

8 Betreuungsplan

Christiane Schwarz

In der Leistungsbeschreibung (Anlage 1.2 zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zum 1.1.2018) finden sich die möglichen Untersuchungen durch die Hebamme. Diese Untersuchungen „müssen nicht der Reihe nach und auch nicht in Gänze jedes Mal erbracht werden“. Die Leistungen können auch erbracht werden, wenn sich die Schwangere in ärztlicher Behandlung befindet.

Die Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft umfasst in Anlehnung an die jeweils gültige Fassung der Mutterschaftsrichtlinien folgende

Leistungen:

- Beratung,
- Blutdruckmessung,
- Urinkontrolle,
- Gewichtskontrolle,
- auskultatorisch kindliche Herzfrequenzkontrollen ab SSW 24 + 0,
- Fundusstand und Kindslage bestimmen,
- Entscheidung über notwendige Laboruntersuchungen,
- körperliche Untersuchungen, ggf. vaginale, zur Abgrenzung von Beschwerden und Pathologie.

In den **Mutterschaftsrichtlinien** [5] werden Vorsorgeuntersuchungen bis zum ET in den ersten Monaten im Abstand von 4 Wochen, in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten im Abstand von 2 Wochen empfohlen.

Für das evidenzbasierte Arbeiten birgt diese Empfehlung Konflikte, da die aktuelle Fassung der Richtlinien nicht immer den neuesten Erkenntnissen der Forschung entspricht. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Reduktion der **Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen** bei gesunden Schwangeren möglich ist, ohne dadurch schlechtere perinatale Ergebnisse hinnehmen zu müssen [1], [6], [8], [12]. Gleichzeitig weisen Studien darauf hin, dass die Durchführung der routinemäßigen Vorsorge ohne Nachteile durch Hebammen geleistet werden kann [1], [5], [8], [12].

Ein **hebammenbasiertes System der Schwangerenvorsorge** könnte sogar vorteilhaft gegenüber einer ärztlich dominierten Vorsorge sein, indem gezielter am Problemfeld der gesundheitlichen Benachteiligung von **sozial benachteiligten Schwangeren** angesetzt werden kann. Frauen aus gesellschaftlichen Randgruppen bilden bei den meisten ernst zu nehmenden Schwangerschaftsrisiken die größte Gruppe [2], [3], [7], [9], [11].

Ein **ganzheitliches Gesundheitskonzept** schließt die Dimensionen der psychischen, emotionalen, gesellschaftlichen, sexuellen und spirituellen Gesundheit ein. Gesundheitsförderungsstrategien, die auf die sozialen, umweltbezogenen und ökonomischen Aspekte zielen, sind wahrscheinlich erfolgreicher als rein medizinisch-kurative Ansätze [4]. Solche Strategien können durch Hebammen möglicherweise effektiver angeboten und umgesetzt werden als von ÄrztInnen. Durch die Möglichkeit, im großzügigen Zeitrahmen kontinuierliche Betreuungsangebote auch im häuslichen Umfeld der Schwangeren anzubieten, können psychosoziale Risiken eher erkannt und Lösungsstrategien interdisziplinär erarbeitet werden [11].

Die Hebamme berät die Schwangere bereits beim Erstkontakt über die verschiedenen Möglichkeiten der Gestaltung der Vorsorge. So werden die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen sowie der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen **den Bedürfnissen der Schwangeren und dem Schwangerschaftsverlauf angepasst**.

Der nachfolgende Betreuungsplan (► Tab. 8.1) beschreibt ein **Vorsorgeschema für gesunde Schwangere** nach evidenzbasierten Kriterien. Letztlich entscheidet die schwangere Frau aber selbst, wie sie betreut werden möchte. ► Abb. 8.1 stellt Informationen über die Vorsorgeuntersuchungen für die schwangeren Frauen zusammen.

► **Tab. 8.1** Betreuungsplan für gesunde Schwangere.

SSW	Erstgebärende	Mehrgebärende
Bis 12	Betreuungsbedarf herausfinden allgemeine Beratung Anamneseerhebung Screeningtests (Blutuntersuchungen, Urinuntersuchung, Chlamydien-Screening) erklären und anbieten BMI berechnen Blutdruck (RR) Urinuntersuchung auf Protein (P)	Wie Erstgebärende
16	Untersuchungsergebnisse der letzten Vorsorge besprechen RR Urin auf P Falls Hb < 11, weitere (ärztliche) Untersuchungen veranlassen	Wie Erstgebärende
25	Symphysen-Fundus-Abstand (SFA) RR Urin auf P	Nicht erforderlich
28	SFA, RR, Urin auf P kl. Blutbild anbieten Anti-D bei rh-negativen Schwangeren anbieten	Wie Erstgebärende
31	SFA, RR, Urin auf P Screeningergebnisse besprechen	Nicht erforderlich
34	SFA, RR, Urin auf P	Wie Erstgebärende + Screeningergebnisse besprechen
36	SFA, RR, Urin auf P Leopold'sche Handgriffe: bei BEL äußere Wendung besprechen	Wie Erstgebärende
38	SFA, RR, Urin auf P	Wie Erstgebärende
40	SFA, RR, Urin auf P	Nicht erforderlich
41	SFA, RR, Urin auf P vag. Untersuchung und Eipol-Lösung anbieten Einleitung ab ET + 7 besprechen + anbieten	Wie Erstgebärende

basierend auf Daten aus NICE 2008

Zusätzliche Betreuung ist erforderlich bei Frauen mit folgenden anamnestischen Besonderheiten:

- Herzerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- endokrine Erkrankungen, einschließlich insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ I und II
- schwere psychiatrische Erkrankungen
- Epilepsie
- schwere Allgemeinerkrankungen
- Adipositas (BMI > 30)
- Frauen in sozialen und psychischen Notlagen
- Frauen, die mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Komplikationen entwickeln könnten, als durchschnittlich zu erwarten wäre (Raucherinnen, Frauen über 40 Jahre, Mehrlingsschwangere)

Nicht routinemäßig empfohlen werden:

- Gewichtskontrollen
- Brustuntersuchung
- Beckenmessung
- Eisengabe
- Vitamin-A-Gabe
- Routine-Screening auf Cytomegalie, Hepatitis C, Streptokokken B, Toxoplasmose, Soorinfektionen
- vaginale Untersuchungen
- CTG
- Größenbestimmung des Kindes mit Ultraschall
- Screening auf Gestationsdiabetes
- Dopplersonografie

Informationen für Schwangere

Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Schwangerschaft!

Wir möchten Ihnen einige Informationen über den Ablauf der Vorsorgeuntersuchungen mitgeben. Bei Fragen wenden Sie sich jederzeit an Ihre Hebamme.

Beim **ersten Vorsorgetermin** bekommen Sie Ihren **Mutterpass**. Dieses Dokument gehört Ihnen, und alle Untersuchungen, die im Laufe der Schwangerschaft durchgeführt werden, sollten dort eingetragen werden.

Ihnen stehen **ca. 10 Vorsorgeuntersuchungen** im Laufe der Schwangerschaft zu. Darüber hinaus übernehmen die Krankenkassen die Kosten für drei Ultraschalluntersuchungen.

Sie können die gesamten Vorsorgeuntersuchungen durch Ihre Hebamme durchführen lassen. Lediglich für Ultraschalluntersuchungen und (falls gewünscht) einen Blutzuckertest ist ein Termin beim Arzt/bei der Ärztin erforderlich.

Es ist aber auch möglich, die Vorsorgen im Wechsel von Arzt/Ärztin und Hebamme in Anspruch zu nehmen oder nur einzelne oder gar keine Untersuchungen von der Hebamme machen zu lassen. Sie entscheiden selbst, wie und von wem Sie die Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen, und Sie können jederzeit in der Schwangerschaft Ihre Entscheidungen ändern.

Vorsorgeuntersuchungen sind für Sie **kostenlos**. Die Untersuchungen, die nicht von Ihrer Kasse bezahlt werden, haben in aller Regel auch keine gesicherte wissenschaftliche Grundlage, die ihre routinemäßige Durchführung rechtfertigt. Sollten bei Ihnen **zusätzliche Untersuchungen notwendig** werden, wird Ihre Krankenkasse diese übernehmen.

Bei jedem Termin haben Sie die Möglichkeit, die Untersuchungen und ihre möglichen Konsequenzen und Ergebnisse zu besprechen und Fragen zu stellen. Sie sollten mündliche und schriftliche Informationen zu den Untersuchungen erhalten, die Sie über den aktuellen Stand der Wissenschaft dazu aufklären.



© DHV – Schwangerenvorsorge durch Hebammen, Georg Thieme Verlag 2023

► **Abb. 8.1** Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Teil 1.

Informationen für Schwangere

Ihr **Vorsorgeplan** sieht in etwa folgendermaßen aus:

Bis 12. SSW (alle Schwangeren)

- Beratung über Lebensgewohnheiten, Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen, Infektionsschutz, finanzielle Hilfen für Schwangere
- Einschätzung Ihres persönlichen Bedarfs an Vorsorgeuntersuchungen
- Informationen über Folsäure (400 Mikrogramm/Tag)
- Informationen und ggf. Durchführung von Laboruntersuchungen (Infektionen, z. B. Röteln, Syphilis und AIDS; Blutgruppe, Rhesusfaktor, Antikörper und Blutarmut [Anämie])
- Information über die erste Ultraschalluntersuchung (Durchführung durch Facharzt/-ärztin)
- Messung von Gewicht, Größe und Blutdruck
- Urinuntersuchung
- ggf. Hilfe und Beratung bei Rauchentwöhnung
- Zeit für Fragen

16. SSW (alle Schwangeren)

- Erörterung der Testergebnisse
- Blutdruckmessung, Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung

25. SSW (für Schwangere mit vorausgegangenem unkompliziertem Schwangerschaften und Geburten nicht erforderlich)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung

28. SSW (alle Schwangeren)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Laboruntersuchung auf Blutarmut (Anämie) und Antikörper
- für rhesus-negative Frauen: Anti-D-Behandlung
- Zeit für Fragen und Beratung

31. SSW (für Schwangere mit vorausgegangenem unkompliziertem Schwangerschaften und Geburten nicht erforderlich)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung



© DHV – Schwangerenvorsorge durch Hebammen, Georg Thieme Verlag 2023

► **Abb. 8.2** Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Teil 2.

Informationen für Schwangere

34. SSW (alle Schwangeren)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung

36. SSW (alle Schwangeren)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Tastuntersuchung nach der Lage des Kindes, bei Steißlage Informationen über die Handlungsmöglichkeiten
- Zeit für Fragen und Beratung

38. SSW (alle Schwangeren)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung

40. SSW (für Schwangere mit vorausgegangenen unkomplizierten Schwangerschaften und Geburten nicht erforderlich)

- äußere Untersuchung der Gebärmutter
- Blutdruck- und Urinkontrolle
- Zeit für Fragen und Beratung

Wenn der errechnete Termin überschritten ist, besprechen Sie mit Ihrer Hebamme oder Ihrem Arzt, in welchen Abständen weitere Untersuchungen stattfinden sollen.

Wenn zusätzlich zu den oben aufgeführten Terminen im Vorfeld oder im Laufe der Schwangerschaft Betreuungsbedarf besteht, können Sie jederzeit weitere Termine erhalten.

((Hebammenstempel))

© DHV – Schwangerenvorsorge durch Hebammen, Georg Thieme Verlag 2023

► **Abb. 8.3** Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Teil 3.

8.1

Literatur

- [1] Bund Deutscher Hebammen (BDH), Hrsg. Empfehlungen zur Schwangerenvorsorge. Karlsruhe; 2003
- [2] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Bericht zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland. Berlin; 2002
- [3] Collatz J. Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. In: Hellbrügge T, Hrsg. Fortschritte der Sozialpädiatrie Vol 7. München – Wien – Baltimore: Urban und Schwarzenberg; 1983
- [4] Dunkley J. Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis. Bern: Hans Huber; 2003
- [5] Gemeinsamer Bundesausschuss. Mutterschafts-Richtlinien. 2022. Im Internet: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/
- [6] Hofmeyer J, Neilson JP, Alfirevic Z, Crowther CA, Duley L, Gulmezoglu M, Cyte GML, Hodnett ED. Pregnancy and Childbirth. A Cochrane Pocketbook. Chichester: Wiley & Sons; 2008
- [7] Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG). Soziale Lage und Gesundheit. Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz. Düsseldorf; 2001. Im Internet: www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/landesgesundheitskonferenz31_8_2001.pdf
- [8] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline, March 2008. London: RCOG Press; 2008
- [9] National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal Care: Evidence Update May 2013. Retrieved from www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/
- [10] Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglenks M et al. Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. *Psychoneuro* 2004; 30 (6): 342–347
- [11] Staschek B. Die Hebamme als Akteurin kommunaler Gesundheitsförderung. *Deutsche Hebammen Zeitschrift* [Im Druck]
- [12] WHO. A New Model of Antenatal Care. Geneva; 2002
- [13] www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtschaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp

9 Pränatale Diagnostik

Angelica Ensel

9.1

Medizinische Technologie und ethisches Konfliktfeld

Vorgeburtliche Diagnostik hat viele Dimensionen. Das ungeborene Kind im Mutterleib zu „sehen“, ist heute für schwangere Frauen eine Selbstverständlichkeit, die das Schwangerschaftserleben entscheidend verändert hat. Die Möglichkeiten, etwas über die Gesundheit des ungeborenen Kindes zu wissen, wecken **hohe Erwartungen** bei den werdenden Eltern. Dieses Wissen kann hilfreich sein, wenn sich daraus z. B. weitere therapeutische Konsequenzen für die Schwangerschaft oder für die Entscheidung über den Geburtsort ergeben.

Ebenso können pränatale Diagnosen – insbesondere wenn es um unklare Verdachtsmomente geht – aber auch **Ängste und Stress** auslösen und die Schwangerschaft nachhaltig stören. Hinzu kommt die Diskrepanz zwischen den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

! Merke

Die Technologien ermöglichen immer mehr und detailliertere Einblicke und Diagnosen, aber nur äußerst wenig kann therapiert werden.

Wenn eine schwerwiegende Behinderung oder Erkrankung des Kindes festgestellt wird, können die Eltern vor einem ethischen Dilemma stehen, wenn sie über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken und eine „unmögliche Entscheidung“ [35] treffen müssen. Pränatale Diagnostik hält nicht nur medizintechnologische Optionen bereit. Die Möglichkeiten der Diagnostik konfrontieren mit **weitreichenden ethischen Fragen**. Diese sind implizit in jedem Angebot des Vorabwissens enthalten. Jede Frau, jedes Elternpaar muss hier seinen eigenen Weg finden [48].

! Merke

Eine kompetente Begleitung der Eltern kann in der vorgeburtlichen Diagnostik nur gelingen, wenn sie nicht nur evidenzbasierte Informationen zugrunde legt, sondern auch die ethische Dimension der möglichen Entscheidungen miteinbezieht und auf die emotionale Herausforderung eingeht, die diese für die Eltern mit sich bringt.

Die vorgeburtliche Diagnostik hat sich seit ihren Anfängen in den 1960er-Jahren rasant entwickelt. Insbesondere die 2012 auf den Markt gekommenen nichtinvasiven pränatalen Tests (NIPT) führen zu einem **Paradigmenwechsel im Umgang mit der gesamten pränatalen Diagnostik** [33]. Neue Entwicklungen stellen uns vor neue gesellschaftliche Fragen und ebenso vor Herausforderungen – sowohl für die werdenden Eltern als auch für die Begleitenden. Gleichzeitig bringt die pränatale Diagnostik als boomende Wachstumsbranche mit einer hohen Akzeptanz Milliardenumsätze.

Das **Down-Syndrom**, die am häufigsten vorkommende, jedoch gut mit dem Leben vereinbare chromosomale Besonderheit, steht im Mittelpunkt der Diagnostik und der gesellschaftlichen Diskussion – eine Tatsache, die auf die zunehmend geringer werdende gesellschaftliche Akzeptanz der Geburt von Kindern mit einer Behinderung und eine Verengung des Leidbegriffs verweist. Auch Kosten-Nutzen-Analysen, die den finanziellen Aufwand von Screening-Untersuchungen den zusätzlichen Kosten für die Versorgung von Kindern mit Down-Syndrom gegenüberstellen, spiegeln die ethische Brisanz der pränatalen Diagnostik. Sie haben z. B. in Dänemark dazu geführt, dass dort kaum noch Kinder mit Down-Syndrom geboren werden [29].

Als ethisches Konfliktfeld ist pränatale Diagnostik mit **zentralen gesellschaftlichen Diskursen** verknüpft. Dies betrifft die vorgeburtliche Selektion von „nicht perfektem“ Leben, den Schwangerschaftsabbruch eines gewünschten Kindes und die

Selbstbestimmung der Frau, die Pathologisierung, Medikalisierung und Technisierung von Schwangerschaft und Geburt, die Optimierung des Körpers, Diskurse zu Leid und Leidensvermeidung, die Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung sowie Fragen der Ethik der Medizin.

! Merke

Da es bei ethischen Fragen niemals eindeutige „richtige“ Antworten gibt, ist die eigene Auseinandersetzung der Begleitenden ein beständiger und notwendiger Prozess.

Zu den ethischen Implikationen und den gesellschaftlichen Konsequenzen der vorgeburtlichen Diagnostik liegen zahlreiche Stellungnahmen von gesellschaftlichen Gruppen und Interessenvertretungen vor, u. a. auch vom Deutschen Hebammenverband [11].

9.1.1 Hebammenbegleitung im Kontext der pränatalen Diagnostik

Als Begleiterinnen der Schwangerschaft haben Hebammen im Kontext der pränatalen Diagnostik eine **besondere Rolle**. Zwar sind sie nicht unmittelbar in die Diagnostik eingebunden und auch im Gendiagnostikgesetz nicht erwähnt, sie sind jedoch durch ihre besondere Nähe zu den von ihnen begleiteten Frauen unmittelbar in Fragen und Auseinandersetzungen der Eltern sowie die möglichen Konsequenzen der Entscheidungen involviert. Das Spektrum der Aufgaben reicht von Gesprächen bei Unsicherheit, Ängsten und Entscheidungskonflikten bis hin zur Begleitung des späten Schwangerschaftsabbruchs nach pränataler Diagnostik. Dabei ermöglicht das Wissen um die Sensibilität und Labilität schwangerer Frauen, über die Auswirkungen von pränatalem Stress auf die Gesundheit von Mutter und Kind und die vorgeburtliche Bindung den Hebammen besondere Möglichkeiten der nachhaltigen Stärkung der Selbstkompetenz im Sinne der Salutogenese [28].

! Merke

Neben Information und Beratung haben Hebammen hier insbesondere die Aufgabe, die Frauen und Eltern in ihren Kompetenzen und ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken [25].

Außer medizinischem Fachwissen und Beratungskompetenzen sind ethische Kompetenzen gefragt, um die Eltern vor, während und nach pränataler Diagnostik nicht allein zu lassen und die Schwangerschaft zu stärken.

9.1.2 Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik

Mit dem laut Mutterschaftsrichtlinien vorgesehene Ultraschallscreening [37], das in Form von drei Untersuchungen allen Schwangeren angeboten wird, ist vorgeburtliche Diagnostik ein **impliziter Bestandteil der ärztlichen Schwangerenvorsorge**, mit dem alle Schwangeren konfrontiert sind. Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ausdrücklich betont, dass diese Basis-Ultraschalluntersuchungen nicht der genetischen Abklärung dienen, so ist gerade beim Ultraschall eine klare Abgrenzung zwischen einer Schwangerenvorsorge mit oder ohne Pränataler Diagnostik kaum möglich.

Insbesondere die seit 1. Juli 2013 aufgenommene Option der Wahl zwischen zwei unterschiedlich intensiven Untersuchungen beim zweiten Ultraschallscreening mit der Möglichkeit einer verstärkten Suche nach Fehlbildungen verlagert noch mehr Verantwortung auf die schwangeren Frauen und Eltern [58]. Hinzu kommt, dass pränatale Diagnostik im Setting der Schwangerenvorsorge erfolgt.

Problematisch ist außerdem, dass vorgeburtliche Untersuchungen als **Ige-Leistungen** in gynäkologischen Praxen verkauft werden und einen festen Bestandteil im Budget der Praxen darstellen. Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik voneinander zu trennen ist daher im Alltag gynäkologischer Praxen nur durch ein hohes Maß an Aufklärung und entsprechendes Engagement auf ärztlicher Seite möglich [38].

9.1.3 Pränatale Diagnostik und Schwangerschaftserleben

Vorgeburtliche Diagnostik und das Sichtbarmachen des ungeborenen Kindes haben das Schwangerschaftserleben maßgeblich und unwiederbringlich verändert. Das Sehen des ungeborenen Kindes auf dem Ultraschallbildschirm ist hochemotional

für die werdenden Eltern [70]. Als Initiationsritual in der ärztlichen Schwangerenvorsorge [34], [35] bindet es das Schwangerschaftserleben in hohem Maße an die Technologie und an diejenigen, die sie zur Verfügung stellen. Die Ultraschalldiagnostik bestimmt so auch maßgeblich, welcher Berufsgruppe die Rolle der Übergangsbegleitung zugewiesen wird.

Ultraschallaufnahmen des ungeborenen Kindes können eine **positive, beziehungsstiftende Wirkung** für die Eltern haben, insbesondere auch für die Partner*innen. Den Eltern ist in diesem Moment oft allerdings nicht bewusst, dass Ultraschall auch pränatale Diagnostik bedeutet und bei Auffälligkeiten, Unsicherheiten, Entscheidungen und weitere Diagnostik mit sich bringen kann.

Vorgeburtliche Diagnostik ist in gesetzliche Regelungen und Entscheidungsprozesse eingebunden. Die rasante Entwicklung der Technologien bringt es mit sich, dass pränatale Diagnostik **bereits in der frühen Schwangerschaft** – das heißt oft schon bei der ersten, spätestens aber bei der zweiten Vorsorgeuntersuchung – von den begleitenden Berufsgruppen thematisiert werden muss, um den Eltern eine informierte Entscheidung zu frühen Untersuchungen zu ermöglichen. So werden Eltern heute, kaum dass sie schwanger sind, mit Optionen und Informationen zu pränataler Diagnostik konfrontiert und müssen in relativ kurzer Zeit Entscheidungen treffen, die unter Umständen weitreichende Konsequenzen haben.

Zu diesem sehr frühen Zeitpunkt ist die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft als zentrales, lebensveränderndes Ereignis und allen damit verbundenen Emotionen äußert bewegend, die hormonelle Umstellung ist noch nicht abgeschlossen und die Frauen befinden sich in einer Phase der Unsicherheit und Labilität. Die Konfrontation mit Themen wie Behinderung und Schwangerschaftsabbruch wird gerade jetzt als Überforderung und Zumutung erlebt [25], [26]. So überlagern sich Ängste in Bezug auf die Gesundheit des Kindes mit allgemeinen Ängsten und Unsicherheiten, die der Schwangerschaft als Übergangsphase innewohnen. All das verstärkt die Verunsicherung der Schwangeren und erschwert die Auseinandersetzung mit der vorgeburtlichen Diagnostik [35]. Dies weist der Hebammenbetreuung gerade in dieser Phase eine große Bedeutung zu.

Hinzu kommt eine **generelle Pathologisierung und Medikalisierung der Schwangerschaft**, die sich u. a. in der Klassifizierung der Risikoschwangerschaft im Mutterpass ausdrückt. Dieser Kategorie werden in Deutschland 70 bis 80% aller schwangeren Frauen zugeordnet [64]. Da vorgeburtliche Untersuchungen heute die gesamte Schwangerschaft begleiten, bergen sie ein hohes Potenzial an Verunsicherung und tragen entscheidend zur weiteren Pathologisierung und Risikoorientierung der Schwangerschaft bei.

Entsprechend erscheint die Schwangerschaft heute oft kaum noch als Zustand des Zulassens und Wachsenlassens, sondern vielmehr als **ein zu planendes Projekt**, dessen Entwicklung beständig kontrolliert werden muss und bei dem den werdenden Eltern bestimmte Aufgaben und Verantwortung zugewiesen werden [23]. Dieser Wandel findet seinen Ausdruck in den Erwartungen und dem Verhalten von schwangeren Frauen und werdenden Eltern in Bezug auf die vorgeburtlichen Untersuchungen. Da sind **der Glaube an die Machbarkeit eines gesunden Kindes** sowie im Extremfall die Einstellung, mit der Inanspruchnahme der Untersuchungen sei ein Recht auf ein gesundes Kind verbunden. Vorgeburtliche Untersuchungen werden unter dem Postulat der Selbstbestimmung angeboten. Was jedoch auf der einen Seite als reproduktive Selbstbestimmung dargestellt wird, ist andererseits der Druck, entscheiden zu müssen, und eine gesellschaftlich zugewiesene Verantwortung für die Qualität des Nachwuchses [1].

Die Inanspruchnahme vorgeburtlicher Diagnostik zum Ausschluss einer kindlichen Fehlbildung kann **Auswirkungen auf die pränatale Bindung** haben. Zurückhaltung bei der inneren Kontaktaufnahme bis nach dem Erhalt des Ergebnisses der Diagnostik, eine Unterbrechung des inneren Dialoges mit dem Kind und Schuldgefühle, insbesondere bei einer invasiven Diagnostik mit dem Risiko einer Fehlgeburt, können die Folge sein [44]. Die späteren Folgen dieser Störungen sind noch nicht einschätzbar. Neuere Forschungen zur pränatalen Bindung [9], zur Epigenetik und zu den Wirkungen von Stress in der Schwangerschaft auf die Entwicklungen des ungeborenen Kindes zeigen eindrücklich, dass Stress durch pränatale Diagnostik sich schädigend auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken kann. Auch wenn am Ende

ein gesundes Kind geboren wird – was der Normalfall ist –, zahlen Eltern und Kinder heute oft einen hohen Preis dafür.

9.1.4 Gesetzliche und rechtliche Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Praxis der Pränataldiagnostik bilden die Mutterschaftsrichtlinien, die Regelungen aus dem Gendiagnostik- und dem Schwangerschaftskonfliktgesetz § 218 sowie Gerichtsurteile im Kontext der sogenannten Wrongful-Birth- bzw. Wrongful-Life-Rechtsprechung [20].

Gendiagnostikgesetz

Das am 1. Februar 2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz (GenDG) regelt die rechtlichen Grundlagen für genetische Untersuchungen am Menschen. Es soll den Missbrauch genetischer Daten und eine Diskriminierung aufgrund genetischer Dispositionen verhindern und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung stärken. Danach müssen vorgeburtliche genetische Untersuchungen **auf medizinische Zwecke beschränkt** sein (§ 15 GenDG). Auch die Diagnose von Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen können (z. B. Chorea Huntington), ist verboten.

Genetische Untersuchungen zur **Feststellung der Vaterschaft** dürfen pränatal nur vorgenommen werden, wenn nach ärztlicher Erkenntnis ein sexueller Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegt und dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf dieser rechtswidrigen Tat beruht (§ 17 GenDG).

Die **Mitteilung des Geschlechts** darf auf Wunsch bzw. nach Einwilligung der Schwangeren erst nach Ablauf der 12. Woche p. c. erfolgen (§ 15 GenDG).

Das GenDG hat für die Praxis der Pränataldiagnostik eine große Bedeutung, weil es die **informierte Zustimmung als Voraussetzung** vor jeder pränatalen Diagnostik festlegt und die Bedeutung der psychosozialen Beratung durch die Hinweis- und Vermittlungspflicht auf ärztlicher Seite betont.

! Merke

Nach dem GenDG muss die Schwangere vor einer vorgeburtlichen genetischen Pränataldiagnostik und nach dem Vorliegen des Untersuchungsergebnisses genetisch beraten werden (§ 15 GenDG).

Dazu gehört laut § 9 GenDG die **Aufklärung** über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung und der möglichen Ergebnisse, die Bedeutung der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften für eine Erkrankung oder eine gesundheitliche Störung sowie die Möglichkeiten der Behandlung und die mit der Untersuchung verbundenen Risiken. Genauso gehört das **Recht auf Nichtwissen** (§ 9 GenDG) zu dieser Aufklärung.

Außerdem muss die Frau auf ihren **Anspruch auf psychosoziale Beratung** nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hingewiesen werden (§ 15 GenDG). Unterlassungen werden mit einer Geldstrafe zwischen 5 000 und 50 000 € geahndet. Der Inhalt der Beratung sowie der Hinweis auf die psychosoziale Beratung sind vom Arzt zu dokumentieren.

Nach § 3 Abs. 1b) und Abs. 3 GenDG zählen zu den vorgeburtlichen Untersuchungen neben den genetischen Analysen auch die **vorgeburtlichen Risikoabklärungen**, die die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder eine gesundheitliche Störung des Embryos oder Feten ermitteln. Das heißt, die NIPT, das Ersttrimester-Screening, sämtliche Untersuchungen, die gezielt nach Auffälligkeiten suchen, und pränatale Untersuchungen zur Risikoabschätzung wie die Nackentransparenzmessung, Nasenbeinmessung oder die Suche nach Softmarkern unterliegen dem GenDG und den entsprechenden Regelungen für die Beratung und Dokumentation (§ 15 und § 9 GenDG).

Das GenDG regelt in § 9 neben der Aufklärung auch die **Einwilligung der Schwangeren** zu den genetischen Untersuchungen sowie ihr Recht auf Nichtwissen, auf Teilwissen oder auf Widerruf. Die Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen und kann jederzeit schriftlich oder auch mündlich widerrufen werden.