 2009; eigene Berechnungen)

Eltern nicht-deutscher Staatsangehörigkeit nutzen auch schon im ersten Lebensjahr die Vorsorgeuntersuchungen weniger häufig als Eltern deutscher Staatsangehörigkeit.

Mit der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen ist die Impfprophylaxe eng verbunden. Allerdings lässt sich aus dem Rückblick zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nicht ableiten, wie viele Kinder zum Abschluss des ersten Lebensjahres einen vollständigen Impfschutz hatten. Der Bericht zur Kindergesundheit hatte in seinem Gesamtüberblick deutlich gemacht, dass Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig begonnen, ohne Verzögerung durchgeführt und zeitgerecht abgeschlossen werden sollen¹¹⁴.

Um die Teilnehmerate an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu steigern startete 2006, im Rahmen des Senatsprogrammes "Hamburg schützt seine Kinder" die inzwischen bewährte Informationskampagne „Enemene-Mu Hey, wir wollen

¹¹⁴ *Kindergesundheit in Hamburg. Bestandsaufnahme der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung von Kindern in Hamburg. Gesundheitsbericht.* Hamburg 2007 www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de

zur U“. Unterstützt von der BSG wird sie vom Deutschen Kinderschutzbund (DKSB) durchgeführt. Neben gezielten Gesundheitsinformationen beinhaltet die Kampagne das Angebot für einen kostenlosen Erinnerungsservice zur jeweils anstehenden Kinderfrüherkennungsuntersuchung.

Insbesondere in Stadtteilen mit geringer Teilnahmequote werden Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zum Sinn und Zweck von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1-U9; J1), sowie zu regionalen Beratungs- und Hilfeangeboten angesprochen, informiert und ggf. beraten. Seit 2008 wird die Kampagne mit dem Einsatz des Gesundheits- und Familienmobils kombiniert. So können Familien gezielter an ihren Lebensorten aufgesucht werden. Beispielsweise wurden 2008 in allen Bezirken an 15 verschiedenen Einsatzorten Aktionen durchgeführt. Insgesamt haben sich seit 2006 rund 1.400 Familien für den Erinnerungsservice angemeldet; ca. ein Drittel der Familien hat einen Migrationshintergrund.

Die Informationsaktionen werden kontinuierlich von regionalen Netzwerken und Einrichtungen (z. B. Mütterberatung, Elternschule, usw.) unterstützt. Durch Einbeziehung von Multiplikatoren aus dem MiMi-Projekt (Mit Migranten für Migranten) akzeptieren deutlich mehr Mütter mit Migrationshintergrund das Angebot der persönlichen und muttersprachlichen Begrüßung, Information und Beratung sowie den Erinnerungsservice für die jeweils anstehende Kinderfrüherkennungsuntersuchung. Damit kann die bewährte Kampagne als flankierende Maßnahme auch das zweijährige Modellvorhaben eines verbindlichen Einladewesens (U6, U7) sinnvoll unterstützen und ergänzen¹¹⁵.

¹¹⁵ <http://www.hamburg.de/untersuchungen/122820/start.html>

Morbidität und Mortalität

Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen im Kindesalter bundesweit stehen durch die KiGGS-Studie zur Verfügung (www.KiGGS.de; siehe auch Kapitel 7).

Kinder im Alter von bis zu zwei Jahren sind am häufigsten von Erkältungen bzw. grippalen Infekten (87,5%) und Magen-Darm-Infektionen (47,6%) betroffen.

An einer akuten Bronchitis litten 25,6%, an einer Mittelohrentzündung 18,9%. Im Vergleich mit den älteren Kindern sind die 0- bis 2-Jährigen von fast allen akuten Erkrankungen weniger häufig betroffen. Dies trifft noch deutlicher für die ansteckenden Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach und Keuchhusten zu¹¹⁶. Diese Beobachtungen treffen vermutlich auch für die Säuglinge und Kleinkinder in Hamburg zu. Zur ambulanten Behandlung stehen aktuell 137 niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte zur Verfügung¹¹⁷.

Insgesamt gesehen sind in den letzten Jahren die Zahlen der stationären Behandlungsfälle bei Kindern im ersten Lebensjahr kontinuierlich angestiegen (von ca. 6.000 Fällen 2002 auf ca. 9.000 Fälle 2008). Rund die Hälfte dieser Behandlungsfälle sind Säuglinge im ersten Lebensmonat. Durch die Hamburger Krankenhausdiagnostikstatistik (s. Kapitel 7) ist erkennbar, dass in dieser Zeit überwiegend Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, eine stationäre Behandlung von Säuglingen bedingen. Vom zweiten bis zum zwölften Lebensmonat dominieren bei den

¹¹⁶ **Robert Koch-Institut.** *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS).* Berlin : 2008. S. 81ff.

¹¹⁷ Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

stationären Behandlungsfällen infektiöse Darmerkrankungen und akute Infektionen der unteren Atemwege; an dritter Stelle stehen Verletzungen des Kopfes. Diese machen insgesamt etwas weniger als die Hälfte der Behandlungsfälle aus.

Familien mit einem kranken oder behinderten Kind haben besonderen Unterstützungsbedarf. Hier sind als geeignete Ansprechpartner neben den Kinderärzten und Kinderärztinnen die bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (s. Anhang) zu nennen sowie das Beratungszentrum „sehen-hören-bewegen-sprechen“¹¹⁸. Dieses Beratungszentrum ist eine Einrichtung des Bezirksamtes Hamburg-Nord und ist überbezirklich für ganz Hamburg tätig. Das Angebot richtet sich an Eltern behinderter Kinder, an Jugendliche und Erwachsene, an von Behinderung bedrohte Menschen sowie ihre Angehörigen und Freunde. Im Kontext von Früherkennung und Frühförderung stehen geeignete Ansprechpartner zur Verfügung zur Begutachtung, zur Vermittlung von Hilfen, zur psychosozialen Beratung und ggf. Begleitung (siehe auch Abschnitt 5.5).

Im Jahr 2008 gab es laut amtlicher Statistik 49 Sterbefälle Hamburger Kinder im ersten Lebensjahr. Mädchen und Jungen waren gleich häufig betroffen. Die meisten Sterbefälle waren auf eine kurze Schwangerschaftsdauer und niedriges Geburtsgewicht zurückzuführen.

Der Begriff der perinatalen Mortalität beschreibt die Anzahl kindlicher Todesfälle in dem Zeitraum zwischen Geburt und dem siebten Tag nach der Geburt und schließt die totgeborenen Kinder mit ein. Im Jahr 2008 waren dies 114 Kinder, die in Hamburg geboren wurden (Quelle EQS;

0,6% aller Geburten)¹¹⁹. Die meisten Kinder (91) wurden tot geboren, weitere 23 sind innerhalb der ersten sieben Lebensstage gestorben. Die häufigsten Todesursachen waren Frühgeburtlichkeit sowie angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien.

In der Neonatalerhebung 2008 (EQS) wurde dokumentiert, welche Kinder nach der Geburt stationär behandelt wurden. Hier wurden 3.108 Kinder erfasst, davon verstarben 28 Kinder (0,9%). Die häufigsten Todesursachen waren Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems und Infektionen.

5.4 Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod (SIDS)¹²⁰

In Hamburg existiert seit über zehn Jahren ein interdisziplinär zusammengesetztes **Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod**, in dem Vertreterinnen und Vertreter der BSG, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Mütterberaterinnen und andere Vertreter gesundheitsrelevanter Einrichtungen erfolgreich zusammen arbeiten. Über Aufklärungsbroschüren, Poster, Veranstaltungen, Beiträge in den Medien und andere Aktivitäten konnte das Wissen über den Plötzlichen Säuglingstod in Hamburg in den letzten Jahren sowohl auf Seiten der

¹¹⁹ Hier sind alle in Hamburger Krankenhäusern dokumentierten Schwangerschaften und Geburten einbezogen, auch die der nicht in Hamburg gemeldeten Frauen. (s. Kapitel 7)

¹²⁰ von J.P. Sperhake

Gekürzte und überarbeitete Fassung des im Hebammenforum erschienenen Beitrags: Der Plötzliche Säuglingstod – wenn Schlafen zur Gefahr wird. Literatur beim Verfasser

PD Dr. med. Jan P. Sperhake, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Butenfeld 34, 22529 Hamburg, T: +49 40 74105-5625 ; E-Mail: sperhake@uke.de

¹¹⁸ <http://www.hamburg.de/beratungszentrum-sehen-hoeren-bewegen-sprechen>; 16.04.2010

Eltern als auch der Experten entscheidend verbessert werden.

- Was ist gemeint, wenn vom Plötzlichen Säuglingstod die Rede ist?

Synonym verwendete Begriffe sind Plötzlicher Kindstod, Krippentod oder die international gebräuchlichste Bezeichnung Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). Eine Definition, die das National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) in den USA 1989 vorgeschlagen hat, lautet: SIDS ist der plötzliche Tod eines Kindes unter einem Lebensjahr, der nach sorgfältiger Untersuchung inklusive vollständiger Obduktion, Untersuchung der Auffindesituation und Auswertung der Krankengeschichte unerklärt bleibt.

Obwohl es neuere und differenziertere Definitionsansätze gibt, hat die Beschreibung von 1989 im Kern noch volle Gültigkeit. Zu ergänzen ist allerdings noch der Umstand, dass sich SIDS ausnahmslos im Schlaf ereignet. Plötzliche Todesfälle aus dem Wachzustand heraus sind keine SIDS-Fälle und können in der Regel anders erklärt werden. Die obere Altersgrenze von einem Jahr ist nicht ganz fest. So treten auch bei Kindern zwischen einem und zwei Jahren plötzliche und unerklärte Todesfälle auf, die bestimmte Charakteristika mit SIDS-Fällen in der typischen Altersgruppe teilen. Allerdings treten diese Fälle noch sehr viel seltener auf.

Obwohl sich die Häufigkeit von SIDS in Deutschland in den letzten zwei Jahrzehnten verringert hat, ist das Phänomen immer noch eine der wichtigsten Todesursachen im Kindesalter. So liegt in Deutschland die Anzahl der SIDS-Fälle pro Jahr mit 300 bis 400 etwas oberhalb der Zahl der Kinder, die jährlich bis zum 15. Lebensjahr infolge von Verkehrsunfällen versterben. Auch die Anzahl der Krebstodes-

fälle bis zum Alter von 15 Jahren ist geringer als die der SIDS-Fälle.

Zahlen für Hamburg

In Hamburg mit ca. 16.000 Geburten pro Jahr verstarben zwischen 1980 und 1994 jährlich zwischen 20 und 35 Babys am SIDS (s. Abbildung 5.3).

- Zwischen 1995 und 2006 hat es einen kontinuierlichen Rückgang der SIDS-Fälle in Hamburg gegeben.

Das Jahr 2007 wies mit drei Fällen die geringste Zahl seit Beginn entsprechender Aufzeichnungen auf.

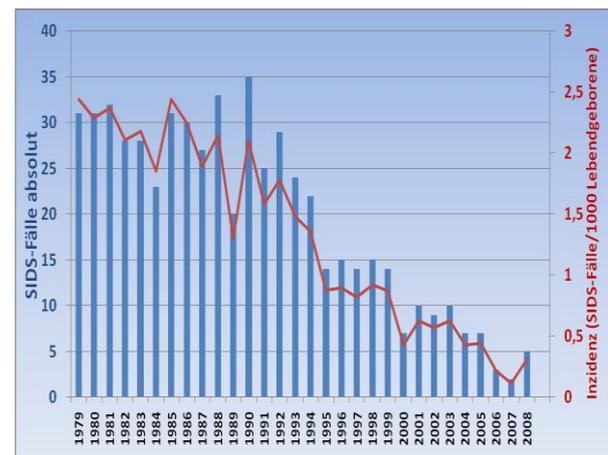


Abbildung 5.3: SIDS Häufigkeit in Hamburg 1979-2008; Quelle: Institut für Rechtsmedizin (eigene Berechnung)

Es handelt sich dabei um eine tatsächliche Reduzierung der Todesfälle, die weder auf eine „Diagnoseverschiebung“ noch auf eine zurückgehende Geburtenrate zurückzuführen ist. Heute versterben statistisch gesehen nicht mehr 25 von 10.000 lebendgeborenen Babys am SIDS wie in den achtziger Jahren sondern „nur“ noch zwei bis fünf von 10.000.

- Was ist der Grund für den Rückgang?
- Ist es möglich, die Ursachen von SIDS direkt zu bekämpfen?

International wird Ursachenforschung auf ganz verschiedenen Feldern betrieben. Infektionen, Herzrhythmusstörungen, Behinderung der Atmung, Überwärmung, Rückatmung von Kohlendioxid, strukturelle Veränderungen des Hirnstammes und weitere Faktoren könnten allein oder im Zusammenwirken einen Teil der Todesfälle erklären. Sehr wahrscheinlich gibt es keine allgemeingültige Erklärung für SIDS; vielmehr dürfte es sich um ein multifaktorielles Geschehen handeln. Das Zusammenspiel ganz unterschiedlicher innerer und äußerer Einflüsse führt dazu, dass die inneren Regelkreise und Selbstrettungsmechanismen eines Babys versagen.

Von amerikanischen Autoren stammt das sogenannte „Triple risk model“ („dreifaches Risiko“). Demnach liegt bei den betroffenen Kindern eine **zugrundeliegende Anfälligkeit** („vulnerability“) in einer **kritischen Entwicklungsphase** (insbesondere erstes Lebenshalbjahr) vor. Tritt dann noch ein **äußerer Stressfaktor** hinzu, kann es zur Katastrophe kommen. Vermutlich sind diese Faktoren bei jedem betroffenen Kind unterschiedlich zusammengesetzt. Für den Individualfall ist es häufig nicht möglich, diese Faktoren im Einzelnen zu analysieren.

Risikofaktoren

Obwohl also die genauen Ursachen von SIDS nach wie vor weitgehend unbekannt sind, ist der starke Rückgang der Häufigkeit heute erklärbar. Anders als vor 20-30 Jahren kennt man zahlreiche Risikofaktoren für SIDS, von denen viele vermeidbar sind.



Der vermutlich bekannteste Risikofaktor für SIDS ist die Bauchlage als Schlafposition.

Aus den Erhebungen in den 27 Beobachtungspraxen Hamburg war zu erkennen, dass sich die Häufigkeit der Bauchlage als bevorzugter Schlafposition seit 1996 halbiert hat (von 8% auf knapp 4%). Die meisten Eltern legen ihr Baby nun zum Schlafen in die sichere Rückenlage. Hier war die Aufklärung der Bevölkerung sehr erfolgreich. Noch Anfang der neunziger Jahre war die Bauchlage die beliebteste Schlafposition. Im Wachzustand sollen Babys allerdings die Bauchlage möglichst häufig üben.

Auch die **Seitenlage** als Schlafposition gilt heute als Risikofaktor und sollte gerade bei jungen Säuglingen vermieden werden. Seit dem Jahr 2000 werden Hamburger Eltern darüber informiert. Abbildung 5.4 zeigt, dass Eltern auch tatsächlich diese Empfehlung aufgenommen haben und ihr Baby jetzt vermehrt zum Schlafen auf den Rücken legen.

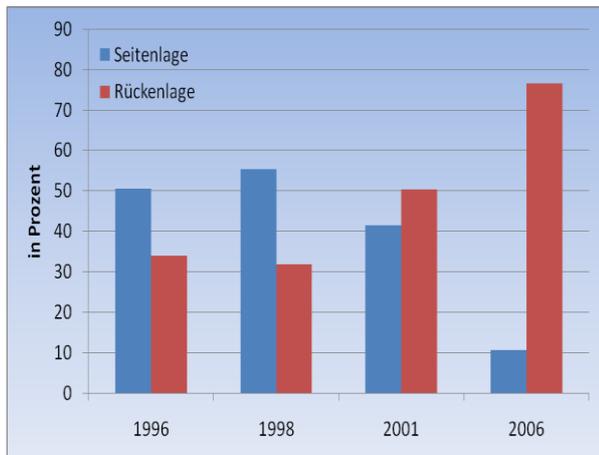


Abbildung 5.4: Entwicklung von Seiten- und Rückenlage als bevorzugte Schlafposition auf Grundlage der Beobachtungspraxenerhebung (gesamt n= 5.686 aus den Jahren 1996, 1998, 2001, 2006; eigene Berechnung)

Nach Einschätzung des Hamburger Bündnisses sind diese Verhaltensänderungen der wichtigste Beitrag zur Reduzierung der SIDS-Fälle.

Ein anderer wichtiger vermeidbarer Risikofaktor ist das **Rauchen**. Hierbei ist sowohl das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, als auch das Rauchen in der Umgebung des Säuglings problematisch. Es handelt sich um einen klar dosisabhängigen Risikofaktor – je mehr die Mutter raucht, umso größer ist das Risiko. Auch Passivrauch schadet dem Kind sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt.

Die Hamburger Daten der Beobachtungspraxen sprechen auch beim Rauchen für einen positiven Trend. Während Ende der neunziger Jahre noch etwa 20% (1996) der Mütter während der Schwangerschaft rauchten, scheinen es jetzt mit ca. 11% (2006) deutlich weniger zu sein.

Grundsätzlich lautet daher die Empfehlung an Schwangere, das Rauchen so schnell und so weitgehend wie möglich aufzugeben, wobei kleine Schritte besser sind als gar keine Reduzierung. Seit Ende 2008

werden in Hamburg in die Mutterpässe Lesezeichen mit den wichtigsten Hinweisen „Für einen gesunden Start ins Leben ohne Rauch!“ eingelegt (s. Abbildung 5.5). Auch dies ist eine Initiative des Hamburger Bündnisses gegen den Plötzlichen Säuglingstod und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.



Abbildung 5.5: Einleger für den Mutterpass 2009 (Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod).

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass der Risikofaktor Rauchen häufig mit frühem Abstillen oder primärem Nicht-Stillen gekoppelt ist, was seinerseits das

Risiko für SIDS erhöhen kann. Auch beim Stillen gilt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Je länger gestillt wird, desto geringer ist das Risiko für das Baby, am Plötzlichen Säuglingstod zu sterben.

Die Erhebung in den Beobachtungspraxen ergab, dass etwa 80 von hundert Hamburger Säuglingen – zumindest in den ersten vier Lebensmonaten – teilweise oder voll gestillt werden. Wichtig ist aus Sicht der Gesundheitsförderung, dass Kinder zumindest in den ersten vier Lebensmonaten voll gestillt werden. Hier zeigen die Hamburger Daten aus der Beobachtungspraxenerhebung, dass knapp 65% der Kinder von nicht-rauchenden Müttern vollgestillt wurden, während dies nur bei 31% der Säuglinge von rauchenden Müttern der Fall war.

Am sichersten schläft ein Baby immer in Elternnähe, aber im eigenen Bett. Möglicherweise können kleine „Schlafbalkone“ für das Baby, die an das Elternbett angehängt werden können, Abhilfe schaffen.

Der Schlafumgebung im engeren Sinne und der Bekleidung des Babys wird erst in jüngerer Zeit größeres Augenmerk gewidmet. Sehr empfehlenswert ist die Benutzung von Babyschlafsäcken. Bei guter Passform können diese verhindern, dass das Baby mit dem Kopf unter die Decke rutscht, was zu Überwärmung und zur gefährlichen Rückatmung von ausgeatmetem Kohlendioxid führen kann.

In Hamburg wie in anderen Städten werden derzeit Anstrengungen unternommen, die geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken zur Benutzung von Babyschlafsäcken zu überzeugen. Damit sollen die Eltern animiert werden, zu Hause weiterhin einen Schlafsack für ihr Kind zu benutzen.



Abbildung 5.6: Hamburger Faltposter mit Informationen über die wichtigsten Risikofaktoren

Laut der Ergebnisse der Erhebungen in Hamburger Beobachtungspraxen sind Ärzte, Hebammen und die Geburtskliniken die wichtigsten Informationsquellen für Eltern. Insbesondere der Hebamme kommt bei der Verbreitung von Empfehlungen eine immens wichtige Rolle zu, weil sie schon vor der Geburt des Kindes Kontakt zur Mutter oder auch zu beiden Eltern hat.

Bis heute ist der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings nicht restlos erklärbar. Ein Zusammenhang zur Schlafumgebung ist aus epidemiologischer Sicht unumstritten. Eltern sollten über die Risikofaktoren Bescheid wissen. Besonders Hebammen und Geburtskliniken sind dabei wichtige Multiplikatoren.

5.5 Frühe Hilfen

„Frühe Hilfen“ als Modellprojekte oder als Teile des Regelsystems der Familien- und Gesundheitshilfe sind sowohl in Hamburg als auch als Aktionsprogramm des Bundes mit dem Nationalen Zentrum Früher Hilfen etabliert worden.

Zielgruppe sind in erster Linie Eltern/Familien, bei denen ein besonderes Gefährdungspotenzial für die Pflege und Erziehung kleiner Kinder angenommen wird.

Familiäre Belastungen und Risiken für das Kindeswohl sollen frühzeitig erkannt werden („Frühwarnsystem“).

Erste Ergebnisse aus der Begleitforschung zum nationalen Programm Frühe Hilfen haben gezeigt, dass die Förderung gesunden und geborgenen Aufwachsens gleichzeitig bereits praktische Prävention von Kindeswohlgefährdungen (Vernachlässigung, Misshandlung) leistet. Deshalb hat sich ein Ansatz früher gesundheitlicher und frühpräventiver Hilfen zum neuen Hoffnungsträger in der konzeptionellen Debatte entwickelt. Eingriffe in Familien sollen möglichst vermieden und gleichzeitig Kinder vor Misshandlung und Vernachlässigung geschützt werden.

Daran anknüpfend wird ein Rahmenkonzept „Frühe Hilfen in Hamburg“ entwickelt. Dieses Konzept will ermöglichen, sowohl eine gesunde Entwicklung als auch das Kindeswohl zu fördern. Möglichst alle schwangeren Frauen und Eltern mit Kindern in der Altersgruppe null bis drei Jahre sollen frühzeitig – schon während der Schwangerschaft, spätestens um die Geburt herum – erstmalig angesprochen und bedarfsgerecht unterstützt werden.

Das Ziel ist, durch die Stärkung von Gesundheitskompetenzen, Gesundheits-

verhalten und Selbsthilfepotenzialen ein gesundes Aufwachsen in einer gefestigten Familien- und Sozialstruktur zu fördern.

Weil belastete Eltern von sich aus selten um Rat und Unterstützung bitten, fallen von Vernachlässigung bedrohte Kinder oft erst auf, wenn die Not schon groß ist und aufwendige Interventionen in das Familiensystem nötig werden. Im Rahmen sehr früher Kontakte mit Akteuren und Institutionen des Gesundheitswesens ist es möglich, Familien in Risikolagen am besten schon vor der Geburt zu erkennen und zur Annahme von Hilfen zu motivieren. Schwangere werden als besonders gut ansprechbar eingeschätzt in Hinblick auf Informationen und Angebote der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Insbesondere angelsächsische Studien, aber auch erste Ergebnisse der deutschen Begleitforschung haben gezeigt, dass Familien in schwierigen Lebenslagen leichter erreicht werden, wenn der erste Kontakt über Einrichtungen oder Fachkräfte des Gesundheitswesens hergestellt wird.

Das Gesundheitswesen soll die Basis der Frühen Hilfen bilden und den Zugang insbesondere zu Schwangeren und Familien mit Kindern der Altersgruppe unter einem Jahr schaffen.

Erste Ansprechpartner für Schwangere sind Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen, hier in erster Linie Frauenärztinnen und -ärzte, aber auch Schwangerenberatungen, (Familien-) Hebammen, Geburtskliniken. Nach der Geburt kommen dann auch Kinderärztinnen und -ärzte, Mütterberatung und ggf. Frühförderstellen sowie weitere hinzu (Eltern-Kind-Zentren, Familienhilfzentren, etc.).

Die Akteure oder die Einrichtung im Gesundheitswesen, die von der Schwangeren als Erste kontaktiert wird, sollen verlässlich

über die weiteren Angebote des Gesundheitswesens informieren. Dieses kann z. B. über verständliche und vertrauensbildende Informationen (mündlich, schriftlich, mehrsprachig) u. a. über Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie über Geburtskliniken geschehen.

Der Hamburger Ansatz strebt nicht nur die Informationsvernetzung sondern auch die direkte Kooperation an zwischen Frauenärztinnen und -ärzten, Schwangerenberatungen, (Familien-) Hebammen, Geburtskliniken, Kinderärztinnen und -ärzten, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Frühförderstellen untereinander sowie mit dem Hilfesystem der Jugendhilfe und Familienförderung. Dieser Ansatz, Frauen und Familien möglichst schon früh während der Schwangerschaft zu erreichen, weist insbesondere Frauenärztinnen und -ärzten und in zweiter Linie Schwangerenberatungsstellen und freiberuflich tätigen Hebammen eine Schlüsselstellung zu.

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes muss es gelingen

- in den Bezirken über regionale Netzwerke ein systematisch koordiniertes Angebot unterschiedlicher Hilfen vor Ort zu organisieren, transparent und zugänglich zu machen; dieses Ziel der Hilfestellung schließt die Aktivierung der Selbsthilfe und der Selbstorganisation der Familien mit ein;
- die verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen – hier insbesondere Frauen- und Kinderärzte sowie Frauen- und Kinderärztinnen – zur Mitarbeit in den bzw. zur Zusammenarbeit mit den Netzwerken zu bewegen und ihre Kompetenzen einzubringen;
- eine verbindliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe in den Bezirken zu erreichen.

5.6 Fazit

Zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern im ersten Lebensjahr steht nur wenig Zahlenmaterial zur Verfügung. Auch zu den Anpassungsleistungen, die Mütter im ersten Lebensjahr in körperlicher und psychischer Hinsicht erbringen, liegen kaum Informationen vor.

Einige Mütter werden in den Wochen nach der Geburt nicht von Hebammen betreut. Hier muss verstärkt Aufklärung geleistet werden, so dass alle Mütter, die den Bedarf für eine solche Betreuung haben, diese Unterstützung auch in Anspruch nehmen. Die Familienhebammenarbeit in Hamburg leistet dazu seit Jahren einen wesentlichen Beitrag.

Der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings ist bisher nicht restlos erklärbar. Damit Eltern über die Risikofaktoren Bescheid wissen sind neben Kinderärztinnen und Kinderärzten besonders Hebammen und Geburtskliniken als Multiplikatoren gefordert.

Darüber hinaus sind insgesamt gesehen fast alle Kinder in das System der Früherkennungsuntersuchungen eingebunden. Die geringeren Teilnahmequoten bei Kindern nicht-deutscher Herkunft zeigen Handlungsbedarf an, dem mit der Kampagne Enemene-Mu, dem Einsatz des Gesundheitsmobils unter Einbindung von Multiplikatoren mit Migrationshintergrund entsprochen wird.

Über das „Programm Frühe Hilfen in Hamburg“, das mit dem Motto „Ein guter Start! Gesund und geborgen aufwachsen in Hamburg“ sollen schon in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und bis ins dritte Lebensjahr sowohl eine gesunde Entwicklung als auch das Kindeswohl gefördert werden.

5.7 Anhang

Amt für Arbeitsschutz – Referat Mutterschutz

Auskunft und Beratung zu Fragen des Mutterschutzes und zum Kündigungsverbot im Mutterschutz und in der Elternzeit

Billstraße 80, 20539 Hamburg

Tel.: 040 42837-3240 / 2650

Fax: 040 428373100

Tel.: 040 428372112 (Arbeitsschutztelefon)

Tel.: 040 428372651

(speziell zum Kündigungsverbot im Mutterschutz und in der Elternzeit)

E-Mail: kuendigungsschutz@bsg.hamburg.de

Internet: www.hamburg.de/mutterschutz

Broschüren des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

„Mutterschutzgesetz – Leitfaden zum Mutterschutz“

„Elterngeld und Elternzeit – Das Bundeselterneld- und Elternzeitgesetz“

Die Veröffentlichungen können angefordert oder auf der Internetseite des Bundesministeriums heruntergeladen werden:

E-Mail: publikationen@bmfsfj.bund.de

Internet: www.bmfsfj.de

Link zum Elterngeldrechner, Antragsformularen und Elterngeldstellen

Internet:

www.hamburg.de/familienwegweiser/116064/elterngeld.html

Elterngeldstellen:

Hamburg Service

Tel.: 040 428280

(verbindet mit allen Dienststellen)

Bezirksamt Hamburg-Mitte

Klosterwall 2, 20095 Hamburg

(City-Hof Block A)

Bezirksamt Altona

Platz der Republik 1, 22765 Hamburg
(Rathaus Altona)

Bezirksamt Eimsbüttel

Grindelberg 62-66, 20139 Hamburg

Bezirksamt Hamburg-Nord

Kümmelstraße 7, 20243 Hamburg

Bezirksamt Wandsbek

Schlossstraße 60, 22041 Hamburg

Bezirksamt Bergedorf

Bürgerzentrum Neuallermöhe

Fleetplatz 1, 21035 Hamburg

Bezirksamt Harburg

Harburger Rathauspassage 2, 21073 Hamburg

Beschwerden bei den Elterngeldangelegenheiten können an die Aufsichtsbehörde geleitet werden:

Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg

Hamburger Straße 37, 22083 Hamburg

Tel.: 040 42863-2460

Internet: www.dibis.hamburg.de

Hebammenverband Hamburg e. V.

Seewartenstraße 10, Haus 2, 20459 Hamburg

Stillberatung

Tel.: 040 485431

Fax: 404 51315444

E-Mail: post@hebammen.info

Internet: www.hebammen.info

Familienhebammen in Hamburg:

Altona Nord / Altona-Altstadt / St. Pauli

Familienhebammen im Familienprojekt

ADEBAR, Große Bergstraße 177, 22767

Hamburg

Tel.: 040 30089688

Billstedt

Familienhebamme bei der Elternschule
Billstedt, Lorenzenweg 2b, 22111 Hamburg
Tel.: 040 42854-7293
Tel.: 0175 5790107

Barmbek-Süd

Familienhebammen im KiFaZ Barmbek-
Süd, Wohldorfer Straße 30, 22081 Ham-
burg
(im Barmbek Basch)
Tel.: 040 29820606

Bramfeld-Steilshoop

Familienhebammen in Bramfeld,
Hallesdorfer Str. 119, 22179 Hamburg
Tel.: 040 64415923

Farmsen-Berne

Familienhebammen im Treff Berne,
Berner Heerweg 366, 22159 Hamburg
Tel.: 040 34831340
Tel.: 0176 23381069

Rahlstedt/Großlohe

Familienhebamme in Rahlstedt/Großlohe
Sprechzeiten auf Anfrage im KiFaZ, Hoff-
mannstieg 3, 22143 Hamburg und im Frau-
en- und Mädchentreff, Mehlandsredder 9 h,
22143 Hamburg
Tel.: 040 24867390
Tel.: 0176 63319736

Westl. Harburg und Phönixviertel

Familienhebamme im Eltern-Kind-Zentrum,
Lühmannstr. 13b, 21075 Hamburg
Eltern-Kind-Zentrum Eddelbüttelstr. 9,
21073 Hamburg und Treffpunkt Haus
Heimfeld, Friedrich-Naumann-Str. 9, 21075
Hamburg
Tel.: 040 75663588

Jenfeld

Familienhebammen im Treffpunkt 1 + 1 für
junge Schwangere und junge Mütter mit
Kindern, Dahlemer Ring 1, 22045 Hamburg
Tel.: 040 6731323
Tel.: 0157 74468187

Lohbrügge

Familienhebammen im KiFaZ Lohbrügge,
Fritz-Lindemann-Weg 2, 21031 Hamburg
Tel.: 040 72543460

Lokstedt

Familienhebamme in der Lenzsiedlung
Bürgerhaus Lenzsiedlung, Julius-Vosseler-
Str. 193, 22527 Hamburg
Tel.: 040 43096747

Lurup/Osdorf

Familienhebamme im KiFaZ Lurup,
Netzestr. 14a, 22547 Hamburg
Tel.: 040 840097-27

Neu-Allermöhe

Familienhebammen im KiFaZ Neu-
Allermöhe, Otto-Grot-Straße 90, 21035
Hamburg
Tel.: 040 72543460

Schnelsen-Süd/Eidelstedt-Ost

Familienhebamme im Projekt 38, Garf-
Johann-Weg 38, 22459 Hamburg
Tel.: 04101 34708
Tel.: 0151 15175520

Rothenburgsort

Familienhebamme für Rothenburgsort,
Marckmannstr. 75, 20539 Hamburg
Tel.: 040 251968-0

Wilhelmsburg/Veddel

Familienhebammen für Wilhelmsburg und
Veddel beim Landesbetrieb für Erziehung
und Berufsbildung, Schwentnerring 3,
21109 Hamburg
Tel.: 040 74200908

Stillgruppen:

La Leche Liga Deutschland e. V.

Stillberatung
Tel.: 0571 4049481
(Infoline für Stillberatung)
Internet: www.lalecheliga.de

Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V. (BDL)
Hildesheimer Straße 124 E, 30880 Laatzen
Tel.: 0511 87649860
(Sekretariat)
E-Mail: sekretariat@bdl-stillen.de
Internet: www.bdl-stillen.de
Die Laktationsberaterinnen IBCLC in Ihrer Nähe sind im Internet aufzurufen oder telefonisch unter oben angegebener Telefonnummer zu erfragen.

WHO/UNICEF ausgezeichnete Babyfreundliche Krankenhäuser in Hamburg:

Amalie Sieveking Krankenhaus
Haselkamp 33, 22359 Hamburg
Stillberatung
Tel.: 040 64411-8116
E-Mail: a.renning@amalie.de

Asklepios Klinik Nord Heidberg
Tangstedter Landstraße 400, 22417 Hamburg
Tel.: 040 1818879432
(Stillberatung)
E-Mail: t.juppe@asklepios.com
Internet: www.asklepios.com/klinikumnord

Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
Tel.: 040 1818862744
(Stillberatung)
E-Mail: ren.meyer@asklepios.com
Internet: www.asklepios.com/harburg

Hilfe bei postnataler Depression:

Schatten & Licht e. V.
Krise rund um die Geburt, initiative peripartale psychische Erkrankungen
Internet: www.schatten-und-licht.de

Selbsthilfegruppen und Beraterinnen:

KISS – Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen
Telefon 040 395767
(Zentrale Selbsthilfe-Telefon)
E-Mail: kiss@paritaet-hamburg.de
Internet: www.kiss-hh.de
Internet: www.paritaet-hamburg.de

Frauenberatungsstelle e. V.
Moorfuhrweg 9b, 22301 Hamburg
Tel.: 040 2807907

Mutter-Kind-Einrichtungen:

**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Ambulanz und Tagesklinik für psych.
Kranke Mütter**
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Tel.: 040 428034485

Asklepios Klinik Nord, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
Tel.: 040 1818872338

**Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg,
Psychosomatische Tagesklinik**
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
Tel.: 040 88908771

Beratung:

Kreisel für das Leben mit Kindern e. V.
Margarita Klein, Ehrenbergstraße 25, 22767 Hamburg
Tel.: 040 38612371
Internet: www.kreiselhh.de

Literatur:

„Wochenbettdepression: Erkennen – Behandeln – Vorbeugen“

K. Dalton, W.M. Holton, I. Erckenbrecht;
Verlag Huber, Bern; Auflage 1 (13.Mai 2003)

„Muttermutterglück und Mutterleid: Diagnose und Therapie der postpartalen Depression“

C.M. Klier, U. Demal, H. Katschnig; Facultas Universitätsverlag (1.Oktober 2001)

„Eigentlich sollte ich glücklich sein: Hilfe und Selbsthilfe bei postnataler Depression und Erschöpfung“

C. Dix; Kreuz-Verlag (1998)

„Freudentränen und Babyblues“

B. Salis; Rowohlt Tb. Verlag (2003)

„MutterSeelenAllein: Erschöpfung und Depression nach der Geburt“

P. Gmür; Atlantis Verlag, Orell Füssli (2000)

„Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld“

A. Rohde; Kohlhammer Verlag (2004)

„Das Fremde in mir“

von Emily Atef, DVD, 2008

Baby und Familie

Judith Würzburg: Seelische Krisen nach der Geburt; Erschienen: Dezember 2008

Hilfestellen:

Wellcome – Praktische Hilfe für Familien nach der Geburt Standorte:

Internet: www.welcome-online.de

Niendorf

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Garstedter Weg 9, 22453 Hamburg,
Tel.: 040 226229770

Altona/St. Pauli

JesusCenter e. V.,
Schulterblatt 63, 20357 Hamburg
Tel.: 040 40187733

Bahrenfeld

Familienzentrum der Luthergemeinde,
Lyserstr. 23, 22761 Hamburg
Tel.: 040 28515211

Blankenese

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Sülldorfer Kirchenweg 1b, 22587 Hamburg
Tel.: 040 970794610

Osdorf

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Kroonhorst 3, 22549 Hamburg
Tel.: 040 84002383

Hamburg-Türkische Gemeinde e. V.

Türkische Gemeinde in Hamburg und Umgebung e.V.,
Hospitalstr. 111 (Haus 7), 22767 Hamburg
Tel.: 040 4136609-0

Eimsbüttel

Kita Die halbe Meter e. V.,
Fruchtallee 124a, 20259 Hamburg
Tel.: 040 38642403

Barmbek-Uhlenhorst

Kath. Frauen- u. Familien-Bildungsstätte,
Graumannsweg 42, 22087 Hamburg
Tel. 040 2291244

Eppendorf

offene kirche Eppendorf, Loogeplatz 14-16,
20249 Hamburg
Tel.: 040 460793-19

Poppenbüttel

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Poppenbüttler Markt 2, 22399 Hamburg
Tel.: 040 6022110

Rahlstedt

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Dreieckskoppel 13, 22145 Hamburg,
Tel.: 040 6445474

Harburg

Ev. Familien-Bildungsstätte,
Hölertwiete 5, 21073 Hamburg
Tel.: 040 519000961

Billstedt

Elternschule,
Lorenzenweg 2b, 22111 Hamburg
Tel.: 040 42854-7587

Wilhelmsburg

Ev. Kindertagesstätte Emmaus,
Mannesallee 13, 21107 Hamburg
Tel.: 040 758319

Notmütterdienst – Familien- und Senioren- hilfe e. V.

Geschäftsstelle Hamburg,
Schloßstraße 94, 22041 Hamburg
Tel. 040 3611190
Internet: www.nmd-ev.de

Elterntelefon des Deutschen Kinderschutz- bundes

Tel.: 0800 1110550
(kostenfrei)

Mütterzentren:

Mütterzentrum Bergedorf e. V.

Reetwerder 11, 21020 Hamburg
Tel.: 040 7208286

Mütterzentrum Hohenfelde e. V.

Ifflandstraße 69, 22087 Hamburg
Tel.: 040 22748945

Mütterzentrum Eimsbüttel / Mehrgenerati- onenhaus Nachbarschatz e. V.

Müggenkampstraße 30a, 20257 Hamburg
Tel.: 040 40170607

Mütterzentrum Burgwedel e. V.

Schleswiger Damm 230, 22457 Hamburg
Tel.: 040 5509749

Familienzentrum Altona

Struenseestraße 30 (Im Jugendklub), 22767
Hamburg
Tel.: 040 428112827

Eltern-Kind-Zentren:

Standorte unter: www.hamburg.de/eltern-kind-zentren/118674/eltern-kind-zentren.html

Elternschulen:

Es gibt in Hamburg 23 Elternschulen. Stan-
dorte unter: [www.hamburg.de/
behoerdenfinder/hamburg/info/elternschule/](http://www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/info/elternschule/)

Kinder- und Familienzentren (KiFaZ)

KiFaZ Dringsheide,
Dringsheide 3, 22119 Hamburg
Tel.: 040 6534423

KiFaZ Lurup

Netzestraße 14a, 22547 Hamburg
Tel.: 040 8400970

KiFaZ Schnelsen (Burgwedel)

Jungliebstraße 10, 22457 Hamburg
Tel.: 040 55009135 / 36

Außenstelle Schnelsen-Süd

Vörn Brook 9a, 22459 Hamburg
Tel.: 040 57008466

KiFaZ Barmbek-Süd

Wohldorfer Straße 30, 22081 Hamburg
(im BarmbekBasch)
Tel.: 040 29821311

KiFaZ Großlohe
Hoffmannstieg 2, 22143 Hamburg
Tel.: 040 67563266

KiFaZ Farmsen-Berne
Berner Allee 31a, 22159 Hamburg
Tel.: 040 6450300

KiFaZ Neu-Allermöhe
Otto-Grot-Straße 90, 21035 Hamburg
Tel.: 040 7359270

KiFaZ Lohbrügge
Fritz-Lindemann-Weg 2, 21031 Hamburg
Tel.: 040 72543460

Kinderschutzzentrum – KiFaZ Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 40, 21075 Hamburg
Tel.: 040 7901040

Mütterberatungsstellen:

Mütterberatungsstellen sind über die Bezirksämter zu erfragen.

Internet:

www.hamburg.de/familienwegweiser/118072/beratung.html

oder

www.hamburg.de/behoerdenfinder/hamburg/11262466/

Bezirksamt Altona
Platz der Republik 1, 22765 Hamburg
Tel.: 040 4281101

Bezirksamt Bergedorf
Wentorfer Straße 38, 21029 Hamburg
Tel.: 040 428910

Bezirksamt Eimsbüttel
Grindelberg 66, 20139 Hamburg
Tel.: 040 428010

Bezirksamt Hamburg-Mitte
Klosterwall 8, 20095 Hamburg
Tel.: 040 482540

Bezirksamt Hamburg-Nord
Kümmellstraße 7, 20249 Hamburg
Tel.: 040 428040

Bezirksamt Harburg
Harburger Rathausplatz 1, 21073 Hamburg
Tel.: 040 428710

Bezirksamt Wandsbek
Schloßstraße 60, 22041 Hamburg
Tel.: 040 428810

Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS) Deutschland e. V.
GEPS-Deutschland e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Simone Beardi
Fallingbosteler Straße 20
30625 Hannover
Tel.: 0511 8386202
Fax: 0511 8386202
E-Mail: geps-deutschland@t-online.de
Internet: www.geps.de

Weitere Informationen und Infomaterialien unter:

Beratungstelefon: «Gesunder Babyschlaf»
Tel.: 0180 5099555 (12ct/Min)
Internet: www.hamburg.de/ploetzlicher-saeuglingstod/
oder
www.babyschlaf.de

Alle wichtigen Adressen der Beratungsstellen sind im Faltblatt „Beratung und Unterstützung für Familien“ aufgeführt. Die Faltblätter gibt es für jeden Bezirk in Hamburg und werden über die Orts- und Bezirksämter sowie die öffentlichen Büchereien verteilt und sind im Internet zu beziehen unter:

www.hamburg.de/familie/veroeffentlichungen/96092/familienfaltblaetter.html

oder direkt durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Broschürenservice (nur Bereich Soziales/Familie)
Hamburger Straße 47, 22083 Hamburg
Tel.: 040 428637778
Fax: 040 428632286
E-Mail: publikationen@bsg.hamburg.de

Literatur für Eltern:

„Eltern sein – Die erste Zeit zu dritt “
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Juli 2009

„das Baby – Informationen für Eltern über das erste Lebensjahr “
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), November 2009

„kinder schützen – unfälle verhüten – Elternratgeber zur Unfallverhütung im Kindesalter“
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), August 2009

„Das Baby ist da! – rauchfrei nach der Geburt “
Ratgeber für Mütter und Väter, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

„Gesunde Ernährung von Anfang an“
Hrsg.: Verbraucher-Zentrale Hamburg e. V., 13. Auflage 2003, erhältlich bei den Verbraucherzentralen
Internet: www.vzhh.de
Alle Broschüren der BZgA sind kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse: BZgA, 51101 Köln, oder per E-Mail: order@bzga.de



© Steffi Pelz, pixelio.de

6. Fazit und Perspektiven

Eine gesunde Entwicklung des Kindes schon während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr ist die beste Grundlage für das weitere gesunde Aufwachsen in der Kindheit und im Jugendalter und auch prägend für das spätere Erwachsenenalter. Aus diesem Grund ist die Gesundheit „rund um Schwangerschaft und Geburt“ nicht nur für jede einzelne Person sondern auch für die öffentliche Gesundheit von großer Bedeutung.

Erstmalig erfolgt mit der vorliegenden Analyse insbesondere der Daten der Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser Hamburgs (EQS) ein umfassender Überblick über die gesundheitliche Lage schwangerer Frauen, von Müttern und ihren Säuglingen. Beschrieben und bewertet werden beispielsweise die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, das Geburtsgeschehen und die Hebammenversorgung. Insbesondere für das erste Lebensjahr werden die vielzähligen Angebote des bestehenden Hilfesystems aufgeführt.

Ein erstes übergreifendes Fazit lautet: Der derzeitige Gesundheitszustand gebärender Frauen und ihrer Säuglinge und Kleinkinder kann als überwiegend sehr gut eingeschätzt werden. Die hohe medizinische Versorgungsqualität Hamburgs, die sich u. a. in der Spitzenmedizin der Geburtshilfe Hamburger Krankenhäuser ausdrückt, spiegelt sich in vielen Zahlen wider.

Zentrale Ergebnisse des Berichtes

Eines der wichtigsten Ergebnisse ist, dass die **Schwangerschaftsvorsorge** überwiegend wie beabsichtigt in Anspruch genommen wird. Es sind jedoch auch Lücken zu beobachten. Einige Mütter beginnen erst im mittleren Schwangerschaftsdrittel mit der Vorsorge und/oder nehmen nur sehr wenige Untersuchungen wahr. Abhilfe schaffen kann eine

gezielte Aufklärung bislang nicht erreichter Frauen. Diese müssen über den Nutzen frühzeitiger und regelmäßiger Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen informiert werden.

Die Zahlen zeigen auch: Die älteren unter den gebärfähigen Frauen sind besser in der Lage, ihr Gesundheitsverhalten an die Schwangerschaft anzupassen. Sie beginnen z. B. frühzeitiger mit den Vorsorgeuntersuchungen. Als Empfehlung lässt sich ableiten: **Jüngere Schwangere und auch schwangere Migrantinnen** sollten frühzeitig und verstärkt zur Inanspruchnahme einer gesundheitlichen Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft motiviert werden.

Auch der Blick auf **riskantes Gesundheitsverhalten** bietet Erkenntnisse. Frauen im gebärfähigen Alter sind eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention. Eine verbesserte Aufklärung kann zur Förderung eines gesundheitsbezogenen Lebensstils beitragen. Zum Beispiel indem starkes Übergewicht oder Rauchen während der Schwangerschaft verringert wird bzw. insgesamt das Bewusstsein für die eigene und für die Gesundheit des Kindes geschärft wird.

Ein weiteres gesundheitsbezogenes Problemfeld ist **Frühgeburtlichkeit**. Bei Frühgeborenen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Folgeprobleme, zum Beispiel Entwicklungsstörungen. Anschaulich konnten in den Schuleingangsuntersuchungen **Entwicklungsauffälligkeiten** in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer ermittelt werden. Das gemeinsame Ziel von Eltern und allen beteiligten Gesundheitsakteuren sollte sein, Gesundheitsgefährdungen so frühzeitig wie möglich zu erkennen und zeitnah eine Förderung einzuleiten. Hierzu leistet das Hamburger Hilfesystem der Frühförderung einen wesentlichen Beitrag.

Der Anteil der **Kaiserschnittgeburten** hat in den letzten Jahren bundesweit weiter stetig zugenommen. Dies bestätigte sich, auch wenn Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsschwangerschaften und Lageanomalien aus der Analyse ausgeschlossen wurden. Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass mit einer differenzierteren Dokumentation der Indikation für eine Sectio ein Beitrag zur Ursachenanalyse geleistet werden könnte.

Einige Mütter werden in den Wochen nach der Geburt nicht von **Hebammen** betreut. Wünschenswert wäre, dass alle Mütter, die einen Bedarf für eine Hebammenbetreuung haben, diese Unterstützung auch in Anspruch nehmen können. Besonders positiv zu bewerten ist die Arbeit der **Familienhebammen**. Sie erreichen schwangere Frauen, Mütter und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf und verbinden hebammenspezifische Beratung mit lebenspraktischen Hilfen. Mit den bestehenden Familienhebammenstandorten in allen Hamburger Bezirken werden Mütter und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf angemessen betreut.

Eine positive Entwicklung zeigt sich auch bei der **Säuglingssterblichkeit**. Die rückläufigen Zahlen sind – neben den Verdiensten des gut ausgebauten und qualitativ hochwertigen Geburtshilfesystems – auch auf die erfolgreichen Aktivitäten des Hamburger Bündnisses gegen den plötzlichen Säuglingstod zurückzuführen.

Nahezu alle Kinder im ersten Lebensjahr sind in das System der **Früherkennungsuntersuchungen** eingebunden. Die geringeren Teilnahmequoten bei Kindern nicht-deutscher Herkunft zeigen aber Handlungsbedarf. Mit der Kampagne Enemene-Mu, dem Einsatz des Hamburger Gesundheits- und Familienmobils unter Einbindung von Multiplikatoren mit Migrationshintergrund ist ein erster Schritt zu einer verbesserten Teilnahme getan.

Perspektiven

Handlungsansätze eröffnen sich zum einen über das geplante „Programm Frühe Hilfen in Hamburg“. Dieser Ansatz fördert über die verbesserte Zusammenarbeit von Akteuren und Einrichtungen ein gesundes Aufwachsen der Kinder, insbesondere auch derjenigen, die besonderer Hilfen bedürfen. Bereits in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und bis ins dritte Lebensjahr sollen sowohl eine gesunde Entwicklung als auch das Kindeswohl eingeleitet und unterstützt werden.

Weiterhin wird im Rahmen der weiteren Entwicklung des „Paktes für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg“ unter dem Leitziel „Gesund Aufwachsen in Hamburg“ das Thema „Gesundheit rund um Schwangerschaft und Geburt“ aufgegriffen und bestehende Strukturen zielgeleitet mit verschiedenen Bündnispartnern weiter entwickelt. Die Erkenntnisse dieses Berichtes und die daraus abgeleiteten Empfehlungen werden bei der Weiterentwicklung dieses Vorhabens berücksichtigt.

Fazit

Die Zeit in der Schwangerschaft und rund um die Geburt ist für einen gesunden Start ins Leben und die weitere gesundheitliche Entwicklung wichtig. Dies wiederum stellt hohe Ansprüche an werdende Mütter und Väter. Gesundheitskompetenz und ein ausgeprägtes Gesundheitswissen der Frauen im gebärfähigen Alter, der schwangeren Frauen und junger Mütter verbessern die Chancen der ungeborenen Kinder und Neugeborenen für eine gesunde Entwicklung.

Rund um Schwangerschaft und Geburt müssen niedrigschwellige Angebote wohnortnah bereit stehen, um Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention

noch mehr als bisher in bestehende Beratungs- und Regelangebote zu integrieren. Dabei sind nicht nur die Einrichtungen und Akteure der medizinischen Gesundheitsversorgung gefordert. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst sowie weitere Institutionen kümmern sich um das Wohlergehen von Müttern und ihren Säuglingen. Nachfolgend werden nochmals die wesentlichen Empfehlungen kurz zusammengefasst:

- Aufklärung über die Notwendigkeit frühzeitiger und regelmäßiger Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen
- Frühzeitiges Erkennen von Gesundheitsgefährdungen und Entwicklungsauffälligkeiten mit dem Ziel, Förderung und Unterstützung zeitnah einzuleiten
- Motivation insbesondere von jüngeren Frauen und auch Schwangeren mit Migrationshintergrund zur frühzeitigen und verstärkten Inanspruchnahme einer gesundheitlichen Betreuung und Beratung während der Schwangerschaft
- Eine verbesserte Aufklärung über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsgefahren bei Frauen im gebärfähigen Alter um dazu beizutragen, das Bewusstsein für die eigene und ggf. für die Gesundheit des Kindes zu stärken und z. B. Übergewicht oder Rauchen während der Schwangerschaft zu reduzieren
- Alle Mütter, die Bedarf für eine Hebammenbetreuung haben, müssen diese Unterstützung auch in Anspruch nehmen können.

Die dargestellten Erkenntnisse, Ansätze und Empfehlungen dieses Berichtes sollten Ansporn und Motivation zugleich sein, sich weiter intensiv und tatkräftig für die Gesundheit von Müttern, Vätern und ihren

Säuglingen zu engagieren. Ein solches Engagement ist eine Investition in die Zukunft und trägt maßgeblich dazu bei, die Gesundheit Hamburger Bürgerinnen und Bürger insgesamt zu fördern.



© Peter Michael Eitel-Schaal, pixelio.de

7. Datenquellen

EQS-Jahresauswertungen

Der Zweck der Externen Qualitätssicherung (EQS) Hamburg ist die Durchführung der Erfassung und der Vergleich der Qualität medizinischer Leistungen.

Im Kontext der Qualitätssicherung der Geburtshilfe erfolgt seit 1998 die Perinatalerhebung in den Hamburger Krankenhäusern. Seit 2002 stehen vollständige und statistisch belastbare Daten zur Verfügung. Die aktuelle aggregierte Ergebnisdarstellung ist im Internet einsehbar (www.eqs.de) bzw. für vorausgehende Jahre bei der EQS zu erfragen. Im Rahmen der Perinatalerhebung werden nicht nur klinisch relevante Informationen zu Mutter und Kind wie z. B. Schwangerschaftswoche, APGAR-Index, operativer Entbindung, Komplikationen etc. dokumentiert, sondern auch aus Public Health Perspektive relevante Daten (Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsverhalten, etc.). Dieser Datenfundus bietet quasi ein Monitoring im geburtshilflichen Bereich für Hamburg.

EQS-Sonderauswertung 2007

Für den Gesundheitsbericht „Rund um Schwangerschaft und Geburt“ wurden ergänzend gesonderte Analysen auf der Grundlage der Daten 2007 vorgenommen. Da die Daten grundsätzlich extern nicht zur Verfügung gestellt werden, hat die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz einen gutachterlichen Auftrag formuliert. Dieser zielte darauf ab, die wichtigsten Risiken und Ressourcen bei den Hamburger Müttern darzustellen. Im Wesentlichen ging es um den Vergleich definierter Teilgruppen in ausgewählten Merkmalen, wie z. B. das Alter, die Berufstätigkeit, die Staatsangehörigkeit oder der Sozialstatus und das Gesundheitsverhalten.

Wenn nicht anders ausgewiesen, beruhen die Analysen auf den Daten der EQS-Jahresauswertung und der EQS-Sonderanalyse 2007.

Hier sind alle in Hamburger Krankenhäusern dokumentierten Schwangerschaften und Geburten einbezogen, auch die der nicht in Hamburg gemeldeten Frauen. Zum Beispiel 2007 ist die Anzahl gebärender Frauen laut EQS n=19.368 gegenüber den in Hamburg gemeldeten gebärenden Frauen laut Statistikamt Nord n=16.727.

Die Bezeichnung „Hamburger Mütter“ oder ähnlich bezieht in diesem Bericht auch die nicht in Hamburg gemeldeten gebärenden Frauen ein.

BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit

Das BQS-Institut ist eine unabhängige Einrichtung, die sich insbesondere auf die Darlegung von Versorgungsqualität im Auftrag verschiedenster Partner im Gesundheitswesen spezialisiert. Die wissenschaftlich fundierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren wird mit einer praxisnahen Umsetzung in verschiedenen Projekten kombiniert (www.bqs-hamburg.de).

Krankenhausdiagnosestatistik 2000-2007

Eine weitere Datengrundlage, die die Hauptdiagnose sowie das Alter, das Geschlecht und die Verweildauer der in den Krankenhäusern behandelten schwangeren Frauen und neugeborenen Kinder beinhaltet, ist die Krankenhausdiagnosestatistik gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Diese Statistik ist eine Fallstatistik aller im jeweiligen Berichtsjahr aus den Krankenhäusern entlassenen vollstationären Krankenhausfälle. In dieser Statistik werden die vollstationären Krankenhausfälle nach der gül-

tigen ICD-Klassifikation gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien verschlüsselt und entsprechend der Abrechnungsbestimmungen des DRG-Systems (Fallpauschalen-Vereinbarung – FPV) in die Statistik aufgenommen. Alle drei Systeme werden entsprechend des DRG-Systems jährlich angepasst. Änderungen dieser Systeme bewirken entsprechend Änderungen in der Kodierung der jeweiligen Diagnosen. Insbesondere in den für diesen Bericht relevanten ICD-Kapiteln hat sich dieses deutlich gezeigt. In diesem Fall handelt es sich um fallbezogene Dokumentation und Charakterisierung der wichtigsten Diagnosen nach ICD 10. Relevant sind hier Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (O00-O99), Kapitel 16 „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00-P96) und Kapitel 17 „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (Q00-Q99).

Vor diesem Hintergrund ist die Verwendung dieser Statistik für Aussagen zur Entwicklung bestimmter Krankheiten bzw. Auffälligkeiten bei Schwangeren und Neugeborenen mit großen Unsicherheiten verbunden. Entsprechend wurde auf Basis einer internen Recherche und Datenanalyse entschieden, diese Datenquelle als Ergänzung der umfangreichen Analyse auf Basis der EQS-Sonderauswertung nicht zu verwenden. Nur in Einzelfällen werden ausgewählte Daten herangezogen und entsprechend erläutert.

Statistisches Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)

Der Zweck des Statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein ist die Durchführung der bundesgesetzlich oder durch europäisches Recht angeordneten amtlichen Statistiken für die beiden Bundesländer. Das Statistikamt Nord erhebt die Daten und bereitet sie auf, es veröffentlicht

die Ergebnisse für die Region, interpretiert und analysiert sie. Die aufbereiteten Daten für Hamburg beziehen sich auf alle in Hamburg gemeldeten Personen.

Schuleingangsuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hamburg

Einschulungsuntersuchungen sind im Unterschied zu allen anderen Vorsorgeangeboten Pflichtuntersuchungen. Dies gilt für alle Länder. Sie werden i. d. R. von Ärztinnen bzw. Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst durchgeführt. Die Schulärztlichen Untersuchungen haben das Ziel, gesundheitliche Probleme, die eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht gefährden könnten, rechtzeitig zu erkennen und für die betroffenen Kinder geeignete gesundheitsförderliche Maßnahmen einzuleiten. Die Untersuchungsergebnisse werden zu Zwecken der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung dokumentiert und ausgewertet.

KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

(www.kiggs.de)

Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch Institut (RKI; www.rki.de) durchgeführt. Die Studie ist vom Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gefördert worden. Ziel dieser bundesweiten Befragung war es umfassende und repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu erheben. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8.656 Mädchen und 8.985 Jungen) teilgenommen. Zum Themenkomplex Schwangerschaft und Geburtsgeschehen konnten nur wenige Informationen herangezogen werden.

GBE – Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)

Die Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes führt Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen aus über 100 verschiedenen Quellen an zentraler Stelle zusammen, darunter viele Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, aber auch Erhebungen zahlreicher weiterer Institutionen aus dem Gesundheitsbereich. Die angebotenen Gesundheitsdaten und Gesundheitsinformationen werden fortlaufend inhaltlich angereichert und regelmäßig aktualisiert.

Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland

Die Statistik gibt einen Überblick über die Größenordnung, Struktur und Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland sowie über ausgewählte Lebensumstände der betroffenen Frauen. Damit werden wichtige Informationen im Zusammenhang mit den Hilfen für Schwangere in Konfliktsituationen sowie über Maßnahmen zum Schutz des ungeborenen Lebens zur Verfügung gestellt.

Erhebungsinhalte sind Alter und Familienstand der Frau, Anzahl der Lebendgeborenen und Anzahl der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder, rechtliche Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs (nach Indikationsstellung oder Beratungsregelung), Dauer der Schwangerschaft, Art des Eingriffs und der Anästhesie sowie beobachtete Komplikationen, Ort des Eingriffs (Krankenhaus oder Praxis), Dauer des Krankenhausaufenthaltes bei stationärer Behandlung, Land, in dem der Eingriff erfolgte und Land des Wohnsitzes der Schwangeren.

Die Ergebnisse der Erhebung werden jährlich in der Fachserie 12 Reihe 3 im Statistik-Shop des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht. Die Publikation kann kostenlos im Internet herunter geladen werden: (www.gbe-bund.de).

Deutsches IVF-Register e. V. (DIR) (www.deutsches-ivf-register.de)

Das Deutsche IVF-Register ist eine Maßnahme der Qualitätssicherung, die seit 1982 Daten aus dem Bereich der humanen Reproduktionsmedizin in Deutschland erhebt und dokumentiert. Die Teilnahme am Register ist gemäß Berufsordnung verpflichtend. Die Ergebnisse der Datenerhebung werden in Jahresberichten veröffentlicht.

Das Register veröffentlicht in Jahrbüchern umfangreiche Zahlen zu den Behandlungen der mehr als 118 meldenden Zentren zur assistierten Reproduktion. Darunter sind 5 in Hamburg ansässige Zentren. Speziell für Hamburg liegen keine zusammengefassten Zahlen vor, von daher wird die bundesweite Situation mit Bezug auf das Jahr 2007¹²¹ beschrieben.

¹²¹ D.I.R.-Jahrbuch 2007, Deutsches IVF Register 2008

Glossar

APGAR-Index - Punkteschema für den Zustand des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt, in Bezug auf **A**tmung, **P**uls, **G**rundtonus, **A**ussehen und **R**eflexe.

Abort – Fehlgeburt

Abusus – nicht näher spezifizierter Missbrauch von Medikamenten, Alkohol, Nikotin oder anderen Drogen

BMI – der Body Maß Index ist eine Maßzahl für die Bewertung der Körpermasse eines Menschen

$$\text{BMI} = m/l^2$$

m – Körpermasse (in kg)

l – Körperlänge (in m)

Einstufung: < 18,5 Untergewicht; 18,5-25 Normalgewicht; ≥ 25 Übergewicht
Präadipositas; ≥ 30 **Adipositas**)

Epi-/Periduralanästhesie (PDA) – eine Form der rückenmarksnahen Betäubung

Kardiotokographie – (CTG) fortlaufende Ableitung und Aufzeichnung der fetalen Herzschlagfrequenz und gleichzeitig der Wehentätigkeit in der Spätschwangerschaft und während der Geburt zur Überwachung des Feten und zur frühzeitigen Erkennung einer intrauterinen Sauerstoffunterversorgung

Kryokonservierung – Aufbewahrung von Zellen (z. B. Spermien oder Eizellen) und anderen biologischen Materialien bei extrem tiefen Temperaturen (bis zu -196°C bei Verwendung von flüssigem Stickstoff)

Multiparae – Mehrgebärende

Perzentil – ein Hundertstel; Wenn alle Werte aufsteigen sortiert sind, grenzt das

10. Perzentil die untersten 10% der Werte von den anderen Werten ab; das 90. Perzentil grenzt entsprechend die obersten 10% der Werte von den anderen ab.

Zum Beispiel wird die Gewichtsverteilung der termingerecht geborenen Kindern dazu genutzt, die Randbereiche mit den auffällig leichten bzw. auffällig schweren Kindern zu definieren: Jeweils 10% der Kinder, die ab der vollendeten 37. SSW zur Welt kommen, liegen unter dem zehnten bzw. über dem 90. Gewichtsperzentil.

Primiparae – Erstgebärende

Salutogenese/salutogenetischer Ansatz – ein medizinisches Präventionskonzept, das sich auf Faktoren bezieht, die zur Entstehung (Genese) und Erhaltung von Gesundheit führen

Sectio caesarea – Kaiserschnitt

Sonographie in der Schwangerschaft – Anwendung von Ultraschall als bildgebendes Verfahren zur Untersuchung des Fetus in der Gebärmutter

SSW – Schwangerschaftswoche

