LANDKREIS FULDA

Willkommen im Leben
Rund um die Geburt

6. Gesundheitsbericht des Landkreises Fulda

www.landkreis-fulda.de

Impressum

Herausgeber:	Landkreis Fulda Der Landrat Otfrid-von-Weißenburg-Str. 3 36043 Fulda www.landkreis-fulda.de
Kontakt:	gesundheitsamt@landkreis-fulda.de
Verantwortlich:	Frederik Schmitt, Erster Kreisbeigeordneter des Landkreises Fulda
Redaktion:	Prof. Dirk Breitmeier, Leoni Rehnert, Marmar Nawim, Naomi Micheew, Jens Fitzenberger, Leona Köller, Anna Oeltjen (Landkreis Fulda)
Druck:	Landkreis Fulda
Veröffentlichung:	2022
Titelbild:	kieferpix – stock.adobe.com

Die Rechte liegen, soweit nicht anders aufgeführt, beim Landkreis Fulda.

Bei den Mitarbeitern am vorliegenden Bericht liegen keine Interessenkonflikte vor. Für die Erstellung des Berichts wurden keine Drittmittel eingesetzt.

Die Welt wird jedes Mal neu erschaffen, wenn ein Kind geboren wird.
Geboren zu werden bedeutet, dass uns eine ganze Welt geschenkt wird.
Jostein Gaarder, "Durch einen Spiegel, in einem dunklen Wort"

Sehr geehrte Mitbürgerinnen und Mitbürger,

Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes sind besondere Ereignisse im Leben einer Familie. Vor allem das erste Kind stellt Familien vor neue Herausforderungen: in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett.

Wenn eine Frau schwanger ist, müssen die Frau und ihr Partner sich über weitere Schritte Gedanken machen und neue Rollen annehmen. Es gibt Vieles, was in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu beachten ist. Dabei ist es nicht immer ganz einfach, den Überblick zu behalten. Gleichzeitig werden Schwangere und Eltern von gut gemeinten Ratschlägen überschüttet. Oft scheint es so, als wären Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Zeiten fortwährender Bedrohung der Gesundheit von Mutter und Kind: ob Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen, Arbeit oder Bewegung. In jedem dieser Bereiche treffen die unterschiedlichsten Meinungen, Vorstellungen und, in einigen Fällen, auch Weltbilder aufeinander, wie Mutter und Kind ein möglichst gelungener Start ins Leben ermöglicht werden kann.

Aufgabe von Politik und Gesellschaft ist es, diese Zeit des Umbruchs nicht vor dem Hintergrund von Bedrohungen oder Gefahren erleben zu lassen, sondern zu unterstützen und wertzuschätzen. Unabhängig von der Situation oder Phase auf dem Weg der werdenden Familie gibt es im Landkreis Fulda die verschiedensten (Unterstützungs-)Angebote.

Der Landkreis Fulda informiert werdende Familien und Interessierte mit dem vorliegenden Bericht über die Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vor dem Hintergrund gesundheitsrelevanter Faktoren. Die Komplexität des Themas lässt einen vollumfänglichen Bericht zum Thema nicht zu, sondern es können nur Schwerpunkte und Rahmenbedingungen aufgezeigt werden. Allerdings bietet der Bericht eine Grundlage für fachliche und insbesondere interdisziplinäre Diskussionen.

Bei der Erstellung dieses Berichts hat das Gesundheitsamt Fulda mit einigen Beteiligten der Schwangeren- und Neugeborenenversorgung zusammengearbeitet. Ich bedanke mich bei allen für das gute Zusammenwirken und die Informationen, die sie für diesen Bericht zur Verfügung gestellt haben.

Frederik Schmitt
1. Kreisbeigeordneter
Landkreis Fulda

Von Risiken – wie sollen wir damit umgehen? – Eine Vorabbemerkung

Abstrakt lässt sich sagen, Risiken beschreiben erhöhte Wahrscheinlichkeiten für unerwünschte Ereignisse unter definierten Rahmenbedingungen. Gesundheitsbezogene Risiken können vielfältig sein, z. B.:

- Hautkrebs durch erhöhte UV-Strahlenbelastung mittels Sonnenbaden
- Darmkrebs aufgrund erblicher Vorbelastungen
- Tödliche Autounfälle aufgrund des Lesens von Textnachrichten auf dem Handy am Steuer
- Verletzungen aufgrund eines Schlechtwetterumschwungs während einer Gebirgswanderung

Einige Risiken sind abwendbar, wenn man deren Ursachen meidet oder beseitigt: Wenn keine Textnachrichten am Steuer gelesen werden, wird das Risiko eines Unfalls gesenkt. Rahmenbedingungen wie z. B. erbliche Vorbelastungen lassen sich nicht ändern. Andere Risiken brauchen lange, bis sie sich gesundheitlich auswirken. So können gerade erbliche Vorbelastungen Jahre bis Jahrzehnte benötigen, bis sie spürbare gesundheitliche Auswirkungen zeigen. Bei solchen langsam wirkenden Rahmenbedingungen können Untersuchungen durchgeführt werden, um diese Risikoursachen zu entdecken und deren unerwünschten Folgen zu minimieren.

Das Verhindern der möglichen schädlichen Auswirkungen von Risiken wird Prävention genannt. Werden die Risikofaktoren vermieden, z. B keine Sonnenbäder mehr genommen, spricht man von Primärprävention. Wird nach Risikofaktoren gesucht, um diese medizinisch zu behandeln bevor es zu Gesundheitsbeeinträchtigungen kommt, spricht man von Sekundärprävention. Die wichtigste Maßnahme der Sekundärprävention ist das Screening, die qualitätsgesicherte Untersuchung auf physiologisch erkennbare Frühformen von Erkrankungen bzw. diesbezügliche Risiken bei Gesunden.

Im vorliegenden Bericht ist viel von Risiken, Screening und Risikofaktoren die Rede. Die Zeit rund um die Geburt ist aus medizinischer Sicht eine Periode, in der viele Grundlagen für die spätere gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind gelegt werden. Dementsprechend umfangreich sind die begleitenden medizinischen Maßnahmen.

Keinesfalls darf hierdurch der Eindruck entstehen, dass die Zeit rund um die Geburt eine Periode ständiger Gefahr darstellt. Geburten stellen einen natürlichen Prozess dar, der den Fortbestand der Menschheit seit Jahrtausenden garantiert. Verschiedene Angebote aus Medizin und psychosozialer Betreuung können begleitend genutzt werden, um Risiken für Mutter und Kind zu vermeiden oder zu vermindern. Ebenso können Verhaltensweisen oder -änderungen zu einer gesunden Entwicklung beitragen, aber:

- Die angemessensten Verhaltensweisen können keine Gesundheit garantieren.
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen können selten einzelnen Faktoren zugeordnet werden.
- Auch bei verschiedenen Risikoexpositionen kann eine gesunde Entwicklung erfolgen.

In den meisten Fällen können allein Eintrittswahrscheinlichkeiten für die Folgen gesundheitlicher Risiken verändert werden!

Neben den Präventionsansätzen steht die Gesundheitsförderung, d.h. anstatt sich auf einzelne negative Folgen von Risikofaktoren zu konzentrieren, steht die Steigerung allgemeiner Schutzfaktoren der Mutter im Mittelpunkt. Wie in Kapitel 2.1.4 noch aufgeführt, kann z. B. durch eine erhöhte Selbstwirksamkeit die Wahrscheinlichkeit für eine natürliche Geburt erhöht werden. Ein positiver Blick auf die Bedürfnisse von Mutter, Kind und Familie, ohne die möglichen medizinischen Angebote aus den Augen zu verlieren, dürfte auch deren Interessen und Vorstellungen eher entgegenkommen als eine Periode von einengenden Vorgaben.

Zu guter Letzt: Die Entwicklung des Fötus im Mutterleib wird auch durch die Emotionen der Mutter beeinflusst. Auswirkungen ausgeprägter negativer Empfindungen wie Stress lassen sich z.T. bis ins Erwachsenenalter nachweisen. Ein fortwährender sozialer Druck, sich „richtig“ zu verhalten, könnte einen solchen Stressfaktor darstellen.

Gesundheitsberichte sind Lagebeschreibungen und Ermittlungen von vordringlichen Handlungsbedarfen im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen. Die gesundheitliche Lage beinhaltet nicht nur die Verteilung von Krankheit, sondern auch die Frage, wie Gesundheit erhalten werden kann. Vor diesem Hintergrund ist auch der vorliegende Bericht zu sehen: Auch, wenn sich viele der folgenden Ausführungen auf das medizinische Versorgungssystem beziehen und biomedizinische Darstellungen folgen, werden Schwangerschaft und insbesondere die Zeit um die Geburt in diesem Bericht als besondere Lebensphase aufgefasst und keinesfalls als ein behandlungsbedürftiger Zustand gesehen. Oder kurz zusammengefasst:

Schwangerschaft ist keine Krankheit und eine Geburt ist ein natürlicher Prozess!

Die im vorliegenden Bericht genannten Einrichtungen und Organisationen sind als Beispiele und daher weder als vollständige Auflistung noch als Empfehlung zu sehen. Die verfügbaren Beratungsmöglichkeiten sind einem stetigen Wandel unterzogen, sodass eine aktuelle Bestandsaufnahme bzw. -darstellung den Bericht überfordern würde.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 6
2 Vor, während und nach der Geburt: Eine besondere Zeit ... 7
2.1 Die Schwangerschaft ... 7
2.1.1 Gebärfähige Frauen ... 7
2.1.2 Werdende Mütter im Arbeitsverhältnis ... 8
2.1.3 Die letzten Wochen der Schwangerschaft ... 9
2.1.4 Angst vor der Geburt – Tokophobie ... 10
2.1.5 Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft ... 11
2.1.6 Risikoschwangerschaften und Geburtsrisiken ... 14
2.2 Die Geburt ... 15
2.2.1 Die ersten Wehen ... 15
2.2.2 Phasen der Geburt ... 15
2.2.3 Kaiserschnitt ... 17
2.2.4 Geburtenrate im Landkreis Fulda ... 18
2.2.5 Medizinische Notfälle ... 19
2.2.6 Besondere Situation: Frühgeburt ... 20
2.2.7 Besondere Situation: Fehlgeburt ... 21
2.3 Das Wochenbett ... 21
2.3.1 Frühe Entwicklungsphase des Neugeborenen ... 22
2.3.2 Elternzeit ... 22
2.3.3 Behördengänge nach der Geburt des Kindes ... 23
3 Medizinische Betreuung und Versorgung rund um die Geburt ... 24
3.1 Medizinische Betreuung vor der Geburt ... 24
3.2 Medizinische Betreuung nach der Geburt ... 26
3.2.1 U-Untersuchungen ... 26
3.2.2 Neugeborenen-Stoffwechselscreening ... 27
3.2.3 Neugeborenen-Hörscreening ... 27
3.2.4 Nachsorgeuntersuchungen der Mutter ... 28
3.3 Medizinische Leistungserbringer ... 29
3.3.1 Betreuung durch Hebammen ... 29
3.3.2 Hebammenversorgung im Landkreis Fulda ... 30
3.3.3 Frauenärztliche Versorgung im Landkreis Fulda ... 31
3.3.4 Kinderärztliche Versorgung im Landkreis Fulda ... 33
3.3.5 Perinatalzentrum ... 33
3.3.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit ... 34
4 Gesundheitsbeeinflussende Faktoren ... 35
4.1 Rauchverhalten der Eltern in Haushalten mit Kindern ... 35
4.2 Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit ... 35
4.3 Ernährung ... 36

4.4 Sport und Bewegung ... 38
4.5 Stillen ... 39
4.6 Weitere Umwelteinflüsse ... 40
5 Unterstützungsangebote im Landkreis Fulda ... 42
5.1 Finanzielle Unterstützungsangebote ... 42
5.2 Beratungsangebote ... 43
6 Ein Umbruch für die ganze Familie ... 45
7 Besondere Lebensumstände und deren Herausforderungen ... 46
7.1 Frühe Schwangerschaften ... 46
7.2 Alleinerziehende ... 46
7.3 Sozial benachteiligte Familien ... 47
7.4 Migrantinnen und Migranten und Flüchtlinge ... 47
7.5 Häusliche Gewalt in der Familie ... 49
7.6 Kinder mit Behinderung ... 49
7.7 Eltern mit Behinderung ... 50
7.8 Chronisch kranke Mütter ... 50
7.9 Ungewollte Mutterschaft ... 51
8 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen 53
8.1 Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland ... 53
8.2 Politische Rahmenbedingungen - Nationale Gesundheitsziele ... 53
8.3 World Health Organization ... 55
8.4 Sustainable Development Goals der UN ... 55
9 Fazit und Ausblick ... 57
Zusammenfassung ... 58
Anhang ... 59
Glossar ... 59
Exkurs: Schwangerschaft in Zeiten der COVID-19-Pandemie ... 60
Untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening ... 61
Weitere Informationen ... 62
Kontaktdaten ... 63
Abbildungsverzeichnis ... 64
Tabellenverzeichnis ... 65
Quellenverzeichnis ... 66

Welch wunderbares Geheimnis ist der Eintritt eines neuen Menschen in die Welt.

-Leo Tolstoi

1 Einleitung

Eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes bringen große Veränderungen im Leben werdender Eltern mit sich. In dieser ereignisreichen Phase des Lebens kommen neue Herausforderungen auf die Eltern zu, vor allem wenn es sich um das erste Kind handelt.

Neben der Geburt des Kindes stellt die Schwangerschaft insbesondere für die Mutter auch eine körperliche Herausforderung dar: Gewicht, Hormonhaushalt, selbst Muskeln und Sehnen passen sich den Anforderungen einer Geburt an. Doch nicht nur physiologisch betrachtet durchläuft die Mutter in dieser Zeit einige Veränderungen, auch psychisch kann die Zeit von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett eine Herausforderung sein. Schließlich müssen Mutter und Partner auch ihre neue Rolle als Eltern finden. Solche Veränderungen können eine Belastung darstellen.

Die Lebensumstände der jungen Familie, das individuelle Verhalten der Mutter aber auch aller Personen im persönlichen Umfeld sowie die Versorgungsangebote vor Ort beeinflussen die gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind. Zu den Einflussfaktoren zählen z. B. das Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen, Lebensbedingungen wie Umwelteinflüsse, das Trink- und Rauchverhalten der Eltern, die Ernährung sowie arbeitsrechtliche Regelungen. Dabei sollte die Unterstützung und Aufklärung der jungen Familie durch die verschiedenen Institutionen und Professionen, z. B. Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Arbeitgeber oder Sozialdienste, möglichst abgestimmt und ohne Brüche erfolgen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht beschreibt die letzte Phase der Schwangerschaft, die Geburt sowie die Zeit des Wochenbetts, also in etwa die Zeit einen Monat vor bis einen Monat nach der Geburt. Dazu werden Situationen rund um die Geburt beschrieben und medizinische Aspekte sowie die Betreuung rund um die Geburt beleuchtet. Neben gesundheitlichen Informationen zu diesem Zeitabschnitt beschreibt der Bericht politische, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen, um die Gesundheit von Mutter und Kind in dieser besonderen Phase zu sichern. Zudem soll sowohl auf unterschiedliche Lebenslagen wie frühe Schwangerschaften, Alleinerziehende, Frauen nach Gewalterfahrungen und Migration als auch auf gesundheitsbeeinflussende Faktoren von Mutter und Kind eingegangen werden.

2 Vor, während und nach der Geburt: Eine besondere Zeit

Schwangerschaft und Geburt sind ein besonderer Abschnitt im Leben von Mutter, Kind und Vater. Der vorliegende Bericht legt die Schwerpunkte auf die Zeit der letzten Phase der Schwangerschaft, Geburt sowie die Zeit des Wochenbetts.

2.1 Die Schwangerschaft

Die Schwangerschaft beginnt mit der Befruchtung der Eizelle und endet mit der Geburt. Sie wird in der Regel in Trimester aufgeteilt:

Das erste Trimester beginnt mit der Befruchtung und umfasst die 1. bis 12. Schwangerschaftswoche. Gerade das erste Trimester ist für die Entwicklung des Kindes eine kritischste Phase: Das Risiko einer Fehlgeburt liegt hier bei etwa 20 %. Eine besondere Herausforderung in dieser Zeit ist es, die neue Dreierbeziehung zwischen Mutter, Partner und Kind zu verstehen. Oftmals erleben werdende Mütter in dieser Zeit Stimmungsschwankungen. Es werden sowohl Ängste und Zweifel erlebt als auch innere Erfüllung und Vorfreude. Für die Schwangere beginnt der Weg in die Mutterrolle. Biologisch fließt am Ende des ersten Trimesters mütterliches Blut zur Plazenta, die Verbindung des Blutkreislaufs der Mutter zum Fötus ist vollendet.

Von der 13. bis zur 24. Schwangerschaftswoche spricht man von dem zweiten Trimester. Anfänglich häufig auftretende, wahrscheinlich hormonell bedingte Beschwerden der werdenden Mütter, wie Übelkeit und Erbrechen, klingen in der Regel ab. In dieser Phase kommt es zu den ersten sichtbaren Veränderungen des Körpers. Der Embryo wächst über die Schambeinfuge hinaus, und der Bauchumfang wächst merklich. Um die 20. Schwangerschaftswoche herum nehmen manche Schwangere zudem erste Kindsbewegungen wahr. Gerade im zweiten Trimester spielt die Pränataldiagnostik für viele Frauen eine wichtige Rolle. Hierzu folgen ausführliche Informationen unter dem Punkt 3.1.

Berechnung des Geburtstermins

Der Beginn der Schwangerschaft kann oft nicht genau bestimmt werden, daher wird meistens der Beginn der Schwangerschaft vom ersten Tag der letzten Monatsblutung her berechnet. Nach dieser Rechnung findet die Befruchtung, in Abhängigkeit von individuellen Schwankungen des Zyklus, in der zweiten Schwangerschaftswoche statt, somit ist der Fötus zwei Wochen jünger als die zugrunde gelegte Schwangerschaftswoche. Nach der etablierten Regel gemäß Naegele errechnet sich der Geburtstermin bei einer Zykluslänge von 28 Tagen wie folgt:

Errechneter Geburtstermin = [Erster Tag der letzten Regel] + 7 Tage − 3 Monate + 1 Jahr +/− [Abweichung in Tagen]

Insgesamt sind die Berechnungen nicht sehr exakt. Am erwarteten Termin kommen nur ca. 4 % aller Kinder zur Welt, in der erwarteten Woche (also 3 Tage vor oder nach dem Termin) nur etwa jedes vierte Kind. Die meisten Geburten erfolgen in den zwei Wochen vor und den zwei Wochen nach dem errechneten Entbindungstermin.

Berechnet von der Monatsblutung dauert eine Schwangerschaft ca. 280 Tage bzw. 40 Wochen, traditionell zu 9 Monaten zusammengefasst. In der ärztlichen Praxis wird oft von Mondmonaten zu 28 Tagen ausgegangen, was zu 10 Schwangerschaftsmonaten führt. Die meisten Ausführungen, so auch der vorliegende Bericht, gehen von 40 Wochen bzw. 10 Monaten Schwangerschaft aus.

Das dritte Trimester umfasst die 25. bis 40. Schwangerschaftswoche. Aufgrund des Gewichts und des Bauchumfangs erfahren die werdenden Mütter in dieser Phase erhebliche Einschränkungen in der Verrichtung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens und sehnen sich allmählich die Geburt herbei. Psychologisch betrachtet beginnt in dieser Phase der Schwangerschaft die erste „Trennung“ von dem ungeborenen Kind. Die körperlichen Erschwernisse erleichtern es den Frauen, die Geburt als Bereicherung und nicht als Verlust wahrzunehmen.

2.1.1 Gebärfähige Frauen

Im Landkreis Fulda leben im Jahr 2020 insgesamt 223.023 Menschen, davon sind 112.254 Frauen. 39.445 der Frauen sind im gebärfähigen Alter (15-49 Jahre), was einen Anteil von 39,8 % ausmacht.[1]

Bei Betrachtung der Entwicklung der weiblichen Bevölkerung wird deutlich, dass die Bevölkerungszahl sich nicht parallel zur Anzahl gebärfähiger Frauen entwickelt. Dies ist auf die unterschiedlich starken Geburtsjahrgänge zurückzuführen. Schreitet ein Jahr voran, fließt ein neuer Geburtsjahrgang mit in die Anzahl der gebärfähigen Frauen ein und ein anderer scheidet aus. Aufgrund der Geburtenzahl lässt

sich die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter im Landkreis Fulda für das Jahr 2030 wie in Abbildung 1 dargestellt schätzen. Zu- und Abwanderung sind hierbei nicht berücksichtigt.

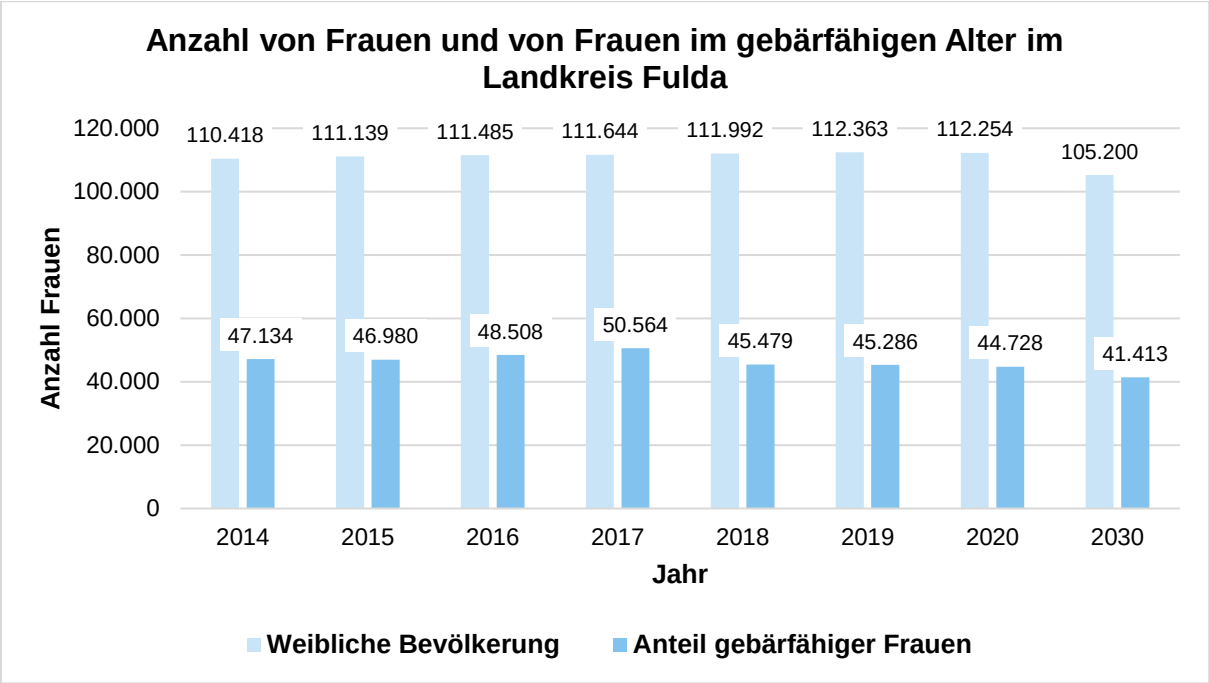

Abbildung 1 Entwicklung der weiblichen Bevölkerung und der Anteil der gebärfähigen Frauen im Landkreis Fulda (Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt (HSL), eigene Darstellung)

2.1.2 Werdende Mütter im Arbeitsverhältnis

Wenn sich werdende Mütter oder auch kürzlich gewordene Mütter in einem Arbeitsverhältnis befinden, regelt das **Mutterschutzgesetz** (MuSchG) die Befreiung von der Arbeit. Die Schwangere darf bis sechs Wochen vor der Entbindung arbeiten. Wenn sie den ausdrücklichen Wunsch äußert, auch nach diesem Zeitpunkt noch zu arbeiten, kann dies der Arbeitgeber genehmigen. Die Berechnung der Schutzfrist erfolgt auf Grundlage des errechneten Geburtstermins. Nach der Entbindung hat der Arbeitgeber die Schwangere in der Regel acht Wochen freizustellen, nach einer Mehrlingsgeburt in der Regel bis zu 12 Wochen. Wenn eine schwangere oder stillende Frau 18 Jahre oder älter ist, darf sie in einer Doppelwoche nicht mehr als 90 Stunden oder täglich mehr als achteinhalb Stunden arbeiten. Regulär ist es auch untersagt, eine schwangere oder stillende Frau von 20-6 Uhr arbeiten zu lassen, unter besonderen Bedingungen ist eine Arbeitszeit bis 22 Uhr möglich. Das Arbeiten an Sonn- oder Feiertagen ist bei Schwangeren nur unter besonderen Voraussetzungen gestattet. Der Arbeitgeber muss bei einer angestellten Schwangeren darauf achten, dass ihre Arbeitsbedingungen so angepasst werden, dass weder sie noch ihr Kind gefährdet sind.

Während einer Schwangerschaft stehen Frauen unter Kündigungsschutz. Dieses gilt auch nach der Entbindung noch bis zum Ende der Schutzfrist oder vier Monate nach der Entbindung. Für Frauen, die nach der zwölften Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erleiden, ist für vier Monate nach der Fehlgeburt eine Kündigung unzulässig.

Während der Schutzfrist vor und nach der Entbindung erhält die Mutter einen Mutterschutzlohn, der dem durchschnittlichen Brutto-Lohn vor Beginn der Schwangerschaft entspricht. Er wird entweder aus dem Gehalt der letzten 3 Monate oder der letzten 13 Wochen vor der Schwangerschaft berechnet. Außerdem erhält sie vom Arbeitgeber ein Mutterschaftsgeld, dieses wird bei gesetzlich Krankenversicherten bezuschusst von der gesetzlichen Krankenversicherung Es errechnet sich aus dem Nettogehalt und muss von der werdenden Mutter beantragt werden.

Für alle Schutzmaßnahmen ist es wichtig, den Arbeitgeber frühzeitig von der Schwangerschaft in Kenntnis zu setzen. Nur so können rechtzeitig wichtige Schutzvorkehrungen getroffen werden. Weitere Informationen können über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Broschüre „Leitfaden zum Mutterschutz“ abgerufen werden.

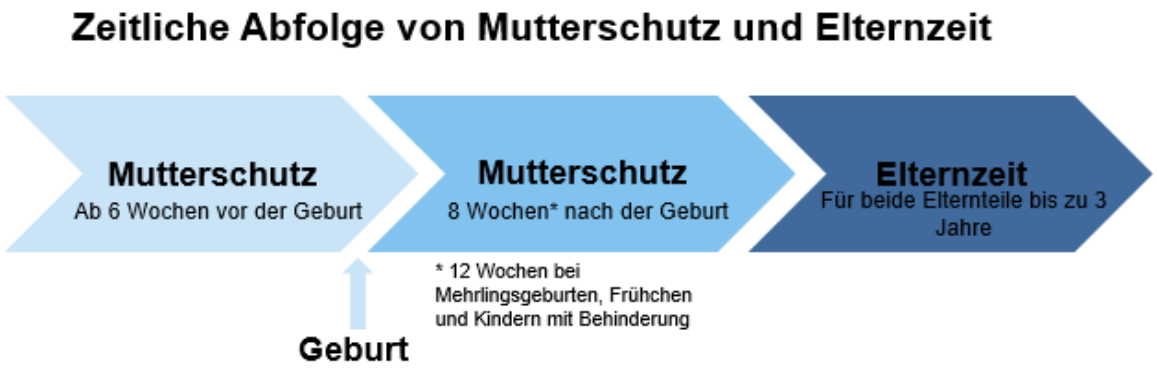

Abbildung 2 Zeitlicher Ablauf von Schwangerschaft bis Elternzeit (eigene Darstellung)

2.1.3 Die letzten Wochen der Schwangerschaft

Rückt der Geburtstermin näher, drehen sich die meisten Kinder in die Geburtsposition, der Bauchumfang der Mutter macht sich immer auffallender bemerkbar. Viele Frauen erwarten allmählich ihre ersten Wehen oder verspüren erste Übungswehen. Etwa vier bis fünf Wochen vor der Geburt haben die meisten Schwangeren Senkwehen, und das Kind rutscht tiefer in das Becken.

In den letzten Wochen vor der Geburt nimmt eine Schwangere ungefähr ein halbes Kilogramm Gewicht pro Woche zu. Die Gebärmutter senkt sich durch das Gewicht des Kindes tiefer in das Becken. Die Atmung fällt der Mutter leichter, denn das Zwerchfell wird entlastet, und gleichzeitig bekommt der Magen wieder mehr Platz. Der Harndrang wird dafür öfter hervorgerufen, da die Gebärmutter nun noch stärker auf die Blase drückt. Auch Rückenschmerzen treten in dieser Phase häufiger auf. Das Sitzen und Schlafen sind jetzt besonders mühsam für die schwangere Frau. Vor allem jetzt ist es sehr bedeutend, dass die werdende Mutter bei Bedarf mehr Ruhepausen einlegt und vermehrt auf ihre eigenen Bedürfnisse eingeht. Oftmals machen sich Nestbau-Tendenzen bemerkbar: Das Kinderzimmer wird eingerichtet und die Erstausstattung für das Kind zugelegt.

Geburtsvorbereitungskurse

Sobald die werdende Mutter von der Schwangerschaft erfährt, sollte sie sich erste Gedanken über einen Geburtsvorbereitungskurs, Geburtsort sowie Schwangerschaftsvorsorge machen, da viele Hebammen, Kurse und Kliniken weit im Voraus planen und es deshalb manchmal schwer sein kann, einen Termin oder eine Hebamme zu finden. Die Schwangeren können sich auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes (https://www.gkv-spitzenverband.de/) über Geburtshäuser und Hebammen informieren. Auch die jeweilige Geburtsklinik oder Frauenarztpraxis hält Informationen bereit.

In dieser Phase sollten Eltern sich durch Hebammen, Ärztinnen, Ärzte oder Ratgeber informieren, um unnötige Belastungen und unnötigen Aufwand zu vermeiden: z. B. fällt es vielen Schwangeren schwer, eine geeignete Schlafposition zu finden, da der immer größer werdende Bauchumfang dies erschwert; die Anschaffung eines Stillkissens kann hierbei Abhilfe schaffen und helfen, den Rücken zu entlasten und eine angenehme Liegeposition zu finden. Die „Kliniktasche“ sollte ausreichend früh gepackt werden, um gut vorbereitet zu sein, wenn die Geburt losgehen sollte und die Fahrt in die Klinik oder das Geburtshaus ansteht. Neugeborene wachsen in den ersten sechs Monaten sehr schnell, deshalb werden keine großen Mengen an Kleidung benötigt. Weitergehende Informationen können einschlägigen Ratgebern (z. B. kostenlos von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Schwangerschaft und Geburt) entnommen werden.

Die Partner erleben den Wandel auf eine andere Weise als die Mutter. Zu Beginn ist die Zeit der Schwangerschaft für den Partner kaum mit Veränderungen verbunden, da er im Gegensatz zur Schwangeren keine physiologischen oder hormonellen Veränderungen durchläuft. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen zu Beginn der Schwangerschaft rufen häufig Konflikte hervor. Gerade in dieser Zeit ist eine gute Kommunikation zwischen den Partnern von Bedeutung. Laut Schwangerschaftskonfliktgesetz

Welche Arten von Wehen gibt es?

Die unterschiedlichen Wehenarten werden nach ihrem zeitlichen Auftreten unterschieden. Allerdings sind die Übergänge meist fließend.

Schwangerschaftswehen oder auch **Übungswehen** genannt treten im 2. und 3. Trimester auf. In der Regel sind sie schmerzlos und dienen der Durchblutungsförderung des Uterus. Die Frauen verspüren oftmals ein Spannungsgefühl im Bauch.

Die **Senkwehen** treten etwa 3-4 Wochen vor der Geburt auf und dienen dazu, den Kopf des Kindes tiefer in das Becken zu senken. Diese Vorwehen können teils schmerzhaft sein, müssen sie jedoch nicht.

Mit den **Eröffnungswehen** beginnt der Geburtsvorgang. Sie öffnen den Muttermund und werden zunehmend schmerzhafter verspürt. Auch die Frequenz der Wehen steigt an.

Nach vollständiger Öffnung des Muttermundes treten die **Austreibungs-/Presswehen** ein. Diese werden meist weniger schmerzhaft empfunden als die Eröffnungswehen, da die Frauen hier die uterinen Kräfte aktiv unterstützen können. Die Presswehen dienen der Geburt des Kindes.

können auch werdende Väter Schwangerschaftsberatungen in Anspruch nehmen. In einer regulär verlaufenden Schwangerschaft findet am Ende des ersten Trimesters die erste Vorsorgeuntersuchung statt. Werdende Väter können ihre Partnerin zu diesen Terminen begleiten. Dies kann die Intimität und Verbundenheit zwischen den werdenden Eltern fördern. Besonders der erste Ultraschall ist für viele Partner von großer Bedeutung, da die Schwangerschaft das erste Mal sichtbar wahrgenommen wird. Im zweiten Trimester erleben viele werdende Eltern eine Ruhephase. Die riskanten Wochen der Schwangerschaft sind vorüber. Die Schwangerschaft wird auch für Außenstehende sichtbar. Am Ende des zweiten Trimesters hat das Kind eine Größe erreicht, sodass es auch vom Partner im Bauch der werdenden Mutter ertastet werden kann.

Die Geburt stellt für den Partner eine besondere Herausforderung dar. Die gemeinsame Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs sowie ein klarer Austausch über die Vorstellungen und Wünsche des Partners sowie die Definition der neuen Rollen können helfen, sich auf dieses Ereignis vorzubereiten. Auch ein Gespräch mit der Hebamme, einer Beratungsstelle oder dem begleitenden Arzt oder der begleitenden Ärztin kann Unstimmigkeiten und Missverständnisse vorbeugen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den Partner in die Geburt miteinzubeziehen. Beispielsweise überlassen viele Hebammen das Durchtrennen der Nabelschnur den Vätern. Inzwischen ist es selbst bei einem Kaiserschnitt für den Partner möglich, an der Seite der Frau zu sein und ihr beizustehen. Werdende Väter können sich auf der Seite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationen zur Begleitung der Schwangerschaft und Geburt einholen (https://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/rundum-schwangerschaft-und-geburt/).

Parodontitis in der Schwangerschaft

Durch den veränderten Hormonhaushalt in der Schwangerschaft kann es bei der werdenden Mutter zu einem erhöhten Risiko für Parodontitis (Zahnfleischentzündung) kommen. Dabei können die Bakterien auf direktem oder indirekten Weg in die fötoplazentare Einheit gelangen und sich negativ auf das Geburtsgewicht des Kindes auswirken. Es ist daher zu empfehlen, auch während der Schwangerschaft die Zahnarztbesuche nicht zu vernachlässigen.

2.1.4 Angst vor der Geburt – Tokophobie

Eine Geburt stellt eine Ausnahmesituation und eine extreme Erfahrung dar, die nicht vollkommen zu kontrollieren ist. Dies kann zu Verunsicherung und Angst vor der Geburt führen. Nimmt diese Angst krankhafte Formen an, spricht man von einer Tokophobie.

Es werden zwei Arten unterschieden. Die primäre Tokophobie entwickelt sich in der Adoleszenz und wird durch abschreckende Eindrücke rund um die Geburt ausgelöst; berichtet wurde z. B. von filmischen Aufnahmen des Geburtsvorgangs. Diese Form der Tokophobie hindert viele Frauen daran, Kinder zu bekommen. Eine sekundäre Tokophobie tritt nach einer traumatisch erlebten Geburt auf und kann den Wunsch einer Frau nach einem weiteren Kind einschränken.

Erhöhte Risiken für eine Tokophobie sind bereits bestehende psychische Probleme wie depressive Phasen oder Angststörungen. Bei der sekundären Tokophobie können traumatisierende Erfahrungen wie Wehenschmerzen oder (vermeidbare) medizinische Eingriffe das Risiko einer Tokophobie erhöhen. Auch ein mangelndes soziales Umfeld, welches keine Unterstützung bietet, oder einschneidende Erlebnisse den Körper oder die Sexualität betreffend, können das Risiko für eine Tokophobie erhöhen. Hierzu

gehören z. B. Missbrauchserfahrungen oder Fehlgeburten. Symptome der Tokophobie sind z. B. Schlafprobleme und Albträume bis hin zu Panikattacken. Eine Abgrenzung, wann die Ängste als klinisch einzustufen sind, ist nicht klar definiert.

Die Ängste der Schwangeren stehen dabei oft im Gegensatz zu der Erwartung, das Wunder der Geburt als einen der glücklichsten Momente im Leben zu empfinden. Dieser Widerspruch führt dazu, dass Betroffene eine Schwangerschaft vermeiden oder abbrechen. Kommt es zur Geburt, wird der Kaiserschnitt dem normalen Geburtsverlauf gegenüber bevorzugt (bei sekundärer Tokophobie 5,2-fach erhöht), scheint diese Geburtsform doch kontrollierbarer. Andererseits liegen Schwangere mit Tokophobie durchschnittlich 40 Minuten länger in den Wehen als Frauen ohne diese Ängste. Offenbar können diese psychischen Probleme die Entbindung behindern. Tokophobie wirkt nach der Geburt fort, sie erhöht das Risiko für postpartale Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen. Dies kann sich letztendlich auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind auswirken.

Bei einer stark ausgeprägten Tokophobie kann eine Psychotherapie helfen. Wichtig ist, die Ängste der Schwangeren ernst zu nehmen und das Thema nicht zu tabuisieren. Maßnahmen zur Prävention von Tokophobie sind, entsprechend der unterschiedlichen Formen, mehrdimensional:

- Fundierte Informationen zum Geburtsverlauf, inklusive über die Funktionen von Angst
- Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen (eine realistische Darstellung kann Ängste mildern, indem sie die Geburt weder als unbekanntes oder als unüberwindbares Hindernis erscheinen lässt)
- Persönliche Gespräche mit Hebammen (in Studien zeigten sich schon zwei telefonische Beratungsgespräche effektiver als schriftliche Informationsmaterialien; zudem wird das Selbstwirksamkeitserleben der Schwangeren durch diese Beratungen gestärkt, was sich letztendlich in einem höheren Anteil natürlicher Geburten zeigt)
- Begleitung durch eine Beleghebamme (Sicherheit durch einen Bezug zur Hebamme vor Ort zum Zeitpunkt der Niederkunft)
- Familienhebammen können nach der Geburt die Mutter begleiten und so dabei unterstützen, mögliche Ängste zu mindern
- Verschiedene Entspannungsverfahren zur Reduzierung von Ängsten.[2]

2.1.5 Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft

Infektionskrankheiten wie beispielsweise eine Erkältung sind für die Schwangere und das Ungeborene harmlos. Es gibt jedoch auch Infektionskrankheiten, die während einer Schwangerschaft eine ernstzunehmende Gefahr für das ungeborene Kind darstellen (Tabelle 1). Die Infektion der werdenden Mutter kann über kontaminierte Lebensmittel, Ausscheidungen von Tieren (z. B. Katzenkot bei Toxoplasmose), Schmier- oder Tröpfcheninfektion oder Geschlechtsverkehr erfolgen. Die Übertragung der Krankheitserreger von der Mutter auf das Ungeborene kann über die Blutbahn, aszendierend (durch Aufsteigen der Erreger über die Scheide in die Gebärmutter) oder während bzw. nach der Geburt erfolgen.

Die Infektion der Schwangeren bedeutet nicht zwangsläufig die Infektion und Erkrankung des Kindes. Viele Krankheitserreger können die Plazentaschranke nicht überwinden. Entscheidende Faktoren sind die Art des Krankheitserregers, der Infektionszeitpunkt und der Immunstatus der Schwangeren. Das Ausmaß der kindlichen Schädigung kann nicht sicher vorhergesagt werden. Besteht der Verdacht auf eine Infektion mit den aufgeführten Erregern, sollte die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe aufgesucht werden, um eine zeitnahe Diagnostik und Therapie einzuleiten.[3] Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit ausgewählter Infektionskrankheiten, welche für das ungeborene Kind eine Gefahr darstellen können. Die Häufigkeiten in Tabelle 2 stellen das Auftreten in der Gesamtbevölkerung dar, nicht explizit bei schwangeren Frauen.

Bezeichnung	Art	Übertragung	Folge	Präventionsmaßnahme
Bakterielle Vaginose	Bakterium	Geschlechtsverkehr, Schmierinfektion	Erhöhtes Risiko für vorzeitigen Blasensprung, vorzeitige Wehen und Frühgeburt	Abstrich aus der Scheide, ggf. Behandlung
B-Streptokokken	Bakterium	Tröpfcheninfektion	Blutvergiftung, Lungenentzündung oder Hirnhautentzündung bei Neugeborenen	GBS-Test, evtl. Behandlung mit Antibiotika
Chlamydien	Bakterium	Geschlechtsverkehr	Erhöhtes Risiko der Frühgeburt, Augenentzündungen und Lungenentzündung bei Neugeborenen	Test in der Schwangerschaft und evtl. Behandlung; Sexualverkehr mit Kondomen
Cytomegalie-Virus (CMV)	Virus	Schmierinfektion, Geschlechtsverkehr, Blut	Erhöhtes Risiko für Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, Gelbsucht, vergrößerte Leber und Milz, Gerinnungsstörungen, Wasserkopf, Netzhautentzündung bei Neugeborenen sowie körperliche und geistige Beeinträchtigungen als Spätfolgen	CMV-Test, Hygienemaßnahmen beim Umgang mit Kleinkindern, die evtl. das Virus unerkannt in sich tragen
Gonokokken/ Gonorrhoe	Bakterium	Geschlechtsverkehr	Erhöhtes Risiko für Frühgeburt oder fiebrige Fehlgeburt, eitrige Bindehaut-entzündung oder oropharyngealen Infektion des Neugeborenen	Kontrolle bei der ersten Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung, ggf. weitere Kontrolle in 36.-38. SSW
Hepatitis B und C	Virus	Blut, Geschlechtsverkehr	Dauerhafte Entzündung der Leber bis zur Todesfolge bei Neugeborenen	Impfung vor der Schwangerschaft, Hepatitis-Test in Schwangerschaft, Behandlung mit Immunglobulinen und Impfung des Neugeborenen, Sexualverkehr mit Kondomen
Herpes-simplex-Virus	Virus	Schmierinfektion	Missbildungen am Fötus, Fehlgeburt, Infektion der Schleimhäute, Haut, Organe oder Hirn des Neugeborenen	Immunsystem stärken, Sexualverkehr mit Kondomen
HIV	Virus	Blut, Geschlechtsverkehr	Vorzeitige Wehen, Infektion des Neugeborenen mit HIV	Sexualverkehr mit Kondomen, antiretrovirale Therapie, geplanter Kaiserschnitt, kein Stillen des Neugeborenen
Humane Papillomviren (HPV)	Virus	Geschlechtsverkehr	Erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Infektion des Neugeborenen	Sexualverkehr mit Kondomen, Impfung, regelmäßige Kontrollen beim Gynäkologen, Immunsystem stärken
Listerien	Bakterium	Kontaminierte Lebensmittel	Risiko für Früh- oder Totgeburt, Infektion des Neugeborenen, Sepsis, Atemnotsyndrom, Hirnhautentzündung und Hautläsionen bei Neugeborenen	Verzicht auf Rohfleischerzeugnisse und Rohwurst, rohen Fisch sowie geräucherte und marinierte Fischerzeugnisse, vorgeschnittene verpackte Blattsalate, Rohmilchweichkäse

Parvovirus B19 (Ringelröteln)	Virus	Tröpfcheninfektion	Fehlgeburt, Wasseransammlung im Körper des Fötus	Immunität gegen das Virus, regelmäßige Ultraschallkontrollen
Röteln-Virus	Virus	Tröpfcheninfektion	Fehlgeburt, Schäden an Herz, Augen und Ohren des Embryos	Impfung vor der Schwangerschaft
Syphilis	Bakterium	Geschlechtsverkehr	Fehlgeburt, Probleme beim Atmen, Wassereinlagerungen, Vergrößerungen der inneren Organe, Hauterscheinungen, Mangel an roten Blutkörperchen, Gelbsucht, Fieber, Blasenbildungen an Hand- und Fußinnenflächen sowie Hirnhautentzündung und Krampfanfälle bei Neugeborenen	Behandlung mit Antibiotika, Sexualverkehr mit Kondomen, Syphilis-Screeningtest
Toxoplasmose	Parasiten	Rohe tierische Produkte, durch Kot verunreinigte Erde	Früh- oder Totgeburt, schwere Schäden am Zentralnervensystem, Erkrankungen an den Augen	Immunität gegen das Bakterium, Antikörper-Bluttest und ggf. Behandlung
Trichomonaden	Parasiten	Geschlechtsverkehr	Erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht	Sexualverkehr mit Kondomen, Intimhygiene, Abstrich aus der Scheide und ggf. Behandlung
Windpocken	Virus	Tröpfcheninfektion	Fehlbildungen, Organstörungen und neurologischen Erkrankungen des Neugeborenen, Todesfolgen möglich	Impfung vor der Schwangerschaft, Kontakt zu Infizierten vermeiden

Tabelle 1 Für das Ungeborene schädliche Infektionen (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter_node.html;jsessionid=F2B6B627015D99BC89141C5D7A918590.internet071 und https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/beschwerden-und-krankheiten/akute-erkrankungen-und-infektionen/)

	Fulda					Hessen				
	2017	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Hepatitis B+C	16 (6,31)	38 (17,07)	47 (21,07)	44 (19,72)	39 (17,49)	789 (14,11)	919 (14,66)	1 219 (19,39)	976 (15,37)	1 003 (15,95)
HIV	*	*	*	*	*	218 (3,49)	188 (3,00)	232 (3,69)	193 (3,07)	149 (2,37)
Listeriose	2 (0,9)	3 (1,35)	1 (0,45)	2 (0,9)	0	46 (0,74)	50 (0,80)	34 (0,54)	61 (0,97)	31 (0,49)
Syphilis	*	*	*	*	*	485 (7,34)	571 (9,11)	576 (9,16)	608 (9,66)	490 (7,79)
Toxoplasmose	*	*	*	*	*				1 (0,02)	2 (0,03)

Tabelle 2 Häufigkeit (und Inzidenz) ausgewählter, für das Ungeborene schädlicher, Infektionen in der Gesamtbevölkerung im Landkreis Fulda und in Hessen
* keine Daten auf Landkreisebene verfügbar

2.1.6 Risikoschwangerschaften und Geburtsrisiken

Besteht ein erhöhtes Risiko von Komplikationen während der Schwangerschaft für Mutter oder Kind, wird von einer Risikoschwangerschaft gesprochen. Solche Risikofaktoren sind beispielsweise

- ein Alter der erstgebärenden Mutter von über 35 oder unter 18 Jahren,
- Vorerkrankungen der Mutter (z. B. Asthma, Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen),
- vorangegangene Frühgeburten, Fehlgeburten oder Kaiserschnitte,
- Rhesus-Unverträglichkeit von Mutter und Kind,
- Erbkrankheiten in der Familie oder
- Mehrlingsschwangerschaft.

Durch die umfangreichen Vorsorgeuntersuchungen werden Risiken für mögliche Komplikationen identifiziert. Oft wird aufgrund dieser und weiterer Indikatoren die Schwangerschaft sorgfältiger überwacht, damit Komplikationen vermieden oder frühzeitig angegangen werden können. Auch bei Risikoschwangerschaften kommen die meisten Kinder gesund auf die Welt. Daher sollten sich Schwangere und ihre Angehörigen nicht verunsichern und von dem betreuenden Arzt bzw. der betreuenden Ärztin oder der Hebamme beraten lassen.[4]

In Tabelle 3 ist die Anzahl der Risikoschwangerschaften im Landkreis Fulda im Vergleich zu der Anzahl der Geburten dargestellt. Die Anzahl der Geburten mit Angaben zu Befunden im Mutterpass ist von 2014 bis 2018 gesunken, ab 2019 wurde dies nicht mehr erhoben. Die Anzahl von Geburten mit Geburtsrisiken ist von 2014 bis 2020 relativ konstant geblieben. Die beiden häufigsten Geburtsrisiken im Landkreis Fulda sind der vorzeitige Blasensprung und der Zustand nach einem Kaiserschnitt oder einer anderen Operation an der Gebärmutter.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl der Geburten							
Fulda	1 999	1 900	2 054	2 097	1 944	2 043	2 072
Hessen	49 449	51 246	54 784	55 132	54 888	55 813	54 254
Befunde im Mutterpass (Anteil Risiko-SS)							
Fulda	825	717	643	555	484	-	-
Hessen	18 252	19 090	19 016	18 406	19 114	-	-
Anteil mit Geburtsrisiken							
Fulda	1 593	1 484	1 616	1 658	1 494	1 566	1 625
Hessen	40 184	41 296	43 722	43 935	43 382	43 024	42 790
Art und Häufigkeit der beiden häufigsten Geburtsrisiken							
- Vorzeitiger Blasensprung							
Fulda	442	439	466	428	454	392	433
Hessen	8 174	8 159	8 284	8 249	8 351	8 843	8 779
- Zustand nach Sectio oder anderer Uterus-OP							
Fulda	260	292	351	352	300	333	331
Hessen	8 330	8 948	9 930	10 532	10 459	9 885	8 779

Tabelle 3 Anteil der Risikoschwangerschaften im Vergleich zu den Geburten im Landkreis Fulda und Hessen (Quelle: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH))

2.2 Die Geburt

Nach rund 40 Wochen Schwangerschaft kommt das Neugeborene zur Welt. Mit der Geburt endet die Schwangerschaft und es beginnt das Wochenbett.

2.2.1 Die ersten Wehen

In den letzten Schwangerschaftswochen sind viele alltägliche Handlungen wie beispielsweise das Bücken und das Schlafen sehr schwierig und anstrengend, weshalb die Schwangeren häufig die Geburt als Ende der Schwangerschaft kaum abwarten können. Zudem treten häufig Stimmungsschwankungen auf, und Übungswehen können zur Verunsicherung der Schwangeren beitragen.

Geburtseinleitende Wehen dauern etwa 30 bis 60 Sekunden und treten alle 5 bis 20 Minuten auf. In der Eröffnungsphase der Geburt werden die Wehen immer länger und die Ruheintervalle zwischen den Wehen immer kürzer. Die Wehen sind mit Schmerzen und einem Ziehen in Rücken, Unterleib und Kreuzbein verbunden.

2.2.2 Phasen der Geburt

Wichtige Voraussetzungen für einen guten Geburtsverlauf sind die Unterstützung durch die Familie, die Betreuung während der Geburt und die Umgebung, in welcher die Geburt stattfindet. Der Körper einer Frau ist auf eine Geburt vorbereitet und schüttet während dieser geburtsförderliche Hormone aus. Diese Hormonausschüttung ist empfindlich und beeinflussbar. Eine Geburt ist ein normaler biologischer Prozess, dennoch kann jede Geburt unterschiedlich verlaufen und wird individuell unterschiedlich wahrgenommen. Für eine gebärende Frau ist es wichtig, sich auf die Geburt einlassen zu können, ganz gleich, ob sie langsam oder intensiv bzw. vollkommen natürlich oder mit medikamentöser oder operativer Unterstützung verläuft.

Meistens signalisiert sich der Geburtsbeginn mit dem Lösen des Schleimpfropfs, der sich vor dem Muttermund befindet und bei Geburtsstart als blutiger Schleim abgeht. Er kann sich auch Tage oder Wochen vor der Geburt ablösen, ohne dass die Geburt weiter voranschreitet. Ob eintretende Wehen richtige Geburtswehen sind oder nicht, wird die Schwangere erst erkennen, wenn sie den Unterschied zu ihren bisherigen Schwangerschaftswehen und Vorwehen klar wahrnimmt. Sobald sich die Abstände zwischen den Wehen verkürzen und die Wehen intensiver werden, sollte die schwangere Frau zu ihrem ausgewählten Entbindungsort fahren. Ein sicheres und eindeutiges Zeichen für die anstehende Geburt ist der Blasensprung: Nachdem die Fruchtblase geplatzt oder „gesprungen“ ist, sollte die Geburt innerhalb von 24 bis 48 Stunden abgeschlossen sein. Grund hierfür ist eine erhöhte Infektionsgefahr durch aufsteigende Keime in die Gebärmutter. Sollten bei der Ankunft im Geburtshaus oder im Krankenhaus noch keine Geburtswehen vorliegen, ist abzuklären, ob auf selbst einsetzende Wehen gewartet oder Wehen eingeleitet werden sollen.

Die längste Phase der Geburt ist die **Eröffnungsphase.** Dabei öffnet sich der Muttermund von 0 auf 10 Zentimeter. Diese Phase kann einige Stunden andauern. Je größer die Öffnung des Muttermundes, desto stärker werden die Wehen. Schließlich muss die Gebärmuttermuskulatur den Muttermund aufziehen und den Vorgang unterstützen. Die Schwangere sollte ihren Körper in dieser Phase unterstützen und sich nicht gegen die Schmerzen wehren.

Die **Übergangsphase** ist relativ kurz aber sehr intensiv. Sie führt zur vollständigen Öffnung des Muttermundes. Die Wehen werden dabei unregelmäßig und treten teilweise schnell hintereinander auf, sodass die Frau diese schwer veratmen kann. Häufig sind die Gebärenden schnell reizbar, wütend und mutlos. Hier hilft beruhigender Zuspruch des Partners und der Hebamme.

Die **Austreibungsphase** beschreibt den eigentlichen Geburtsvorgang. Hierbei wird das Baby durch den Geburtskanal geschoben. Auch diesen Vorgang wird der Körper selbständig regeln, aber dennoch verspürt die gebärende Frau den Drang mitzuschieben. Sowohl Frau als auch Kind helfen nun mit. Wichtig ist jetzt vor allem, dass die Frau richtig atmet und den Anweisungen der Hebamme folgt.

Oft werden zum Reduzieren oder Verhindern der Geburtsschmerzen pharmakologische und anästhesiologische Medikamente genutzt. Das Mittel der Wahl zur Reduzierung oder Verhinderung der Geburtsschmerzen bei den meisten Geburten ist die Peridualanästhesie (PDA). Bei 80 % der Frauen kommt es bei einer sachgerechten Durchführung der PDA zu einer vollkommenen Schmerzlosigkeit.[5]

Die **Nachgeburtsphase** ist schließlich ein besonderer Moment für Mutter und Kind. Die Mutter kann ihr Neugeborenes sehen und in den Händen halten. Der Säugling braucht in diesem Moment seine Mutter und den Kontakt mit ihrer warmen Haut sowie ihre Berührungen. Sobald auch die Plazenta, also die Nachgeburt, geboren wurde, gilt die Geburt als beendet. Das Neugeborene wird meist erst danach untersucht.[6]

Geburtseinleitung

Die meisten Babys werden um den errechneten Geburtstermin herum geboren, in der Regel innerhalb von zwei Wochen davor oder danach. Eine Schwangerschaft, die länger dauert als 40 Wochen (280 Tage), wird in Deutschland zunächst als Terminüberschreitung, ab Ende der 42. Woche als „übertragene" Schwangerschaft bezeichnet. Geht es der Schwangeren und dem Ungeborenen gut, besteht für beide in der ersten Woche nach dem errechneten Geburtstermin kein besonderes Risiko.

Danach erhöht sich jedoch langsam die Wahrscheinlichkeit, dass bei der werdenden Mutter oder dem Kind gesundheitliche Probleme auftreten können. Dann kann die Geburt eingeleitet oder das Baby per Kaiserschnitt entbunden werden. Normalerweise ist dies aber nicht nötig, da die Wehen auch nach dem errechneten Termin bei den meisten Frauen immer noch rechtzeitig von selbst einsetzen.

Eine Wissenschaftlergruppe des internationalen Forschungsnetzwerks Cochrane Collaboration hat untersucht, ab welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft eine Geburtseinleitung sinnvoll ist. Sie haben dazu nach Studien gesucht, in denen Schwangere eingewilligt hatten, dass die Geburt entweder zu einem festen Zeitpunkt eingeleitet wird oder nur dann, wenn Probleme auftreten. Die Frauen wurden anschließend per Zufall einer der beiden Gruppen zugeteilt. An den Studien nahmen nur Frauen teil, die kein besonderes Risiko für Geburtskomplikationen hatten.

Die Frauen, bei denen die Geburt nicht eingeleitet wurde, wurden regelmäßig untersucht, meist zweimal pro Woche. So konnten die Ärztinnen und Ärzte feststellen, ob Probleme auftreten, die doch eine Geburtseinleitung oder einen Kaiserschnitt nötig gemacht hätten. Bei den Untersuchungen wurde unter anderem das Herz des Ungeborenen elektronisch überwacht und die Fruchtwassermenge gemessen.

Insgesamt fanden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 22 Studien mit etwa 9400 Teilnehmerinnen. Die Ergebnisse zeigten: Wenn der Geburtstermin um mehr als eine Woche überschritten ist, kann eine Einleitung das Risiko senken, dass ein Baby stirbt.

Zehn Studien mit rund 6000 Frauen haben untersucht, ob eine Einleitung der Geburt eine Woche nach Termin das Risiko für den Tod eines Babys senken kann. Das wichtigste Ergebnis war:

- *Ohne Einleitung: Bei 1000 Geburten, die nicht zu einem festgelegten Zeitpunkt eingeleitet wurden, starben etwa 3 Kinder.*
- *Mit Einleitung: Bei 1000 Geburten, die nach Ende der 41. Woche eingeleitet wurden, starb weniger als 1 Kind.*

In den Studien konnte die Geburtseinleitung nach der 41. Woche also schätzungsweise 2 von 1000 Babys davor bewahren, bei oder kurz nach der Geburt zu sterben.

Durch die Geburtseinleitung nach der 41. Woche kam es zudem seltener zu anderen Problemen, wie zum Beispiel dem Einatmen von Kindspech (Mekonium), der sogenannten Mekoniumaspiration. Kindspech ist die Bezeichnung für Darminhalt, den das Baby während der Geburt ins Fruchtwasser ausscheidet. Wenn das Kind während der Geburt sehr unter Stress steht, kann es sein, dass es Kindspech einatmet und dieser in die Lunge gelangt. Eine Mekoniumaspiration kann dann schwere Atemprobleme auslösen. Die Studien zeigten dazu folgende Ergebnisse:

- *Ohne Einleitung: Etwa 11 von 1000 Babys, deren Geburt nicht zu einem festen Zeitpunkt eingeleitet worden war, hatten eine Mekoniumaspiration.*
- *Mit Einleitung: Etwa 7 von 1000 der per Geburtseinleitung zur Welt gekommenen Babys hatten eine Mekoniumaspiration.*

Bei einer Übertragung wird häufig ein Kaiserschnitt erforderlich. Dieser Eingriff kann auch mit Risiken wie Blutungen, Infektionen und Wundheilungsstörungen verbunden sein. Die Studien zur Geburtseinleitung zeigen, dass das Risiko für einen Kaiserschnitt etwas sinkt, wenn die Geburt nach der 41. Woche eingeleitet wird:

- *Ohne Einleitung: Bei etwa 180 von 1000 Frauen wurde per Kaiserschnitt entbunden.*
- *Mit Einleitung: Bei etwa 160 von 1000 Frauen wurde per Kaiserschnitt entbunden.*

Ob und wann eine Geburt eingeleitet wird, ist letztlich eine individuelle Entscheidung. Sie hängt vor allem da-von ab, ob das Risiko für Komplikationen bei der Geburt erhöht ist. Das Risiko wird unter anderem davon beeinflusst, wie weit der Termin überschritten ist, wie alt eine Frau ist und wie groß das Kind ist. [7]

2.2.3 Kaiserschnitt

Der Kaiserschnitt (Sectio caesarea) ist eine alternative Methode zur natürlichen Geburt. Primär wird er eingesetzt, wenn die Mutter das Kind nicht auf natürliche Weise gebären kann. Dort fungiert der Kaiserschnitt als lebensrettende Maßnahme. Mittlerweile haben Frauen aber häufig auch den Wunsch, das Kind per Kaiserschnitt zu bekommen, obwohl dieser Eingriff medizinisch nicht notwendig wäre. Oft denken werdende Mütter, dass mit dem Kaiserschnitt weniger Schmerzen verbunden wären als mit einer natürlichen Geburt. Die Folgen der Operation werden häufig nicht bedacht. Bei Kaiserschnitten ist der Klinikaufenthalt häufig länger als bei einer vaginalen Geburt. Ein Kaiserschnitt kann zudem das Risiko steigern, dass die Gebärmutter entfernt werden muss oder Komplikationen bei einer nächsten Schwangerschaft auftreten. Bei dem Neugeborenen können beispielsweise Schnittverletzungen oder Atemstörungen auftreten. Per Kaiserschnitt zur Welt gebrachte Kinder müssen häufiger in der Kinderklinik versorgt werden. Ein ausführliches Beratungsgespräch durch den betreuenden Arzt oder die betreuende Ärztin oder die Hebamme sollte der Entscheidung für einen Kaiserschnitt vorausgehen.

In Hessen waren im Jahr 2020 von 54.254 Geburten insgesamt 3.853 Geburten mit vaginaler operativer Entbindung, bei denen eine Geburtszange oder Saugglocke verwendet wurde, um die Geburt zu unterstützen. Insgesamt 17.748 Geburten wurden mittels Kaiserschnitt durchgeführt. Im Vergleich dazu gab es im Landkreis Fulda 2020 insgesamt 2.072 Geburten, von denen 171 vaginale operative Geburten und 603 Kaiserschnitt-Geburten waren. Abbildung 3 zeigt die verschiedenen Entbindungsarten im Vergleich zu ihrer Häufigkeit bezogen auf alle Geburten. Dabei ist erkennbar, dass sich die Anteile der Entbindungsarten über die Jahre wenig verändert haben. Vergleicht man die Zahlen mit jenen von 1991 zeigt sich, dass sich die Anzahl an Kaiserschnitten fast verdoppelt hat. Liegt der Anteil an Kaiserschnitten in Hessen 2019 bei 30,6 % aller Geburten, waren es damals lediglich 17 %. Um diesem Trend entgegenzuwirken und die natürliche Geburt mit ihren Vorteilen für Mutter und Kind zu stärken, sollte (werdenden) Müttern und Familien fachübergreifend konsentiertes, evidenzbasiertes und zugleich gut verständliches Aufklärungsmaterial zur natürlichen Geburt, z. B. in Form von Flyern, Broschüren oder Videos, zur Verfügung gestellt werden. Hilfreich ist es zudem, wenn in Geburtskliniken eine gemeinsame positive Haltung der beteiligten Fachkräfte gegenüber der natürlichen Geburt gefördert wird. Dies könnte zur Folge haben, dass Frauen sich wieder häufiger für eine natürliche Geburt entscheiden und Kaiserschnitte vorrangig aufgrund medizinischer Indikationen durchgeführt werden. Die Selbstbestimmung der Frau darf dabei aber nicht verletzt werden.

Ablauf eines Kaiserschnitts

Die Vorbereitung des Kaiserschnitts beginnt mit dem Gespräch über den Verlauf des Kaiserschnitts mit dem betreuenden Arzt oder der betreuenden Ärztin. Die Schwangere wird für die Operation vorbereitet. Dazu wird sie mit dem OP-Hemd bekleidet. Sie soll ihren Schmuck ablegen und Kontaktlinsen oder Zahnprothesen herausnehmen. Das Kind wird mithilfe des CTG beobachtet. Kommt die Schwangere in den Operationssaal, werden weitere Vorbereitungen getroffen. Der Schwangeren wird eine Narkose verabreicht, wobei im Voraus geklärt wurde, ob es eine Regionalanästhesie oder eine Vollnarkose sein soll. Wirkt die Narkose, wird die Blase entleert, um diese nicht zu verletzen. Außerdem wird die Schwangere mit sterilen Tüchern abgedeckt. Danach beginnt die Geburt. Die Geburtshelferin oder der Geburtshelfer werden einen ca. 15 cm langen Schnitt über dem Schambein anlegen und weiteres Gewebe durchtrennen, bis die Gebärmutter erreicht ist. Das Baby wird herausgehoben und anschließend an die Hebamme gegeben, die die ersten Untersuchungen durchführt und das Baby versorgt. Danach wird es an die Eltern übergeben. Dabei sollte dem Baby gleich eine körperliche Nähe geboten werden. Die Operation wird abgeschlossen, indem die Wunde genäht wird. Eine Geburt mit Kaiserschnitt dauert in der Regel zwischen 35 und 50 Minuten.

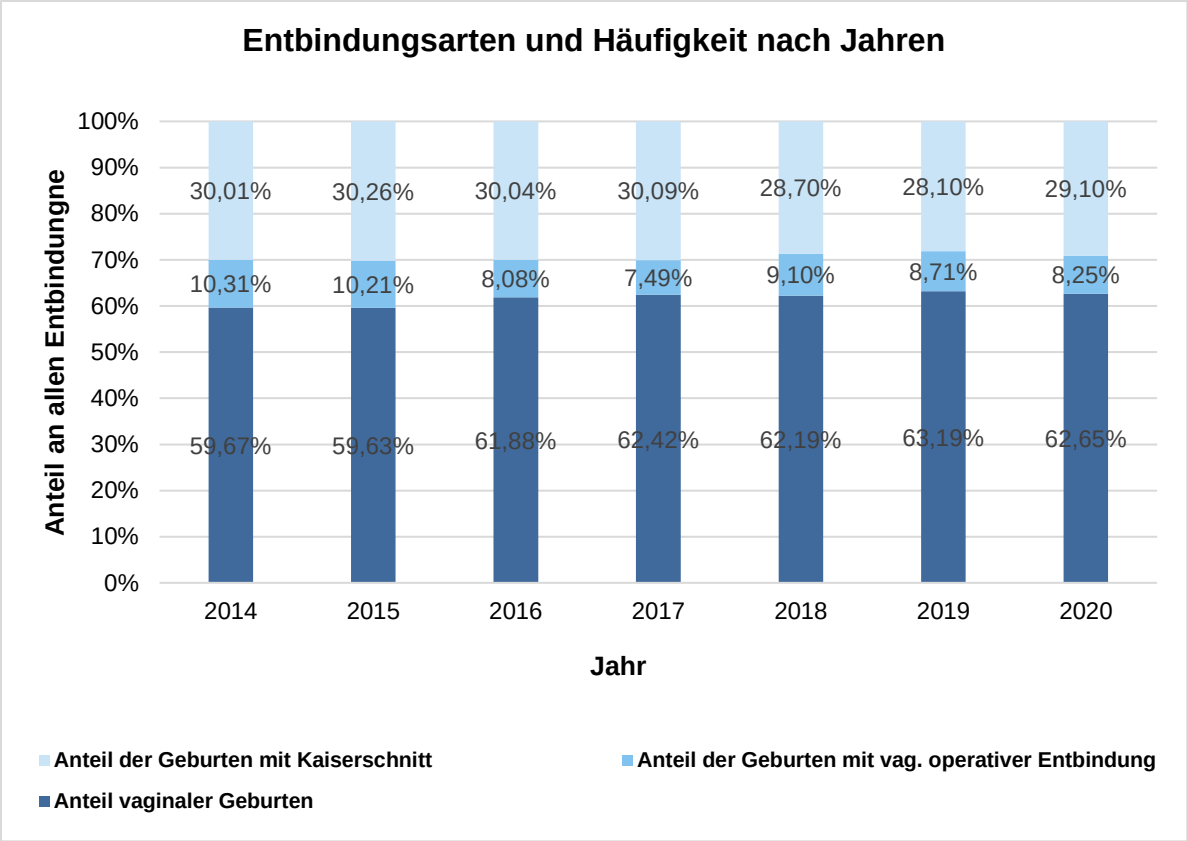

Abbildung 3 Entbindungsarten und Häufigkeit nach Jahren im Landkreis Fulda (Quelle: GQH, eigene Darstellung)

2.2.4 Geburtenrate im Landkreis Fulda

Tabelle 4 bildet die Anzahl der Geburten und der geborenen Kinder im Landkreis Fulda ab. Der Unterschied ergibt sich daraus, dass eine Mehrlingsgeburt nur als eine Geburt gezählt wird, jedoch mehr Kinder geboren werden.

Jahr	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl der geborenen Kinder	2 030	1 926	2 102	2 132	1 987	2 088	2 107
Anzahl der Geburten	1 999	1 900	2 054	2 097	1 944	2 043	2 072

Tabelle 4 Anzahl der Geburten und geborenen Kinder im Landkreis Fulda (Quelle: GQH)

Tabelle 5 vergleicht die Anzahl der Lebendgeburten im Landkreis Fulda mit den Zahlen im Bundesland Hessen. Die Anzahl der Lebendgeborenen ist in den letzten Jahren, mit leichten Schwankungen, sowohl im Landkreis Fulda als auch in Hessen, angestiegen.

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fulda	1 809	1 772	1 900	1 912	1 968	2 134	2 159	2 038	2 055	2 120
Hessen	51 479	51 607	52 185	54 631	56 889	60 731	60 988	61 012	60 062	59 389

Tabelle 5 Anzahl der Lebendgeborenen im Landkreis Fulda und in Hessen (Quelle: HSL) [8,9]

Die allgemeine Geburtenziffer, also die Zahl der Geburten im Landkreis Fulda und in Hessen war zwischen 2009 und 2012 schwankend, steigt jedoch seit 2013 wieder an und liegt für 2020 in Hessen bei 54.254 Geburten und bei 59.389 Lebendgeborenen.

Aus Perspektive der Bevölkerungsentwicklung ist die Anzahl der Geburten pro Frau im gebärfähigen Alter von Bedeutung. Eine stabile Bevölkerungszahl ist bei ca. 2,1 Lebendgeborenen pro Frau zu erwarten. Für das Land Hessen hat das Hessische Statistische Landesamt die Anzahl der Lebendgeborenen je Frau im gebärfähigen Alter (festgelegt 15-49 Jahre) bestimmt (Tabelle 6), für die Landkreise liegen nur Daten für die Jahre 2014 – 2020 vor):

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fulda					1,55	1,57	1,68	1,68	1,58	1,58	1,62
Hessen	1,39	1,39	1,40	1,41	1,46	1,50	1,59	1,58	1,57	1,54	1,52

Tabelle 6 Lebendgeborene je Frau im Alter von 15 bis 49 Jahren im Landkreis Fulda und in Hessen (2010 - 2020) (Quelle: HSL)[10,11]

Seit Bestimmung der Kennzahl im Jahr 1970 liegt die Anzahl der Lebendgeborenen pro Frau im gebärfähigen Alter in Hessen unter zwei mit dem Minimum von 1,19 im Jahr 1985. Ohne Zuwanderung wäre daher in Hessen von einer schrumpfenden Bevölkerung auszugehen. Die Zahlen des Landkreises Fulda liegen über den hessischen, aber ebenfalls unter 2,1.

2.2.5 Medizinische Notfälle

Es gibt einige medizinische Notfallsituationen, die rund um die Geburt auftreten können. In medizinischen Notfallsituationen ist ein Arzt oder eine Ärztin hinzuzuziehen. Im Folgenden werden Beispiele für solche Notfälle aufgeführt:

Die **Fruchtwasserembolie** wird durch das Eindringen von Fruchtwasser und seinen Bestandteilen in das mütterliche Gefäßsystem ausgelöst. Es kommt zu einem Schockgeschehen mit Herz-Kreislauf-Stillstand bei der Mutter und einer Störung der Gerinnung mit schweren Blutungen. Die Fruchtwasserembolie kommt sehr selten vor, ist jedoch ein Notfall, bei dem schnell gehandelt werden muss, da sie sowohl für die Mutter als auch für das Kind lebensbedrohlich ist. Eine Fruchtwasserembolie kann von der 25. SSW bis zu 24 Stunden nach der Geburt auftreten.[12]

Bei der **Uterusruptur** reißt die Gebärmutterwand. Es wird die komplette Uterusruptur von der gedeckten Uterusruptur unterschieden. Bei der kompletten Uterusruptur kommt es zu einem vollständigen Riss der Gebärmutterwand, sodass der Fetus bzw. die Plazenta in der freien Bauchhöhle liegen. Bei der gedeckten Uterusruptur reißt eine bereits bestehende Uterusnarbe ohne offene Verbindung mit der Bauchhöhle. Je nach Ausmaß der Verletzung kommt es zu einer Blutung, die zu einem Kreislaufschock führen kann. Die akute Bedrohung von Mutter und Kind erfordert einen notfallmäßigen Kaiserschnitt. Die Gebärmutterwunde kann sofort chirurgisch versorgt werden. Oft können Uterusrupturen durch eine gute Betreuung vor und während der Geburt verhindert werden.[13]

Eine **vorzeitige Plazentalösung** bezeichnet die teilweise oder vollständige Ablösung der Plazenta von der Gebärmutterwand vor der Geburt des Kindes. Je nachdem an welcher Stelle sich die Plazenta ablöst, entsteht eine Blutung nach innen (retrochoriales Hämatom) oder nach außen (vaginale Blutung). Ein erhöhtes Risiko für eine vorzeitige Plazentalösung entsteht beispielsweise durch einen Sturz, einen Verkehrsunfall, eine Uterusfehlbildung oder eine schwangerschaftsbedingte Erkrankung. Tritt der Fall ein, wird zunächst beurteilt, wie es um die Gesundheit der Mutter und des Kindes steht. Wenn das Kind bereits als überlebensfähig eingeschätzt wird, wird meistens wird ein Kaiserschnitt durchgeführt.[14]

Zu **Nabelschnurkomplikationen** gehören unter anderem der Nabelschnurvorfall und die Nabelschnurumschlingung. Die Nabelschnurumschlingung kann teilweise schon während der Schwangerschaft auftreten. Sie bezeichnet die ein- oder mehrfache Umschlingung eines oder mehrerer Körperteile durch die Nabelschnur. Gefährlich wird sie bei der Geburt, wenn das Kind in den Geburtskanal rutscht. Dort können beim Fetus durch das Straffen der Nabelschnur die Blutzufuhr gedrosselt und somit die Herztöne geschwächt werden. Ein Nabelschnurvorfall tritt dann auf, wenn bei einer geplatzten Fruchtblase eine Schlinge der Nabelschnur zwischen dem Fetus und dem Geburtskanal liegt und diese durch das Herausrutschen des Kindes abgeklemmt werden kann. Dabei kann es zu einem Sauerstoffmangel des ungeborenen Kindes kommen. Tritt dies auf, sollte die Schwangere unverzüglich entbinden oder ein Not-Kaiserschnitt durchgeführt werden.[15]

Die **Schulterdystokie** ist eine Blockade der Schulterrotation nach der Geburt des Kopfes des Kindes. Die Schultern können nicht der Rotation des Kopfes durch den Geburtsweg folgen, sodass sie sich „verhaken". Eine primäre Schulterdystokie tritt durch eine Bewegungsbehinderung bei einem sehr großen Kind auf. Eine sekundäre Schulterdystokie kommt bei einem Fehlen kindlicher Stellreflexe vor. Meist kann durch Verfahren wie eine geänderte Lage der Mutter ein sicheres Gebären ohne ein hohes Risiko für Mutter und Kind gewährleistet werden, in seltenen Fällen sind invasivere Ansätze notwendig.[16]

Die genannten medizinischen Notfälle bilden nur eine kleine Auswahl möglicher Komplikationen unter der Geburt bzw. in der Schwangerschaft ab. Bei Blutungen oder Auffälligkeiten in der Schwangerschaft sollte stets Vorsicht geboten sein und eine medizinische Einrichtung aufgesucht werden.

Müttersterblichkeit und Säuglingssterblichkeit gehören zu den bedeutendsten Indikatoren zur Einschätzung der Versorgung Schwangerer und Neugeborener. In Tabelle 7 wird die Müttersterblichkeit und Anzahl von Totgeburten sowie gestorbenen Säuglingen (im ersten Lebensjahr) in den Jahren 2017 bis 2020 für das Land Hessen und den Landkreis Fulda dargestellt.

	Fulda				Hessen			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Müttersterblichkeit	0	0	0	1	1	2	1	2
Totgeburten	12	6	11	6	249	239	221	231
Säuglingssterblichkeit	9	7	7	5	183	188	185	160

Tabelle 7 Müttersterblichkeit, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in Hessen und im Landkreis Fulda (Quelle: Auf Anfrage zur Verfügung gestellte Daten von GQH und HSL)

Bei der Säuglingssterblichkeit zeigt sich im Vergleich der Jahre eine leichte Reduzierung in der Anzahl. Die Anzahl der Totgeburten schwankt. Insbesondere beim Vergleich der Häufigkeit von Risikoschwangerschaften mit der Müttersterblichkeit bzw. Totgeburten sind diese auf alle Risikoschwangerschaften gesehen sehr seltene Ereignisse. Da diese Ereignisse trotz ihrer Seltenheit sehr einschneidend und tragisch sind, könnte ein Runder Tisch für Totgeburten und Säuglingssterblichkeit ins Leben gerufen werden. Hiermit könnten die Ereignisse aufgearbeitet und ggfs. Schlüsse gezogen werden, um mögliche Versorgungsdefizite zu identifizieren und entsprechende Präventionsmaßnahmen zu initiieren um die Zahl der Totgeburten bzw. die Säuglingssterblichkeit zukünftig weiter zu senken.

Neben den medizinischen Komplikationen können Erfahrungen von Respektlosigkeit oder Gewalt während der Geburt negative mittel- bis langfristige Folgen haben (siehe auch 2.1.4). Dies können beispielsweise die Durchführung geburtshilflicher Maßnahmen ohne Einverständnis der Gebärenden, physische Gewalt, Verletzung der Privatsphäre, verbale Gewalt und Vernachlässigung sein. Diese schlechten Erfahrungen der Frauen können sich ebenfalls auf das Risiko für psychische Erkrankungen direkt nach der Geburt und/oder im Wochenbett auswirken.[17]

2.2.6 Besondere Situation: Frühgeburt

Je entwickelter das Kind ist, desto lebensfähiger ist es. Eine Geburt gilt als Frühgeburt, wenn ein Kind vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren wird. Dieses Kind benötigt meist eine besondere Betreuung. Den Eintritt einer Frühgeburt merkt eine werdende Mutter an dem Auftreten verfrühter Wehen, einem vorzeitigen Blasensprung oder einer frühzeitigen Erweiterung des Muttermundes. Um das Risiko für eine Frühgeburt zu verringern, sollten Risikofaktoren wie Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum vermieden werden. Ungünstige Faktoren wie eine hohe psychische Belastung und kritische Befunde wie eine Scheiden- oder Harnwegsinfektion können zur Frühgeburt beitragen. Wenn medizinisch nichts dagegenspricht, wird versucht, das Kind so lange wie möglich im Mutterleib zu behalten, da es sich dort am besten entwickeln kann. Eltern stellt die Geburt eines Frühchens vor besondere Herausforderungen: Eltern mit Frühchen, die eine geringe Überlebenschance haben, müssen sich auf einen möglichen Verlust des Kindes einstellen. Sie müssen sich gut organisieren, damit sie das Kind im

Krankenhaus besuchen können und die besondere Fütterung des Kindes oder den besonderen Umgang mit dem Kind berücksichtigen. Das Krankenhauspersonal kann hierbei unterstützen und professionelle Hilfe anbieten.[18] Hilfe und Beratungsstellen im Landkreis Fulda sind im Anhang unter Kontaktdaten aufgeführt. Weitere Informationen rund um die Frühgeburt gibt es z. B. auf der Internetseite des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e.V..

2.2.7 Besondere Situation: Fehlgeburt

Eine Fehlgeburt tritt auf, wenn eine Schwangerschaft beendet wird, bevor das Kind lebensfähig ist. Unter Medizinerinnen und Medizinern wird von einem Abort gesprochen. Dabei werden verschiedene Formen der Fehlgeburt unterschieden:

- **Frühabort:** Fehlgeburten bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche,
- **Spätabort:** Fehlgeburten nach der 12. Schwangerschaftswoche,
- **Abortus incipiens:** Fehlgeburt, die durch eine Therapie nicht mehr aufgehalten werden kann,
- **Abortus incompletus:** Fehlgeburt, bei welcher nicht das komplette Schwangerschaftsgewebe ausgeschieden wird, sodass eine Ausschabung durchgeführt werden muss,
- **Abortus completus:** Fehlgeburt, bei welcher das gesamte Schwangerschaftsgewebe ausgestoßen wurde und die Blutung zum Stillstand kam,
- **Abortus imminens:** auftretende Blutungen bei erhaltender Schwangerschaft (drohende Fehlgeburt),
- **Missed abortion:** Fehlgeburt ohne Blutungen und Wehentätigkeiten, bei der der Tod des Kindes beim Ultraschall festgestellt wird und eine Ausschabung folgen muss,
- **Habitueller Abort:** mindestens drei Fehlgeburten in Folge mit demselben Partner,
- **Vanishing twin:** Abstoßung eines Embryos bei einer Mehrlingsgeburt im ersten Schwangerschaftsdrittel.

Gerade Frühaborte treten häufig unbemerkt auf. Meistens erkennt man eine Fehlgeburt an einer eintretenden Blutung während der Schwangerschaft und Wehen, die oft als eine Art Menstruationsschmerzen wahrgenommen werden. Risikofaktoren für Fehlgeburten können sowohl von Seiten des Vaters als auch der Mutter vorliegen. Ursachen für Fehlgeburten sind z. B. Infektionen, Diabetes mellitus oder genetische Störungen.[19]

Fehlgeburten sind eine psychische Belastung für die Eltern. Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, empfinden häufig Trauer, Schuldgefühle und Wut, welche sich bei einer wiederholten Fehlgeburt verstärken können. Auch Männer können diese Emotionen empfinden – vor allem, wenn sie bei wiederholten Fehlgeburten denken, dass die Ursache für die Fehlgeburt bei ihnen liegt. Es ist wichtig, sich aussprechen zu können.[20] Deshalb ist eine psychosoziale Beratung von Bedeutung. Im Landkreis Fulda gibt es Beratungsstellen, die bei der Betreuung helfen können.

2.3 Das Wochenbett

Die Nachgeburtsphase wird als Wochenbett bezeichnet. Sie beginnt nach der Geburt und dauert ca. sechs bis acht Wochen nach der Entbindung an. Dabei werden das „Frühe Wochenbett“ mit den ersten zehn Tagen ab der Geburt und das darauffolgende „Späte Wochenbett“ unterschieden. In dieser Zeit bilden sich die schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen bei der Frau zurück, das Neugeborene passt sich den neuen Lebensbedingungen außerhalb des Bauches und die Familie ihre Tagesabläufe dem Familienzuwachs an.

Die Familiendynamik erlebt in dieser Phase, insbesondere beim ersten Kind, einschneidende Umwandlungsprozesse. Das Paar wird zur Familie, Frau und Partner nehmen die Elternrolle an: In der Zeit nach der Schwangerschaft und der Geburt kommen die Mutter, ihr Partner und das Neugeborene in ihre Familienrollen. Jetzt kann es sich auszahlen, wenn vorher über die neuen Rollen gesprochen wurde, um Konflikte zu vermeiden.

Jede gesetzlich krankenversicherte Frau hat nach der Geburt zwölf Wochen lang, bei Bedarf auch bis zum Ende der Stillzeit, Anspruch auf Hebammenleistungen. Die Hebamme unterstützt Mutter und Kind im Wochenbett und hilft bei Fragen weiter. Hilfeleistungen durch eine Hebamme können zu Hause, am Telefon, per Mail oder in einer Hebammenpraxis erfolgen.[21]

Neben dem Zusammenwachsen der Familie und der Sorge für das Kind stellt gerade für den mütterlichen Körper die Wochenbettzeit eine besondere Herausforderung dar: Beispiele dafür sind die neben den genannten Rückbildungen schwangerschafts- und geburtsbedingter körperlicher Veränderungen die Möglichkeit, das Kind zu stillen oder im Verlaufe der Geburt aufgetretene Verletzungen an Damm und Vulva zu heilen. Hinzu können auf der psychischen Ebene Wochenbettdepressionen entstehen.

2.3.1 Frühe Entwicklungsphase des Neugeborenen

Das Neugeborene muss sich nach der Geburt an die neuen Lebensbedingungen außerhalb des mütterlichen Körpers anpassen. Es muss eigenständig atmen, den Körperkreislauf regeln und die Verdauung anpassen. Auch der Schlaf-Wach-Rhythmus sowie der Rhythmus des Hungergefühls und Sattseins muss sich neu orientieren. Das Baby muss sich in der neuen Umgebung einrichten und zurechtfinden. Es baut eine Beziehung zu den Eltern auf. Das Schreien ist eine innere Erregung des Kindes, und es muss lernen, sich selbst zu beruhigen. Die Eltern können das Kind dabei unterstützen. Schreit das Kind sehr häufig, sollten die Eltern sich Rat von Hebammen, Ärztinnen bzw. Ärzten oder Fachstellen einholen.[22]

Schreikind

Genaue Ursachen für das unstillbare Schreien sind bis heute noch ungeklärt. Vermutlich können sich Babys noch nicht ihrem Alter entsprechend selbst beruhigen und haben eine Regulationsstörung. Für Eltern ist das oft eine Belastung, da sie denken, sie machen etwas falsch. Die dadurch entstehende Unruhe ist nicht förderlich für das Schreikind – es entsteht ein Teufelskreislauf. Deshalb sollten die Eltern ruhig bleiben und sich bei Bedarf beraten lassen. Bisher sind keine Spätfolgen von Schreikindern bekannt.

Einige Hebammen im Landkreis Fulda bieten eine Schreiberatung an.

Außerdem können Eltern sich durch das Projekt Schreiberatung von Stadt und Landkreis Fulda Unterstützung suchen, wenn das Kind über das normale Maß hinaus schreit und die medizinische Sichtweise bereits abgeklärt wurde. Die Schreiberatung ist ein präventives Unterstützungsangebot für Eltern von Kindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres. Ziel ist es, die Eltern-Kind-Bindung zu verbessern und das Entwickeln von Handlungsstrategien sowie Perspektiven im Umgang mit dem Kind und das Verstehen von kindlichen Signalen zu erlernen.

Das Neugeborene kann direkt nach der Geburt sehen, jedoch noch sehr verschwommen. Das Sehvermögen entwickelt sich mit der Zeit und die Linse wird flexibel, damit das Kind auch in der Ferne etwas erkennen kann. Das Gehör des Kindes ist während der Schwangerschaft schon voll ausgebildet. Eltern können selbst beobachten und testen, ob das Kind hört – vor allem durch die Reaktion auf Geräusche. Das Hören ist für die spätere Sprachentwicklung von großer Bedeutung. Durch beispielsweise Mittelohrentzündungen kann das Hörvermögen jedoch beeinträchtigt werden. Nach der Geburt und in den ersten Monaten verständigt sich das Baby mit Schreien. Bei der motorischen Entwicklung besteht zeitlich die größte Individualität. Die Kinder fangen an, den Kopf selbst zu halten und sich selbst zu drehen. Das Greifen ist bei den Babys zunächst noch ein Reflex. Das Denken des Kindes entwickelt sich ebenfalls mit der Zeit. In den ersten Lebensmonaten nimmt das Kind die Dinge so hin, wie sie sind. Alltägliche Dinge zu erkennen und zu unterscheiden erlernt das Kind erst nach ca. 6-8 Monaten. Gefühle kann das Kind zunächst nicht verstehen und lediglich Ekel, Interesse, Vergnügen und Überraschung zeigen. Die Entwicklung einzelner Kinder läuft hierbei individuell und nicht nach einem Programm mit festen Fristen. Große Verzögerungen oder Auffälligkeiten sollten mit der Hebamme besprochen oder ggf. ein Arzt oder eine Ärztin aufgesucht werden.[23]

Nestschutz

Nestschutz ist die umgangssprachliche Bezeichnung für den vorübergehenden spezifischen Schutz eines Neugeborenen gegen einige Infektionskrankheiten durch von seiner Mutter übermittelte IgG-Antikörper. Diese Leihimmunität entspricht einer passiven Immunisierung und baut sich über die ersten Lebensmonate ab.

2.3.2 Elternzeit

Die Elternzeit ist ein Anspruch des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin gegenüber dem Arbeitgeber. Jeder Elternteil hat Anspruch auf bis zu drei Jahre Elternzeit zur Betreuung und Erziehung seines Kindes. Während der Elternzeit müssen die Eltern nicht arbeiten. Falls sie nicht berufstätig sind, erhalten sie auch keinen Lohn. Eltern können jedoch, wenn sie das möchten, während der Elternzeit in Teilzeit

arbeiten. Bei gleichzeitiger Elternzeit können sie insgesamt 64 Wochenstunden (32 + 32) erwerbstätig sein.

Das Arbeitsverhältnis bleibt während der gesamten Elternzeit bestehen. Ist sie abgelaufen, besteht ein Anspruch auf Rückkehr zur früheren Arbeitszeit. Da das Arbeitsverhältnis während der Elternzeit lediglich ruht und mit dem Ende der Elternzeit wieder vollständig auflebt, ist die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer gemäß der im Arbeitsvertrag getroffenen Vereinbarungen zu beschäftigen. Während der gesamten Elternzeit besteht ein besonderer Kündigungsschutz. […]

Der Kündigungsschutz für eine Elternzeit innerhalb der ersten drei Lebensjahre des Kindes beginnt ab der Anmeldung der Elternzeit, frühestens acht Wochen vor Beginn der Elternzeit.

Für eine Elternzeit zwischen dem dritten Geburtstag und der Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes besteht Kündigungsschutz auch ab der Anmeldung - frühestens 14 Wochen vor Beginn der Elternzeit. Nur in besonderen Fällen kann ausnahmsweise eine Kündigung für zulässig erklärt werden. Die Klärung der Zulässigkeit erfolgt durch die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder durch eine von ihr bestimmte Stelle.

In allen Fällen endet der Kündigungsschutz mit Ablauf der Elternzeit. [24]

2.3.3 Behördengänge nach der Geburt des Kindes

Nach der Geburt des Kindes sind verschiedene verwaltungsrechtliche Aufgaben zu erledigen. Im Folgenden werden einige Beispiele aufgeführt:

Das Kind benötigt eine **Geburtsurkunde**. Dafür muss nach spätestens einer Woche beim Standesamt eine Geburtsanzeige vorliegen. Ist das Kind in einer Klinik im Landkreis Fulda geboren, übernimmt diese in der Regel die Geburtsanzeige des Kindes beim Standesamt.

Es ist außerdem sinnvoll, zeitnah nach der Geburt die **Krankenversicherung** für das Kind zu klären. Das Kind ist zunächst bei einem Elternteil mitversichert.

Die Meldung des Kindes beim **Einwohnermeldeamt** sollte auch zeitig nach der Geburt erfolgen.

Aktuelle Informationen zu den Behördengängen und den jeweiligen Öffnungszeiten finden Sie auf den Webseiten von Krankenversicherungen, Arbeitsbehörden, Landkreis und Gemeinden.

3 Medizinische Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

Um sowohl die werdende Mutter als auch das Kind bestmöglich zu versorgen, werden bereits ab dem ersten Trimester Vorsorgeuntersuchungen angeboten. Es gibt für Mutter und Kind jeweils verschiedene Untersuchungen. Bei den empfohlenen Untersuchungen werden die Kosten von den Krankenkassen getragen.

3.1 Medizinische Betreuung vor der Geburt

Die Frau hat einen gesetzlichen Anspruch auf ausreichende Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt. Die **Schwangerenvorsorge** sowie die Betreuung durch eine Hebamme oder durch eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen sind für die Frau wichtig.

In der Regel erfolgt die erste Vorsorge am Ende des ersten Trimesters. Die Schwangerenvorsorge kann sowohl durch eine gynäkologische Praxis als auch eine Hebamme geleistet werden. Die werdenden Eltern sollten sich im besten Falle frühzeitig damit befassen, von wem die Betreuung während der Schwangerschaft durchgeführt werden soll. Gerade Frauenarztpraxen vergeben Termine zur Vorsorge vorzugsweise weit im Voraus, und auch Hebammen sind häufig ausgebucht. Wichtig ist, dass Familien das Wissen erhalten, dass sie einen gesetzlichen Anspruch auf die Hebammenbetreuung haben.

Abbildung 4 Mutterpass des GBA (Quelle: https://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/)

Die Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft sollte so bald wie möglich nach Ausbleiben der Regelblutung stattfinden. Diese Untersuchung oder ein Schwangerschaftstest sind nicht Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge.

Die Erstuntersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst bald stattfinden. Dabei werden erfasst

- *die Familiengeschichte (Anamnese)*
- *die Eigenanamnese*
- *die Schwangerschaftsanamnese*
- *die Arbeits- und Sozialanamnese*
- *die gynäkologische Untersuchung*
- *Urinuntersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion*
- *das Körpergewicht der Schwangeren*
- *der Blutdruck*
- *Urinwerte (Eiweißgehalt, Zucker und Sediment; ggf. Bakterien)*
- *Hämoglobingehalt des Blutes*
- *evtl. Anzahl der Erythrozyten (je nach Hämoglobingehalt)*
- *Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors, Antikörpersuchtest (ggf. Bestimmung der Spezifität und des Titers), LSR-Test und auf Wunsch HIV-Test*

Die folgenden Untersuchungen finden bis zur 32. SSW alle 4 Wochen statt. Danach wird der Rhythmus auf einen 2-wöchigen Abstand verkürzt. Insgesamt ergeben sich dadurch 10 bis 12 Termine. Es werden dabei jeweils folgende Untersuchungen durchgeführt:

- *Gewichtsmessung*
- *Blutdruckmessung*
- *Untersuchung des Urins auf Eiweiß- und Zuckergehalt, Sediment und ggf. Bakterien*
- *Bestimmung des Hämoglobingehaltes, Bestimmung der Erythrozyten, wenn der Hämoglobingehalt < 11,2 g/ml ist.*
- *Feststellung des Höhenstandes des Gebärmutterfundus*
- *Kontrolle der Herztöne des Kindes*
- *Feststellung der Lage des Kindes*

- *Ultraschallscreening-Untersuchungen während der Schwangerschaft (Im Verlauf der Schwangerschaft werden drei Ultraschalluntersuchungen (Ultraschall-Screening) angeboten: Schwangerschaftswoche 8 + 0 bis 11 + 6 SSW (1.Screening), 18 + 0 bis 21 + 6 SSW (2.Screening) ,28 + 0 bis 31 + 6 SSW (3.Screening))*[25]

Nach §7 des Mutterschutzgesetzes hat der Arbeitgeber eine Frau für die Zeit freizustellen, die zur Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Entsprechendes gilt zugunsten einer Frau, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Die Freistellung für Vorsorgeuntersuchungen umfasst nicht nur die Dauer der Untersuchung, sondern auch die Zeit, die die Schwangere für ihre Vorbereitung braucht, zum Beispiel waschen und umkleiden, sowie die Anfahrtszeit. Die Wahrnehmung des Termins darf keinen Verdienstausfall nach sich ziehen.

Allerdings sollte die Arbeitnehmerin bei der Terminvereinbarung auf betriebliche Belange Rücksicht nehmen. Dazu gehört, dem Arbeitgeber den Vorsorgetermin so frühzeitig mitzuteilen, dass er sich beispielsweise organisatorisch auf den Ausfall der Arbeitskraft einstellen kann.

Wenn sich ein Untersuchungstermin ohne Schwierigkeiten außerhalb der Arbeitszeit vereinbaren lässt, braucht der Arbeitgeber eine Arbeitsbefreiung nicht zu erteilen. Findet der Termin in der Arbeitszeit statt, muss die Schwangere eine Bescheinigung über den Vorsorgetermin vorlegen, wenn es der Arbeitgeber verlangt.[26]

Die Schwangerschaft ist sowohl für Mutter als auch Kind eine Zeit der ständigen Veränderung. Die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu, die Entwicklung von Mutter und ungeborenem Kind kontinuierlich zu beobachten und gegebenenfalls Komplikationen frühzeitig erkennen zu können. Hierfür sollten die Entwicklungen im Mutterpass, der nach Feststellung der Schwangerschaft von der Hebamme oder vom Gynäkologen ausgestellt wird, dokumentiert werden.

Mit den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) können die Schwangere und auch der Partner sich über die medizinischen Untersuchungen aufklären und informieren. Sie dienen zudem als Interpretationshilfe der Ergebnisse. Fast alle Vorsorgeuntersuchungen können von Hebammen und Ärztinnen bzw. Ärzten durchgeführt werden. Lediglich die Ultraschalluntersuchung obliegt allein einer Ärztin bzw. einem Arzt. Im Falle einer Risikoschwangerschaft sollte eine gynäkologische Fachkraft die Betreuung übernehmen. Generell ist zu empfehlen, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Schwangerenvorsorge gestärkt wird, damit (werdende) Eltern sich fundiert informieren können. Zwar sollte die Gesundheitskompetenz im besten Fall schon viel eher, etwa in der Schule, gefördert werden, kann aber trotzdem einen wichtigen Baustein in der Schwangerenvorsorge einnehmen.

Schwangeren werden häufig auch zusätzliche Untersuchungen angeboten, beispielsweise die Pränataldiagnostik. Jedoch sind nicht alle Angebote sinnvoll, und der gesundheitliche Nutzen ist teilweise unklar. Allgemein kann sich bei den Untersuchungen danach gerichtet werden, was die Krankenkasse bezahlt. Wenn die Krankenkassen die Kosten für einzelne Leistungen nicht übernehmen, können hierfür Gründe vorliegen.[27] Mit der betreuenden Gynäkologin oder dem betreuenden Gynäkologen sollten Vor- und Nachteile von Untersuchungen und anderen Leistungen den individuellen Bedürfnissen ent-

Der Unterschied zwischen Vorsorge und Pränataldiagnostik

Spezielle Untersuchungen, die über die regulären Vorsorgeuntersuchungen hinausgehen, werden unter Pränataldiagnostik zusammengefasst. Ziel solcher Untersuchungen ist es, mögliche Fehlbildungen, erblich bedingte Erkrankungen und Chromosomen-Abweichungen des ungeborenen Kindes zu untersuchen. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten in der Regel nicht.

Gerade bei Risikoschwangerschaften werden solche Untersuchungen angesetzt. Zu beachten ist:

- Die Verunsicherung der werdenden Eltern
- Die Testergebnisse sind häufig nicht eindeutig
- Der Schweregrad ist nicht eindeutig vorhersagbar
- Einige Behinderungen und Entwicklungsstörungen können zwar pränatal diagnostiziert, jedoch nicht pränatal behandelt werden
- Nicht selten: falsch-positive Testergebnisse

sprechend abgestimmt werden. Wichtig ist dabei: Die zusätzlichen Leistungen sind nicht immer risikolos. So sind z. B. Ultraschalluntersuchungen, die nicht explizit ärztlich angeordnet sind, seit dem 01.01.2021 verboten. Die ungeborenen Kinder können von einer zu hohen und zu intensiven Strahlenintensität geschädigt werden.[28] Weitere Bewertungen zu individuellen Gesundheitsleistungen können z. B. dem IGeL-Monitor entnommen werden: https://www.igel-monitor.de/.

3.2 Medizinische Betreuung nach der Geburt

Nach der Geburt werden sowohl die Mutter als auch das neugeborene Kind medizinisch betreut. Die medizinische Betreuung des Kindes ist von besonderer Bedeutung. Die Vorsorgeuntersuchungen überprüfen und beobachten den Entwicklungsprozess sowie frühzeitig das Auftreten verschiedener Krankheiten. Durch solch präventive Ansätze sollen eine gute Entwicklung des Kindes gewährleistet und somit das Auftreten oder die Verschlimmerung von Krankheiten verhindert werden.

3.2.1 U-Untersuchungen

Die zwölf U-Untersuchungen sind Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum Alter von zehn Jahren. Die ersten zehn (U1 bis U9 inkl. U7a) finden vor der Einschulung statt. Sie sind durch die Kinderrichtlinie des G-BA geregelt und somit Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. In Hessen sind die U-Untersuchungen U1 bis U9 seit 2009 verpflichtend. In den hier betrachteten Zeitraum des ersten Lebensmonats fallen die U1 bis U3:

Die **U1-Untersuchung** wird direkt nach der Geburt durchgeführt. Dabei schaut der Arzt bzw. die Ärztin oder die Hebamme, ob das Kind sich nach der Geburt auf die neue Lebenssituation anpassen und eine Verletzung des Kindes durch die Geburt ausgeschlossen werden kann. Das **A**ussehen (Hautfarbe), der **P**uls (Herzschlagfrequenz), der **G**rundtonus (Muskeltonus), die **A**tmung und die **R**eflexe (APGAR-Wert) und somit die Anpassung des Kindes an das Leben außerhalb des Mutterleibes werden überprüft, und es wird geschaut, ob die Luft- und Speiseröhre des Kindes frei sind. Der Arzt bzw. die Ärztin oder die Hebamme wiederholt die Untersuchung nach fünf und zehn Minuten noch einmal. Es wird dem Neugeborenen Vitamin K zugeführt, welches die Bindung von Blutgerinnungsfaktoren fördert. Zudem wird das Blut getestet. Die Hebamme misst das Körpergewicht, die Körpergröße und den Kopfumfang.

Die **U2-Untersuchung** erfolgt nach dem dritten bis zehnten Lebenstag. Sie wird entweder in der Klinik oder bei einem beliebigen betreuenden Arzt oder einer beliebigen betreuenden Ärztin durchgeführt, wenn Mutter und Kind schon aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Das Kind wird auf kritische Herzfehler, Stoffwechselstörungen und ggfs. Mukoviszidose (Cystische Fibrose (CF)) untersucht (siehe Abschnitt 3.2.2). Zudem wird ein Hörtest durchgeführt, sofern dies noch nicht erfolgt ist. Schwerpunkt der U-Untersuchung ist das Erkennen von angeborenen Erkrankungen und Fehlbildungen. Hierzu gehört beispielsweise die Gelbsucht. Es wird besonders auf die Haut, die Sinnesorgane, die Geschlechtsorgane, die Brust- und Bauchorgane, den Kopf und das Muskel-Skelett-System geachtet. Zudem werden die Eltern über regionale Unterstützungsangebote wie beispielsweise die Frühen Hilfen informiert und zu bestimmten Themen wie der Ernährung und dem Stillen beraten. Das Kind wird in dieser und auch in allen folgenden Untersuchungen gewogen und gemessen.

Die **U3-Untersuchung** erfolgt in der vierten bis fünften Lebenswoche. Die Ärztin oder der Arzt achtet auf die altersgerechte Entwicklung von Reflexen und Reizwahrnehmung. Die Hüftgelenke werden mit dem Ultraschall auf vorhandene Fehlstellungen untersucht. Um eventuelle Fragen des Arztes oder der Ärztin beantworten zu können, sollten die Eltern im Vorfeld der Untersuchung darauf achten, wie sich das Kind in verschiedenen Situationen verhält. Bei dieser und folgenden U-Untersuchungen ist immer die altersgemäße Entwicklung zu bewerten. Die Eltern bekommen zudem eine Beratung, beispielsweise zum Thema Impfen, unter der U3-Untersuchung kann die Rotaviren-Impfung erfolgen, oder wenn das Kind vermehrt schreit.

Bei den U2- bis U9-Untersuchungen werden Beratungsgespräche geführt, die zum Entwicklungsstand des Kindes passen und auf die jeweiligen Bereiche der Entwicklung des Kindes abzielen. Die U-Untersuchungen sind in einem Untersuchungsheft des Gemeinsamen Bundesausschusses[29] aufgelistet. Dieses Heft wird von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellt.

3.2.2 Neugeborenen-Stoffwechselscreening

Über die U-Untersuchungen hinaus wird im Laufe des zweiten bis dritten Lebenstages eine Untersuchung im Rahmen des Neugeborenen-Stoffwechselscreenings angeboten. Der Umfang der Untersuchungen ist in der Kinder-Richtlinie G-BA geregelt. Krankheiten, die im Rahmen des Neugeborenen-Stoffwechselscreenings identifiziert werden, zeichnen sich durch besondere Eigenschaften aus:

Die untersuchten Erkrankungen machen sich zum Zeitpunkt nach der Geburt noch nicht bemerkbar, sind in der Familie oft noch nie aufgetreten, aber sie können im Laufe des Lebens die Gesundheit erheblich beeinflussen (z. B. schwere Infektionen begünstigen, Organschäden, körperliche oder geistige Behinderung verursachen) oder sogar zum vorzeitigen Tode führen. Da es sich bei diesen Erkrankungen um angeborene Erkrankungen handelt, können sie nicht geheilt werden. Allerdings können bei einer frühen Diagnose Maßnahmen, wie beispielsweise eine angepasste Ernährung, getroffen werden, um die möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu mindern oder sogar ganz zu vermeiden. Ergänzt werden können die Untersuchungen auf Wunsch der Eltern um ein Screening auf Mukoviszidose. Aufgrund der Regelungen im Gendiagnostikgesetz ist bei der Mukoviszidose-Untersuchung ein Aufklärungsgespräch durch einen Arzt notwendig.

Für das Screening werden am zweiten oder dritten Tag (36 – 72 Stunden) nach der Geburt aus der Vene der Ferse wenige Tropfen Blut für die Untersuchung abgenommen. Die Laboruntersuchung findet in Hessen im Hessischen Kindervorsorgezentrum an der Universitätsklinik Frankfurt statt. Es wird beispielsweise auf die Krankheit Phenylketonurie untersucht, die bei ca. einem von 10.000 Neugeborenen auftritt. Dies ist ein Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Phenylalanin. Krampfanfälle, Spastik und geistige Behinderung können die Folge der Erkrankung sein. Behandelt wird die Krankheit durch eine Spezialdiät. Ein weiteres Beispiel, auf welche Erkrankung untersucht wird, ist die Hypothyreose, welche bei einem von 4.000 Neugeborenen auftritt. Diese angeborene Unterfunktion der Schilddrüse kann eine schwere Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung bewirken. Durch Hormongabe kann die Krankheit behandelt werden. Weitere untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening sind im Anhang unter „Untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening“ zu finden.

Screening-Untersuchungen sind ärztlichen Diagnosen nicht gleichgestellt. Durch ein negatives Screening-Ergebnis wird das Vorliegen der untersuchten Erkrankung weitestgehend ausgeschlossen, ein positives Ergebnis begründet allerdings nur einen Verdacht. Der Verdacht wird dann durch weitere Untersuchungen, zumindest eine Wiederholung des Tests, abgeklärt. Positive Ergebnisse sind selten, insgesamt fällt ein positives Ergebnis auf etwa 1.000 untersuchte Kinder. Die Ergebnisse liegen dem Einsender innerhalb weniger Tage vor. Bei einem positiven Ergebnis werden möglichst ohne Zeitverlust alle Beteiligten (Eltern, Kinderarzt/-ärztin bzw. Klinik) informiert und das Ergebnis kontrolliert. Die Diagnose liegt in der Hälfte aller Fälle in der ersten Lebenswoche vor, zu 80 Prozent in den ersten beiden Lebenswochen.[30] Bei einem ersten positiven Ergebnis sollte zunächst die Bestätigung abgewartet werden. So bestätigt sich z. B. ein positives Ergebnis beim Screening auf Mukoviszidose nur in einem von fünf Fällen. Unauffällige Ergebnisse werden nur auf Wunsch und auf Nachfrage mitgeteilt.

Der Umfang der Untersuchungen wird durch den gemeinsamen Bundesausschuss in der Kinderrichtlinie festgelegt und ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Nach dem Hessischen Kindergesundheitsschutzgesetz kann in Hessen ein über die durch den G-BA erfolgten Festlegungen hinaus erweitertes Stoffwechselscreening angeboten werden. Dieses wird durch den Hessischen Kindervorsorgebeirat festgelegt und umfasst zurzeit die Untersuchung auf Mukoviszidose.

Informationen zum Neugeborenen-Stoffwechselscreening finden Sie auf der Seite des Kindervorsorgezentrums und des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Kinderrichtlinie. Weitere Informationen, inklusive jährlicher Reports zum Thema Neugeborenenscreening, veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Neugeborenenscreening auf ihrer Website.

3.2.3 Neugeborenen-Hörscreening

Das Neugeborenen-Hörscreening wird in den ersten Lebenstagen des Kindes durchgeführt und dient der Früherkennung von Hörstörungen. Somit können diese frühzeitig behandelt und Störungen der Hör-,

Sprach- und Kommunikationsentwicklung sowie im späteren Leben geistige, emotionale, soziale, bildungs- und berufsbezogene Entwicklungsstörungen vermieden werden. Insgesamt treten etwa bei zwei von 1.000 Neugeborenen bleibende Hörstörungen auf.

Das Hörscreening wird meistens noch in der Zeit vorgenommen, in der das Kind sich in der Geburtseinrichtung befindet. Die Tests sind schmerzfrei und werden am besten durchgeführt, wenn das Kind schläft. Es werden zwei Verfahren angewendet, bei denen das Kind keinerlei Arbeit leisten muss. Es werden zum einen die „otoakustischen Emissionen“ gemessen. Dabei handelt es sich um Schallsignale, die beim Hörvorgang im Innenohr entstehen und über das Mittelohr und den Gehörgang nach außen abgestrahlt werden. Über eine Gehörgangsonde können diese mit einem Miniaturmikrophon aufgenommen, verstärkt und mit Hilfe eines Mittelungsverfahrens registriert werden. Zum anderen wird die „Hirnstammaudiometrie“ durchgeführt, bei der elektrische Hirnströme gemessen werden, indem dem Kind Kopfhörer aufgesetzt und Elektroden an den Kopf geklebt werden. Die Kopfhörer geben ein Geräusch ab, die Elektroden registrieren die Antwort des Hirns und übertragen diese auf einen Computer.

Hörstörungen eines Neugeborenen lassen sich in den meisten Fällen nicht heilen, aber so wirksam behandeln, dass eine weitgehend normale Entwicklung des Kindes zu erwarten ist. Auch dieses Screening-Ergebnis ist noch keine vollständige Diagnose. Ist das Testergebnis unauffällig, ist nicht ausgeschlossen, dass das Kind in der späteren Entwicklung eine Hörschwäche entwickeln kann. Wenn das Hörscreening auffällig ist, heißt dies im Umkehrschluss aber noch nicht, dass das Kind tatsächlich eine Hörstörung hat. Das Hörscreening muss - wie die meisten Screeningverfahren - kontrolliert werden. Nur etwa eins von 30 bis 40 Kindern, die auffällig beim Hörscreening waren, hat tatsächlich eine Hörstörung. Die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings ist freiwillig. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.[31]

3.2.4 Nachsorgeuntersuchungen der Mutter

Die Nachsorgeuntersuchungen nach dem Wochenbett gewinnen eine immer größere präventive Bedeutung: Zum einen werden geburtshilflich-gynäkologische Untersuchungen ca. vier bis sechs Wochen nach der Entbindung durchgeführt. Bestandteile der gynäkologischen Untersuchung sind unter anderem die Inspektion von Abdomen, Vulva und Vagina, die Beurteilung von Senkungszuständen von Vagina oder Uterus sowie die Beurteilung von Vagina und Portio auf Verletzungen, Blutungen, Entzündungen und Risse. Zur klinischen Untersuchung und weiterführenden Diagnostik gehören die Kontrolle des Körpergewichts und des Blutdrucks, die Brustuntersuchung sowie die Kontrolle der Entwicklung bei einer Anämie oder bei einem Urinbefund.[32] Darüber hinaus wird das allgemeine Wohlbefinden und dessen Beeinträchtigung durch Stillschwierigkeiten, Schlafstörungen oder Erschöpfungszustände thematisiert. Des Weiteren gehören auch Untersuchungen in Bezug auf aufgetretene Schwangerschaftserkrankungen wie dem Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes mellitus (GDM)) zur Nachsorge. Frauen, die GDM hatten, haben ein sieben- bis achtfach erhöhtes Diabetesrisiko, in 13-40 % der Fälle bildet sich die in der Schwangerschaft aufgetretene Glukosetoleranzstörung nicht vollständig zurück. Aus diesem Grund wird Frauen mit einer GDM empfohlen, sechs bis zwölf Wochen nach der Geburt einen Glukosetoleranztest durchführen zu lassen.

Hilfe bei psychischen Erkrankungen rund um die Geburt

Das postpartale Stimmungstief, die peripartale Depression und die peripartale Psychose können für die Schwangeren sowie für deren Familien eine große Belastung darstellen. Neben den Belastungen einer psychischen Erkrankung kommt hier noch die Ausnahmesituation der Geburt hinzu.

Die Selbsthilfeorganisation Schatten & Licht e.V. hat sich die Unterstützung gerade bei diesen Erkrankungen verschrieben. Informationen zu diesem Unterstützungsangebot finden sich unter:

https://schatten-und-licht.de

Im Landkreis Fulda wird seit Ende April 2022 eine spezielle Mutter-Kind-Behandlung in der Tagesklinik am Klinikum Fulda angeboten. Hier können psychisch kranke Mütter zusammen mit ihren Babys aufgenommen werden, um eine entsprechende psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Neben der Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung der Mutter sind weitere Therapieziele z. B. die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion, die Förderung der Sicherheit im Umgang mit dem Kind sowie die Stärkung der familiären Kompetenzen. Verschiedene Therapieangebote finden in Einzel- sowie Gruppengesprächen, Workshops und Trainings statt.

Weitere Informationen erhalten Sie hier auf der Seite des Klinikums Fulda. Kontaktdaten sind außerdem im Anhang hinterlegt.

Nach der Geburt können auch psychische Erkrankungen oder Störungen auftreten - wie das postpartale Stimmungstief, umgangssprachlich auch als Baby Blues bekannt, das in den ersten drei bis fünf Tagen nach der Geburt auftritt. Zudem kann die peripartale (auch: postpartale) Depression auftreten, umgangssprachlich auch als Wochenbettdepression bezeichnet, die sich im gesamten ersten Jahr, meist schleichend, nach der Geburt entwickeln kann und sich über mehrere Wochen bis Jahre erstreckt und durch ein Stimmungstief, Hoffnungslosigkeit und soziale Abschirmung gekennzeichnet ist. Auch fehlende Muttergefühle können mit einer postpartalen Depression einhergehen (siehe Kasten)[33]. Eine weitere mögliche Störung kann die Puerperalpsychose, auch peripartale oder postpartale Psychose genannt, sein. Sie tritt sehr plötzlich auf, manchmal bereits am Tag der Entbindung, manchmal innerhalb von drei Tagen bis ca. vier Wochen nach der Geburt, wobei die Frau starke Stimmungsschwankungen, z. B. von euphorisch zu gereizt, hat und verwirrt und desorientiert wirkt.

Aufgrund des relativ häufigen Vorkommens von psychischen Belastungen rund um die Geburt ist es empfehlenswert, dass Fachkräfte rund um die Geburt für das Thema der seelischen Gesundheit sensibilisiert werden und dass es für diese Fachkräfte Angebote für Fortbildungen in der Beratung zum Thema psychische Belastungen und Traumata erhalten, um die Stärkung der seelischen Gesundheit von (werdenden) Müttern zu unterstützen.

Die Nachsorge kann von der Hebamme, der Gynäkologin oder dem Gynäkologen übernommen werden. Dabei sollte sich die Frau nicht scheuen, Probleme oder Schmerzen anzusprechen.

Fehlende Muttergefühle

Fehlende Muttergefühle sind eine seltene Ausnahme, die für Mütter aber eine der größten Herausforderungen darstellen, da sie keine Gefühle für ihr Kind entwickeln können. Meistens leiden sie unter ernsthaften Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Krankheiten. Sie sind verletzlich, überfordert sowie regelrecht verzweifelt und fühlen sich schuldig, als Mutter zu versagen. Dennoch zeigen sie sich fürsorglich und zur Liebe fähig.

Die Abkehr von den Gefühlen kann als Selbstschutz betrachtet werden. Meist wird dies durch frühere negative Erlebnisse oder eigene Erwartungen verursacht. Die resultierende Erschöpfung verstärkt dies häufig zusätzlich. Um dies zu überwinden, ist Hilfe im persönlichen Umfeld sowie professionelle Hilfe von bspw. Beratungsstellen oder Ärztin bzw. Arzt wichtig. Außerdem sollten die Mütter versuchen, den eigenen Druck zu vermindern und auch ihren eigenen Bedürfnissen nachzugehen.

3.3 Medizinische Leistungserbringer

Die Betreuung und Versorgung rund um die Geburt findet durch verschiedene medizinische Leistungserbringer statt. Nachfolgend wird die Versorgungslage im Landkreis Fulda beschrieben.

3.3.1 Betreuung durch Hebammen

Hebammen versorgen und unterstützen Schwangere, Mütter und Familien. Sie spielen bei der Versorgung rund um die Geburt eine wichtige Rolle und besitzen vom Gesetzgeber definierte Aufgaben. Der Beruf ist sehr vielschichtig: von der Schwangerenvorsoge über die Geburtsvorbereitung und psychische Betreuung bis hin zur Geburtshilfe und der nachgeburtlichen Betreuung. Hebammen betreuen eine Entbindung entweder allein oder müssen von der Ärzteschaft bei einer Entbindung hinzugezogen werden. Es gibt freiberufliche Hebammen, Hebammen, die in Krankenhäusern angestellt sind, Beleghebammen und Familienhebammen. Die freiberuflichen Hebammen bieten meist die Geburtsvorbereitung und -nachsorge an, Klinikhebammen betreuen die Geburten im Krankenhaus. Beleghebammen arbeiten freiberuflich und haben mit Kliniken Verträge abgeschlossen, sodass sie dort den Kreißsaal für Geburten nutzen dürfen. Familienhebammen betreuen Familien in besonderen Lebensumständen. Auch Kombinationen der genannten Tätigkeitsformen sind häufig.

Um die Hebamme sollte sich frühzeitig gekümmert werden, da die Versorgung mit Hebammen regional und in Abhängigkeit vom Geburtstermin unterschiedlich gut sein kann. Der Anspruch auf die Begleitung durch eine Hebamme ist gesetzlich geregelt. Kosten für Maßnahmen im Rahmen der Sozialversicherung werden in der Regel von den Krankenversicherungen getragen. Einige Krankenkassen erstatten ganz oder teilweise zusätzliche Hebammenleistungen, wie beispielsweise die Rufbereitschaftspau-

schale oder Geburtsvorbereitungskurse für den Lebenspartner oder die Lebenspartnerin. Privatversicherte müssen sich bei ihrer Krankenkasse über die Leistungsansprüche informieren, da diese vom gewählten Tarif abhängig sind. Es empfiehlt sich nicht, kurz vor oder während der Schwangerschaft von einer privaten zu einer gesetzlichen Krankenkasse oder umgekehrt zu wechseln. Durch die bürokratischen Vorgänge kann es zu einer zeitlichen Verzögerung des Wechsels kommen, sodass vor und während der Geburt womöglich Unsicherheiten über den Versicherungsschutz bestehen.

Konkrete Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind z. B.:

- bis zum zehnten Tag nach der Geburt trägt die Krankenkasse täglich mindestens einen Besuch der Hebamme,
- bis das Kind zwölf Wochen alt ist, kann die Mutter die Hebamme darüber hinaus bis zu 16-mal persönlich oder telefonisch um Rat fragen,
- bei Schwierigkeiten beim Stillen oder mit der Ernährung des Babys kann die Hebamme auch darüber hinaus noch beraten. In dem Fall übernimmt die Krankenkasse bis zu acht weitere Besuche oder Beratungen, bis das Kind neun Monate alt ist. Für eine zusätzliche Betreuung ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.

Ist eine Schwangere nicht krankenversichert, muss sie selbst für alle Kosten rund um die Vorsorge und die Geburt aufkommen. Meistens befinden sich nicht versicherte Schwangere in prekären Lebensverhältnissen. Es gibt ehrenamtliche Organisationen, die Schwangeren in dieser Situation helfen, bspw. in Mainz ins Leben gerufen durch den Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“.[34]

Tabelle 8 zeigt die Anwesenheit von Hebammen bei Geburten im Landkreis Fulda und die Anwesenheit eines Facharztes oder einer Fachärztin, verglichen mit der Anzahl der geborenen Kinder. Die Auswertung zeigt, dass fast alle geborenen Kinder von einer Hebamme betreut wurden, ein Großteil davon von einer Klinikhebamme. Fachärzte oder -ärztinnen betreuen hingegen seltener, jedoch auch mehr als die Hälfte der Geburten. An dieser Stelle sei noch einmal auf die gesetzliche Vorgabe hingewiesen, dass eine Hebamme bei einer Geburt anwesend sein muss, der Facharzt bzw. die Fachärztin aber nur bei einer Komplikation hinzugezogen werden muss, ansonsten anwesend sein kann.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl der geborenen Kinder	2030	1926	2102	2132	1987	2088	2107
Geburten mit anwesender Hebamme	2029	1925	2100	2129	1983	2087	2104
- Klinikhebamme	1901	1843	2076	2052	1904	2026	2051
Geburten mit anwesendem Facharzt	1249	1304	1238	1359	1215	1279	1207

Tabelle 8 Betreuung bei Geburten durch Hebammen im Landkreis Fulda (Quelle: GQH)

3.3.2 Hebammenversorgung im Landkreis Fulda

Im Landkreis Fulda sind insgesamt 63 Hebammen tätig (Stand: 18.11.2021; Medizinalstatistik des Gesundheitsamtes, aufgrund überregionaler Tätigkeit einzelner Hebammen ist mit einer Untererfassung zu rechnen). In Abbildung 5 kann die regionale Verteilung der Hebammen betrachtet werden. Dabei sind die Niederlassungsorte der freiberuflichen Hebammen berücksichtigt worden. Es ist erkennbar, dass die Hebammen recht ungleich verteilt sind mit einer Fokussierung auf den Raum Stadt Fulda.

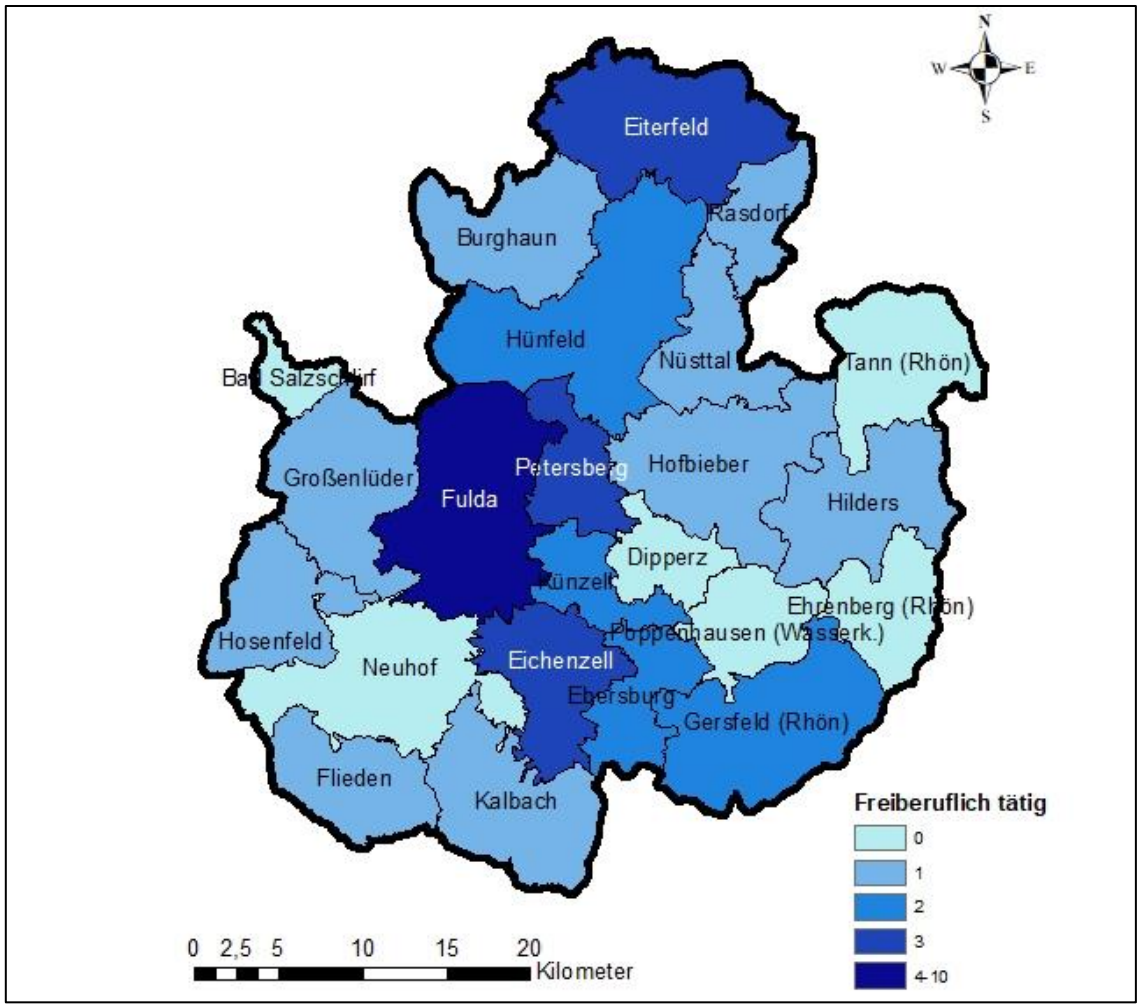

Abbildung 5 Regionale Verteilung der freiberufliche Hebammen im Landkreis Fulda (eigene Darstellung)

Aus Interviews mit Hebammen zur Lage im Landkreis Fulda ergaben sich unterschiedliche Perspektiven:

Ob die aktuelle Situation als Hebammenmangel im gesamten Landkreis Fulda zu bezeichnen sei, wurde unterschiedlich gesehen. Fest steht, dass es eine regionale ungleiche Verteilung der Hebammenversorgung gibt mit dem Schwerpunkt im Stadtgebiet Fulda und im Umfang geringer versorgten ländlichen Bereichen. Aufgrund ausgeweiteter Leistungen in den letzten Jahren ist der Betreuungsaufwand pro Schwangere für die Hebammen gestiegen. Viele Hebammen würden sich auf einzelne Bereiche, z. B. Vor- und Nachsorgeuntersuchungen, konzentrieren, sodass andere Bereiche u.U. trotz ausreichender Zahl an Hebammen unterversorgt sein können. In jedem Fall sei es für jede Schwangere sinnvoll, sich möglichst schnell um eine Hebamme zu kümmern.

Positiv wurde die Einbindung der Männer, z. B. in Geburtsvorbereitungskursen, gesehen.

In den verschiedenen Gesprächen wurden mehrere Verbesserungsansätze angesprochen, so z. B. die Fortbildung der Hebammen, die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit von Hebammen und Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie die adressatenorientierte Information von Schwangeren mit Migrationshintergrund über die deutschen Versorgungsstrukturen im Rahmen der Schwangerschaft.

3.3.3 Frauenärztliche Versorgung im Landkreis Fulda

Während der Schwerpunkt der Hebammentätigkeit in der Begleitung der Schwangeren und ihren Familien liegt, liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit der Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Minimierung gesundheitlicher Risiken sowie der Feststellung pathologischer Zustände bzw. Entwicklungen. Im Idealfall haben die Gynäkologin oder der Gynäkologe die Mutter schon vor der Schwangerschaft betreut und können so die Schwangerschaft möglichst früh begleiten. Je später im Verlauf der Schwangerschaft

eine ärztliche Kontaktaufnahme erfolgt, desto schwieriger ist es z. B. den Geburtstermin zu berechnen oder auch gesundheitlichen Fehlentwicklungen gegenzusteuern.

Die frauenärztliche Versorgung im Landkreis Fulda ist folgendermaßen ausgebaut: Die Standorte der Frauenärzte und Frauenärztinnen mit 23,25 Versorgungsaufträgen im Landkreis befinden sich in der Stadt Fulda sowie in den Städten Gersfeld und Hünfeld. Darüber hinaus sind weitere Gynäkologinnen und Gynäkologen in den Gemeinden Künzell, Petersberg und Neuhof ansässig. Damit konzentriert sich die gynäkologische ambulante medizinische Versorgung auf die Stadt Fulda bzw. auf deren Umgebung (Abbildung 6).

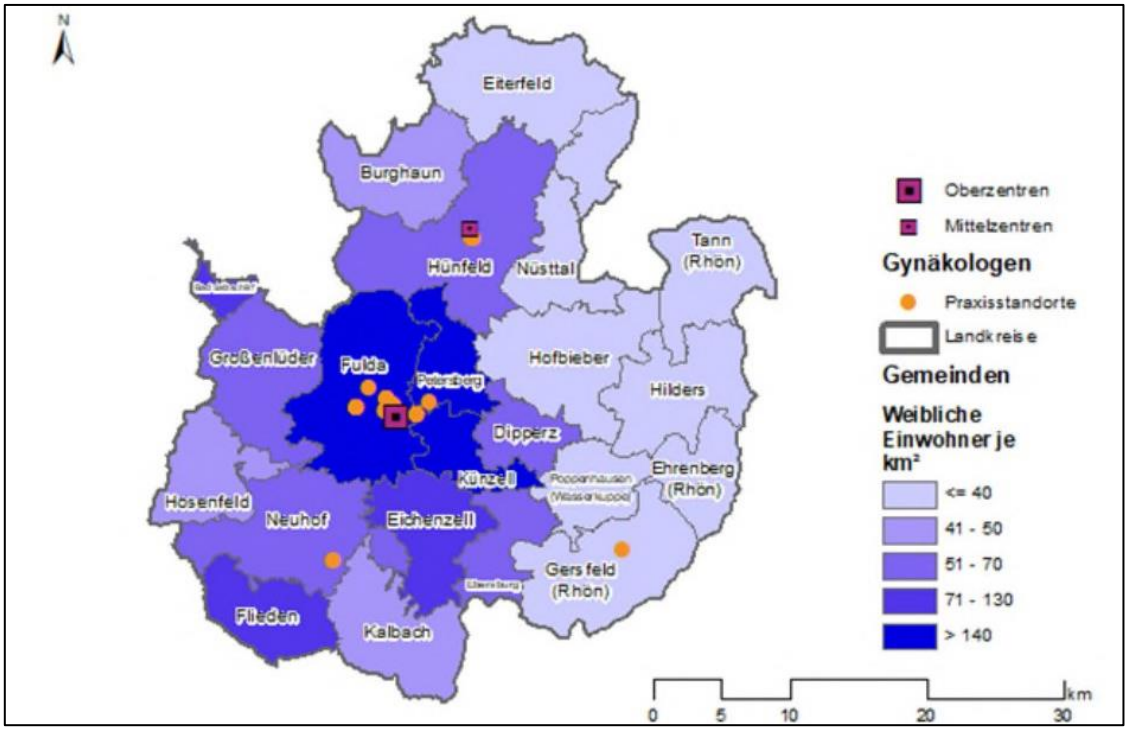

Abbildung 6 Verteilung der Standorte der Frauenärzte im Landkreis Fulda (Quelle: www.kv-hessen.de)

Als Aufgabe der Frauenärztinnen und Frauenärzte im vorliegenden Kontext sei an erster Stelle die Feststellung der Schwangerschaft genannt. Hierzu gehört die Berechnung des Geburtstermins und mögliche erste Laboruntersuchungen. Weitere Vorsorgeuntersuchungen sind Sonographien zur Abklärung möglicher Herzfehler, Laboruntersuchungen zu Stoffwechselstörungen wie Diabetes, die Kontrolle des Gewichts, Urinproben oder Blutdruckmessungen. Neben den Laboruntersuchungen erfolgen eine Kontrolle des Impfpasses sowie Beratungen zu Themen wie Ernährung, Drogen- oder Alkoholkonsum, Freizeitverhalten und weiteren gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen für Mutter und Kind (siehe auch 3.1). Die Breite der Themen zeigt, dass sich die Vorsorgeuntersuchungen nicht auf eine rein bio-pathologische Betrachtung begrenzen können, sondern immer auch Psyche und soziale Rahmenbedingungen berücksichtigen müssen. Dieser erweiterte Ansatz bedingt auch die Einbindung der Partner. Gerade Themen wie Sexualität in der Schwangerschaft lassen sich mit Mutter und Partner meist gemeinsam am besten besprechen.

Die Ausführungen zeigen, dass sich die Tätigkeit der Hebamme und der Gynäkologin bzw. des Gynäkologen stark überschneiden. Alle Beteiligten des vorliegenden Berichts waren sich aber einig, dass es für die Schwangere und ihre Familie am besten sei, wenn die Professionen zusammenarbeiten und sich ergänzen. Gerade die funktionierenden Netzwerke wurden als hilfreich für die bestmögliche Betreuung hervorgehoben.

Die aktuellen informationstechnologischen Entwicklungen erschweren Gynäkologinnen und Gynäkologen die Arbeit: Aufgrund des wissenschaftlichen Fortschritts stehen immer mehr Informationen zu Risikofaktoren und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zur Verfügung. Das Internet erleichtert den Zugang zu Informationen in einem nie gekannten Umfang. Gleichzeitig wird es für die Schwangeren

immer schwieriger, Relevanz und Aussagekraft dieser Informationen zu bewerten. Daraus folgt, dass sich gerade die Beratungsleistungen in den vergangenen Jahren erheblich ausweiteten.

3.3.4 Kinderärztliche Versorgung im Landkreis Fulda

Die U-Untersuchungen ab der U3 finden zumeist durch Kinder- und Hausärzte und -ärztinnen statt. Der Kinderarzt oder die Kinderärztin überprüft die Entwicklung des Neugeborenen und verabreicht in der Regel die ersten Impfungen. Die Standorte der Kinderärzte und Kinderärztinnen mit 15 Versorgungsaufträgen konzentrieren sich vor allem auf die Stadt Fulda (Abbildung 7).

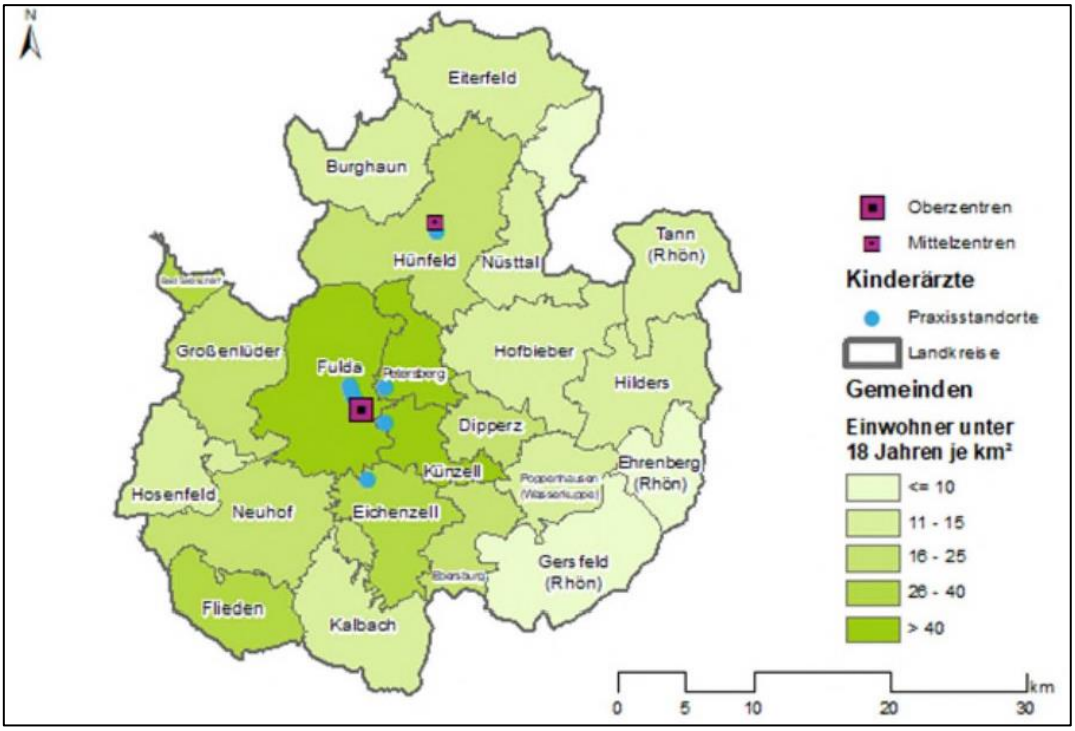

Abbildung 7 Verteilung der Standorte der Kinderärzte im Landkreis Fulda (Quelle: www.kv-hessen.de)

In einem Interview im November 2020 beschrieb ein Kinderarzt Verbesserungsbedarf bei der Kommunikation zwischen den Kinderärzten und -ärztinnen und den Hebammen. Die Empfehlungen von Hebammen und Kinderärzten und -ärztinnen dürften sich nicht widersprechen, um das Vertrauen der Mütter in die Empfehlungen nicht zu untergraben und die bestmögliche Versorgung des Kindes gewährleisten zu können. Auch wäre ein verbesserter interdisziplinärer Austausch sinnvoll.

3.3.5 Perinatalzentrum

Kliniken mit einem perinatalen Schwerpunkt oder einem Perinatalzentrum bieten für die Schwangeren und Neugeborenen eine bestmögliche medizinische Versorgung. Die Spezialistinnen und Spezialisten verschiedener medizinischer Bereiche rund um die Geburt arbeiten fachübergreifend eng zusammen. Sie bieten eine angemessene Versorgung von Risikoschwangerschaften, Frühgeborenen und kranken Neugeborenen. Eine solche personal- und ausstattungsintensive Versorgung können normale Geburtskliniken meist nicht anbieten und ist für die allermeisten Geburten auch nicht notwendig. Die Versorgungsmöglichkeiten bei den unterschiedlichen Stufen werden in Tabelle 9Tabelle 9 beschrieben.

Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1 (z. B. Klinikum Fulda) • Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 g oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW • Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen • Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozelen, Gastroschisis).
Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2 (z. B. Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen) • Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 g oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW • Schwangere mit schweren schwangerschaftsassoziierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils • Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.
Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt (z. B. Klinikum Bad Hersfeld) • Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW • Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts) • Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Tabelle 9 Stufen der Perinatalzentren

3.3.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Beispiele zeigen, dass die Begleitung von Schwangeren und ihren Familien in der Zeit des Umbruchs rund um die Geburt nicht die Aufgabe einer einzelnen Profession oder Institution sein kann. Am deutlichsten wird dies bei der Geburt, wenn die reguläre Geburt durch die Hebamme begleitet wird, für Notfälle ein Arzt oder eine Ärztin zur Verfügung steht und bei kritischen Notfällen die Infrastruktur eines Perinatalzentrums notwendig ist. Aber auch in der Zeit vor und nach der Geburt ist eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit sinnvoll. Während der Austausch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen z. T. sogar gesetzlich vorgeschrieben ist – beispielsweise durch Vorgaben durch die Landesärztekammer oder Fortbildungen verschiedener Verbände – und auch innerhalb von Einrichtungen gut organisiert ist, z. B. innerhalb der Beratungsstellen, besteht im interdisziplinären Austausch, z. B. zur Förderung der Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen und Ärzten, Verbesserungsbedarf. Aus diesem Grund sollte die berufsgruppen- und ressortübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden. Als Empfehlung könnten interdisziplinäre Fallkonferenzen von Ärztinnen und Ärzten und Hebammen durchgeführt werden. Im Landkreis Fulda ist es denkbar, dass solche z. B. im Rahmen des Studiengangs Hebammenkunde organisiert werden. Weiterhin sollten zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit gemeinsame berufsgruppenübergreifende Angebote der Aus- und Weiterbildung sowie Fortbildung gefördert werden. Diese Empfehlung ging auch aus den Interviews mit verschiedenen Hebammen hervor.

4 Gesundheitsbeeinflussende Faktoren

Viele Faktoren können direkt oder indirekt die Gesundheit von Mutter und/oder Kind beeinflussen. Im Folgenden wird auf einige dieser Faktoren exemplarisch eingegangen:

4.1 Rauchverhalten der Eltern in Haushalten mit Kindern

Rauchen bzw. Tabakkonsum gehört zu den führenden vermeidbaren Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod. Wenn Frauen während der Schwangerschaft rauchen, ist das Risiko, dass es zu Fehl- oder Frühgeburten kommt, wesentlich erhöht. Die Kinder rauchender Frauen haben oft ein niedrigeres Geburtsgewicht und eine verringerte Geburtsgröße. Es besteht zudem ein höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen und verschiedene Gesundheitsprobleme wie Übergewicht, Asthma oder Verhaltensauffälligkeiten. Bei Kindern von rauchenden Schwangeren tritt auch der plötzliche Kindstod häufiger auf. Für Kleinkinder ist das Rauchverhalten der Eltern von besonderer Bedeutung, da sie eine höhere Atemfrequenz besitzen und das Entgiftungssystem im Körper noch im Aufbau ist. So kann Passivrauchen im Säuglingsalter die Lungenfunktion beeinträchtigen – Atembeschwerden wie Asthma können die Folge sein. Vor diesem Hintergrund sind die aktuellen Trends einer abnehmenden häuslichen Passivrauchbelastung erfreulich (Abbildung 8).[35] Da das Rauchverhalten der Eltern ebenso das Rauchverhalten der Kinder beeinflusst, ist der rückläufige Trend nicht nur vor dem Hintergrund aktueller Gesundheitsbeeinträchtigungen positiv zu bewerten, sondern auch in Hinsicht auf die zukünftige Entwicklung des Rauchverhaltens über Generationen hinweg.

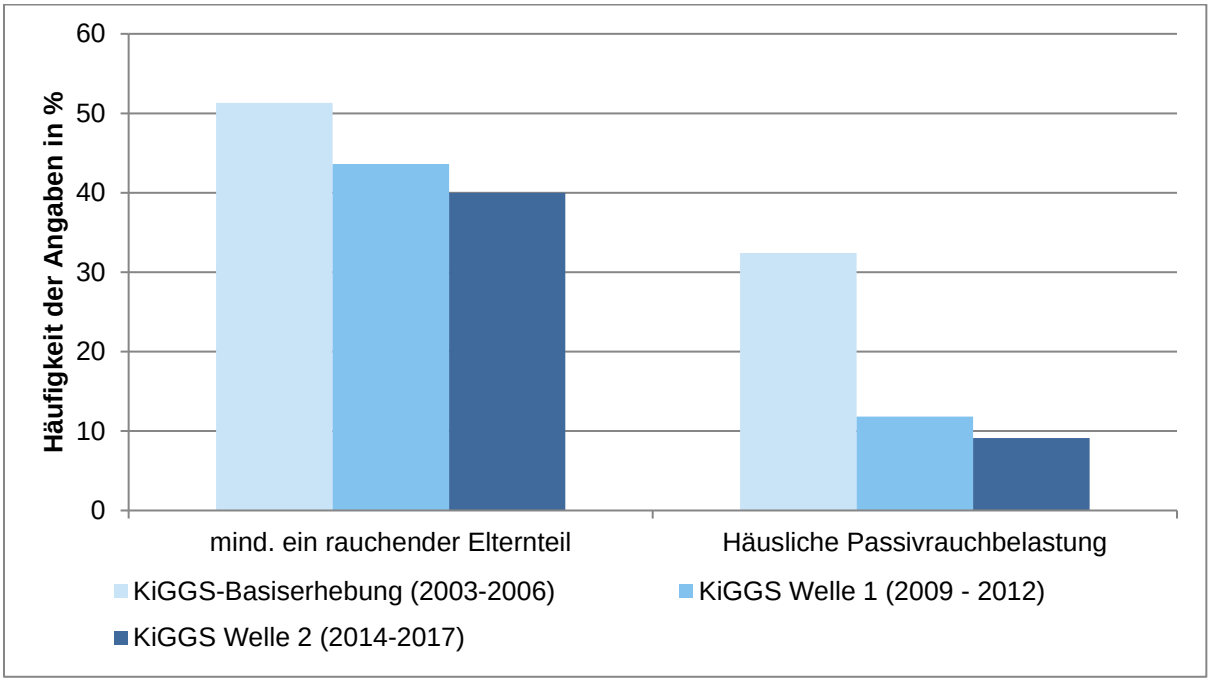

Abbildung 8 Trends in der Passivrauchbelastung 0-17-jähriger und Rauchverhalten ihrer Eltern (Ergebnisse der KiGGS-Studien, eigene Darstellung)[36]

Um das eigene Gesundheitsverhalten zu verbessern, gibt es im Landkreis Fulda mehrere Einrichtungen, die bei einer Suchtberatung helfen können. Zu nennen sind hier beispielsweise die Suchthilfe Fulda e.V., das Diakonische Werk Fulda mit der Fachstelle Sucht oder der Caritasverband für Stadt und Landkreis Fulda.

4.2 Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft kann nicht unabhängig von allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesehen werden. Der Berufsverband der Frauenärzte fasst zusammen: *Zwischen 20 und 30 % aller Frauen in Deutschland trinken regelmäßig so viel Alkohol, dass es als riskant angesehen werden muss. Besonders verbreitet ist ein solches riskantes Trinkverhalten bei Frauen über 30 Jahre mit hohem Bildungsniveau. Nur weniger als 20 % aller Frauen in Deutschland trinken niemals Alkohol; knapp 60 % trinken gelegentlich, aber nicht übermäßig. Auch unter den*

Schwangeren trinkt ein beträchtlicher Anteil: Eine weltweite Studie hat ergeben, dass in Deutschland knapp 30 % der Frauen in der Schwangerschaft weiter Alkohol zu sich nehmen.[37]

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann gravierende Auswirkungen für das ungeborene Kind zur Folge haben. Schon kleine Mengen Alkohol können die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes stören. Es können Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems auftreten. Langfristig können auch Verhaltensstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen vorkommen. Diese Folgen werden auch als fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bezeichnet, die schwerste Ausprägungsform ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS).[38] Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. betont, dass derzeit keine Schwellendosis definiert werden kann, ab welcher eine Schädigung am Kind auftritt, weshalb ein kompletter Alkoholverzicht dringend empfohlen wird.[39]

Ungefähr 1 % aller Kinder kommen mit einer FASD auf die Welt. Schätzungen zufolge werden in Deutschland damit jährlich ca. 10.000 Kinder mit einer fetalen Alkoholspektrumstörung auf die Welt gebracht, darunter ca. 3.000 mit der ausgeprägten Form FAS. Hat die Mutter bis zur Entbindung stark getrunken, kann es sein, dass das Neugeborene durch einen Entzug begleitet werden muss.

FAS ist nicht heilbar. So werden aus verhaltensauffälligen Kindern Erwachsene mit großen seelischen Spannungszuständen und u. U. psychischen Störungen. Eine Diagnostik vor dem sechsten Lebensjahr, ein stabiles Zuhause, eine gewaltfreie Umgebung und passende Unterstützungs- und Fördermaßnahmen können die Chancen der Kinder verbessern.[40]

Alkoholgenuss der Mutter hat auch über die Schwangerschaft hinaus negative Folgen: In der Stillzeit erhöht sich das Risiko für nicht ausreichende Milchproduktion, wunde Brustwarzen oder Milchstau. Bei den Säuglingen führt alkoholisierte Milch meist zu Schlafstörungen, sodass sich die ruhigen Schlafphasen verkürzen und umgekehrt die Wach- und Schreiphasen verlängern. Außerdem schrecken Säuglinge nach dem Stillen mit alkoholhaltiger Milch häufiger auf und sind leichter reizbar. Nach Alkoholkonsum kann es zu einer veränderten Mutter-Kind-Interaktion kommen, die sich z. B. durch ein suboptimales Anlegen oder Gereiztheit der Mutter äußert.[41]

Im Landkreis Fulda gibt es einige Suchtberatungsstellen wie beispielsweise das Diakonische Werk Fulda, die Ärztliche Suchthilfe Fulda gGmbH, den Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V., die Fachstelle Sucht – Beratung und Therapie (Burghaun) und viele weitere, die bei einem bedenklichen Alkoholkonsum unterstützen können. Zudem kann auch eine Internetvermittelte computergestützte kognitive Verhaltenstherapie über die Plattform IRIS bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft helfen.

Seit 2011 müssen Frauenärztinnen und Frauenärzte schwangere Patientinnen über die Gefahren des Konsums von Alkohol und anderen Drogen für das Kind aufklären und dies im Mutterpass vermerken.

4.3 Ernährung

Gerade bei der Ernährung gibt es viele Missverständnisse, welches Verhalten gesundheitsförderlich wäre. Oft wird von der „Ernährung für zwei“ gesprochen, dabei steigt der Kalorienbedarf vor allem in den ersten Schwangerschaftsmonaten kaum.

Durch die Ernährung und den Lebensstil in der Schwangerschaft kann die eigene sowie die Gesundheit des Kindes langfristig beeinflusst werden. Bereits vor der Schwangerschaft ist es daher sinnvoll, auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie einen gesunden Lebensstil zu achten. Vielen Frauen ist das Ausmaß dieser Faktoren nicht bewusst. Gynäkologinnen und Gynäkologen können Frauen im gebärfähigen Alter, insbesondere Frauen mit Kinderwunsch, zu ausgewogener Ernährung und einem gesunden Lebensstil ermutigen und beraten.

Bereits vor der Schwangerschaft sollte, wenn möglich, eine Annäherung des Körpergewichts an ein Normalgewicht stattfinden, um Komplikationen zu verhindern. Weder Über- noch Untergewicht sind ideale Voraussetzungen für eine Schwangerschaft. Übergewicht bzw. Adipositas stellen z. B. ein höheres Risiko für das Auftreten von Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, ein erhöhtes Geburtsgewicht oder Geburtskomplikationen dar. Untergewicht steigert das Risiko für Früh- und Fehlgeburten sowie ein geringes Geburtsgewicht.

In der Schwangerschaft haben Frauen ab dem zweiten Trimester einen erhöhten Kalorienbedarf. Bei gleichbleibender körperlicher Aktivität steigt der Bedarf im zweiten Trimester um ca. 250 kcal, im dritten Trimester nochmal um 250 kcal, sodass letztendlich ca. 500 kcal mehr aufgenommen werden sollten. Eine Gewichtszunahme von 10 – 16 kg ist für normalgewichtige Frauen während einer Schwangerschaft angemessen.[42]

Vegane oder vegetarische Ernährung in der Schwangerschaft

Auch in der Schwangerschaft ist es möglich, sich vegetarisch oder vegan zu ernähren. Veganerinnen und Vegetarierinnen sollten Lebensmittel gezielt auswählen und kombinieren, um mit allen wichtigen Nährstoffen versorgt zu sein. Durch den Verzicht auf tierische Produkte fehlt ihnen beispielsweise häufiger das Vitamin B12. Eine ausreichende Menge an Nährstoffen ist in der Schwangerschaft bedeutend, damit sich das ungeborene Kind gut entwickeln kann. Da auch Veganerinnen und Vegetarierinnen eine individuelle Essgewohnheit haben, wird empfohlen, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Außerdem kann es sinnvoll sein, das Blutbild bestimmen zu lassen, um möglichen Nährstoffmängeln entgegenwirken zu können.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der BZgA: Vegetarische und vegane Ernährung in der Schwangerschaft - familienplanung.de

Während der Kalorienbedarf nur mäßig steigt, ändert sich der Bedarf an einigen Mikronährstoffen erheblich, weshalb vor allem auf die Qualität der Nahrung geachtet werden sollte. Beispiele sind:

- Der Bedarf an **Folsäure** steigt in der Schwangerschaft um ca. 50 %. Durch die Einnahme von Folsäure kann das Risiko, dass das Kind mit einem offenen Rücken (Spina bifina) zur Welt kommt, bei dem sich in der Entwicklungsphase des Kindes das Neuralrohr nicht verschließt, gesenkt werden.
- Der Bedarf an **Zink und Jod** steigt um ca. 40 %. Gerade bei Jod kann in Deutschland, einem Jodmangelgebiet, eine Ergänzung sinnvoll sein.
- Auch der **Eisenbedarf** steigt in der Schwangerschaft um etwa 50 %. Da in Deutschland oft aber kein ernährungsbedingter Eisenmangel vorliegt, ist eine Ergänzung von Eisen nur bei Bedarf notwendig und sollte mit der Gynäkologin oder dem Gynäkologen besprochen werden.
- Der Bedarf an **B-Vitaminen** steigt ca. um 20 %.

Die Ernährung in der Schwangerschaft sollte abwechslungsreich und ausgewogen sein und sich an den allgemeinen Ernährungsempfehlungen für gesunde Erwachsene orientieren. Die Berücksichtigung der 10 Regeln der DGE[43] können hierbei hilfreich sein. Ob die Ergänzung der Nahrung sinnvoll ist, hängt von den individuellen Ernährungsgewohnheiten ab. Bei einer unausgewogenen Ernährung kann auch bei ausreichender Menge ein Versorgungsdefizit erfolgen. Konkrete Ernährungsergänzungen oder Ernährungsumstellungen sollten daher mit Arzt oder Ärztin, Hebamme oder Ernährungsberatung besprochen werden.

Selbst kurzfristige Verhaltensänderungen können sich auf Risiken auswirken: So kann bei Übergewicht der Schwangeren durch einen gesunden Lebensstil in der Schwangerschaft das Risiko für ein Geburtsgewicht von über 4000 Gramm deutlich gesenkt werden.

Es gibt einige Lebensmittel, die in der Schwangerschaft vermieden werden sollten. Hierzu zählen beispielsweise rohe oder halbrohe tierische Lebensmittel wie rohes oder halbgares Hack oder Räucherfisch, Salami oder roher Schinken, Innereien oder rohe bzw. nicht durchgekochte Eier und nicht erhitzte Milch/Frischmilch(-produkte). Außerdem sollte auf die Auswahl, Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln geachtet werden und ungewaschene Salate, sowie ungewaschene Früchte und ungewaschenes Gemüse vermieden werden. Koffein sollte nur geringfügig (200mg pro Tag, das entspricht ca. 2 Tassen Kaffee) konsumiert werden, da das Geburtsgewicht und das Wachstum des Kindes dadurch negativ beeinflusst werden

Schwangerschaftsdiabetes

Der Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) ist eine Stoffwechselerkrankung, die erstmals in der Schwangerschaft auftritt. Sie ist meistens vorübergehend und verschwindet nach der Geburt. Es gibt aber auch Fälle, bei denen die Diabeteserkrankung vor der Schwangerschaft nicht entdeckt wurde. Das Vorliegen eines Schwangerschaftsdiabetes kann zu einem erhöhten Risiko von Schwangerschaftskomplikationen führen. Durch frühzeitige Tests werden diese jedoch meistens verhindert.

können. Auf Energydrinks sollten Schwangere aufgrund weiterer Inhaltsstoffe und deren nicht vollständig geklärten Wechselwirkungen verzichten.[44]

Auch bei den Ausführungen zur Ernährung ist zu beachten, dass von einer Risikoerhöhung und nicht von einer schicksalhaften Entwicklung auszugehen ist, zumal viele andere Faktoren (z. B. Gene, Stress, Zigaretten- und Alkoholkonsum) in der Schwangerschaft oder das Stillverhalten nach der Geburt die (früh)kindliche Entwicklung beeinflussen.

Übelkeit in der Schwangerschaft

Viele Schwangere leiden vor allem in den ersten Monaten unter Übelkeit. Diese beginnt häufig zwischen der sechsten und der achten Schwangerschaftswoche und endet im vierten Monat, bei manchen Schwangeren dauert die Übelkeit auch länger an. Die Ursache hierfür ist unbekannt, vermutet werden hormonelle Umstellungen oder ein Ungleichgewicht des Blutzuckerspiegels. Auch Stress oder Überbelastung könnten ursächlich sein. Normalerweise eher lästig, kann Übelkeit über einen längeren Zeitraum zu einem starken Flüssigkeitsverlust und zur Beeinträchtigung der Ernährung führen. In diesen Fällen ist ein Arztbesuch sinnvoll. In sehr schwierigen Fällen, die zu Gewichts- und starkem Flüssigkeitsverlust (Hyperemesis gravidarum) führen, kann sogar ein Krankenhausaufenthalt notwendig werden, um der Schwangeren Flüssigkeit und Nährstoffe als Infusion zuzuführen.

In Deutschland ist aktuell nur ein Medikament gegen Schwangerschaftsübelkeit zugelassen, mit nach den Einschätzungen der Arzneimittelbehörden geringem nachgewiesenem Nutzen. Es werden zwar weitere Medikamente eingesetzt, diese wurden allerdings nie einer Nutzenbewertung unterzogen (GPSP 2/20 S. 22-23)

4.4 Sport und Bewegung

Erwachsene sollten regelmäßig körperlich aktiv sein. Dadurch können sie bedeutsame Gesundheitswirkungen erzielen und Risiken für die Entstehung chronischer Erkrankungen reduzieren. Für schwangere Frauen gelten dieselben Bewegungsempfehlungen wie für den Rest der erwachsenen Bevölkerung. Diese sehen mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität moderater Intensität (keine Überlastung) oder 75 Minuten in hoher Intensität pro Woche vor.[45]

In der Schwangerschaft sollte darauf geachtet werden, dass Sport moderat und nur dann ausgeübt wird, wenn die Schwangere sich dazu bereit fühlt. War die Frau auch vor ihrer Schwangerschaft körperlich aktiv, spricht in der Regel nichts dagegen, diese Gewohnheiten in der Schwangerschaft beizubehalten. Vorteile von Sport und Bewegung in der Schwangerschaft können beispielsweise ein verbesserter Muskeltonus, ein verbessertes subjektives Wohlbefinden, die Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems, die Vermeidung einer exzessiven Gewichtszunahme, eine kürzere Geburtsdauer, weniger operative Entbindungen oder eine schnellere Rückbildung nach der Geburt sein. Außerdem können eine bessere Versorgung des Babys mit Sauerstoff sowie ein geringes Risiko für Schwangerschaftsdiabetes resultieren. Trotz der allgemeinen Empfehlungen sollte das Sporttreiben während der Schwangerschaft in Rücksprache mit der Hebamme oder der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen erfolgen, insbesondere dann, wenn Vorerkrankungen vorliegen.

Es gibt Sportarten, die in der Schwangerschaft zu empfehlen sind und solche, von denen abzuraten ist. Empfohlen sind beispielsweise Wandern, Radfahren, Laufen/Joggen, Schwimmen, Aqua-Jogging oder Skilanglauf. Radfahren und Aqua-Jogging können z. B. das Risiko für die Entstehung von Krampfandern senken. Jedoch gibt es auch ungeeignete Sportarten in der Schwangerschaft. Zu diesen zählen beispielsweise Tauchen, Reiten, Surfen, Marathonlauf, Mannschafts- und Kontaktsportarten oder Snowboarden und Skifahren.[46]

4.5 Stillen

Muttermilch ist die natürlichste und beste Ernährungsform für Säuglinge. Sie ist z.B. gut verdaulich und enthält Abwehrstoffe, besitzt die richtige Temperatur und ist hygienisch einwandfrei. Sowohl kurzfristige als auch langfristige Effekte zeigen sich hierbei für die Neugeborenen. So werden Säuglinge, die unmittelbar nach der Geburt für mindestens vier bis sechs Monate gestillt werden, seltener krank, haben ein niedrigeres Risiko für Atemwegsinfekte, Durchfallerkrankungen, Übergewicht und Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 im Vergleich zu ungestillten Kindern.[47,48] Zudem kommt auch der miteinhergehende Nutzen für die Mutter hinzu, welcher eine schnellere Rückbildung der Gebärmutter, Stressreduktion, Gewichtsreduktion und ein geringeres Risiko für Brust- und Eierstockkrebs, Osteoporose sowie Diabetes Typ 2 beinhaltet.[49] Stillen ist also viel mehr als nur die Ernährung des Kindes. Doch nicht nur die physiologische Entwicklung des Säuglings wird mit dem Stillen gefördert, sondern auch eine natürliche Fortsetzung der Eltern-Kind-Bindung sowie eine positive Mutter-Kind-Interaktion. Vor allem für das Neugeborene bringt die Phase während des Stillens körperliche und emotionale Nähe und somit auch ein Gefühl von Schutz und Geborgenheit. Umso wichtiger ist es daher, das Stillen sowie auch Stillfördermaßnahmen zu fördern. Die Nationale Stillkommission empfiehlt Müttern, ihr Kind nach der Geburt mindestens vier Monate lang ausschließlich zu stillen.[50]

Laktose-Intoleranz

Um die Laktose (Zweifachzucker), die in Milchprodukten enthalten ist, bei der Verdauung zu spalten und zu verwerten, wird das Enzym Laktase benötigt. Dies wird in den Schleimzellen des Dünndarms gebildet. Besteht ein Mangel des Enzyms, wird die Laktose im Dickdarm verdaut, wobei Spaltprodukte entstehen, die zu Magen-Darm-Beschwerden führen. Mit steigendem Alter nimmt die Laktase-Produktion stetig ab. Säuglinge benötigen Laktase, um den Milchzucker der Muttermilch verwerten zu können. Wird die Muttermilch als Hauptnahrungsmittel verringert, werden die Enzyme weniger produziert (primäre Laktose-Intoleranz). Es kann auch durch eine Erkrankung des Magen-Darmtraktes zur verringerten Laktaseproduktion kommen (sekundäre Laktose-Intoleranz). Selten ist ein angeborener Enzymdefekt Ursache des Laktasemangels. Dabei ist die Laktasebildung von Geburt an sehr stark eingeschränkt oder findet überhaupt nicht statt. Unbehandelt kann diese Erkrankung zu erheblichen Beeinträchtigungen der Wachstums- und Entwicklungsphase des Säuglings führen und sogar lebensbedrohliche Folgen haben.

Für Mütter gibt es neben der regulären Stillberatung im Wochenbett, meistens von der Hebamme oder dem Kinder- oder Frauenarzt bzw. -ärztin, noch weitere Unterstützung zum Thema Stillen. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, sich zusätzlich zum Angebot der geburtsbegleitenden Berufsgruppen gezielt auf das Stillen vorzubereiten und sich von qualifizierten Stillberaterinnen Hilfe zu holen. Genauso kann der Erfahrungsaustausch mit anderen stillenden Müttern, wie etwa in einer Stillgruppe, beruhigend und nützlich sein. Verschiedene Angebote können z. B. auf den Internetseiten der La Leche Liga Deutschland e. V., der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen und des Berufsverbandes Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V. eingesehen werden.

Nationale Strategie zur Stillförderung

Die Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, Deutschland stillfreundlicher zu machen: Untersuchungen ergaben, dass von allen Müttern 90% vorhaben, zu stillen, jedoch nur ca. 13% bis Ende des 6. Monats stillen. Die Ist-Situation wurde durch das Forschungsvorhaben „Becoming Breastfeeding Friendly“ (2017-2019) analysiert, wobei Deutschland als moderat stillfreundlich eingestuft wurde.

Um die Rahmenbedingungen des Stillens und somit das Stillverhalten zu verbessern, wurden die individuelle, soziale und strukturelle Ebene betrachtet. Die Ziele sprechen die evidenzbasierte Grundlage, die beim Stillen relevanten Berufsgruppen, die Präventions- und Versorgungsstrukturen, die kommunale Unterstützung, das berufliche Umfeld, die Vermarktung von Milchersatzprodukten und das kontinuierliche erheben von Daten über die Stillfreundlichkeit an. (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.) (2021): Nationale Strategie zur Stillförderung. Nationale Strategie zur Stillförderung (bmel.de)).

Wenn Mütter nicht stillen können oder wollen, kann auf industrielle Muttermilchersatzprodukte zur Ernährung von gesunden Säuglingen zurückgegriffen werden. Säuglingsanfangsnahrung kann als Ersatz für Muttermilch genommen werden und eignet sich, genauso wie Muttermilch, als alleiniges Lebensmittel für die ersten sechs Lebensmonate. Folgenahrung sollte erst ab einem Alter von sechs Monaten, zusammen mit dem Beginn der Beikosteinführung, gefüttert werden. Allerdings gibt es keinen zwingenden Grund, von Säuglingsanfangsnahrung zu Folgenahrung zu wechseln, sodass auch die Säuglingsanfangsnahrung mit Einführung der Beikost weiterhin gegeben werden kann.

Beikost umfasst alle Lebensmittel, welche Säuglinge im Alter von sieben bis zwölf Monaten neben Muttermilch oder Säuglingsanfangsnahrung bzw. Folgenahrung zu sich nehmen.[51]

Die Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II, befasst sich mit der Stillförderung im Krankenhaus, dem aktuellen Stillverhalten sowie der Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr. Aus dieser geht hervor, dass 96,6 % der Mütter, die an der Studie teilnahmen, nach der Entbindung versuchten zu stillen. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden noch 77,3 % der Kinder gestillt, 74,1 % ausschließlich, ohne weitere Zufütterung. Im Alter von zwei Wochen nahm die Anzahl der gestillten Kinder leicht ab, auf 74,4 %. Die Stillquoten änderten sich in den ersten zwei Monaten nur geringfügig. Ein Abstillen fand meist erst im zweiten Lebenshalbjahr statt. Als Gründe für das Abstillen wurden folgende, in absteigender Reihenfolge, genannt: „die Milch reichte für das Kind nicht mehr aus", „Probleme mit der Brust oder mit den Brustwarzen" „das Kind verweigerte die Brust", „das Stillen zehrte an den eigenen Kräften" und Frauen fühlten sich „zu Hause zu sehr durch Haushalt und Familie beansprucht". Bei der Untersuchung von Faktoren für eine kurze Stilldauer von weniger als vier Monaten erwiesen sich folgende Merkmale als Risikofaktoren: fehlende oder geringe Stillabsicht, keine Stillerfahrungen bei einem früheren Kind, Verwendung eines Schnullers in den ersten zwei Lebenswochen, Gabe zusätzlicher Flüssigkeit in den ersten zwei Lebenswochen, fehlende positive Einstellung zum Stillen in der Partnerschaft, Kaiserschnitt-Geburt und ein Schulabschluss unter (Fach-)Abitur. Für Frauen, die Probleme mit dem Stillen hatten, erwies sich in den meisten Fällen die Hebamme als Ratgeberin, seltener wurden auch Familienangehörige, Freundinnen und Freunde und Bekannte sowie das Internet zu Rate gezogen. Hier zeigt sich ein Bedarf einer Stillberatung, die Frauen am besten schon vor der Entbindung für das Stillen sensibilisiert und nach der Geburt begleitend zur Seite steht. Die Stillberatung kann z. B. durch das Personal in Geburtskliniken stattfinden. Lassen sich Kliniken als „babyfreundlich" (siehe dazu auch 8.3) zertifizieren, ist es sogar Voraussetzung, dass schriftliche Richtlinien zur Stillförderung vorliegen und eine oder mehrere Personen als Stillbeauftragte ernannt werden. Personal in babyfreundlichen Kliniken nimmt an Schulungen zum Thema teil und Frauen sollen bereits bei der Geburtsanmeldung oder Schwangerenvorsorge über die gesundheitlichen Vorteile und die Praxis des Stillen informiert werden. Außerdem wird dort eine praktische Stillhilfe nach der Entbindung geboten, bei der Müttern z. B. auch erklärt wird, wie sie ihre Milchproduktion im Falle der Trennung vom Kind aufrechterhalten können. Auch die Selbsthilfe ist Teil von babyfreundlichen Kliniken, sodass die Bildung von Stillgruppen gefördert wird und Müttern bei der Entlassung Kontaktmöglichkeiten an die Hand gegeben werden. In der oben genannten Studie wurden Stillfördermaßnahmen anhand eines „Stillscores" bewertet. Hierbei wird deutlich, dass als babyfreundlich zertifizierte Kliniken höhere Stillscores aufwiesen als nicht zertifizierte Kliniken. Nicht allein aus diesem Grund erscheint eine Zertifizierung sinnvoll.

4.6 Weitere Umwelteinflüsse

Während der Schwangerschaft ist bei der Einnahme von **Medikamenten** darauf zu achten, ob diese schädliche Inhaltsstoffe aufweisen, welche die Entwicklung des Kindes stören könnten. Vor allem die Stoffe Angiotensinkonversionsenzymrezeptorblocker (ACE-)-Inhibitoren bzw. Angiotensinrezeptorblocker und Valproat, welche in Medikamenten zum Senken des Blutdrucks oder in Antiepileptika enthalten sind, beeinflussen die Entwicklung des Fötus. Der Arzt bzw. die Ärztin sollten immer zu Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft befragt werden. Auch die Internetseite www.embryotox.de, die mithilfe des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, kann zur Hilfe hinzugezogen werden.

Stressreiche Situationen können zu Frühgeburten führen und sollten deshalb vermindert werden. Dazu zählen vor allem sozioemotionale Belastungssituationen, Hitzeperioden und das Leben in einer Umgebung mit hoher krimineller Aktivität.

Der Kontakt einer Schwangeren mit **Chemikalien** aus der Umwelt wie Dioxinen, polychlorierten Biphenylen (PCB) und verschiedenen Weichmacherverbindungen sind zu vermeiden. Beispielsweise sollten Schwangere nicht mehr bei Renovierungsarbeiten helfen.

Auch die **Luftverschmutzung** mit einer hohen Feinstaubbelastung, erhöhten Werten an Stickstoffoxiden oder Ozon kann das Auftreten einer Frühgeburt oder einer Wachstumsstörung begünstigen. Dazu muss die schwangere Frau jedoch sehr oft mit verschmutzter Luft in Kontakt kommen.

Ionisierende **Strahlung** sollte vermieden werden. Diese Empfehlung wird auch konsequent von Medizinerinnen und Medizinern bei Untersuchungen verfolgt und bspw. auf das Röntgen während der Schwangerschaft verzichtet. [52]

5 Unterstützungsangebote im Landkreis Fulda

Vor, während und nach der Geburt können vielfältige Unterstützungsangebote genutzt werden. Die folgenden Beispiele bieten einen Überblick über die unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten. Unterschieden wird zwischen finanziellen Unterstützungsangeboten, die gesetzlich festgeschrieben sind, und Beratungsangeboten im Landkreis Fulda.

5.1 Finanzielle Unterstützungsangebote

Es gibt für (werdende) Familien finanzielle Unterstützungen, die in Anspruch genommen werden können. Einige soziale Einrichtungen beraten zu dem Thema. Über finanzielle Unterstützungsangebote sollte sich frühzeitig informiert werden, damit eine rechtzeitige Beantragung stattfinden kann.

Das **Elterngeld** ist eine Möglichkeit, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten anzunehmen. Das Elterngeld erhalten alle in Deutschland lebenden Eltern, die sich Zeit für ihr neugeborenes Kind nehmen und deshalb nicht mehr als 32 Stunden in der Woche erwerbstätig sind.

Insgesamt gibt es drei verschiedene Varianten des Elterngeldes: Das Basiselterngeld, das ElterngeldPlus und den Partnerschaftsbonus. Diese Varianten können miteinander kombiniert werden. Wie lange Elterngeld bezogen werden kann, ist abhängig von der gewählten Variante.

Basiselterngeld kann bis zu zwölf Monate und muss innerhalb der ersten 14 Lebensmonate des Kindes bezogen werden. Beantragen beide Elternteile das Basiselterngeld und das Einkommen eines der beiden Elternteile reduziert sich im Vergleich zu vor der Geburt, können zwei weitere, sogenannte Partnermonate, Basiselterngeld bezogen werden. Die dann insgesamt 14 Monate können unter den Eltern beliebig aufgeteilt werden, einzige Voraussetzung ist, dass von einer Person mindestens zwei und maximal zwölf Monate beantragt werden können. Als alleinerziehendes Elternteil stehen ebenfalls 14 Monate zur Verfügung, sofern sich das Einkommen in mindestens zwei Monaten im Vergleich zu vor der Geburt reduziert.

ElterngeldPlus kann doppelt so lange bezogen werden wie das Basiselterngeld. Wenn Eltern nicht arbeiten, ist das ElterngeldPlus nur halb so hoch wie das Basiselterngeld. Arbeiten Eltern nach der Geburt in Teilzeit, kann das ElterngeldPlus die gleiche Summe erreichen wie das Basiselterngeld mit Einkommen. Während Mütter Mutterschaftsgeld oder andere Mutterschaftsleistungen beziehen, können diese für diese Zeit kein ElterngeldPlus, sondern lediglich das Basiselterngeld beantragen.

Durch den ***Partnerschaftsbonus*** können bis zu vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate erworben werden. Eltern, die sich familiäre und berufliche Aufgaben teilen, können dieses Angebot wahrnehmen. Voraussetzung für den Bonus ist, dass beide Elternteile diesen gleichzeitig beantragen, er für mindestens zwei und maximal vier Monate beantragt wird und diese Monate direkt aufeinander folgen. Als weitere Voraussetzung gilt, dass beide Elternteile in Teilzeit, zwischen 24 und 32 Stunden wöchentlich, arbeiten. Als alleinerziehendes Elternteil, welches zwischen 24 und 32 Stunden Wochenstunden arbeitet, kann der Partnerschaftsbonus ebenfalls bezogen werden.

Die Höhe des Elterngeldes ist abhängig vom Einkommen. Leben noch weitere Kinder unter drei Jahren mit im Haushalt oder es kam zu einer Mehrlingsgeburt, können die Beträge höher ausfallen. Den Mindestbetrag erhalten auch Eltern, die vor der Geburt nicht erwerbstätig waren. Auch Selbstständige können Elterngeld beantragen, als Bemessungszeitraum wird hier das Kalenderjahr vor der Geburt des Kindes herangezogen. Elternpaare, deren Einkommen festgelegte Grenzen überschreitet, haben keinen Anspruch auf Elterngeld (aktuell: 500.000 € für Paare und 250.000 € für Alleinerziehende). Das Hessische Amt für Versorgung und Soziales Fulda ist Ansprechpartner für die Beantragung des Elterngeldes. Weitere Informationen können über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Broschüre „Elterngeld, ElterngeldPlus, Elternzeit“ abgerufen werden.[53]

Der Anspruch auf **Kindergeld** entsteht mit der Geburt des Kindes. Deutsche erhalten nach dem Einkommensteuergesetz für ihre Kinder grundsätzlich Kindergeld, wenn sie in Deutschland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben bzw. wenn sie in Deutschland unbeschränkt einkommenssteuerpflichtig sind oder entsprechend behandelt werden. In Deutschland wohnende Ausländerinnen und Aus-

länder können Kindergeld für ihre Kinder erhalten, wenn sie eine gültige Niederlassungserlaubnis besitzen. Bestimmte Aufenthaltserlaubnisse können ebenfalls einen Anspruch auf Kindergeld auslösen. Nähere Auskünfte kann die Familienkasse erteilen.

Die Beantragung des Kindergeldes ist über die Familienkasse Hanau möglich, künftig kann es auch online beantragt werden. Weitere Informationen können über die Agentur für Arbeit oder das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in dem „Merkblatt Kindergeld“ abgerufen werden.[54]

5.2 Beratungsangebote

Im Landkreis Fulda existiert eine Vielzahl an Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Eine umfangreichere Übersicht bietet das Adresshandbuch des Netzwerks EvA „Erziehung von Anfang an“. Die folgende Ausführung dient allein dazu, die Vielfältigkeit der Angebote darzustellen ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Empfehlung.

Bei der **Geburtsvorbereitung** gibt es viele Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die sowohl beraten als auch Kurse anbieten. Viele Hebammen im Landkreis Fulda bieten Geburtsvorbereitungskurse an. Auch beim Geburtshaus, der Familienschule und dem Familienzentrum e.V. oder bei der katholischen Familienbildungsstätte Helene-Weber-Haus finden sich Beratungsstellen für die Geburtsvorbereitung. Bei der Geburtsvorbereitung erlernen die Schwangeren beispielsweise Atemtechniken für die Geburt oder wie sie die individuell richtige Position für die Geburt erreichen. Außerdem werden sie auf die neue Situation mit dem Kind vorbereitet.

Die **nachgeburtliche Betreuung** übernimmt meist die betreuende Hebamme. Hebammen, die eine Nachsorge anbieten, sind auf der Internetseite des Netzwerks EvA unter „Hebammen und Nachsorge“ zu finden.

Nach der Geburt des Kindes kann bei stillenden Frauen eine **Stillberatung** helfen. Eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner zum Thema Stillen können zum einen die betreuende Hebamme sein, aber auch beispielsweise die La Leche Liga e.V. Stillberatung.

Eine **psychische Betreuung** und Beratung kann in vielen Fällen und Situationen wahrgenommen werden. Es gibt einige Institutionen und Stellen im Landkreis Fulda, die bei psychischen Belastungen helfen können. Dazu zählen die Telefonseelsorge rund um Schwangerschaft und Geburt, der Sozialdienst Katholischer Frauen e.V., der sozialpsychiatrische Dienst des Kreisgesundheitsamtes Fulda, das Diakonische Werk Fulda, die Brücke, die Familienschule Fulda, die Tagesklinik am Klinikum Fulda sowie eine Onlineberatung der Caritas.

Hervorzuheben sind die **Schwangerenberatungsstellen,** z. B. beim Sozialdienst katholischer Frauen, profamilia oder donum vitae. Jede Schwangere hat ein Recht auf die Beratung. Häufige Themen sind die Pränataldiagnostik oder finanzielle Hilfen, die aber auch zu weiteren Themen führen können. Die Beratungsstelle versucht, die Schwangeren und Familien je nach den Bedürfnissen an andere Beratungsstellen aus ihrem Netzwerk weiterzuvermitteln, damit sie bestmöglich beraten werden können.

Eine (zukünftige) Vaterschaft kann in einigen Bereichen eine Vielzahl an Fragen aufwerfen oder Gefühle wie Angst oder Überforderung hervorrufen. **Schwangerschaftsberatungen für Väter und Männer** können allein oder mit der Partnerin wahrgenommen werden. In Fulda bietet zum Beispiel der Verein donum vitae eine Schwangerschaftsberatung für Väter und Männer an.

Die Breite der Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ist vielen Schwangeren und Müttern oft nicht bekannt. Um eine bestmögliche Unterstützung zu ermöglichen, sollten die Schwangeren bestenfalls schon bei der Feststellung der Schwangerschaft über die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden. Sinnvoll wäre es, eine Transparenz zu den vorhandenen Unterstützungsangeboten zu schaffen. Dies könnte z. B. in Form einer strukturierten Zusammenstellung unter Berücksichtigung der Stadtteil-/ Gemeindeebene passieren. Um auch Väter stärker in die Geburtsvorbereitung einzubinden, sollte der Zugang zu Angeboten für diese erleichtert werden. Dies könnte z. B. umgesetzt werden, indem Kurse nach Feierabend oder an Wochenenden angeboten werden. Zusätzlich wäre eine Abfrage der Bedarfe in Hinblick auf die Betreuungs- und Unterstützungsangebote in Landkreis Fulda sinnvoll,

um hier einen Abgleich mit vorhandenen Angeboten vornehmen und ggf. weitere Angebote initiieren zu können.

Die Kontaktdaten einiger Beratungsstellen sind im Anhang aufgeführt.

6 Ein Umbruch für die ganze Familie

Die Situation von Mutter und Kind kann selten ohne die ganze Familie bzw. das soziale Umfeld gedacht und geplant werden.

Schon in der Schwangerschaft kann es aufgrund der Umstellungen im Tagesablauf und Vorbereitungen auf die erweiterte Familie zu erstem Stress kommen. In dieser Phase können allerdings auch spätere Konflikte vorweggenommen werden, wenn sich über die Rollenveränderungen nach der Geburt Gedanken gemacht wird. Gespräche, Austausch und die Klärung der neuen Rollen reduzieren das Risiko der Überforderung und enttäuschter Erwartungen nach der Geburt.

Gerade in der Zeit nach der Geburt können Rahmenbedingungen wie Übermüdung und Überforderung Stressfaktoren für die Familie darstellen. Die Zeit für die Partnerschaft wird weniger, dafür müssen die Rollen in der Familie anders gelebt werden. Aus der Zweisamkeit wird die Triade Mutter-Kind-Partner. Die Verbindung zwischen Mutter und Kind ist eine andere als die zwischen Partner und Kind. Den Partnern fehlt die Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt, sie können das Kind zudem nicht stillen oder häufig nicht beruhigen wie die Mutter. Die Situation kann für den Partner als ausschließend, belastend oder kränkend empfunden werden.

Insgesamt sinkt bei frischgebackenen Eltern häufig die Zufriedenheit mit der Partnerschaft, gerade im Vergleich zu kinderlosen Paaren. Vor allem unrealistische Vorstellungen vom Familienglück in Verbindung mit der Erwartung, dass alles bleibt wie bisher, stellen für jede Beziehung eine Herausforderung dar. Auch die Berufs- bzw. Karriereplanung kann sich, wenn sich zuvor keine Gedanken hierüber gemacht wurde, als Stressfaktor erweisen. Die Familie mit Kind ist nicht einfach die Fortführung der bisherigen Beziehung nur mit einem Kind, die Familie muss neu gedacht werden. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr des Rückzugs des Partners aus der Beziehung. Bei der Hälfte aller Scheidungen sind minderjährige Kinder im Haushalt.

Dabei ist eine erfüllte Partnerschaft sowohl eine gesundheitliche als auch eine psychosoziale Ressource. So zeigen Studien, dass das Risiko für eine postpartale Depression in gut funktionieren Partnerschaften geringer ist. Entscheidend ist auch für diese Phase des Umbruchs ein wertschätzendes Miteinander und dass die Bedürfnisse und Belastungen aller Elternteile Berücksichtigung finden. Die rechtlichen Möglichkeiten der Elternzeit können, wenn sie zwischen den Partnern abgestimmt wurden, für die Familie gewinnbringend sein.

Beratungsstellen berichten, dass bei Paaren unter 26 Jahren, auf dem Land etwas jünger, tendenziell das erste Kind eher zu Problemen in der Beziehung führt. Auch Langzeitbeziehungen können aufgrund des eingespielten Zusammenlebens vor größeren Herausforderungen stehen.

Während 90 % der Eltern die erste Geburt als Stress betrachten, war dies nur in 26 % der Geburten des zweiten Kindes der Fall. Die Erfahrungen nach der Geburt des ersten Kindes können als hilfreiche Ressource gesehen werden.[55]

7 Besondere Lebensumstände und deren Herausforderungen

Die individuellen Lebensumstände können die gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind erheblich beeinflussen. Durch verschiedene Rahmenbedingungen steht der werdenden oder neuen Familie unterschiedliche Ressourcen zur Bewältigung der neuen bzw. von zusätzlichen Aufgaben zur Verfügung. Auf einige Lebensumstände mit geringen Ressourcen oder besonderen Herausforderungen wird im Folgenden eingegangen.

7.1 Frühe Schwangerschaften

Ist ein Mädchen noch minderjährig, wenn sie schwanger wird, bringt dies eigene Herausforderungen mit sich. Die meisten Jugendlichen fühlen sich zunächst überfordert. Hilfe kann sowohl aus dem sozialen Umfeld als auch durch einschlägige Institutionen gegeben werden. Häufig treten Fragen zu Finanzen, zum Wohnen, der weiteren schulischen Ausbildung und der Erziehung auf. Ist die junge Schwangere in einer Beziehung, ist auch zu klären, wie der Partner zur Vaterschaft steht. Oft ist der Partner ebenfalls noch in der jugendlichen Orientierungsphase. Daher kann die gemeinsame Wahrnehmung von Beratungsangeboten sinnvoll sein. Eine zu frühe Schwangerschaft besitzt zusätzlich das Risiko medizinischer Komplikationen sowohl während der Schwangerschaft als auch der Geburt. Die Anzahl der minderjährigen Schwangeren im Alter bis 17 Jahre betrug 2019 deutschlandweit 1.794. Dabei ist anzumerken, dass die Anzahl der Geburten bei 15-jährigen nicht bekannt oder geheim zu halten ist.[56] Im Jahr 2015 waren es noch 3.041 Mütter, die ihr Kind im Alter von unter 18 Jahren auf die Welt gebracht haben.

Besondere Lebensumstände: Familienhebammen als besondere Hilfe

Familienhebammen haben eine Zusatzqualifikation und unterstützen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes in Familien. Sie sind ein Angebot für Schwangere, Mütter und (werdende) Familien, die sich in einer besonders belasteten Lebenssituation befinden. Die Betreuung findet zusätzlich zu der regulären Hebammenbetreuung statt. Sie kommen zum Einsatz, wenn die Eltern sehr jung, suchtkrank, psychisch krank, in finanziellen Schwierigkeiten sind, die Mutter/ der Vater und das Kind häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, die Familie in einem konfliktreichen Umfeld lebet, die Mutter seit der Geburt des Kindes unglücklich ist, das Kind nicht gesund, zu früh geboren oder verstorben ist oder auch ein anderer Grund vorliegt.

Die Eltern können selbst Kontakt zu Familienhebammen aufnehmen, aber auch die Möglichkeit angeboten bekommen bspw. durch die Gynäkologin oder den Gynäkologen.

Als mögliche Risikofaktoren für eine Schwangerschaft einer Minderjährigen wird oft ein niedriger Sozialstatus sowie eine unzureichende Sexualaufklärung genannt.[57] Die Beratungsstelle von donum vitae, „Die MÜTZE – Bildungs- und Begegnungsstätte Mütterzentrum e. V. Fulda“ oder viele andere Institutionen sind in dieser Situation Ansprechpartner.

7.2 Alleinerziehende

Alleinerziehende haben nur selten die Möglichkeit, die zahlreichen Aufgaben des täglichen Lebens und insbesondere die neuen Herausforderungen in der Phase rund um die Geburt aufzuteilen. Sie müssen die Kinderbetreuung und -erziehung allein übernehmen bzw. organisieren, sich um den Haushalt kümmern und vor allem auch erwerbstätig sein, um sich selbst und ihr Kind finanzieren zu können. Viele Alleinerziehende empfinden es als sehr belastend, allen Anforderungen gerecht zu werden und finden keine Erholungszeiten. Bei vielen Alleinerziehenden reicht das verdiente Geld oft nicht aus, um den Bedarf für sich und das Kind zu decken, weshalb sie zusätzlich bspw. Arbeitslosengeld II in Anspruch nehmen müssen. Allein ein Kind zu erziehen ist ein bedeutendes Armutsrisiko. Für Alleinerziehende ist es meist schwierig, die volle Elternzeit zu beanspruchen, und am Ende denselben Arbeitsplatz mit eventuell einfacheren Konditionen, z. B. mit Befreiung von Schichtarbeit, wieder zu erlangen. Zudem ist es meist schwierig eine gute und preiswerte Kinderbetreuung in der Nähe des Arbeitsplatzes zu finden. Diese Situation kann zur physischen und psychischen Be- und letztendlich Überlastung führen. Auch die Kinder werden bei dem ständigen Druck belastet. In Deutschland gab es 2019 ca. 2.199.000 alleinerziehende Mütter und ca. 407.000 alleinerziehende Väter. Insgesamt sind die Zahlen von alleinerziehenden Müttern und Vätern zwischen 2000 (1.960.000 alleinerziehende Mütter und 352.000 alleinerziehende Väter) und 2019 leicht angestiegen. Unterstützungsmöglichkeiten für Alleinerziehende gibt es

auf verschiedenen Ebenen, z. B. für den Arbeitsmarkt, (zukünftige) Kinderbetreuung oder finanziell. Im Landkreis Fulda werden im Beratungsbüro für (Allein-)Erziehende Informationen zu verschiedenen Unterstützungsangeboten gebündelt.

7.3 Sozial benachteiligte Familien

Familien, die einen niedrigen sozioökonomischen Status (SES) besitzen, d.h. dass sie in der Gesellschaft schlechter gestellt sind und ein geringeres Einkommen haben, sind häufig durch verschiedene Voraussetzungen (z. B. Wohnbedingungen) höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Auch der allgemeine Gesundheitszustand ist bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufig schlechter.[58] Personen mit einem niedrigen SES rauchen häufiger, sind körperlich inaktiver und ernähren sich ungesünder, essen also weniger Obst und Gemüse, greifen eher zu stark verarbeiteten Lebensmitteln und kochen seltener selbst.[59] Der allgemeine Gesundheitszustand und das geringere Einkommen können sich auch auf die Familienplanung bzw. Schwangerschaft auswirken und somit sowohl die Gesundheit der werdenden Eltern als auch die Gesundheit des Kindes beeinflussen. Durch den niedrigen Sozialstatus und hierzu gehäuft auftretende negative Rahmenbedingungen können eine Vielzahl von Krankheitsbildern wie die koronare Herzkrankheit, Diabetes, Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Arthritis oder auch ungünstige Schwangerschaftsverläufe, Säuglingssterblichkeit, Unfälle und der gewaltsame Tod auftreten.[60] Ein niedriger SES kann zudem dazu beitragen, dass bei Kindern die frühkindliche Entwicklung und somit auch die Gesundheit in den weiteren Lebensjahren in starkem Maße negativ beeinflusst wird.[61] Ein Beispiel ist das Rauchverhalten der Frauen: Bei 0- bis 6-jährigen Kindern, die zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, betrug der Raucheranteil in der Schwangerschaft bei Müttern mit niedrigem sozioökonomischen Status 27,2 %, im Gegensatz dazu bei Schwangeren mit mittlerem SES 9,2 % und bei Schwangeren mit hohem SES 1,2 %.[62] (Hinweis: nicht alle gesundheitlichen Risiken sind mit einem sinkenden sozioökonomischen Status verbunden, so ist der Alkoholkonsum in höheren sozialen Schichten höher, siehe Abschnitt 4.2)

Es ist wichtig, dass die Vorsorgeuntersuchungen und weitere Angebote rund um Schwangerschaft und Geburt angenommen werden können. Gerade bei sozialer Benachteiligung können Angebote der medizinischen Versorgung unter Umständen nicht wahrgenommen werden, weil diese nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind oder keine öffentlichen Verkehrsmittel zur Verfügung stehen. Ein schlechterer Zugang zur medizinischen Versorgung verstärkt den gesundheitsschädlichen Effekt des sozialen Status.

Um die finanziellen Belastungen in der Zeit rund um die Geburt auszugleichen, können im Landkreis Fulda Beratungsstellen zu Unterstützungsmöglichkeiten angefragt werden. Gerade die Abstimmung von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Mutterschaftsgeld, Wohngeld und evtl. Mehrbedarfszuschlägen kann sehr komplex werden. Z. B. das Kreisjobcenter des Landkreises Fulda kann bei Fragen rund um finanzielle Hilfen weiterhelfen. Mittel aus der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ können bei den örtlichen Schwangerschaftsberatungsstellen beantragt werden, wenn eine finanzielle Notlage vorliegt.

7.4 Migrantinnen und Migranten und Flüchtlinge

Rechtlich wird zwischen Migrantinnen bzw. Migranten und Flüchtlingen unterschieden. Nach Art. 1A Nr. 2 der Genfer Flüchtlingskonvention ist ein Flüchtling eine Person, die "aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will". Migrantinnen und Migranten hingegen sind Personen, die auf der Suche nach besseren Lebensperspektiven aus eigenem Antrieb ihre Heimat verlassen und in einem anderen Land über einen gewissen Zeitraum oder für immer ansässig werden.[63]

Je nach Herkunft und Sprachkompetenzen der Flüchtlinge oder Migrantinnen und Migranten bestehen häufig Sprachbarrieren. Personen, die sich nicht richtig verständigen können, nehmen Beratungen weniger in Anspruch – zum Teil auch deshalb, weil sie nicht einmal wissen, dass die Beratungsstelle existiert. In vielen Herkunftsländern von Flüchtlingen bestehen keine medizinischen Versorgungssysteme, die mit dem System in Deutschland zu vergleichen sind. Die Begleitung von Schwangeren erfolgt in der

erweiterten Familie. Werden in Deutschland Beratungen angenommen, kann es vorkommen, dass Informationen falsch verstanden werden. Auf der anderen Seite werden auch Hebammen sowie die Ärzteschaft durch kulturelle und sprachliche Barrieren vor Herausforderungen gestellt:

Bei bestehenden **Sprachbarrieren** ist es schwierig, wichtige Informationen zu vermitteln und eine hohe Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen zu erzielen. Flüchtlinge und Migrantinnen und Migranten suchen sich daher häufig einen Arzt bzw. eine Ärztin, der oder die die Landessprache beherrscht. Auch Dolmetscherinnen oder Dolmetscher können bei der Übermittlung der Informationen helfen.

Kulturelle Einstellungen wirken sich auf die Umsetzung von gesundheitsrelevanten Informationen aus. Dabei haben Flüchtlinge oder Migrantinnen und Migranten häufig andere Vorstellungen vom Ablauf der Beratung und ein anderes Verständnis von Gesundheit. Auch die Unkenntnis der medizinischen bzw. gynäkologischen Versorgungsstrukturen in Deutschland, Überlastung der Kommunen hinsichtlich der Organisation des Zugangs geflüchteter Frauen zu gynäkologischen und entbindungspflegerischen Angeboten sowie die persönliche Einstellung und interkulturelle Kompetenz aufseiten des Gesundheitspersonals können der Grund sein, warum Geflüchtete die Angebote und die medizinische Versorgung nicht annehmen.

Neben kulturellen und sprachlichen Barrieren kann auch die **individuelle Biografie** gerade bei Flüchtlingen die Wahrnehmung der Angebote behindern: Traumata, die Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, mangelndes Vertrauen und finanzielle und bürokratische Hindernisse können geflüchtete Schwangere davon abhalten, Untersuchungen wahrzunehmen.[64]

Für schwangere Flüchtlinge besteht ein hoher Informationsbedarf zum Thema Schwangerschaft. Vor allem die Ernährung während der Schwangerschaft und Stillzeit sind relevante Themen.[65]

Genetik, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und der sozioökonomische Status können einerseits den Gesundheitsstatus direkt beeinflussen, andererseits auch mit dem Migrationshintergrund bzw. Flüchtlingserfahrungen wechselwirken: Beispielsweise führt ein niedrigerer sozioökonomischer Status zu schlechteren Wohnbedingungen und ist häufig auch mit einem geringeren Bildungsstand in den nachfolgenden Generationen verbunden. Folgen daraus sind, dass

- geflüchtete Schwangere häufig an Infektionen, teilweise auch mehreren gleichzeitig, erkranken,
- sie häufig an Anämien oder einem Vitaminmangel leiden,
- sie psychisch belastet sind und die sozialen Umstände negative Auswirkungen haben,
- Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft von Schwangeren mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen werden.[66]

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Fachdienstes Zuwanderung kümmern sich um Flüchtlinge im Landkreis Fulda. Im Falle einer Schwangerschaft können die Beratungsstellen von donum vitae, profamilia und vom Sozialdienst katholischer Frauen e.V. herangezogen werden. Für Menschen mit Migrationshintergrund gibt es eine Migrationsberatung im Landkreis Fulda. Sie können die Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Fulda, des Bildungsvereins Kreidekreis e. V., des Caritasverbandes für Stadt und Landkreis Fulda e. V. und des Jugendmigrationsdienstes in Anspruch nehmen. Weiterhin ist es sinnvoll, dass eine Stärkung niedrigschwelliger Zugänge für Familien zu Angeboten sichergestellt wird, und bedarfsorientierte kultursensible Angebote zur Geburtsvorbereitung aber auch Betreuung nach der Geburt in verschiedenen Sprachen in vorhandene Einrichtungen und Angebotsstrukturen integriert werden. Hierfür wäre es sinnvoll, berufsgruppenübergreifende Fortbildungen zum Thema Kultursensibilität für alle Fachkräfte rund um die Geburt

Besondere Lebensumstände: Mehr als nur eine Dimension

Zwar werden in den Ausführungen besondere Lebensumstände einzeln aufgeführt, jedoch entspricht dies selten der Realität. Eine Schwangerschaft in sehr jungen Jahren kann sich negativ auf den beruflichen Werdegang und somit auf den sozioökonomischen Status auswirken. Andererseits können schwierige sozioökonomische Verhältnisse Schwangerschaften in jungen Jahren begünstigen.

Daher müssen Strukturen zur Unterstützung in besonderen Lebensumständen jeweils in Verbindung zueinander gedacht bzw. Mehrfachbelastungen berücksichtigt werden.

zu erschaffen. Auch die Erhaltung und Sicherstellung quartiersbezogener Einrichtungen und Beratungsangebote rund um die Geburt können dazu beitragen, dass Mütter und Familien besser informiert und integriert werden und eine bessere medizinische Versorgung erhalten. Die Vermittlung von Informationen bzw. die Verbreitung von Materialien rund um die Geburt könnte in der Stadtregion Fulda z. B. über verschiedene Stadtteiltreffs und Familienlotsinnen erfolgen.

7.5 Häusliche Gewalt in der Familie

Häusliche Gewalt kann verschiedene Formen annehmen: Unter häusliche Gewalt fallen die körperliche, die seelische und die sexuelle Gewalt sowie die Vernachlässigung. Die häusliche Gewalt kann erstmalig durch die Schwangerschaft beginnen, aber auch schon vorher bestehen. Erfährt eine Frau schon vor der Schwangerschaft Gewalt, kann auch die Zeugung des Kindes unter sexueller Gewalt geschehen. Direkte Folgen von häuslicher, meist physischer Gewalt, während der Schwangerschaft können Verletzungen, Fehlgeburten und der Tod der Frau sein. Spezifisch bezogen auf die Schwangerschaft kann es zu Plazentalösungen, Uterusrupturen und Frakturen beim Fötus kommen. Indirekt beeinflussen Gewalterfahrungen das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten der Schwangeren: Durch den Stress und die prekären Umstände greifen Frauen, die Gewalt erfahren, häufiger zu Alkohol, Nikotin und Drogen. Unter Druck, aus Angst oder aus Loyalitätsvorstellungen werden notwendige Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen. Dies hat weitreichende Folgen, da durch häusliche Gewalt zahlreiche Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt festzustellen sind. Nach der Geburt kann das Gewaltverhalten des Partners zunehmen, wenn er sich durch das Neugeborene von der Mutter vernachlässigt fühlt oder mit der neuen Situation überfordert ist. Auch das Kind kann ein Opfer von Gewalt werden, oder es erlebt die Gewalterfahrung der Mutter mit.[67]

Gerade die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bieten die Möglichkeit, sich an die behandelnden Ärzte zu wenden und Hilfe zu bekommen. Im Landkreis Fulda unterstützen bei Angelegenheiten von häuslicher Gewalt, auch ohne die Lebensumstände einer Schwangerschaft, die Polizei, das Frauenhaus Fulda sowie das Projekt Kinderschutz aktiv des Sozialdienstes Katholischer Frauen e. V. Fulda, die Beratungsstelle Fuldaer Hilfe e.V. (Opfer- und Zeugenhilfe Fulda), das Projekt HALTE.PUNKT der profamilia, das Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen, die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, die Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt gegen Frauen und die Schutzambulanz Fulda. In Hessen gibt es in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Runde Tische gegen häusliche Gewalt. Hier findet der wichtige Austausch der vor Ort miteinander agierenden Berufsgruppen statt. In Fulda steht der Runde Tisch unter dem Motto „NEIN zu Gewalt an Frauen – JA zu Respekt!“.

7.6 Kinder mit Behinderung

Ist das geborene Kind behindert oder ist das Risiko, dass es im Laufe des Lebens behindert wird, hoch, kann dies für die Eltern eine noch größere Herausforderung darstellen als es die Geburt ohnehin ist. Hinzu können psychische Belastungen kommen.

In Tabelle 10 werden für den Landkreis Fulda der Anteil der Kinder, die mit einer Fehlbildung zur Welt gekommen sind, sowie die Anzahl der Geburten, bei denen pränatal eine Fehlbildung gesichtet oder vermutet wurde, dargestellt. Es besteht ein Unterschied zwischen den geborenen Kindern und den Geburten, da eine Mehrlingsgeburt als eine Geburt zählt.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anzahl der geborenen Kinder	2030	1926	2102	2132	1987	2088	2107
Anzahl der Kinder mit Fehlbildungen	10	11	9	13	10	12	-
Anzahl der Geburten	1999	1900	2054	2097	1944	2043	2072
Anzahl der Geburten mit pränatal gesicherten/ vermuteten Fehlbildungen	11	9	12	6	-	-	-

Tabelle 10 Anteil der geborenen Kinder mit Fehlbildungen im Landkreis Fulda (Quelle: GQH)

Im Landkreis Fulda gibt es für Eltern von Kindern mit Behinderungen Beratungsstellen – wie den Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Fulda, das Diakonische Werk, Die Brücke e. V., die Allgemeine Lebens- und Sozialberatung / Caritas und der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreisgesundheitsamtes. Zudem gibt es eine Frühförderung der St. Antoniusheim GmbH. Sie bieten eine Frühförderung an, die vor allem auf das Kind ausgerichtet ist. In die Frühförderung kann auch die ganze Familie einbezogen werden. Dabei wird sowohl der individuelle Hilfebedarf des Kindes als auch der Familie betrachtet.

7.7 Eltern mit Behinderung

Für Eltern mit Behinderung ist die Familienplanung meistens eine große Herausforderung. Sie haben häufig Schwierigkeiten eine passende Hebamme oder einen passenden betreuenden Arzt oder eine Ärztin zu finden. Dabei ist es einfacher für alle Beteiligten, wenn die Hebamme oder der Arzt bzw. die Ärztin schon Erfahrung damit hat, Eltern mit Behinderungen zu betreuen. Häufig wird auch das Thema Elternschaft mit Behinderung von dem sozialen Umfeld nur wenig akzeptiert. Das kann Verunsicherung und einen Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten verursachen. Die Verbesserung der Akzeptanz des Kindeswunsches von behinderten Eltern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.[68] Die Herausforderungen einzelner Behinderungen für die Eltern werden im Folgenden skizziert:

Es ist eine besondere Situation, wenn die werdenden Eltern **hörbehindert oder gehörlos** sind. Ist einer der beiden zukünftigen Elternteile gehörfähig, kann diese Person als Dolmetscher bei den verschiedenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten dienen. Sind beide gehörlos oder hörbehindert, ist es wichtig, eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher bzw. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner mit entsprechenden Kompetenzen zu haben. Die Kosten für das Dolmetschen im Krankenhaus und bei Geburtsvorbereitungskursen werden von der Krankenkasse getragen. Weitere Informationen können über den Deutschen Gehörlosen-Bund in Erfahrung gebracht werden.[69] Im Landkreis Fulda können der Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e. V. und der Sozialdienst für Gehörlose, Hörgeschädigte und Angehörige beratend zur Seite stehen.

Frauen mit einer **Querschnittslähmung** stehen ebenfalls vor besonderen Herausforderungen, wenn sie ein Kind bekommen wollen. Sie müssen mit dem Arzt oder der Ärztin abklären, wie die Schwangerschaft verlaufen kann. Dazu müssen im Vorfeld medizinische Rahmenbedingungen abgeklärt werden, z. B. die Auswirkung notwendiger Medikament auf die Schwangerschaft. Eine Hebamme ist bei der Betreuung sehr wichtig. Sie kann in allen Bereichen helfen und unterstützen. Der Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern - bbe e.V. kann weitere Informationen bieten. Außerdem kann beispielsweise der Pflegestützpunkt des Landkreises beraten.[70]

Für **sehbehinderte oder blinde** Frauen ist es vorteilhaft, wenn der Partner oder eine Vertrauensperson die werdende Mutter oder die werdenden Eltern, falls beide sehbehindert sind, zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten begleiten kann. Für die Zeit nach der Geburt gibt es technische Hilfsmittel, die die sehbehinderte Mutter oder die sehbehinderten Eltern einsetzen können. Beispielsweise kann ein sprechendes Fieberthermometer eingesetzt werden, wenn die Befürchtung einer Erkrankung des Kindes besteht, ein Messbecher mit fühlbarer Skala oder eine sprechende Waage für die Zubereitung der Nahrung des Kindes.[71]

In allen Fällen einer Behinderung ist es ratsam, eine Hebamme zu wählen, die bereits Erfahrungen in der Betreuung von Familien mit Behinderungen hat, sodass sie sich den Umständen rund um die Geburt gewachsen fühlt.

7.8 Chronisch kranke Mütter

Chronische Erkrankungen der Mutter können die Herausforderung von Schwangerschaft und Geburt in einigen Fällen erhöhen und die Schwangerschaft oder die Geburt verkomplizieren. Mit der entsprechenden intensiveren Betreuung können auch chronisch kranke Frauen ein Kind austragen. Bevor eine Frau mit einer chronischen Erkrankung eine Schwangerschaft plant, sollte der Krankheitsverlauf mindestens seit sechs Monaten stabil sein. So können die betreuende Gynäkologin bzw. der betreuende Gynäkologe den Verlauf der Erkrankung abschätzen und die Therapie vorbereitet weiterführen. Es sollte abge-

klärt werden, welche Klinik sich am besten für die Geburt eignet und welche Fachkräfte eventuell zusätzlich zu der Geburt hinzugezogen werden müssen. Beispiele für das Zusammenspiel von Schwangerschaft und Geburt mit chronischen Erkrankungen werden im Folgenden ausgeführt:

Frauen mit **Depressionen** sollten intensiv betreut werden, um eine Verschlechterung auszuschließen. Die antidepressiven Medikamente können in den meisten Fällen weiter eingenommen werden. Bei depressiven Frauen ist das Risiko für eine Wochenbettdepression erhöht. In Phasen psychischer Belastungen kommt es vor, dass Müttern die Kraft fehlt, für ihre Kinder da zu sein, wie sie es sich selbst wünschen. In diesem Fall kann das Projekt FAEHRE (**F**uldaer **A**nlaufstelle für **E**ltern mit psychischen Belastungen zur Vermittlung von **H**ilfen für Kinder in der **Re**gion) unterstützen. FAEHRE bietet unterschiedliche Arten von individuellen Beratungs- und Unterstützungsangeboten und möchte als Orientierung und Inspiration dienen. Der sozialpsychiatrische Dienst beim Gesundheitsamt Fulda, bei dem das Projekt angesiedelt ist, berät selbst oder vermittelt Fachkräfte zur Beratung und Unterstützung von Kindern, die in Familien mit psychisch kranken Eltern(teilen) aufwachsen.

Epilepsie muss vor und während der Schwangerschaft gut mit antiepileptischen Medikamenten eingestellt sein, da ein epileptischer Anfall für die Schwangere und das Baby ein hohes Risiko für Sauerstoffmangel, vorzeitige Wehen, eine Frühgeburt, vaginale Blutungen, eine mögliche Fehlgeburt und einen (Notfall-)Kaiserschnitt darstellt. Die modernen, während der Schwangerschaft zugelassenen Medikamente zur Behandlung der Epilepsie weisen ein sehr geringes Risiko für Fehlbildungen beim Baby auf. Durch die Schwangerschaft bedingte Veränderungen des Stoffwechsels senken häufig den Blutspiegel der Antiepileptika, sodass in den ersten drei Monaten nach regelmäßigen Blutkontrollen die Dosis ggf. anzupassen ist.

Während eines akuten **Asthma**anfalls besteht ein erhöhtes Risiko eines Sauerstoffmangels für die Patientin und das Ungeborene. Mit modernen Asthma-Medikamenten ist eine gute Asthmakontrolle möglich. Für Schwangere stehen sichere und wirksame Antiasthmatika zur Verfügung, die das ungeborene Kind nicht gefährden.

Neurodermitis kann sich mit der Schwangerschaft sowohl verbessern als auch verschlechtern. Die Behandlung wird in beiden Fällen weiterhin vom Hautarzt bzw. der Hausärztin betreut. Es besteht ein genetisches Risiko, dass die Neurodermitis später auch das Kind betrifft.

Rheumatische Erkrankungen haben keinen negativen Einfluss auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind. Durch die hormonellen Veränderungen in der Schwangerschaft verbessert sich teilweise der Verlauf, und es können gelegentlich sogar die Medikamente weggelassen werden.

Multiple Sklerose (MS) hat keinen negativen Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf. Häufig kommt es vor, dass die Schübe durch die Schwangerschaft und das Stillen abgeschwächt werden. Die Schwangerschaft hat aber auf den Langzeitverlauf von MS keinen Einfluss. Die medikamentöse Behandlung sollte vom Arzt bzw. der Ärztin betreut und gegebenenfalls angepasst werden.[72]

7.9 Ungewollte Mutterschaft

Manchmal kommt es vor, dass die Mutter ihr Kind nach der Geburt nicht behalten möchte. Dies kann verschiedene Ursachen haben: Die Schwangerschaft kann ungewollt sein und ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage kommen; manche fühlen sich der Aufgabe nicht gewachsen, andere haben Angst, dem Kind kein gutes Leben bieten zu können. Es gibt viele individuelle Gründe, die Außenstehende; auch solche, die Außenstehen weder nachvollziehen oder verstehen können.

Stellt die Lebenssituation einer Frau oder eines Paars offenbar ein unüberwindbares Hindernis zum Aufziehen des Kindes dar, besteht die Möglichkeit einer **Adoption**. Es gibt die „Gemeinsame Adoptionsvermittlungsstelle der Jugendämter Landkreis Fulda, Stadt Fulda und Landkreis Hersfeld-Rothenburg“, bei der Fachkräfte angestellt sind, die bei Fragen zur Adoption helfen können. Die Fachkräfte stehen unter der Schweigepflicht.

Seit 2014 gibt es in Deutschland die Möglichkeit der **vertraulichen Geburt**. Dabei können Frauen ihr Kind unter medizinischer Aufsicht und dennoch anonym zur Welt bringen. Berater und Beraterinnen unterstützen die Frauen und nehmen einmalig die Daten zur Identität der Frau auf. Sie unterliegen jedoch der Schweigepflicht. Die aufgenommenen Daten dienen dazu, dass das Kind mit 16 Jahren mehr

über seine Herkunft und Identität erfahren kann. Nach der Geburt unter medizinischer Begleitung wird das Kind dann zur Adoption freigegeben. Sollte sich die Mutter doch anders entscheiden und das Kind behalten wollen, kann sie ihre Entscheidung bis zum Ende des Adoptionsverfahrens zurückziehen. Die Kosten für die vertrauliche Geburt werden vom Bund übernommen.[73] Voraussetzung für die vertrauliche Geburt ist die Kontaktaufnahme bspw. mit der Beratungsstelle der donum vitae oder des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Die Beratungsstellen vermitteln Hebammen, gynäkologische Praxen und Krankenhäuser. Weitere Informationen über die vertrauliche Geburt sind über die Seite https://www.geburt-vertraulich.de/home abrufbar.

Die **Babyklappe** wird benutzt, wenn eine Frau in einer großen Notlage ist. Meistens wurde die Schwangerschaft geheim gehalten. Daher werden die Babys, die in eine Babyklappe gebracht werden, häufig ohne medizinische Versorgung bzw. Hilfe geboren. Die Frau kann ihr Kind bei einer Babyklappe nach Betätigung eines Türöffners in ein vorgefertigtes Wärmebettchen legen. Danach werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kreißsaal sowie in der chirurgischen Ambulanz informiert, um die Versorgung des Kindes zu gewährleisten. In Fulda gibt es eine Babyklappe im Herz-Jesu-Krankenhaus, welche vom Sozialdienst katholischer Frauen e.V. getragen wird. Der Babyklappe im Herz-Jesu-Krankenhaus wurden im Zeitraum zwischen 2015 und 2020 vier Kinder anvertraut. Babyklappen sind häufig ein umstrittenes Thema. Die abgegebenen Kinder können später psychische Folgen davontragen, wenn nicht herauszufinden ist, wer die leibliche Mutter ist. Die Babyklappe soll vor allem aber eine anonyme Alternative bieten, sodass das Baby keiner Gefahr durch verzweifelte Eltern ausgesetzt ist.

8 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen

Politische Zielsetzungen und rechtliche Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit von Neugeborenen und ihren Müttern sind auf nationaler und internationaler Ebene zu finden.

8.1 Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland

Das Mutterschutzgesetz bildet den rechtlichen Rahmen zum Schutz von werdenden Müttern. Das Gesetz regelt die Arbeitsbestimmungen und den Gesundheitsschutz der Schwangeren. Es werden finanzielle Hilfen und ein Kündigungsschutz definiert. Die Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen des Bundes und die Elternzeit für Beamtinnen und Beamte des Bundes (Mutterschutz- und Elternzeitverordnung – MuSchEltZV) regelt die Rahmenbedingungen für Beamtinnen und Richterinnen des Bundes. Zudem gibt es die Mutterschutzverordnung für Soldatinnen (MuSchSoldV), welche ähnliche Bestimmungen wie das Mutterschutzgesetz enthält. Die Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geben vor, welche Untersuchungen bei der Schwangeren während der Schwangerschaft und nach der Entbindung durchgeführt werden sollen (siehe Abschnitte 3.1, 3.2.4).

8.2 Politische Rahmenbedingungen - Nationale Gesundheitsziele

Das im Jahr 2016 durch den Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitete nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ beschäftigt sich mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und der Entwicklungsphase im ersten Lebensjahr des Kindes. Bereits vorhandene Ressourcen und Potenziale sollen hierbei gefördert und eine Pathologisierung, das heißt die Entwicklung einer krankhaften Verhaltensweise oder Empfindung, vermieden werden. Frauen und ihre Familien sollen durch eine partizipative Entscheidungsfindung darin gestärkt werden, angebotene Maßnahmen im Bedarfsfall selbstbestimmt und informiert zu beanspruchen.

Die hierzu gehörenden Hauptziele lauten:

- Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
- Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
- Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt.
- Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert.
- Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet.

Zentrale Aspekte des ersten Gesundheitsziels sind die Stärkung des Verständnisses von Schwangerschaft als einen natürlichen Prozess und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mutter und Kind. Die Versorgungsangebote sollen adressatengerecht, familien- und ressourcenorientiert sein, eine informierte Entscheidungsfindung unterstützen und die jeweils erforderlichen Berufsgruppen und das soziale Umfeld einbeziehen. Unterziele des ersten Ziels sind:

- Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.
- Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung sind entwickelt und werden einheitlich in der Praxis eingesetzt.
- Belastungen und Risiken sind identifiziert und verringert.
- Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert.
- Senkung der Frühgeburtenrate.
- Besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.
- Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung.

Das zweite Gesundheitsziel beinhaltet jegliche Bemühungen vor, während und nach einer Geburt die Gesundheit von Mutter und Kind erhalten und stärken. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist eine Begleitung und Betreuung der Frau gemäß dem frauzentrierten Konzept förderlich. Unterziele des zweiten Ziels sind:

- Eine interventionsarme Geburt wird gefördert. Gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt.
- Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt.
- Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung.

Insbesondere bei Erstgeburten handelt beim Wochenbett um eine sogenannte „kritische Lebensphase" mit besonderen Herausforderungen, aber auch besonderen Potenzialen (3. Gesundheitsziel). Unterziele des dritten Ziels sind:

- Die Bedeutung des Wochenbetts ist anerkannt. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie werden gestärkt.
- Der Anteil stillender Mütter sowie die Stilldauer sind erhöht.
- Komplikationen und Belastungen im Wochenbett werden frühzeitig erkannt und/ oder vermieden.
- Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung werden frühzeitig erkannt und mithilfe spezifischer Maßnahmen aufgefangen.
- Eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen ist gewährleistet.

Über die Phase des Wochenbetts hinaus wird im vierten Gesundheitsziel das erste Lebensjahr als Phase der Entwicklung nicht nur des Kindes, sondern der ganzen Familie in den Fokus genommen. Unterziele des vierten Ziels sind:

- Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden sind gestärkt.
- Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist stabilisiert.
- Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes sind identifiziert und verringert.
- Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.
- Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung.

Das werdende Leben soll in einem gesundheitsförderlichen Umfeld heranwachsen. Wesentlich sind beim fünften Gesundheitsziel Verhältnisse, die Wohlbefinden und Freude auf den Familienzuwachs fördern. Unterziele des fünften Ziels sind:

- Transparenz und Vernetzung der Hilfestrukturen sind gewährleistet.
- Präventionsketten sind flächendeckend aufgebaut.
- Die kommunalen Räume sind familienfreundlich ausgestaltet.
- Die Arbeitswelt ist familienfreundlich gestaltet.
- Die Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung und Bewegung sind gegeben.
- Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt, und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt.
- Die Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt wird ausgebaut, und der Wissenstransfer ist verbessert.[74]

Die Gesundheitsziele sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen. Sie entwickeln Prioritäten sowie langfristige Perspektiven im Gesundheitswesen und definieren und vernetzen sektorenübergreifende Handlungsfelder. Dabei sind die formulierten Gesundheitsziele reine Maßnahmenempfehlungen ohne konkrete bzw. operationalisierte Zieldefinitionen.

8.3 World Health Organization

Die Weltgesundheitsorganisation setzt sich für die Gesundheit von Schwangeren und Müttern ein. Die drei Teams der WHO, die sich mit der Gesundheit rund um die Geburt beschäftigen, entwickeln Leitlinien für Mütter, Ärztinnen und Ärzte. Die Teams sind die „Maternal Health Unit“, das „Maternal, Newborn, Child, Adolescent health and Ageing department“ und das „Department of Sexual and Reproductive Health and Research including the UN cosponsored Special Research Programme in Human Reproduction (HRP) “. Die Leitlinien „Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors“, „WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience“ und „WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee“ sind auf der Internetseite der WHO unter https://www.who.int/health-topics/maternal-health abrufbar.

Das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation setzt sich für die Gesundheit von Müttern und Kindern ein. Es gibt ein eigenes Themenfeld, welches auf der Internetseite der WHO als „Maternal and newborn health“ bezeichnet wird. Sie entwickeln Empfehlungen und Leitlinien als Orientierungshilfen für Expertinnen und Experten. Ziele der Leitlinien sind eine sicherere Schwangerschaft, eine gute Qualität der Krankenhausversorgung und die perinatale Versorgung sowie eine gesicherte Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Jugendlichen. Es wird sich bei der Umsetzung der Gesundheitsziele in den Mitgliedstaaten an diesen Leitgedanken orientiert. Die Zielvorgaben sind dabei mit den Sustainable Development Goals der UN abgestimmt.

Zusammen mit dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) hat die WHO die Initiative „Babyfreundlich“ gegründet. Ziel der Initiative ist es, die internationalen Vorgaben WHO und UNICEF im Bereich Stillen und Eltern-Kind-Bindung in Geburts-, Kinder- und Perinatalkliniken umzusetzen und damit die Betreuungsqualität dieser Einrichtungen zu bestätigen. Kliniken, welche die Anforderungen von WHO und UNICEF nachweislich erfüllen, erhalten das Zertifikat „Babyfreundlich“, welches alle drei Jahre erneuert werden muss. Kliniken, die das Zertifikat tragen, unterstützen nachgewiesen von Anfang an die Nähe und das erste Kennenlernen zwischen Eltern und Kind und tragen zur Bindungsförderung bei. Außerdem fördern sie das Stillen, Fachkräfte sind speziell zum Thema Stillen geschult und begleiten Eltern durch die sensible Phase des Stillbeginns. Bereits in der Schwangerenvorsorge wird bei Babyfreundlichen Kliniken über das Stillen informiert. In Babyfreundlichen Geburtskliniken wird das Prinzip „24-Stunden-Rooming-In“ verfolgt, was bedeutet, dass Mütter rund um die Uhr mit ihrem Kind zusammen sein können und bei Bedarf die Möglichkeit haben zu stillen. Dies erleichtert bspw. auch die Einstellung des Stillrhythmus. Sollte eine vaginale Entbindung nicht möglich sein und ein Kaiserschnitt erfolgen, wird in Babyfreundlichen Geburtskliniken der Hautkontakt mit dem Baby direkt nach der Operation ermöglicht und Müttern dabei geholfen, dass sie bald stillen können. Bei Kindern, die zu früh geboren wurden oder krank sind, bieten babyfreundliche Einrichtungen kompetente Unterstützung, auch in Bezug auf das Stillen oder Füttern mit abgepumpter Muttermilch. Da Muttermilch die beste Säuglingsnahrung darstellt und die Initiative das Stillen fördert, darf in Babyfreundlichen Krankenhäusern keine Werbung für Muttermilchersatz gemacht werden. Weitere Leistungen, die Babyfreundliche Kliniken anbieten können, sind zum Beispiel objektive Beratungen zur Babyernährung, eine Stillhotline, an welche Familien sich bei Fragen und Problemen wenden können oder Stillcafés und Stillgruppen, in welchen Stillberaterinnen aktiv sind.

Kliniken, die sich zertifizieren lassen möchten, werden Mitglied in der Initiative. Durch diese können sie verschiedene Beratungsleistungen in Anspruch nehmen und den Antrag zur Zertifizierung stellen. Die Zertifizierung erfolgt durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle.

Mütter, die in einer babyfreundlichen Geburtsklinik entbunden haben, stillen ihre Kinder nachweislich über einen längeren Zeitraum und problemloser, weshalb die Zertifizierung zur Babyfreundlichen Klinik empfohlen wird.[75]

8.4 Sustainable Development Goals der UN

Die Sustainable Development Goals (nachhaltige Entwicklungsziele) wurden 2015 von den Vereinten Nationen als Nachfolger der millennium development goals beschlossen. Die Erreichung der 17 Ziele

aus allen Lebensbereichen wird im Zeitraum 2016 bis 2030 anvisiert. Für den vorliegenden Bericht ist das Sustainable Development Goal 3 *„Good Health and Well-being“* hervorzuheben. Dort sind zum Teil Unterziele festgelegt, die auf eine bessere gesundheitliche Lage von Müttern und Kindern abzielen:

- Bis 2030 soll die Müttersterblichkeitsrate weniger als 70 pro 100.000 Lebendgeburten betragen.
- Bis 2030 soll es keine vermeidbaren Todesfälle bei Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren mehr geben, wobei alle Länder anstreben, die Säuglingssterblichkeit auf mindestens 12 pro 1000 Lebendgeburten und die Sterblichkeitsrate unter 5 Jahren auf mindestens 25 pro 1000 Lebendgeburten zu senken.
- Bis 2030 soll der allgemeine Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschließlich Familienplanung, Information und Bildung und Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme, gewährleistet werden.

Die Sustainable Development Goals sind mit den Zielvorgaben der WHO abgestimmt.

Ein neugeborenes Baby ist wie der Anfang aller Dinge –
es ist Staunen, Hoffnung, Traum aller Möglichkeiten.

Eda J. LeShan

9 Fazit und Ausblick

Familien, die ein Kind erwarten, stehen vor vielen Veränderungen. Zwischen Freude, Glück aber auch Herausforderungen und Zweifel entwickeln sich die Partner hin zu Eltern. Neben den physiologischen Veränderungen der Frauen, die während der Schwangerschaft und nach der Geburt aber auch während des Geburtsprozesses selbst durchlaufen werden, sind auch die psychischen Veränderungen von Bedeutung. Hinzu kommen z. T. widersprüchliche Erwartungen im sozialen Umfeld, welche die Familie stressen können.

Im Landkreis Fulda ist eine Versorgung in allen Phasen gewährleistet: Gynäkologen und Gynäkologinnen, Hebammen sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte sind vorhanden und erreichbar. Außerdem sind Beratungsstellen zur Unterstützung in verschiedenen Lebenslagen gegeben. Des Weiteren ist mit dem Perinatalzentrum in Fulda eine interdisziplinäre Versorgung von Schwangeren und den Neugeborenen – vor allem bei Risikoschwangerschaften, kranken Kindern und Frühchen – gewährleistet.

Verbesserungsbedarf wurde in der interdisziplinären Zusammenarbeit im ambulanten Bereich gesehen. Schwangere müssen schon frühzeitig über ihre Möglichkeiten und die ihnen zustehenden Leistungen informiert werden. Gerade die Nachfrage nach Hebammen kann je nach Region und Leistungsangebot schwierig zu erfüllen sein. Da häufig die Gynäkologinnen und Gynäkologen die erste Anlaufstelle einer Schwangeren sind, können diese auf Hebammen und Beratungsstellen hinweisen. Eine gute Kommunikation zwischen den Akteuren rund um die Geburt kann Verunsicherungen der werdenden Familien vermeiden und eine umfassende Versorgung sicherstellen.

Niedrigschwellige Angebote beginnen mit leichtem Zugang zu Informationen. Diese müssen auch Personen in schwierigen Lebenslagen erreichen, z. B. jene mit prekären Lebensumständen, Migrantinnen und Migranten oder Flüchtlinge. Frauen oder Familien mit besonderen Lebensumständen nehmen die Vorsorgeuntersuchungen und Angebote häufig weniger an. Hindernisse können Sprachbarrieren oder Ängste vor sozialen Folgen bei unehelichen Schwangerschaften oder Gewalt in der Beziehung sein. Gerade hier ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Kliniken und Beratungseinrichtungen notwendig. Es wäre aber ein Fehler, die Herausforderungen dieser Lebenslagen allein als aus medizinischer Sicht zu betrachten. Gerade bei schwierigen Lebenslagen ist die Ressort-übergreifende Zusammenarbeit über die Medizin hinaus von Bedeutung. Gerade die Bereiche Arbeit & Soziales können hier gefordert sein.

Bei den meisten aufgeführten Angeboten handelt es sich um sogenannte Komm-Strukturen, d. h. die Familien müssen die Angebote aus eigenem Antrieb aufsuchen (Ausnahme: U-Untersuchungen der Kinder sind verbindlich). Dies setzt entsprechendes Problembewusstsein bzw. die entsprechenden Handlungsmöglichkeiten voraus. Die einzige Ausnahme als aufsuchende Hilfe sind die Hebammen, was deren präventive Bedeutung unterstreicht. Der Landkreis Fulda plant mit dem Projekt der Baby-Lotsen diese Lücke zu schließen.

Durch die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen auf nationaler und internationaler Ebene sind die Grundlagen für eine an den Bedürfnissen einer jeden einzelnen Schwangeren orientierten Unterstützung gelegt. Der Landkreis Fulda sieht sich in der Verantwortung hierzu beizutragen.

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Geburt eines Kindes bringt viele Veränderungen in einer Familie mit sich, vor allem wenn es das erste Kind ist. Die Schwangere und die Familie durchleben Veränderungen von der Schwangerschaft über die Geburt bis hin zum Wochenbett. Jeder dieser Abschnitte hat seine besonderen Herausforderungen und Rahmenbedingungen. Dies betrifft sowohl die Mütter als auch die Kinder und schließlich die ganze Familie. Anforderungen an Arbeitsumfeld und Freizeitverhalten, physische und psychische Anpassungen sowie neue finanzielle Herausforderungen können Belastungen darstellen, die z. T. überfordern. Gerade besondere Lebensumstände wie frühe Schwangerschaften, chronisch kranke Mütter oder sozioökonomische Grenzen können die Herausforderungen dieser Phase des Umbruchs als unüberwindbare Hürden erscheinen lassen.

Die Gesundheit rund um die Geburt wird gesetzlich geregelt, finanziell gefördert und ist gesetztes Ziel bei Bund, WHO und Vereinten Nationen. Bundesweit gibt es Gesetze, die das Muttersein unterstützen sollen.

Sachlage

Im Landkreis Fulda leben 39.445 Frauen im gebärfähigen Alter (Stand 31.12.2020). In allen Abschnitten von der Geburt bis zum Wochenbett stehen umfassende Unterstützungsangebote zur Verfügung:

Von der Schwangerschaft über die Geburt bis zum Wochenbett und darüber hinaus können Hebammen Schwangere begleiten. Gynäkologen und Gynäkologinnen unterstützen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen die Prävention gegenüber Krankheit bei Mutter und Kind. Umfangreiche gesetzliche Vorgaben sorgen dafür, dass gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind durch Arbeitsbelastungen der Mutter minimiert werden. Schließlich entlasten finanzielle Unterstützungen wie Eltern- und Kindergeld Familien.

Gerade besondere Lebensumstände können die Ausprägungen gesundheitlicher Risiken noch vergrößern. So steigen mit sinkendem sozioökonomischem Status gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen, beengte Wohnverhältnisse oder ungesunde Ernährung. Frühe Schwangerschaften wirken sich direkt auf die Gesundheit von Mutter und Kind aus. Alleinerziehende stehen vor allem vor großen finanziellen Herausforderungen, während frühe Schwangerschaften direkte gesundheitliche Konsequenzen haben können. Für alle genannten besonderen Lebenslagen gibt es allerdings Beratungs- bzw. Unterstützungsleistungen, um die Folgen dieser Lebensumstände abzumildern. Probleme wie Sprachbarrieren können allerdings die Nutzung vorhandener Unterstützungsangebote erschweren.

Ergebnisse

Zwar stehen formal ausreichend Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Hebammen zur Verfügung. Ob der Bedarf ausreichend gedeckt ist, kann diskutiert werden. Dabei ist zu bedenken, dass die Angebote räumlich sehr ungleich verteilt sind und sich auf die Stadt Fulda konzentrieren. Dies gilt auch für verschiedene Beratungsangebote. Für eine bestmögliche Versorgung wäre eine bessere Vernetzung der verschiedenen Leistungsträger vor allem im ambulanten Bereich sinnvoll. Familien mit besonderen Lebensumständen sollten so gut wie möglich eingebunden und über ihre Förder- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt werden, da für sie zusätzlich Hürden bestehen. Inwieweit die (nicht nur medizinischen) Unterstützungsangebote alle Schwangeren und ihre Familien erreichen, kann nicht gesagt werden. Insbesondere für Familien in schwierigen Lebensumständen wäre dies zu prüfen.

Anhang

Glossar

Adoleszenz	Lebensphase zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr
Angiotensinrezeptorblocker	Medikament, welches den Blutdruck senken soll
Blasensprung	Platzen/Öffnung der Fruchtblase
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CTG	Kardiotokografie: wird zur Überwachung der Schwangerschaft eingesetzt, v.a. in den letzten Schwangerschaftswochen und bei der Geburt. Es werden die Herztöne des ungeborenen Kinds beobachtet.
Fötus	auch: Fetus, menschlicher Embryo nach Ausbildung der inneren Organe während der Schwangerschaft (ab der 9. SSW bis zur Geburt)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss, oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen
Muttermund	lat. Cervix uteri, Gebärmutterhals
MuSchG	Mutterschutzgesetz
MuSchEltZV	Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen des Bundes und die Elternzeit für Beamtinnen und Beamte des Bundes (Mutterschutz- und Elternzeitverordnung)
MuSchSoldV	Mutterschutzverordnung für Soldatinnen
Oxytocin	Hormon bzw. Medikament**;** wirkt u.a. wehenfördernd, fördert die Laktation und hat Einfluss auf das soziale Bindungsverhalten.
Peridualanästhesie	Verfahren zur Betäubung von Rückenmarksnerven, womit Körperbereiche großflächig betäubt werden können; der Patient bleibt dabei wach
peripartal	engl. perinatal: um die Geburt herum, Zeitraum zwischen der 28. SSW und dem 7. Lebenstag des Kindes
Plazenta	auch: Mutterkuchen, versorgt das Ungeborenen mit Sauerstoff und Nährstoffen, hält Viren, Bakterien und Schadstoffe vom Kind ab und entsorgt die Abfallprodukte des Kindes; Gewebe, welches sich in den ersten Schwangerschaftswochen aus Zellen der Mutter und des Embryos bildet
postpartal	nach der Geburt des Kindes
Prostaglandine	Hormone und Medikamente; senken den Widerstand des Muttermundes und fördern seine Reifung, damit der Geburtsvorgang beschleunigt wird
Sectio caesarea	Kaiserschnitt
SSW	Schwangerschaftswoche
Trimester	Monatsdrittel der Schwangerschaft
Uterus	Gebärmutter
Valproat	Salz der künstlich hergestellten, verzweigten Carbonsäure Valproinsäure, wird als Antiepileptikum eingesetzt
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Exkurs: Schwangerschaft in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat viele neue Herausforderungen auch für Schwangere mit sich gebracht. Zum einen mussten die Leistungsanbieter Maßnahmen ergreifen, sich selbst und die anderen Patientinnen und Patienten oder Betreuten zu schützen. Andererseits mussten die Schwangeren und deren Familien vor möglichen Erregerübertragungen geschützt werden: Schwangere haben ein erhöhtes Risiko, schwer zu erkranken und im Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt werden zu müssen. Zudem musste im Verlaufe der Pandemie eine Versorgung der Schwangeren sichergestellt werden.

Auch in der Pandemiezeit war und ist es wichtig, Vorsorgetermine wahrzunehmen. Die frauenärztlichen Praxen und Hebammen haben die Schwangeren darüber informiert, was beim Praxis- oder Hausbesuch in der Schwangerschaft oder im Wochenbett zu beachten ist. Manche Hebammen haben auch per Telefon oder über digitale Medien beraten. Es ist dabei wichtig, die betreuende Hebamme oder Praxis über den Gesundheitszustand zu informieren. Sollte eine Schwangere an COVID-19 erkrankt sein und in diesem Zeitraum einen Vorsorgetermin haben, sollte sie offen und ehrlich mit der Hebamme oder Gynäkologin darüber sprechen. Es gibt für die Vorsorge Konzepte der Praxen, um die wichtigen Untersuchungen trotz Infektion durchführen zu können. Zu den Vorsorgeuntersuchungen darf aus Infektionsschutzgründen der werdende Vater häufig nicht dabei sein. Für ausländische Frauen, die kaum Deutsch sprechen und verstehen können, darf eine Person, gegebenenfalls auch der Mann, als Dolmetscher zur Untersuchung mitkommen. Diese Beschränkung (dass der Vater nicht dabei sein kann) stellt häufig ein emotionales Problem für die Schwangeren dar. Die Beachtung der Infektionsschutzmaßnahmen hat Auswirkungen auf die gesamte Versorgung. Wird trotz Symptomen oder einer bekannten Infektion ohne vorherige Information eine medizinische Einrichtung oder die Hebammenversorgung in Anspruch genommen, kann dies zu einer vorübergehenden Schließung oder Tätigkeitsverboten aufgrund von Infektionsschutzgründen führen, was im Endeffekt die gesamte lokale Versorgung zusätzlich belastet.

Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse wurden und werden zum Teil von den Hebammen digital angeboten, sodass diese trotz der Pandemie aufrechterhalten werden können. Teilweise gibt es auch Mischformen, bei denen ein Teil des Kurses vor Ort und der andere Teil online stattfindet. Auch Schwangerschaftskonfliktberatungen kann die Schwangere weiterhin in Anspruch nehmen. Diese können in Absprache mit der Beratungsstelle online, per Telefon oder persönlich vor Ort stattfinden.

Vor der Geburt ist es wichtig, sich über die aktuellen Regelungen in der gewählten Klinik zu informieren. Die Regelungen und Angebote können sich von Klinik zu Klinik und auch im zeitlichen Verlauf unterscheiden, so bieten einige Kliniken digitale Kreißsaalführungen an, andere nicht. Zur Geburt darf meist nur eine Begleitperson mitgebracht werden, welche keine Symptome der COVID-19 Infektion hat. Die Regelungen für Besuche auf der Wöchnerinnenstation sind von dem jeweiligen Krankenhaus und dem Infektionsgeschehen anhängig.

Ist eine Schwangere kurz vor und während der Geburt mit COVID-19 infiziert, muss sie die Klinik darüber informieren. Diese haben Hygienekonzepte, um die Schwangere trotz Infektion aufzunehmen und die Geburt durchzuführen. Die Infektion alleine ist kein Grund, einen Kaiserschnitt durchzuführen. Ist das Kind nach der Geburt nicht infiziert, muss sich die infizierte Mutter trotzdem keine Sorgen machen, dass sie das Kind nicht sehen darf. Unter bestimmten Hygienemaßnahmen kann das Kind vor einer Ansteckung durch die Mutter geschützt werden. Allgemein können Frauen mit COVID-19 Infektion ihr Baby stillen. Es wird davon ausgegangen, dass infizierte Frauen, die ihr Kind stillen, kein Risiko haben, das Virus über die Muttermilch zu übertragen. Auch bei einer SARS-CoV-2-Infektion spricht nichts dagegen, engen Kontakt mit dem Kind zu haben. Es sollte aber möglichst der direkte Kontakt von Schleimhäuten vermieden werden, solange die Mutter ansteckend ist.[76]

Seit Mitte September 2021 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO), Schwangere ab der 14. Schwangerschaftswoche und Stillende zu impfen. Die Impfung der Mütter ergibt für Un- und Neugeborene kein erhöhtes Risiko.

Die hier beschriebenen Verfahren und Regelungen werden fortlaufend der aktuellen epidemischen Lage angepasst und können nur als Beispiele gelten. Über die aktuell geltenden Vorgaben und Angebote informieren Sie jeweiligen Einrichtungen.

Untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening

Untersuchte Erkrankungen	Beschreibung	Häufigkeit
Adrenogenitales Syndrom	Hormonstörung durch Defekt der Nebennierenrinde: Vermännlichung bei Mädchen, möglicher tödlicher Verlauf bei Salzverlustkrisen. Behandlung durch Hormongaben	1/10.000 Neugeborene
Ahornsirupkrankheit	Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät	1/200.000 Neugeborene
Biotinidasemangel	Defekt im Stoffwechsel des Vitamins Biotin: Hautveränderungen, Stoffwechselkrisen, geistige Behinderung, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Biotingabe	1/80.000 Neugeborene
Carnitinstoffwechseldefekte	Defekt im Stoffwechsel der Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät	1/100.000 Neugeborene
Galaktosämie	Defekt im Verstoffwechseln von Milchzucker: Erblindung, körperliche und geistige Behinderung, Leberversagen, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät	1/40.000 Neugeborene
Glutaracidurie Typ I	Defekt im Abbau von Aminosäuren: bleibende Bewegungsstörungen, plötzliche Stoffwechselkrisen. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe	1/80.000 Neugeborene
Hypothyreose	Angeborene Unterfunktion der Schilddrüse: schwere Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Behandlung durch Hormongabe	1/4.000 Neugeborene
Isovalerianacidämie	Defekt im Abbau von Aminosäuren: geistige Behinderung, Koma. Behandlung durch Spezialdiät und Aminosäuregabe	1/50.000 Neugeborene
LCHAD-, VLCAD-Mangel	Defekt im Stoffwechsel von langkettigen Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, Muskel- und Herzmuskelschwäche, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Spezialdiät, Vermeiden von Hungerphasen	1/80.000 Neugeborene
MCAD-Mangel	Defekt bei der Energiegewinnung aus Fettsäuren: Stoffwechselkrisen, Koma, möglicher tödlicher Verlauf. Behandlung durch Carnitingabe, Vermeiden von Hungerphasen	1/10.000 Neugeborene
Phenylketonurie	Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Phenylalanin: Krampfanfälle, Spastik, geistige Behinderung. Behandlung durch Spezialdiät	1/10.000 Neugeborene
Schwere kombinierte Immundefekte (SCID)	Völliges Fehlen einer Immunabwehr: bereits im Säuglingsalter hohe Infektanfälligkeit gepaart mit Infektionskomplikationen. Strenge hygienische Vorsichtsmaßnahmen. Therapie mit Knochenmark- oder Stammzelltransplantation, Enzymersatztherapie. Verzicht auf Stillen, Lebendimpfungen oder Transfusion unbehandelter Blutprodukte. Unbehandelt versterben die meisten betroffenen Kinder innerhalb von 1 bis 2 Jahren	1/32.500 Neugeborene
Sichelzellkrankheit	Verformung der roten Blutzellen (Sichelzellen) führt zu Blutarmut, einer erhöhten Zähflüssigkeit des Blutes und einer schlechteren Sauerstoffversorgung der Organe. Langfristig Organschädigung. Akute Komplikationen u. a. Hirninfarkt, Nierenversagen, Milzinfarkt, Blutvergiftung und Blutarmut. Behandlungsansatz umfasst Aufklärung und Anleitung zu Verhaltensmaßnahmen, Infektionsprophylaxe (z. B. Impfungen), Gabe von Hydroxycarbamid, gegebenenfalls Transfusionen und gegebenenfalls als weiterer Behandlungsansatz die Stammzelltransplantation. Unbehandelt kann es etwa ab dem 3. Lebensmonat zu Symptomen kommen	1/3 950 Neugeborene
Spinale Muskelatrophie (SMA)	Mangel eines bestimmten Proteins (Survival-Motor-Neuron(SMN)-Protein) führt zu einer zunehmenden Muskelschwäche mit rückläufiger Entwicklung der Motorik und Einschränkung der Lungenfunktion. Die Therapie erfolgt medikamentös und symptomatisch (physiotherapeutisch, rehabilitativ, orthopädisch, psychologisch). Die ersten Krankheitssymptome bei Kindern mit infantiler SMA (der häufigsten und schwersten Ausprägung) treten bis zum 6. Lebensmonat auf. Unbehandelt versterben diese Kinder innerhalb von 1 bis 2 Jahren	1/6 000 bis 1/11 000 Neugeborene
Tyrosinämie Typ I	Defekt im Stoffwechsel der Aminosäure Tyrosin: Bildung schädlicher Stoffwechselprodukte kann zu schwerwiegenden Schädigungen von Leber, Niere, Gehirn und/oder Nerven führen. Behandlung durch Spezialdiät in Kombination mit medikamentöser Behandlung mit Nitisinon	1/135.000 Neugeborene
Mukoviszidose / Zystische Fibrose (nur Hessen)	Genveränderung im sogenannten CFTR-Gen führt zu einer Störung des Salzaustausches in Drüsenzellen. Dies wiederum ist Ursache für die Bildung von zähflüssigem Schleim in den Atemwegen und anderen Organen, die sich dadurch dauerhaft entzünden. Häufig ist die Funktion der Bauchspeicheldrüse eingeschränkt. Die Behandlung der Mukoviszidose besteht aus Inhalationen und Physiotherapie, einer besonders kalorienreichen Ernährung und Medikamenten.	1 / 3.300 Neugeborene

Tabelle 11 Untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening (Quelle: G-BA (2020): https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2235/2020-12-17_G-BA_Versicherteninformation_Erweitertes-Neugeborenen-Screening_bf.pdf, Stand: 27.10.2021)

Weitere Informationen

Adressen im Landkreis Fulda
Netzwerk EvA-Erziehung von Anfang an (Frühe Hilfen)>Angebote und Kontakte nach Kategorien
GKV-Spitzenverband>Hebammenliste

Familie
BZgA>Familienplanung>Checkliste: Organisatorisches in der Schwangerschaft
Bundesstiftung Mutter und Kind>Schutz des ungeborenen Lebens
Nationales Zentrum Frühe Hilfen
MotherHood e.V.>Einsatz für eine bessere Geburtshilfe
G-BA-Innovationsausschuss>Projekt GeMuKi
Familienhandbuch>Eltern werden>Schwangerschaft>der Schwangerschaftsverlauf
Familienhandbuch>Eltern werden>rund um die Geburt>der Geburtsverlauf
Profamilia>Kaiserschnitt. Ja! Nein! Vielleicht?
Robert-Koch-Institut>Themenblatt: Schwangerschaft
Familienportal>Staatliche Leistungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Mutter
BZgA>Familienplanung>Rundum Schwangerschaft und Geburt
Bundesgesundheitsministerium>Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt
Gemeinsamer Bundesausschuss>Mutterschafts-Richtlinien
BZgA>Familienplanung>Informationsmaterial für Schwangere nach einem auffälligen Befund in der Pränataldiagnostik
RKI>Schwangere>Impfungen
Erzähl-Café>Austausch von Schwangeren

Vater
BZgA>Familienplanung>Schwangerschaft und Geburt>Ich bin dabei!-Vater werden

Kind
Gemeinsamer Bundesausschuss>Kinderrichtlinie
BZgA>Das Baby
Hessisches Vorsorgezentrum>Neugeborenen-Stoffwechselscreening
Robert-Koch-Institut>Themenblatt: Geburtsgewicht

Stillen
La Leche Liga Deutschland e. V.
Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen
Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V.
Robert-Koch-Institut>Themenblatt: Stillen

Kontaktdaten

Bildungs- und Begegnungsstätte
Mütterzentrum Fulda e.V.
Gallasiniring 8
36043 Fulda
Tel. 0661 80 50
E-Mail: info@muetze-fulda.de
www.muetze-fulda.de

Caritasverband für die Regionen Fulda und Geisa e.V.
Wilhelmstr. 8
36037 Fulda
Tel. 0661 2428-300
E-Mail: familienhilfe@caritas-fulda.de
www.caritas-fulda.de

donum vitae Beratungsstelle
Rabanusstraße 31
36037 Fulda
Tel. 0661 250 67-10
E-Mail: fulda@donumvitae.org
www.fulda.donumvitae.org

Familienschule Fulda
Gallasiniring 8
36043 Fulda
Tel. 0661 9338872
E-Mail: info@familienschule-fulda.de
www.familienschule-fulda.de

Geburtshaus und Familienzentrum e.V.
Bahnhofstr. 12
36037 Fulda
Tel. 0661-32326
E-Mail: info@geburtshaus-fulda.de
www.geburtshaus-fulda.de

pro familia Fulda
Heinrichstr. 35
36037 Fulda
Tel. 0661 480 4969-0
E-Mail: fulda@profamilia.de
www.profamilia.de

Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Rittergasse 4
36037 Fulda
Tel. 0661 8394-10
E-Mail: info@skf-fulda.de
www.skf-fulda.de

Sozialdienst Kath. Frauen e.V. Fulda
Ansprechstelle Hünfeld
Kirchplatz 3
36088 Hünfeld
Tel. 06652 9110361

Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Klinikum Fulda)
Schumannstr. 34
36043 Fulda
Tel. 0661 84 6591
www.klinikum-fulda.de

Diese und weitere Beratungsstellen rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge sowie Hebammen, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte finden Sie in dem Adressbuch des Netzwerks „EvA - Erziehung von Anfang an“ oder im Internet unter: https://eva-fulda.de/angebote-nach-kategorie.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der weiblichen Bevölkerung und der Anteil der gebärfähigen Frauen im Landkreis Fulda (Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, eigene Darstellung) 8
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf von Schwangerschaft bis Elternzeit (eigene Darstellung)..... 9
Abbildung 3: Entbindungsarten und Häufigkeit nach Jahren im Landkreis Fulda (Quelle: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, eigene Darstellung) 18
Abbildung 4: Mutterpass des G-BA (Quelle: https://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/)... 24
Abbildung 5: Regionale Verteilung der freiberufliche Hebammen im Landkreis Fulda (eigene Darstellung) 31
Abbildung 6: Verteilung der Standorte der Frauenärzte im Landkreis Fulda (Quelle: www.kv-hessen.de) 32
Abbildung 7: Verteilung der Standorte der Kinderärzte im Landkreis Fulda (Quelle: www.kv-hessen.de) 33
Abbildung 8: Trends in der Passivrauchbelastung 0-17-jähriger und Rauchverhalten ihrer Eltern (Ergebnisse der KiGGS-Studien, eigene Darstellung) 35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Für das Ungeborene schädliche Infektionen (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter_node.html;jsessionid=F2B6B627015D99BC89141C5D7A918590.internet071 und https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/beschwerden-und-krankheiten/akute-erkrankungen-und-infektionen/) 13
Tabelle 2 Häufigkeit (und Inzidenz) ausgewählter, für das Ungeborene schädlicher, Infektionen in der Gesamtbevölkerung in Hessen und Fulda 13
Tabelle 3 Anteil der Risikoschwangerschaften im Vergleich zu den Geburten im Landkreis Fulda und Hessen (Quelle: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)) 14
Tabelle 4 Anzahl der Geburten und geborenen Kinder im Landkreis Fulda (Quelle: Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH)) 18
Tabelle 5 Anzahl der Lebendgeborenen im Landkreis Fulda und in Hessen (Quelle: Hessische Kreiszahlen, statistik.hessen.de), ... 18
Tabelle 6 Lebendgeborene je Frau im Alter von 15 bis 49 Jahren im Landkreis Fulda und in Hessen (2010 - 2020) (Quelle: statistik.hessen.de) 19
Tabelle 7 Müttersterblichkeit, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in Hessen und im Landkreis Fulda (Quelle: Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH), Hessisches Statistisches Landesamt) 20
Tabelle 8 Betreuung bei Geburten durch Hebammen im Landkreis Fulda (Quelle: Geschäftsstelle für Qualitätssicherung Hessen (GQH)) 30
Tabelle 9 Stufen der Perinatalzentren 34
Tabelle 10 Anteil der geborenen Kinder mit Fehlbildungen im Landkreis Fulda (Quelle: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)) 49
Tabelle 11 Untersuchte Erkrankungen im erweiterten Neugeborenen-Screening (Quelle: GBA (2020): https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2235/2020-12-17_G-BA_Versicherteninformation_Erweitertes-Neugeborenen-Screening_bf.pdf, Stand: 27.10.2021) 61

Quellenverzeichnis

[1] **Hessisches Statistisches Landesamt** (o.J.): Tabellen Bevölkerung. https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen (Zugriff am 01.12.2021)

[2] **Langosch Nele (2020)**: Tokophobie – Die Angst vor der Entbindung. In: Schwangerschaft – Aufbruch in ein neues Leben. Spektrum Kompakt 27.21. S. 48 – 56.

[3] Uniklinikum Jena (o.J.): Infektionen während der Schwangerschaft. Online verfügbar unter: https://www.uniklinikum-jena.de/geburtsmedizin/Sprechstunden/Infektionen/Infektionen.html (Zugriff am 28.06.2021)

[4] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2021): Risikoeinstufung im Mutterpass. Online verfügbar unter: https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/risikoeinstufung/ (Zugriff am 13.04.2021)

[5] **Moertl, M.G., Lewald, H.** (2016): Anästhesie und Analgesie in der Geburtshilfe. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M.: Die Geburtshilfe. Springer Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S.997-1009.

[6] **Albrecht-Engel I, Albrecht M** (2010): Der Geburtsverlauf: Familienhandbuch. Online verfügbar unter: https://www.familienhandbuch.de/eltern-werden/rund-um-die-geburt/DerGeburtsverlauf.php (Zugriff am 07.01.2020).

[7] **Gesundheitsinformationen (2021):** Wann ist eine Geburtsleinleitung nötig? Gesundheitsinformationen.de. https://www.gesundheitsinformation.de/wann-wird-eine-geburtseinleitung-noetig.html (Zugriff: 21.10.2021)

[8] **Hessisches Statistisches Landesamt** (2021): Hessische Gemeindestatistik : Ausgewählte Strukturdaten aus Bevölkerung und Wirtschaft. https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/HESerie_mods_00000449 (Zugriff am 21.10.2021).

[9] **Hessisches Statistisches Landesamt (2021)**: Lebendgeborene und Gestorbene in Hessen 1950 bis 2020. Online verfügbar unter https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/Lebgeborene_Gestorbene_2020_27072021.xlsx. (Zugriff am 21.10.2021).

[10] **Hessisches Statistisches Landesamt (2021)**: Lebendgeborene je Frau in Hessen 1970 bis 2020. Online verfügbar unter: https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/Lebgeborene_je_Frau_2020_23062021.xlsx (Zugriff am 21.10.2021).

[11] **Hessisches Statistisches Landesamt (2021)**: Lebendgeborene je Frau in Hessen 2018 bis 2020 nach Verwaltungsbezirken. https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/Lebgeborene_je_Frau_Kreise_2020_23062021.xlsx (Zugriff am 21.10.2021).

[12] **Rabsilber, A.** (2013): Die Fruchtwasserembolie-ein schwerer geburtshilflicher Notfall. Die Hebamme 2013. Online verfügbar unter: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1331050.pdf (Zugriff am 29.04.2021)

[13] **Kainer, F.** (2016): Blutungen im 3. Trimenon. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M.: Die Geburtshilfe. Springer Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S.379-390.

[14] **Strauss, A, Gräsner, J.-T., Ohnesorge, H., Sanders, L**. (2012): Geburtshilfliche Notfälle II – Peripartale Gefahrensituationen. Notarzt 2012 (28): S. 259-272.

[15] **Strauss, A, Gräsner, J.-T., Ohnesorge, H., Sanders, L.** (2012): Geburtshilfliche Notfälle II – Peripartale Gefahrensituationen. Notarzt 2012 (28): S. 259-272.

[16] **Hildebrandt, S.** (2013): Notfallmanagement bei Schulterdystokie – erst denken, dann handeln. Die Hebamme 2013. Online verfügbar unter: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1320144.pdf (Zugriff am 29.04.2021)

[17] **Leinweber, J. et al.** (2021): Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. Public Health Forum 2021. 29(2). S.97-100.

[18] **profamilia-Bundesverband** (Hrsg.) (2001): Familienplanungsrundbrief. Online verfügbar unter: https://www.profamilia.de//fileadmin/dateien/fachpersonal/03-01-fruehgeburg.pdf (Zugriff am 13.04.2021)

[19] **profamilia-Bundesverband** (Hrsg.) (2001): Familienplanungsrundbrief. Online verfügbar unter: https://www.profamilia.de//fileadmin/dateien/fachpersonal/03-01-fruehgeburg.pdf (Zugriff am 13.04.2021)

[20] **Schulz-Du Bois, C., Schulz-Du Bois A.C:** (2009): Psychische Faktoren bei habituellen Aborten. Gynäkologe 2009 (42). S. 35-38.

[21] **Giesen A** (2013): Das Wochenbett. Familienhandbuch. Online verfügbar unter: https://www.familienhandbuch.de/eltern-werden/rund-um-die-geburt/DasWochenbett.php (Zugriff am 07.01.2020).

[22] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2021): Die „Aufgaben“ der ersten Monate. Online verfügbar unter: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/0-12-monate/entwicklungs-aufgaben/ (Zugriff am 17.11.2021)
[23] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2021): Entwicklungsbereiche und Entwicklungsschritte. Online verfügbar unter: https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/ (Zugriff am 17.11.2021)
[24] **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend** (Hrsg.) (2020): Elternzeit. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/familienleistungen/elternzeit/elternzeit-73832. (Zugriff am 16.11.2021)
[25] **Frauenärzte im Netz** (2021): ÄRZTLICHE BERATUNG UND UNTERSUCHUNGEN. https://www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/schwangerenvorsorge/aerztliche-beratung-und-untersuchungen/ (Zugriff am 03.11.2021)
[26] Frauenärzte im Netz (2021): SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE LAUT MUTTERSCHAFTS-RICHTLINIEN. Online verfügbar unter: https://www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/schwangerenvorsorge/. (Zugriff am 03.11.2021)
[27] **Gemeinsamer Bundesausschuss** (2020): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2301/Mu-RL_2020-08-20_iK-2020-11-24.pdf (Zugriff am 19.04.2021)
[28] **Lange, A.** (2020): Ab 2021: Ultraschall als „Babyfernsehen“ wird verboten. Online verfügbar unter: https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/2020-12-16-ultraschall-schwangerschaft-verbot.html (Zugriff am 14.05.2021)
[29] **Gemeinsamer Bundesausschuss** (Hrsg.) (2019): Kinder-Richtlinie. Anlage 1-Untersuchungsheft für Kinder. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-574/2019-11-14_GBA_Kinderuntersuchungsheft_Web_WZ.pdf (Zugriff am. 08.04.2021)
[30] **Nennstiel U, Lüders A, Brockow I** (2019): Neugeborenen-Screening-Programme. Public Health Forum 27(4). S. 317-319.
[31] **Gemeinsamer Budnesausschuss** (2009): Neugeborenen-Hörscreening. Elterninformation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen. Merkbaltt. Anlage zur Kinter-Richtlinie. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-169/2017-02-27_G-BA_Flyer_Neugeborenen-Hoerscreening_bf.pdf (Zugriff am 09.04.2021)
[32] **Franz, M., Kainer, F.** (2016): Nachuntersuchung im Wochenbett. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M.: Die Geburtshilfe. Springer Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S.1101-1103.
[33] Dorsch, VM, Rohde, A (2016): Postpartale psychische Störungen – Update 2016. Frauenheilkunde up2date4. S.355-374.
[34] **Michel-Schuldt, M., Heusermann, G.** (2021): Geburtshilfliche Versorgung von Frauen ohne Krankenversicherung in Deutschland. Public Health Forum 2021. 29(2). S. 148-150.
[35] **Starker A, Zeiher J, Kuntz B** (2019): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen. Public Health Forum 4 (27). S. 265-268.
[36] **Robert-Koch-Institut** (Hrsg.) (2018): KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Journal of Health Monitoring. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2018_KiGGS-Welle2_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 22.04.2021)
[37] **BVF** (2018): Alkohol in der Schwangerschaft – Dauerhafte Schäden beim Kind. https://www.bvf.de/aktuelles/pressemitteilungen/meldung/news/alkohol-in-der-schwangerschaft-dauerhafte-schaeden-beim-kind/ (Zugriff am 21.10.2021).
[38] **Robert-Koch-Institut** (Hrsg.) (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 08.04.2021)
[39] **Deutsche Gesellschaft für Ernährung**: Kein Alkohol in der Schwangerschaft. DGEinfo (09/2014) 139–142
[40] **Horsthemke S** (2021): Welche Folgen hat Alkohol in der Schwangerschaft. In: Schwangerschaft. Aufbruch in ein neues Leben. Spektrum der Wissenschaft Kompakt 27.21. S. 30 – 35.
[41] Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.) (2012): Alkohol in der Stillzeit – Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung. Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf (Zugriff am 11.11.2021)
[42] **Deutsche Gesellschaft für Ernährung** (2018): Einheitliche Handlungsempfehlungen für die Schwangerschaft aktualisiert und erweitert. DGEinfo (12/2018) S. 183 - 189

[43] **Deutsche Gesellschaft für Ernährung** (2017): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Online verfügbar unter: https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf (Zugriff am 09.11.2021)
[44] **Gebhardt, U.** (2021): Essen für zwei. In: Schwangerschaft. Aufbruch in ein neues Leben. Spektrum der Wissenschaft Kompakt 27.21. S. 5 – 9.
[45] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.) (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf (Zugriff am 10.11.2021)
[46] **Tempfer, C.; Krampl-Bettelheim, E.** (2016): Lebensführung und Ernährung in der Schwangerschaft. In: Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K.-T. M.: Die Geburtshilfe. Springer Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S.203-205.
[47] **Bundesinstitut für Risikobewertung** (2018): Stillen – Basis für das Leben. Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2018/31/stillen___basis_fuer_das_leben-205414.html (Zugriff am 11.11.2021)
[48] **Lund-Blix, N.A. et al**. (2017): Stillen reduziert kindliches Diabetesrisiko unabhängig von Art und Dauer. Online verfügbar unter: https://www.thieme.de/de/paediatrie/stillen-reduziert-kindliches-diabetesrisiko-unabhaengig-art-dauer-129456.htm (Zugriff am 11.11.2021)
[49] Bundesinstitut für Risikobewertung (2018): Stillen – Basis für das Leben. Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2018/31/stillen___basis_fuer_das_leben-205414.html (Zugriff am 11.11.2021)
[50] **Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft** (2021): Stillen – Die beste Ernährung in den ersten Lebensmonaten. Online verfügbar unter: https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/schwangerschaft-und-baby/stillen.html;jsessionid=3044FC54C0EF65066C9509F50464D465.live851 (Zugriff am 10.11.2021)
[51] **Bundesinstitut für Risikobewertung** (o. J.): Gesundheitliche Bewertung von Säuglingsnahrung. Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/de/gesundheitliche_bewertung_von_saeuglingsnahrung-1184.html (Zugriff am 11.11.2021)
[52] **Nüsken, E., Appel, S., Hucklenbruch-Rother, E., dötsch, J., Nüske, K.-D., Alejandre Alcázar, M.A.** (2017): Umwelteinflüsse in der Schwangerschaft. Risiko für die Krankheitsdisposition des Kindes im späteren Leben. Monatsschrift Kinderheilkunde: 5 (2017). S. 379-388. Springer Medizin Verlag GmbH. Online verfügbar unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s001112-017-0274-4.pdf (Zugriff am 09.04.2021)
[53] **Landkreis Fulda** (2021): Elterngeld. Online verfügbar unter: https://www.landkreis-fulda.de/buergerservice/arbeit-und-soziales/beratungsbuero-fuer-alleinerziehende/finanzielle-unterstuetzung/elterngeld (Zugriff am 12.04.2021)
[54] **Landkreis Fulda** (2021): Kindergeld. Online verfügbar unter: https://www.landkreis-fulda.de/buergerservice/arbeit-und-soziales/beratungsbuero-fuer-alleinerziehende/finanzielle-unterstuetzung/kindergeld (Zugriff am 12.04.2021)
[55] Füßler Claudia (2021): Familiengründung – Wenn aus Paaren Eltern werden. Schwangerschaft – Aufbruch in ein neues Leben. Spektrum Kompakt 27.21. S. 63 – 69.
[56] **Statista** (2020): Anzahl der Geburten nach dem Alter der Mutter in Deutschland im Jahr 2019. Online verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161856/umfrage/geburten-nach-dem-alter-der-mutter-in-deutschland/ (Zugriff am 07.06.2021)
[57] **Fracassi, S.** (2009): Schwangerschaft und Geburt im minderjährigen Alter-Ist die Risikobelastung ein Effekt des Alters oder bedingt durch Bildungsstand, Partnerstatus und/oder Tabakkonsum? Eine Machted-Pais-Studie an Erstgebärenden der Jahrgänge 200-2004.
[58] **Lampert, T., Kroll, L.E., von der Lippe, E., Müters, S., Stolzenberg, H**. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013/56. S.814–821. Online verfügbar unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1507/26HkqtdFJnIbw.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Zugriff am 18.05.2021)
[59] **Weyers, S.** (2008): Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 257-270.
[60] **Kristenson, M.** (2008): Sozioökonomische Lage und Gesundheit-die Rolle des Bewältigungsverhaltens. In: Siegrist, J., Marmot, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1.Auflage. Verlag Hans Huber. Bern. S. 163-194.
[61] **Power, C., Kuh, D.** (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, J., Marmot, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1.Auflage. Verlag Hans Huber. Bern. S. 45-76.

[62] **Robert-Koch-Institut** (2018): Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018 3(1). Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchen_Schwangerschaft_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 07.06.2021)

[63] **Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** (2021): Flucht und Migration. Begriffe und Grundlagen. Online verfügbar unter: https://www.bmz.de/de/entwicklungspolitik/flucht/fachbegriffe#lexicon=21858 (Zugriff am 27.04.2021)

[64] **pro familia Bundesverband** (2018): Forschung zu Schwangerschaft und Flucht Aktuelle Befunde und Forschungslücken. Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen. Online verfügbar unter: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaft/Fachdialognetz_Forschung_zu_Schwangerschaft_und_Flucht_2018.pdf (Zugriff am 17.05.2021)

[65] **Frank, L. et al.** (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring. 2017 2(1).

[66] **Miani C, Razum O, Spallek J** (2019): Health of the offsprings of immigrants: the BaBi birth cohort study. Public Health Forum 27 (4). S. 298-300.

[67] **Kavemann, B., Kreyssig, U.** (Hrsg.) (2007): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 2., durchgesehene Auflage. VS-Verlag für Sozialwissenschaften. S. 88-102.

[68] **Schildberger, B., Zenzmaier, C., König-Bachmann, M.** (2021): Versorgung von Frauen mit Behinderungen in der Geburtshilfe. Public Health Forum 2021. 29(2). S. 151-153.

[69] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2018): Hörbehindert oder gehörlos ein Kind bekommen. Online verfügbar unter: https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwanger-mit-behinderung/hoerbehindert-oder-gehoerlos/ (Zugriff am 14.04.2021)

[70]**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2019): Schwangerschaft und Querschnittslähmung. Online verfügbar unter: https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwanger-mit-behinderung/querschnittlsaehmung/ (Zugriff am 14.04.2021)

[71] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2018): Blind oder sehbehindert ein Kind bekommen. Online verfügbar unter: https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwanger-mit-behinderung/blind-oder-sehbehindert/ (Zugriff am14.04.2021)

[72] **Helios** (2021): Schwanger mit chronischen Erkrankungen. Online verfügbar unter: https://www.helios-gesundheit.de/magazin/schwangerschaft/news/schwanger-mit-chronischen-erkrankungen/ (Zugriff am 28.06.2021)

[73] **Purrio, L.** (2019): Letzter Ausweg Babyklappe: Wie sie funktioniert und was mit dem Baby dort passiert. Online verfügbar unter: https://www.familie.de/baby/letzter-ausweg-babyklappe-wie-sie-funktioniert-und-was-mit-dem-baby-dort-passiert/ (Zugriff am 28.06.2021)

[74] **Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, Bundesministerium für Gesundheit** (2016): Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf (Zugriff am 17.05.2021)

[75] **Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ (BFHI) e. V.:** Das zeichnet Babyfreundliche Einrichtungen aus. https://www.babyfreundlich.org/eltern/ueber-uns/das-zeichnet-babyfreundliche-einrichtungen-aus.html

[76] **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2021): Schwangerschaft und das Coronavirus SARS-CoV-2 / COVID-19. Online verfügbar unter: https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/informationen-zum-coronavirus-sars-cov-2/ (Zugriff am 28.06.2021)