

Präkonzeptionelle Gesundheitsberatung und Beratung zur Wahl der Geburtsklinik als weitere Instrumente zur Verringerung von Frühgeburten

Preconceptional Health Promotion and Counselling Pregnant Women in Choosing their Obstetric Clinic as Further Tools in the Reduction of Preterm Deliveries

Autoren

J. W. Dudenhausen¹, K. Friese², W. Kirschner³

Institute

¹ Klinik für Geburtsmedizin Charité, Campus Virchow Klinikum und Campus Benjamin Franklin, Berlin

² Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Innenstadt/Großhadern, München

³ Forschung Beratung + Evaluation Berlin

Schlüsselwörter

- ▷ Schwangerschaft
- ▷ Geburt
- ▷ Komplikationen
- ▷ präkonzeptionelle Gesundheitsförderung und Prävention
- ▷ Krankenhauswahl

Key words

- ▷ pregnancy
- ▷ delivery
- ▷ complications
- ▷ preconceptional health promotion and prevention
- ▷ choice of obstetric clinic

eingereicht 15.12.2006

angenommen 24.2.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-960658

Z Geburtsh Neonatol
2007; 211: 142–146

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0948-2393

Korrespondenzadresse

J. W. Dudenhausen

Klinik für Geburtsmedizin
Charité · Campus Virchow
Klinikum und Campus
Benjamin Franklin · Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
joachim.dudenhausen
@charite.de

Zusammenfassung



Hintergrund: An dem seit nunmehr sechs Jahren bestehenden Programm zur Verringerung von Frühgeburten in Deutschland – BabyCare – haben bisher über 100 000 Schwangere teilgenommen. Das Programm findet bei niedergelassenen Frauenärzten, Krankenkassen und den Schwangeren sehr hohe Akzeptanz. Die Evaluation der Geburtsergebnisse der Teilnehmerinnen im Vergleich zu den Perinataldaten in Niedersachsen zeigt wiederholt einen stabilen Rückgang der Frühgeburten. Eine weitere Reduktion der Frühgeburten erscheint uns durch eine zusätzliche präkonzeptionelle Gesundheits- und Ernährungsberatung möglich. Dieses Programm wird derzeit entwickelt und steht im Juni 2007 zur Verfügung. Ein weiterer Ansatzpunkt der Optimierung besteht in der zielgerichteten Beratung der Schwangeren zur Klinikwahl. Hierzu sind zunächst entsprechende Informationsmedien zu entwickeln.

Methodik: Auswertung einer Stichprobe von 3345 ärztlich dokumentierten Geburtsergebnissen von BabyCare-Teilnehmerinnen im Vergleich zu den kumulierten Perinataldaten in Niedersachsen der Jahre 2002 bis 2005 nach Kontrolle bzw. Gewichtung für Alter, Parität, Mehrlingschwangerschaft und Schulbildung. Beispielhafte Ableitung präventiver Potenziale einer präkonzeptionellen Intervention und zusammenfassende Analyse der Probleme der Krankenhauswahl von Schwangeren.

Ergebnisse: Teilnehmerinnen am BabyCare-Programm haben eine um 20 bis 25% geringere Frühgeburtenrate als ein strukturgleiches Vergleichskollektiv. Eine zusätzliche präkonzeptionelle Gesundheits- und Ernährungsberatung kann prägravid Risiken gezielt senken und eröffnet ein weites Feld präventiver Maßnahmen, die nach epidemiologischer Datenlage Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft (u.a.

Abstract



Background: More than 100 000 women have already participated in the given BabyCare programme. It is highly accepted by pregnant woman, gynaecologists as well as the health insurance companies co-operating. Evaluation of the birth outcomes is done annually in comparison with a given perinatal data base. We look for further tools to reduce preterm deliveries.

Methods: Birth outcome is analysed based on a sample of 3345 births documented by the gynaecologist controlled for age, parity, multiple gestation and education level. The preventive potentials of preconceptional interventions are exemplified and the given problems in the choice of obstetric clinics are summarized.

Results: Women participating in the BabyCare programme have a rate of preterm birth which is 20 to 25% lower than in the control group. Additional preconceptional health promotion can reduce pregravid risk factors and provides many opportunities for preventive measures, which may reduce the incidence of severe complications substantially. Targeted counselling the choice of a clinic will additionally provide support for women with high risk pregnancies and may lead to a further reduction of complications or rather to a better management of incident complications.

Conclusions: Health and nutritional counselling in early pregnancy by the BabyCare programme leads to a stable, significant, effective and efficient reduction of preterm births. The additional preconceptional and antepartal measures may contribute to a further reduction of complications.

Fehlbildungen, Fehl- und Frühgeburten) deutlich verringern können. Die gezielte Beratung zur Wahl der Geburtsklinik kann zusätzlich die Fehlallokation von Risikoschwangerschaften verringern.

Schlussfolgerungen: Durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die das BabyCare-Programm umfasst, lässt sich die Zahl der Frühgeburten signifikant senken. Das Programm ist effektiv und effizient. Eine weiteres Potenzial zur Verringerung der Frühgeburten wird in einer präkonzeptionellen Gesundheits- und Ernährungsberatung gesehen, die derzeit erarbeitet wird. In der stärkeren Beratung zur Wahl der Geburtsklinik wird ein weiterer Ansatzpunkt zur Verringerung und/oder zum besseren Management von Komplikationen im Verlauf der späten Schwangerschaft und bei der Geburt gesehen.

Stand des BabyCare-Programms

Seit dem Start des Programms im Herbst 2000 haben mittlerweile über 100 000 Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch am BabyCare-Programm teilgenommen. Kooperationspartner des Programms sind über 1000 niedergelassene Frauenärzte in Deutschland sowie über die Hälfte der 250 gesetzlichen Krankenkassen sowie einige private Krankenversicherungen. BabyCare hat das Ziel, die Frauen gesund und sicher durch die Schwangerschaft zu begleiten und v. a. die Zahl der Frühgeborenen zu verringern.

Akzeptanz der Frauenärzte und der Teilnehmerinnen

BabyCare wird von den Ärzten und v. a. auch von den Schwangeren sehr positiv aufgenommen. Die kooperierenden Ärzte sehen sich durch das Handbuch, wie auch durch die individuellen Maßnahmen der Gesundheits- und Ernährungsberatung in der Schwangerenvorsorge unterstützt. Durch die Lektüre des Handbuchs und die gezielten Vorschläge zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten sind die teilnehmenden Schwangeren aufgeklärt, und der Frauenarzt kann sich auf die verbliebenen medizinischen Fragen konzentrieren.

Die Teilnehmerinnen sehen in BabyCare einen unterstützenden Begleiter in der Schwangerschaft, der nahezu keine Fragen offen lässt. Sollte dies doch der Fall sein, besteht jederzeit die Möglichkeit, diese Fragen an das Team zu stellen. 88% der Teilnehmerinnen benoten das Programm mit der Note sehr gut oder gut.

Häufigkeit der Frühgeburt in Deutschland am Beispiel Niedersachsens

In industrialisierten Ländern ist trotz der Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch in der Geburtshilfe eine weitere Zunahme der Frühgeburtenrate zu ver-

zeichnen. So stieg die Frühgeburtenrate z. B. im Bundesland Niedersachsen von 7,1% im Jahr 1990 auf 8,5% im Jahr 2005 an. Gründe für die Zunahme sind das steigende Alter der Frauen bei der ersten Schwangerschaft, die bis 2004 zunehmenden Kinderwunschbehandlungen [1] sowie persistierende oder gar steigende Risikofaktoren der Frühgeburt wie Rauchen [2], Stress, Vaginalinfektionen und auch Diabetes [3] (Abb. 1).

Verringerung der Frühgeburtenrate im BabyCare-Programm

Um die Effekte des BabyCare-Programms auf die Zahl und Rate der Frühgeborenen zu bestimmen, werden die kumulierten Perinataldaten aus Niedersachsen der Jahre 2002, 2003 und 2005 herangezogen. Nach Daten der Universitätsfrauenklinik Rostock stellt die Frühgeburtenrate in Niedersachsen den Durchschnittswert für ganz Deutschland dar. Belastbare gesamtdeutsche Frühgeburtenraten liegen immer noch nicht vor (Tab. 1).

Die gesamte Frühgeburtenrate zeigt einen nach Alter typischen u-förmigen Verlauf, wonach Frühgeburten bei jüngeren und v. a. älteren Schwangeren am häufigsten sind. Unter den Erstgebärenden liegt die Rate bei den 30- bis 34-jährigen Schwangeren bei 10,3%, bei den über 35-jährigen sogar bei 12,3%. Damit ist jede achte Erstgebärende in diesem Alter von einer Frühgeburt betroffen. Die Frühgeburtenrate ist bei Erstgebärenden deutlich höher als bei Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder geboren haben.

Will man die Frühgeburtenrate von Teilnehmerinnen des BabyCare-Programms mit den Frühgeburtenraten in Niedersachsen vergleichen, müssen die Strukturen der Teilnehmer auf die Struktur der Schwangeren in Niedersachsen „gewichtet“ werden, da BabyCare-Teilnehmerinnen sich in folgenden Variablen unterscheiden:

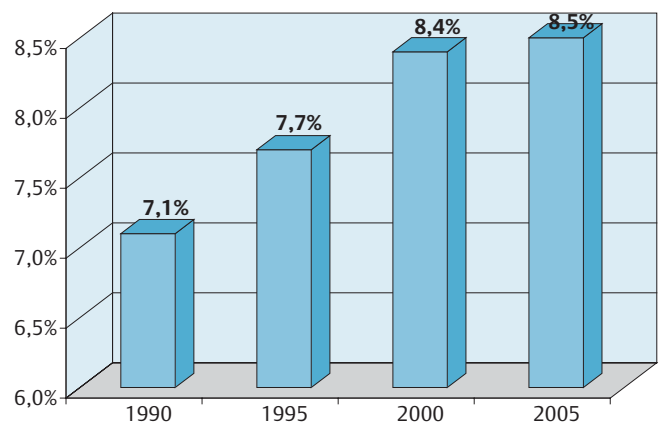


Abb. 1 Frühgeburtenrate in Niedersachsen von 1990 bis 2005 (Quelle: Ärztekammer Niedersachsen).

Tab. 1 Frühgeburtenraten in Niedersachsen 2002, 2003 und 2005 (kumuliert)

| | bis 24 Jahre | 25 bis 29 Jahre | 30 bis 34 Jahre | 35+ Jahre | gesamt |
|------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------|--------|
| Frühgeburtenrate gesamt | 8,9% | 8,2% | 8,2% | 9,5% | 8,6% |
| Frühgeburtenrate Erstgebärende | 9,0% | 9,3% | 10,3% | 12,3% | 9,9% |
| Frühgeburtenrate Mehrfachgebärende | 8,6% | 7,0% | 6,9% | 8,4% | 7,5% |

- ▶ sie sind älter, d. h. jüngere Schwangere sind unter BabyCare-Teilnehmerinnen unterproportional vertreten
- ▶ der Anteil von Frauen mit Kinderwunschbehandlung ist unter BabyCare-Teilnehmerinnen deutlich höher als in einer normalen Schwangerenpopulation, da viele Fertilitätspraxen Kooperationspartner des Programms sind
- ▶ sie haben überproportional häufiger eine höhere Schulbildung.

Den beiden erstgenannten Strukturunterschieden wird mit einer Gewichtung einmal nach Alter sowie nach der Mehrlingschwangerschaft Rechnung getragen. Da die Schulbildung ein weiterer (sozialer) Risikofaktor der Frühgeburt ist, ist die Verteilung der Schwangeren nach Schulbildung ebenfalls zu berücksichtigen. Da die Perinataldaten in Deutschland diese Variable jedoch nicht enthalten, muss hier anders vorgegangen werden. Aus einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung liegen uns Daten zur Schulbildung der 20- bis 49-jährigen Frauen in Niedersachsen vor. Unter der – allerdings derzeit praktisch nicht zu überprüfenden – Annahme, dass Schwangere in Niedersachsen die gleiche Verteilung nach der Schulbildung aufweisen wie die Durchschnittsbevölkerung, lässt sich die BabyCare-Population darauf gewichten. Diese drei Gewichtungsschritte werden jeweils getrennt für Primiparae und Multiparae durchgeführt.

Die Geburtsergebnisse des BabyCare-Programms basieren ausschließlich auf den Geburtsdokumentationen der kooperierenden Ärzte, da nur hier ein Antwortbias nach dem Geburtsergebnis ausgeschlossen werden kann. Die Geburtsergebnisse werden in einem Stichprobenverfahren erhoben. Insgesamt liegen derzeit 3345 ärztliche Geburtsdokumentationen vor (► Tab. 2).

Die Gewichtung nach Alter führt bei den Erstgebärenden gegenüber den ungewichteten Daten zu einer Verringerung der Frühgeburtenrate, da ältere Schwangere mit einem höheren Frühgeburtsrisiko heruntergewichtet werden. Dieser Effekt tritt bei den Multiparae nicht auf, da hier die Altersstruktur nicht signifikant unterschiedlich ist. Die Gewichtung nach der Mehrlingsschwangerschaft führt in beiden Gruppen zu einer deutlichen Reduktion. Die Gewichtung nach der Schulbildung muss wieder zu einer Erhöhung der Frühgeburtenraten führen, da Frauen mit niedriger Schulbildung und höherem Frühgeburtsrisiko hochgewichtet werden.

Insgesamt liegt die Frühgeburtenrate bei erstgebärenden BabyCare-Teilnehmerinnen bei 7,4% gegenüber einer Rate von 9,9% in Niedersachsen, was eine Reduktion der Frühgeburtenrate um 25% entspricht. Bei Multiparae beträgt der Rückgang 20%. Dieser etwas geringere Rückgang ist plausibel, da verschiedene Frühgeburtsrisiken der Multiparae nicht interveniert oder präveniert werden können (z. B. Komplikationen bei vorausgegangen Schwangerschaften). Der Vergleich bei Multiparae ist

aber auch insgesamt problematisch, da es sich bei nicht erstgebärenden BabyCare-Teilnehmerinnen um Frauen handelt, die überdurchschnittlich häufig von Komplikationen in früheren Schwangerschaften betroffen waren. Dieser Effekt kann mangels Daten allerdings nicht berücksichtigt werden.

Zusammenfassend zeigt sich eine nunmehr stabile Verringerung der Frühgeburtenrate zwischen 20 und 25% in unserem Kollektiv im Vergleich zu den Perinataldaten in Niedersachsen.

Lässt sich die Zahl der Frühgeburten weiter verringern?



Das bisherige und laufende BabyCare-Programm ist auf Frauen ausgerichtet, bei denen eine Schwangerschaft (ärztlich) diagnostiziert ist. Das Programm und auch die individuelle Beratung zur Gesundheit, zu gesundheitlichen Risiken und zur Ernährung (Ernährungsanalyse) erhalten die Teilnehmerinnen in der Regel in der 13. Schwangerschaftswoche. Damit bleibt so noch viel Zeit, die weitere Schwangerschaft gezielt gesundheitsbewusst auszurichten. Es sind aber noch zwei weitere Ansatzpunkte und Zeitpunkte vorhanden, Risiken im Verlauf der Schwangerschaft und auch Frühgeburten zu verringern:

- ▶ die präkonzeptionelle Phase
- ▶ die antepartale Phase.

Dabei handelt es sich beim präkonzeptionellen Ansatz tatsächlich um eine genuin präventive Strategie, beim antepartalen Ansatz um eine Strategie, die an der Versorgungsqualität und dem optimalen Management inzidenter Komplikationen und auch der drohenden Frühgeburt ansetzt.

Die präkonzeptionelle Strategie



Ausgewiesene Geburtshelfer [4, 5] plädieren seit längerer Zeit für eine stärkere präkonzeptionelle Gesundheits- und Ernährungsberatung. Aber auch die Daten des BabyCare-Fragebogens selbst und unsere Erfahrungen in der Kommunikation mit den Schwangeren zeigen, dass diese ein wichtiges und bisher nicht genutztes Instrument ist, um einerseits Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt weiter zu verringern und andererseits die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schwangerschaft zu erhöhen. Fünf Beispiele mögen hier genügen:

- ▶ nur 23% aller Frauen im gebärfähigen Alter wissen [6], dass Folsäure, wenn sie lange vor dem Eintritt einer Schwangerschaft zugeführt wird, das Risiko für kindliche Fehlbildungen deutlich und nachweislich um bis zu 70% senken kann [7]. Eine unzureichende Folsäureversorgung kann zusätzlich auch zu Fertilitätsproblemen führen.
- ▶ 23% aller Schwangeren haben einen Bodymass-Index (BMI) von über 25, 8% sogar über 30%¹, womit das Risiko für Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft deutlich erhöht ist. So haben nach den BabyCare-Daten Schwangere mit einem BMI >25 ein 30% höheres Risiko für eine Frühgeburt als Normalgewichtige. Eine Gewichtsreduktion nach diagnostizierter Schwangerschaft ist weder indiziert noch wahrscheinlich wirklich erfolgreich. Starkes Übergewicht verringert auch den Eintritt der Schwangerschaft um die Hälfte [8].

Tab. 2 Vergleich der Frühgeburtenraten

| | BabyCare | Perinataldaten NDS | |
|----------------------|----------|--------------------|--------|
| Primiparae n = | 2727 | 89874 | |
| ungewichtet | 7,5% | | |
| Gewicht Alter | 7,1% | | |
| Gewicht MLS | 6,2% | | |
| Gewicht Schulbildung | 7,4% | 9,9% | -25,3% |
| Multiparae n = | 618 | 105881 | |
| ungewichtet | 6,0% | | |
| Gewicht Alter | 6,0% | | |
| Gewicht MLS | 5,5% | | |
| Gewicht Schulbildung | 6,0% | 7,5% | -20,0% |

¹ Quelle BabyCare-Daten

Tab. 3 Häufigkeit chronischer Krankheiten unter Schwangeren

| | |
|--------------------------------------|------|
| Migräne | 6,2% |
| Anämie, Eisenmangel | 4,7% |
| Schilddrüsenunterfunktion | 4,5% |
| Krampfadern | 3,0% |
| Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen | 2,4% |
| psychische Erkrankungen | 2,1% |
| Bluthochdruck | 1,7% |
| Asthma | 1,5% |
| erhöhtes Cholesterin | 1,1% |
| Gastritis | 1,1% |
| Schilddrüsenüberfunktion | 1,0% |
| Bronchitis (chronisch) | 0,7% |
| Diabetes | 0,5% |

(Häufigkeit $\geq 0,5\%$) (Quelle: BabyCare-Daten n = 6 016)

- ▶ viele Schwangere weisen einen unzureichenden Impfschutz auf, der in der Schwangerschaft vielfach nicht (Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln) gedeckt werden kann
- ▶ 30% aller Frauen im gebärfähigen Alter verwenden pro Woche (von oralen Kontrazeptiva abgesehen) mindestens ein Arzneimittel. Darunter befinden sich mit einer Häufigkeit von jeweils ca. 10% Schmerzmittel und Mittel gegen Hautkrankheiten.² Einige der letztgenannten Medikamente können embryonaltoxisch wirken, wenn sie vor der Konzeption oder nach der Konzeption verwendet wurden. Zu nennen sind hier beispielsweise die Retinoide. Gleichzeitig haben nicht wenige Medikamente negative Auswirkungen auch auf die Fertilität.
- ▶ Auch wenn chronische Krankheiten bei Frau und Mann im Alter zwischen 20 und 50 Jahren epidemiologisch noch relativ selten sind, so kommen sie dennoch vor. In **Tab. 3** sind die häufigsten chronischen Krankheiten, an denen Schwangere leiden, aufgeführt. Bei nicht wenigen dieser Krankheiten empfiehlt sich eine Therapieumstellung bereits bei der Planung der Schwangerschaft, bei einigen sind medikamentöse Therapien prä- und auch postkonzeptionell absolut auszuschließen.

Viele Faktoren, die bei eingetretener Schwangerschaft das Risiko für Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft und bei der Geburt erhöhen, können gleichzeitig bereits die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schwangerschaft verringern, weil sie die Fertilität von Mann und/oder Frau beeinträchtigen können.

So plausibel und überzeugend diese Strategie zunächst auch erscheint, wird es u. E. nicht einfach sein, den „Vorsorgegedanken“ bereits beim „Kinderwunsch“ zu etablieren, auch wenn ca. 70% aller Schwangerschaften geplant sind.³

Die antepartale Strategie

Komplikationen im Verlauf der späten Schwangerschaft und auch Frühgeburten können auch durch ein optimiertes, leitlinienorientiertes klinisches Management sicher verringert werden. Dies gilt auch für die bei einer drohenden Frühgeburt einzuleitenden Maßnahmen. Seit Jahren gibt es unter dem Begriff der „Regionalisierung der Geburtshilfe“ Bestrebungen und Maßnahmen, Schwangere mit entsprechenden Risiken stärker in Klini-

ken höherer Versorgungsstufen bzw. in Perinatalzentren zu entbinden. Dies gelingt aber immer noch nicht ausreichend. Nach einer neuen Untersuchung waren insgesamt 2,4% aller einbezogenen Schwangeren „fehlplatziert“ [9]. Bei der Hälfte dieser Schwangeren war durch entsprechende Eintragungen im Mutterpass ein Risiko erkennbar, sodass eine gezielte Beratung und Information zur Wahl der geeigneten Klinik prinzipiell hätte erfolgen können. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat in einer Leitlinie entsprechende Indikationen (nicht abschließend) benannt [10]. So einfach diese Strategie zunächst erscheint, so ist die Umsetzung nicht leicht. Die Gründe dafür liegen im Erkennen des Risikos, der Risikokommunikation zwischen Frauenarzt und der Schwangeren, dem Krankenhauswahlverhalten der Schwangeren und der offenbar bestehenden Zurückhaltung des Frauenarztes bei der Beratung zur Klinikwahl. Es bestehen folgende Schwierigkeiten (**Tab. 4**):

- ▶ Die erste Schwierigkeit liegt bereits im Begriff der Risikoschwangerschaft begründet. Der sich in der klinischen und außerklinischen Praxis etablierte Begriff umfasst derzeit mit ca. 70% die Mehrzahl aller Schwangerschaften und ist so für adäquate und rationale Allokationsentscheidungen nicht brauchbar.
- ▶ Internationale und nationale Versuche, auf der Grundlage klinischer und/oder diagnostischer Parameter einen entsprechenden Risikoscore zu entwickeln, müssen bisher als gescheitert betrachtet werden [11]. Die erreichte Sensitivität, Spezifität und der positive Prädiktionswert sind bislang zu gering, um auf dieser Grundlage rationale Allokationsentscheidungen zu treffen.
- ▶ Nur ein kleiner Teil der Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft ist antepartal tatsächlich realistisch vorhersehbar (s. o.).
- ▶ Der niedergelassene Frauenarzt steht vor diesem Hintergrund vor einer paradoxen Situation. So soll er die Schwangeren auch hinsichtlich der Klinikwahl beraten, obwohl ihm rationale und belastbare Instrumente dazu weitestgehend fehlen. Dies mag auch erklären, dass nach Angaben der genannten Untersuchung nur 44% der Schwangeren erklären, von ihrem Frauenarzt hinsichtlich der Wahl der Geburtsklinik beraten worden zu sein [12]. Darüber hinaus kommt es bei Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft nicht selten auch zu Selbsteinweisungen der Schwangeren, wobei sich hier die Frage nach der Weiterverlegung der Patientinnen nach den ersten Notfallmaßnahmen stellt. Inwieweit bzw. in welchem Umfang hier Fehlallokationen vorliegen, kann mangels Daten allerdings nicht festgestellt werden.

Tab. 4 Wichtige Kriterien der Krankenhauswahl von Schwangeren (Quelle: [12])

| | sehr wichtig |
|------------------------------------|--------------|
| Nähe zum Wohnort | 46% |
| medizinisch-technische Ausstattung | 40% |
| guter Ruf der Klinik | 37% |
| Neonatologie vorhanden | 35% |
| wurde dort schon entbunden | 29% |
| Angebot „sanfte Geburt“ | 24% |
| Empfehlung Freunde/Verwandte | 21% |
| Empfehlung Hebamme | 13% |
| Frauenarzt ist Belegarzt | 10% |
| Empfehlung Arzt | 9% |

² Quelle: BabyCare-Daten³ ebd.

- ▶ Schließlich und letztlich steht die regionale Verteilung der Perinatalzentren zumindest in Flächenländern im Gegensatz zu dem wichtigsten Kriterium der Schwangeren bei der Klinikwahl, der Nähe zum Wohnort, die 46% der befragten Schwangeren für sehr wichtig halten (► Tab. 4).

Die genannte Untersuchung ergibt auch, dass 56% der befragten Schwangeren angeben, von ihrem Arzt nicht zur Krankenhauswahl beraten worden zu sein. Selbst bei den Schwangeren, die von ihrem Arzt über ein vorliegendes Risiko informiert wurden, erfolgte bei 80% keine entsprechende Klinikempfehlung.

Weiterentwicklungen des BabyCare-Programms

Bereits in den letzten Jahren wurde das BabyCare-Programm schrittweise erweitert. Neben der Durchführung der pH-Messung, die bei einigen kooperierenden Krankenkassen zusätzlicher Bestandteil des BabyCare-Programms ist, wurde bereits auch ein Ernährungsprogramm für Frauen mit Kinderwunsch erstellt (www.babycare-nutrition.de).

Die präkonzeptionelle Gesundheits- und Ernährungsberatung

Im Juni 2007 wird es ein neues Programm zur Gesundheits- und Ernährungsberatung von Frauen und Männern geben, die sich ein Kind wünschen. Dieses Programm wird in der Kombination von Handbuch, Fragebogen, Auswertungen und Empfehlungen sowie Internetmodulen genau so aufgebaut sein wie das BabyCare-Programm. Es informiert über die in der ► Tab. 5 genannten Themen, wobei am Ende jedes Kapitels handlungsleitende Empfehlungen gegeben werden. Es richtet sich an drei Zielgruppen:

- ▶ Paare in Fertilitätsbehandlung
- ▶ Paare, die Fertilitätsstörungen vermuten und
- ▶ Paare, die die Chance einer präkonzeptionellen Vorsorge nutzen wollen.

Bei allen drei Zielgruppen sollen mögliche Risiken rechtzeitig erkannt und vermindert werden und gleichzeitig sollen Ressourcen gestärkt werden. In der ersten Gruppe soll die Fertilitätsbehandlung unterstützt und abgesichert werden. In der zweiten Gruppe unterstützt das Programm bei der anamnestischen und diagnostischen Suche nach Ursachen oder Kofaktoren der Infertilität (► Tab. 5).

Die Beratung der Schwangeren zur Wahl der Geburtsklinik

Im Zuge der Neuauflage des BabyCare-Programms im Jahr 2007 wird sich ein Zusatzkapitel ausführlich mit der Krankenhauswahl von Schwangeren befassen und die Vor- und Nachteile der verschiedenen institutionellen Entbindungsmöglichkeiten differenziert darstellen. In Zusammenarbeit mit den Landesverbänden des Berufsverbandes der Frauenärzte wird auch daran gedacht, entsprechende Informationsflyer für die Frauenarztpraxen bereit zu stellen. Da dieser Flyer gerade auch über die Standorte der Perinatalzentren informieren soll, müssen hier noch die in Durchführung befindlichen Anerkennungsverfahren der Krankenhäuser als Perinatalzentren mit unterschiedlichen Versorgungsstufen abgewartet werden [13].

Tab. 5 Kapitelübersicht des neuen Beratungsprogramms für Paare mit Kinderwunsch

| | |
|----|---|
| 1 | Vorwort |
| 2 | Vorsorge vor und in der Schwangerschaft <ul style="list-style-type: none"> – Die drei großen Risiken in der Schwangerschaft und bei der Geburt und was Sie persönlich tun können – Fehlgeburten, Frühgeburten und Fehlbildungen |
| 3 | Die Entscheidung für ein Kind – was Paare heute darüber denken |
| 4 | Wie sicher und erfolgreich schwanger werden? |
| 5 | Fertilitätsprobleme und Infertilität |
| 6 | Konsum von Alkohol, Nikotin, Kaffee und anderen sog. illegalen Drogen |
| 7 | Chemikalien und Medikamente |
| 8 | Ernährungsverhalten und Versorgung mit Mikronährstoffen |
| 9 | Unter- oder Übergewicht |
| 10 | Chronische Krankheiten |
| 11 | Infektionskrankheiten und sexuell übertragbare Krankheiten |
| 12 | Vererbte Krankheiten |
| 13 | Zahngesundheitszustand |
| 14 | Stress und Belastungen im Beruf und/oder in der Familie |
| 15 | Sportliche Aktivität |
| 16 | Reisen und Fernreisen |
| 17 | Zusammenfassende Empfehlungen und Checkliste für die Schwangerschaft |
| 18 | Anlage. Der Fragebogen zur persönlichen Gesundheits- und Ernährungsberatung |

Insgesamt spricht ein hohes Maß epidemiologischer Evidenz dafür, dass mit den genannten Maßnahmen die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Schwangerschaft erhöht werden kann und gleichzeitig Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft verringert werden können. Nun kommt es darauf an, dies in die Praxis umzusetzen.

Literatur

- 1 *Deutsches IVF-Register*. Jahresbericht 2004. <http://www.deutsches-ivf-register.de/>
- 2 http://www.krebsgesellschaft.de/rauchen_datenzahlenfakten,1050.html
- 3 Scherbaum WA, Kiess W (Hrsg). Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/057-003.pdf
- 4 Cefal RC, Moos MK. Preconceptional Health Care – A Practical Guide. Mosby 1995
- 5 Dudenhausen JW. Früherkennung und Beratung vor der Schwangerschaft: Prägravid Risiken. Frankfurt/Main 1995
- 6 RKI-Bundesgesundheitsurvey. http://www.rki.de/nn_225840/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Gesundheitsverhalten/Ernaehrung/Folsaeure/folsaeure_inhalt.html_nnn=true
- 7 <http://www.folsaeuremed.ch/wissenschaft/pages/folmed.wissenschaft.html>
- 8 Ferlitsch K et al. Die Bedeutung des Körpergewichtes in der Assistierte Reproduktion. *J Fertilität Reproduktion* 2002; 12: 7–12 (Ausgabe für Österreich)
- 9 Dudenhausen JW, Locher B, Nolting HD. Zur Regionalisierung der perinatalen Versorgung – Wie häufig sind Fehlplatzierungen von Risikogebärenden? *Z Geburtshilfe Neonatol* 2006; 210: 92–98
- 10 <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/024-001.htm>
- 11 David M, Pachaly J, Vetter K. Die Wahrscheinlichkeit einer Spontangeburt – Möglichkeiten und Grenzen von Risikoscores. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 2002; 206: 219–227
- 12 Dudenhausen JW, Locher B, Nolting HD. Ärztliche Beratung und Wahl der Geburtsklinik. *Der Gynäkologe* 2006; 39: 608–613
- 13 www.dkgev.de/pdf1473