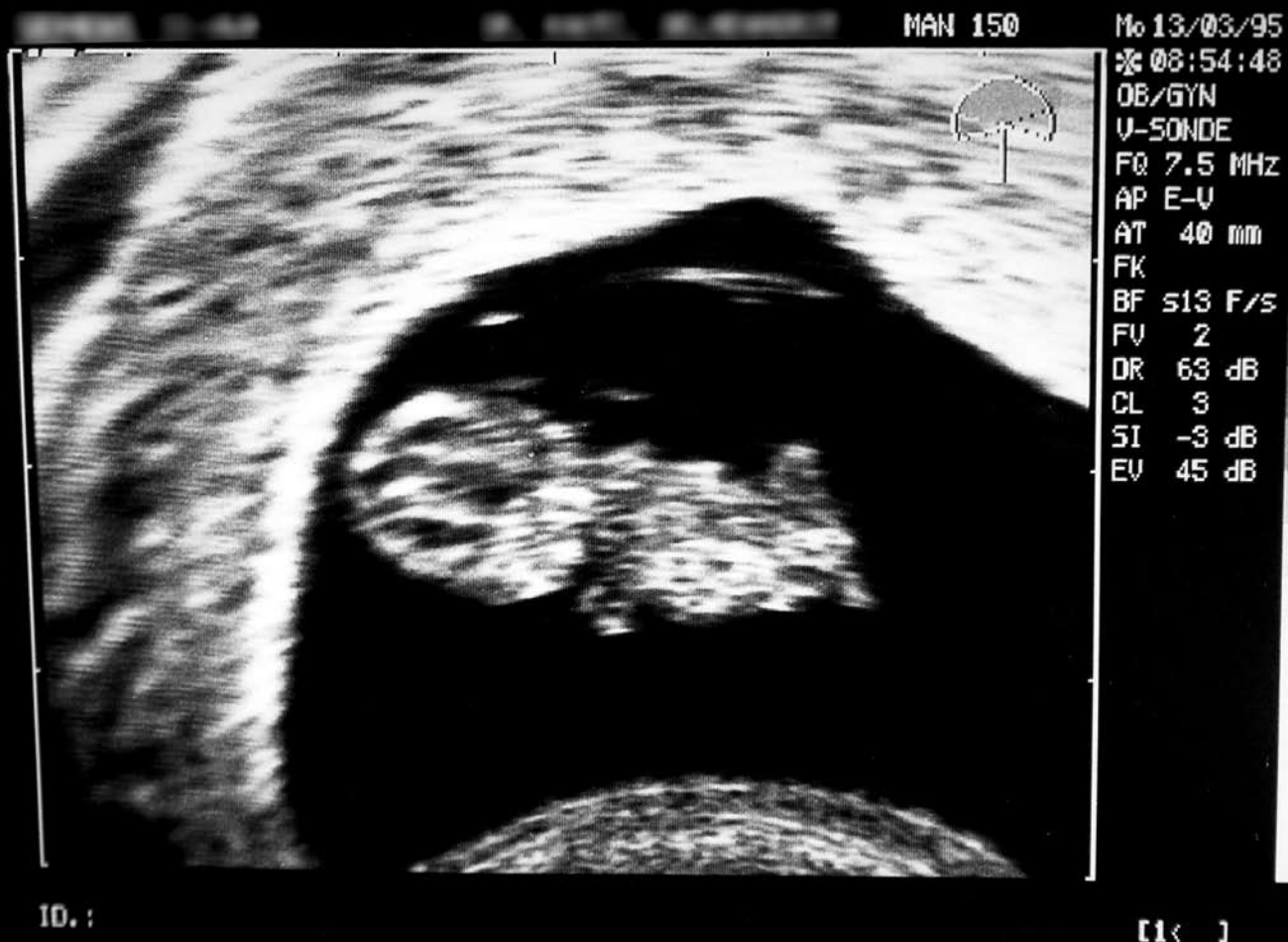


Ultraschalluntersuchung einer Gebärmutter mit Embryo



Risiko-Screening

Wie die Schwangerenvorsorge Frauen entmündigt von Eva Schindele

»Darf ich vorstellen – das ist Leona!« Die 32-jährige Kollegin Lisa reicht stolz die gestochen scharfen Ultraschallbilder ihres zwanzig Wochen alten Ungeborenen herum. Sie kommt gerade von einer Fehlbildungsuntersuchung, bei der ihre Frauenärztin Organe und Gliedmaßen des Fötus kontrolliert hat. »Diesmal war alles in Ordnung«, sagt die werdende Mutter erleichtert.

Vor acht Wochen hat Lisa die sogenannte Nackenfaltenmessung kombiniert mit einem Bluttest machen lassen, mit dessen Hilfe das Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom oder eine andere Chromosomenanomalie berechnet wird. »Wenn Sie auf Nummer sicher gehen wollen, sollten sie das machen lassen«, riet ihr damals die Frauenärztin. Die Untersuchung hat sie aus eigener

Tasche bezahlt: 150 Euro. »Nicht wenig, aber es ist ja fürs Kind«, hat sie sich gesagt. Das erste Ergebnis war nicht eindeutig, Lisa bekam Panik, dass ihr Kind nicht gesund sein könnte. Die Frauenärztin riet ihr deshalb zur Fruchtwasseruntersuchung. Das wochenlange Bangen hat Lisa und ihren Partner sehr mitgenommen und ihre Vorfreude gedämpft. Jetzt kann es nur noch aufwärts gehen«,

sagt sie und plant, am Wochenende schon mal ein Babybettchen zu kaufen.

Es gibt zwei Arten, Schwangerschaft und Geburt zu betrachten: entweder von vornherein als ein riskantes Ereignis, das mithilfe der Medizin engmaschig kontrolliert werden muss, oder als einen physiologischen Prozess, in dem in neun Monaten ein Embryo

zum Kind und eine Frau zur Mutter wird. Diese zweite Sichtweise wird in den Niederlanden und in Skandinavien mit gutem Erfolg praktiziert. Schwangere Frauen werden dort von gut ausgebildeten Hebammen begleitet, die erst bei Komplikationen fachärztliche Hilfe anfordern. In Deutschland entschied man sich schon vor vierzig Jahren für die erste Variante, mit der Folge, dass inzwischen siebzig Prozent der Frauen den Stempel »risikoschwanger« aufgedrückt bekommen, bei jeder vierten Frau die Geburt eingeleitet und bei jeder dritten das Kind per Kaiserschnitt geholt wird. Diese medizinisch-technische Hochrüstung führt aber zu keinem besseren »Outcome«, wie die Neugeborenen in der Fachsprache heißen. Nur die schwangeren Frauen sind bei uns gestresster, was sich – so zeigen immer mehr Studien – auch auf das Wohlergehen der Ungeborenen und später der Kinder auswirken kann.

Fahndung nach Pathologischem

Für die Hamburger Hebamme und Ethnologin Angelica Ensel werden die Weichen für diese Entwicklung bereits ganz am Anfang der Schwangerschaft gestellt: »Es ist etwas anderes, ob sich eine Frau mit ihrem Schwangersein beschäftigt und bewusst ja zu ihrem Kind sagt oder ob sie auf die Risiken starrt und ständig abwägt, welche Untersuchung sie nun als Nächstes machen lassen soll. Frauen, die sich so auf die Ergebnisse der Untersuchungen fixieren, haben es viel schwerer, ein Selbstvertrauen in der Schwangerschaft zu entwickeln und mit ihrem Kind im Kontakt zu sein.«

Die meisten Frauen lassen sich in der Schwangerschaft von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen betreuen, die dafür ausgebildet sind, nach Pathologischem zu fahnden. Mit dem Ausstellen des Mutterpasses beginnt das Risiko-Screening – egal ob die Frau gesund ist oder nicht. Die Frau lernt von Anfang an, dass nicht ihrer eigenen Wahrnehmung und Intuition zu trauen ist, sondern den objektiven Laborergebnissen. Elf Untersuchungen sind in den Mutter-

schaftsrichtlinien empfohlen, jede zweite Schwangere sucht aber häufiger die gynäkologische Praxis auf, um sich des guten Fortgangs der Schwangerschaft zu versichern.

Trotz der häufigen Arztkontakte kommen die Lebensverhältnisse der werdenden Mutter, ihre möglichen Sorgen und Belastungen, aber auch ihre Ressourcen kaum zur Sprache. Diese Ignoranz erstaunt, denn das psychische Wohlergehen der Schwangeren hat einen großen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft, etwa auf die Neigung zu vorzeitigen Wehen und damit zu einer Frühgeburt. Statt immer nur auf mögliche Risiken zu schielen, sei es wichtig, die Selbstkompetenz der Schwangeren zu fördern und das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, sagt die Osnabrücker Gesundheitswissenschaftlerin und Ärztin Beate Schücking. Doch die schwangeren Frauen hätten sich an diese ständigen medizinischen Kontrollen nicht nur gewöhnt, sondern würden sie auch zunehmend nachfragen. »Offensichtlich sehen sich Frauen inzwischen selbst als Risikofälle, die nur dank ärztlichem Management die Schwangerschaft und Geburt überstehen können.«

Möglichweise erklärt dies den rapiden Anstieg der Schnittentbindungen im vergangenen Jahrzehnt. Vor allem Erstgebärende trauen sich eine normale Spontangeburt immer seltener zu; sie haben Angst zu versagen, berichten GeburtshelferInnen. Außerdem seien schwangere Frauen heute im Durchschnitt älter und weniger fit. Sie hätten weniger Durchhaltevermögen und Geduld und würden oft schneller medizinischen Interventionen zustimmen.

Der Kaiserschnitt, früher bei Komplikationen oft der letzte lebensrettende Ausweg für Mutter oder Kind, wird inzwischen von Kliniken als eine Wahlmöglichkeit neben der Spontangeburt angeboten – für die Frau, die selbstbewusst selbst bestimmen will – so die offizielle Sprachregelung. Allerdings verbirgt sich dahinter ein ökonomisches Kalkül. In Zeiten klammer Kassen und der Personalknappheit ist

der Kaiserschnitt eine gute Einnahmequelle. Er ist planbar, dauert in der Regel nicht einmal eine Stunde und bringt doppelt so viel Geld wie eine Spontangeburt, die sich über viele Stunden hinziehen kann. Zudem fühlen sich ÄrztInnen mit einem Kaiserschnitt juristisch immer auf der sicheren Seite.

Viel ist vom Wunschkaiserschnitt die Rede. Doch Studien zeigen, dass nur wenige Frauen einen Kaiserschnitt aus Bequemlichkeit, der sexuellen Attraktivität wegen oder aus Termingründen planen. »Die Empfehlung der Ärztinnen und Ärzte ist meist für die Entscheidung ausschlaggebend gewesen«, so die Bielefelder Gesundheitswissenschaftlerin Petra Kolip. Viele Frauen fühlten sich im Nachhinein über die Nachteile eines Kaiserschnitts nicht gut genug aufgeklärt. Sie wussten nichts von möglichen Verwachsungen, Stillproblemen und negativen Folgen für eine nächste Schwangerschaft. Außerdem litten viele Frauen hinterher an starken Wundschmerzen. »Die Schmerzen treten zu einem Zeitpunkt auf«, so eine junge Mutter, »wo man sich eigentlich um sein Baby kümmern möchte.« Die Hälfte aller Frauen mit Kaiserschnitt-Erfahrungen hofft beim nächsten Mal auf eine Normalgeburt.

Geburt als Teamerlebnis

Der Kaiserschnitt hat auch negative Auswirkungen auf die Kinder. Das abrupte Herausnehmen aus der warmen geborgenen Bauchhöhle ist für sie ein Schock. Viele Babys haben größere Anpassungsprobleme, sind gestresster, weinen mehr, und zwar noch Wochen nach der Geburt.

Eine Geburt kann das erste wichtige Teamerlebnis von Mutter und Kind sein. Das Ungeborene bestimmt den Zeitpunkt der Geburt selbst mit. Das Bindungshormon Oxytocin löst die Wehen aus. Die Endorphine, eine Art körpereigene Opiate, helfen Frauen, die Wehenschmerzen besser zu verkraften. Und wenn das Neugeborene auf die nackte Haut seiner Mutter gelegt wird und nach ihrer Brustwarze sucht, werden Mutter und

Kind von dem Liebeshormon geradezu überflutet. Diese sensible Phase des Bondings wird durch Narkosemittel wie die Periduralanästhesie (PDA), aber auch durch geburtshilfliche Eingriffe empfindlich gestört.

Sozialer Kontext

Schwangerschaft und Geburt sind körperliche Prozesse, aber sie werden durch den Kopf mitgesteuert und finden in einem sozialen Kontext statt. In den Siebzigerjahren propagierten GeburtshelferInnen die programmierte Geburt. Gebärende wurden zur Maschine degradiert, gehäuft kamen Kinder geschädigt auf die Welt. Die erstarkende Frauenbewegung warb für eine natürliche Geburt, in der die Frau im Mittelpunkt des Geschehens steht. Die Hebammen, die nach dem Krieg durch die Medizin in den Hintergrund

gedrängt wurden, erfuhren damals eine Aufwertung. In der Folge etablierte sich die außerklinische Geburtshilfe, die sich trotz massiver Anfeindungen durch den Medizinbetrieb behaupten konnte. Heute gebären etwa zwei Prozent der Frauen zu Hause oder in einem Geburtshaus. Studien zeigen, dass die Geburtsergebnisse genauso gut sind wie in der Klinik – die Frauen haben zudem kaum Eingriffe oder Verletzungen, und sie fühlen sich zufriedener mit der Geburt.

Frauen können heute wählen, wo und wie sie ihr Kind zur Welt bringen wollen und ob sie sich von einer Hebamme oder einer Gynäkologin bzw. einem Gynäkologen betreuen lassen wollen. Allerdings ist die Nachfrage nach Hebammenhilfe größer als das Angebot, vor allem auf dem Land. Bald könnten noch mehr Hebammen

wegen der schlechten Honorare und der hohen Versicherungssummen ihre Tätigkeit aufgeben (vgl. S. 18f) Hebammen zu unterstützen heißt auch, eine Vorsorge zu fördern, die Schwangere nicht schwächt, sondern stärkt. Im Interesse der Frauen und der nachfolgenden Generation. Schließlich formt sich bereits in der Schwangerschaft die Beziehung zum Kind. Gesundheitswissenschaftlerin Schücking: »Die Gefahr ist groß, dass sich der Blick auf Risiken und Defizite nach der Geburt fortsetzt und die Sicht auf das eigene Kind bestimmt.«

Dr. Eva Schindele ist Wissenschaftsjournalistin und lebt in Bremen. Sie veröffentlichte 1990 das Buch Gläserne Gebärmütter, in dem sie bereits die Folgen der Pränatalen Diagnostik und Risikoversorge für die schwangere Frau beschrieb.

Zu häufig und zu schnell operiert

Zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

»Ich war jetzt nach fast zwei Jahren zum ersten Mal wieder beim Frauenarzt zur Vorsorge«, erzählt die 48-jährige Katrin. »Er hat deshalb schon die Stirn gerunzelt.« Für Katrin wie für viele Frauen ist die jährliche Krebsvorsorge Routine. Was genau bei diesem PAP-Abstrich untersucht wird, weiß sie allerdings nicht. Unter ExpertInnen werden inzwischen Zweifel laut, ob die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses, so wie sie in Deutschland praktiziert wird, überhaupt sinnvoll ist.

In keinem anderen Land gehen Frauen so häufig zur gynäkologischen Krebsvorsorge wie in Deutschland. Trotzdem sterben hier nicht weniger Frauen an Gebärmutterhalskrebs als in anderen Ländern. Dafür werden sie häufiger durch auffällige Befunde beunruhigt. Sie wissen nicht, dass viele der Zellveränderungen von selbst wieder ausheilen und dass sich Gebärmutterhalskrebs sehr langsam über eine Zeitspanne von zehn, 15 Jahren entwickelt.

Doch statt abzuwarten, werden die Zellveränderungen gleich entfernt. »Konisationen werden zu häufig und zu schnell durchgeführt«, kritisiert die Hamburger Gesundheitswissenschaft-

lerin Ingrid Mühlhauser die gängige Praxis. Jährlich 145.000 Eingriffe am Muttermund ergab ihre Hochrechnung von Krankenkassendaten.

Dabei sind Konisationen keinesfalls harmlos, wie Studien jetzt zeigen. Neben den operativen Risiken wie Nachblutungen oder Infektionen kann die Verkürzung des Gebärmutterhalses auch zu Problemen bei zukünftigen Schwangerschaften führen, wie vorzeitigen Wehen und Frühgeburtsfähigkeit. Die Auswirkungen auf Fruchtbarkeit und sexuelles Empfinden sind bisher wenig systematisch untersucht worden, werden aber immer wieder von Frauen berichtet.

Gebärmutterhalskrebs ist eine seltene Krebsart, und das war er auch schon vor der Einführung der Krebsvorsorge. Von den 42 Millionen Frauen, die in Deutschland leben, bekommen jährlich etwa 6.200 Frauen die Diagnose, und 1.700 Frauen sterben daran.

Gebärmutterhalskrebs wird von Humanen Papillom Viren (HPV) verursacht, die beim sexuellen Kontakte übertragen werden können. Die Infektion ist sehr häufig – vor allem bei jungen Frauen – heilt aber in der Regel von selbst wieder aus. Deshalb beginnen andere Länder

erst ab 25 oder später mit dem Screening. Die Untersuchungsabstände betragen drei bis fünf Jahre. Allerdings läuft die Früherkennung qualitätsgesichert ab, während hierzulande selbst eine systematische Dokumentation der Befunde fehlt.

Bislang sträuben sich die niedergelassenen GynäkologInnen gegen eine Veränderung der Krebsvorsorge – nicht aus Sorge um die Frauen, sondern um ihre Einkünfte. Die Bremer Frauenärztin Margret Heider sagt: »Es ist leider keine sachliche Diskussion möglich, weil so viel ökonomische Interessen daran hängen.« Das erklärt auch das Stirnrunzeln von Katrins Frauenarzt. ES

LeserInnen, die sich weiter über die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und die HPV-Impfung informieren wollen, sei die Broschüre des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit empfohlen Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs: HPV-Impfung – Informationen und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe. Kostenfreier Abruf unter: www.nationales-netzwerk-frauengesundheit.de