Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die negierte Schwangerschaft

–

Erklärungsansätze, Auswirkungen und die Relevanz der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 31.08.2012
Vorgelegt von: Marie Baumann
Matrikelnummer.: 1946173

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Suess
Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Krüger

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 31.08.2012

Marie Baumann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Schwangerschaftsvorsorge in Deutschland und die Rolle der Sozialen Arbeit	3
3. Die psychologischen Abwehrmechanismen hinter dem Negieren	8
4. Die negierte Schwangerschaft	12
4.1 Definition	12
4.1.1 Abgrenzungen	15
4.1.2 Verdrängte oder verleugnete Schwangerschaft?	17
4.2 Gründe	18
4.2.1 Psychische Gründe	19
4.2.2 Körperliche Gründe	21
4.2.3 Sonstige Gründe	23
4.3 Silhouetten-Effekt der Schwangerschaftsverdrängung	26
4.4 Mögliche Auswirkungen und Folgen	29
4.4.1 Fehlende Vorsorge	29
4.4.2 Geburt und Kindesentwicklung	30
4.4.3 Körperlicher und seelischer Zustand der Mutter	32
4.4.4 Mutter-Kind-Beziehung und -Bindung	33
5. Die Betreuung von Frauen mit einer negierten Schwangerschaft	38
5.1 Anforderungen	39
5.2 Bewältigung	41
5.3 Beispiele für Akteure der Sozialen Arbeit	43
5.3.1 Krankenhaussozialdienst	44
5.3.2 Familienhebammenprojekt	45
6. Fazit	47
7. Quellenverzeichnis	50
7.1 Literaturverzeichnis	50
7.2 Internetquellenverzeichnis	54
8. Anhang	57
Mutterschaftsrichtlinien	57

1. Einleitung

Von negierten Schwangerschaften, also Schwangerschaften, die der Mutter im Extremfall bis zur eintretenden Geburt unbekannt bleiben, hören Viele in Fernsehberichten (vgl. Wessel, 1998: 122). In den Medien wird dieses Phänomen als etwas Sensationelles beschrieben, das nur in besonderen Fällen auftritt und häufig im engen Zusammenhang mit einer anschließenden Kindstötung dargestellt wird (vgl. Internetquellen 5-8).

Im Normalfall (über die Hälfte) bemerken Frauen ihre Schwangerschaft bereits vor der neunten Schwangerschaftswoche (SSW) (vgl. Beckermann: 4). Das Interesse der Medien an diesem Thema ist damit zu erklären, dass ein späteres Bemerkten etwas Aussergewöhnliches und Sensationelles ist. Aber wie unwahrscheinlich ist es, dass dies zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt, möglicherweise erst bei der Geburt, geschieht?

Woran liegt es aber, dass Frauen ihre Schwangerschaft negieren? Welche Bedeutung hat die unbewusste Schwangerschaft auf das spätere Elternsein?

Und stimmt das Bild der Medien mit der Realität überein, dass diese Frauen nach der Geburt zu extremen Reaktionen, wie der Kindstötung, neigen oder große Probleme mit dem Mutter-Sein haben? Und wie kann man sie dann als SozialarbeiterIn in eine wenig belastende Elternschaft begleiten?

„Negieren“ bedeutet laut dem Duden soviel wie Abstreiten, Leugnen, Verneinen oder Ignorieren (vgl. <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/negieren>, Zugriff: 13.07.2012).

Während der Arzt Jens Wessel unter dem Begriff der negierten Schwangerschaft sowohl die verdrängte als auch die verheimlichte Schwangerschaft meint (vgl. Beier et al: 723), sind in dieser Arbeit das zentrale Thema die Schwangerschaften, die der Frau überdurchschnittlich lang unbewusst bleiben. Als Grund kann ein

psychologischer Abwehrmechanismus, wie Verdrängung oder Verleugnung, verantwortlich gemacht werden.

Sozialarbeiter bearbeiten psychosoziale Probleme „[...]mit dem Ziel der Verbesserung individuellen und gesellschaftlichen Wohlergehens[...]“ (Mühlum: 22)

Zu den Aufgaben der Sozialarbeit zählen neben dem Beheben von psychosozialen Problemlagen aber auch die materielle Not von Bedürftigen (vgl. ebd: 21).

Welche Notsituationen führen womöglich zu einer Verdrängung der Schwangerschaft? Vor welchen möglichen Problemen stehen sie, wenn die Verdrängung gelöst wird? Und letztendlich stellt sich die Frage; sind betroffene Frauen Klientinnen der Sozialen Arbeit?

Die vorliegende Arbeit behandelt diesen Fragenkomplex und sucht nach Antworten. Zunächst wird dargestellt, wie eine Schwangerschaft heutzutage in Deutschland verläuft und welche Vorsorgeangebote schwangeren Frauen zugänglich sind.

Daraufhin wird eingeordnet, inwieweit Schwangere Klientinnen der Sozialen Arbeit werden.

Im dritten Kapitel wird der psychologische Mechanismus der Abwehr beleuchtet und besonders die Verdrängung fokussiert.

Anschließend werden die zwei beschriebenen Themen, Schwangerschaft und Verdrängung, zusammen gefasst. Der Definition der negierten Schwangerschaft folgt eine Beschreibung der möglicher Gründe, sowie der Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit von Mutter und Kind und deren Bindungsfähigkeit.

Im vorletzten Kapitel liegt der Fokus auf der Betreuung von Frauen mit einer negierten Schwangerschaft durch Sozialarbeiter. Als Beispiel wird die Arbeit der Familienhebammenprojekte in Hamburg und die Krankenhaussozialarbeit dargestellt. Abschließend wird ein Fazit gezogen und Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

2. Schwangerschaftsvorsorge in Deutschland und die Rolle der Sozialen Arbeit

Wenn eine Frau den Verdacht hat, sie könnte schwanger sein, ist die erste Person, die sie kontaktiert oft der Gynäkologe¹. Sie beraten zu allen medizinischen und auf den Körper bezogenen Fragen, die zu dem Thema Schwangerschaft auftauchen, wie Ernährung und Vorsorgeverhalten. Doch auch psychosomatisches Wissen wird benötigt, da psychische und finanzielle Probleme die Situation der Mutter und des erwarteten Kindes mit beeinflussen können (vgl. <http://www.akf-info.de>, Zugriff: 10.12.2011).

Die Schwangerschaftsvorsorge in Deutschland ist seit 1966 eine gesetzlich festgelegte Leistung der Krankenkassen. Die Mutterschaftsrichtlinien (siehe Anhang) regeln die gesetzlichen Grundlagen (vgl. Wessel, 1998: 121).

Schwangere Frauen erhalten durch die gesetzliche Schwangerenvorsorge kostenlose Informationen, Beratungen und regelmäßige Untersuchungen, um die Gesundheit von Mutter und Ungeborenem zu Schützen (vgl. Goeckenjan/Vetter: 36). Nach der Erstuntersuchung, bei der eine umfassende Anamnese, eine allgemeine körperliche Untersuchung und die Risikoeinstufung erfolgt, folgen monatliche Untersuchungen, in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten je zwei Termine. Mit Hilfe von Ultraschall-Screenings wird die Entwicklung des Fötus überprüft (vgl. Mutterschaftsrichtlinien: 5f).

Die erste Vorsorgeuntersuchung sollte bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden um die Sicherheit für Mutter und Kind zu gewährleisten (vgl. Dadak: 204). Fast die Hälfte aller Frauen bemerken ihre Schwangerschaft jedoch vor der neunten Schwangerschaftswoche (vgl. Beckermann: 4) und somit deutlich vor der ersten Vorsorgeuntersuchung.

¹ In dieser Arbeit wird - auf Grund der Lesbarkeit - auf die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Form verzichtet.

Dass Frauen ohne jegliche Vorsorge ihr Kind gebären, kommt in Deutschland dagegen sehr selten vor, so nennt Wessel Werte unter einem Prozent (vgl. Wessel, 1998: 122).

Der erste Arztkontakt wird, wie bereits beschrieben, von der Frau meist selber hergestellt, wenn sie durch das Ausbleiben ihrer Menstruation, ihre Gravidität (Schwangerschaft) bemerkt. Der Zeitpunkt ist unter anderem von mehreren sozialen Faktoren abhängig. So suchen jüngere Frauen oder solche ohne abgeschlossene Schulbildung durchschnittlich später den Arzt auf. Zwischen dem Bemerkten der Schwangerschaft und der Erstuntersuchung kann mehr als ein Monat liegen. Dies wird so interpretiert, dass Frauen in einer Problemlage häufig länger brauchen, um die neue Situation zu bewältigen. Frauen in problematischen sozialen Verhältnissen kontaktieren ihren Arzt später und besuchen ihn im Allgemeinen seltener.

Aber auch bei jüngeren Frauen (unter 17 Jahren) und älteren Schwangeren (über 39 Jahre) liegt die Vorsorge deutlich unter dem Standard. Auch alleinstehende Frauen und Sozialhilfeempfängerinnen nehmen bei einer bestehenden Gravidität weniger Vorsorgeangebote in Anspruch (vgl. Wessel, 1998: 121).

Jede werdende Mutter bekommt den sogenannten Mutterpass, der sie als solche identifiziert. Es werden unter anderem geburtshilfliche Anamnese, Risikoprofil, die Beratung und stationäre Aufenthalte dokumentiert (vgl. Strauss: 24). Der Fragenkatalog des Mutterpasses definiert also die Schwangerenvorsorge, Pränataldiagnostik und mögliche Risikoschwangerschaften² (vgl. Beckermann: 3).

Die Kriterien für eine Risikoschwangerschaft sind vielfältig. Unter Anderem wird folgenden Frauen ein besonderes Risiko prognostiziert:

2 Risikoschwangerschaft = Eine Schwangerschaft, bei der eine erhöhte Gesundheitsgefährdung für Mutter und/oder Kind besteht.

- Erstgebärende unter 18 und über 35 Jahren
- Spätgebärende über 40 Jahren
- Frauen mit:
 - früheren Fehlgeburten
 - Komplikationen bei früheren Geburten
 - bestehenden Mehrlingsschwangerschaften
 - andauerndem Medikamenten- oder Drogenkonsum
 - seelischen Belastungen
 - Diabetis oder andere Erkrankungen

(vgl. <http://www.risikoschwangerschaft.info/Begriffserklaerung-Risikoschwangerschaft.html>, Zugriff: 10.08.2012).

In Deutschland werden zur Zeit etwa 72,7% aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. Tatsächlich verlaufen die meisten Schwangerschaften und Geburten jedoch unkompliziert und das neue Leben mit Kind kann ohne Probleme beginnen. Nur 10-30% der Frauen, denen eine Risikoschwangerschaft zugeschrieben wurde, erfahren am Ende gefährliche Komplikationen (vgl. Beckermann: 3).

Im Jahr 2010 waren die Frauen in Deutschland bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich 28,9 Jahre alt (vgl. Statistisches Bundesamt, Zugriff: 13.04.2012).

Bereits die Gravidität an sich stellt aus psychosomatischer Perspektive eine biografische Schwellensituation dar. Im optimalen Fall wird diese bewältigt, eine Reifung findet statt und die Mutter wächst mit ihren Aufgaben. Während des erfolgreichen Reifungsprozesses werden mehrere Schritte gemeistert: Die Akzeptanz, das Kind als individuelles Objekt zu sehen, die sich verändernde Beziehung zum Partner (interpersonaler Bereich), die Abnabelung zur eigenen Mutter, sowie die Definition der eigenen Mutterrolle (interpersonaler Bereich). Keine

Schwangerschaft ist wie die andere und wird stark geprägt durch die Beziehung zum Selbst, durch die Beziehungen zur Umwelt (Partner, Familie, Freunde) und die Einstellung zum Kind. Diese Faktoren entscheiden über das Maß, mit dem sich die Frau mit der Schwangerschaft auseinandersetzt und die Situation, gesehen als Schwellensituation, meistert.

Ist dies nicht der Fall, so kann die Schwangerschaft auch den Auslöser für eine psychosomatische Krise darstellen. Diese Krise kann während der Gravidität, der Geburt oder danach im Wochenbett auftreten (Wessel, 1998: 14-19).

Mit dem Hintergrund dieses Wissens wird nun die Frage behandelt, inwieweit schwangere Frauen Zielgruppe der Sozialen Arbeit werden.

Die Soziale Arbeit wird in sozialpädagogischen Arbeitsbereichen aktiv, in denen das Leben von Menschen ab dem Säuglings- bis zum jungen Erwachsenenalter im Fokus steht. Ebenso finden sich Sozialarbeiter in der Familienfürsorge und sie helfen bei materiellen, zwischenmenschlichen und psychischen Problemen (z.B. im Sozial- oder Gesundheitsamt). Zielgruppen, die Unterstützung bei der Eingliederung in soziale Netze brauchen, sind Ausländer und Aussiedler, Personen mit einer Suchtproblematik, Menschen mit Behinderung und Senioren. Ein zentrales Ziel ist hier die Bekämpfung möglicher Stigmatisierungen (vgl. Kreft/Mielenz: 759).

Laut Bommers und Scherr kann davon ausgegangen werden, dass das Klientel der Sozialen Arbeit durchschnittlich unterqualifiziert ist, ein geringes Einkommen hat und vor einem differenzierten sozialen Problem steht. Trotzdem entwickelt sich das Angebot der Sozialen Arbeit zu einer Offenheit und Allgemeinheit, dass fast jeden Bürger zum Klienten werden kann auch ohne zu einer Randgruppe der Gesellschaft zu zählen. Durch unterschiedliche Beratungsangebote sowie die Arbeit in vielen Ämtern und öffentlichen Angeboten sind Sozialarbeiter fast überall anzutreffen (vgl. Bommel/Scherr: 20f). Somit können auch schwangere Frauen schneller als früher Klientinnen werden.

Da die Soziale Arbeit laut von Spiegel eine „gesellschaftlich organisierte Hilfe“ darstellt, ist deren Grundlage zu aller erst die Anwesenheit eines Problems (vgl. von Spiegel, 2008: 22).

Frauen mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft, ohne soziale oder individuelle Probleme, sind erst einmal keine potentiellen Klienten der Sozialen Arbeit. Erst wenn ein Problem, wie Arbeitslosigkeit, psychische Schwierigkeiten oder eine substanzgebundene Sucht gegeben ist, kann die Schwangerschaft und die bevorstehende Elternschaft ein weiteres Problem darstellen. Diese Frauen werden dann zu Klientinnen der Sozialen Arbeit.

So entziehen sich beispielsweise drogenabhängige Frauen häufig Kontrollen und Vorsorgeuntersuchungen. Dies stellt ein Risiko dar, da mangelnde Schwangerenvorsorge zu ernsthaften Komplikationen während und nach der Geburt führen kann. Wenn jedoch eine gute Betreuung stattfindet, sind die Kinder von abhängigen Müttern ebenso psychisch und physisch gesund, wie die Kinder von nicht abhängigen Frauen (vgl. Riecher-Rössler: 31). Der Vergleich von Frauen mit einer Substanzabhängigkeit und Schwangeren, die ihre Gravidität negieren, wird in dieser Arbeit häufiger gezogen, da die gleiche Problematik entsteht; nämlich die fehlende Vorsorge und nicht ausreichende subjektive Vorbereitung auf die Mutterschaft.

In jedem Bereich der Sozialen Arbeit, in dem mit Frauen im gebärfähigem Alter gearbeitet wird, kann eine Schwangerschaft und ihre Folgen zum Thema werden, da sie das Leben der schwangeren Klientin stark beeinflusst.

Es gibt auch Felder, die sich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben, wie Mutter-Kind-Einrichtungen oder Kinder- und Familienhilfezentren. Hier werden beispielsweise themenbezogene Gruppentreffen oder auch Hebammen-sprechstunden angeboten.

Wenn die Schwangerschaft verdrängt wird, kann dies auf persönliche Probleme hinweisen, die den Umgang mit der Erkenntnis und später dem Kind erschweren. Diese Frauen brauchen besondere Unterstützung. Im Folgenden werden die

Ursachen für eine negierte Schwangerschaft und der resultierende Hilfebedarf der Frauen genau erörtert.

3. Die psychologischen Abwehrmechanismen hinter dem Negieren

Wie kommt es dazu, dass Frauen über einen sehr langen Zeitraum – im Extremfall bis zur eintretenden Geburt - ihre Schwangerschaft nicht bemerken?

In der Psychologie findet man auf diese Frage Antworten, wenn man sich mit den Abwehrmechanismen auseinandersetzt.

Grundlage ist das Verständnis nach Freud. Er unterteilt die menschliche Persönlichkeit in drei Instanzen:

- Das Es ist der unbewusste Teil der Persönlichkeit, der die Triebe beheimatet. Es handelt nach dem Lustprinzip und drängt irrational nach der unmittelbaren Befriedigung sexueller, körperlicher oder emotionaler Wünsche ohne Moral oder soziale Normen zu berücksichtigen.
- Das Gegenteil stellt das Über-Ich dar. Es handelt Werte-orientiert und nach den erlernten sozialen Moralvorstellungen.
- Das Ich agiert als Schlichter zwischen Es und Über-Ich und ist um einen Kompromiss bemüht, der beide Instanzen zufrieden stellt. Das Ich handelt nach dem Realitätsprinzip und trifft bewusste Entscheidungen. So koordiniert das Ich, welche Wünsche des Es befriedigt werden können ohne negative Konsequenzen erleben zu müssen (vgl. Zimbardo/Gerrig: 617).

Aufbauend auf diesen psychologischen Ansatz, befasste sich seine Tochter Anna Freud besonders intensiv mit den Abwehrmechanismen des Ichs. Sie unterteilt in ihrem Buch „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ in: Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und Sublimierung/

Verschiebung des Triebziels (vgl. Freud: 51).

Auf jeden Mechanismus einzeln einzugehen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher wird davon abgesehen und später lediglich die Verdrängung und Verleugnung näher beschrieben.

Zur Begriffsklärung beschreibt Freud, dass der Terminus „Abwehr“ das erste Mal 1894 in einer Studie mit dem Thema „Die Abwehr-Neuropsychosen“ vorkam und definiert wurde als „das Sträuben des Ichs gegen peinliche oder unerträgliche Vorstellungen und Affekte“. Später wurde der Begriff „Abwehr“ gegen „Verdrängung“ ersetzt, seit dem Jahr 1926 aber wieder verwendet. „Verdrängung“ bezeichnet hier lediglich eine bestimmte Abwehrmethode. „Abwehr“ umfasst dagegen alle Techniken die das Ich in Konflikten anwendet um möglichen Neurosen vorzubeugen (vgl. Freud: 49).

Wenn Triebregungen aus dem Es ins Ich gelangen, sind diese in den glücklichen Fällen für die Instanz des Über-Ichs akzeptabel. Wenn jedoch die Triebregungen auf entgegengesetzte Vorstellungen der Realität oder Moralvorstellungen des Über-Ichs treffen, werden diese durch das Ich zurück gewiesen.

Das Ich reagiert, mit dem Wunsch die eigenen Grenzen zu sichern, mit Gegenaktionen, welche die Triebregungen dauerhaft lahmlegen sollen; dies sind die Abwehrmechanismen oder -maßnahmen. Wenn die Abwehrreaktionen erfolgreich verlaufen, sind sie stumm und unsichtbar. Nur nachträglich können die Mechanismen nachvollzogen werden, wenn beispielsweise Ausfallerscheinungen auftreten oder das Verdrängte zurückkehrt (vgl. Freud: 15-18).

Das individuelle Ich hat begrenzte Abwehrmöglichkeiten, die zur Verfügung stehen. Je nach Lebensphase und Struktur werden individuelle Techniken bevorzugt. Anna Freud erwähnt, dass bestimmte Triebansprüche und Abwehrmechanismen miteinander gekoppelt sein könnten und so beispielsweise Hysterie mit Verdrängung begegnet wird (vgl. ebd: 40ff).

Offen ist, wie das Ich die passende Abwehrmethode auswählt. Anna Freud machte

sich den Gedanken, ob an erster Stelle immer die Verdrängung steht und erst die Reste des Triebes durch andere geeignete Methoden bearbeitet werden (vgl. Freud: 57).

Es ist letztendlich nicht das Ich, das den Trieb als Gefahr sieht, sondern das Über-Ich. Daher ist bei Anna Freud die Rede von der Über-Ich-Angst, wenn die Triebabwehr erfolgt. Das Über-Ich verhindert die friedliche Koexistenz von Ich und Es, indem es Sexualität und Aggressionen ablehnt. Oft in einem Maß, das die psychische Gesundheit negativ beeinflusst und zu Neurosen führen kann.

Triebabwehr geschieht neben der Über-Ich-Angst auch aus zwei anderen Ängsten; der Realangst und der Angst der Triebstärke. Alle Arten der Angst führen zu Abwehrmechanismen, wie der Verdrängung, die dann den Charakter und möglicherweise Neurosen bilden.

Die Abwehr aus der Über-Ich-Angst und der Realangst haben eine weitere Gemeinsamkeit. Sollten die Triebregungen trotz Einspruch der Außenwelt oder des Über-Ichs, befriedigt werden, folgt nach der Lust die Unlust, ausgelöst durch Strafen der Aussenwelt oder die Schuldgefühle. Die Abwehr dient vor allem der Vermeidung dieser sekundären Unlust.

Aber nicht nur die Triebe müssen abgewehrt werden, auch die Affekte, die diese begleiten. Die Gründe sind die gleichen. Die Triebbefriedigung ist aber primär lustvoll, während der Affekt je nach Art sowohl lustvoll, als auch peinlich oder bedrohlich sein kann. Das Ich bekämpft die peinlichen Affekte, lässt die lustvollen aber zu (vgl. Freud: 61-67).

Das Ich hat die Möglichkeit die Realität zu leugnen. Ebenso hat es aber eine andere Leistung, nämlich das kritische Erkennen und Prüfen der Realität. Ist der Mensch erst erwachsen, kann nur Fantasie oder Realität existieren, nicht aber beide nebeneinander. Daher kann das Sich-Hingeben in wahnhaftige Vorstellungen, um die

Lust zu steigern, in einer Psychose enden (vgl. ebd: 84).

Nach Asendorpf kann sich die Abwehr sowohl gegen äußere, reale Gefahren oder aber innere, neurotische Ängste richten. Er zählt zu den aktuellen Abwehrmechanismen: Projektion, Verschiebung, Reaktionsbildung, Rationalisierung, Sublimierung, Regression, Verleugnung und Verdrängung.

Die Verdrängung ist die am häufigsten angewandte Form der Abwehrmechanismen.

Bei der Verdrängung werden innere Impulse ins Unterbewusste gedrängt und verbleiben dort durch weitere Abwehrmechanismen.

Bei der Verleugnung hingegen sind es reale, äußere Gefahren, die nicht wahr gehabt werden wollen (vgl. Asendorpf: 20).

Die Verdrängung ist der wirksamste und zugleich gefährlichste Mechanismus, da er das intakte Arbeiten der Persönlichkeit gefährdet. Ursache ist der Entzug von ganzen Teilen des Trieblebens aus dem Bewusstsein. So kann eine Verdrängung die Basis einer Neurose werden (vgl. Freud: 56). Es ist aber hervorzuheben, dass der Mechanismus der Verdrängung ein Teil der menschlichen Persönlichkeit ist und ausdrücklich auch bei gesunden Menschen vorkommt (vgl. Beier et al: 728).

Wenn die Abwehrmechanismen nun der Weg des Ichs sind, sich gegen angstausslösende Triebimpulse und Reize, die nicht mehr bewältigt werden können, zu wehren, dann muss die Schwangerschaft Ängste hervorrufen, die nicht zu bewältigen scheinen.

Nachdem wir nun die Hintergründe der psychologischen Abwehrmechanismen, insbesondere der Verdrängung betrachtet haben, die für das Negieren einer Schwangerschaft verantwortlich sein kann, widmet sich diese Arbeit nun dem zentralen Thema dieser Arbeit: der negierten Schwangerschaft.

4. Die negierte Schwangerschaft

Was genau bedeutet es aber nun, wenn die Schwangerschaft einer Frau der Gegenstand eines Abwehrmechanismus ist?

Im Folgenden werden verschiedene Definitionen dargestellt, sowie mögliche Gründe und Auswirkungen dieser Abwehr erörtert.

4.1 Definition

In englischsprachiger Fachliteratur wird häufig der Begriff „denial of pregnancy“ verwendet, übersetzt ist das die „Verleugnung der Schwangerschaft“. In deutschen Kreisen spricht man von der nicht wahrgenommenen, negierten, verdrängten oder verleugneten Schwangerschaft. Diese Begriffe sind eigentlich voneinander abzugrenzen, da unter anderem verschiedene psychologische Mechanismen stattfinden. Allerdings werden sie in der Literatur teilweise auch synonym verwendet. Neben dieser Uneinigkeit zur Begrifflichkeit, die in den Fachkreisen herrscht, gelten auch unterschiedliche Kriterien, wann eine negierte Schwangerschaft vorliegt.

Der Gynäkologe Jens Wessel aus Berlin definiert die Schwangerschaftsverdrängung als Unkenntnis der Schwangerschaft bis (mindestens) zur 20. Schwangerschaftswoche (vgl. Wessel/Buscher: 458).

Die Medizinerin Laura J. Miller dagegen unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen Typen der Schwangerschaftsverdrängung:

Zunächst gibt es die durchdringende Verdrängung (pervasive denial), bei der die Schwangerschaft komplett unbewusst bleibt. Körperliche Schwangerschaftsanzeichen, wie Gewichtszunahme oder auch Wehen, werden von der Frau falsch interpretiert, meist dann auch vom Umfeld der Frau, so dass die Schwangerschaft

gänzlich unerkannt bleibt.

Der zweite Typ der Verdrängung nach Miller ist die affektive Verdrängung (affective denial) . Betroffene Frauen sind sich ihrer Schwangerschaft zwar bewusst, handeln aber nicht typisch, sondern bereiten sich weder emotional noch körperlich auf die Schwanger- und folgende Elternschaft vor. Daher wird die Vorsorge häufig vernachlässigt. Besonders oft kommt diese Form der Verdrängung bei Frauen mit einer bestehenden Suchtproblematik vor, da sie den weiteren Konsum rechtfertigt und von der Schuld einer möglichen Schädigungen des Ungeborenen befreit.

Außerdem gibt es noch die psychotische Verdrängung (psychotic denial), die besonders bei Frauen mit Psychosen vorkommt. Diese Form der Verdrängung kann kommen und gehen und wird meist nicht von der Umwelt mitgetragen, wie bei der durchdringenden Verdrängung. Mit psychotischen Fantasien erklären sich die Frauen die Symptome der Schwangerschaft (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 117).

Betrachtet man die Definitionen nach Miller, entspricht der erste Typ, die durchdringende Verdrängung, am ehesten der Definition nach Wessel.

Susan Friedman definierte für eine Studie den Begriff „verdrängte Schwangerschaft“ ausgehend von Miller, dass eine Verdrängung der Schwangerschaft vorliegt, wenn die Frau erst während der Geburt von der Schwangerschaft überrascht wurde (durchdringende Verdrängung) oder aber nur Phasen des kognitiven Bewusstseins der bestehenden Gravidität vorkamen (affektive Verdrängung). Ausserdem muss vor der Geburt die medizinische Schwangerschaftsvorsorge vollständig gefehlt haben (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 118).

In dieser Thesis wird die verdrängte Schwangerschaft nach der Definition von Wessel betrachtet, wenn es nicht anders beschrieben wird. Wessel hat sich am ausführlichsten mit der Thematik beschäftigt, indem er eine breit angelegte Studie durchgeführt hat.

Laut dieser Studie, die in Berlin durchgeführt wurde, haben innerhalb eines Jahres (Mitte 1995 bis Mitte 1996) 62 von 29,462 Frauen erst nach der 20. SSW von der Schwangerschaft erfahren und haben diese somit, nach seiner Definition, verdrängt. Dies ist eine Rate von 1:475 und ist damit häufiger als Rhesus-Inkompatibilität (Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind). Ähnliche Zahlen ergeben sich auch bei Studien, die in Celle (1:357) und Innsbruck (1:400) durchgeführt wurden. Dass die Schwangerschaft erst bei Einsetzen der Wehen bewusst wurde, kam in der Berliner Studie zwölf Mal vor.

Wenn in dem untersuchten Jahr etwa 770 000 Geburten stattfanden, kann geschätzt werden, dass bei etwa 1600 Geburten die Mütter erst nach der 20. SSW von der bevorstehenden Elternschaft erfuhren. Genaue Zahlen sind nicht nennbar, da diese davon abhängig sind, dass die Frauen ihre verdrängte Schwangerschaft melden (vgl. Wessel/Buscher: 458). Während der Berliner Studie jedoch meldeten sich 14 von insgesamt 19 Kliniken, bei denen eine Patientin mit einer verdrängten Schwangerschaft vermutet wurde (vgl. Wessel, 1998: 98).

Wessel geht von einem Mittelwert zwischen 1:400 bis 1:600 aus (vgl. Wessel 1998, 14). Auch wenn das Ergebnis seiner Untersuchung einen Wert von 1:475 ergab, ist die wirkliche Zahl wahrscheinlich höher (vgl. Beier et al: 726).

Bei der Studie, die von Jens Wessel durchgeführt wurde, gaben 41,5% (n=27) der Frauen an, dass sie keinerlei Vermutungen über ihre Schwangerschaft hatten und somit subjektiv diese nicht wahrgenommen haben.

44,6% der Schwangeren wiederum hatten, zum Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose, eine Vermutung oder waren sich sicher, schwanger zu sein³. Selbst diese Gruppe war jedoch in den meisten Fällen überrascht über das Gestitionsalter (Alter des Fetus), da sie zum Beispiel menstruationsähnliche Blutungen hatten (vgl. Wessel, 1998: 54ff).

3 Subjektive Wahrnehmung bzgl. der Schwangerschaft zum Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose: 41,5% keinerlei eigene Vermutung; 23,1% Vermutung; 21,5% ziemlich sicher gewesen; 4,6% andere Angaben; 9,2% unbekannt

Bisher gilt die Schwangerschaftsverdrängung offiziell nicht als Dysfunktion oder Krankheit, da sie sich weder im ICD-10 (International Classification of Diseases) noch im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) wiederfindet. Dies sind internationale bzw. nationale Diagnoseklassifikationssysteme (vgl. Beier et al: 728).

Die Aufnahme in diese Systeme als „sexuelle Dysfunktion“ oder „reproduktive Dysfunktion“ wird aber von Fachleuten angeraten, mit der Begründung, dass das Verhalten und die Erfahrungen einer verdrängenden Frau sowohl für sie als auch für das Kind gefährlich werden können (vgl. ebd: 723).

Die unzureichende Schwangerenvorsorge ist dagegen im ICD-9-CM (Clinical Modification) unter V23.7 als Risikodiagnose angegeben (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 118).

4.1.1 Abgrenzungen

Von der negierten Schwangerschaft gänzlich abzugrenzen ist die verheimlichte Schwangerschaft (concealed pregnancy), bei der die Frau sich ihrer Gravidität bewusst ist und sie diese vor der Aussenwelt verbirgt.

Bei der Verheimlichung einer Schwangerschaft, ist sich die Frau zwar bewusst, dass sie ein Kind erwartet, hält dies aber vor ihrem Partner, der Familie und Freunden geheim. Ebenso wie die verdrängte Schwangerschaft führt auch die Verheimlichte häufig zu einer unzureichenden Vorsorge (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 117).

Für eine deutsche Studie an 98 Fällen wurden acht Kriterien ausgearbeitet, die für eine verdrängte Schwangerschaft sprechen und eine Verheimlichte ausschliessen.

Dazu zählen:

1. die subjektive Sicherheit der Frau, dass sie nicht schwanger ist,
2. die Abwesenheit von Schwangerschaftsanzeichen, oder subjektiv nachvollziehbare alternative Erklärungen für Anzeichen,

3. ahnungslose und offene Arztbesuche auf Grund von Schwangerschaftstypischen Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen),
4. ahnungsloses und offenes Verhalten in sozialen Situationen, die die Schwangerschaft deutlich machen könnten (z.B. Schwimmen gehen),
5. weiterer normaler sexueller Kontakt zum Partner (wenn vorhanden), weitere Nutzung von Verhütungsmethoden,
6. keine Planung einer Abtreibung,
7. keine Vorbereitung auf die Geburt und
8. Fehlinterpretation von Wehen und absolute Überraschung durch die Geburt (vgl. Beier et al: 724).

Auch die verspätet wahrgenommene Schwangerschaft ist klar zu unterscheiden von der negierten Schwangerschaft. Frauen bemerken ihre Schwangerschaft beispielsweise verspätet, wenn sie weiterhin ihre Menstruation bekommen oder körperliche Veränderungen fehlgedeutet werden. Wenn das Erwarteten eines Kindes dann ärztlich festgestellt wird, kann der erste „Schock“ gut überwunden werden und das Einstellen auf das Kind und die Mutterrolle eintreten. Das Auftreten einer verspätet wahrgenommenen Schwangerschaft ist nicht als psychische Störung zu deuten und ist lediglich ein Symptom für eine geringe Aufmerksamkeit für den eigenen Körper seitens der Frau (vgl. Rohde: 78).

Nach der Definition von Wessel würde die Schwangerschaft hier vor der 20. Schwangerschaftswoche bemerkt werden.

Ebenso getrennt zu betrachten ist die bewusst ignorierte Schwangerschaft, bei der die Anzeichen der Schwangerschaft von der Frau zwar bemerkt wurden aber dann bewusst die Auseinandersetzung mit den Folgen aus dem Weg gegangen wird. Häufig wird zwar die Vorsorge gänzlich ignoriert, bei Einsetzen der Wehen wird aber das Krankenhaus aufgesucht. Auch dieser Umgang mit der eigenen Schwangerschaft ist noch kein Anzeichen auf eine psychische Störung, Probleme in der Lebenssituation oder der Persönlichkeit sind aber wahrscheinlich. Beispielsweise

Frauen mit Substanzmissbrauch oder in einer schwierigen Beziehung ignorieren bewusst ihre Schwangerschaft (vgl. ebd: 79). Dieser Fall entspricht dem dritten Typ nach Millers Definition der Schwangerschaftsverdrängung. Diese Überschneidungen zeigen die Schwierigkeit klare Grenzen zu ziehen bzw. eine einheitliche Begriffsbedeutung zu finden.

4.1.2 Verdrängte oder verleugnete Schwangerschaft?

Im dritten Kapitel wurden bereits die psychologischen Abwehrmaßnahmen beschrieben, nachdem nun die negierte Schwangerschaft definiert wurde, steht die Frage aus, welcher Abwehrmechanismus bei diesem Phänomen genau aktiv wird.

Während bei der Verleugnung reale Gefahren nicht wahr gehabt werden wollen, gilt die Abwehr bei der Verdrängung inneren Reizen, die ins Unbewusste verschoben werden (vgl. Asendorpf: 20).

Handelt es sich nun bei dem Objekt, das abgewehrt wird, um die Schwangerschaft, so spricht dies für die Theorie des Verleugnens. Der eigene Körper gilt als externe Realität, da es sich bei ihm nicht um ein Objekt der Gefühlswelt handelt. Die Geschehnisse im eigenen Körper werden also nicht verdrängt sondern verleugnet. Daher ist z.B. beim fehlenden Umgang mit einer Krankheit von „Krankheitsverleugnung“ die Rede (vgl. Vandereycken/Meermann: 9).

Die Frage ist nun, welche unbewussten inneren Konflikte, Instinkte, Phantasien oder Impulse verdrängt werden, so dass eine Schwangerschaft nicht wahrgenommen wird.

Beier beschreibt Schwangerschaftsverdrängung als Folge der Unterdrückung unbewusster Gewaltfantasien gegen das Ungeborene, ausgelöst durch psychologische und sexuelle Kinderheitstraumata (vgl. Beier et al: 727).

Eine Schwangerschaft könnte aber auch aus Angst vor der Reaktion des Partners und der Umwelt verdrängt werden. Wenn nun aber der „unerlaubte“ Wunsch nach dem Kind verdrängt wird, fehlt dann nicht trotzdem der Schritt, die körperlichen Anzeichen abzuwehren? Auf diese Frage wird im Kapitel 4.3 eingegangen, in dem der „Silhouetten-Effekt der Schwangerschaftsverdrängung“ beschrieben wird.

Gehen bei einer negierten also Schwangerschaft Verdrängung und Verleugnung Hand in Hand?

Anna Freud nannte die Möglichkeit, dass die Verdrängung mit anderen Abwehrmechanismen kombiniert wird (vgl. Freud: 55) eine klare Antwort kann hier nicht gegeben werden.

4.2 Gründe

Im Folgenden werden die möglichen Gründe für das Negieren einer Schwangerschaft beschrieben. Es wurde eine Einteilung in drei Kategorien unternommen: psychische, körperliche und sonstige Gründe.

Die Psychiaterin Spielvogel hat sich bei ihrer Definition der Schwangerschaftsverdrängung an ähnlichen Kategorien orientiert und unterscheidet zunächst zwischen der psychotischen und der nicht-psychotischen Verdrängung/ Verleugnung.

Die psychotische Form zeigt sich nur in einer Form, während zu der nicht-psychotischen Form drei Gruppen gehören :

1. Frauen ohne Vorgeschichte eines Suchtmittelabususes,
2. Frauen mit einer Vorgeschichte eines Suchtmittelabususes und
3. Teenager-Schwangerschaften (vgl. Wessel 1998: 24ff).

In den folgenden Seiten wird neben dieser Kategorisierung nach Spielvogel auch auf andere wahrscheinliche Gründe eingegangen.

4.2.1 Psychische Gründe

Die bereits angesprochene, psychotische Form nach Spielvogel charakterisiert sich durch den wiederholten Wechsel von ausgeprägter Verdrängung und Anerkennung der Schwangerschaft. Dieser Wechsel kann sehr oft und abrupt passieren. Ausgelöst werden können die Phasen des vollständigen Negierens durch die Konfrontation mit Problemen, die das Erwarten des Kindes betreffen. Zur Stabilisierung der Verdrängung werden die Veränderungen des Körpers zum Beispiel durch Krankheiten erklärt und vor der Aussenwelt verborgen. Die Verleugnung kann teilweise selbst durch Beweise, wie Ultraschallbilder, nicht aufgehoben werden und kann auch während und nach der Geburt akut bleiben. Von einer medikamentösen Therapie der Mutter wird in solchen Fällen abgesehen, da dies für das Ungeborene gesundheitlich sehr gefährlich sein kann.

Zu der nicht-psychotischen Unterkategorie der Verdrängung nach Spielvogel gehören die Frauen ohne eine Geschichte des Suchtmittelabususes. Auch hier sind unter anderem psychologische Gründe verantwortlich. Dies sind beispielsweise strenge religiöse Überzeugungen in der Familie, Partnerschaftsprobleme oder Vernachlässigung durch die eigene Mutter. Durch traumatische Erlebnisse und Dissoziationen werden Gedanken oder körperliches Erleben abgespalten. Auch nach der Erkenntnis über die eigene Gravidität kann eine Amnesie als dissoziatives Phänomen auftreten und z.B. ein positiver Schwangerschaftstest „vergessen“ werden (vgl. Wessel, 1998: 26).

Es gibt Stimmen, die sagen, dass eine negierte Schwangerschaft ein „[...]Hinweis auf einen schweren psychischen Schaden der Mutter[...]“ (Brezinka et al: 1039) sein

kann. Auch Wessel fand heraus, dass besonders oft Frauen mit schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen, die sich durch Denkstörungen, Desorganisation, Wahn und Halluzinationen zeigen, betroffen von einer Verdrängung der Schwangerschaft sind. Besonders bei chronischer Schizophrenie ist die Gefahr groß, dass die Schwangerschaft nicht wahrgenommen wird (vgl. Wessel, 1998: 8f).

Wessel bezieht sich in seiner Studie auf Milden, der versucht, Untergruppen zu finden, welche die möglichen Ursachen einer verdrängten Schwangerschaft verdeutlichen.

Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Frauen mit einer paranoiden Schizophrenie. Die Realität der Schwangerschaft kann nicht bewältigt werden und möglicherweise findet auch eine Abwehr gegen Gewaltimpulse gegen den Fötus statt.

Die zweite Gruppe bildet sich aus Frauen mit mangelnder kognitiver Kompetenz und Ich-Defiziten bis zu Persönlichkeitsstörungen. Eigene Erlebnisse in der frühen Kindheit begrenzten die Fähigkeiten, sich um andere und sich selber zu kümmern. In dieser Gruppe trifft man auf stille Übereinkommen zwischen der schwangeren Frau und ihrer eigenen Mutter, die Schwangerschaft zu verbergen. Es können während der Geburt (sub partu) psychotische Episoden auftreten, die im extremsten Fall mit der Kindstötung enden.

Die dritte Gruppe ist am stärksten differenziert. Die zugehörigen Frauen scheinen ihr Leben „im Griff“ zu haben, zum Beispiel mit einer beendeten Ausbildung und einer funktionierenden Beziehung. Die Herkunftsfamilie kann religiös oder streng und fordernd gewesen sein. Möglicherweise wurden sexuelle Impulse als ungewünscht angesehen. Die Verdrängung der Schwangerschaft dient hier der Abwehr von Angst. Daher werden Gedanken, Hoffnungen, Bedürfnisse oder äußere Realitäten, die als nicht tolerabel eingestuft werden, nicht anerkannt (vgl. Wessel, 1998: 23).

Welcher Typ von Schwangerschaftsverdrängung (nach Miller oder Spielvogel) auftritt und wie er sich zeigt, hängt stark von der Situation des Individuums ab.

Psychologische Konflikte, die eine Verdrängung der Schwangerschaft auslösen können sind zum Beispiel Angst vor der Reaktion des Kindsvaters, der eigenen Mutter oder Familie, Angst vor dem Verlassen werden oder religiöse Verbote.

Psychische Problematiken tauchen bei dieser Gruppe von Schwangeren häufig auf. Häufig betroffen ist die Persönlichkeit, da Bewältigungs- und Konfliktlösestrategien möglicherweise nicht ausreichend entwickelt sind (vgl. Rohde: 79).

Allgemein ist es schwer, zu den psychodynamischen Ursachen einer negierten Schwangerschaft Aussagen zu treffen. So beziehen sich Ergebnisse meist auf einzelne Fälle und nur selten auf größere Fallzahlen. Ebenso sind Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängt haben, selten zur Kooperation bereit. Sie möchten sich nicht an die Geschehnisse erinnern (vgl. ebd: 19).

Es ist nicht bekannt, wie hoch der Anteil der psychotischen Verdrängung ist (vgl. ebd: 9).

4.2.2 Körperliche Gründe

Kommen wir zurück zu der Einteilung nach Spielvogel. Die Frauen ohne Vorgeschichte eines Suchtmittelabususes verdrängten ihre Schwangerschaft (neben den psychischen Gründen) oft auf Grund der nur sehr leichten körperlichen Veränderungen. Diese wurden nicht bemerkt oder missinterpretiert (vgl. Wessel, 1998: 26).

Begünstigend, um die körperlichen Anzeichen der Schwangerschaft falsch zu interpretieren, sind eine unregelmässige Menstruation oder schon vorherige starke Gewichtsschwankungen. Viele Frauen haben auch während der Schwangerschaft noch regelmässig Blutungen und nehmen wenig zu (vgl. Brezinka et al: 1040).

Menstruationsähnliche Blutungen während der Schwangerschaft tauchen meist ausschließlich in der frühen Schwangerschaft auf und häufig nur einmalig. Im Vergleich zu der sonstigen Menstruation der Frau ist diese Blutung kürzer und

weniger stark. Die Zahlen der tatsächlichen Häufigkeit variieren zwischen Werten von 0,61% und 3,75% und auch die Ursache ist sehr umstritten (vgl. Wessel, 1998: 12).

Während seiner Studie in Berlin fand Wessel heraus, dass von den untersuchten Frauen, die eine verdrängte Schwangerschaft erlebt hatten, 35% (n=23) weiterhin „normal“ ihre Tage bekommen hatten. Lediglich bei 32% blieb die Menstruation aus (Amenorrhoe). Es lässt sich des Weiteren die regelmäßig wiederkehrende Blutung der Frauen in Zusammenhang bringen mit der weiteren Einnahme der Antibabypille (orales Kontrazeptiva). Acht von zwölf Frauen, die weiter auf diesem Weg verhüteten, waren betroffen. Bei 40% aller Patientinnen mit weiter auftretenden Blutungen, dauerten diese bis mindestens zum 8. Monat (vgl. ebd: 60f).

Beim Vergleich der Frauen, bei der eine Verdrängung vorlag und die, welche lediglich verspätet ihre Schwangerschaft wahrnahmen, wird ein Unterschied deutlich. Bei den Frauen, die die Gravidität nur später als üblich wahrnahmen, blieb bei 100% die Menstruation aus (vgl. Wessel, 1998: 94).

Wessel fragte die 65 Frauen nach ihrer eigenen Einschätzungen, wieso die Schwangerschaft gar nicht oder so spät wahrgenommen wurde.

Von 24 Frauen wurde als Grund das Fehlen von sämtlichen Schwangerschaftsanzeichen, wie Übelkeit, Veränderungen der Brust oder Essgelüste, genannt. Auch viele andere nannten ausbleibende körperliche Veränderungen, so gaben 35 Frauen an, dass sie gar nicht oder nur sehr wenig Gewicht zugenommen oder sogar abgenommen hatten.

47 Frauen berichteten, dass sie entweder weiterhin menstruationsartige Blutungen hatten oder aber das Ausbleiben dieser nichts Ungewöhnliches für sie darstellte.

Auch die Andersartigkeit der Symptome der untersuchten Gravidität im Vergleich zu vorherigen Schwangerschaften führte bei 14 Frauen, nach eigener Aussage, zur Nichtwahrnehmung.

Weitere 40 Frauen erzählten, dass sie die Anzeichen der Schwangerschaft

umgedeutet hatten und so zum Beispiel einen „harten Bauch“ als Darmprobleme fehlinterpretierten (vgl. Wessel, 1998: 63ff).

Beim Vergleich des Body-Mass-Index⁴ zeigt sich, dass bei Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft häufiger (20,0%) ein BMI zwischen 25 und 29,9 vorlag als bei Frauen, die ihre Gravidität lediglich verspätet wahrnahmen (4,0%) und diese somit häufiger adipös waren (vgl. ebd: 96). Der Schwangerschaftsbauch ist somit möglicherweise eher unbemerkt geblieben.

4.2.3 Sonstige Gründe

Ebenfalls Risikofaktoren stellen junges Alter, geistige Einschränkungen, soziale Isolation, Drogenmissbrauch und psychiatrische Störungen dar (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 120f).

Auch Wessel bezieht sich auf zwei Studien (Milden, Saunders) bei denen sich ein hoher Anteil von Adoleszenten bei einer verdrängten Schwangerschaft zeigt. Mädchen und junge Frauen haben besondere Schwierigkeiten, sich eine Gravidität einzugestehen. Selektiv wird die unerwünschte Realität nicht anerkannt und Symptome ignoriert (vgl. Wessel, 1998: 11).

Kommen wir wieder zu Spielvogels Definition. Wenn Frauen mit einer Vorgeschichte eines Suchtmittelmissbrauches ihre Schwangerschaft verdrängen, zeigt sich eine wesentliche Bewältigungsstrategie, die bei Abhängigen oft vorkommt um die Realität, mit der nicht umgegangen werden kann, zu negieren. Meist fehlt die Vorsorge, ob nun eine Verdrängung vorliegt, eine Verheimlichung oder die Gravidität „vergessen“ wurde. Charakteristisch ist bei dieser Gruppe der Wunsch nach einer späten Abtreibung und nach der Geburt die Problematik der Zuteilung des Sorgerechts.

4 Body-Mass-Index ist der heute gebräuchlichste Orientierungswert zur Beurteilung des Körpergewichts (vgl. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=7976::BMI, Zugriff: 27.08.2012)

Bei Teenager-Schwangerschaften, die Spielvogel anspricht, stellt allein das niedrige Alter der Schwangeren den Risikofaktor, der zur Negierung führt, dar. Zur Zeit der Adoleszenz sind die Jugendlichen emotional und intellektuell oft noch nicht reif genug um ihre Handlungen mit möglichen Folgen für die Zukunft in Verbindung zu bringen. Die kognitive Unreife zeigt sich in der Verdrängung, bei der die ungewünschte Realität nicht anerkannt wird. Psychosoziale Faktoren wie depressive Stimmungen, Angst vor der Reaktion der Umwelt, unzureichende medizinische und biologische Kenntnisse wirken mit darauf ein (vgl. Wessel, 1998: 24-26).

Auch die Erfahrung mit früheren Sorgerechtsproblemen und -entzug erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass die aktuelle Gravidität negiert wird, da ein erneuter Sorgerechtsentzug gefürchtet wurde (vgl. Wessel, 1998: 9).

Als Wessel in seinen Untersuchungen die Frauen nach ihrer Einschätzung befragte, wieso sie die Schwangerschaft verdrängt hatten, nannten 40 Frauen persönliche Hintergründe, wie besondere Stress- und Belastungssituationen, bei der eine Schwangerschaft nicht erwünscht war. Die Patientinnen der Berliner Studie von Wessel wurden zu besonderen Ereignissen vor oder während der Schwangerschaft befragt. Am häufigsten wurden Trennungskonflikte angegeben (n=12), je acht Frauen gaben den Verlust ihres Arbeitsplatzes und den Verlust eines nahen Angehörigen. Des Weiteren wurden Stresssituationen wie beispielsweise Umzüge oder beruflicher Druck genannt. Zwanzig Frauen konnten keinerlei besondere Ereignisse nennen (vgl. ebd: 62-64). Bei 62 untersuchten Fällen, haben also ca. 2/3 besonders belastende Erlebnisse gehabt.

Die Ärztin Catherine Bonnet fand bei ihren Untersuchungen an Frauen, die ihr Kind zur Adoption frei gegeben hatten, heraus, dass die Schwangerschaftsverdrängung an sich bei Frauen jeden Alters vorkommen kann. Auch der berufliche Erfolg oder Familienstand sind keine Faktoren, die Auswirkung auf die Wahrscheinlichkeit einer Negierung haben. Trotzdem gibt es laut Bonnet eine Häufung bei jungen Frauen, die alleinstehend sind und zuvor keine Schwangerschaft erlebt haben. Als Grund nennt sie ebenfalls die „nicht vorstellbare Schwangerschaft“. Die Frauen haben schon

zuvor ihre Fruchtbarkeit verdrängt, eine Schwangerschaft war in der Familie möglicherweise ein Tabuthema. Bonnet konnte während Interviews mit Betroffenen häufig eine starke psychische Problematik feststellen, ausgehend von einem Trauma in der Kindheit durch Gewalt oder sexuellen Missbrauch. Statt die Erlebnisse zu verarbeiten, wurden Abwehrmechanismen aktiv (vgl. Wessel, 1998: 26f).

Die Untersuchungen in Berlin von Wessel ergaben, dass vor der verdrängten Schwangerschaft sowohl sichere als auch unsichere bzw. keine Verhütungsmethoden benutzt wurden. In je 13 Fällen (von insgesamt 65) wurde regelmäßig mit Kondomen oder der Antibabypille (orales Kontrazeptivum) verhütet. 20 Frauen verhüteten zuletzt gar nicht mehr. Somit haben 40% der Frauen sicher verhütet und 30,8% gar nicht. Man kann also nicht die Aussage treffen, dass Frauen, die eine Schwangerschaft negieren, diese scheinbar immer ausschließen können, da sie sicher verhütet haben. Ebenso kann man nicht sagen, dass zuvor die Gefahr einer möglichen Gravidität gänzlich unerkannt blieb.

Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft haben, laut den Ergebnissen von Wessel, meist keinen aktuellen Kinderwunsch oder stehen der Frage ambivalent gegenüber. Nur die Wenigsten (3,1%) wünschten sich aktuell ein Kind (vgl. Wessel, 1998: 48-51).

Wessel verglich die Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft (Gruppe A) mit denen, die ihre Schwangerschaft lediglich verspätet wahrnahmen (Gruppe B) und mit den Ergebnissen der Berliner Perinatalerhebung 1995 (vgl. Wessel, 1998: 85).

Hierbei kam heraus, dass die Frauen, die die Gravidität negiert hatten, häufiger über 39 Jahren oder aber unter 18 Jahren waren, als die der Kontrollgruppe. Zwischen Gruppe A und B fielen die Ergebnisse weniger signifikant aus.

Auffallend ist ausserdem der Anteil alleinstehender Frauen, der sich bei der Gruppe A bei 15,4% beläuft, während die Ergebnisse der Berliner Perinatalerhebung (BPE) einen Wert von 6,3% zeigen. Wieder unterschieden sich Gruppe A und B nur gering.

Auch zum Herkunftsland der Frauen wurden Ergebnisse verglichen. Hier sind die

Unterschiede signifikant. Während die Frauen der Kontrollgruppe in 27,8% nicht aus Deutschland kam, waren es bei den verdrängenden Frauen lediglich 9,2%, die nicht in Deutschland geboren wurden. Die Frauen, die ihre Schwangerschaft verspätet bemerkt hatten, waren es dagegen ganze 40,0%.

Bei den Frauen, die ihre Schwangerschaft negiert hatten, waren 27,7% Sozialhilfeempfänger. In der Kontrollgruppe nur 5,2% und in der Gruppe B wiederum 40,0% (vgl. ebd: 85f).

Beier behauptet hingegen, es gäbe keinen spezifischen Typ Frau, bei der es zu einer Schwangerschaftsnegierung kommt. In jedem Alter, bei jedem sozialen Hintergrund und Bildungsgrad kann die Gravidität verdrängt werden. Erste Schwangerschaften werden auch nicht häufiger verdrängt als Folgeschwangerschaften. Auch Risikofaktoren, die in anderen Quellen genannt werden, wie soziale Isolation, niedrige Intelligenz, geringer sozioökonomischer Status oder junges Alter, sind laut Beier nicht stichhaltig. Er nennt lediglich Stress, wie beispielsweise die Trennung vom Partner, als Faktor, der eine Verdrängung wahrscheinlicher macht (vgl. Beier et al: 727).

4.3 Silhouetten-Effekt der Schwangerschaftsverdrängung

Ist es nun so, dass die körperlichen Schwangerschafts-Anzeichen so minimal ausgeprägt auftauchen, dass so die Gravidität leicht unbemerkt bleibt? Oder werden durch die Verdrängung die Symptome, wie das Anwachsen des Bauches, eingeschränkt? Was steht am Anfang? Fehlende körperliche Anzeichen oder die psychologischen Verdrängungsmechanismen?

In der Zeitschrift „Medical Hypotheses“ wurde 2011 ein Artikel von Patrick Sandoz zum Silhouetten-Effekt bei einer verdrängten Schwangerschaft veröffentlicht. Hier wird beschrieben, dass Frauen, die ihre Schwangerschaft negierten und bei denen

kein oder wenig Schwangerschaftsbauch zu sehen war, nach der ärztlichen Bekanntgabe der Schwangerschaft, recht plötzlich innerhalb kurzer Zeit dieses Anwachsens stattfand. Diese plötzliche Körperveränderung nach der Diagnose und der Auflösung der Schwangerschaftsverdrängung wird „Silhouetten-Effekt der Schwangerschaftsverdrängung“ (silhouette effect of denial of pregnancy) genannt und kommt recht häufig vor (vgl. Sandoz: 783).

Das Fehlen des Bauches trotz vorangeschrittener Gravidität ist damit zu erklären, dass der Fetus nicht horizontal sondern vertikal liegt und damit die Silhouette schlank bleibt. Die Bauchmuskeln fördern weiter den flachen Bauch. Das Gehirn schickt über das Nervensystem Anweisungen an den Körper, die Muskeln anzuspannen.

Nachdem die Verdrängung der Frau nicht mehr aufrecht erhalten bleiben kann, nimmt das Kind die normale horizontale Position ein, die Muskeln entspannen sich und der Bauch kann sich wölben.

Es wurden Fälle dokumentiert, in denen diese Metamorphose in wenigen Minuten sichtbar wurde. Nicht nur das Erscheinungsbild des Körpers ändert sich bei Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängten, erst nach der Diagnose. Auch andere Anzeichen, wie die Bewegungen des Kindes im Mutterleib oder die allgemeine Gewichtszunahme werden erst danach erlebt. Es findet scheinbar Kommunikation statt, zwischen dem bewussten Verstand und dem Nervensystem, so dass erst nachdem die Schwangerschaft im bewussten Verstand angekommen ist, der Körper die eigentlich typische Veränderung durchläuft.

Es handelt sich hier um eine kybernetische⁵ Störung, die allein durch die Bekanntmachung der Schwangerschaft geheilt wird. Eine verbale Information kann also eine körperliche Verwandlung unbewusst auslösen.

5 Kybernetik steht hier für die Kommunikation zwischen Elementen eines gemeinsamen kontrollierten System.

Folgende Bestandteile des Nervensystems sind bei diesem Effekt aktiv:

1. die Psyche, welche für die Verdrängung verantwortlich ist,
2. das autonome Nervensystem, das die Bauchmuskeln kontrolliert und
3. die Teile des Gehirns, die für die Sprache zuständig sind.

Wenn eine Schwangerschaft verdrängt wird, erlaubt die Psyche diese Schwangerschaft nicht. Der Körper ist also schwanger, nicht aber die Psyche. Diese entgegengesetzten Realitäten können nur parallel existieren, wenn der Frau ihre Gravidität unbewusst bleibt.

Das Ausbleiben von Symptomen ist also nicht als Fehler zu verstehen sondern als schlüssiger Mechanismus um den Zustand zu verbergen. Ohne z.B. den Schwangerschaftsbauch kann der Körper der Frau weiter wie bisher aktiv sein. Sandoz spricht hier von der reaktiven Homöostase⁴ als verantwortlichen Prozess.

Nachdem die Schwangerschaftsdiagnose gestellt wurde, stellt sich nicht mehr das Problem der entgegengesetzten Realitäten; der Körper, nun frei vom Einfluss des Fluchtmechanismus, kann sich nun verändern.

Der Zustand der reaktiven Homöostase⁶ geschieht automatisch, unkontrolliert und berücksichtigt keine zukünftigen Auswirkungen; so ist die Schwangerschaft zeitlich begrenzt und ebenso auch die Verdrängung (vgl. Sandoz: 783).

In einer Studie mit elf Frauen, die von ihrer Schwangerschaft erst während der Wehen erfuhren, hatte keine Übelkeit oder ähnliche Symptome gehabt. Normalerweise erleben 56 – 85% der Schwangeren dieses Anzeichen.

Die Unterdrückung der hormonellen Prozesse, die für die Schwangerschaftsübelkeit verantwortlich sind, ist psychischen Ursprungs. Dafür muss zuvor auch kein

⁶ reaktiv = [lateinisch] rückwirkend; als Reaktion (auf einen Reiz) auftretend (vgl. <http://www.wissen.de/lexikon/reaktiv>, Zugriff: 14.08.2012)

Homöostase = „[...]ein Gleichgewichtszustand. In der Psychologie ein wichtiger Begriff, da zahlreiche Theoretiker (z.b. Freud) davon überzeugt waren, dass die Menschen ein psychologisches Gleichgewicht anstreben[...]“ (Lexikon der Psychologie: 136).

psychisches Problem gegeben gewesen sein (vgl. Sandoz: 783f).

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass an erster Stelle die psychische Verdrängung steht, auf Grund derer die klassischen, körperlichen Schwangerschaftsanzeichen eingeschränkt werden.

4.4 Mögliche Auswirkungen und Folgen

Allgemein kann man sagen, dass eine verdrängte Schwangerschaft immer eine Risikoschwangerschaft darstellt, da die Vorsorgeuntersuchungen später oder gar nicht in Anspruch genommen werden. In den nächsten Kapiteln wird neben den möglichen Folgen durch die fehlende Vorsorge auch auf die Auswirkungen auf Mutter und Kind, durch die negierte Schwangerschaft, eingegangen.

4.4.1 Fehlende Vorsorge

Die Verdrängung der eigenen Gravidität ist der zweithäufigste Grund (nach Substanzmissbrauch) für eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge (vgl. Hatters Friedman et al, 2009: 117). Welche Auswirkungen hat dies auf die Gesundheit der Säuglinge?

6% der Frauen bekamen ihr Kind zuhause. Die Übrigen suchten zur Geburt des Kindes ein Krankenhaus auf und waren sich somit der Bedeutung der medizinischen Versorgung bewusst (vgl. Hatters Friedman et al, 2007: 119).

Die Kinder von Frauen, die keine Schwangerschaftsvorsorge bekamen, sind häufiger unterdurchschnittlich leicht bei der Geburt, es kommt häufiger zu Frühgeburtlichkeit⁷

⁷ Von einem unterdurchschnittlichem Geburtsgewicht ist ab einem Gewicht unter 2500 g die Rede. Um Frühgeburtlichkeit handelt es sich, wenn das Kind vor der 37. SSW auf die Welt kommt.

(vgl. ebd: 116). Ein Drittel der Säuglinge, deren Mütter ihre Schwangerschaft verdrängt hatten, musste auf die Neugeborenen-Intensivstation.

Abgesehen von diesen körperlichen Nachteilen, können die meisten verdrängenden Mütter ihre Kinder aber mit nach Hause nehmen (in 51 von 66 Fällen), wenn auch unter Aufsicht. Daher werden die meisten Frauen an Einrichtungen der Sozialen Arbeit vermittelt (92%), nicht aber an psychiatrische Einrichtungen.

Während bei den Frauen, die auf Grund ihres Substanzmissbrauches keine Vorsorge erhalten hatten, zu 98% an das Jugendamt verwiesen wurden, sind es bei den verdrängenden Frauen lediglich 31% .

Das Jugendamt und auch die Soziale Arbeit sollten um die Gefahren der Elternschaft ohne vorherige Vorsorge wissen und richtig reagieren zu können. Diese Mütter sind häufig psychisch nicht drauf vorbereitet die Mutterrolle einzunehmen (vgl. ebd: 117-120).

4.4.2 Geburt und Kindesentwicklung

Wessel machte bei seinen Untersuchungen die Erkenntnis, dass mit 34% der Frauen, die zuvor ihre Schwangerschaft verdrängt hatten, viele operativ entbunden wurden. 18% waren eine Frühgeburt. Bei vier von 65 Schwangerschaften traten Todesfälle (Säugling) auf. In einem Fall verstarb das Neugeborene nach der Geburt zuhause. (vgl. Wessel, 1998: 66ff).

Die Tötung des Neugeborenen (der sogenannte Neonatizid) direkt nach der Geburt stellt eine seltene, aber dramatische Gefahr dar. Dies geschieht, wenn sich die Frau bis zum Ende der Schwangerschaft dessen nicht bewusst ist und die Geburt alleine, ohne Unterstützung erlebt. Wenn die nötigen Bewältigungsansätze fehlen und die Handlungsfähigkeit wenig ausgebildet ist, können Lösungen wie Adoptionsfreigabe oder der Gang zu einer Beratungsstelle schon unmöglich sein. Die

Verdrängung ist so stark, dass sie von der Schwangerschaft nichts bemerkt und aus dem Schock der Erkenntnis das Kind tötet (vgl. Rohde: 79).

Von 98 untersuchten Fällen von 1980-1989, bei denen Säuglinge direkt nach der Geburt von der Mutter getötet wurden, waren 51 vorherige verheimlichte und 42 verdrängte Schwangerschaften (vgl. Wessel, 1998: 8).

Alleine schon anstrengende Lebenssituationen, die während der Schwangerschaft Stress auslösen, können sowohl zu Früh- und Mangelgeburtslichkeit als auch zu Beeinträchtigungen der späteren emotionalen Entwicklung des Kindes führen (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2007: 148). Stress wird auch als Grund für die Verdrängung in Erwägung gezogen und wird von den verdrängenden Schwangeren häufig erlebt.

Frauen mit einer negierten Schwangerschaft sind häufig nicht in der Lage, einfache Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, wenn ihnen ihre Schwangerschaft bewusst werden oder sie das Kind eigenständig auf die Welt bringen. Babyklappen oder die Möglichkeit einer anonymen Geburt werden daher wenig von dieser Zielgruppe genutzt (vgl. Rohde: 80).

Die Wohnungen der Frauen mit einer Schwangerschaftsverdrängung waren weniger kindgerecht eingerichtet als bei den Frauen ohne Verdrängung (vgl. Wessel, 1998: 116). Gründe könnten bei der fehlenden Vorbereitungszeit oder bei der weniger intensiven Bindung zu finden sein. Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängten, befanden sich häufig in Stresssituationen, nicht zuletzt durch die späte Erkenntnis schwanger zu sein.

Die somatische, kognitive und psychomotorische Entwicklung der Kinder beider Gruppen unterschied sich dagegen nicht signifikant (vgl. ebd: 117).

Für die Berliner Studie von Wessel wurden die Mütter drei Monate nach der Geburt erneut kontaktiert. Mit 30 Frauen (46%) konnte der Kontakt soweit hergestellt werden, dass ein weiteres Interview geführt werden konnte. Insgesamt war der weitere Wochenbettverlauf der Frauen unauffällig.

24 Frauen hatten versucht zu Stillen, nach Komplikationen jedoch aufgehört und fütterten kommerzielle Nahrung. Fünf weitere Mütter fütterten nur partiell zu, während zwei von insgesamt drei Frauen ausschließlich stillten.

Sechs der interviewten Mütter waren post partum noch nicht beim Frauenarzt gewesen. 21 waren routinemäßig bei der postpartalen gynäkologischen Kontrolluntersuchung und acht Weitere bei anderen Ärzten.

Besonders zu betonen ist die Erkenntnis, dass 40% der post partum interviewten Frauen keine Verhütungsmethode angaben und somit die Gefahr einer erneuten Schwangerschaft eingingen. Sechs wiederum zogen eine Sterilisation in Betracht (vgl. Wessel, 1998: 70f).

Die Frauen wurden auch zu der bisherigen Entwicklung ihres Kindes befragt. Von den 30 Frauen hatten 27 ihr Kind nicht zur Adoption freigegeben. Von diesen wiederum berichteten 26 Mütter von einer normalen, unauffälligen Entwicklung ihres Kindes. Keine der drei Frauen, die das Neugeborene zur Adoption freigegeben hatten, bereute ihren Entschluss (vgl. ebd: 72).

4.4.3 Körperlicher und seelischer Zustand der Mutter

Wessel befragte 27 Frauen, die eine Schwangerschaft negierten, zu ihrer Beurteilung des eigenen Körpers. Als Kontrollgruppe wurden 100 stationäre Wöchnerinnen befragt.

Zunächst wurden beide Gruppen direkt nach der Entbindung interviewt. Bei der Frage nach „Attraktivität und Selbstvertrauen“ ergaben sich niedrigere Werte bei den verdrängenden Müttern und höhere Werte erzielten sie bei den Themen „Unsicherheit/ Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Missempfinden“.

Frauen, die ihre Gravidität nicht wahrnahmen, waren somit eher gefährdet, ihren Körper wenig positiv gegenüber zu sehen oder sogar aggressiv auf ihn zu reagieren. Auch kamen das Gefühl der Körperunsicherheit vor und die Einschätzung, den

Körper nicht kontrollieren zu können. Es konnten auch Symptome der Hypochondrie beobachtet werden (vgl. Wessel, 1998: 113ff).

Während seiner Mutter-Kind-Untersuchungen verglich Wessel 23 Frauen (mit 23 Kindern), die ihre Schwangerschaft verdrängt hatten, mit 36 Vergleichsfrauen (mit 36 Kindern).

Die Interviews lieferten das Ergebnis, dass die Frauen mit einer vorangegangenen Verdrängung weniger intensiv ihre eigenen Gefühle und Konflikte äußerten und differenzieren konnten. Auch die Gefühle und Probleme anderer wurden weniger thematisiert.

Zum Anderen orientierten sich die Frauen mit Verdrängung überwiegend im hohen Maß an soziale Normen, anders als die Vergleichsfrauen, bei denen eine Normalverteilung zu erkennen war (vgl. ebd: 116).

4.4.4 Mutter-Kind-Beziehung und -Bindung

Auch die Mutter-Kind-Beziehung der Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung wurde verglichen mit Frauen ohne vorausgehende Verdrängung. Es kam heraus, dass die verdrängenden Frauen häufiger ihre Schwangerschaft als einfach erlebten, während ein Fünftel der Vergleichsfrauen diese als kompliziert beschrieben. Ausserdem empfanden die zuvor negierenden Frauen das Stillen zu einem Viertel als unbefriedigend, während die Kontrollgruppe zum größten Teil zufrieden mit dem Stillen waren. Sie zeigten bei der Interaktion mit ihrem Kind deutlich weniger Feinfühligkeit, suchten weniger den Blickkontakt und akzeptierten in geringerem Maße die Autonomie des Kindes. Auch wirkten sie im Kontakt mit ihrem Kind unbeholfener, sachlicher und weniger gefühlsbetont auf die Bedürfnisse des Kindes reagierend. Sie wirkten insgesamt stärker bedrückt und weniger unbeschwert als die Vergleichsfrauen.

Die Prognose der Beziehung zum Kind auf Seiten der Frauen, die eine

Schwangerschaftsverdrängung erlebt hatten, wurde meist krisenhaft oder riskant eingeschätzt. Bei der Kontrollgruppe waren diese Einschätzungen insgesamt häufiger positiv. Zu beachten ist außerdem, dass die beschriebenen Problematiken bei der Mutter-Kind-Beziehung bei Frauen, die nach der 27. SSW von ihrer Gravidität erfuhren, stärker ausgeprägt ist, als bei solchen, die zwischen der 20. bis 27.SSW die Diagnose bekamen (vgl. Wessel, 1998: 117f).

Doch wie kommt es zu diesem Ergebnis?

Eine Frau mit einer verdrängten Schwangerschaft ist nach der Geburt des Kindes Mutter (wenn sie sich gegen eine Adoptionsfreigabe entschieden hat) und muss ihre neue Rolle finden (vgl. Stern et al: 25).

Während der Schwangerschaft bereitet sich die Frau auf das Muttersein vor, auf die Veränderung ihres Lebens und die Integration in ihr bisheriges Leben. Sie hat Hoffnungen und Ängste, wie sie selber als Mutter sein könnte, wie ihr Kind sein wird und wie sich ihr Leben entwickeln könnte. Bereits bei der Imagination beginnt der Bindungsprozess.

Schon während der Schwangerschaft unterscheiden sich die Bindungsmuster der werdenden Mütter. Es gibt Frauen, die distanziert mit ihrer Schwangerschaft umgehen, sich eher weniger mit ihr beschäftigen, um damit umzugehen zu können. Emotional kann die Schwangerschaft trotzdem ein Thema für sie sein, was aber wenig nach außen getragen wird. Tendenziell wird die bestehende Schwangerschaft spät der Außenwelt angekündigt und selber realisiert. Das beschriebene Verhalten lässt sich zum distanzierten Bindungsmuster zuordnen.

Beim zweiten Typus begeben sich die Schwangeren dagegen sehr intensiv in die Erfahrung der Mutterschaft und verlieren dabei die Übersicht und die Fähigkeit der Reflexion der Entwicklung ihrer Selbst. Bei diesem verstrickten Bindungsmuster wird die Umwelt sehr früh aufgeklärt.

Die Beziehung zur eigenen Mutter spiegelt meist die Beziehung zur Schwangerschaft

und dem Fötus. Ist die Beziehung zur eigenen Mutter sehr eng, wird eher das verstrickte Bindungsmuster auftreten. Ist dagegen die Beziehung eher problematisch bis unwichtig, wird auch die Beziehung zum erwarteten Kind distanziert.

Andere werdende Mütter befinden sich zwischen den zwei Extremen und können sowohl intensiv mit ihrem Kind in Beziehung treten als auch realistisch einschätzen und reflektieren. Diese Frauen haben meist eine ausgewogene Mutter-Beziehung. Sie entsprechen dem autonomen Bindungsmuster.

Alle drei Typen sind normal und jeweils an die eigenen Erfahrungen angepasst, wobei gesagt werden muss, dass keine Frau einem Muster genau entspricht (vgl. ebd: 48ff).

Es ist klar zu unterscheiden zwischen einer Schwangeren mit einem distanzierten Bindungsmuster und einer Frau mit einer verdrängten Schwangerschaft. Während die eine ihre Schwangerschaft wenig nach außen thematisiert und auch innerlich möglicherweise eingeschränkt damit umgeht, ist der anderen ihre Schwangerschaft vollkommen unbewusst. Es findet also keinerlei Bindung zum Fötus statt.

Die späte Erkenntnis, schwanger zu sein, ist neben der Schwangerschaft an sich, eine Belastung und muss verarbeitet werden. Dadurch kann der Fokus nicht sofort ausschließlich auf das Kind gelegt werden, was dafür spricht, dass die Beziehung während der Restschwangerschaft distanziert sein wird.

Was andere Frauen während ihrer Schwangerschaft be- und verarbeiten, müssen sie innerhalb kürzester Zeit bewältigen, manchmal schon während das Kind bereits geboren wurde und Ansprüche an sie stellt. Welche Folgen hat es auf das Kind und die Beziehung zur Mutter, wenn auf diese Ansprüche nicht angemessen richtig reagiert wird?

Gerade in ihrer frühen Kindheit sind Menschen darauf angewiesen, dass sie eine

Person haben, die für ihre Fürsorge zuständig ist. Diese Beziehung ist maßgeblich für die körperliche und seelische Entwicklung und Gesundheit des Kindes. Das Ziel der Bindung stellt die „gefühlte Sicherheit des Kindes bei verschiedenen äußeren und inneren Bedingungen“ (Brisch/Hellbrügge, 2008: 187) dar.

Die Bindung zwischen Mutter und Kind entsteht durch den Kontakt und die Reaktionen aufeinander. Das Kind speichert die Bereitwilligkeit, Verlässlichkeit und Qualität der Reaktionen der Fürsorgeperson (hier die Mutter) auf das eigene Tun. Es bilden sich in den ersten zwölf Monaten sogenannte Repräsentanzen der Mutter, des Selbst und der Beziehung (vgl. ebd: 187f).

Von besonderer Wichtigkeit ist die Feinfühligkeit der Mutter. Diese zeigt sich durch die genaue Wahrnehmung und die richtige Interpretation der kindlichen Botschaften und die angemessene, prompte Reaktion darauf. Durch das feinfühlige Verhalten der Mutter wird die Selbstsicherheit des Kindes gestärkt und ein gemeinsames Weltbild geschaffen, durch das das Kind die Handlungen der Eltern versteht.

Die Feinfühligkeit der Bezugsperson beeinflusst die kognitive Entwicklung des Kindes positiv, hilft bei der Interaktion mit anderen Personen ebenso wie bei der Ausbildung der Theory of mind⁸ und hat positive Auswirkungen auf Sprachentwicklung und Schulleistungen (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2008: 303).

Das gängigste Bewertungsverfahren des Bindungs- und Explorativen Verhaltens eines Kindes ab zwölf Monaten ist die Fremde Situation nach Ainsworth und Willig.

Die Methode setzt das Kind mehreren emotional aufwühlenden Situationen aus, in denen zunächst eine fremde Person den Raum betritt und zwei Trennungen von der Fürsorgeperson folgen. Die Szenerie wird auf Video aufgezeichnet anhand dessen die Auswertung passiert.

Es gibt vier Bindungstypen. Zunächst die sichere Bindung, die sich durch die frei geäußerten Emotionen des Kindes zeigt. Außerdem stellt die Bezugsperson eine „sichere Basis zur Exploration“ dar.

⁸ Der Begriff „theory of mind“ bezeichnet eine kognitive Fähigkeit mit dem sich Bedürfnisse, Aktionen und Interaktionen von Individuen vorhersagen lassen (vgl. Wilde Astington/Baird: 4).

Zu den organisierten unsicheren Bindungstypen gehören zwei Muster. Zum einen gehören dazu die vermeidend gebundenen Kinder, die den Kontakt zu ihrer Bezugsperson nach der Wiederkehr dieser vermeiden und negative Gefühle nicht frei äußern. Außerdem die ambivalent gebundenen Kleinkinder, welche die negativen Gefühle äußern, sich auch ihrer Fürsorgeperson zuwenden und den Kontakt suchen, jedoch in der Situation an sich überfordert sind.

Desorganisiert gebunden sind solche Kinder, die bei Angst nicht den Trost bei ihrer Pflegeperson suchen und bei der Wiedervereinigung weder vermeidend noch sicher reagieren. Ihr Verhalten wirkt widersprüchlich und ungerichtet. Diese Merkmale werden auf einer 9-Punkte-Skala bewertet.

Kinder mit einer desorganisierten Bindung erleben von ihren Eltern zuhause häufig ängstliches oder angsteinflößendes Verhalten, während für das ambivalente Muster die unbeständige Fürsorge eine Ursache darstellt. Auch die anderen Typen konnten in direkten Zusammenhang gebracht werden mit der Feinfühligkeit der Pflegeperson. Die seelische Gesundheit der Mutter steht im engen Zusammenhang mit der Bindungsqualität zu ihrem Kind (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2008: 188-191).

Kinder, die keine sichere Bindung zu ihrer Beziehungsperson aufbauen konnten, entwickeln innere Arbeitsmodelle, nach denen die Menschen der Aussenwelt unberechenbar und unnahbar und sie selber dem gegenüber machtlos sind. Diese Einschätzungen führen dazu, dass Kinder mit unsicher oder desorganisierter Bindung später eher auf Ablehnung treffen. Auslöser ist die eigene Erwartungshaltung, dass sie unfähig sind mit anderen Menschen Beziehungen aufzubauen. Ausserdem können diese Kinder später Verhaltensprobleme zeigen; sie schließen schwerer Freundschaften und sind weniger neugierig als ihre Altersgenossen (vgl. Erickson/Egeland: 35).

Neben der seelischen Verfassung der Mutter haben auch demografische Faktoren

wie Schichtzugehörigkeit, Alter der Eltern, Familiengröße, Bildung oder auch stresserzeugende Ereignisse. Einfluss auf die Bindungsbeziehung, da diese die Erziehung an sich beeinflussen. Die vorhergegangene verdrängte Schwangerschaft und ihre Folgen könnten als ein solcher Faktor gelten, da diese Stresssituationen sind, die einer Bewältigung bedürfen.

Eine Studie von Crockenberg zeigt, dass die umfangreiche Unterstützung durch die Umwelt die Sicherheit der Mutter-Kind-Bindung stärkte (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2008: 190f).

Die Soziale Arbeit kann diese Unterstützung darstellen, auf die Frauen mit einer vorangegangenen Schwangerschaftsnegierung angewiesen sein können. Denn es ist anzunehmen, dass Frauen, die ihre Schwangerschaft negiert haben, tendenziell distanzierter und weniger einführend ihrem Kind gegenüber sind. Die Mütter reagieren sowohl auf ihre eigenen als auch auf die Emotionen der Umwelt weniger und zeigen sich nicht so feinfühlig wie Mütter, die zuvor keine Verdrängung erlebt hatten. Daher wird die Beziehung von Mutter und Kind als krisengefährdeter eingeschätzt und die Betreuung durch geeignete Professionen ist sinnvoll.

5. Die Betreuung von Frauen mit einer negierten Schwangerschaft

Wie zuvor beschrieben kann die Verdrängung einer Schwangerschaft Auswirkungen auf Mutter und Kind haben, die zu Problemen führen. Die schwangere Frau wird somit zum Klienten der Sozialen Arbeit.

Laut Hatters Friedman werden besonders Frauen, die von den Wehen überrascht werden und keine Vorsorge bekommen haben, während und nach der Geburt von verschiedenen Disziplinen unterstützt. Dazu zählen die verschiedenen (Not-)Ärzte, Psychologen, das Jugendamt und die Soziale Arbeit (vgl. Hatters Friedman et al, 2009: 120).

5.1 Anforderungen

Wenn werdende Mütter oder Eltern Ängste im Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft haben, werden ihre eigenen Bindungsbedürfnisse verstärkt. Daher sind Bindungspersonen, die psychisch und emotional unterstützend wirken, sehr wichtig, um Sicherheit zu vermitteln (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2007: 273). Diese Rolle kann die/der SozialarbeiterIn übernehmen.

Von besonderer Bedeutung ist die Aufmerksamkeit der Ärzte gegenüber der möglichen Schwangerschaft, auch wenn die Patientin selber dies verneint.

So fand Wessel heraus, dass bei 25 Frauen, die während der Schwangerschaftsverdrängung Ärzte aufsuchten, die Gravidität nicht diagnostiziert wurde, unabhängig von der Fachrichtung des besuchten Arztes. In den meisten Fällen (n=11) handelte es sich um einen Allgemeinmediziner oder den Hausarzt (vgl. Wessel, 1998: 56) .

Bei Frauen im gebärfähigem Alter sollten von Ärzten öfter Schwangerschaftstest gemacht werden, um eine mögliche Gravidität auszuschließen (vgl. Beier et al: 727).

63% der Frauen mit einer negierten Gravidität, die bei der Berliner Studie von Wessel befragt wurden, haben noch während der Schwangerschaft von dieser erfahren. Die Schwangerschaftswochen (Gestiationsalter), in der die Gravidität ärztlich festgestellt wurde, variieren stark. Bis einschließlich zur 24. SSW wurden 14 Schwangerschaften festgestellt, zwischen 25. bis 28. SSW waren es neun und sowohl zwischen 29. - 32. SSW und 33. - 37. SSW waren es acht diagnostizierte Schwangerschaften. Ab der 38. SSW, also kurz vor der Geburt, waren es noch zwei Graviditäten (vgl. Wessel, 1998: 51f).

Ausserdem lebt ein Großteil der Säuglinge nach der Geburt bei den leiblichen Eltern oder der Mutter (vgl. ebd: 70). Bei einem nicht zu unterschätzenden Teil kann also schon vor der Geburt die Betreuung beginnen und auf das Elternsein, das meist nach der Geburt ansteht, vorbereitet werden.

Wenn die Schwangerschaft diagnostiziert wird, kann eine mögliche Reaktion der Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch sein. Dieser ist bei vielen Frauen nicht mehr möglich, da ihre Schwangerschaft bereits zu weit fortgeschritten ist. Häufig ist der Grund für einen spät durchgeführten Abbruch (nach der 20. SSW), eine vorhergegangene Negierung der Gravidität. Savage konnte bei zwölf Fällen von späten Schwangerschaftsabbrüchen im Jahre 1983 bei sieben Frauen als Grund die Verdrängung der Schwangerschaft festlegen. Hinzu kamen meist soziale, familiäre oder psychologische Problemlagen und ein sehr junges Alter der Schwangeren (vgl. Wessel, 1998: 11).

Schwangere Frauen erhalten bei der Erstuntersuchung den Mutterpass. Frauenärzte unterstehen zwar der Schweigepflicht, der Mutterpass beinhaltet jedoch auch Informationen zu psychosozialen Problemlagen. Psychische Belastungen werden allerdings oft nicht vermerkt. Ein Grund könnte der diskrete Umgang mit persönlichen Informationen sein oder aber auch der inkompetente Umgang mit betroffenen Frauen, so dass die Probleme nicht richtig erfasst werden (vgl. <http://www.akf-info.de>, Zugriff: 10.12.2011).

Wenn der zweite Grund zutrifft, ist die aktive Mitarbeit von Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter unerlässlich um eine dem Fall gerecht werdende Betreuung zu gewährleisten.

Denn Frauen mit einer verleugneten Schwangerschaft sollten unbedingt psychotherapeutisch betreut werden um die Ursache(n) der Verdrängung und die möglichen Problematiken der Biografie und der Persönlichkeitsentwicklung aufzudecken und zu bearbeiten (vgl. Rohde: 80).

Die Untersuchung von Hatters Friedman 2009 ergab, dass Frauen ohne Schwangerenvorsorge (auch aus dem Grund der Schwangerschaftsverdrängung) meist keine psychologische Unterstützung bekamen, die Betreuung durch Sozialarbeiter war dagegen häufig (vgl. Hatters Friedman et al, 2009: 120).

Frauen, die ihre Schwangerschaft lange nicht wahrgenommen haben, befinden sich

in einer anderen Lage, als werdende Mütter, die sich aktiv auf die Geburt und das Elternsein vorbereiten konnten. Neben der routinemäßigen Betreuung durch den Frauenarzt, sollte der Frau mit einer verdrängten Schwangerschaft ein größeres, interdisziplinäres Netz an Unterstützung geboten werden (vgl. Bass et al: 19), um ihr in der neuen Situation zur Seite zu stehen und ihr verschiedene Möglichkeiten, mit der Erkenntnis umzugehen, aufzuzeigen.

Schwangere und junge Familien sind die Zielgruppe, die mit der Schwangerschaftsneugierung konfrontiert werden/wurden. Eben auf diesen Personenkreis, der vor der Elternschaft steht, zielen auch die sogenannten Frühen Hilfen. Von besonderer Bedeutung ist die Arbeit mit diesen Menschen, da die Weichen der Zukunft des Kindes bereits in den ersten Jahren gestellt werden können und auch um jungen Müttern und Familien Hilfestellung zu geben in einer Zeit, die sehr belastend sein kann. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Frau realistische Vorstellungen sowohl von der Schwangerschaft, der Geburt und der Erziehung des Kindes entwickelt und dabei kann man sie unterstützen (vgl. Erickson/Egeland: 40).

Von absoluter Wichtigkeit ist es, betroffenen Frauen mit wahrer Zuwendung und Sympathie zu begegnen und ihnen zu zeigen, dass sie kein Einzelfall und somit auch nicht „verrückt“ sind (vgl. Brezinka et al: 1041).

5.2 Bewältigung

Das Objekt der notwendigen Bewältigung sind Belastungen. Diese müssen verarbeitet werden damit erfolgreich mit ihnen umgegangen werden kann (vgl. Tesch-Römer et al: 5). Geschehnisse, die bewältigt werden müssen, sind zum Beispiel Krankheiten oder Prüfungssituationen. Die Merkmale eines solchen Geschehnis sind, dass es zum Einen „[...]in einem allgemeinen sozialen Konsens zufolge für den Betreffenden belastend oder fordernd[...]“ (Tesch-Römer et al: 9) einzuschätzen ist, von der „Normalität“ abweicht, der Umgang damit psychischen und/oder physischen

Aufwand benötigt und der Umgang sich individuell unterscheiden kann.

Wenn der Abwehrmechanismus einer Schwangerschaft nicht weiter aufrecht erhalten bleiben kann, reagieren die meisten Frauen mit einer temporären Belastungsreaktion, zu denen Angst, Schock oder Depressionen zählen (vgl. Brezinka et al: 1040).

Die Frau erfährt, dass sie schwanger ist und die Geburt nicht mehr all zu weit in der Zukunft liegt. Die Verdrängung wird aufgehoben und die neue Realität mit ihren Folgen muss bewältigt werden.

Die Erkenntnis über eine schon lange bestehende Schwangerschaft und die Möglichkeit einer baldigen Mutterschaft sind sowohl allgemein als belastend anzusehen, da die Geburt des eigenen Kindes einen besonderen, lebensverändernden Punkt einer Biografie darstellt. Verdrängte Schwangerschaften gelten auch nicht als „normal“, ihrer Existenz wird häufig ungläubig begegnet. Der Umgang mit der Schwangerschaft benötigt einen psychischen Aufwand, selbst wenn diese nicht für längere Zeit verdrängt wurde. Da, wie zuvor beschrieben, das Erwarten eines Kindes immer ein markanter Lebenspunkt ist mit dem aktiv umgegangen werden muss, um die neue Rolle als Mutter anzunehmen oder sich bewusst gegen das Kind entschieden wird. Hier sind wir schon beim nächsten Merkmal. Jede Frau muss ihren eigenen Weg finden mit der Erkenntnis der verdrängten Schwangerschaft umzugehen.

Die negierte Schwangerschaft stellt also ein Geschehnis dar, welches bewältigt werden muss. Um die Bewältigung zu Erreichen findet das sogenannte Coping statt. Dies ist die Auseinandersetzung mit den Problemen mit dem Ziel diese dauerhaft zu beheben und die möglicherweise daraus entstehenden Probleme so gering wie möglich zu halten, so dass die Bilanz positiv ist (vgl. Tesch-Römer et al: 45).

Eine erfolgreiche Bewältigung wird von mehreren Ressourcen beeinflusst. Zunächst

sind das personale Ressourcen, wie Intelligenz, Gesundheit, Selbstkonzept und Resilienz. Ebenso wichtig sind die externen Ressourcen, welche die Stabilität des sozialen Netzwerks, finanzielle Sicherheit und Schichtzugehörigkeit darstellen (vgl. ebd: 4).

Die Angst, die Sorgen und die allgemeine Aufruhr nach Bekanntwerden der Schwangerschaft ist nicht nur negativ zu Betrachten. So kann die Angst als eine „[...]positiven Kraft für die gesunde Anpassung der Mutter und als Möglichkeit gesehen werden[...]“ (vgl. Brisch/Hellbrügge, 2008: 215). Nur durch die Sorge wird die Kraft gefunden etwas an der Situation zu verändern. Die Soziale Arbeit kann einen Teil des Sozialen Netzwerks darstellen, die bei der erfolgreichen Bewältigung behilflich ist.

Die im Kapitel 4.4 beschriebenen Risiken einer Schwangerschaftsverdrängung auf Kind, Mutter und ihre Beziehung, folgen nicht zwangsläufig dem Negieren. Doch die Betreuung durch einen Sozialarbeiter kann den Beginn der Elternschaft erleichtern, indem Komplikationen rechtzeitig erkannt und Umgangsmöglichkeiten entwickelt werden.

Im Folgenden werden zwei wichtige Akteurgruppen, die Sozialarbeiter im Krankenhaus und die in Familienhebammenprojekten, vorgestellt.

5.3 Beispiele für Akteure der Sozialen Arbeit

Neben Wohngruppen für junge Mütter oder Treffpunkten in der Nachbarschaft können viele Angebote der Sozialen Arbeit mit Frauen, die ihre Schwangerschaft negieren oder negiert haben, in Kontakt treten.

Hier werden zwei Akteurgruppen bzw. Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit exemplarisch vorgestellt, die mit der Zielgruppe möglicherweise arbeiten. Zum einen der Sozialdienst des Krankenhauses. Außerdem wird hier das Prinzip des

Familienhebammenprojekts beschrieben, anhand der Durchführung in Hamburg.

5.3.1 Krankenhaussozialdienst

Die Arbeit im Krankenhaussozialdienst ist ein Zweig der Sozialen Arbeit, der das Ziel hat, durch persönliche, soziale, ökonomische, rechtliche und verwaltungsbezogene Hilfen die lebenspraktische Autonomie des Menschen wieder herzustellen, wenn diese körperlich oder seelisch beeinträchtigt wurde (vgl. Ansen et al: 12f). Im Jahr 2000 waren etwa 5.617 Sozialarbeiter in Krankenhäusern angestellt (vgl. ebd: 23).

Der Sozialdienst ist neben der Versorgung von Krankheiten und Leiden auch in Einrichtungen tätig, in denen Geburtshilfe geleistet wird (vgl. Kreft/Mielenz: 774) und kommt daher möglicherweise auch mit Frauen in Kontakt, die ihre Schwangerschaft negiert haben.

Für die sozialpädagogischen Mitarbeiter ist die zentrale Frage, wie die Patienten und ihr lebensweltliches Umfeld subjektiv auf die Belastungssituation reagiert. Ist diese Reaktion kompliziert und hat Konsequenzen für das Leben des Patienten, so werden sie aktiv (vgl. Ansen et al: 14). Bei den Untersuchungen von Jens Wessel hatten 15% (n=10) der Frauen mit einer verdrängten Schwangerschaft einen stationären Klinikaufenthalt vor der Geburt des Kindes. Ursachen waren entweder schwangerschaftsbezogen, so wie vorzeitige Wehen oder Blutungen, oder nicht schwangerschaftsbezogen (vgl. Wessel, 1998: 59f).

Eine Frau, die von ihrer eigenen Schwangerschaft überrascht wird, steht vor lebensverändernden Entscheidungen und neuen Gefühlen, die schwierige Auswirkungen haben können und ist somit ein potentieller Klient des Krankenhaussozialdienstes.

Je nach Fall hat der Mitarbeiter des Sozialdienstes regen Kontakt mit Kooperationspartnern (vgl. Ansen et al: 31). Bei Frauen mit einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft könnten diese zum Beispiel das Jugendamt

sein, wenn es um das Sorgerecht des Kindes geht (und eventuelle Adoptionsfreigabe), Einrichtungen, die betreutes Wohnen anbieten, bis zum Sozialamt, um finanzielle Fragen zu klären.

Die typischen psychosozialen Probleme der Patienten, die Unterstützung durch den Krankenhaussozialdienst bekommen, sind unter anderem Angst und Informationsdefizite. Wenn eine Frau ohne ihr Wissen ein Kind erwartet, konnte sie sich nicht auf ihre neuen Aufgaben vorbereiten und leidet meist unter dem Defizit von Informationen, wie sie mit der neuen Situation umgehen kann.

Es geht hier also weniger um die Information, welche Krankheit (Schwangerschaft) sie hat, sondern wie sie mit der Folge, nämlich dem Kind, umgehen kann.

Soziale Betreuung im Krankenhaus hat nach SGB IX das Ziel, die Belastungen die aus der Krankheit und/oder der Behandlung dieser entstehen abzubauen und die bei Bedarf die Zeit nach dem Aufenthalt im Krankenhaus mit vorzubereiten.

Das subjektive Erleben der, in dem Fall der verdrängten Schwangerschaft, Patientin steht im Mittelpunkt der Arbeit und gibt vor, in welche Richtung die Hilfe gehen soll. Die Autonomie der Frau in ihrer Lebenswelt zu stärken ist das wichtigste Ziel, das sich nur erreichen lässt, wenn die Klientin bereit ist sich auf die Unterstützung einzulassen (vgl. Ansen et al: 61f).

5.3.2 Familienhebammenprojekt

Familienhebammenprojekte gibt es mittlerweile seit mehr als 25 Jahren in Deutschland (vgl. Bericht der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz: 6), hier wird exemplarisch das Prinzip anhand der Hamburger Familienhebammen veranschaulicht. Neben einer weitergebildeten Hebamme arbeitet in den Projekten auch immer eine sozialpädagogische Fachkraft. Sie ist der wichtigste Kooperationspartner der Hebamme und ist in Hamburg etwa bei jeder zweiten Frau (52%) in den Fall involviert (vgl. ebd: 20).

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei Frauen mit einer negierten Schwangerschaft um eine Risikogruppe, die für eine erfolgreiche Beendigung der Schwangerschaft und ein erleichtertes Eltern-werden besondere Unterstützung benötigt.

Besonders Risikogruppen nehmen selten die Unterstützung einer freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch (vgl. ebd: 5) und von Frauen, die mit der bloßen Tatsache ihrer Schwangerschaft überfordert sein könnten, ist der Schritt meist zu groß. Niedrigschwelliger sind die Projekte mit Familienhebammen, die häufig an Kinder- und Familienhilfezentren (Kifaz) oder andere Einrichtungen angeschlossen sind, die im besten Fall der Frau bekannt sind.

Bei 55%, der in Hamburg durch Familienhebammen betreuten Frauen, wurde der Erstkontakt über Kooperationspartner, wie Gynäkologen oder das Jugendamt, vermittelt. Daher ist die enge Kooperation mit den Frauenärzten der Umgebung von großer Bedeutung. Auch die enge Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Ämtern ist sehr wichtig.

Die Hilfe der Familienhebamme und der Sozialarbeiterin kann in vier Phasen benötigt werden. Hierzu zählt die Schwangerschaft, das frühe Wochenbett (bis zur 3. Woche post partum [pp.]), das späte Wochenbett (bis zur 8. Woche pp.) und die Nachbetreuung, die ab der 9. Woche pp. einsetzt. 52% aller Frauen werden erst nach der Geburt des Kindes betreut (vgl. ebd: 15).

Im Falle der Frauen mit einer aufgetretenen verdrängten Schwangerschaft sollte die Betreuung so früh wie möglich beginnen, um sie auf die neue Phase einzustellen. So kann ihr Unterstützung geboten werden, um die neue Situation zu bewältigen und richtig damit umzugehen.

Meist findet die Betreuung der Familienhebammen im Allgemeinen über einen Zeitraum von fünf bis sechs Monaten statt, selten über 15 Monate hinaus. Im Anschluss hatten die Frauen häufig noch Kontakt zu Kooperationspartnern wie in 1/3 der Fälle der ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) (vgl. ebd: 15-20).

Nach Einschätzungen der Familienhebammen sind die Problemlagen mit hebammenspezifischen Inhalten leichter zu lösen (in 85% der Fälle) als die aus dem persönlichen Bereich (69%). Der weitere Hilfebedarf im psychosozialen Bereich ist bei 2/3 der Frauen auch nach Beendigung der Unterstützung durch das Familienhebammenprojekt gegeben (vgl. ebd: 22), dennoch ist nur in etwa der Hälfte der Fälle die Sozialarbeiterin mit aktiv.

Bei Frauen mit einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft darf die psychosoziale Lage nicht übersehen oder unterschätzt werden, da diese, wenn sie belastend ist, für die Verdrängung verantwortlich sein kann.

6. Fazit

Die negierte Schwangerschaft wird von der Frau erst nach der 20. Schwangerschaftswoche bemerkt. Dies hat einerseits zur Folge, dass sie die Vorsorgeuntersuchungen, wie es in den Muterschaftsrichtlinien vorgesehen ist, nicht wahrnehmen kann und somit nicht ausreichend ärztlich versorgt ist. Andererseits kann auch die seelische und lebenspraktische Vorbereitung der Schwangeren nicht gewährleistet werden, so hat sie deutlich weniger Zeit, um sich auf die biografische Schwellensituation einzulassen.

Die verdrängte Schwangerschaft unterscheidet sich von den verheimlichten, bewusst ignorierten oder verspätet bemerkten Schwangerschaften, denn psychologische Abwehrmechanismen sorgen dafür, dass der Frau ihre Gravidität komplett unbewusst bleibt.

Selbst Fachleute sind sich sowohl über die genaue Definition als auch über die Gründe und Auswirkungen der negierten Schwangerschaft nicht sicher. Es wird unter anderem behauptet, dass Frauen mit Psychosen und mangelnden kognitiven Kompetenzen eher ihre Schwangerschaft verdrängen. Zu möglichen körperlichen

Gründen gehören das Fehlen sämtlicher Schwangerschaftsanzeichen, wie das Ausbleiben der Regelblutung. Von mehreren Seiten kritisch betrachtet, werden Risikofaktoren wie ein junges Alter, beruflicher Erfolg oder Sorgerechtsproblematiken mit anderen Kindern. Stresssituationen kommen dagegen häufig bei den negierenden Frauen auf.

Die möglichen Folgen reichen vom geringen Geburtsgewicht des Kindes, über die weniger kindgerechte Einrichtung der Wohnung bis hin zur negativen Prognose für die Mutter-Kind-Bindung. Die Soziale Arbeit sollte sich darum dieser Zielgruppe annehmen. Zudem kann eine Schwangerschaftsnegierung überall auftreten, wo mit Frauen im gebärfähigen Alter gearbeitet wird. Sozialarbeiter können betroffene Frauen helfen, indem sie diesen bei der Bewältigung der Erkenntnis helfen und ihnen lebenspraktische Unterstützung bieten.

Die enge Zusammenarbeit mit Ärzten, besonders den Gynäkologen, dem Jugendamt und anderen Professionen ist von großer Bedeutung, um umfassende Hilfe zu gewährleisten. So kann der Wunsch nach einer Adoptionsfreigabe bestehen oder die Hilfen des Jugendamtes angebracht sein. Es gilt, aufmerksam zu sein und bei der Vermutung, eine Schwangerschaftsnegierung könnte vorliegen, die richtigen Schritte einzuleiten. Das heißt, trotz des Abstreitens, der Frau einen Schwangerschaftstest zu empfehlen und bei einem positiven Ergebnis den Kontakt zu beispielsweise einem Familienhebammenprojekt und/oder einem/r TherapeutIn zu vermitteln und diesen Termin ggf. zu begleiten.

Theoretisch kann jede gebärfähige Frau in eine psychische Stresssituation kommen, die dann zu einer Verdrängung der Schwangerschaft führt, da die Auslöser im Allgemeinen sehr vielschichtig und individuell sein können. Die Negierung einer Schwangerschaft darf nicht als „unnormale“ oder als Fehler der Frau gesehen werden. Wird diese Auffassung auch der Frau gegenüber verdeutlicht, kann es ihr leichter fallen, die Schwangerschaft und das Kind zu akzeptieren und sich auf die

Mutterschaft vorzubereiten.

Die verdrängte Schwangerschaft kommt mit einer Rate von 1:475 vor und ist somit nicht allzu selten. Ausserdem leben nach der Geburt die meisten Kinder bei ihrer leiblichen Mutter und die Auswirkungen auf die Elternschaft sind zu umstritten, als dass man in jedem Fall ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind prognostizieren kann. Das Bild, das von den Medien vermittelt wird, ist primär Sensationsgetrieben und stellt ein falsches Bild sowie eine Gefahr für die Wahrnehmung und Akzeptanz in der Gesellschaft dar.

Die Durchführung von Wessels Studie liegt bereits mehr als ein Jahrzehnt zurück. Neue, breit angelegte und von mehreren Professionen unterstützte Untersuchungen wären absolut sinnvoll, um zu einem genaueren Bild des Phänomens zu gelangen und betroffene Frauen früher erkennen und helfen zu können.

7. Quellenverzeichnis

7.1 Literaturverzeichnis

Ansen, Harald/ Gödecker-Geenen, Norbert/ Nau, Hans 2004: Soziale Arbeit im Krankenhaus. Basel:Ernst Reinhardt Verlag München

Asendorpf, Jens 2007: Psychologie der Persönlichkeit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Bass, Barbara/ von Castelberg, Brida/ Fleischli, Marlene 2004 : Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften – eine Herausforderung für die Klinik. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (3).19 – 22

Beier, Klaus M./ Wille, Reinhard/ Wessel, Jens 2006: Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. In: Journal of Psychosomatic Research. 61(2006) 723-730

Bommel, Michael/ Scherr, Albert 2000: Soziologie der Sozialen Arbeit – Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag

Brezinka, Christoph/ Biebl, Wilfried/ Kinzl, Johannes/ Huter, Otto 1991: Spät erkannte und negierte Schwangerschaft – Psychopathologie der Verdrängungsmechanismen und Auswirkungen auf die Geburt. In: Archives of Gynecology and Obstetrics. Volume 250, Numbers 1-4 1991, 1039 – 1058

Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hrsg) 2007: Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hrsg) 2008: Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Stuttgart: Klett-Cotta

Dadak, Christian (Hrsg) 2009: Sexualität, Reproduktion, Schwangerschaft, Geburt. Wien: Facultas Verlag

Erickson, Martha F./ Egeland, Byron/ Suess, Gerhard J.(Hrsg.) 2006: Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm. Stuttgart: Klett- Cotta

Freud, Anna 1984: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Goeckenjan, Maren/ Vetter, Klaus 2009: Gesetzliche Schwangerenvorsorge – Lässt sich das Erfolgskonzept der Schwangerenvorsorge in Deutschland noch optimieren? In: Kindergesundheit stärken 2009, Part 2, 36-44

Hatters Friedman, Susan/ Heneghan, Amy/ Rosenthal, Miriam 2007: Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. In: Psychosomatics 48:2, March-April 2007. 117-122

Hatters Friedman, Susan/ Heneghan, Amy/ Rosenthal, Miriam 2009: Disposition and health outcomes among infants to mothers with no prenatal care. In: Child Abuse & Neglect. 33(2009) 116-122

Kreft, Dieter /Mielenz, Ingrid (Hrsg.) 2008: Wörterbuch Soziale Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag

Lexikon Institut Bertelsmann (Hrsg.) 1995: Lexikon der Psychologie. Gütersloh: Bertelsmann-Lexikon-Verlag

Mühlum, Albert 1996: Sozialarbeit und Sozialpädagogik – Ein Vergleich. Frankfurt am Main: Lambertus-Verlag

Reinicke, Peter 2003: Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Rückblick und Ausblick. Freiburg bei Breisgau: Lambertus-Verlag

Rohde, Anke 2004: Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Riecher-Rössler, Anita (Hrsg) 2012: Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel: S. Karger GmbH

Sandoz, Patrick 2011: Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy. In: Medical Hypotheses. 77 (2011) 782-785

Spinelli, Margaret G. 2003: Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Stern, Daniel N./ Bruschweiler-Stern, Nadia/ Freeland, Alison 2000: Geburt einer Mutter. Die Erfahrung, die das Leben einer Frau für immer verändert. München: Piper Verlag GmbH

Strauss, Alexander 2006: Geburtshilfe Basics. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Tesch-Römer, Clemens/ Salewski, Christel/ Schwarz, Gudrun 1997: Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Vandereycken, Walter/ Meermann, Rolf 2008: Krankheitsverleugnung: Ein noch zu verfeinerndes Konzept. In: Psychotherapie 13. Jahrg. 2008, Bd. 13, Heft 1, CIP-Medien, München

von Spiegel, Hiltrud 2008: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen. Basel: Ernst Reinhardt Verlag München

Wessel, Jens 1998: Die nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft. Habilitationsschrift, Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin: Akademos Wissenschaftsverlag GmbH

Wessel, Jens/ Buscher, Ulrich 2002: Denial of pregnancy: population based study. In: BMJ Volume 324, 23 February 2002. 458

Wilde Astington, Janet/ Baird, Jodie A. (Hrsg.) 2005: Why language matters for theory of mind. New York: Oxford University Press

Zimbardo, Philip G./ Gerrig, Richard J. 2004: Psychologie. 16., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium

7.2 Internetquellenverzeichnis

Internetquelle 1:

Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg. Ergebnisse der Einzelfallevaulation 2006-2007. Kurzbericht zur Gesundheit. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Februar 2009

In:

<http://www.hamburg.de/contentblob/1375032/data/familienhebammenbericht.pdf>

(Zugriff: 04.04.2012)

Internetquelle 2:

Statistisches Bundesamt

In:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html?nn=50738> (Zugriff: 13.04.2012)

Internetquelle 3:

Beckermann, Maria J. 2011: Schwangerenvorsorge heute. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

In:

http://www.afk-info.de/index.phpelD=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/tx_mkimpleglossary/Schwangerenvorsorge_01.pdf&t=1343575401&hash=9bde6b48ae146122e86c825b0578bba7ecabad58 (Zugriff: 10.12.2011)

Internetquelle 4:

Duden Online, Definition „Negieren“

In:

<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/negieren> (Zugriff: 13.07.2012)

Internetquelle 5:

News.at, 29.03.2011

„Bei Schulausflug von Geburt überrascht: Zwölfjährige Mutter und Kind sind wohlauf.“

In:

<http://www.news.at/articles/1113/15/292716/bei-schulausflug-geburt-zwoelfjaehrige-mutter-kind> (Zugriff: 31.07.2012)

Internetquelle 6:

Potsdamer Neuste Nachrichten Online, 17.02.2012

„Kindstötung - Möglicher Grund: verdrängte Schwangerschaft“

In:

<http://www.pnn.de/potsdam/623824/> (Zugriff: 31.07.2012)

Internetquelle 7:

Welt Online, 04.02.2005

„Tatmotiv: Ungewollte und verdrängte Schwangerschaft“

In:

<http://www.welt.de/print-welt/article422757/Tatmotiv-Ungewollte-und-verdraengte-Schwangerschaft.html> (Zugriff: 31.07.2012)

Internetquelle 8:

Bild Online, 27.11.2009

„Mama dachte, ich bin eine Blinddarm-Entzündung“

In:

<http://www.bild.de/news/2009/schwanger/mama-dachte-ich-bin-eine-blinddarm-entzuendung-10620056.bild.html> (Zugriff: 31.07.2012)

Internetquelle 9:

Definition Risikoschwangerschaft

In:

<http://www.risikoschwangerschaft.info/Begriffserklaerung-Risikoschwangerschaft.html>

(Zugriff: 10.08.2012)

Internetquelle 10:

Lexikon, Bedeutung „reaktiv“

In:

<http://www.wissen.de/lexikon/reaktiv> (Zugriff: 14.08.2012)

Internetquelle 11:

Gesundheitsberichterstattung des Bundes,

Definition Body-Mass-Index

In:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?

[p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=7976::BMI](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=7976::BMI)

(Zugriff: 27.08.2012)

Anhang

Mutterschaftsrichtlinien

Richtlinien
des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen

über die ärztliche Betreuung
während der Schwangerschaft
und nach der Entbindung
(„Mutterschafts-Richtlinien“)

in der Fassung vom 10. Dezember 1985
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986)

zuletzt geändert am 15. Dezember 2011,
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 36, S. 914
in Kraft getreten am 3. März 2012

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw. § 23 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1972) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 28 Abs. 1, 70 Abs. 1 und 73 Abs. 2 SGB V).

Allgemeines

1. Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden.

Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

2. Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.
3. Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte treffen ihre Maßnahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch Gesetz bestimmten Rahmens. Die Ärzte sollten diese Richtlinien beachten, um den Versicherten und ihren Angehörigen eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung unter Vermeidung entbehrlicher Kosten zukommen zu lassen.
4. Die Maßnahmen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärzte ausführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Sofern ein Arzt Maßnahmen nach Abschnitt A. 6. sowie Einzelmaßnahmen nach Abschnitt B., C. und D. nicht selbst ausführen kann, sollen diese von solchen Ärzten ausgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen.
5. Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

6. Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren diagnostischer und vorbeugender Wert ausreichend gesichert ist; eine Erprobung auf Kosten der Versichertengemeinschaft ist unzulässig.
7. Ärztliche Betreuung im Sinne der §§ 196 RVO und 23 KVLG sind solche Maßnahmen, welche der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Abs. 1 SGB V darstellen. Im Einzelnen gehören zu der Betreuung:
 - a) Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft^{*)} (siehe Abschnitt A.)
 - b) Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften — amnioskopische und kardiotokegraphische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. — (siehe Abschnitt B.)
 - c) Serologische Untersuchungen auf Infektionen
 - z. B. Röteln bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Lues, Hepatitis B
 - bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen
 - zum Ausschluß einer HIV-Infektion; auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren sowie
 - blutgruppenserologische Untersuchungen während der Schwangerschaft (siehe Abschnitt C.)
 - d) Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe (siehe Abschnitt D.)
 - e) Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin (siehe Abschnitt F.)
 - f) Medikamentöse Maßnahmen und Verordnungen von Verband- und Heilmitteln (siehe Abschnitt G.)
 - g) Aufzeichnungen und Bescheinigungen (siehe Abschnitt H.).

^{*)} Die Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der Schwangerschaft ist Bestandteil der kurativen Versorgung.

A. Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft

1. Die Schwangere soll in ausreichendem Maße ärztlich untersucht und beraten werden. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung erstrecken. Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Die Testdurchführung erfordert eine Information zum Test und die Einwilligung der Schwangeren. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu dieser Untersuchung ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?“ (Muster siehe Anlage 3) zur Verfügung zu stellen.

Zudem soll die Schwangere über die Impfung gegen saisonale Influenza beraten werden. Gesunden Schwangeren soll diese Impfung ab dem zweiten Trimenon empfohlen werden, Schwangeren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits im ersten Trimenon.

Darüber hinaus soll der Arzt im letzten Drittel der Schwangerschaft bedarfsgerecht über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind aufklären.

In die ärztliche Beratung sind auch ernährungsmedizinische Empfehlungen als Maßnahme der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Dabei ist insbesondere auf eine ausreichende Jodzufuhr (in der Regel ist eine zusätzliche Zufuhr von 100 bis 200 µg Jodid pro Tag notwendig) ^{**)} und den Zusammenhang zwischen Ernährung und Kariesrisiko hinzuweisen.

Die Schwangere soll über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) unterrichtet werden.

2. Die erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Sie umfasst:
 - a) Die Familienanamnese,
die Eigenanamnese,
die Schwangerschaftsanamnese,
die Arbeits- und Sozialanamnese;

^{**)} Dieser Hinweis führt nicht automatisch zur Verordnungsfähigkeit von Jodid.

b) Die Allgemeinuntersuchung,

die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion. Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannt „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet.

Umfasst sind zudem weitere diagnostische Maßnahmen. Zu diesen gehören:

Blutdruckmessung,

Feststellung des Körpergewichts,

Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund),

Hämoglobinbestimmung und -je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) - Zählung der Erythrozyten.

3. Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären.

4. Die nachfolgenden Untersuchungen sollen — unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen — im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden und umfassen:

Gewichtskontrolle,
Blutdruckmessung,

Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund),

Hämoglobinbestimmung — im Regelfall ab 6. Monat, falls bei Erstuntersuchung normal —; je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g je 100 ml = 70 % Hb) Zählung der Erythrozyten,

Kontrolle des Standes der Gebärmutter,
Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,
Feststellung der Lage des Kindes.

In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im Allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.

5. Im Verlauf der Schwangerschaft soll ein Ultraschall-Screening mittels B-Mode-Verfahren durchgeführt werden. Die Untersuchungen erfolgen
 - von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. SSW (1. Screening)
 - von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. SSW (2. Screening)
 - von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. SSW (3. Screening).

Dieses Ultraschall-Screening dient der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft insbesondere mit dem Ziel

- der genauen Bestimmung des Gestationsalters
- der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten
- der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen
- dem frühzeitigen Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften.

Der Inhalt des Screening ist für die jeweiligen Untersuchungszeiträume in **Anlage 1 a** festgelegt.

Ergeben sich aus dem Screening auffällige Befunde, die der Kontrolle durch Ultraschall-Untersuchungen mit B-Mode oder gegebenenfalls anderen sonographischen Verfahren bedürfen, sind diese Kontroll-Untersuchungen auch außerhalb der vorgegebenen Untersuchungszeiträume Bestandteil des Screening.

Dies gilt insbesondere für Untersuchungen bei den in **Anlage 1 b** aufgeführten Indikationen.

6. Ergibt sich aus den Screening-Untersuchungen — gegebenenfalls einschließlich der Kontrolluntersuchungen — die Notwendigkeit zu einer weiterführenden sonographischen Diagnostik, auch mit anderen sonographischen Verfahren, sind diese Untersuchungen ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge, aber nicht mehr des Screening. Dies gilt auch für alle weiterführenden sonographischen Untersuchungen, die notwendig werden, den Schwangerschaftsverlauf und die Entwicklung des Feten zu kontrollieren, um gegebenenfalls therapeutische

Maßnahmen ergreifen oder geburtshilffliche Konsequenzen ziehen zu können. Die Indikationen hierfür sind in den **Anlagen 1 c** und **1 d** angeführt.

Die Anwendung dopplersonographischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge. Diese Untersuchungen können nur nach Maßgabe der in **Anlage 1 d** aufgeführten Indikationen durchgeführt werden.

Ergibt sich aus sonographischen Untersuchungen die Notwendigkeit zu weiterführender sonographischer Diagnostik durch einen anderen Arzt, sind die relevanten Bilddokumentationen, welche die Indikation zu dieser weiterführenden Diagnostik begründen, diesem Arzt vor der Untersuchung zur Verfügung zu stellen.

7. Untersuchungen nach Nr. 4 können auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpaß dokumentiert werden, wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen. Die Delegation der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen (Untersuchung des Urinsediments, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchung, Hämoglobinbestimmung, Ultraschalluntersuchung sowie die Untersuchungen bei Risikoschwangerschaft).
8. Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenen Ablauf angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ zur Verfügung zu stellen. Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können.

Screeningablauf:

Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 Schwangerschaftswochen Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration eine Stunde nach oraler Gabe von 50g Glucoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern).

Schwangere mit Blutzuckerwerten größer oder gleich $\geq 7,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) und kleiner oder gleich $\leq 11,1$ mmol/l (≤ 200 mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8 Stunden Nahrungskarenz. Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen. In die Entscheidung über eine nachfolgende Behandlung sind Möglichkeiten zur Risikosenkung durch vermehrte körperliche Betätigung und einer Anpassung der Ernährung einzubeziehen.

Grenzwerte:

Nüchtern: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)

nach 1 Stunde: $\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl)

nach 2 Stunden: $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)

Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Blutzucker-Bestimmung erfolgt im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik. Das Messergebnis wird als Glukosekonzentration im venösen Plasma angegeben. Dabei sind geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Verfälschungen der Messwerte durch Glykolyse vorzusehen.

Werden zum Screening und zur Erstdiagnostik des Gestationsdiabetes Unit-use-Reagenzien und die entsprechenden Messsysteme in der patientennahen Sofortdiagnostik angewendet, müssen diese nach Herstellerempfehlungen für die ärztliche Anwendung in Diagnose und Screening vorgesehen sein.

Geräte, die lediglich zur Eigenanwendung durch den Patienten bestimmt sind, sind damit ausgeschlossen.

Neben diesen Regelungen zur Qualitätssicherung gelten unverändert die Regelungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Dabei ist insbesondere auf die Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätskontrolle der Messsysteme Teil B1, Abschnitte 2.1.5 und 2.1.6 der genannten Richtlinie der Bundesärztekammer hinzuweisen.

9. Der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik erfolgen. Dies schließt eine geburtshilffliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonographische Untersuchung ein.

B. Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten

1. Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist. Dazu zählen insbesondere:

I. Nach Anamnese

- a) Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas)
- b) Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten
- c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind
- d) Vorausgegangene Entbindungen von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen
- e) Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung)
- f) Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z. B. Placenta praevia, vorzeitige Lösung der Placenta, Rißverletzungen, Atonie oder sonstige Nachgeburtsblutungen, Gerinnungsstörungen, Krämpfe, Thromboembolie)
- g) Erstgebärende unter 18 Jahren oder über 35 Jahre
- h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende mit mehr als vier Kindern (Gefahren: Genetische Defekte, sog. Placentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).

II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)

- a) EPH-Gestose (d. h. Blutdruck 140/90 oder mehr, Eiweißausscheidung $1 \text{ }^0/_{00}$ bzw. 1 g/24 Std. oder mehr, Ödeme oder Gewichtszunahme von mehr als 500 g je Woche im letzten Trimenon); Pyelonephritis (Keimzahlen über 100.000 im Mittelstrahlurin)
- b) Anämie unter 10 g/100 ml (g %)
- c) Diabetes mellitus
- d) Uterine Blutung
- e) Blutgruppen-Inkompatibilität (Früherkennung und Prophylaxe des Morbus haemolyticus fetalris bzw. neonatorum)

- f) Diskrepanz zwischen Uterus- bzw. Kindgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesenkind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom)
 - g) Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)
 - h) Mehrlinge; pathologische Kindslagen
 - i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin.
2. Aus Risikoschwangerschaften können sich Risikogeburten entwickeln. Bei folgenden Befunden ist mit einem erhöhten Risiko unter der Geburt zu rechnen:
- a) Frühgeburt
 - b) Placenta praevia, vorzeitige Placentalösung
 - c) Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege.
3. Bei Risikoschwangerschaften können häufigere als vierwöchentliche Untersuchungen (bis zur 32. Woche) bzw. häufigere als zweiwöchentliche Untersuchungen (in den letzten 8 Schwangerschaftswochen) angezeigt sein.
4. Bei Risikoschwangerschaften können neben den üblichen Untersuchungen noch folgende in Frage kommen:
- a) Ultraschall-Untersuchungen (Sonographie)
(Die Voraussetzungen für die Durchführung von zusätzlichen Ultraschall-Untersuchungen bei Risikoschwangerschaften, die über das sonographische Screening hinausgehen, werden im Abschnitt A. Nr. 6 abgehandelt und sind in den Anlagen 1 c und 1 d zu diesen Richtlinien spezifiziert.)
 - b) Tokographische Untersuchungen vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung
 - c) Kardiotokographische Untersuchungen (CTG)
(Kardiotokographische Untersuchungen können in der Schwangerenvorsorge nicht routinemäßig durchgeführt werden. Sie sind nur nach Maßgabe des Indikationskataloges nach Anlage 2 der Richtlinien angezeigt)
 - d) Amnioskopien
 - e) Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese

- f) Transzervikale Gewinnung von Chorionzottergewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe
- 5. Von der Erkennung eines Risikomerkmals ab soll ein Arzt die Betreuung einer Schwangeren nur dann weiterführen, wenn er die Untersuchungen nach Nr. 4. a) bis f) erbringen oder veranlassen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen durchführen kann. Anderenfalls soll er die Schwangere einem Arzt überweisen, der über solche Möglichkeiten verfügt.
- 6. Der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, daß die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.

C. Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft

- 1. Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe
 - a) der TPHA (Treponema-pallidum-Hämagglutinationstest) oder ELISA (Enzyme-linked-immunosorbent-assay) oder TPPA (Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest) als Lues-Suchreaktion (LSR),
 - b) gegebenenfalls ein HIV-Test,
 - c) die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D,
 - d) ein Antikörper-Suchtest (AK)

durchgeführt werden.

Ein Test auf Rötelnantikörper ist bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität erforderlich. Immunität, und damit Schutz vor Röteln-Embryopathie für die bestehende Schwangerschaft ist anzunehmen, wenn der Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen vorliegt oder wenn spezifische Antikörper rechtzeitig vor Eintritt dieser Schwangerschaft nachgewiesen worden sind und dieser Befund ordnungsgemäß dokumentiert worden ist. Der Arzt soll sich solche Befunde vorlegen lassen und sie in den Mutterpass übertragen. Liegen Befunde aus der Vorschwangerschaftszeit vor, die auf Immunität schließen lassen (siehe Abs. 2), so kann von einem Schutz vor einer Röteln-Embryopathie ausgegangen werden.

Liegen entsprechende Befunde nicht vor, so ist der Immunstatus der Schwangeren zu bestimmen. Im serologischen Befund ist wörtlich auszudrücken, ob Immunität angenommen werden kann oder nicht.

Wird Immunität erstmals während der laufenden Schwangerschaft serologisch festgestellt, kann Schutz vor Röteln-Embryopathie nur dann angenommen werden, wenn sich aus der gezielt erhobenen Anamnese keine für die Schwangerschaft relevanten Anhaltspunkte für Röteln-Kontakt oder eine frische Röteln-Infektion ergeben. Der Arzt, der die Schwangere betreut, ist deshalb gehalten, die Anamnese sorgfältig zu erheben und zu dokumentieren. Bei auffälliger Anamnese sind weitere serologische Untersuchungen, ggf. in Absprache mit dem Labor erforderlich (Nachweis rötelnspezifischer IgM-Antikörper und/oder Kontrolle des Titerverlaufs). Die weiterführenden serologischen Untersuchungen sind nicht notwendig, wenn innerhalb von 11 Tagen nach erwiesenem oder vermutetem Röteln-Kontakt spezifische Antikörper nachgewiesen werden.

Schwangere, bei denen ein Befund vorliegt, der nicht auf Immunität schließen läßt, sollen aufgefordert werden, sich unverzüglich zur ärztlichen Beratung zu begeben, falls sie innerhalb der ersten vier Schwangerschaftsmonate Röteln-Kontakt haben oder an rötelnverdächtigen Symptomen erkranken. Auch ohne derartige Verdachtsmomente soll bei diesen Schwangeren in der 16. -17. Schwangerschaftswoche eine erneute Antikörper-Untersuchung gemäß Abs. 2 durchgeführt werden.

Eine aktive Rötelnschutzimpfung soll während der Schwangerschaft nicht vorgenommen werden

Zu a): Ist die Lues-Suchreaktion positiv, so sollen aus derselben Blutprobe die üblichen serologischen Untersuchungen auf Lues durchgeführt werden.

Bei der Lues-Suchreaktion ist lediglich die Durchführung und nicht das Ergebnis der Untersuchung im Mutterpaß zu dokumentieren.

Zu b): Aus dem Blut der Schwangeren ist ein immunochemischer Antikörpertest vorzunehmen, für welchen die benötigten Reagenzien staatlich zugelassen^{*)} sind. Ist diese Untersuchung positiv, so muß das Ergebnis mittels Immuno-Blot aus derselben Blutprobe gesichert werden. Alle notwendigen weiterführenden Untersuchungen sind Bestandteil der kurativen Versorgung.

Die Durchführung der Beratung zum HIV-Antikörpertest ist im Mutterpass zu dokumentieren. Die Durchführung und das Ergebnis der Untersuchung werden im Mutterpass nicht dokumentiert.

^{*)} Zulassung der Reagenzien durch das Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut), Frankfurt

Zu c): Die Untersuchung des Rh-Merkmals D erfolgt mit mindestens zwei verschiedenen Testreagenzien. Für die Untersuchung wird die Anwendung zweier monoklonaler Antikörper (IgM-Typ), die die Kategorie D^{VI} nicht erfassen, empfohlen.
Bei negativem Ergebnis beider Testansätze gilt die Schwangere als Rh negativ (D negativ). Bei übereinstimmend positivem Ergebnis der beiden Testansätze ist die Schwangere Rh positiv. Bei Diskrepanzen oder schwach positiven Ergebnissen der Testansätze ist eine Klärung z. B. im indirekten Antiglobulintest mit geeigneten Testreagenzien notwendig. Fällt dieser Test positiv aus, so ist die Schwangere Rh positiv (D^{weak} positiv).

Die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors entfällt, wenn entsprechende Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen und von einem Arzt bescheinigt wurden.

Zu d): Der Antikörpersuchtest wird mittels des indirekten Antiglobulintests gegen zwei Test-Blutmuster mit den Antigenen D, C, c, E, e, Kell, Fy und S durchgeführt. Bei Nachweis von Antikörpern sollen möglichst aus derselben Blutprobe deren Spezifität und Titerhöhe bestimmt werden.

Gegebenenfalls müssen in solchen Fällen auch das Blut des Kindesvaters und die Bestimmung weiterer Blutgruppen-Antigene der Mutter in die Untersuchung einbezogen werden. Eine schriftliche Erläuterung der Befunde an den überweisenden Arzt kann sich dabei als notwendig erweisen.

Auch nicht zum Morbus haemolyticus neonatorum führende Antikörper (IgM und/oder Kälte-Antikörper) sind in den Mutterpaß einzutragen, da sie gegebenenfalls bei einer Bluttransfusion für die Schwangere wichtig sein können.

2. Ein weiterer Antikörper-Suchtest ist bei allen Schwangeren (Rh-positiven und Rh-negativen) in der 24.-27. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Sind bei Rh-negativen Schwangeren keine Anti-D-Antikörper nachweisbar, so soll in der 28.-30. Schwangerschaftswoche eine Standarddosis (um 300 µg) Anti-D-Immunglobulin injiziert werden, um möglichst bis zur Geburt eine Sensibilisierung der Schwangeren zu verhindern. Das Datum der präpartalen Anti-D-Prophylaxe ist im Mutterpaß zu vermerken.
3. Bei allen Schwangeren ist nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Blut auf HBsAg^{*)} zu untersuchen. Dabei ist eine immunchemische Untersuchungsmethode zu verwenden, die mindestens 5 ng/ml HBsAg nachzuweisen in der Lage ist. Ist das Ergebnis positiv, soll das Neugeborene unmittelbar post partum gegen Hepatitis B aktiv/passiv immunisiert werden.

^{*)} HBsAg = Hepatitis B surface antigen

Die Untersuchung auf HBsAg entfällt, wenn Immunität (z. B. nach Schutzimpfung) nachgewiesen ist.

D. Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe

1. Bei jedem Kind einer Rh-negativen Mutter ist unmittelbar nach der Geburt der Rh-Faktor D unter Beachtung der Ergebnisse des direkten Coombstests zu bestimmen. Ist dieser Rh-Faktor positiv (D^+) oder liegt D^{weak} vor, so ist aus derselben Blutprobe auch die Blutgruppe des Kindes zu bestimmen. Bei Rh-positivem Kind ist bei der Rh-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 μg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren, selbst wenn nach der Geburt schwach reagierende Rh-Antikörper bei der Mutter gefunden worden sind und/oder der direkte Coombstest beim Kind schwach positiv ist. Hierdurch soll ein schneller Abbau der insbesondere während der Geburt in den mütterlichen Kreislauf übergetretenen Rh-positiven Erythrozyten bewirkt werden, um die Bildung von Rh-Antikörpern bei der Mutter zu verhindern.
2. Rh-negativen Frauen mit Fehlgeburt bzw. Schwangerschaftsabbruch sollte so bald wie möglich, jedoch innerhalb 72 Stunden post abortum bzw. nach Schwangerschaftsabbruch, Anti-D-Immunglobulin injiziert werden. Entsprechende blutgruppenserologische Untersuchungen sind erforderlichenfalls durchzuführen.

E. Voraussetzungen für die Durchführung serologischer Untersuchungen

Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. sollen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen. Dieselben Voraussetzungen gelten für Untersuchungen in Instituten.

F. Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin

1. Eine Untersuchung soll innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung vorgenommen werden. Dabei soll das Hämoglobin bestimmt werden.
2. Eine weitere Untersuchung soll etwa sechs Wochen, spätestens jedoch acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden. Die Untersuchung umfaßt:

Allgemeinuntersuchung (falls erforderlich einschließlich Hb-Bestimmung),
Feststellung des gynäkologischen Befundes,
Blutdruckmessung,
Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment,
gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund) sowie Beratung der Mutter.

G. Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln

Medikamentöse Maßnahmen sowie die Verordnung von Verband- und Heilmitteln sind im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nur zulässig zur Behandlung von Beschwerden, die schwangerschaftsbedingt sind, aber noch keinen Krankheitswert haben. Bei Verordnungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung ist die Versicherte von der Entrichtung der Verordnungsblattgebühr befreit.

H. Aufzeichnungen und Bescheinigungen

1. Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt der Arzt der Schwangeren einen Mutterpaß (Anlage 3)^{*)} aus, sofern sie nicht bereits einen Paß dieses Musters besitzt.
2. Nach diesem Mutterpaß richten sich auch die vom Arzt vorzunehmenden Eintragungen der Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Darüber hinausgehende für die Schwangerschaft relevante Untersuchungsergebnisse sollen in den Mutterpaß eingetragen werden, soweit die Eintragung durch die Richtlinien nicht ausgeschlossen ist (Lues-Suchreaktion sowie HIV-Untersuchung).
3. Die Befunde der ärztlichen Betreuung und der blutgruppenserologischen Untersuchungen hält der Arzt für seine Patientenkartei fest und stellt sie bei eventuellem Arztwechsel dem anderen Arzt auf dessen Anforderung zur Verfügung, sofern die Schwangere zustimmt.
4. Beim Anlegen eines weiteren Mutterpasses sind die Blutgruppenbefunde zu übertragen. Die Richtigkeit der Übertragung ist ärztlich zu bescheinigen.
5. Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Mutterpaß vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Mutterpaß nicht in seinem Aufbau und in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

I. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 28. März 1986 in Kraft.

Köln, den 10. Dezember 1985

^{*)} Auf einen Abdruck wurde verzichtet.

Anlage 1 (a - d)
(zu den Abschnitten A. Nr. 5 und B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft (Sonographie)

Es gilt die Anlage 1 der Mutterschafts-Richtlinien in der Fassung vom 22. November 1994 zuzüglich der Änderungen vom 8. Mai 1995 und 17. Dezember 1996.

Anlage 1 a
 (zu Abschnitt A. Nr. 5 der Mutterschafts-Richtlinien)

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft

Die nachfolgend aufgeführten Befunde sind mittels B-Mode-Verfahren im jeweiligen Zeitraum zu erheben. Dabei ist die jeweilige Bilddokumentation durchzuführen.

1. Untersuchung von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. SSW

Intrauteriner Sitz:	ja/nein
Embryo darstellbar:	ja/nein
Mehrlingsschwangerschaft:	ja/nein
- monochorial	ja/nein
Herzaktion:	ja/nein

Biometrie I (ein Maß):

– Scheitelsteißlänge (SSL) oder: Biparietaler Durchmesser (BPD)	
– Zeitgerechte Entwicklung:	ja/nein/kontrollbedürftig
– Auffälligkeiten:	ja/nein/kontrollbedürftig
– Weiterführende Untersuchung veranlaßt:	ja/nein

Bilddokumentation der Biometrie und gegebenenfalls kontrollbedürftiger Befunde

2. Untersuchung von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. SSW

Einlingsschwangerschaft:	ja/nein
Lebenszeichen:	ja/nein

Biometrie II (4 Maße):

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)
oder: Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)
- Femurlänge (FL)
oder: Humeruslänge (HL)
- Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen hinsichtlich:

- Fruchtwassermenge ja/nein/kontrollbedürftig
- körperlicher Entwicklung ja/nein/kontrollbedürftig
- Körperumriß ja/nein/kontrollbedürftig
- fetaler Strukturen ja/nein/kontrollbedürftig
- Herzaktion ja/nein/kontrollbedürftig
- Bewegungen ja/nein/kontrollbedürftig
- Plazentalokalisation und -struktur: normal/kontrollbedürftig
- Weiterführende Untersuchung veranlaßt: ja/nein

Bilddokumentation je eines Kopf-, Rumpf- und Extremitätenmaßes sowie gegebenenfalls kontrollbedürftiger Befunde3. Untersuchung von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. SSW

- Einlingsschwangerschaft: ja/nein
 Lebenszeichen: ja/nein
 Kindslage:

Biometrie III (4 Maße):

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)
oder: Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)
- Femurlänge (FL)
oder: Humeruslänge (HL)

- Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Kontrolle der Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen gemäß dem 2. Screening

Plazentalokalisation und -struktur: normal/kontrollbedürftig

Weiterführende Untersuchung veranlaßt: ja/nein

Bilddokumentation je eines Kopf-, Rumpf- und Extremitätenmaßes sowie gegebenenfalls kontrollbedürftiger Befunde

Anlage 1 b

(zu den Abschnitten A. Nr. 5 und B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Über die in Anlage 1 a genannten Screening-Untersuchungen hinaus können bei Vorliegen einer der nachfolgend angeführten Indikationen weitere sonographische Untersuchungen zur Überwachung der Schwangerschaft angezeigt sein, die als Kontrolluntersuchungen Bestandteil des Screening sind.

1. Sicherung des Schwangerschaftsalters bei
 - unklarer Regelanamnese
 - Diskrepanz zwischen Uterusgröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonographischen Befundes
 - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Mutterschaftsvorsorge durch einen anderen Arzt
2. Kontrolle des fetalen Wachstums bei
 - Schwangeren mit einer Erkrankung, die zu Entwicklungsstörungen des Feten führen kann,
 - Verdacht auf Entwicklungsstörung des Feten aufgrund vorausgegangener Untersuchungen
3. Überwachung einer Mehrlingsschwangerschaft
4. Neu- oder Nachbeurteilung des Schwangerschaftsalters bei auffälligen Ergebnissen der in der Mutterschaftsvorsorge notwendigen serologischen Untersuchungen der Mutter
5. Diagnostik und Kontrolle des Plazentasitzes bei vermuteter oder nachgewiesener Plazenta praevia
6. Erstmaliges Auftreten einer uterinen Blutung
7. Verdacht auf intrauterinen Fruchttod
8. Verdacht auf Lageanomalie ab Beginn der 36. SSW.

Anlage 1 c (zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Über die in Anlage 1 a und 1 b genannten Untersuchungen hinaus können weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonographischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienen und eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt. Diese Untersuchungen gehören zwar zum Programm der Mutterschaftsvorsorge, sind aber nicht mehr Bestandteil des Screening.

I. *)

1. Rezidivierende oder persistierende uterine Blutung
2. Gestörte intrauterine Frühschwangerschaft
3. Frühschwangerschaft bei liegendem IUP, Uterus myomatosus, Adnextumor
4. Nachkontrolle intrauteriner Eingriffe
5. Cervixmessung mittels Ultraschall bei Cervixinsuffizienz oder Verdacht
6. Bestätigter vorzeitiger Blasensprung und/oder vorzeitige Wehentätigkeit
7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus
8. Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung
9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.

II. *)

1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniocentese, Chorionzottenbiopsie, Fetalblutgewinnung, Körperhöhlen- oder Gefäßpunktionen, Fruchtwasserersatz-Auffüllungen, Transfusionen, Anlegen von Shunts, Fetoskopie

*) Für die Durchführung der unter Abschnitt I. angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 der Anlage 1 der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, für die unter Abschnitt II. angeführten Ultraschalluntersuchungen sind die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung zu erfüllen.

2. Gezielte Ausschlußdiagnostik bei erhöhtem Risiko für Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fetus aufgrund von
 - a) ultraschalldiagnostischen Hinweisen
 - b) laborchemischen Befunden
 - c) genetisch bedingten oder familiär gehäuften Erkrankungen oder Fehlbildungen in der Familienanamnese
 - d) teratogenen Noxen oder als Alternative zur invasiven pränatalen Diagnostik.

Aufklärung und Beratung gemäß § 2a Abs. 1 SchKG

Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, gemäß § 2a Abs. 1 SchKG verständlich und ergebnisoffen zu beraten.

Dies umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

Für genetische vorgeburtliche Untersuchungen gelten die Vorgaben des GenDG.

Anlage 1 d
(zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Dopplersonographische Untersuchungen

Die Anwendung der Dopplersonographie als Maßnahme der Mutterschaftsvorsorge ist nur bei einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Indikationen und — mit Ausnahme der Fehlbildungsdiagnostik — nur in der zweiten Schwangerschaftshälfte zulässig.

1. Verdacht auf intrauterine Wachstumsretardierung
2. Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie/Eklampsie
3. Zustand nach Mangelgeburt/intrauterinem Fruchttod
4. Zustand nach Präeklampsie/Eklampsie
5. Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung
6. Begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung
7. Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum
8. Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzerkrankungen.

Anlage 2
(zu Abschnitt B. Nr. 4 c der Mutterschafts-Richtlinien)

Indikationen zur Kardiotokographie (CTG) während der Schwangerschaft

Die Kardiotokographie ist im Rahmen der Schwangerenvorsorge nur angezeigt, wenn eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt:

A. Indikationen zur erstmaligen CTG

- in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche drohende Frühgeburt
- ab der 28. Schwangerschaftswoche
 - a) Auskultatorisch festgestellte Herztonalterationen
 - b) Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit.

B. Indikationen zur CTG-Wiederholung

CTG-Alterationen

- a) Anhaltende Tachykardie (> 160/Minute)
- b) Bradykardie (< 100/Minute)
- c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)
- d) Hypooszillation, Anoszillation
- e) Unklarer Kardiotokogramm-Befund bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit
- f) Mehrlinge
- g) Intrauteriner Fruchttod bei früherer Schwangerschaft
- h) Verdacht auf Placenta-Insuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund
- i) Verdacht auf Übertragung
- j) Uterine Blutung

Medikamentöse Wehenhemmung

Anlage 3
(siehe Mutterpass)

Anlage 4 (zu Abschnitt A. Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)

Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?

Liebe Leserin,

dieses Merkblatt erläutert, warum es für alle Schwangeren in Deutschland das Angebot für einen HIV-Test gibt. Wir hoffen, dass es Sie bei Ihrem Beratungsgespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin unterstützt. Bei weitergehenden Fragen können Sie sich auch an Beratungsstellen, zum Beispiel bei Ihrem Gesundheitsamt, wenden.

Die wichtigsten Informationen:

- HIV kann während der Schwangerschaft, bei der Geburt und durch Muttermilch auf das Kind übertragen werden.
- Es besteht jedoch eine sehr gute Aussicht, eine Übertragung auf das Kind durch rechtzeitige medizinische Maßnahmen zu verhindern. Die frühzeitige Feststellung einer HIV-Infektion ist daher wichtig.
- Ein anonymer HIV-Test ist möglich.

Sie haben Anspruch auf einen HIV-Test.

Sie haben selbstverständlich das Recht, einen HIV-Test abzulehnen.

Was ist HIV?

HIV („Humanes Immunschwäche-Virus“) befällt Zellen des Abwehrsystems des Körpers und zerstört sie. Die meisten Menschen mit HIV haben über Jahre kaum Beschwerden. Wenn das Virus das Immunsystem aber stark geschwächt hat, treten schwere Erkrankungen auf. Diese Phase wird dann als „AIDS“ (deutsch: „Erworbenes Immunschwäche-Syndrom“) bezeichnet. Trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten ist eine Heilung von AIDS momentan nicht möglich.

HIV bei Frauen wird meistens durch ungeschützten sexuellen Kontakt, bei dem Samenflüssigkeit oder Blut in den Körper gelangt, oder durch gemeinsames Benutzen von Spritzen oder Injektionsnadeln übertragen.

Warum wird mir ein HIV-Test angeboten?

In Deutschland sind nur wenige Schwangere mit HIV infiziert. Aber es kommt vor, dass eine Frau nicht weiß, dass sie HIV hat.

Wenn eine Schwangere HIV hat, dann bedeutet das nicht, dass auch ihr Kind in jedem Fall infiziert wird. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Viren auf ihr Kind übertragen werden. Wenn eine Schwangere rechtzeitig von ihrer Infektion weiß, dann kann ihr Kind fast immer geschützt werden. Die heutigen Behandlungsmöglichkeiten sind so gut, dass eine Mutter mit HIV oft lange ohne Symptome leben und so auch für ihr Kind da sein kann. Es ist daher wichtig zu wissen, ob eine HIV-Infektion besteht.

Falls ich HIV habe, wie kann mein Kind geschützt werden?

Wenn die folgenden drei Maßnahmen mit spezialisierten Ärztinnen und Ärzten zusammen durchgeführt werden, ist die Gefahr einer HIV-Übertragung auf das Kind sehr gering:

1. während der Schwangerschaft: durch Einnahme von Medikamenten, die die Viren bekämpfen,
2. unter der Geburt: durch Entbindung des Kindes durch einen Kaiserschnitt,
3. nach der Geburt: durch Verzicht auf die Ernährung des Kindes mit eigener Muttermilch.

Kann ich mich auch in der Schwangerschaft mit HIV infizieren?

Eine HIV-Infektion ist auch während der Schwangerschaft möglich. Bei sexuellen Kontakten sind Kondome ein guter Schutz.

Gibt es Bedenken bei einem HIV-Test?

Für die meisten Frauen ist ein HIV-Test nur ein Test unter vielen in der Schwangerschaft. Die Entscheidung für einen HIV-Test ist jedoch nicht immer leicht und kann Ängste auslösen. Die Wartezeit bis zum Testergebnis kann als belastend erlebt werden.

Wer mit HIV infiziert ist und dies weiß, muss mit Nachteilen rechnen, zum Beispiel beim Abschluss einer (Lebens-)Versicherung. Unabhängig davon, ob Sie den Test durchführen lassen und welches Ergebnis er hat, wirkt sich das aber zum Beispiel nicht auf Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsstatus oder den Aufenthaltsstatus von Migrantinnen in Deutschland aus.

Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden Ärztin sowie auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstellen, bei Wunsch auch anonym, sprechen.

Wer erfährt von dem Test?

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin teilt Ihnen das Testergebnis in einem vertraulichen Gespräch mit. Die Ärzte und Ärztinnen und ihr Personal unterliegen der Schweigepflicht.

Die HIV-Beratung wird im Mutterpass dokumentiert, nicht aber der sich gegebenenfalls daran anschließende HIV-Test.

Kann ich mich anonym testen lassen?

Es ist möglich, sich anonym testen zu lassen. Dies kann zum Beispiel in einer Arztpraxis, beim Gesundheitsamt, bei manchen AIDS-Beratungsstellen oder einem Tropeninstitut erfolgen.

Das Testergebnis wird nur Ihnen mitgeteilt. Sie entscheiden, wer von dem Test und seinem Ergebnis erfährt.

Was passiert bei einem HIV-Test?

Für einen HIV-Test wird eine Blutprobe entnommen und in einem Labor untersucht. Beim Test kann das Virus nur entdeckt werden, wenn im Blut Zeichen dafür vorhanden sind, dass der Körper schon gegen die Infektion kämpft. Das heißt, es gibt einen Zeitraum von der Ansteckung bis zur verlässlichen Nachweisbarkeit der Infektion im Blut. Dieser Zeitraum wird als „diagnostisches Fenster“ bezeichnet. Fast alle HIV-Infektionen können drei Monate nach einer Übertragung festgestellt werden.

Wenn Sie meinen, dass bei Ihnen die Möglichkeit einer HIV-Infektion, zum Beispiel nach einem ungeschützten sexuellen Kontakt besteht, können Sie sich an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin wenden, um einen oder mehrere Testzeitpunkte zu vereinbaren. Der HIV-Test ist sehr genau. Wenn im Labor eine HIV-Infektion festgestellt wird, wird der Test zur Sicherheit trotzdem noch einmal wiederholt.

Was kostet der HIV-Test?

Die Kosten für einen HIV-Test in einer Arztpraxis werden während der Schwangerschaft von den Krankenkassen übernommen. Wenn Sie einen Test anonym durchführen lassen wollen, kann dies mit geringen Kosten für Sie verbunden sein.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Für weitere Informationen können Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt bzw. an Ihr Gesundheitsamt wenden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet eine anonyme Telefonberatung an. Sie erreichen sie unter **Telefon 01805/55 54 44**. Über die Webseite der BZgA können Sie auch Beratungsstellen finden und sich anonym im Internet beraten lassen: www.aidsberatung.de.

Stand: Mai 2007

Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinien.

Quellen: Eine Liste mit der berücksichtigten wissenschaftlichen Literatur finden Sie im Internet unter: www.g-ba.de

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030/27 58 38 - 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

www.g-ba.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreter aktiv mitwirken. Entscheidungen des G-BA stehen unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Erstellung:

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de) entwickelt.

Anlage 5
(freibleibend)

Anlage 6 (zu Abschnitt A. Nr. 8 der Mutterschafts-Richtlinien)

Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?

Liebe Leserin,
dieses Merkblatt erläutert, warum allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) angeboten wird. Sie erfahren unter anderem, wie der Test abläuft, welche Folgen ein Schwangerschaftsdiabetes haben kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Die wichtigsten Informationen:

- Bei einem Schwangerschaftsdiabetes sind die Blutzuckerwerte erhöht. Damit nimmt das Risiko für bestimmte seltene Geburtskomplikationen etwas zu. Das Risiko kann aber meist schon durch eine Umstellung der Ernährung wieder normalisiert werden.
- Wenn Schwangerschaftsdiabetes festgestellt wird, eröffnet dies die Möglichkeit, selbst etwas dagegen zu tun.
- Die weitaus meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben eine ansonsten normale Schwangerschaft und bringen ein gesundes Kind zur Welt.
- Schwangerschaftsdiabetes bedeutet nicht, dass Sie dauerhaft zuckerkrank sind (Diabetes Typ 1 oder Typ 2).

Sie haben Anspruch auf einen Test auf Schwangerschaftsdiabetes.
Sie haben selbstverständlich auch das Recht, diesen Test abzulehnen.

Was ist Schwangerschaftsdiabetes?

Bei den meisten Frauen bleiben die Blutzuckerwerte während der Schwangerschaft normal. Wenn der Blutzucker während der Schwangerschaft jedoch bestimmte Werte übersteigt, sprechen Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes. Sehr hohe Blutzuckerwerte können ein Zeichen sein, dass eine Frau schon vor der Schwangerschaft einen Diabetes aufwies, ohne davon zu wissen. Diesen Frauen wird eine besondere Betreuung angeboten, über die Ärztinnen und Ärzte dann informieren.

Erhöhte Blutzuckerwerte treten häufiger bei Frauen mit starkem Übergewicht, mit Verwandten mit Diabetes oder einem früheren Schwangerschaftsdiabetes auf. Vielleicht wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie schon zu Beginn der Schwangerschaft nach solchen Faktoren fragen und dann zu einem Test raten.

Welche Folgen kann ein Schwangerschaftsdiabetes haben und was ändert eine Behandlung?

Wohl jede Schwangere wünscht sich eine normale Schwangerschaft und Geburt. Wichtig ist deshalb zu wissen, dass sich auch bei den meisten Schwangeren mit Schwangerschaftsdiabetes das Kind ganz normal entwickelt. Es gibt jedoch Frauen, bei denen eine Behandlung Vorteile hat.

Kinder von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sind bei der Geburt im Durchschnitt etwas schwerer. Das allein ist aber kein Grund zur Beunruhigung. Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes häufiger zu einer Verzögerung der Geburt. Bei einer solchen „Schulterdystokie“ müssen Hebammen/Entbindungspfleger und Ärztinnen/Ärzte dann ohne Verzögerung reagieren, dabei kommt es manchmal zu Verletzungen bei Mutter oder Kind. Auch wenn diese Verletzungen nur selten bleibende Folgen haben – Schulterdystokien sind seltener, wenn ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt wird. In Studien zeigte sich: Während es ohne Behandlung bei 3 bis 4 von 100 Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes zu einer Schulterdystokie kam, war dies nach einer Behandlung nur bei 1 bis 2 von 100 Geburten der Fall.

Bei erhöhtem Blutzucker steigt zudem das Risiko für eine ebenfalls seltene Schwangerschaftserkrankung: die sogenannte Präeklampsie. Diese Schwangerschaftserkrankung geht mit einer erhöhten Eiweißausscheidung im Urin einher, der Blutdruck steigt, und es kommt zu Wassereinlagerungen im Körper. Ohne Behandlung kann eine Präeklampsie Mutter und Kind schaden. Dem kann eine Behandlung des Schwangerschaftsdiabetes nach heutigem Kenntnisstand vorbeugen.

Wie wird Schwangerschaftsdiabetes festgestellt?

Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (Glukosetoleranztest). Der Test misst, wie der Körper auf eine größere Menge Traubenzucker (Glukose) reagiert. Für die Mutter und das Baby bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.

Der Zuckertest wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat angeboten. Wenn Sie sich dafür entscheiden, machen Sie zunächst einen Vortest, bei dem Sie ein Glas Wasser mit 50 Gramm Zucker trinken. Für diesen Vortest müssen Sie nicht nüchtern sein. Nach einer Stunde wird Ihnen Blut aus einer Armvene abgenommen und die Höhe des Blutzuckers bestimmt. Liegt der Wert unter 7,5 Millimol pro Liter (mmol/l, das entspricht 135 mg/dl), ist das Ergebnis unauffällig und der Test beendet.

Wird im Vortest ein erhöhter Wert gefunden, ist das noch keine Diagnose. Der Vortest dient dazu, die Frauen zu erkennen, denen dann ein zweiter, entscheidender Zuckertest angeboten wird. Dieser zweite Test ist aufwändiger: Für diesen „Diagnosetest“ muss die Schwangere nüchtern sein, das heißt, mindestens acht Stunden nichts gegessen oder getrunken haben, nur Wasser ist erlaubt. Der Test beginnt damit, dass der Frau nüchtern Blut abgenommen wird. Erst dann trinkt sie eine Zuckerlösung mit 75 Gramm Glukose. Nach einer und nach zwei Stunden wird erneut Blut aus einer Armvene abgenommen. Wenn einer der drei folgenden Blutzuckerwerte erreicht oder überschritten ist, wird die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ gestellt:

Nüchtern: 5,1 mmol/l (92 mg/dl), nach einer Stunde: 10,0 mmol/l (180 mg/dl), nach zwei Stunden: 8,5 mmol/l (153 mg/dl).

Das Ergebnis wird im Mutterpass dokumentiert. Die Kosten beider Tests werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Wie kann ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt werden?

Meist kann der erhöhte Blutzucker allein durch eine Umstellung der Ernährung und mehr Bewegung ausreichend gesenkt werden. Betroffene Frauen erhalten dazu eine spezielle Beratung. Nur wenige Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben so anhaltend hohe Zuckerwerte, dass sie Insulin spritzen sollten. Andere Diabetes-Medikamente sind für schwangere Frauen nicht zugelassen.

Nach der Geburt wird Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ein erneuter Zuckertest angeboten, um sicher zu sein, dass sich die Blutzuckerwerte wieder normalisiert haben. Dann ist keine weitere Behandlung erforderlich. Allerdings entwickeln Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes später im Leben häufiger einen Diabetes Typ 2.

Der Umgang mit der Diagnose Schwangerschaftsdiabetes

Die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ kommt oft aus heiterem Himmel. Es sind ja keine Beschwerden spürbar. Die Sorge um das Wohlbefinden des Kindes und um die eigene Gesundheit kann dann die Schwangerschaft belasten. Auch die zur Behandlung gehörenden Umstellungen sind anfangs gewöhnungsbedürftig. Sie können aber schnell zu einem selbstverständlichen Teil des Alltags werden. Und es ist wichtig, eins nicht aus dem Blick zu verlieren: Auch mit Schwangerschaftsdiabetes kommen die allermeisten Kinder gesund zur Welt.

Stand:

Dezember 2011
Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinien.

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Wegelystraße 8
10623 Berlin
Telefon: 030/ 27 58 38 – 0
Telefax: 030 / 27 58 38 - 990
www.g-ba.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv mitwirken.

Erstellung:

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de) entwickelt.