

Verringerung von Frühgeburten im Rahmen der Schwangerenvorsorge

Hemmnisse, Erfahrungen, notwendige Weiterentwicklungen

Joachim W. Dudenhausen¹, Ulrich Freitag², Klaus Friese³, Wolf Kirschner⁴

Es ist nunmehr 15 Jahre her, dass das BabyCare-Programm auf Initiative namhafter Frauenärzte und Geburtshelfer und der Unterstützung des Berufsverbandes der Frauenärzte aus der Taufe gehoben wurde. Wir freuen uns, dass wir mit diesem Beitrag heute die Gelegenheit erhalten, dem niedergelassenen Frauenarzt und dem klinisch tätigen Geburtshelfer die Ziele und Instrumente des Programms, den erreichten Stand und vor allem die wünschenswerten oder gar notwendigen Weiterentwicklungen darzustellen.

Insgesamt wollen wir Anstöße geben, die Schwangerenvorsorge in der Hand des niedergelassenen Frauenarztes mit dem Ziel der Verringerung von Frühgeburten gezielt und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Hierbei werden wir auch auf Fragen eingehen, die von den Kollegen auf Kongressen und Veranstaltungen immer wieder an uns gestellt werden.

Die Frühgeburt als Herausforderung

Die Frühgeburt stellt seit mehr als 20 Jahren national und international das zentrale Problem der Geburtsmedizin dar. Trotz zunehmender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten ist die Frühgeburtenrate nicht gesunken, vielmehr seit den neunziger Jahren bis zum Jahr

2006 kontinuierlich angestiegen. Seit 2007 sinkt die Rate in den USA und in Deutschland bleibt sie relativ stabil. Im Jahr 2012 sind in Deutschland allerdings immer noch 8 % aller Geburten Frühgeburten und knapp 9 % aller Kinder sind Frühgeborene. Damit weist Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin die höchsten Raten auf. Frühgeburten führen zu großen Belastungen in den betroffenen Familien und verursachen hohe

Kosten im Gesundheitswesen. Die Kosten einer Frühgeburt von der Schwangerschaft über die Geburt bis zum ersten Lebensjahr des Kindes betragen nach zuverlässigen Schätzungen 50.800 Euro gegenüber 5.800 Euro bei nicht Frühgeborenen. Durch Frühgeburten entstehen in Deutschland allein bis zum 1. Lebensjahr der Kinder jährlich 3,3 Milliarden Euro Kosten (6).

Zur Verringerung von Frühgeburten kommen primärpräventive und sekundärpräventive Maßnahmen in Betracht. Die Verringerung von Frühgeburten mit Maßnahmen der Primärprävention kann dabei niemals Aufgabe der klinischen Geburtsmedizin sein. Sie ist vielmehr eine zentrale Aufgabe des niedergelassenen Frauenarztes in der Schwangerenvorsorge.

Im Lauf der letzten zehn Jahre werden in Deutschland mit leichten Schwankungen jährlich etwa 680.000

Entwicklung der Frühgeburtenrate in Niedersachsen, den USA und Deutschland und von 1990 bis 2012

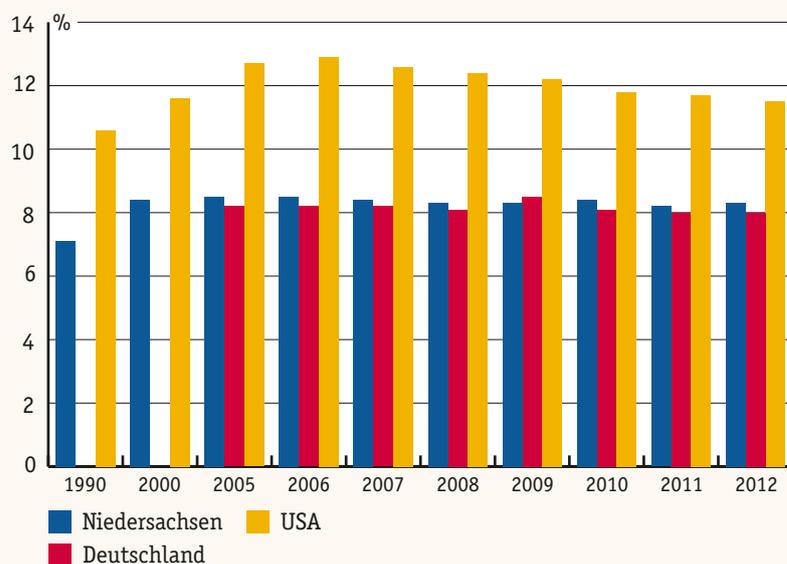


Abb. 1: Für Deutschland liegen belastbare nationale Frühgeburtenraten erst ab dem Jahr 2002 vor.

¹ Weill Cornell Medical College New York, Professor and Chairman Emeritus, Dept. of Obstetrics, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Landesvorsitzender des BVF für Mecklenburg-Vorpommern

³ Ehemaliger Direktor der Universitätsklinik der LMU München, Ärztlicher Direktor Gynäkologie des Klinikums Bad-Trissl

⁴ FB + E – Forschung Beratung + Evaluation, Charité Berlin

Geburten gezählt. Unter Berücksichtigung der Fehlgeburtenrate von etwa 15 % bedeutet dies, dass sich etwa 780.000 Frauen jährlich bei 10.000 niedergelassenen Frauenärzten in etwa 7.500 Praxen zur Diagnose einer Schwangerschaft vorstellen. Die etwa 100.000 Beratungen wegen Schwangerschaftsabbrüchen sind dabei nicht berücksichtigt. Jede Praxis betreut damit in der anschließenden Schwangerenvorsorge im Durchschnitt pro Jahr etwa 100 werdende Mütter.

Rolle und Handlungsgrundlage des Frauenarztes

Die Qualitätsstandards der Schwangerenvorsorge sind auch im internationalen Vergleich zweifellos als sehr hoch zu bewerten, auch wenn belastbare Vergleichsuntersuchungen weitgehend fehlen. Ein Gutachten im Auftrag der Burda-Stiftung zum Stand der Prävention in Deutschland (2006) bewertete die Qualität der Schwangerenvorsorge im Vergleich mit anderen Präventionsmaßnahmen grundsätzlich als gut (1).

Ein wesentlicher Grund für diese Bewertung war die hohe und dauerhafte Reichweite dieses Vorsorgeprogramms in der Zielpopulation. 98 % der Schwangeren nehmen die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Anspruch (15). Die gute Qualität zeigt sich aber auch an der hohen Zufriedenheit der Schwangeren mit der Arbeit der Frauenärzte, wie sie durch Befragungen ermittelt wird. 88 % der befragten Patientinnen von Frauenarztpraxen sind mit der Arbeit ihres Frauenarztes sehr zufrieden und vergeben die Schulnoten 1 und 2 (16). Dasselbe Ergebnis ergibt die Befragung von Schwangeren (17), wo ebenfalls über 80 % die Arbeit des Frauenarztes in der Schwangerenvorsorge entsprechend bewerten.

Diese hohen Zufriedenheitswerte müssen zudem vor dem Hintergrund der hohen und stark zunehmenden Erwartungen der Schwangeren an die

frauenärztliche Betreuung im Rahmen der Schwangerenvorsorge gesehen werden.

Das ansteigende Alter der Schwangeren führt mit der steigenden Morbidität und Multimorbidität zu einer erhöhten Gesundheitsbeachtung sowie zu vermehrten diagnostischen und therapeutischen Anforderungen. Neu verfügbare diagnostische Verfahren wie zum Beispiel die nichtinvasiven pränataldiagnostischen Tests (NIPD) erfordern sowohl einen zusätzlichen Qualifikationsaufwand wie auch einen vermehrten Beratungsaufwand. Dieser wird auch durch das zunehmende mittlere Bildungsniveau und v. a. durch die inflationäre Internet- und App-Nutzung durch Schwangere nicht geringer, steigt vielmehr geradezu exponentiell an. 81 % der Schwangeren nutzen täglich das Internet und 40 % nutzen Schwangeren-Apps (18). Damit nimmt der Zeitbedarf für Information und Beratung in der Schwangerenvorsorge seit Jahren kontinuierlich zu.

Handlungsgrundlage der frauenärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sind für die große Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV) die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). So notwendig eine abschließende Kodifizierung von Leistungen auch ist, die zu Lasten der GKV von Ärzten erbracht werden dürfen, so erfordern die Mutterschaftsrichtlinien doch dringend eine kritische Überprüfung sowie Weiterentwicklung.

Weiterentwicklung der Mutterschaftsrichtlinien

Die primär budgetär orientierte deutsche Gesundheitspolitik zeichnet sich seit Jahren durch eine unzureichende präventive Zielorientierung einerseits sowie eine mangelhafte epidemiologische Fundierung andererseits aus. Forderungen, der Problematik der Frühgeburt mehr gesundheitspolitische Aufmerksamkeit zu schenken,

werden so an die zuständigen Regierungsadministrationen weitergeleitet, d. h. hier den G-BA, der auch die Mutterschaftsrichtlinien regelt.

Die Instrumente zur Sicherung von Qualität und Effektivität in der Betreuung einer Schwangerschaft (Mutterschaftsrichtlinien) sind mehr als 50 Jahre alt und wurden im Kern nicht verändert. Sie sind der Logik der damals vorherrschenden Risikofaktorenmedizin verhaftet, was sich an der Zielstellung „der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“ auf der Grundlage geregelter diagnostischer Leistungen zeigt. Mit genannten Instrumenten wurden damals allerdings durchaus klare Public-Health-Ziele verfolgt, nämlich die Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Diese Ziele sind in hohem Maße erreicht worden, auch wenn hierfür nicht allein die erreichte verbesserte Versorgungsqualität, sondern auch die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen genannt werden muss. Im Jahr 2012 beträgt die Säuglingssterblichkeit hierzulande 3,3 auf 1.000 Lebendgeborene und liegt damit im Durchschnitt des Euro-Raums. Nur einige nordische Länder weisen noch niedrigere Zahlen auf.

Diese Erfolgsgeschichte der Mutterschaftsrichtlinien konnte in Bezug auf die Frühgeburtenproblematik allerdings nicht wiederholt werden. Dies liegt vor allem an der hohen Innovationsresistenz der G-BA-Verfahren gegenüber neuen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, mit denen die Zahl der Frühgeburten ggf. verringert werden könnte. Auch das genannte Burda-Gutachten sah hier Handlungsbedarf. „Bemängelt wird hier lediglich, dass die Routineuntersuchungen bisher noch nicht an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst wurden. So müsse dringend der Test auf Schwangerschaftsdiabetes integriert werden (...)“ (1; ebd. S. 26).

Der Prozess der Einführung des Screenings auf Gestationsdiabetes dauerte mehr als zehn Jahre. Auf der Grundlage der gegebenen Verfahren zur Modifikation oder Ergänzung der Mutterschaftsrichtlinien des G-BA ist mit einer zeitnahen und erfolgversprechenden Umsetzung von möglichen Strategien und Maßnahmen zur Verringerung von Frühgeburten nicht zu rechnen. Ob die seit 2012 gegebenen Regelungen zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137e SGB V oder § 139d hier Veränderungen und Verbesserungen erbringen, kann und muss hier zunächst offen bleiben.

Die Mutterschaftsrichtlinien und das Instrument des Mutterpasses bedürfen unseres Erachtens gleichwohl der weiteren Überprüfung, Modifikation und Aktualisierung. Dies betrifft einmal die festgestellte mangelhafte Evidenz verschiedener Leistungen. „Die Hälfte der Untersuchungen, die Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge angeboten werden, kann internationale Anforderungskriterien an Früherkennungsuntersuchungen nicht oder nur teilweise erfüllen, da keine ausreichende Treffsicherheit vorliegt, der Nutzen nicht belegt ist oder erhöhte Risiken bestehen“ (13). Zum anderen muss daran erinnert werden, dass die intendierte Identi-

fikation von Risikoschwangerschaften nicht gelingen kann, wenn 70 % der Schwangerschaften in diese Kategorie fallen. Auch hier besteht also Revisionsbedarf. Realistisch betrachtet, können kurz- und mittelfristig keine neuen Strategien zur Verringerung von Frühgeburten auf der Rechtsgrundlage dieser Richtlinien umgesetzt werden.

Gezielte Forschungsförderung

Es wäre unseres Erachtens jedoch verfehlt, dem G-BA die alleinige oder gar wesentliche Verantwortung für die unzureichende Wahrnehmung des Public-Health-Problems der Frühgeburt zuzuweisen. Hier sind das Gesundheits- und auch das Forschungsressort gefordert. Die Datenlage auf dem Gebiet der Epidemiologie und Versorgungsforschung im Bereich der Geburtsmedizin ist in Deutschland quantitativ und qualitativ als defizitär zu bezeichnen. Mit Ausnahme der Perinataldaten, die zumindest Daten über medizinische Parameter in hinreichend guter Qualität liefern, fehlen epidemiologische Daten über die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen von Schwangeren völlig. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse über Risikofaktoren der Frühgeburt oder die Ergebnisse von Interventionen zur Verringerung von Frühgeburten werden so in ganz großer Mehrzahl nicht in Deutschland, sondern im Ausland generiert.

Der vom G-BA zu Recht verlangte Evidenznachweis ist nur auf der Grundlage sehr guter epidemiologischer sowie klinischer Studien zu führen. Für diese gibt es in Deutschland – mit Ausnahme der Industrie – jedoch keine relevanten Sponsoren. Im Rahmen dieser notwendigen Forschungsförderung kann es aber nicht darum gehen, Grundlagenforschung zu betreiben, vielmehr sollen die nicht selten noch bestehenden Evidenzlücken aus dem internationalen Forschungsstand hierzulande durch gezielte Studien geschlossen werden, um damit auch die Basis für entspre-

chende Antragstellungen beim G-BA überhaupt erst zu schaffen.

Der Entwurf zum Präventionsgesetz: eine verpasste Chance

Leider wurde auch im Entwurf zum neuen Präventionsgesetz die Chance nicht genutzt, die Schwangerenvorsorge mit dem Ziel der Verringerung von Frühgeburten zu berücksichtigen bzw. entsprechend auszubauen. Auch hier wird es damit kurz- und mittelfristig keine Handlungs- und Finanzierungsgrundlagen für innovative Präventionsstrategien zur Verringerung von Frühgeburten geben. Die Ausgestaltung weiterer Präventionsaktivitäten ist der nationalen Präventionskonferenz vorbehalten, die von einem Präventionsforum beraten wird. Die Beteiligung von Organisationen mit fachlicher Kompetenz im Bereich der Geburtsmedizin und Schwangerenvorsorge im Präventionsforum ist unerlässlich, wenn der Handlungsbereich der Frühgeburt auf dieser Gesetzesgrundlage langfristig genutzt werden soll.

Strategien und Maßnahmen

Bei der Frühgeburt handelt es sich um ein komplexes multifaktorielles Geschehen. Die epidemiologisch-analytische Forschung hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine ganze Reihe von gesicherten Faktoren ermittelt, die die Wahrscheinlichkeit für Frühgeburten erhöhen oder verringern. In einigen Bereichen konnten diese Faktoren auch durch Interventionsstudien im Sinne eines Kausalitätsbeweises bestätigt werden. Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Vertretern des Berufsverbandes der Frauenärzte hat im Jahr 2013 vier Handlungsbereiche identifiziert, mit denen auf der Grundlage des aktuellen internationalen Kenntnisstandes mit gezielten Strategien eine Verringerung der Frühgeburten mit Aussicht auf Erfolg erreichbar erscheint:

- Allgemeine Gesundheits- und Ernährungsberatung,

- Diagnostik und Therapie von Vaginalinfektionen,
- Diagnostik und Therapie des Eisenmangels,
- Zervixlängendiagnostik und Progesterontherapie.

Es herrschte auch Konsens darüber, dass primärpräventive Maßnahmen zur Verringerung der Frühgeburt viel stärker präkonzeptionell ansetzen müssen. Zu denken ist hier nicht nur an Ernährung (Eisen, Folsäure, Jod), Übergewicht, Rauchen wie auch Alkoholkonsum, vielmehr auch an Vaginalinfektionen sowie an Parodontitis (2). Die Implementierung und Evaluation einer derartigen präkonzeptionellen Vorsorge wäre ein weiterer innovativer Ansatz zur Verringerung des Problems, bleibt jedoch im Folgenden außer Betracht, da für eine derartige präkonzeptionelle Intervention derzeit keinerlei rechtliche oder finanzielle Handlungsgrundlage existiert.

■ Allgemeine Gesundheits- und Ernährungsberatung

Maßnahmen der individuellen Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung von Schwangeren sind ein zentrales und wichtiges Instrument, um Risiken im Verlauf der Schwangerschaft und bei der Geburt zu verringern. 28 % der Schwangeren weisen überdurchschnittliche Risiken für eine Frühgeburt in Bezug auf die Verhaltensweisen oder die Lebensbedingungen auf (BabyCare-Daten n=49.046). Mit BabyCare steht ein erprobtes Programm zur Verfügung, Schwangere gezielt über bestehende Risiken zu informieren (Handbuch) und individuell bestehende Risiken über den auszufüllenden Fragebogen selbst zu erkennen. Mit konkreten, individuellen Handlungsempfehlungen wird Schwangeren geholfen, notwendige Veränderungen ihrer Lebensbedingungen (z. B. Stress) oder Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Umgang mit bestehenden Krankheiten) einzuleiten.

Ein besonders wichtiges und von Schwangeren und Frauenärzten hoch

Häufige Fragen von Frauenärzten zum BabyCare-Programm

Datenschutz bei BabyCare

BabyCare verfügt entsprechend den gesetzlichen Vorschriften über umfangreiche und sichere Datenschutzregelungen. Die Verfahrensabläufe sind mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes Berlin abgestimmt. Zusätzliche datenschutzrechtliche Überprüfungen erfolgen regelmäßig im Auftrag kooperierender Krankenkassen auf der Grundlage von § 80 SGB X und § 11 BDSG durch externe Prüfinstitute.

Wer erhält die Daten, wofür werden die Daten genutzt?

Niemand erhält personenbezogene Daten. Anonymisierte Datenauswertungen werden den kooperierenden Krankenkassen auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Dabei geht es regelmäßig um die erreichte Frühgeburtenrate. Anonymisierte Analysen der Daten werden jedem Interessenten gegen Honorar zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um Öffentliche Einrichtungen und Unternehmen. Die Daten werden v. a. institutsintern für weitere Forschungsfragen in Zusammenhang mit der Frühgeburt genutzt, die dann in Weiterentwicklungen des Programms einfließen. Die Daten wurden und werden auch für Doktorarbeiten kostenlos auf der Grundlage entsprechender Kooperationsvereinbarungen zur Verfügung gestellt.

Warum ist der Fragebogen so lang?

Mit dem Fragebogen ist ein Lern- und Interventionseffekt beabsichtigt. Mehr als durch die bloße Lektüre des Handbuchs lernt die Schwangere durch das Ausfüllen, wo Risiken und Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. An einigen wenigen Stellen werden mit einer weiteren Neuauflage aber Reduktionen vorgenommen.

Gibt es kürzere Fragebogenversionen?

Es gibt eine Kurzversion von 25 Fragen, die allerdings nicht für die Schwangere, sondern für den Frauenarzt bestimmt ist. Dieser Screeningfragebogen dient dem Arzt zur Identifikation von Risiken, die mit dem Mutterpass derzeit nicht gelingen kann. Dies ist gerade für die beschriebenen modularen Programme wichtig.

Abb. 2: Wichtige Fragen von niedergelassenen Frauenärzten zu rechtlichen und instrumentellen Aspekten des Programms

geschätztes Instrument ist die individuelle Ernährungsanalyse auf der Grundlage eines 7-Tage-Ernährungsprotokolls. Diese erlaubt wissenschaftlich gesicherte Befunde über die nutritive Zufuhr von Vitaminen und Mineralstoffen, die mit Ausnahme von Eisen (s. u.) auch die körperliche Mikronährstoffversorgung recht zuverlässig abbildet. Die Supplementierung von Mikronährstoffen kann so bedarfsgerecht erfolgen. Interne und externe Evaluationen des BabyCare-Programms zeigen, dass damit eine Verringerung der Frühgeburtenrate von 20 bis 25 % erreicht werden kann (7).

■ Diagnostik und Therapie von Vaginalinfektionen

Die Prävalenz der Bakteriellen Vaginose (BV) liegt je nach Untersu-

chungspopulation bei bis zu 40 %. In einer unselektierten Population kann von einer Prävalenz von etwa 25 % ausgegangen werden. Die BV ist eine der häufigsten Ursachen für Frühgeburten. Die Diagnose einer BV in den ersten 16 Schwangerschaftswochen wird mit einem 5-fach erhöhten Risiko für eine Fehlgeburt oder Frühgeburt in Verbindung gebracht (11).

Ein positiver Effekt einer antibiotischen Therapie konnte an Patientinnen mit vorangegangener Frühgeburt und einer im zweiten Trimester diagnostizierten BV nachgewiesen werden (10). Eine klinische Fall-Kontroll-Studie in Wien konnte an einer unselektierten Population von Schwangeren eine Verringerung der Frühgeburten von über 40 % erreichen (9). Die

Diagnose erfolgte mit Hilfe eines vaginalen Abstrichs und eines Gram-gefärbten Präparats auf der Grundlage der Nugent-Kriterien. Die therapeutischen Optionen bestehen in der Verordnung von Antibiotika oder Antiinfektiva bzw. Antiseptika (Clindamycin, Metronidazol, Fluomizin). Insgesamt kann auch bei dieser Intervention von einer deutlichen Verringerung der Frühgeburten ausgegangen werden. Diese wird bei einer nichtklinischen Intervention allerdings geringer sein als im klinischen Setting. Wir gehen hier von einem Interventionspotenzial von etwa 20 bis 25 % aus.

■ Diagnostik und Therapie des Eisenmangels

Ein weiteres Handlungsfeld ist nach Datenlage der Eisenmangel in der Schwangerschaft. Die Mutterschaftsrichtlinien begrenzen die Eisendiagnostik in der Schwangerschaft auf die Bestimmung des Hb-Werts. Wie eine aktuelle Studie zeigt, werden damit jedoch nur 6 % der Schwangeren mit einem Eisenmangel in Form der Eisenmangelanämie entdeckt (8). Tatsächlich weisen aber zwischen 39 und 47 % der Schwangeren Eisenmangelzustände auf, wenn neben dem Hb-Wert auch das Serum-Ferritin und die Transferrinsättigung (ggf. der Transferrinrezeptor) bestimmt werden. Ab der 21. Schwangerschaftswoche weisen zwei Drittel der Schwangeren einen Eisenmangel oder eine Eisenmangelanämie auf.

Eine aktuelle Metaanalyse von 92 Interventionsstudien mit über einer Million Probanden ergibt eine signifikante Reduktion der Häufigkeit des geringen Geburtsgewichts durch Eisensubstitution von 19 % und eine Reduktion der Frühgeburten von 16 % (3). Die therapeutische Option ist zunächst und vor allem im 1. Trimenon regelmäßig die Verordnung von gut dosierten oralen Eisenpräparaten.

■ Zervixlängendiagnostik und Progesterontherapie

Eine verkürzte Zervix (<2,5 cm) in der 24. Schwangerschaftswoche erhöht

die Wahrscheinlichkeit einer folgenden Frühgeburt mindestens um das 6-Fache. In der 20. bis 24. Schwangerschaftswoche ist von einem Anteil Schwangerer mit deutlich verkürzter Zervix (≤ 25 mm) von 8 bis 10 % auszugehen (4). Die therapeutische Option besteht in der Therapie mit intravaginal oder oral verabreichtem Progesteron. Dadurch konnte eine nachfolgende Frühgeburt (<34. SSW) um fast die Hälfte (44 %) verringert werden (14). Die international akzeptierte Therapie kann in Deutschland nur im Rahmen eines Off-Label-Use erfolgen.

Die beschriebenen Interventionen sind nur in einer Kooperation mit niedergelassenen Frauenärzten durchführbar. Nicht wenige Vorhaben, die sich die Senkung der Frühgeburten in Deutschland zum Ziel gesetzt haben, sind gescheitert, weil die Frauenärzte nicht adäquat einbezogen waren. Ein Beispiel dafür ist das Modellvorhaben verschiedener Krankenkassen mit dem pH-Messhandschuh (5). Besonders sinnvoll erscheinen Kombinationen des BabyCare-Programms mit einem oder mehreren der genannten Module.

In Kooperation des Berufsverbandes der Frauenärzte, der AOK-Nordost und FB + E ist es beispielsweise gelungen, ein Interventionsprogramm zu entwickeln, das zentral auf vaginalen Infektionen zielt. Das Programm ist seit Herbst 2014 in Durchführung. Dieses Vorhaben wird auf der Grundlage des § 140a ff. SGB V (Integrierte Versorgung) durchgeführt. Hervorzuheben ist an diesem Versorgungsvertrag vor allem auch die vereinbarte differenzierte Evaluation der Interventionsergebnisse. Leider sind viele Interventionen, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden, nicht oder nicht hinreichend evaluiert worden bzw. sind – soweit vorhanden – Evaluationsergebnisse nicht publiziert worden, so dass die wünschenswerten Lernprozesse nicht stattfinden konnten und die notwendigen Modifikationen nicht eingeleitet werden können.

Zusammenfassend bleiben aus den genannten Gründen für gezielte Maßnahmen zur Verringerung der Frühgeburt in der Schwangerenvorsorge derzeit lediglich wenige rechtliche Grundlagen. Neben integrierten Versorgungsverträgen kann auch an Modellvorhaben nach § 63 SGB V gedacht werden (19).

Viele Interventionen zur Verringerung von gesundheitlichen Problemen scheitern am ungenügenden Erreichen der Zielgruppen. Das Chlamydien-Screening in Deutschland ist dafür ein Beispiel. Nur 11 % der Anspruchsberechtigten nehmen an diesem Programm teil (12). Die Schwangerenvorsorge in Deutschland hat kein Reichweitenproblem. Umso mehr muss es bei zukünftigen Verträgen zur Verringerung von Frühgeburten darum gehen, die hohen bürokratischen Hürden in Bezug auf die Einschreibung von Ärzten und Schwangeren soweit wie möglich zu vereinfachen, um so eine hohe Teilnahme der Frauenärzte wie auch der Schwangeren sicherzustellen und die gegebenen Kostensenkungspotenziale auf Seiten der Krankenkassen auch realisieren zu können.

Literatur

bei den Autoren oder bei der Online-Version dieses Beitrags unter www.frauenarzt.de



Für die Autoren

Prof. Dr. med. Klaus Friese

Ehemaliger Direktor der Universitätsklinik der LMU München, Ärztlicher Direktor Gynäkologie des Klinikums Bad-Trissl
klaus.friese@klinik-bad-trissl.de

Literatur

zum Beitrag „Verringerung von Frühgeburten im Rahmen der Schwangerenvorsorge“, FRAUENARZT 4/2015, S. 292–297

1. Burda-Stiftung (Hg.): Von der Reaktion zur Prävention – Leitbild für eine moderne Gesellschaft-Studie zum Stand der Prävention in Deutschland, 2006, Booz-Allen-Hamilton Technologieberatung.
2. Dudenhausen JW: Primary prevention of preterm birth, *J Perinat Med* (2014) Jul;42(4):431–3.
3. Haider BA et al.: Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis, *BMJ* (2013) Jun 21;346:f3443.
4. Heath VC et al.: Cervical length at 23 weeks of gestation: relation to demographic characteristics and previous obstetric history, *Ultrasound Obstet Gynecol* (1998) Nov;12(5):304–11.
5. Friese K, Kirschner W, Scheffler A: Vaginale pH-Selbstmessung zur Verhinderung von Frühgeburten weiterhin gerechtfertigt, *FRAUENARZT* 52 (2011) 2–4.
6. Kirschner W et al.: Interventionsprogramme zur Verringerung von Frühgeburten in der frauenärztlichen Versorgung; *Der Gynäkologe* 47 (2014) 838–843.
7. Kirschner W, Friese K: Strategies in the Prevention of Preterm Births during and before Pregnancy, in: Morrison JC (Editor): *Preterm Birth – Mother and Child*, Intec Publications, ISBN 978-953-307-828-1, 2011, S. 245–262.
8. Kirschner W, Dudenhausen JW, Henrich W: Are There Anamnestic Risk Factors for Iron Deficiency in Pregnancy? – Results from a Feasibility Study, *J Perinat Med* 2015 Mar 24. pii: /j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0308/jpm-2014-0308.xml. doi: 10.1515/jpm-2014-0308.
9. Kiss H, Pichler E, Petricevic L et al.: Cost effectiveness of a screen-and-treat program for asymptomatic vaginal infections in pregnancy: towards a significant reduction in the costs of prematurity, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (2006) Aug;127(2):198–203.
10. Lamont RF, Duncan SL, Mandal D et al.: Intravaginal clindamycin to reduce preterm birth in women with abnormal genital tract flora, *Obstet Gynecol* (2003) Mar;101(3):516–22.
11. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M et al.: Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis, *Am J Obstet Gynecol* (2003) Jul;189(1):139–47.
12. Mund M: Chlamydien-Screening – Ergebnisse der RKI-Evaluation, *Frauenarzt* 55 (2014) 228–230.
13. Neusser S et al.: Die Mutterschaftsrichtlinien als Früherkennungsprogramm: Eine evidenzbasierte Bewertung der Untersuchungen, *Gesundheitswesen* 2012 74–A79.
14. Raio L: Vorhersage und Verhinderung einer frühen Frühgeburt: Zervixsonographie und Progesteron, *Geburtshilfe up-to-date* 20/3/2011, 26ff
15. <https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data/07/excel/0700300052013.xls>
16. FB+E: Studie zur Patientinnenzufriedenheit bei niedergelassenen Frauenärzten, Berlin 2012.
17. FB+E: BabyCare Wiederholungsbefragung 2014, Berlin 2015.
18. FB+E: Nutzung von Internet und Apps durch Schwangere im Jahr 2014 im Vergleich zum Jahr 2013, Berlin 2015.
19. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3563/Infoblatt_Voraussetzungen-Erbringung-Methode_2013-10-10.pdf