



Doris Moser

Der überwachte Bauch



MUTTER
KIND
PASS

Wie viel ärztliche
Schwangerenvorsorge
brauche ich wirklich?

 edition
riedenburg

Endlich schwanger, endlich sicher vorgesorgt beim Gynäkologen des Vertrauens. Doch wer profitiert tatsächlich vom überwachten Bauch?

Das derzeit gängige Modell ärztlicher Schwangerenvorsorge wird kaum kritisch hinterfragt. Und das, obwohl Problemschwangerschaften, gewaltsame Eingriffe in den Geburtsverlauf und Interventionen bis hin zum Kaiserschnitt seit Jahren zunehmen, Tendenz steigend.

Das Spiel mit der Angst vor unsicheren Ausgängen macht schwangere Frauen zu lukrativen Patientinnen. Vom Arzt definierte „Risiken“ bedeuten oftmals das Ende der Selbstbestimmtheit. Die frohe Hoffnung weicht dem jähen Zweifel, und dieser ruft nach noch mehr Kontrolle. Wo wird diese Entwicklung hinführen – und wie können wir sie positiv beeinflussen?

Die Medizinanthropologin Doris Moser setzt sich anhand des österreichischen Mutter-Kind-Passes, des deutschen Mutterpasses und der Situation in der Schweiz kritisch mit der gängigen Schwangerenvorsorge auseinander. Sie hat Mütter und Hebammen zu ihren Erfahrungen mit dem System und ihren Wünschen für die Zukunft befragt.

Dabei treten herbe Lücken der Schwangerenvorsorge zutage. Nicht zuletzt deshalb, weil absurderweise ausgerechnet die Hebammen – ausgebildete Spezialistinnen für Schwangerschaft und Geburt – kaum ein Mitspracherecht haben und aufgrund geringer Entlohnung um ihre Existenz fürchten müssen.

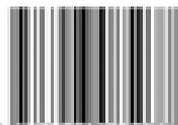


Mag. Doris Moser ist Medizinanthropologin, Autorin und zweifache Mutter. Ihre Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Frauen auch während der Schwangerschaft ein gewünschtes Maß an Eigenverantwortlichkeit erhalten wollen. Daher widmet sie sich unter anderem der Aufklärung werdender Mütter und tritt für das Selbstbestimmungsrecht der Frauen ein.

Weitere Publikationen von Doris Moser bei edition riedenburg:

- **Schwangerschaft schafft Heldinnenkraft** – Dein Guide für eine selbstbestimmte Schwangerschaft und kraftvolle Geburt
- **Mein privater Mutterpass** – Meine Schwangerschaft selbst dokumentiert (Gemeinsam mit Sarah Schmid, „Alleingeburt“)

edition
riedenburg
editionriedenburg.at



9 783903 085077

ISBN 978-3-903085-07-7

*„If we learn to listen
to our bodies, minds and hearts
throughout pregnancy,
and pay attention to what we are bearing,
we will be more accustomed to doing so
as we birth our babies
and care for them as mothers.“*

Laurel Bay Connell, 2014

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.*

Hinweis:

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr. Weder Autorin noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus den im Buch vorliegenden Informationen resultieren, eine Haftung übernehmen. Befragen Sie im Zweifelsfall bitte Hebamme, Stillfachpersonal, Arzt oder Apotheker. Eine Haftung der Autorin bzw. des Verlags und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ebenfalls ausgeschlossen.

Das Werk ist in einer verlagskonform geschlechtsneutralen Schreibweise verfasst. Wenn vom „Arzt“ die Rede ist, ist daher gleichzeitig auch stets die „Ärztin“ gemeint.

Markenschutz:

Dieses Buch enthält eingetragene Warenzeichen, Handelsnamen und Gebrauchsmarken. Wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sein sollten, so gelten trotzdem die entsprechenden Bestimmungen.

1. Auflage	April 2016
© 2016	edition riedenburg
Verlagsanschrift	Anton-Hochmuth-Straße 8, 5020 Salzburg, Österreich
Internet	www.editionriedenburg.at
E-Mail	verlag@editionriedenburg.at
Lektorat	Dr. Heike Wolter, Regensburg
Fachlektorat	Anna Rockel-Loenhoff, Unna
Bildnachweis	Schwangere mit Mädchen am Cover: © BillionPhotos.com - Fotolia.com
Satz und Layout	edition riedenburg
Herstellung	Books on Demand GmbH, Norderstedt

ISBN 978-3-903085-07-7

Doris Moser

Der überwachte Bauch

Wie viel ärztliche
Schwangerenvorsorge
brauche ich wirklich?

 edition
riedenburg

Inhalt

Vorworte	9	Feststellung der Schwangerschaft	65
Einleitung	15	Nahrungsergänzungsmittel: gänzlich unbedenklich?	68
Meine eigene Geschichte	25	Mindestens drei Ultraschalluntersuchungen?	72
Vater Staat und die werdenden Mütter	35	Für alle, die noch immer nicht genug untersucht wurden ...	74
1974 bis heute	36	Hebammenberatung	75
Säuglingssterblichkeit	39	Pränataldiagnostik	77
Müttersterblichkeit	41	Pränataldiagnostische Methoden im Überblick	79
Senkt der Mutter-Kind-Pass die Sterblichkeit?	42	Nackenfaltenmessung	80
Der „sichere Schwangerschaftsverlauf“	46	Combined Test	81
Was Vater Staat noch plant ...	51	Organscreening	81
Fürsorgliches Angebot oder soziale Pflicht?	54	Triple-Test	82
Der Mutter-Kind-Pass und sein Inhalt	57	Chorionzottenbiopsie / Plazentabiopsie	83
Mutter-Kind-Pass: Medizin historisch	58	Amniozentese / Fruchtwasserpunktion	83
Die obligatorischen fünf Untersuchungen	60	NIPT (Nicht-Invasiver Pränataler Test)	84
Die erste Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	61	Im Dschungel der Untersuchungen	85
Die zweite Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	63	Anamnese	86
Die dritte Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	63	Körperdaten der Mutter	87
Die vierte Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	64	Gynäkologische Untersuchung	89
Die fünfte Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	65	Labor	92
Zusätzliche Untersuchungs- und Versorgungsangebote	65	Urintest	92
		Blutuntersuchungen	93
		Oraler Glukose-Toleranztest (oGTT)	94
		Internistische Untersuchung	100
		Ultraschalluntersuchungen	100
		Verpflichtendes Angebot	106
		Und wenn das Kind erst einmal geboren ist?	108

Der Mutter-Kind-Pass im internationalen Vergleich	113	Ursula Walch	173
Nationale Programme zur Pränatalversorgung	114	Margarete Hoffer	175
Der deutsche Mutterpass	116	Teresa Angerer	178
Die Situation in der Schweiz	119	Hebammenteam „Geburtshaus von Anfang an“	183
		Agnes	184
Das Risiko der Sicherheit	121	Die Sicht der schwangeren Frauen und Mütter	186
Risikoorientierung	122	Wichtige Ergebnisse der Befragung	187
Der Mutter-Kind-Pass als Präventionsinstrument	123	Einzelstimmen	189
Sekundärprävention: Das Auffinden von Risikofaktoren	126		
Untersucht werden und sicher sein	129	Selbstbestimmt schwanger, selbstbestimmt gebären	231
Ärzte, die machtvollen Risikomanager	134	Von der Schwangeren-Vorsorge zur Schwangeren-Fürsorge	235
VorSORGEN	138	Selbstbestimmtheit und Eigenmacht	239
		Das Wichtigste in Kürze	241
Im Frauenkörper	141		
Frau im Körper	144	Literaturverzeichnis	242
Das fremde Eigene	146		
Verkaufte Körper	152	Danke ...	249
Die Untersuchung des weiblichen Körpers	155		
Weiblicher Körper als Objekt	157		
Von Frau zu Frau	159		
Hebammen: Mit Hand, Herz und Verstand	163		
Vorteile hebammengeleiteter Schwangerenvorsorge	166		
Wie viel Hebamme ist gesund?	168		
Erfahrungen mit dem Mutter-Kind-Pass	171		
Die Sicht der Hebammen	172		

Vorworte

Doris Mosers umfangreiches Werk über die heute praktizierte Schwangerenvorsorge ist wichtiger und aktueller als je zuvor, denn eine schwangere Frau steht vor einer ständig wachsenden Anzahl an Herausforderungen – und vor allem vor kaum zu überblickenden Entscheidungen, Meinungen und Diskussionen.

Im Zeitalter von Risikodenken und der daraus resultierenden Defensivmedizin, wo unter dem Sicherheitsaspekt Ängste geschürt werden, spricht die Autorin die Ursprünge der geburtshilflichen, gynäkologischen und kinderärztlichen Überwachung an. Sie nimmt genau unter die Lupe, woher Untersuchungen, Kontrollen und deren Bindung an staatliche Geldleistungen kommen und welche Entwicklungen es im Verlauf der letzten Jahrzehnte gab.

Von den schwangeren Frauen werden viele Untersuchungen der staatlichen Schwangerenvorsorge als verpflichtend angenommen – ohne Kenntnis ihrer Potenziale, aber auch der Risiken.

Besonders im Fokus stehen dabei die Ultraschalluntersuchungen. Sie dominieren die Landschaft der Schwangerenvorsorge. Für Eltern sind sie „Babywatching“, doch ÄrztInnen haben mit dem massenhaften Einsatz eine andere Intention: die Fehlersuche. Die unhinterfragte Entscheidung für den „Schall“ zieht aber oftmals eine Kaskade an weiteren Untersuchungen nach sich, für die sich die Familie im Vorfeld vielleicht gar nicht explizit entschieden hätte.

Dieses Buch liefert eine detaillierte Aufklärung über jede einzelne Untersuchungsmethode der derzeit gängigen Schwangerenvorsorge in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Doris Moser erörtert genau, welche Untersuchungen und Eingriffe wann empfehlenswert sind und was man aus gutem Grund auch ablehnen kann.

Damit ist Doris Mosers Buch auch ein Stück Gesellschaftskritik, denn die Wahrung persönlicher Rechte der Frau ist weit davon entfernt, eine Selbstverständlichkeit zu sein. Dabei wäre dies so wichtig, um die Lebensphase der Schwangerschaft und des Mutterwerdens als selbstbestimmt und erfüllend erleben zu können.

Gefühlslose Technik und die ärztlich-professionelle Distanz entfernen Frauen nicht selten von der bewussten Wahrnehmung ihrer Sinne. Ihnen wird die Kompetenz abgesprochen, den Gesundheitszustand ihres Kindes selbst beurteilen zu können. Gefühle, Wahrnehmungen, Fühlen, Erfühlen, Be-greifen haben keinen Platz mehr in der Schwangerenvorsorge, und so bleibt selbst die häufig vom Arzt kontrollierte Schwangere manchmal eines: ahnungslos.

Aus den in diesem Buch gesammelten Erfahrungsberichten geht hervor: Weder die Hebamme, und schon gar nicht der/die ÄrztIn, sondern die Frau ist die Expertin für ihr Kind. Nach der Lektüre dieses Buches hat sich jede Schwangere für ein Stückchen mehr Expertentum am eigenen Körper entschieden.

Wien, im März 2016

Margarete Hoffer

Hebamme

Höchste Zeit, dachte ich mir beim Lesen dieses Buches. Und gleich danach: Wird's was bringen? Schwangere (und Gebärende) als Objekt medizinischen Tuns, das wird gut und nachvollziehbar dargestellt. Die Problematik ist aus meiner Sicht aber auch die Frage, warum sich Frauen das gefallen lassen.

Warum machen sich Schwangere zu Komplizinnen eines Systems, das unter einer guten Schwangerschaftsbetreuung das Blutdruckmessen, Urinalysieren (sehr sinnvoll) und laufende Ultraschalluntersuchungen (weniger sinnvoll) versteht?

Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass Zuwendung und Empathie unerlässlich für eine sichere und bereichernde Geburt sind. Daran mangelt es leider allzu oft.

Schwangere reagieren genauso ängstlich wie jeder Mensch, der auf etwas Neues, etwas Unbekanntes zugeht. Die Reaktion *der Medizin* führt zu den inakzeptabel hohen Kaiserschnittraten: Angsttherapie mit dem Skalpell. Das kann es nicht sein. Aber was könnte es sein?

Ich gestehe, mich als Arzt stört es, dass die einzige Antwort, die hier gegeben wird, die Hebammenbetreuung ist.

Wieso, frage ich mich, wird nicht die Forderung erhoben, dass – jenseits der rein körperlichen Untersuchung – einige wichtige Fragen Bestandteil jedes Erstgespräches zu sein haben? Und zwar egal, ob dieses Gespräch von einer Hebamme oder einem Arzt/einer Ärztin geführt wird.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erlaube ich mir, einige mögliche Fragestellungen aufzulisten:

- *War die Schwangerschaft geplant?*
- *Welche Veränderungen erwarten die Eltern durch die Schwangerschaft bzw. die Geburt in Bezug auf Beruf, Wohnsituation, soziale Lage usw.?*
- *Welche Erwartungen/Wünsche in Bezug auf die Geburtsbetreuung gibt es?*

Selbst ansprechen sollte die Hebamme, der Arzt/die Ärztin meines Erachtens zudem folgende Punkte:

- *Veränderungen von Partnerschaft und Sexualität*
- *Veränderungen der Schlafqualität und daraus resultierende Folgen*
- *Rolle von Kontraktionen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft*

Gute Schwangerenbetreuung sollte Frauen den Weg eröffnen, eine sichere Geburt nach *ihren* Vorstellungen zu bekommen. Am Ende sollten junge Mütter psychisch und physisch gestärkt daraus hervorgehen.

Derzeit sind sie und ihre Kinder im traditionellen Betrieb zwar weitgehend sicher, was Morbidität und Mortalität betrifft, aber zumeist Patientinnen – mit all den daraus resultierenden Konsequenzen, die im Buch ausführlich behandelt werden.

Schwangerschaft und Geburt bedeuten eine enorme Möglichkeit, sich als Persönlichkeit zu stärken und zu emanzipieren. Wir sollten endlich anerkennen, dass die betroffenen Frauen die Expertinnen für sich selbst sind – und wir ihre Begleiter und manchmal auch ExpertInnen, die ihnen helfen können.

Ich sehe in diesem Buch einen Beitrag, Frauen Mut zu machen, eine Betreuung in diesem Sinn einzufordern. Meinen ärztlichen KollegInnen möge es eine Anregung sein, ihre Art der Betreuung kritisch zu überdenken und Herz und Hirn im angedeuteten Sinn zu öffnen.

Hebammen und ÄrztInnen wünsche ich zu verstehen, dass sie gemeinsam hilfreicher sind als jede/jeder für sich.

Wien, im April 2016

Dr. Michael Adam

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Einleitung

Schwangerschaft ist eine wundervolle Zeit, eine Zeit der Transformation und Erneuerung. Und Schwangerschaft ist ein Prozess, der die werdende Mutter in freudvoller Erwartung in ihre größte Kraft führen kann.

Ich kann mich noch gut an den Augenblick erinnern, als ich den ersten positiven Schwangerschaftstest in meinen Händen hielt. Ich erinnere mich an Aufregung und Glück, an Vorfreude und Unsicherheit. Was würde mich wohl erwarten?

Woran ich mich auch gut erinnern kann, sind die vielen Arztbesuche, die eine Schwangerschaft für gewöhnlich mit sich bringt. Ich habe das, wie die meisten Frauen, nicht in Frage gestellt, bin brav zu jeder Untersuchung gegangen und habe meinen Mutter-Kind-Pass wie einen kleinen Schatz gehütet. Irgendwie schaut er ja auch enorm wichtig aus, oder? Mutter-Kind-Pass steht in großen Buchstaben darauf und gleich darunter ist der Adler, das Staatswappen, abgedruckt. Und Republik Österreich steht noch dabei. Gleich unter dem Adler. Hat mich irgendwie an meinen Reisepass erinnert.

Er kommt sehr staatstragend daher, dieser Mutter-Kind-Pass. Und wenn der außen schon so imponierend gestaltet ist, dann wird der Inhalt erst recht bedeutungsvoll sein. Bedeutungsvoll für meine Gesundheit und vor allem für das Leben meines Kindes. Das habe ich damals, wie gesagt, nicht in Frage gestellt. Schließlich will jede Frau ein gesundes Kind, möchte jede Frau das Beste für ihr Ungeborenes. Und das wird wohl der regelmäßige Gang in die Arztpraxis sein. Mit Mutter-Kind-Pass, wohlgemerkt. Und auch, wenn mir eigentlich nichts fehlt, ich nicht krank bin. Schließlich machen das doch alle so.

Über Alternativen wusste ich zum damaligen Zeitpunkt nichts. Ich habe den Marathon von Arztpraxis zu Arztpraxis, von Labor zu Labor, der letztendlich im Krankenhaus in einer medizinisch überwachten Geburt geendet hat, ohne Murren mitgemacht. Ich war eine von vielen.

Irgendwann haben mich aber doch Zweifel beschlichen. Ganz still und heimlich hat sich das Gefühl bemerkbar gemacht, dass da etwas nicht ganz stimmig ist. Wie konnte es sein, dass eine gesunde Schwangere derart

entmündigt wird; dass ihr nicht zugetraut wird, ihren Gesundheitszustand selbstverantwortlich im Auge behalten zu können, was beispielsweise für einen Diabetiker selbstverständlich ist? Für die einfachsten Tätigkeiten – Wiegen, Blutdruckmessen, Teststreifen in den Urin tauchen – wird die Frau in die Arztpraxis beordert, um sich von einem Profi dabei helfen zu lassen.

Ich bin Medizinanthropologin. Der Hang zur kritischen Sichtweise wurde mir quasi in die berufliche Wiege gelegt. Ich habe begonnen, Fragen zu stellen. Und ich habe begonnen, Antworten zu suchen.

Den Mutter-Kind-Pass habe ich plötzlich mit anderen Augen gesehen, habe ihn in einem größeren Kontext wahrgenommen und versucht, einen Blick hinter die glänzende Fassade zu werfen. Der Adler hat mich gar nicht mehr so sehr beeindruckt. Ich habe recherchiert und mit Ärzten gesprochen. Ich habe Hebammen um ihre Meinung gebeten und ich habe andere Frauen, andere Mütter, zu ihren Erfahrungen befragt.

Als ich mich mit den Vorschriften in anderen Ländern befasst habe, habe ich festgestellt, dass es unterschiedliche Sichtweisen gibt. In nordeuropäischen Ländern beispielsweise große Freiheiten, in Deutschland einen Mutterpass, dessen Vorgaben formal freiwillig sind, der gesellschaftliche, ärztliche und – ab Geburt des Kindes – auch staatliche Druck aber ähnlich hoch wie in Österreich.

Meine Gedanken zu all dem habe ich niedergeschrieben. Ich schreibe, weil ich glaube, dass es Zeit ist für eine Veränderung. Es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel weg von der ärztlich geleiteten medizinischen Schwangerenvorsorge hin zu einer frauenzentrierten Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft.

Der Grundgedanke des Mutter-Kind-Passes mag Fürsorglichkeit sein. Der Ansatz ist, allen werdenden Müttern und ihren Kindern beste medizinische Versorgung kostenlos zur Verfügung zu stellen, um deren Gesundheit angemessen zu fördern. Es handelt sich also um ein großzügiges Geschenk der Gesellschaft an jede schwangere Frau. Einen schalen Beigeschmack erhält die Sache aber dadurch, dass die Schwangere in

Österreich dazu genötigt wird, das Geschenk auch anzunehmen. „Oh, danke! Das ist nett, aber eigentlich habe ich keinen Bedarf!“ Oder: „Das Geschenk ist mir eigentlich viel zu groß. Es ist so schwer, dass ich es gar nicht tragen kann!“

Die Möglichkeit, das großzügige Geschenk dankend abzulehnen, gibt es nicht. Lehne ich das Geschenk ab, werde ich bestraft, nämlich durch den Entzug der mir zustehenden Geldleistung.

Gleichzeitig gibt die Regelmäßigkeit der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen den Schwangeren eine gewisse Struktur, die wie ein roter Faden durch den Verlauf der Schwangerschaft führt. Traditionell werden Frauen auf ihrem Weg in die Mutterschaft durch die Gemeinschaft, in der sie leben, rituell begleitet und unterstützt. Die „moderne“ Frau lebt vielfach nicht mehr in einem großen Familienverband. Der Zugang fehlt zu weiblichen Verwandten, die Wissen und praktische Informationen vermitteln könnten. Und auch die Bräuche und Rituale, die ursprünglich rund um die Zeit der Schwangerschaft und Geburt stattgefunden haben, sind verloren gegangen.

Was ist es, das den schwangeren Frauen aktuell Struktur und Sicherheit in einer so turbulenten Zeit vermittelt? Der Gang in die Arztpraxis wird vielfach zum lieb gewonnenen Ritual, das in der Schwangerschaft Halt gibt. Sich in der Schwangerschaft prophylaktisch mit medizinischen Fragestellungen auseinandersetzen zu müssen, ist an sich schon abwegig, weil Schwangerschaft per se ja keine Krankheit ist und eine Schwangere daher eigentlich auch keine Patientin (lateinisch: Leidende). Sie wird aber vom Medizinsystem dazu gemacht. Schwangerschaft und Geburt sind normale physiologische Vorgänge und nicht grundsätzlich krankhafte Prozesse. Doch genau das wird uns suggeriert. Mit der Schwangerenvorsorge werden wir dazu gebracht, uns schon vorab zu sorgen – wir sorgen uns also vor etwas.

Wir machen uns Sorgen, lange bevor es überhaupt einen Grund dafür gibt. Eltern möchten nichts falsch machen und orientieren sich als medizinische Laien an den Ratschlägen und Empfehlungen der Ärzte, die diese

fachliche Ahnungslosigkeit schamlos ausnutzen, Angst und Unsicherheit schüren und diese zu ihrem finanziellen Vorteil instrumentalisieren.

Eine verängstigte Schwangere, die unsicher und orientierungslos ist, wird sich dankbar und hilfesuchend in die Obhut eines wissenden und erfahrenen Mediziners begeben, um sich von ihm durch die Zeit der Schwangerschaft lotsen zu lassen. Sie wird die ärztlichen Anweisungen nicht in Frage stellen und eine angenehme Patientin sein. Im Fachjargon wird das „Compliance“ genannt. Patientinnen mit hoher Compliance sind leichter zu handhaben als Personen, die die Entscheidungen und Empfehlungen der Ärzte hinterfragen und selbst aktiv am Geschehen beteiligt sein möchten.

Unbequeme Patientinnen sind meist Menschen, die besonders gut informiert sind. Und um Information ging es mir auch, als ich begonnen habe, mich intensiv mit dem Mutter-Kind-Pass auseinanderzusetzen. Nicht, dass ich von Natur aus gerne unbequem bin, aber ich wollte informiert sein! Und ich finde, dass diese grundlegenden Informationen jeder Frau zustehen sollten, die sich mit dem System der medizinischen Schwangerenvorsorge konfrontiert sieht.

Im vorliegenden Buch habe ich also die Informationen über Ursprung und Inhalt des österreichischen Mutter-Kind-Passes und die gesellschaftliche Bedeutung der medizinischen Schwangerenvorsorge zusammengefasst und kritisch beleuchtet. Der Mutter-Kind-Pass wird immer wieder überarbeitet und erweitert. Es kann also sein, dass inzwischen neue Untersuchungen hinzugekommen oder alte weggefallen sind. Doch am Prinzip ändert sich dadurch nichts.

Ich zeige außerdem auf, dass es auch Alternativen gäbe, die keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben und gleichzeitig für die Gesellschaft viel kostengünstiger ausfallen würden. Dieses Buch ist genauso relevant für Frauen in anderen deutschsprachigen Ländern, insbesondere in Deutschland (Mutterpass), denn obwohl die Sanktionen bei Verweigerung der Vorsorgeangebote ausfallen, ist das Kontrollprinzip doch das gleiche.

Meine eigene Geschichte

Ich habe sie gelesen. Ich habe sie alle gelesen. Alle Bücher zu Geburt und Schwangerschaft, die ich finden konnte. Die einen waren hilfreich, die anderen weniger. Auch „Die selbstbestimmte Geburt“ von der wunderbaren amerikanischen Hebamme und Trägerin des Right Livelyhood Award (alternativer Nobelpreis) Ina May Gaskin (vgl. GASKIN 2008) habe ich gelesen, nein, wohl eher verschlungen. Und die selbstbestimmte Geburt wurde zu meinem Leitstern, zum Ziel meiner (Geburts-)Träume.

Selbstbestimmt sollte sie sein, meine nächste Geburt. In den buntesten Farben konnte ich mir diese selbstbestimmte Geburt ausmalen, wie es sein würde, aus eigener Kraft und eigenmächtig dieses Kind zur Welt zu bringen, es durch die Kraft und Weisheit meines Körpers in dieses Leben hinein zu gebären.

Die Geburt. Selbstbestimmt. Schön. Aber fehlt da nicht noch etwas? Die selbstbestimmte Geburt als Ziel – ist nicht eigentlich auch der Weg das Ziel? Der Weg zu einer glücklichen und selbstbestimmten Geburt führt über zehn Lunarmonate (ein Mondmonat = 28 Tage) durch die Schwangerschaft. Und wenn ich eine selbstbestimmte Geburt will, was spricht dann gegen eine ebensolche Schwangerschaft? Oder anders gefragt: Wie kann ich selbstbestimmt gebären, wenn ich die Verantwortung für die Schwangerschaft abgegeben habe? Woher soll ich im Moment der Geburt plötzlich den Mut, das Wissen und das Selbstvertrauen nehmen, um meine Interessen und meine Wünsche in meinem Sinn und im Sinn des Kindes durchzusetzen, wenn ich während der Schwangerschaft nichts darüber gelernt habe?

Die Schwangerschaft kann also als eine Art Probezeit, als Phase des Lernens und Reifens, betrachtet werden, um nach einer selbstbestimmten Schwangerschaft auch eine selbstbestimmte Geburt erleben zu können. Selbstbestimmt war meine erste Schwangerschaft nicht, und auch die erste Geburt war alles andere als das. Aber damals wusste ich von all diesen Dingen auch noch nichts, habe mich dem Medizinsystem anvertraut und wurde bitter enttäuscht. Für die zweite Geburt hatte ich dann ganz kon-

krete Vorstellungen und wusste vor allem eines ganz genau: Wie ich es nicht mehr haben wollte.

In der Zwischenzeit hatte ich mich zu einer richtigen Medizinkritikerin entwickelt, war gegenüber schulmedizinischen Therapieformen und Behandlungsmethoden ebenso skeptisch eingestellt wie gegenüber Krankenhausgeburten mit all ihren medizinischen Interventionsmöglichkeiten, die in Wahrheit eine natürliche Geburt drastisch erschweren und deren Umsetzung zu einem Lotteriespiel verkommen lassen. Im Krankenhaus selbstbestimmt gebären?

Dass das für mich nicht möglich sein würde, war mir schnell klar. Eine Hausgeburt sollte es also sein. So weit, so gut. Doch bis dahin lag noch ein weiter Weg vor mir. Vor mir und dem ungeborenen Kind in meinem Bauch. Ein Weg, der noch eine Menge Herausforderungen an uns stellen sollte. Den medizinischen Überwachungswahn und die daraus resultierenden Risiken konnte ich durch die Planung einer Hausgeburt zumindest bei der Geburt umgehen. Aber wie sollte ich die Schwangerschaft möglichst unbehelligt überstehen?

Eine Hebamme musste her! Diese war auch schnell gefunden, Hausgeburt und Betreuung in der Schwangerschaft vereinbart und eigentlich alles in bester Ordnung, wären da nicht die – aus meiner Erinnerung an die ersten Schwangerschaft – unzähligen Arztbesuche, die mir in den nächsten Wochen und Monaten bevorstehen würden. Nach der Hebammensuche habe ich mich also mit der Frauenarztsuche beschäftigt. Oder besser gesagt, mit der Frauenärztinnensuche, denn dass ich diesmal nicht wollte, dass ein fremder Mann über meinen Körper bestimmen würde, war mir schnell klar. Doch wo finden, wenn nicht stehlen?

Meine Freundinnen waren diesbezüglich keine große Hilfe. Jede hatte zwar irgendeinen Arzt oder eine Ärztin vorzuweisen, doch eine wirklich gute Empfehlung konnte keine abgeben. Irgendwie waren die wenigsten wirklich zufrieden mit dem Angebot bzw. stellte sich nach kurzem Nachfragen sehr schnell heraus, dass die betreffende Ärztin für mich nicht in Frage kommen würde.

Vater Staat und die
werdenden Mütter

In den meisten OECD-Ländern ist die Säuglingssterblichkeit niedrig, der Durchschnitt betrug 2009 4,4 Promille. Einen Höchststand von 13 bzw. 15 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten verzeichnen die Türkei und Mexiko. Auch die Vereinigten Staaten und Chile weisen relativ hohe Säuglingssterblichkeitsraten von sechs oder mehr Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten auf (vgl. OECD 2009).

Etwa zwei Drittel der im ersten Lebensjahr eintretenden Todesfälle sind neonatale Todesfälle, das heißt, sie treten in den ersten vier Lebenswochen ein. In den Industrieländern sind es vor allem geburtshilfliche Fehler und Geburtskomplikationen, Frühgeburten und andere während der Schwangerschaft auftretenden Komplikationen, die zur neonatalen Sterblichkeit beitragen.

Obwohl weithin die schlechte medizinische Versorgung (z. B. in wenig entwickelten Ländern des Südens) für die Säuglingssterblichkeit verantwortlich gemacht wird, sind es vor allem sozioökonomische Gegebenheiten – wie ausreichende Ernährung und Hygiene, gesteigertes Gesundheitsbewusstsein und ein Leben abseits von Krieg –, welche die günstigen Entwicklungen verursacht haben. Daneben kommt es vor allem in Industrieländern zu einer wachsenden Zahl von Frauen, die sich erst relativ spät für eine Mutterschaft entscheiden.

Damit einhergehend steigt auch die Zahl der Fruchtbarkeitsbehandlungen und künstlichen Befruchtungen, die oftmals Mehrlingsschwangerschaften zur Folge haben. Es kommt also vermehrt zu Schwangerschaften, die mit erhöhten Belastungsfaktoren für Mutter und Kind verbunden sind und Auswirkungen auf Schwangerschaftsverlauf und -dauer haben können.

Weiters ist zu beobachten, dass die Anzahl der Frühgeburten steigt. In einigen Hocheinkommensländern hat dieser Umstand in den letzten Jahren zu einer Stagnation des bis dato rückläufigen Trends bei der Säuglingssterblichkeit geführt (vgl. OECD 2011).

Müttersterblichkeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Müttersterblichkeit als Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder bis maximal 42 Tage nach Beendigung der Schwangerschaft, und zwar unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft. Ursache für den Tod der Frau müssen dabei die Schwangerschaft selbst beziehungsweise jene Behandlungen sein, die in direktem Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehen oder durch diese verschlechtert wurden. Todesfälle von Schwangeren, die Unfällen oder anderen zufälligen Ereignissen geschuldet sind, werden in dieser Statistik nicht erfasst (vgl. WHO 2014).

Die Müttersterblichkeitsrate hat sich in den letzten 20 Jahren weltweit beinahe halbiert (vgl. UNICEF 2012). Um die Müttersterblichkeit zu senken, reicht eine flächendeckende medizinische Versorgung allein allerdings nicht aus.

In Ländern, in denen die grundlegende Situation der Frauen äußerst prekär ist, diese nur wenige Rechte haben, von Bildung ausgeschlossen und körperlichen Übergriffen ausgesetzt sind, ist das Risiko für Frauen, während oder unmittelbar nach Schwangerschaft und Geburt zu sterben, besonders hoch (z.B. in Afghanistan, Bangladesch, Mali, Sierra Leone, Somalia, Äthiopien, Nordsudan, Jemen, Angola). Hierzu gehören auch soziokulturelle Phänomene wie die Kinderhochzeit, denn Mädchen unter 15 Jahren haben das höchste Risiko, an einer Schwangerschaft, bei der Geburt oder an ihren Folgen zu sterben.

Auch die nach wie vor leider sehr weit verbreitete Genitalverstümmelung hat Einfluss auf die Sterblichkeitsraten von Müttern. Darüber hinaus zählen unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche zu den häufigsten Todesursachen von Müttern (vgl. WHO 2014).

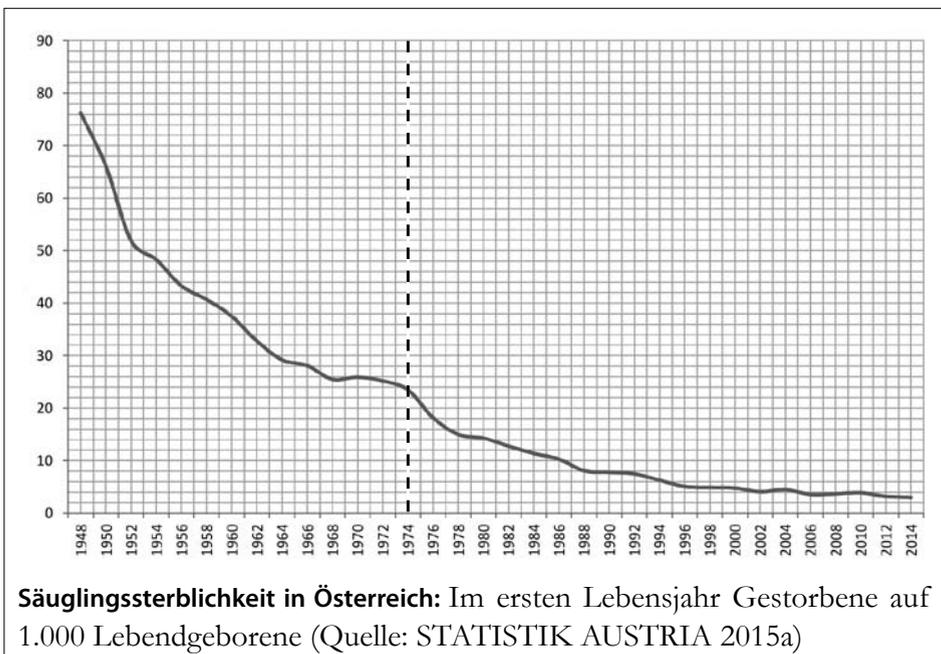
Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass die Müttersterblichkeit selbst in einzelnen Industrieländern seit einigen Jahren wieder steigt. Die USA sind ein trauriges Beispiel für diese Entwicklung. Hier kommt es bereits seit 1998 zu einem Anstieg der Müttersterblichkeit. Hohe Kaiserschnitt-

raten von durchschnittlich über 40 Prozent, hohe PDA-Raten von über 80 Prozent und eine allgemein schlechte Versorgung der Frauen während oder unmittelbar nach der Geburt (z. B. fehlende Eins-zu-eins-Betreuung) werden für diesen Trend verantwortlich gemacht (vgl. AMNESTY INTERNATIONAL 2011).

Senkt der Mutter-Kind-Pass die Sterblichkeit?

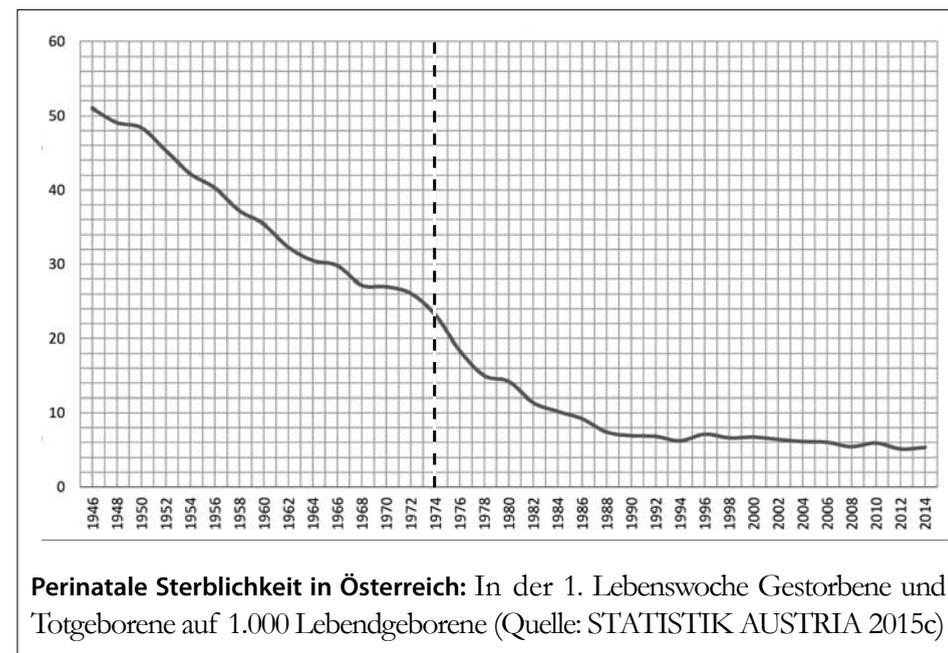
In der Tat gingen Mütter- und Säuglingssterblichkeit seit Einführung des Mutter-Kind-Passes im Laufe der Jahre deutlich zurück. Es ist daher wenig verwunderlich, dass der Mutter-Kind-Pass auch gerne als „Erfolgsgeschichte“ bezeichnet wird.

Dieser Erfolg relativiert sich allerdings, wenn auch die statistischen Daten zur Mütter- und Säuglingssterblichkeit aus den Jahren VOR der Einfüh-



rung des Mutter-Kind-Passes im Jahr 1974 herangezogen werden. Die Statistik Austria hat die entsprechenden Zahlen seit 1946 veröffentlicht (vgl. STATISTIK AUSTRIA 2007, 2015a, 2015b und 2015c).

Hier zeigt sich, dass bereits seit Beginn der Aufzeichnungen nach Kriegsende die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich gesunken ist, also bereits lange vor Einführung der flächendeckenden ärztlichen Kontrolle der Schwangeren. Vor allem in den ersten Jahren der statistischen Aufzeichnungen fällt die Säuglingssterblichkeit auffallend rasch. Seitdem sank sie, unabhängig von einer medizinisch überwachten Schwangerenvorsorge, weiter und weiter (vgl. STATISTIK AUSTRIA 2015a).



Laut Experten ist auch die perinatale Sterblichkeit von Bedeutung. Diese gibt die Anzahl der kindlichen Todesfälle bis zum siebenten Tag nach der Geburt an, Totgeburten werden miteinbezogen. Auch hier zeigt sich anhand der Aufzeichnung der Statistik Austria, dass es bereits lange vor

Untersuchung absolviert wurde, gibt es keine Garantie auf ein gesundes Kind. Aber zumindest hat man dann alles versucht, oder?

Das Produkt Kind ist nicht mehr Bestandteil der individuellen Lebensentscheidung der einzelnen Frau, sondern sie hat durch ihre aktive Teilnahme an allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der medizinischen Überwachung und Optimierung dafür zu sorgen, dass das Kind als zukünftiges Mitglied der Gesellschaft den Normen eben dieser Gemeinschaft entspricht, was Lebenswert und Lebensfähigkeit betrifft.

Leistungsfähig, gesund und konsumorientiert sollen sie sein, die optimalen Mitglieder der Gesellschaft. Fällt ein Mensch aus diesem Rahmen, wird er leicht als gesellschaftliche Belastung empfunden. Und die Frau, die diesen Menschen einst zur Welt gebracht hat, wird womöglich dafür verantwortlich gemacht, weil es heutzutage ja gar nicht mehr notwendig ist, „unwertes“ – Was soll das überhaupt sein? – Leben zu gebären.

Ist also aus der Möglichkeit der Inanspruchnahme eines medizinischen Angebots, konkret der Mutter-Kind-Pass-Vorsorge, mittlerweile eine soziale Pflicht geworden?

Um diese Frage besser beantworten zu können, möchte ich im Folgenden genauer auf die vorgegebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eingehen.

Der Mutter-Kind-Pass und sein Inhalt

Der Mutter-Kind-Pass hat sich seit seiner Einführung kontinuierlich weiterentwickelt. Als schwangere Frau kann es eine Herausforderung sein, den Überblick über den Umfang der Leistungen der ärztlichen Schwangerenvorsorge nicht zu verlieren. Welche Untersuchungen werden also angeboten? Welche sind „verpflichtend“? Wo gibt es Spielraum? Für medizinische Laien besonders wichtig: Welchen Sinn machen die einzelnen Untersuchungen?

Mutter-Kind-Pass: Medizin historisch

Seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes vor über 40 Jahren haben sich einige Neuerungen ergeben. Medizinisch-ökonomische Entwicklungen bedingten immer wieder eine Anpassung der Mutter-Kind-Pass-Leistungen. Die Bandbreite der zu untersuchenden Parameter hat sich kontinuierlich vergrößert: Im Vergleich zu früher wird heute mehr und engermaschiger untersucht, gewogen, gemessen, geprüft, kontrolliert, dokumentiert, verglichen und beurteilt.

Verändert haben sich im Laufe der Zeit aber nicht nur einzelne Untersuchungen, sondern auch deren Interpretation. Selbst die Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist also dem Zeitgeist unterworfen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Entwicklungen führen dazu, dass bis dahin gängige Ansichten und Annahmen überdacht werden und gegebenenfalls durch neue Ansätze ersetzt werden müssen. Das ist in der Medizin, ebenso wie in anderen wissenschaftlichen Bereichen, ein beinahe alltäglicher Vorgang.

Diese Entwicklung macht auch vor medizinischen Annahmen über die Schwangerschaft und ihren Verlauf, über die Entwicklung des Embryos und den Vorgang der Geburt nicht halt. Das bedeutet, dass Dinge, die heute als gut und richtig gepriesen werden, morgen vielleicht schon einer aktuelleren Sichtweise Platz machen müssen und als überholt bezeichnet werden. Vielleicht stellt sich im Nachhinein heraus, dass eine bestimmte

Maßnahme nicht nur unnötig, sondern sogar schädlich für Mutter und/oder Kind sein kann.

Ein tragisches Beispiel dafür ist der Contergan-Skandal, der vielen von uns noch relativ lebendig in Erinnerung ist. Zwar wurde dieses Medikament glücklicherweise nicht routinemäßig allen Schwangeren verschrieben, aber es war ohne Ausnahme für schwangere Frauen zugelassen. Im Jahr 1957, als das Schlafmittel in den Handel kam, hieß es, dass „die ungewöhnlich gute Verträglichkeit“ von Contergan forte in zahlreichen tierexperimentellen Untersuchungen und in umfangreichen klinischen Prüfungen nachgewiesen worden sei und selbst eine extreme Überdosierung zu keinen toxischen Symptomen führen würde.

1961 wurde das Medikament wieder vom Markt genommen, weil sich in der Zwischenzeit herausgestellt hatte, dass die Einnahme von Contergan durch schwangere Frauen zu vielen schweren Missbildungen bei den ungeborenen Kindern geführt hatte. Etwa 10.000 Babys waren davon betroffen. Viele Kinder waren so schwer geschädigt, dass sie nicht lange überlebten (vgl. MAKOWSKY 2010).

Dies ist nur ein trauriges Beispiel dafür, dass die Medizin mit ihren Errungenschaften nicht unfehlbar ist, und dass speziell in der Schwangerschaft Vorsicht geboten ist, was Medikamente anbelangt. Es stellt sich daher die Frage, ob das nicht auch für Impfungen in der Schwangerschaft, für Steroide zur Lungenreife, für wehenhemmende und wehenauslösende Mittel und für alle als „harmlos“ und unverzichtbar erklärte Nahrungsergänzungen gilt.

Oder – anders ausgedrückt – wann sind welche Medikamente, Vitamine, Mineralien und Impfungen für die individuelle Schwangere notwendig, sinnvoll und gesund? Das Gleiche gilt für diverse diagnostische Maßnahmen. Denn auch diese können die grundsätzlich fein aufeinander abgestimmte Balance zwischen Mutter und Kind aus dem Gleichgewicht bringen.

kommen, und die Mutter noch höchst empfindsam (nicht nur körperlich, sondern auch psychisch) und zwischen den Welten stehend agiert. Der Hormonhaushalt verändert sich, das Leben mit dem Neugeborenen ist ungewohnt und womöglich stressig. Die Nächte sind vielleicht unruhig, alles muss sich erst einspielen, einen Rhythmus finden. Da kann es dann höchst irritierend sein, wenn man weiß, dass am nächsten Morgen ein fester Termin ansteht.

Kommt es in dieser sensiblen Zeit zu unvorhergesehenen Störungen, kann das Gleichgewicht von Mutter und Kind schnell außer Kontrolle geraten. Und statt Babyfreuden sieht sich die junge Mutter plötzlich mit Stillproblemen, einem nervösen Neugeborenen, schlaflosen Nächten und möglicherweise daraus resultierenden psychischen Störungen konfrontiert, die sich in einer postpartalen Depression äußern können.

In vielen anderen Kulturen hat daher die sensible Wochenbettzeit einen außergewöhnlich hohen Stellenwert. Der Ruhe, der Regeneration und der Unterstützung von Mutter und Kind werden oberste Priorität zugeschrieben, um dem neuen Leben in dieser ersten Zeit nach der Geburt einen guten Start zu ermöglichen.

Das Bedürfnis junger Mütter nach Schutz und Sicherheit liegt auf der Hand. Aber kann es nur medizinisch befriedigt werden?

Solange sich die Mütter medizinischer Überwachung unterwerfen, lassen sie zu, dass sich bei uns genau dieses kulturelle Ritual weiterentwickelt.

Der Mutter-Kind-Pass im internationalen Vergleich

Im Jahr 2009 wurde eine vergleichende wissenschaftliche Studie zu den pränatalen Untersuchungsprogrammen in 15 europäischen Ländern durchgeführt. Im Folgenden beziehe ich mich auf eine Veröffentlichung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment aus dem Jahr 2009 (vgl. ABUZAHA 2009) unter dem Titel „Mutter-Kind-Pass. Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen“.

Nationale Programme zur Pränatalversorgung

In der erwähnten Veröffentlichung ist nachzulesen, dass von den 15 betrachteten Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Griechenland, Kosovo, Kroatien, Litauen, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweiz, Türkei, Ungarn) folgende Länder ein nationales Programm für pränatale Versorgung haben:

Dänemark, Deutschland, Finnland, Kroatien, Litauen, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweiz, Türkei und Ungarn. Diese Länder empfehlen eine unterschiedliche Anzahl an Untersuchungen für schwangere Frauen. In Finnland sind es zwei, in Dänemark zwölf Untersuchungen.

Leider ist aus den Daten nicht ersichtlich, ob es sich bei den angeführten Untersuchungen um komplexe geburtshilfliche Untersuchungen handelt oder ob zusätzliche Leistungen wie etwa Ultraschalluntersuchungen in die Datenerhebung mit einbezogen wurden. Österreich liegt mit fünf vorgesehenen Untersuchungen im unteren Mittelfeld.

Wenn man die Empfehlungen für die Durchführung der ersten Schwangerschaftsuntersuchung der deutschsprachigen Länder vergleicht, so zeigt sich, dass diese in Österreich bis zur 16. Schwangerschaftswoche vorgesehen ist. Die Schweiz empfiehlt diese erste Untersuchung für die achte bis zehnte Schwangerschaftswoche, und in Deutschland wird „möglichst frühzeitig nach Feststellung der Schwangerschaft“ zum ersten Mal untersucht.

Die internistische Untersuchung der schwangeren Frau ist in Österreich, aber in keinem anderen europäischen Schwangerenprogramm vorgesehen.

In den USA wird im Zuge der Erstuntersuchung eine körperliche Untersuchung empfohlen, Umfang und Ausmaß dieser Empfehlung werden aus den Daten allerdings nicht ersichtlich.

Ähnliche Unterschiede ergeben sich bei den einzelnen Untersuchungen und den entsprechenden Empfehlungen. So werden einzelne Laborwerte und Testergebnisse in einigen Ländern erhoben, in anderen nicht. Ein Test auf Vorliegen einer Hepatitis B-Infektion wird beispielsweise in den meisten befragten Ländern durchgeführt, in Norwegen, dem Kosovo und Litauen allerdings wird dieser Test nicht routinemäßig durchgeführt.

In Deutschland, dem Kosovo und den Niederlanden wird außerdem kein Blutbild erstellt, die routinemäßige Überprüfung der Rhesus-Antikörper entfällt in der Schweiz, der Türkei, in Griechenland, im Kosovo und in Portugal.

Der orale Glukose-Toleranztest (oGTT) wird lediglich in sieben der befragten fünfzehn Länder durchgeführt. Aus den Daten wird allerdings nicht ersichtlich, ob und in welchem Umfang sich durch die unterschiedlichen Angebote auch unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich mütterlicher und kindlicher Gesundheit ableiten lassen. Vermutlich liegt das daran, dass die Auswertung der Effektivität der angebotenen Leistungen der Schwangerenvorsorge nur unzureichend erfolgt.

Besonders spannend ist die Tatsache, dass die für die schwangeren Frauen kostenlosen Leistungen der pränatalen Versorgung in den meisten Ländern von verschiedenen Anbietern erbracht werden können. Das bedeutet, dass die Frauen die Wahl haben, ob sie die Untersuchungen von einem Allgemeinmediziner, einem Gynäkologen oder einer Hebamme durchführen lassen möchten.

Auch hier scheint Österreich einen eigenen Weg zu gehen, denn es ist das einzige untersuchte Land, in dem eine solche Betreuung nach den Mutter-Kind-Pass-Richtlinien allein durch eine Hebamme NICHT zulässig ist.

Vor allem der Schweizerische Hebammenverband drängt seit Jahren auf die Einführung eines einheitlichen Mutterschaftspasses, da er den Frauen Autonomie und Sicherheit bieten würde. Bislang scheiterte die Umsetzung am föderalistischen Gesundheitssystem.

So wird den Schweizerinnen vor allem vor dem Antritt von Reisen während der Schwangerschaft geraten, die relevanten Gesundheitsdaten in ausgedruckter Form bei sich zu führen, um diese im Notfall griffbereit zu haben (vgl. BABYWELTEN 2014).

Das Risiko der Sicherheit

Guter Hoffnung sein? Das war einmal! Heute sind wir im besten Fall gerade nicht verunsichert. Die Schwangerschaft ist zum Risikofaktor geworden oder wird uns zumindest als solcher präsentiert. Auf der Suche nach möglichst großer Sicherheit für uns und für die Gesundheit des Kindes sehen wir uns mit unerwarteten und bis dahin unbekanntem Themen konfrontiert, die nun Bestandteil unseres Lebens als Schwangere sind.

Risikoorientierung

Wie in vielen anderen Lebensbereichen haben Risiken auch im medizinischen Diskurs heute einen ganz zentralen Stellenwert eingenommen. Der Begriff „Risiko“ ist eine kulturelle Konstruktion, deren Definition sehr variabel ist und sich von Kultur zu Kultur, von Zeit zu Zeit ändert.

Das biomedizinische Modell stützt sich auf eine sehr defizitäre Sichtweise von Gesundheit, die nämlich als Abwesenheit von Krankheit verstanden wird. Dabei finden demografische Variablen ebenso wenig Berücksichtigung wie kulturelle, institutionelle, soziale, gesellschaftliche und individuelle psychische Rahmenbedingungen.

Quantitativ messbare biologische Größen stehen im Zentrum des medizinischen Interesses (vgl. BAUMGÄRTNER & STAHL 2011). Das führt dazu, dass durch statistische Messungen erhobene Belastungsfaktoren quasi losgelöst vom betroffenen Menschen betrachtet und behandelt werden. Der individuelle und soziale Kontext wird in der Bewertung der Belastungsfaktoren vernachlässigt.

Schwangerschaft und Geburt scheinen heute besonders risikoreich zu sein. Zumindest wird uns das von der Medizin suggeriert. Das wird unter anderem in den Risikokatalogen A und B im deutschen Mutterpass deutlich. Hier werden insgesamt 52 Risiken aufgelistet, die die Schwangerschaft potenziell gefährden können.

Im Rahmen des österreichischen Mutterpasses wird diesbezüglich nicht so plakativ vorgegangen, die Risikoorientierung ist allerdings die gleiche. Schwangerschaft wird in der Darstellung von Ärzten als risikoreiches Ereignis definiert, das nur durch medizinische Überwachung und Kontrolle ohne Schaden überstanden werden kann. Die Schwangerschaft (und mit ihr auch die Geburt) wird zunehmend pathologisiert und medikalisiert. Gesundheitsfördernd ist das vermutlich nicht.

Im Gegenteil: Durch das Heraufbeschwören von Risiken aller Art wird ein immer höheres Bedürfnis nach Sicherheit erweckt, das die „Kundin“ an das medizinische Angebot bindet, gleichzeitig aber keine letztendliche Sicherheit bieten kann. So ist die Zeit der Schwangerschaft heute längst keine Zeit der guten Hoffnung mehr, sondern sie ist zu einer Zeit des bangen Abwartens geworden (vgl. EHGARTNER 2010).

Die Verwendung des Begriffs „Risiko“ in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ist durchaus problematisch, weil den werdenden Müttern das Gefühl einer unbestimmten und nicht greifbaren Gefahr vermittelt wird, die es so womöglich gar nicht gibt. Als Alternative bietet sich der Begriff „Belastungsfaktor“ an.

Der Mutter-Kind-Pass als Präventionsinstrument

Unter „Prävention“ wird die Verhütung von Krankheiten durch das Ausschalten von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch das Vermeiden des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit verstanden (vgl. FRANZKOWIAK 2003, zitiert nach BAUMGÄRTNER & STAHL 2011).

Grundlegend wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden, wobei es in der Primärprävention um die Verhütung der Krankheitsentstehung geht. Das betrifft Umweltfaktoren, Lebens- und Arbeitsbedingungen ebenso wie psychosoziale Faktoren.

Im Frauenkörper

Was bedeutet es eigentlich, in einem Frauenkörper geboren zu werden und mit einem Frauenkörper durchs Leben zu gehen? Welches Gefühl haben wir für unseren Körper? Welches Bild wird uns von der eigenen Mutter, von der Familie, der Gesellschaft über unseren Frauenkörper vermittelt?

Oftmals wird es uns unmöglich gemacht, ein positives Körperbewusstsein zu entwickeln. Vielmehr scheint Frausein an sich beinahe schon als Krankheit zu gelten. Von klein auf wird uns eingeredet, dass mit uns etwas nicht stimmt, dass wir behandelt und optimiert werden müssen. Dem gesellschaftlich anerkannten und von zahlreichen Medien transportierten Frauenbild entsprechen die wenigsten. Das müssen bereits ganz junge Mädchen feststellen, wenn sie noch in der Volksschule die erste feste Zahnsperre aufgezwungen bekommen, und in diesem Gefühl des Nicht-Perfektseins wachsen sie auf.

Der weibliche Körper wird nicht erst in der Schwangerschaft zum Objekt der Begutachtung und Überwachung – und letztendlich zum Objekt der Manipulation. Der weibliche Körper ist selten gut genug, so wie er ist. Das vermittelt den Frauen das Gefühl, dass ihre Körper, ja dass sie selbst nicht passen, nicht gut genug sind; dass Hilfe in Form von Eingriffen von außen notwendig ist. Diese „Hilfe“ bietet uns dann die Medizin, ein patriarchales und zum Teil gewalttätiges System.

Damit meine ich auch die Medizinerinnen, die männlich indoktriniert wurden. Ihre Ausbildung dient der Rationalisierung und der Desensibilisierung. Einfühlsam sein, feinfühlig handeln, mit Gefühlen anderer umgehen können – diese Disziplinen sind nicht Teil des Studiums. Die Medizin bekämpft diese und jene Krankheit, und es macht den Anschein, dass auch der weibliche Körper auf die eine oder andere Art gezähmt und korrigiert werden muss. Mediziner führen einen immerwährenden Kampf gegen den unberechenbar reagierenden Körper der Frau, und die Anzahl der behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten nimmt beständig zu.

Hier kommt die Definitionsmacht zum Tragen, die darüber entscheidet, wer oder was als krank gilt. Frausein als Krankheit, Schwangerschaft als interventionspflichtige Pathologie – in diese Richtung läuft es.

Die Gynäkologie reduziert Frauen fast ausschließlich auf ihre Geschlechtsorgane (vgl. DALY 1991), und mit dieser Reduktion geht gleichzeitig eine Normierung und Pathologisierung der weiblichen Geschlechtlichkeit einher (vgl. SCHINDELE 1993). Wir Frauen leben in einem Körper, von dem wir häufig glauben gemacht werden, dass er nicht gut genug sei. Das spiegelt sich auch in den unzähligen Produkten, die wir konsumieren sollen, um unsere Körper zu optimieren – diverse Kosmetik- und Hygieneartikel, Diätprodukte und so weiter.

Wir brauchen Haarpflegeprodukte für das Kopfhair, an anderer Stelle verwenden wir Enthaarungsmittel, weil eben auch an Körperstellen Haare sprießen, wo sie angeblich niemand sehen will. Wir bringen unsere Körper in Schuss, strampeln uns im Fitnessstudio ab und laufen Schönheitsidealen hinterher, die wir sowieso nie erreichen können.

Aber eines wird uns bei der Jagd nach dem optimalen Körper schon sehr früh klar: nämlich dass wir alle nicht makellos sind. Uns wird das Gefühl vermittelt, fehlerhaft und reparaturbedürftig zu sein. Wir sind es gewohnt, dass wir selbst oder andere an unserem Körper herum manipulieren, daher sind wir nicht darüber überrascht, dass auch die Medizin dieses Körperbild transportiert. Wir kennen es ja nicht anders.

Nur selten wird in Frage gestellt, wenn der Frauenkörper für wirtschaftliche oder andere Zwecke instrumentalisiert wird. Die Medizin ist ein starker Wirtschaftszweig, und der Frauenkörper ein willkommenes Objekt, um diesen Motor am Laufen zu halten. Es entspricht unserem technischen Weltbild, dass der menschliche Körper, also auch der Frauenkörper, als Maschine gesehen wird. Die klassische Schulmedizin kann als „Reparaturmedizin“ (GRAF 2010: 16) bezeichnet werden. Es geht um Schadensbehebung ohne Ursachenforschung.

Aber das Leben ist so viel mehr, ist so viel vielschichtiger. Ein Symptom wie beispielsweise erhöhter Blutdruck wird registriert/diagnostiziert und entsprechend behandelt, also medikalisiert. Aber die Ursache für das Symptom, in diesem Fall Bluthochdruck, kann auch psychisch sein. Angespanntheit oder Stresszustände können beispielsweise zum Ansteigen des Blutdrucks beitragen.

Sexuell-erotische Gedanken und Empfindungen sind menschlich und können auch in Situationen auftreten, in denen sie nicht per se gewünscht sind, wie es beispielsweise in der Arzt-Patientinnen-Beziehung der Fall ist. Das Arzt-Patientin-Verhältnis ist im Machtgefüge allerdings nicht ausgeglichen. Die nackte Frau befindet sich in einer ausgelieferten Position, und der Kontakt zwischen den beiden Akteuren ist nicht nur ein professionell-medizinischer, sondern eben auch ein intimer Moment mit sexueller Komponente.

Dieser Umstand erfordert von den Beteiligten ein besonders hohes Maß an Sensibilität. Die Patientin ist dem Arzt in gewissem Sinn – nicht nur körperlich – ausgeliefert, sondern sie muss auch auf seine guten Absichten und seine Fähigkeit zur Selbstreflexion vertrauen. Gleichzeitig muss der Arzt oder die Ärztin die körperliche und psychische Integrität der Frau in jedem Fall wahren. Achtsamkeit und ein respektvoller Umgang sind dabei unerlässlich. Denn in Wahrheit ist eine vaginale Untersuchung nichts, worauf eine Frau sich freut. Sie lässt es wohl eher über sich ergehen und ist froh, wenn die Untersuchung wieder vorbei ist.

Besonders die Schwangerschaft ist ein Zustand, der Sensibilität und Behutsamkeit auf allen Ebenen erfordert. Früher war dieses Bewusstsein noch weit verbreitet. So wird von einem Landarzt berichtet, der gesagt haben soll: „Wenn eine schwanger ist, fass ich sie nicht mehr an.“

Diese körperliche Unversehrtheit spielt heute keine große Rolle mehr. Ganz im Gegenteil! Die eigene Unversehrtheit muss hart erkämpft und verteidigt werden. Das kostet die schwangere Frau viel Kraft, denn das gängige Regelmodell sieht eben diesen routinemäßigen Tabubruch vor und finanziert ihn mit unseren Beiträgen sogar noch.

Von Frau zu Frau

„Die Phase der Schwangerschaft ist sehr wichtig und stellt die Grundlage der verdrängten Wurzeln der Menschheit wieder her. Diesen zentralen Zeitabschnitt im Leben einer Frau nicht zu würdigen, bedeutet die Frau als Ursprungsquelle und Bewahrerin des Lebens zu verkennen.“

(MAKILAM 2008: 22)

Darüber, wie Frauen in der Vorzeit geboren haben, können nur Vermutungen angestellt werden. Für viele mag die Vorstellung einer Geburt ohne medizinische Unterstützung, vielleicht alleine im Wald oder lediglich begleitet von anderen geburtserfahrenen Frauen, eine beängstigende Vorstellung sein. Was da alles passieren kann! Die armen Frauen!

Doch was Ethnologen ab der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts über traditionell lebende Ethnien und Gruppen überall auf der Welt berichtet haben, zeichnet ein gänzlich anderes Bild. Übereinstimmend wird von für „westliche“ Forscher unvorstellbar einfachen, schnellen und komplikationslosen Geburten berichtet (vgl. SCHMID 2014a).

Es ist naheliegend, dass auch unsere Vorfahrinnen auf diese Art und Weise geboren haben. Sicher ist jedenfalls, dass seit Beginn der Menschheitsgeschichte Fortpflanzung und Geburt auch ganz gut ohne medizinische Interventionen funktioniert haben – sonst wären wir alle heute nicht hier. Dennoch kam es im Laufe der Geschichte zur Herausbildung spezialisierter Frauen, die ihr Wissen und ihre Erfahrung an andere gebärende Frauen weitergaben: Die Hebamme war geboren!

Hebammen, die ursprünglich hoch angesehen waren, und andere geburtserfahrene Frauen haben also die werdenden Mütter während der Schwangerschaft, bei der Geburt und auch im Wochenbett unterstützt und begleitet. Ein System, das gut funktioniert hat.

Was allerdings nicht bedeutet, dass es keine kindlichen oder mütterlichen Todesfälle gab. Geburt war schon immer und ist trotz allen medizinischen Fortschritts auch heute noch ein Ereignis, für das es keine Garantie und keine Sicherheit gibt.

Dass es diese Sicherheit in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt nie geben kann, ist uns heute allerdings nicht mehr bewusst. Die männerdominierte Medizin hat vor allem im Laufe des 17. und 18. Jahrhunderts das Zepter in der Geburtshilfe an sich gezogen und die Hebammen teilweise aus ihrem Verantwortungsbereich gedrängt. Diese Neuorientierung fiel auf fruchtbaren Boden, hatten doch Inquisition und Hexenverfolgung bereits seit dem 14. Jahrhundert Vorbehalte gegen heilkundige Frauen geschürt und viele von ihnen als angebliche Hexen auf den Scheiterhaufen befördert.

Die grausamen Details der ersten „Gebärhäuser“ ersparen wir uns an dieser Stelle, doch dienten sie wohl weit weniger dem Wohlergehen der Frauen, denen dort ihre Kinder aus dem Leib gerissen wurden, als vielmehr dem Erlernen und Austesten medizinischer Handgriffe und Operationstechniken.

Obwohl die Überlebenschancen für Frauen, die sich zur Geburt ihrer Kinder den Ärzten anvertrauten, bis ins 20. Jahrhundert hinein eher gering waren, nahm der „Siegesszug“ der Medizin kein Ende. Die Geburt wurde immer mehr von ihrem natürlichen Umfeld isoliert und zu einem Vorgang gemacht, der medizinisch überwacht und kontrolliert werden musste. Und mit der Geburt hat zunehmend auch die Betreuung der Schwangerschaft ihren Weg aus den Händen der Hebammen in die offenen Arme der Ärzte gefunden.

In vielen Kulturen haben Hebammen schon immer neben der Geburtsbegleitung auch die Schwangerenbetreuung übernommen und Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Sie haben die Frauen zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld besucht, haben sich ihre Sorgen und Ängste angehört und sie mit Wissen und Tipps rund um Schwangerschaft und Geburt versorgt. Die Hebammen waren Ansprechpersonen bei Fragen und Problemen. Sie haben sich mit den Frauen auf vielfältige Weise auseinandergesetzt und ihnen dabei geholfen, sich optimal auf die Geburt vorzubereiten. So sagt auch Sheila Kitzinger: „Traditionelle Hebammen sind meist sehr viel mehr als Geburtshelferinnen.“ (KITZINGER 2003: 88)

Erfahrungen mit dem Mutter-Kind-Pass

Die medizinische Schwangerenvorsorge hat Einfluss auf das Erleben der Schwangerschaft und darauf, wie Frauen sich selbst wahrnehmen. Wir Frauen spüren, dass Schwangerschaft mehr ist als die Aufteilung in Wochen. Wir spüren, dass es um mehr geht als um Untersuchungen, Befunde und den Stempel des Arztes. Trotzdem kann es ganz unterschiedlich sein, wie Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge wahrnehmen.

Hebammen und schwangere Frauen sowie Mütter erzählen von ihren ganz persönlichen Erfahrungen und äußern ihre Meinung zu diesem umstrittenen Thema.

Die Sicht der Hebammen

Hebammen sind Frauen, die allesamt eines gemeinsam haben: Sie haben einen Beruf gewählt, der sie immer wieder an die Schwelle des Lebens führt. Ihre ehrenvolle Aufgabe ist es, die Neugeborenen in dieser Welt zu empfangen und willkommen zu heißen.

Hebammen stehen werdenden Müttern bereits während der Schwangerschaft in vielfältiger Weise zur Seite und tragen die Ängste und Sorgen mit. Sie begleiten den Prozess des Mutterwerdens und helfen der jungen Mutter dabei, in ihre neue Rolle hineinzuwachsen.

Die Erwartungen der Frauen an ihre Hebamme sind entsprechend groß, und die Bandbreite an Anforderungen und Aufgaben, die eine Hebamme zu erfüllen hat, ist enorm. Die Hebamme trägt eine große Verantwortung, muss jeden Tag wichtige Entscheidungen treffen.

Trotzdem ist ihr die gesellschaftliche Anerkennung, die dieser Tätigkeit gebühren würde, nicht sicher und der gesellschaftspolitische Druck ist groß. Das sieht man an ihrer Geringschätzung im österreichischen Vorsorgesystem, das im Mutter-Kind-Pass seinen Niederschlag findet. Und das ist auch in der derzeitigen Diskussion um die Berufshaftpflichtversicherung der Hebammen in Deutschland zu erkennen.

Wie erleben Hebammen dieses Spannungsfeld, und welche Einstellung haben sie zur gängigen medizinischen Schwangerenvorsorge?

Ursula Walch

Mag.phil. Ursula Walch aus Graz ist freiberufliche Hebamme (über 4.000 begleitete Geburten), Autorin und Projektleiterin in Afrika und hat selbst vier Kinder geboren. Sie arbeitete elf Jahre in Spanien. Ihre Position ist die folgende:

Wenn eine Frau feststellt, schwanger zu sein, sollte sie möglichst bald mit einer freiberuflichen Hebamme in Kontakt treten. Meiner Erfahrung nach nehmen Frauen Hebammenhilfe in Anspruch, um in Zeiten von Geburtsmedizin und nicht Geburtshilfe eine humanere Sicht und Behandlung von Schwangerschaft und Geburt zu erleben.

Um mehr Frauen für die Hebammenarbeit zu begeistern, müsste die Politik mithilfe des Mutter-Kind-Passes, kostenfreier Sprechstunden in den Krankenkassen etc. die Hebammen als Expertinnen für physiologische, risikoarme Geburten promoten, und sie nicht weiter als die Handlangerinnen der Gynäkologen betrachten. Dazu gehört auch eine andere Entlohnung.

Als Hebamme sehe ich es als meine Aufgabe an, die Schwangeren vor Angst und Panik zu bewahren, sie aufzuklären, wie großartig dieser Lebensabschnitt inklusive Geburt sein kann, und Mutter wie Kind nach der Geburt einen guten Start zu ermöglichen. Neben der Vorbereitung auf die Hausgeburt ist es meine Aufgabe, die Frauen zum Beispiel in Geburtsvorbereitungskursen ehrlich und objektiv über das Ereignis Geburt aufzuklären, das heißt auch, die invasive Geburtsmedizin nicht zu verharmlosen. Ich habe ein freundschaftliches Verhältnis zu meinen Klientinnen / Patientinnen, das auf Vertrauen basiert.

Entscheidungsträgerin bezüglich der Schwangerschaft muss immer die Schwangere bleiben. In einer risikoarmen Schwangerschaft sollte sie von einer freiberuflichen Hebamme in ihren Entscheidungen begleitet werden. Ich persönlich ziehe es allerdings vor, mit ÄrztInnen meines Vertrauens, die weder die Schwangeren verunsichern noch über die Hausgeburtshilfe herziehen, zusammenzuarbeiten.

Eine kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme könnte die derzeitige medizinische Schwangerenvorsorge ersetzen. Die Hebamme könnte selektieren, welche Frau zum Arzt gehen sollte und welche in der Betreuung der Hebamme bleibt. Weder eine medizinische noch eine hebammenbetreute Schwangerenvorsorge in Anspruch zu nehmen würde ich aber gar nicht unterstützen.

Ich kann mir vorstellen, dass Frauen wieder Fähigkeiten entwickeln, bewusster mit sich und der Gesundheit umzugehen und auch zu fühlen, was ihnen gut tut, wenn sie ihre Schwangerschaften mit mehr Eigenverantwortung und weniger fremdbestimmt erleben würden. Sie würden nicht mehr nur konsumieren, weil es so vorgeschrieben ist. Sie würden sich mehr für ihre Bedürfnisse einsetzen, was ja auch für das Leben mit einem Kind wichtig ist.

Die Sicht der schwangeren Frauen und Mütter

Wir wissen nun, wie der Mutter-Kind-Pass als Präventionsinstrument Anfang der 1970er Jahre entstanden ist und wie er sich weiterentwickelt hat. Wir wissen, welche Untersuchungen er zum Inhalt hat, und haben uns auch mit der einen oder anderen Untersuchung näher auseinander gesetzt. Wir haben gesellschaftskritische und feministische Sichtweisen in die Überlegungen miteinfließen lassen und auch die Stellung der Hebamme in der aktuellen Organisation der Schwangerenbetreuung beleuchtet.

Doch worüber wir hier in Wahrheit sprechen, sind Frauenkörper und Frauenleben. Hinter den statistischen Daten stecken lebendige Frauen, individuelle Geschichten und Schicksale.

Was wir noch nicht wissen, ist, wie es den betroffenen Frauen tatsächlich mit den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ergeht. Wie erleben Frauen die Untersuchungen? Wie empfinden sie die Bevormundung durch den Staat? Welche Erfahrungen haben sie ganz persönlich gemacht? Über

welche Erlebnisse können sie uns berichten? Welche Erwartungen und Wünsche haben sie?

Um diese Fragen beantworten zu können und denen eine Stimme geben zu können, die von den Untersuchungen tatsächlich betroffen sind, wurde von mir ein Fragebogen entwickelt. Zahlreiche Frauen haben meine Fragen rund um Schwangerschaft und ihre Erfahrungen mit dem Mutter-Kind-Pass beantwortet. Letztendlich stimmten 19 Frauen der Veröffentlichung ihrer Daten zu. Dabei gewährten die Frauen teilweise sehr persönliche Einblicke in ihr Privatleben.

Die durchgeführte Befragung ist nicht repräsentativ und soll diesen Anspruch auch gar nicht erfüllen. Sie zeigt einfach exemplarisch die Geschichte von ganz individuellen Frauen und spiegelt deren persönliche Sichtweise wider. Ich habe die Angaben der Frauen nicht kommentiert oder analysiert, sondern lediglich die Worte der Mütter wiedergegeben, ihren Erfahrungen Raum gegeben.

Dabei hat sich gezeigt, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Frauen sehr unterschiedlich sind. Die Antworten sind sehr vielfältig ausgefallen, und die Bandbreite an Sichtweisen ist groß. Jede Frau hat ihre eigene Geschichte, hat unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse. Jede Frau braucht in der Schwangerschaft andere Dinge, um sich wohl, zufrieden und sicher zu fühlen. Nicht immer werden diese Bedürfnisse auch erfüllt. Der Mutter-Kind-Pass in seiner derzeitigen Form ist sehr starr, und es bleibt nur wenig Spielraum für individuelle Besonderheiten. Österreichs Standard-Vorsorgeprogramm für Schwangere wird somit keinesfalls allen Frauen gerecht.

Wichtige Ergebnisse der Befragung

Die Frauen, die den Fragebogen beantwortet haben, sind zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 29 und 54 Jahre alt. Das Durchschnittsalter beträgt 36,5 Jahre. Gemeinsam haben die befragten Frauen 42 Kinder (durchschnittlich also ungefähr je 2 Kinder) im Alter zwischen ein und 32

Jahren. Viele der befragten Frauen beschäftigen sich überdurchschnittlich intensiv, teilweise auch beruflich mit Themen rund um Schwangerschaft und Geburt.

Von den 19 Frauen haben 18 zumindest in einer Schwangerschaft die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen lassen. Zwei Frauen haben einen anderen Weg gewählt. Eine davon hat beim ersten Kind noch alle Untersuchungstermine wahrgenommen, beim dritten Kind dann ganz auf die medizinische Schwangerenvorsorge verzichtet. Die zweite Mutter, die keine Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen hat lassen, hat diese Entscheidung bereits für die erste Schwangerschaft getroffen.

Obwohl die einzelnen Frauen – wie gesagt – sehr verschieden sind und daher auch ihre Antworten zum Teil sehr unterschiedlich ausgefallen sind, sind doch einige Tendenzen auszumachen, die sich wie ein roter Faden durch die Aussagen der Frauen ziehen.

1. Grundsätzlich wurden bei einem Großteil der Frauen mehr als die obligatorischen fünf Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt.
2. Tendenziell wird in der ersten Schwangerschaft am häufigsten untersucht und kontrolliert. Mit zunehmender Anzahl an Schwangerschaften scheint die Untersuchungswilligkeit der Frauen abzunehmen.
3. Mit Hebammen verbinden die Frauen durchwegs positive Assoziationen, und sie stellen hohe Erwartungen an „ihre“ Hebammen, die weit über eine physische Betreuung und Begleitung hinausgehen.
4. Eher sachliche bis hin zu negativen Assoziationen werden mit dem Wort „Frauenarzt/Frauenärztin“ in Verbindung gebracht. Nur zwei Frauen assoziieren damit Positives.
5. Auffallend ist die große Unwissenheit, mit der Frauen den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gegenüberstehen. So wissen beispielsweise viele Frauen nicht, dass sie die Untersuchungen theoretisch auch ablehnen können und nicht alle Untersuchungen für den Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes verpflichtend sind. Prinzipiell scheint die Aufklärung und Information der Schwangeren

in den Arztpraxen nicht an oberster Stelle zu stehen. So haben vier Frauen beispielsweise angegeben, die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchgeführt zu haben, weil sie angenommen haben, dass sie dazu verpflichtet wären. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden nicht als Angebot wahrgenommen, sondern als Pflicht, die es zu erfüllen gilt. Dass es auch die Möglichkeit gibt, das Vorsorgeprogramm zur Gänze abzulehnen oder auf einzelne Untersuchungen zu verzichten, ist vielen Frauen nicht bewusst.

6. *So unterschiedlich die einzelnen Frauen sind, die an der Befragung teilgenommen haben, so unterschiedlich ihre persönlichen Geschichten verlaufen sind, in einem waren sich alle befragten Frauen einig: Alle wünschen sich eine echte Wahlfreiheit für den Mutter-Kind-Pass zwischen Hebamme und Arzt!*

Einzelstimmen

Lassen wir also nun die zu Wort kommen, die vom Mutter-Kind-Pass betroffen sind: schwangere Frauen und Mütter.

Die Reihung erfolgt von jünger nach älter, alphabetisch sortiert.

„Ich habe die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen lassen, um sicherzugehen, dass es mir und meinem Kind gutgeht.“

Christa, 29

Gesundheits- und Krankenschwester

1 Kind: 3 Jahre, Klinikgeburt mit Kaiserschnitt

Entscheidungen in der Schwangerschaft sollten am besten von Gynäkologe, Hebamme und werdender Mutter gemeinsam getroffen werden, es kommt auf das jeweilige Anliegen an. Ich habe die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen lassen, um sicherzugehen, dass es mir und meinem Kind gutgeht. Insgesamt habe ich elf Mal einen Arzt aufgesucht, eine Untersuchung davon war das Organscreening im Krankenhaus. Ich hatte zehn routinemäßige Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, die mir auch wichtig waren. Über die Risiken einer Ultraschalluntersuchung bin ich aber nicht wirklich aufgeklärt worden.

Ich finde es nicht sinnvoll, dass die Auszahlung des vollen Kinderbetreuungsgeldes an die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gekoppelt ist, und hätte die Untersuchungen auch durchführen lassen, wenn ich dafür keine Geldleistung erhalten hätte.

Zusätzlich zu den medizinischen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen habe ich zur Beratung und zur Betreuung nach der Geburt zu Hause Hebammenhilfe in Anspruch genommen. Hätte es das kostenlose Hebammengespräch zum Zeitpunkt meiner Schwangerschaft im Mutter-Kind-Pass schon gegeben, hätte ich es auch in Anspruch genommen. Von einer Hebamme erwarte ich mir Unterstützung vor, während und nach der Schwangerschaft und Geburt, daher wäre die Wahlfreiheit für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zwischen Arzt und Hebamme erstrebenswert.

„Auf der einen Seite wird immer so ein Aufsehen zwecks Keimen gemacht, auf der anderen Seite aber so viel vaginal untersucht.“

Sonja, 30

Entspannungstrainerin, Doula und Energetikerin

1 Kind: 3 Jahre, Spontangeburt in der Klinik

Schwangerschaft ist etwas Natürliches und wunderschön. Als ich vermutet habe, schwanger zu sein, habe ich einen Test gemacht, dann abgewartet, und im zweiten Monat habe ich einen Arzt aufgesucht. Dort war ich dann monatlich, ab dem achten Monat alle zwei Wochen und ab der 38. Woche ein Mal wöchentlich. Die Schwangerschaft verlief optimal.

Ich habe die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durchführen lassen, um im Falle des Falles darüber informiert zu sein oder rechtzeitig intervenieren zu können, sollte es meinem Baby nicht gutgehen. Aber auch, um das Karenzgeld beziehen zu können.

Die Hebammensprechstunde im Rahmen des Mutter-Kind-Passes finde ich sehr wichtig, allerdings gab es diese zur Zeit meiner Schwangerschaft noch nicht. Sonst hätte ich sie auf jeden Fall in Anspruch genommen. Die Untersuchung beim Internisten finde ich aber überflüssig – zumindest so, wie sie bei uns durchgeführt wird. Auch manche Blutuntersuchungen wie das Blutzuckermessen sollten auf freiwilliger Basis geschehen.

Bei jeder Untersuchung wurde auch ein routinemäßiger Ultraschall gemacht. Da es mittlerweile Studien gibt, die die Ultraschalluntersuchungen nicht mehr als absolut gefahrlos einstufen, finde ich es nicht richtig, sie bei jedem Arztbesuch durchzuführen. Über mögliche Risiken wurde ich nicht aufgeklärt.

Die Vaginaluntersuchungen empfand ich unangenehm und unangebracht. Auf der einen Seite wird immer so ein Aufsehen zwecks Keimen gemacht, auf der anderen Seite aber so viel vaginal untersucht.

Doris Moser • Sarah Schmid

Mein privater Mutterpass

Meine Schwangerschaft selbst dokumentiert

Dein privater Mutterpass begleitet dich fachlich kompetent in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett.

Diese Art der Selbstbeobachtung schafft Selbstvertrauen, denn du wirst zur Expertin für deinen Körper und das Baby.

Zahlreiche Seiten für tabellarische und freie Eintragungen ermöglichen dir, deine Beobachtungen und körperlichen Entwicklungen eigenständig und unabhängig von Arzt/Ärztin oder Hebamme festzuhalten. So verpasst du keinen wichtigen Entwicklungsschritt und stärkst bereits in der Schwangerschaft die Mutter-Kind-Bindung.



Doris Moser

Schwangerschaft schafft Heldinnenkraft

Dein Guide für eine selbstbestimmte Schwangerschaft und kraftvolle Geburt. Mit energetisierenden Yoga-Positionen und harmonisierenden Ausmal-Mandalas

Medizinische Schwangerenvorsorge ist nur die halbe Miete! Worauf es in der Schwangerschaft wirklich ankommt, erfährst du in diesem Buch. Gestalte die Zeit deiner frohen Hoffnung mit Achtsamkeit und dem Gefühl, ganz Frau zu sein. Nimm deine Vorsorge eigenverantwortlich und selbstbestimmt in die Hand und suche dir passende Unterstützung.

Erwecke Urkräfte in dir und werde zur Heldin! So kannst du nicht nur die Zeit der Schwangerschaft entspannt und freudvoll genießen, sondern auch der spontanen Geburt und dem gemeinsamen Leben mit deinem Baby gelassen entgegenblicken.

