

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. – Vorschläge zur Weiterentwicklung und Optimierung des [Frauengesundheitsberichts 2020](#)

Kommentar von Andrea Ramsell für den Deutschen Hebammenverband (DHV) zu den Themen „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“, „Vertrauenswürdigkeit von Abrechnungsdaten“, „Toxoplasmose“ und „Was fehlt“

Stand: 16. Februar 2021

Die im Frauengesundheitsbericht erhobenen Zahlen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bleiben sehr oberflächlich. Zur Versorgungsqualität, Versorgungserbringern und Zufriedenheit der Frauen gibt es keine ausreichenden Daten.

Die zugrunde gelegten Zahlen der tätigen Hebammen sind ungenau.

Die häufigen Krankenhausdiagnosen bei Frauen werden nicht hinterfragt.

Es zeigt sich eine hohe Inzidenz bei Wochenbettdepressionen, ohne dass vorhandene Versorgungsangebote erhoben werden.

Zu Kapitel 2, häufige Krankenhausdiagnosen:

Die beiden häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Frauen sind Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (ICD-10: O60 – O75) und die Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30 – O48) (Tab. 2.3.4.3, S. 148).

Hier zeigt sich womöglich das Dilemma der finanziellen Anreize für pathologische Diagnosen in der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Geburtshilfe. Es entsteht der Eindruck, dass Pathologie im Kontext von Schwangerschaft und Geburt normal ist.

Das bestehende System birgt die Gefahr, die Risikoklassifizierung von Schwangerschaft und Geburt zu verfälschen und so eine Statistik zu produzieren, die nicht die realen Bedingungen von Schwangerschaft und Geburt abbildet.

Solange dies der Fall ist, wird die Auswertung der vorliegenden Diagnosen keine wirklich belastbaren Rückschlüsse auf den wirklichen Zustand von Mutter und Kind erlauben.

Stattdessen wird der Risikofokus weiter verstärkt, weil medizinische Prozeduren und Maßnahmen besser honoriert werden als eine gesundheitsfördernde personalintensive Betreuung der Frauen.

So wird das Ziel, eine physiologische Schwangerschaft und Geburt zu ermöglichen, das im [Nationalen Gesundheitsziel rund um die Geburt](#) beschrieben ist, nicht erreicht werden können.

Geburtshilfe braucht eine bessere Finanzierung und andere finanzielle Anreize, die nicht die pathologischen Diagnosen belohnen, sondern stattdessen eine intensive Betreuung in Form einer Eins-zu-Eins-Betreuung. Weniger gute Personalbesetzung gehört sanktioniert.

Zu Kapitel 7.5.2, Schwangerenvorsorge:

„Nach den Daten der Perinatalstatistik nahmen Schwangere 2017 an durchschnittlich 11,3 Untersuchungen der Schwangerenvorsorge teil. 1,7 % der Schwangeren nutzten weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen und gelten damit als unterversorgt. 37,7 % der Schwangeren nahmen mehr als zwölf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, was auf eine Überversorgung hindeutet [181].“ (S. 290)

Weiterhin findet sich in diesem Kapitel die Aussage, dass über 70 % der Schwangeren mehr als die drei in den Mutterschafts-Richtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen nutzen. Die Zahlen weisen auf eine Über- und/oder Fehlversorgung in der Schwangerschaft hin. Der Bericht stellt bei mehr als einem Drittel der Schwangeren eine medizinische Überversorgung (> 12 Vorsorgeuntersuchungen) fest. Im Hinblick auf die Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt ist die Überversorgung ein möglicher Indikator für die Risikofokussierung in der Schwangerenvorsorge ohne eine beweisbare Verbesserung des Outcomes.

Die Schwangerenvorsorge ist in Deutschland sowohl von Gynäkologinnen als auch von Hebammen gemeinsam oder jeweils ausschließlich möglich. Wie die Verteilung der Vorsorgeuntersuchungen auf die Berufsgruppen ausfällt, wird im Bericht nicht differenziert. Das ist insofern bedauerlich, als dass im Nationalen Gesundheitsziel rund um die Geburt die Kooperation der Berufsgruppen von Hebammen und Gynäkologinnen in der Schwangerenvorsorge ausdrücklich als Ziel hervorgehoben wird.¹ Eine Erhebung der Verteilung der Schwangerenvorsorge würde einen Ansatzpunkt bieten, die Versorgung in der Schwangerschaft einzuschätzen und zu steuern.

Zu Kapitel 7.5.4, Hebammenversorgung und Wochenbettbetreuung:

Auf S. 174 wird folgende Aussage getroffen: *„Im Jahr 2017 waren in Deutschland rund 24.000 Hebammen (Vollzeitäquivalente: 17.000) tätig.“* In Kapitel 7.5.4 wird von einer Inanspruchnahme der aufsuchenden Wochenbettbetreuung durch Frauen mit einer Quote von 94–99 % gesprochen.

Der Bericht erweckt den Eindruck, als gäbe es eine genaue Erfassung der Anzahl von Hebammen in Deutschland sowie ihrem jeweiligen Arbeitsumfang sowie eine Bedarfsdeckung von Hebammenleistungen im Wochenbett von annähernd 100 %. Beides stimmt nicht mit der Wirklichkeit überein. Es gibt keine genauen Erhebungen über die in

¹ Teilziel 1.7, Nationales Gesundheitsziel rund um die Geburt

Deutschland tatsächlich tätigen Hebammen. Hebammen in Deutschland werden nicht zentral registriert, sodass die Gesamtzahl der praktizierenden Hebammen nicht vorliegt. Darüber hinaus gibt es eine sehr hohe Varianz der wöchentlichen Arbeitszeit zwischen den einzelnen Hebammen, sodass aktuell keine verlässliche Aussage über das zur Verfügung stehende Gesamtarbeitsangebot aller Hebammen möglich ist. Erschwert wird dies noch dadurch, dass viele Hebammen sowohl angestellt als auch freiberuflich arbeiten. Wir wissen aktuell also nicht, wie viele Hebammen insgesamt in Deutschland in welchem Umfang tätig sind. Diese Zahl zu ermitteln, wäre ein wichtiger Schritt, um eine möglichst genaue regionale Versorgungs- und Bedarfsplanung von Hebammen in der klinischen und außerklinischen Betreuung zu erstellen. Daraus folgend wäre eine prospektive Bedarfsschätzung machbar. Das Ziel sollte die Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt sein, die bereits im Nationalen Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt (2017) und der [AWMF-S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“](#) (2021) gefordert wird.

Bezüglich der Betreuungsquote im Wochenbett wissen wir von großen Versorgungslücken. In vielen Regionen berichten Frauen von Versorgungsproblemen und davon, keine Wochenbettbetreuung gefunden zu haben. Wie viele Hebammen in welcher Region benötigt werden, um eine Versorgungsquote von annähernd 100 % in der aufsuchenden Wochenbettbetreuung zu erreichen, wird weder bundesweit noch durchgehend regional erhoben. Auch diese Zahlen werden dringend benötigt, um die Versorgung durch Hebammen einzuschätzen und eine solide Bedarfsplanung in der Wochenbettversorgung zu erstellen.

Zu Kapitel 2 und Kapitel 7.5, Depressionen und postpartale Depressionen:

„Beispielsweise ist es wichtig, psychotherapeutische und psychosoziale Verfahren spezifischer an den Bedürfnissen von Frauen mit Abhängigkeitsstörungen auszurichten oder die möglichst frühzeitige Erkennung einer Depression im Wochenbett.“ (S. 72) In Kapitel 7.5 heißt es: *„Schätzungen zufolge sind nach der Geburt (postpartal) etwa 10 % bis 15 % der Mütter von einer Depression betroffen.“* (S. 295)

Die Ursachen für postpartale Depressionen werden im Frauengesundheitsbericht nicht diskutiert. Ein negatives Geburtserlebnis spielt mindestens als begünstigender Faktor für postpartale Depressionen eine große Rolle. Die Zusammenhänge zwischen Geburtsbegleitung, Geburtserleben und Zufriedenheit der Frauen im Hinblick auf postpartale Depressionen müssen untersucht werden und die Ergebnisse in die Ausgestaltung der Geburtshilfe einfließen.

Selbst bei konservativer Schätzung einer Inzidenz von 10 % postpartalen Depressionen liegt die Anzahl der betroffenen Frauen bei einer Geburtenzahl von 770.000 bei 77.000 Fällen jährlich. Die Folgen postpartaler Depression sind nicht nur für die Frauen, sondern für die Mutter-Kind-Beziehung und das Familiengefüge gravierend. Der Bericht macht sichtbar, dass es sowohl für Depressionen als auch für postpartale Depressionen deutlich mehr und

deutlich spezifischere Angebote geben muss. Die Gruppe der von postpartalen Depressionen betroffenen Frauen und damit zusammenhängend deren Familien benötigen eine wohnortnahe Versorgung, die sowohl ambulant als auch stationär in ausreichendem Maße verfügbar ist und die Neugeborenen mit einschließt.

Über die vorhandenen Versorgungsstrukturen, die Versorgungsqualität und die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen trifft der Bericht leider keine Aussage. Aufgrund der beschriebenen hohen Inzidenz ist es nötig, diesen Bereich grundlegend zu untersuchen sowie vorhandene Versorgungslücken zu identifizieren und zu schließen.

Zu Kapitel 2, Toxoplasmose:

„Unter Annahme der Studienergebnisse bedeutet dies hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands, dass sich vermutlich jedes Jahr mehr als 6.000 Frauen während der Schwangerschaft mit Toxoplasma infizieren. (...). Eine Infektion mit dem Erreger Toxoplasma gondii kann in der Schwangerschaft oder unter der Geburt eine ernste Gefahr für das Kind darstellen.“ (S. 84)

Wir begrüßen, dass das Thema Toxoplasmose in der Schwangerschaft durch den Frauengesundheitsbericht aufgegriffen wird. Allerdings benötigt das Thema Screening in der Schwangerschaft insgesamt eine fundierte wissenschaftliche Begleitung, die sowohl den Benefit als auch das Risiko der Medikalisierung in der Schwangerschaft genau erfasst und abwägt. Im Frauengesundheitsbericht wird vermutet, dass Übertragungswege der Toxoplasmose in der Gesamtbevölkerung ein eher unbekanntes Thema sind. Hier wird deutlich, dass mehr Informationsmaterial und Aufklärung über die Übertragungswege von Toxoplasmose benötigt werden. Idealerweise richtet sich diese Information nicht nur auf die Schwangerschaft aus, sondern findet als Gesundheitsinformation in der Gesamtbevölkerung Verbreitung.

Zu Kapitel 2, Verhinderung des Raucheinstiegs/Nikotinabusus:

„Um das Rauchen bei Frauen (und Männern) weiter zu reduzieren, sind Maßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs sowie Angebote zur Förderung des Rauchausstiegs von Bedeutung [31]. Die entsprechenden Programme sollten immer gendersensibel ausgerichtet sein [26]. Wie eingangs dargestellt, unterscheiden sich Frauen und Männer in den Motiven für das Rauchen sowie den Barrieren, um mit dem Rauchen aufzuhören [19, 56]. So sollten z. B. Themen wie die Bewältigung von Stress oder die Sorge um Figur und Gewicht bei Frauen stärker thematisiert werden.“ (S. 111)

Auch hier gilt es, adressatinnengerechte Programme zu entwickeln, die speziell auf die Lebenswelten der Frauen und ihre Erreichbarkeit ausgerichtet sind. In Hinblick auf

Schwangerschaft und Wochenbett ist eine erfolgreiche Rauchentwöhnung ein Beitrag zur Gesundheitsprävention des Feten und Neugeborenen.

Zu Kapitel 2, betriebliche Gesundheitsförderung:

Der Bericht stellt auf S. 142 dar, dass die betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere in Betrieben und Wirtschaftsbereichen mit einem höheren Männeranteil stattfindet und Frauen wenig erreicht.

Gerade im Gesundheitswesen, das sich durch einen hohen Frauenanteil und hohen Krankenstand auszeichnet, aber auch in anderen überwiegend weiblichen Branchen braucht es den gezielten Ausbau von betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen. Diese Berufe zeichnen sich durch eine hohe Arbeitsbelastung und eine große Vulnerabilität der zumeist weiblichen Beschäftigten aus. Es gibt nach wie vor keine evaluierten Konzepte, um diese Beschäftigtengruppe wirksam zu schützen. Im Gegenteil zeigt sich in der Arbeitspraxis häufig eine Ignoranz von Arbeitszeitgesetz und Arbeitsschutz. Der Umstand der hohen Fluktuation in Pflege- und Gesundheitsberufen sollte Grund sein, eine starke Struktur von betrieblicher Gesundheitsförderung aufzubauen und die Gesundheit der zumeist weiblichen Beschäftigten nachhaltig zu stärken. Es ist schwer nachvollziehbar, warum dieser Bereich trotz klar erkennbarer struktureller Mängel nicht im Fokus liegt.

Für einen überarbeiteten Frauengesundheitsbericht wünscht sich der Deutsche Hebammenverband eine differenziertere Betrachtung der Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die auf Basis gesicherter Daten erfolgt und ein möglichst genaues Bild der Versorgungsqualität, -erbringung sowie -zufriedenheit aufseiten der Adressatinnen aufzeigt.

Kontakt: Andrea Ramsell, ramsell@hebammenverband.de