



**Vom Kopf auf die Füße:  
Umbau der Schwangerenvorsorge**

Presstext PD Dr. Kagan

Sperrfrist: 1.12.2011, 12.00 Uhr

**Pressestelle:**  
MWM-Vermittlung  
Kirchweg 3 B, 14129 Berlin  
Tel.: (+49) 030 / 803 96 86  
Fax: (+49) 030 / 803 96 87  
mwm@mwm-vermittlung.de  
[www.mwm-vermittlung.de/perinatal2011.html](http://www.mwm-vermittlung.de/perinatal2011.html)

Seite 1 von 2 · 1.12.2011

Je weiter eine Schwangerschaft fortgeschritten ist, desto engmaschiger muss man die werdende Mutter untersuchen – dachte man bisher. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass durch eine genaue Vorsorgeuntersuchung schon nach drei Monaten Risiken frühzeitig erkannt werden können. Das erleichtert einerseits rechtzeitiges Eingreifen zum Wohle von Mutter und Kind, andererseits können, wenn keine Probleme vorliegen, die Untersuchungen im letzten Schwangerschaftsdrittel sogar reduziert werden.

Die Routine-Untersuchungen in den ersten 32 Schwangerschaftswochen erfolgen bisher im Abstand von vier Wochen und anschließend bis zum Entbindungstermin im Abstand von zwei Wochen. Diesem Konzept liegt zugrunde, dass die Schwangerschaftskomplikationen typischerweise im letzten Drittel der Schwangerschaft häufiger auftreten, eine Risikovorhersage in früheren Schwangerschaftswochen und somit die Vermeidung späterer Komplikationen nicht möglich sei.

In den vergangenen Jahren wurde jedoch gezeigt, dass dieses Konzept überdacht werden sollte. Zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche (SSW) kann aufgrund der medizinischen Vorgeschichte der Mutter, einer körperlichen Untersuchung, sowie einer Blut- und Ultraschalluntersuchung das persönliche Risikoprofil einer Patientin für viele potenzielle Komplikationen in der Schwangerschaft ermittelt werden. So kann die Schwangerenbetreuung früher auf ein eventuell erhöhtes Risiko ausgerichtet werden, indem zusätzliche Untersuchungen, intensivere Überwachung oder auch eine medikamentöse Therapie vorgenommen werden. Dadurch kann die Schwangerenbetreuung individualisiert und optimiert werden.

Professor Kypros Nicolaides vom Kings College in London hat vorgeschlagen, zunächst ausführlich zwischen der 12. und 14. SSW Schwangerschaftsrisiken zu erfassen. Bei einem erhöhten Risikoprofil würde die Schwangerenbetreuung in der Hand eines oder mehrerer Spezialisten erfolgen und entsprechend intensiviert. Schwangerschaften mit einem niedrigen Risikoprofil würden im Sinne einer Regelversorgung betreut. Nicolaides schlägt in diesen Fällen sogar eine Verringerung der ärztlichen Kontrollen vor.

In jedem Fall aber sollten alle Schwangerschaften mittels Ultraschall um die 22. Schwangerschaftswoche herum erneut beurteilt werden, um Fehlbildungen kindlicher Organe erkennen und um das Risiko für schwangerschaftsbedingte Bluthochdruckerkrankungen (Präeklampsie) oder für eine Frühgeburt besser einschätzen zu können. In einer weiteren Ultraschalluntersuchung um die 37. SSW sollte das kindliche Wachstum beurteilt und der Geburtsmodus diskutiert werden.

Beispiele für den Umstieg "vom Kopf auf die Füße":

Im Rahmen der vorgeburtlichen Untersuchungen zum Erkennen einer kindlichen Chromosomenstörung, insbesondere der Trisomie 21 (Down-Syndrom), ist der Umstieg auf eine individualisierte, risikobasierte Entscheidungsfindung bereits am weitesten fortgeschritten. Bisher wurde einer Schwangeren über 35 Jahren häufig eine Fruchtwasseruntersuchung empfohlen, bei der es jedoch in 0,5 Prozent der Fälle zu einer Fehlgeburt kommt. Auf das *persönliche* Risiko wurde da-

bei häufig nicht näher eingegangen. Im Gegensatz dazu erlaubt das "kombinierte Ersttrimester-Screening" in der 12. bis 14. SSW eine persönliche Risikoberechnung anhand des mütterlichen Alters, der Nackentransparenzdicke (eine Flüssigkeitsansammlung am Nacken des Kindes, die im Ultraschall gemessen werden kann) und einer Blutuntersuchung. Auf dieser Grundlage kann die Patientin abwägen, ob sie eine Fruchtwasserpunktion durchführen lassen möchte.

Im Rahmen dieser Ultraschalluntersuchung können auch etwa die Hälfte aller schwerwiegenden kindlichen Fehlbildungen erkannt werden. In jüngster Zeit wurden auch Möglichkeiten aufgezeigt, zu diesem Zeitpunkt einen offenen Rücken (Spina bifida) zu erkennen.

Eine Präeklampsie wird bei bis zu zwei Prozent aller Schwangerschaften beobachtet und kann zu einer mütterlichen und kindlichen Gefährdung führen, die eine frühzeitige Entbindung erforderlich macht. Die bisherige Schwangerenbetreuung zielt vor allem darauf ab, Frühzeichen der Präeklampsie zu erkennen, nicht aber das *individuelle Risiko* für die Betroffenen. Dabei ist das durchaus anhand der Vorgeschichte der werdenden Mutter und der Familie, ihres Körpergewichts (BMI), des mütterlichen Blutdrucks, einer Ultraschalluntersuchung der mütterlichen Gebärmuttergefäße sowie eines Bluttests möglich. Bei einem erhöhten Risiko können die Kontrollen vor allem zu Beginn des dritten Schwangerschaftsdrittels intensiviert werden. In einer Metaanalyse wurde zudem gezeigt, dass bei erhöhtem Risiko durch die Gabe von 100 mg Acetylsalicylsäure (ASS, z.B. Aspirin®) vor der 16. Schwangerschaftswoche das Risiko einer schwangerschaftsbedingten Bluthochdruckkrankheit auf die Hälfte reduziert werden kann, so dass neben der Diagnostik auch eine *Prävention* zur Verfügung steht.

Auch viele andere Komplikationen können inzwischen bereits in der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche vorhergesagt werden. Dazu zählen Schwangerschaftsdiabetes der Mutter, übermäßiges Längenwachstum des Feten oder Wachstumsverzögerungen sowie eine drohende Frühgeburt. Durch künftige Studien können diese Risikovorhersagen weiter verbessert werden.

In Zukunft wird es somit möglich sein, neben den bereits etablierten Risikomodellen ein ausführliches Risikoprofil einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel zu erheben. Dadurch kann bereits frühzeitig auf die persönlichen Bedürfnisse der Schwangeren eingegangen, können mögliche Risiken durch präventive Maßnahmen reduziert werden.

Ansprechpartner (für MedienvertreterInnen):

PD Dr.med. Karl Oliver Kagan  
Universitätsfrauenklinik  
Calwerstraße 7, 72076 Tübingen  
Tel.: 07071 / 298 4807  
Mail: karl.kagan@med.uni-tuebingen.de