

Familienplanungs- *RUNDBRIEF*

Ausgabe Juli 2010 Nr. 2

Inhalt

Impressum	2
Kaiserschnittgeburten	3
Erfahrungen mit der Sectio aus Frauensicht	10
Pille danach Aktuelle Informationen der WHO zur Sicherheit der Pille danach	13
Hinweise Frauen und Rauchen – Bewusstsein schaffen für die Aspekte Gender und gesundheitliche Ungleichheit	15
Entscheidung des Bundesgerichtshofs: Die Präimplantationsdiagnostik zur Entdeckung schwerer genetischer Schäden des extra- korporal erzeugten Embryos ist nicht strafbar	16
Veröffentlichungen	18
Veranstaltungen	19

Impressum: © 2010

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Kaiserschnitt- geburten

Helga Seyler

Seit etwa 30 Jahren steigt weltweit die Zahl der Geburten durch Kaiserschnitt. In Deutschland hatten 2009 nach Daten der DAK 33 %¹ der Schwangeren eine Kaiserschnittgeburt. In der Perinatalerhebung wird 2008 eine Rate von 32,6 % in Bayern² und 30 % in Niedersachsen³ angegeben. Ein Ende des ansteigenden Trends ist nicht abzusehen.

Über die Gründe für die hohe und weiter ansteigende Rate wird in Fachkreisen viel und kontrovers diskutiert. Viele ExpertInnen sehen die Zahl der Kaiserschnitte als zu hoch an. Andere führen dagegen an, dass die Risiken eines geplanten Kaiserschnitts für die Schwangere durch die moderne Medizin kaum noch höher wären als bei einer vaginalen Geburt und bezeichnen es als Fortschritt, dass Frauen den Entbindungsweg frei wählen können.

Die WHO hat eine Task Force gegründet, die erforschen soll, welche Faktoren die Zahl der Kaiserschnittgeburten beeinflussen und welche gesundheitlichen Konsequenzen sich durch einen Kaiserschnitt für Mütter und Kinder ergeben. Auf dieser Grundlage sollen Empfehlungen für eine Optimierung der Indikationen für eine Kaiserschnittgeburt und für die optimale Kaiserschnitttrate erarbeitet werden.

Eine internationale WHO-Studie von 2005 über Mütter- und Neugeborenenengesundheit zeigte, dass eine höhere Rate an Kaiserschnitten nicht mit einer geringeren Sterblichkeit und besserer Gesundheit der Neugeborenen verbunden ist, dagegen steigt die Komplikationsrate und Sterb-

lichkeit bei den Müttern (Villar 2006). Unnötige Kaiserschnitte bedeuten aus Sicht der WHO ein Risiko für die Gesundheit von Müttern und Kindern. Zudem belastet eine hohe Kaiserschnitttrate die Gesundheitssysteme in finanzieller Hinsicht. Die WHO empfiehlt, Schwangere in den Entbindungskliniken in verschiedenen Gruppen mit unterschiedlichen Risiken zu erfassen. Bei hohen Kaiserschnittraten in den Gruppen mit niedrigen Risiken (Erst- und Mehrgebärende mit Kindern in Schädellage) werden Maßnahmen erwogen, um zu prüfen, ob die Geburten nach Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin geleitet wurden. Es wurden auch bereits Programme erprobt, um die Kaiserschnitttrate in Kliniken zu senken. Die Vorgabe, dass vor der Durchführung eines geplanten Kaiserschnitts eine zweite Meinung eingeholt werden muss, konnte die Kaiserschnitttrate in ausgewählten Kliniken in fünf lateinamerikanischen Ländern nur geringfügig, um 2 %, senken (Althabe 2004). Ein weiteres Programm konnte die Rate in einigen Kliniken in Ecuador um 4 % senken (Sloan 2000).

International große Unterschiede

Zwischen verschiedenen Ländern und Regionen finden sich extreme Unterschiede in der Rate von Kaiserschnittgeburten. Große Unterschiede gibt es auch zwischen dem privaten und öffentlichen Gesundheitssektor in vielen Ländern. Damit kann der Kaiserschnitt als ein Beispiel für extreme Unterversorgung auf der einen Seite und Überversorgung auf der anderen Seite betrachtet werden.

Die niedrigsten Kaiserschnittraten finden sich in den meisten afrikanischen Ländern südlich der Sahara (Ronsmans 2006). Hier liegen sie meist unter 1 %, so dass die Frauen dort faktisch keinen Zugang zu diesem Eingriff haben, der für Mutter und Kind lebensrettend sein kann. In einigen afrikanischen Ländern ist es auch für Frauen aus wohlhabenden Gesellschaftsschichten nicht möglich, mit Kaiserschnitt zu entbinden. Insgesamt liegt die Kaiserschnitttrate in dieser Region unter 5 %.

Auch in Ländern mit optimaler gesundheitlicher Versorgung gibt es große Unterschiede in der Zahl der Kaiserschnitte. Die höchsten Raten finden sich nicht in Europa oder den USA, sondern in Lateinamerika. Hier sind allerdings auch die Unterschiede zwischen dem privaten und öffentlichen Gesundheitssektor besonders groß. Die höchste Rate an Kaiserschnitten hatten Ende der 90er Jahre wohlhabende Frauen in Brasilien mit 67 %. Hier war also der Kaiserschnitt zum norma-

¹ Jedes dritte Baby kommt per Kaiserschnitt. Deutsches Ärzteblatt 9.3.2010.
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/40363/Jedes_dritte_Baby_kommt_per_Kaiserschnitt.htm

² Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualität in der stationären Versorgung. Geburtshilfe. Jahresauswertung 2008. http://www.baq-bay-ern.de/downloads/files/2008_161_gesamt_online.pdf

³ Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Geburtshilfe. Jahresauswertung 2008.
[http://www.zq-aekn.de/web_aekn/zqhome.nsf/ContentView/FD8647FD90465DDCC1256A8D0044BD9A/\\$File/Vergleichsstatistik_Gesamt_ZQ_2008_Endversion.pdf](http://www.zq-aekn.de/web_aekn/zqhome.nsf/ContentView/FD8647FD90465DDCC1256A8D0044BD9A/$File/Vergleichsstatistik_Gesamt_ZQ_2008_Endversion.pdf)

len Geburtsweg geworden. Insgesamt entbanden in Brasilien 1996 36 % der Frauen per Kaiserschnitt (Ronsmans 2006). In Daten von 2005 war die Rate in Ecuador und Mexico am höchsten mit ca. 60 und 70 % im privaten Sektor und ca. 40 % im öffentlichen Sektor (Villar 2006).

In Europa haben Schweden und die Niederlande eine vergleichsweise niedrige Rate von 17 % bzw. 13 %. An der Spitze der europäischen Länder liegt Italien mit 37 % (Daten von 2004, BZGA⁴).

In den USA wurden 2007 32 % der Geburten mit einem Kaiserschnitt beendet⁵.

Wunschkaiserschnitte

Im Mittelpunkt der Diskussion über die hohen Kaiserschnittsraten steht oft der Trend zum Wunschkaiserschnitt ohne medizinische Gründe. Es gibt keine zuverlässigen Daten zur Häufigkeit von „Wunschkaiserschnitten“. Auch ist nicht klar definiert, was als „Wunschkaiserschnitt“ angesehen wird bzw. welche Gründe der Frauen als medizinische gewertet werden (wie zum Beispiel große Angst vor einer Geburt oder Sorge vor späterer Inkontinenz bei vaginaler Geburt). Untersuchungen zeigen jedoch, dass nur ein kleiner Teil der Kaiserschnitte ausschließlich auf Wunsch der Frauen und ohne ärztliche Empfehlung durchgeführt wird. Eine in Deutschland durchgeführte Befragung von Frauen nach einer Kaiserschnittgeburt ergab, dass 2 % dieser Eingriffe auf Wunsch der Frau durchgeführt wurden (Kolip 2009). In internationalen Studien gaben 3 bis 8 % der Frauen an, dass sie sich einen primären Kaiserschnitt auch ohne medizinische Gründe wünschten. Dabei sind nicht die Bequemlichkeit und bessere Planbarkeit ausschlaggebend, sondern meist Ängste vor der Geburt, Ängste um die Sicherheit des Kindes, psychische Probleme oder eine traumatisch erlebte vorangegangene Geburt.

Nachdem vor einigen Jahren FrauenärztInnen in den Kliniken einen Kaiserschnitt ohne medizinische Gründe auf Wunsch der Schwangeren noch abgelehnt haben, gibt es inzwischen eine Leitlinie, die empfiehlt, dem Wunsch zu folgen, wenn zuvor eine sorgfältige Aufklärung über die Risiken erfolgt ist. Allerdings ist ein reiner

Wunschkaiserschnitt keine Kassenleistung (DGKG 2008).

Kaiserschnitte mit medizinischer Indikation

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Entscheidung der ÄrztInnen ausschlaggebend für die Durchführung eines Kaiserschnitts. Die Gründe dafür, dass ÄrztInnen immer häufiger diese Entscheidung treffen, sind wahrscheinlich vielfältig.

Die medizinischen Risiken des Kaiserschnitts sind durch verbesserte Medizintechnik sehr gering geworden. Das führt dazu, dass der Kaiserschnitt als risikolose Alternative zur Vaginalgeburt mit ihren unkalkulierbar erscheinenden Risiken wahrgenommen wird.

Eine große Rolle dürfte dabei auch die Angst der Geburtshelfer vor Schadensersatz-Klagen für den Fall, dass das Kind nicht gesund geboren wird, spielen. Bei einer vaginalen Geburt besteht dann oft der Verdacht, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen durch die Geburt verursacht wurden. Bei einer Kaiserschnittgeburt wird davon nicht ausgegangen. Das setzt die Geburtshelfer unter Druck, sich immer öfter für den juristisch sicheren Weg des Kaiserschnitts zu entscheiden.

Auch finanzielle und organisatorische Gründe in den Geburtskliniken können bei der Entscheidung für einen Kaiserschnitt eine Rolle spielen. Der Kaiserschnitt ist planbar und schneller durchzuführen als eine vaginale Geburt und bindet damit weniger personelle Ressourcen in der Klinik. Andererseits wird er deutlich besser vergütet und ist deshalb für die Kliniken insgesamt wirtschaftlicher.

Einen wachsenden Anteil an der Zahl der Kaiserschnitt-Geburten haben Entbindungen nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt. Durch die steigende Zahl von Kaiserschnitten insgesamt steigt auch die Zahl der Schwangeren, die einen Kaiserschnitt in der Vorgeschichte haben.

Wie viele davon erneut mit Kaiserschnitt entbinden, ist international genauso unterschiedlich wie die Kaiserschnitttrate insgesamt. In den USA führt die Angst vor juristischen Konsequenzen bei Komplikationen in diesen Fällen dazu, dass nur 10 % der Frauen mit einem Kaiserschnitt in der Vorgeschichte vaginal entbinden. In südamerikanischen Ländern sind es zwischen 10 und 20 %. Die Perinatalerhebungen in Deutschland enthalten keine direkten Angaben dazu. 12 bis 13 % der Schwangeren insgesamt hatten bereits einen Kaiserschnitt, wahrscheinlich entbinden etwa die

⁴ Statistik: Kaiserschnitt im europäischen Vergleich. <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/kaiserschnitt/statistik-kaiserschnitt-im-europaeischen-vergleich/>

⁵ Daten des National Center for Health Statistics (NCHS) <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db35.pdf>

Hälfte davon vaginal. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gibt bei einem vaginalen Entbindungsversuch nach einem Kaiserschnitt Erfolgsraten von 73 % an, nach zwei und mehr Kaiserschnitten sinkt die Rate auf 68 % (DGGG 2008). Allerdings fehlen Zahlen dazu, wie viele Frauen nach einem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt anstreben.

Zwingende und relative medizinische Gründe

Bei etwa 10 % der Kaiserschnitte liegt eine absolute (zwingende) Indikation vor. Nach Definition der WHO sind das zum Beispiel Fälle mit einer HIV-Infektion der Schwangeren oder einer bestehenden genitalen Herpes-Infektion.

Auch bei einer Beckenendlage des Kindes wird international eine Entbindung durch Kaiserschnitt empfohlen, allerdings sollte diesem der Versuch einer Wendung des Kindes vorausgehen. In Deutschland wird bei einer Beckenendlage der Versuch einer vaginalen Entbindung als gleichwertige Möglichkeit zum geplanten Kaiserschnitt angesehen, wenn das Kind nicht zu groß ist und keine weiteren Risiken vorliegen. Während international bei 90 % der Schwangeren mit Beckenendlage ein geplanter Kaiserschnitt durchgeführt wird, sind es in Deutschland etwa 70 %. Bei 9 bis 10 % der Frauen gelingt die vaginale Geburt, bei den übrigen wird während der Geburt die Entscheidung zum Kaiserschnitt getroffen (Daten der Perinatalerhebung Bayern und Niedersachsen 2008).

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe führt noch einige weitere Gründe als zwingend für einen Kaiserschnitt an⁶, geht aber auch davon aus, dass zwingende Indikationen etwa 10 % der Kaiserschnitte ausmachen (DGGG 2008).

Bei 90 % der Kaiserschnitte sind demnach relative Indikationen entscheidend, wie zum Beispiel ein großes Kind, auffällige kindliche Herztöne, eine (zu) lang dauernde Geburt oder ein vorangegangener Kaiserschnitt.

Bei diesen relativen Indikationen ist eine vaginale Geburt grundsätzlich möglich, birgt aber möglicherweise größere Risiken als ein Kaiserschnitt. In diesen Fällen müssen die ÄrztInnen und werdenden Eltern gemeinsam Nutzen und Risiken beider Möglichkeiten abwägen und eine Entscheidung treffen. Auch die Hebammen, die die

Gebärende betreuen, sollten in die Entscheidung einbezogen sein. In einer Befragung von Frauen nach Kaiserschnittgeburten ergab sich jedoch, dass in erster Linie der Rat der ÄrztInnen ausschlaggebend für die Entscheidung zum Kaiserschnitt war (Kolip 2006).

In etwa der Hälfte der Fälle wird die Entscheidung zum Kaiserschnitt vor der Geburt getroffen, das heißt es handelt sich um geplante Kaiserschnitte. In den übrigen Fällen wird auf Grund von Komplikationen während der Geburt ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Nutzen und Risiken des Kaiserschnitts

Eine solide Datenbasis über Nutzen und Risiken des Kaiserschnitts für Mutter und Kind im Vergleich zu einer Vaginalgeburt ist als Entscheidungsgrundlage für GeburtshelferInnen und Schwangere wichtig.

Es gibt zwar inzwischen viele Daten dazu, aber ein direkter Vergleich des Nutzens und der Risiken ist äußerst schwierig, weil sich Frauen mit Kaiserschnitt bzw. vaginaler Geburt in vielen Faktoren und Risiken unterscheiden.

Vergleichbare Risiken liegen bei Schwangeren mit Beckenendlage oder vorangegangenem Kaiserschnitt vor. Allerdings wird bei diesen Frauen in der Gruppe mit geplanter vaginaler Geburt sehr häufig doch noch ein Kaiserschnitt durchgeführt. Deswegen sind auch diese Daten nicht zu verallgemeinern.

In Fachkreisen wird daher diskutiert, ob eine Studie machbar ist, in der Frauen ohne Geburtsrisiken nach Zufall der Kaiserschnitt- oder Vaginalgeburt zugeteilt werden. Es ist allerdings kaum davon auszugehen, dass eine solche Studie Akzeptanz bei Schwangeren findet. Außerdem bestehen ethische Bedenken.

Gesundheit des Kindes

Der Kaiserschnitt gilt für das Kind als einfacher und risikoloser Geburtsweg. Die Sorge um die Gesundheit des Kindes spielt in der Mehrzahl der Fälle eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für einen Kaiserschnitt.

Die bevölkerungsbezogenen Daten aus vielen Ländern mit guter Gesundheitsversorgung zeigen jedoch, dass eine hohe Rate an Kaiserschnitten nicht mit einer besseren Gesundheit und geringeren Sterblichkeit der Neugeborenen verbunden ist. Stattdessen ist die Neugeborenensterblichkeit in einigen Ländern mit hoher Kaiserschnitttrate höher als in Ländern mit niedriger Rate.

⁶ Querlage beim Kind, ein zu großes Kind und/oder zu enges Becken, eine vor dem Muttermund liegende Plazenta, vorzeitige Plazentalösung, Infektion des Fruchtwassers, Nabelschnurvorfal, Eklampsie, DGGG 2008.

Auch im direkten Vergleich ergab eine Studie aus den USA, dass die Sterblichkeit und die Komplikationsrate bei den Kindern bei geplanten Kaiserschnittgeburten höher war als bei geplanten vaginalen Geburten, selbst wenn in der zweiten Gruppe die Kinder einbezogen wurden, bei denen die vaginale Geburt wegen Komplikationen durch Kaiserschnitt beendet wurde (Geller 2010).

Ein bei der vaginalen Geburt gefürchtetes Risiko ist die Schädigung des kindlichen Gehirns durch Sauerstoffmangel. Die Häufigkeit wird mit etwa 1 bis 3 pro 1000 Geburten angegeben. Bei einem geplanten Kaiserschnitt ist dieses Risiko deutlich geringer (ca. 0,2-0,5/1000 Geburten) (Schneider 2008). Allerdings entstehen nur 4 % der Hirnschäden von Neugeborenen während der Geburt. In den anderen Fällen sind wahrscheinlich Schädigungen während der Schwangerschaft (Infektionen, Sauerstoffmangel) oder genetisch bedingte Veränderungen die Ursache.

Eine weitere, zwar sehr seltene, aber gefürchtete Komplikation bei der vaginalen Geburt ist die Schulterdystokie. Das bedeutet, dass nach der Geburt des Kopfes die kindliche Schulter hinter dem Schamknochen der Mutter hängen bleibt und die Geburt der Schultern sehr schwierig verläuft. Dabei kann es beim Kind zu Nervenverletzungen mit Armlähmungen kommen. Eine Schulterdystokie tritt bei etwa 0,5 % der Geburten auf, hauptsächlich bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht. Eine dauerhafte Armlähmung behalten 13 % der Kinder nach einer Schulterdystokie (DGGG 2000).

Dass ein Kaiserschnitt nicht völlig ohne Risiken für das Kind ist, zeigen Daten der letzten Jahre. So haben Kinder nach einem Kaiserschnitt in den ersten Lebenstagen häufiger Probleme mit der Anpassung an das Leben außerhalb der Gebärmutter und Atemstörungen. Mehr Kinder nach einem geplanten Kaiserschnitt als nach einer vaginalen Geburt müssen wegen eines Atemnotsyndroms auf einer Intensivstation behandelt werden (Hansen 2007). Diese Probleme treten bei einem Kaiserschnitt vor dem errechneten Geburtstermin besonders häufig auf, kommen aber auch bei Kaiserschnitten am Geburtstermin vor. Ursache dieser Störungen sind wahrscheinlich hormonelle Prozesse, die den natürlichen Geburtsbeginn steuern und gleichzeitig die Lungenreife des Kindes fördern. Außerdem sorgen die Wehen und der Geburtsstress in der Austreibungsphase bei der vaginalen Geburt für die Ausschüttung von Stresshormonen beim Kind, die die Lungenreife unterstützen und dazu

führen, dass das Fruchtwasser aus der Lunge entfernt wird.

Das größte Risiko birgt ein Kaiserschnitt jedoch für die Kinder in nachfolgenden Schwangerschaften. Es besteht ein erhöhtes Risiko einer Totgeburt durch die Gefahr des Aufreißens der Narbe an der Gebärmutter (Uterusruptur).

Gesundheit der Mutter

Die mit einem Kaiserschnitt verbundenen gesundheitlichen Risiken für die werdende Mutter sind in den letzten Jahrzehnten immer geringer geworden und unterscheiden sich in Deutschland bei einem geplanten Kaiserschnitt nur noch wenig von denen bei einer vaginalen Geburt.

Grundsätzlich ist das Risiko einer Infektion, Fieber und von Thrombosen beim Kaiserschnitt höher. Es besteht, besonders bei wiederholten Kaiserschnitten, das Risiko einer Verletzung der Blase, seltener des Darms. Der Blutverlust ist größer und es kommt häufiger zu einer Blutarmut nach der Geburt. Außerdem können Wundheilungsstörungen auftreten.

Bei einem Notfall-Kaiserschnitt sind Komplikationen für die Mutter häufiger, als bei einem geplanten Kaiserschnitt.

Wenig Beachtung finden in der Abwägung von Risiken des Eingriffs die Schmerzen der Operationswunde in der Zeit nach dem Kaiserschnitt. Durch die Schmerzen sind die Frauen in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt. Auch drei und sechs Monate nach der Geburt geben Frauen nach einem Kaiserschnitt noch mehr Schmerzen im Bauch an als nach einer vaginalen Geburt (Groß 2006).

Wegen des Stillens ist die Anwendung von Schmerzmitteln eingeschränkt. Die häufiger auftretende Blutarmut und die Wundheilung schwächen die Mütter ebenfalls deutlich mehr als nach vaginalen Geburten.

Diese Probleme beeinträchtigen die Mütter bei der Versorgung des Kindes, besonders in den ersten Tagen, die so wichtig für den Aufbau einer guten Bindung zum Kind sind. Auch der Aufbau einer guten Stillbeziehung wird erschwert, da es dafür wichtig ist, das Kind kurz nach der Geburt anzulegen. Außerdem braucht die Mutter in den ersten Tagen möglichst gute Bedingungen, um positive Erfahrungen mit dem Stillen machen zu können.

Folgegeburten nach einem Kaiserschnitt

Auch für die Frauen bestehen bei weiteren Schwangerschaften nach einem Kaiserschnitt deutlich höhere Risiken. Die Komplikationen nehmen mit der Zahl der vorangegangenen Kaiserschnitte stark zu.

Bei einer vaginalen Geburt kann es in diesen Fällen bei 0,5 % der Frauen zum Aufreißen der alten Kaiserschnittnarbe an der Gebärmutter (Uterusruptur) kommen, ein Risiko, das mit jedem zusätzlichen Kaiserschnitt steigt. Wenn eine Frau direkt nach einem Kaiserschnitt wieder schwanger wird, beträgt das Risiko einer Uterusruptur 5 %. Bei einer Uterusruptur kann es zu einer starken Blutung kommen, in einigen Fällen muss die Gebärmutter entfernt werden. Das Kind ist durch Sauerstoffmangel stark gefährdet und kann im schlimmsten Fall sterben.

Auch Probleme mit der Plazenta treten möglicherweise auf, wenn sich diese im Bereich der Kaiserschnittnarbe befindet. Dann kann sie fest in die Gebärmutterwand einwachsen (Plazenta accreta) und bei der Geburt sehr starke Blutungen verursachen. Auch in diesen Fällen ist häufig eine Gebärmutterentfernung notwendig. Von den in Europa sehr seltenen mütterlichen Todesfällen unter der Geburt wurden in den letzten Jahren viele durch Verbluten bei einer Plazenta accreta verursacht.

Außerdem besteht bei einer weiteren Schwangerschaft nach einem Kaiserschnitt ein höheres Risiko (0,8 %), dass die Plazenta über den inneren Muttermund wächst (Plazenta prävia) (DGGG 2008)

Beckenboden, Inkontinenz und sexuelle Funktion

Für den Beckenboden gilt ein Kaiserschnitt als schonender im Vergleich zur vaginalen Geburt. Durch den Eingriff sollen Verletzungen des Beckenbodens mit der Folge von Inkontinenz und Beeinträchtigungen der Sexualität vermeidbar sein. Allerdings sind die Daten dazu widersprüchlich. Bei den meisten Studien wurden die Daten zum Geburtsweg rückblickend nach vielen Jahren erhoben, und es ist fraglich, ob die Gruppen vergleichbar sind.

Bei vaginalen Geburten wird auch der Einfluss des Dammschnitts auf die spätere Funktion des Beckenbodens kontrovers diskutiert. Ursprünglich wurde er gerade zur Vermeidung von Inkontinenzbeschwerden als Routine eingeführt. Inzwischen ist jedoch klar, dass ein Dammschnitt wahrscheinlich wenig nützt und möglicherweise solche Probleme eher begünstigt.

Eine bevölkerungsbezogene Studien, über die in den Medien viel berichtet wurde, wurde in Norwegen durchgeführt (Rortveit 2003). Dabei wurden Frauen verglichen, die entweder keine Kinder geboren hatten oder nur vaginal bzw. nur per Kaiserschnitt entbunden hatten. Alle Frauen, die Kinder geboren hatten, berichteten häufiger über Inkontinenzbeschwerden als Frauen ohne Geburten. Allerdings war die Rate bei den Frauen mit vaginalen Geburten höher als bei denen, die nur Kaiserschnitte hatten. Insgesamt gaben 10 % der Frauen ohne Geburten, 16 % der Frauen mit Kaiserschnittgeburten und 21 % der Frauen mit vaginalen Geburten eine Inkontinenz an. Eine mäßige oder schwere Inkontinenz war deutlich seltener, sie wurde von 3,7 % der Frauen ohne Geburten, 6,2 % der Frauen mit Kaiserschnittgeburten und 8,7 % der Frauen mit vaginalen Geburten angegeben. Bei älteren Frauen (über 65 Jahre) hatten Geburten keinen Einfluss mehr auf die Häufigkeit einer Inkontinenz.

In prospektiven Studien, in denen Frauen nach einer Geburt weiter beobachtet werden, scheinen besonders in den ersten Monaten nach der Geburt Frauen nach einem Kaiserschnitt deutlich weniger Probleme mit einer Harninkontinenz zu haben (5 % gegenüber 7 bis 22 %) als nach einer vaginalen Geburt. Nach einigen Jahren finden sich in diesen Studien keine eindeutigen Unterschiede mehr (Schneider 2008).

Ein hohes Risiko für Verletzungen des Beckenbodens mit folgender Harn- und Stuhlinkontinenz besteht bei Zangengeburt, die möglichst vermieden werden sollten.

Ängste vor sexuellen Funktionsstörungen nach einer vaginalen Geburt werden ebenfalls als Grund für einen Wunschkaiserschnitt angegeben. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder mangelnde Empfindungsfähigkeit in der Vagina werden als Folgen befürchtet. Zuverlässige Daten gibt es dazu allerdings nicht. Sexuelle Probleme nach einer vaginalen Geburt sind möglicherweise eher Folgen eines Dammschnittes als der Geburt selbst. Deswegen sollte ein Dammschnitt nur durchgeführt werden, wenn er zur Vermeidung von größeren Verletzungen unbedingt nötig ist.

Spätfolgen

Spätfolgen von Kaiserschnitten können dauerhafte Schmerzen durch die inneren Narben und Verwachsungen sein. Außerdem besteht für alle weiteren Operationen im Bauchraum, die möglicherweise notwendig werden, wegen der inneren Narben ein höheres Risiko für Verletzungen von

Organen wie Darm, Blase oder Blutgefäße und zudem das Risiko eines höheren Blutverlusts.

Psychische Folgen

Über die psychische Verarbeitung eines Kaiserschnitts gibt es wenig aussagekräftige Daten. Es scheint, dass Depressionen im Wochenbett nach einem Kaiserschnitt nicht häufiger auftreten als nach einer vaginalen Geburt (Groß 2006). Es gibt jedoch zahlreiche Einzelfallberichte über psychische Probleme bei der Verarbeitung von Kaiserschnittgeburten. Dabei werden Beeinträchtigungen des Selbstbewusstseins oder Enttäuschung und Ärger über den Geburtsverlauf erlebt. Diese Probleme treten hauptsächlich bei Frauen auf, bei denen der Kaiserschnitt nicht geplant war, sondern bei denen eine vaginale Geburt abgebrochen und mit Kaiserschnitt beendet wurde. Es scheint also, dass schwierig verlaufende Geburten zu traumatischen Erlebnissen führen können, sowohl wenn sie vaginal beendet werden als auch bei einem Kaiserschnitt.

Der Kaiserschnitt bedeutet für die Schwangere, dass sie auf das Erlebnis einer natürlichen Geburt verzichtet bzw. verzichten muss. So traumatisch dieses Erlebnis in Einzelfällen sein kann, ist es für die Mehrzahl der Frauen jedoch auch mit intensiven Glücksgefühlen verbunden und mit Stolz auf die eigene Fähigkeit, ein Kind zu gebären.

Die Glücksgefühle werden auch durch die Ausschüttung von Endorphinen unterstützt. Außerdem fördert die Ausschüttung des Wehenhormons Oxytocin das Gefühl von Offenheit und Bindungsfähigkeit, das gerade in den ersten Stunden, in denen die Mutter das Kind kennen lernt, besonders wichtig ist. Nach der Geburt sollte das Kind auch möglichst rasch an die Brust angelegt werden, um dem natürlichen Saugreflex folgen zu können. Diese Vorgänge sind wichtig für eine gute Stillbeziehung und für die Bindung zum Kind.

Medizintechnik und Gebären

KritikerInnen einer technikorientierten Geburtshilfe und insbesondere Hebammen sehen den Anstieg der Kaiserschnitttrate im Zusammenhang mit dem Trend zur medizinisch und technisch orientierten Geburtshilfe, der schon viele Jahrzehnte andauert. Die Verbreitung der Zangengeburt, der routinemäßige Dammschnitt und die programmierte Geburt mit Weheneinleitung zu einem festgesetzten Zeitpunkt sind inzwischen als schädlich für Mütter und Kinder erkannt und wie-

der auf das notwendige Maß beschränkt worden. Stattdessen ist jetzt der größtmögliche medizinische Eingriff auf dem Weg, zum Routinefall in der Geburtshilfe zu werden. Da die Ursachen dafür vielfältig sind, ist es nicht einfach, daran etwas zu verändern.

Möglicherweise ist schon in der Schwangerenvorsorge eine Verlagerung der Schwerpunkte notwendig, weg von der Ausrichtung auf Risiken und deren Kontrolle und hin zu einer Begleitung der Frauen bei den natürlichen Prozessen der Schwangerschaft. Dafür sind Hebammen möglicherweise geeigneter als FrauenärztInnen. Es ist bemerkenswert, dass gerade in den Niederlande und Schweden, wo die Schwangerenvorsorge primär von Hebammen durchgeführt wird, die Kaiserschnitttrate im europäischen Vergleich sehr niedrig ist.

Speziell Frauen mit Ängsten vor der Geburt, einem Geburtstrauma oder anderen psychischen Problemen brauchen ausreichende Unterstützung, Beratung und Betreuung. Ihre Ängste sollten ernst genommen werden, und sie sollten Angebote bekommen, diese zu bearbeiten. Wenn die Ängste soweit bearbeitet werden konnten, dass eine gelungene Vaginalgeburt möglich wurde, führt das zu einer besseren Bewältigung des Geburtstraumas als eine folgende Kaiserschnittgeburt.

Schwangere, bei denen eine Kaiserschnittgeburt erwogen wird, brauchen ausreichende und verständliche Informationen über alle Aspekte der Geburt, sowohl der vaginalen als auch der Geburt per Kaiserschnitt. Sie brauchen individuell auf ihre Situation ausgerichtete und verständliche Angaben über Nutzen und Risiken beider Möglichkeiten.

Und schließlich brauchen Gebärende ausreichende, einfühlsame und fachlich erfahrene Betreuung während der Geburt. Sie brauchen Ermutigung und Unterstützung und vor allem ausreichend Zeit für den manchmal langsamen Prozess des Gebärens. Daten zeigen nämlich, dass die Dauer der Geburten abnimmt, wahrscheinlich, weil die Entscheidung zu einem Kaiserschnitt immer früher getroffen wird. Eine der häufigsten Indikationen zum Kaiserschnitt ist auch der „Geburtsstillstand“.

Literatur

Althabe F, Belizan JM, Villar J, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean

sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 1934–40

Geller EJ, Wu JM, et al. Neonatal Outcomes Associated with Planned Vaginal Versus Planned Primary Cesarean Delivery. *J Perinatol.* 2010;30: 258-264

Groß M. Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarea. *Hebammenforum* 2006; 9: 688-97

Hansen AK, Wisborg K, et al. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2007; 86: 389-394

Kolip P. Wie erleben Frauen einen Kaiserschnitt? Ergebnisse einer Befragung von „Kaiserschnittmüttern“. *AKF-Info* Oktober 2009

Kolip P, Lutz U. Erfahrungen mit der Sectio aus Frauensicht. *Hebammenforum* 2006; 9: 682-7

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR). Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. *AWMF Leitlinienregister* Nr. 015/054 2008

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Board für Pränatal- und Geburtsmedizin, Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM). Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt. *AWMF Leitlinienregister* Nr. 015/021 2008

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht. Empfehlungen zur Schulterdystokie, Erkennung, Prävention und Management. *AWMF Leitlinienregister* Nr. 015/024 2000

Ronsmans C, Holtz S, et al. Socioeconomic differences in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* 2006; 368: 1516-23

Schneider H. Natürliche Geburt oder „Wunsch“-Sectio? Wie steht es um die „Evidence“? *Frauenarzt* 2008; 49: 504-9

Sloan NL, Pinto E, et al. Reduction of the cesarean delivery rate in Ecuador. *International journal of gynaecology and obstetrics* 2000; 69: 229-36

Villar J, Valladares E, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367: 1819-29

WHO. Sexual and reproductive health. Maternal and perinatal health Research. Labour, delivery and the postpartum period
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/labour.pdf

WHO. Reproductive Health Report 09/05. Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks. 2009
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_09.05_eng.pdf

Informationen zum Thema Kaiserschnitt

Kaiserschnitt: Ja! Nein! Vielleicht?

Die Broschüre des Netzwerk Frauengesundheit Berlin informiert Frauen und Paare über alle Aspekte eines Kaiserschnitts. Sie ist sehr nützlich als Entscheidungshilfe und als Unterstützung für das Gespräch mit ÄrztIn bzw. Hebamme. Sie unterstützt Frauen im Umgang mit Ängsten vor der Geburt, und sie gibt Tipps, wie auch eine Kaiserschnittgeburt gut bewältigt werden kann.
http://www.berliner-hebammenverband.de/images/userfiles/kaiserschnitt_broschuere.pdf

Humanisierung von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach.

AKF-Info Oktober 2009
20 Beiträge zum Thema von unterschiedlichen Autoren und Autorinnen. Zusammengestellt vom Runden Tisch "Lebensphase Eltern werden" des AKF.
http://www.akf-info.de/themen/akf-veroeffentlichungen/akf-info/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=140&cHash=24abdbf1d0

Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht.

Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen Expertinnen.
Caroline Oblasser, Ulrike Ebner, Gudrun Wesp:
Edition riedenburg, Salzburg, 2007
<http://www.kaiserschnittbuch.de/>

162 Frauen berichten über ihre Erfahrungen mit dem Kaiserschnitt (Wunschkaiserschnitte und geplante Eingriffe genauso wie Notkaiserschnitte) in Worten und mit Fotos und geben damit einen Einblick in die Realität von Kaiserschnittgeburten. Außerdem wurden 156 ÄrztInnen und Hebammen

men über ihre Meinungen und Sichtweisen zum Thema Kaiserschnitt befragt. Aus diesen Befragungen haben die Autorinnen Empfehlungen für den Umgang mit (unumgänglichen) Kaiserschnitten erarbeitet.

Internetseiten

www.schwanger-info.de

Ausführliche Informationen der BZgA zum Kaiserschnitt.

www.kaiserschnitt-netzwerk.de

Austausch und Hilfe für Frauen mit psychischen Problemen nach einem Kaiserschnitt. In einem Online-Forum beantwortet die Initiatorin des Netzwerks, die Ärztin Katrin Mikolitch, auch Fragen der betroffenen Frauen.

Fachinformationen und Beratungsadressen (für Deutschland, Österreich und die Schweiz) zur Kaiserschnittverarbeitung.

Angebote zur Weiterbildung und zur Vernetzung für Fachkreise.

Erfahrungen mit der Sectio⁷ aus Frauensicht

Petra Kolip und Ulrike Lutz

Die Kaiserschnittraten sind in Deutschland, ähnlich wie in anderen Ländern, in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Die Ursachen hierfür sind komplex und werden auch in fachwissenschaftlichen Kreisen kontrovers und emotional diskutiert. Die Perspektive der Frauen hat das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen im Rahmen der GEK-Kaiserschnittstudie untersucht.

"Angeblich schon wieder kein Kaiserschnitt!" So titulierte die BILD-Zeitung ihren Bericht zur Geburt des zweiten Kindes des Supermodels Heidi Klum. Diese Titelzeile bringt deutlich den Einstellungswandel zum Kaiserschnitt auf den Punkt:

⁷ Sectio caesarea: Kaiserschnitt oder Schnittentbindung

Der Kaiserschnitt gilt als Regelform der Entbindung - zumindest für prominente Frauen. In wenigen Jahren, so die Einschätzung vieler Experten, wird die vaginale Entbindung der ungewöhnlichere Geburtsmodus sein, da die Prominenten einen Trend einleiten und "normale" Frauen zunehmend häufiger einen Kaiserschnitt einfordern, selbst wenn keine medizinische Indikation vorliegt. In der Tat: Die Kaiserschnittraten sind angestiegen, im Jahr 2004 kam mehr als jedes vierte Kind (26,8%) mit einer Sectio zur Welt, mit einer Spannweite von 19% in Sachsen-Anhalt und 30% im Saarland. Im Jahr 1991 lag die Kaiserschnittrate bei nur 15,2% und über den Anstieg wird derzeit heftig und auch in Fachkreisen emotional debattiert.

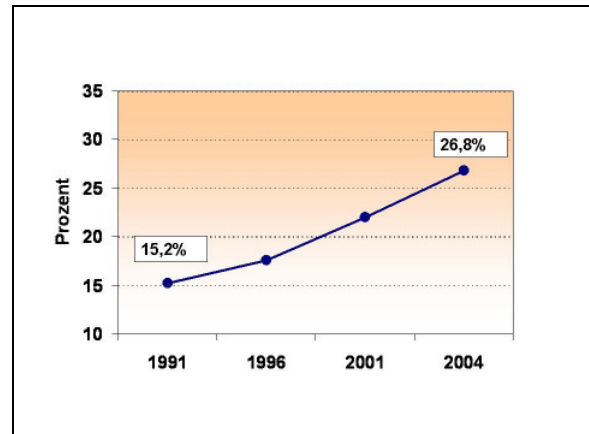


Abbildung 1: Entwicklung der Kaiserschnittraten in Deutschland (Quelle: Statistisches Bundesamt; nur Krankenhausgeburten)

Die Gründe sind vielfältig. Zum einen ist mit dem gestiegenen Alter von Frauen bei der Geburt des Kindes ein höheres Risikopotenzial verbunden. Auch organisatorische Aspekte sind bedeutend. Ein Kaiserschnitt, vor allem dann, wenn er als primäre Sectio länger geplant ist, passt sich besser in die Klinikroutinen ein, er geht schnell und bindet, zumal in den Nachtstunden und am Wochenende, teures Personal. Aber auch die "handwerklichen" Fähigkeiten der Gynäkologinnen sind bedeutend: So werden spezifische Techniken zur vaginalen Entbindung, z.B. Geburten bei Beckenendlagen, kaum noch in der Ausbildung vermittelt - der Kaiserschnitt ist dann die sicherere Option. Veränderte Operations- und Narkosetechniken und eine verbesserte Infektionsprophylaxe haben die Risiken eines Kaiserschnitts weiter sinken lassen und die Schwelle für einen Kaiserschnitt niedrig gelegt. Ärztinnen und Ärzte weisen zudem auf die zentrale Bedeutung der Forensik hin. Die Schadenssummen in der Geburtshilfe belaufen sich mittlerweile auf über 100.000 Euro, wenn ein Kind mit einer Schädigung

gung auf die Welt kommt, die durch einen Kaiserschnitt hätte verhindert werden können. Dieses fördert die Tendenz, bei Abweichungen vom physiologischen Geburtsverlauf medizinisch einzugreifen, selbst wenn ein Entscheidungsspielraum besteht. Unbestritten ist der Kaiserschnitt eine sinnvolle Intervention, wenn das Leben von Mutter und/oder Kind gefährdet ist, aber nur in 10% aller Fälle liegt der Sectio eine absolute Indikation zu Grunde, in 90% der Fälle sind die Risiken gegenüber dem Nutzen sorgfältig abzuwägen.

In jüngster Zeit findet sich häufig das Argument, es seien die Frauen selbst, die zu dem Anstieg der Kaiserschnittraten beitragen, da sie immer häufiger einen Kaiserschnitt einfordern, ohne dass sich dieser medizinisch begründen ließe. Was prominente Frauen - und im Übrigen auch Gynäkologinnen! - vormachen, fordern "Frauen von der Straße" für sich ein, so die häufig geäußerte Argumentation. Ärztinnen und Ärzte, so hat es den Anschein, können sich gegen diesen Wunsch nicht wehren und stimmen einer Wunschsectio zu, eine Indikation lässt sich im Zweifelsfall immer finden. Dass der Anteil von Frauen mit einem Wunschkaiserschnitt sehr hoch ist, darf nach einer Studie von Dr. Claudia Hellmers allerdings bezweifelt werden. In ihrer prospektiven Studie mit 366 Erstgebärenden ohne Risiken geben gerade einmal 3,8% vor der Geburt eine Präferenz für eine Sectio an.

Ziele und Methodik der GEK-Kaiserschnittstudie

Bei einem Blick in die Literatur lässt sich festhalten, dass die Perspektive der schwangeren und gebärenden Frauen, ihre Einstellungen zum und die Erfahrungen mit dem Kaiserschnitt bislang kaum untersucht wurden. Dieses ist umso erstaunlicher, als in Zeiten der PatientInnenorientierung zu erwarten wäre, dass ihre Perspektive in der Entwicklung von Betreuungskonzepten in der Schwangerschaft und unter der Geburt eine Rolle spielen sollte. Um diese Lücke zumindest partiell zu füllen, wurde im Sommer die GEK-Kaiserschnittstudie durchgeführt, die im Frühjahr 2006 abgeschlossen wurde (Lutz & Kolip, 2006). 2685 GEK-versicherte Frauen, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden hatten, erhielten einen Fragenbogen zugeschickt. In diesem Fragebogen wurde nach den Gründen für den Kaiserschnitt ebenso gefragt wie nach den persönlichen Erfahrungen und Einstellungen. Insgesamt 1339 Frauen, das sind 48%, haben den Fragebogen zurück geschickt, oft noch mit zusätzlichen

ausführlichen Schilderungen ihrer persönlichen Erfahrungen. Viele Frauen haben die Rückseite des 10-seitigen Fragebogens für lange Erlebnisberichte genutzt. Diese Mitteilungsbereitschaft hat uns sehr berührt, weil sie Ausdruck davon ist, dass es vielen Frauen an einer Möglichkeit fehlt, den Kaiserschnitt zu verarbeiten. Eine Frau formuliert es im Fragebogen so: „Danke für diese Art Fragebogen! Ich konnte auf diese Weise meine beiden Kaiserschnitte noch einmal durchdenken und verarbeiten.“

Da auf eine Vorankündigung der Befragung ebenso verzichtet wurde wie auf eine Nachfassaktion, kann die Rücklaufquote als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden.

Im Folgenden stellen wir einige Ergebnisse der Studie vor. Wir konzentrieren uns dabei auf Frauen, die eine primäre Sectio erhielten, weil sich gerade hier die Frage nach der Beratung in der Schwangerschaft in besonderer Weise stellt.

Gründe für eine primäre Sectio

Der Anteil der primären Kaiserschnitte liegt in unserer Studie bei 55% und entspricht damit der üblichen Verteilung. Bei 22% der Frauen stand die Entscheidung für die Sectio bereits zu Beginn der Schwangerschaft fest. Gründe hierfür sind vor allem ein vorhergehender Kaiserschnitt, ein traumatisches vorhergehendes Geburtserlebnis, eigene Erkrankungen, aber auch die Angst vor dem Geburtsschmerz. Drei Viertel der befragten Frauen hatten sich erst im Verlauf der Schwangerschaft zum primären Kaiserschnitt entschieden. Diese Entscheidung erfolgt überwiegend erst im letzten Drittel. Erklärlich ist das dadurch, dass zum Beispiel Lageanomalien wie Beckenendlage, vermutete Makrosomie des Kindes, aber auch mütterliche Erkrankungen wie Gestosen und Schwangerschaftsdiabetes erst im letzten Schwangerschaftsdrittel geburtsmedizinisch relevant werden. Gründe wie Angst vor Schmerzen oder die bessere Planbarkeit eines Kaiserschnitts spielen bei diesen Frauen nur selten eine Rolle bei der Entscheidung.

Die Frauen mit primärem Kaiserschnitt wurden nach den Gründen für die Entscheidung zum Kaiserschnitt gefragt. Hier war eine Reihe von Antwortmöglichkeiten vorgegeben, und für jeden der genannten Gründe konnte angegeben werden, ob er eine sehr wichtige, wichtige, weniger wichtige oder keine Rolle bei der Entscheidung gespielt hatte. Unter den wichtigen und sehr wichtigen Gründen für die persönliche Entscheidung

zum primären Kaiserschnitt wurde die Empfehlung des Arztes am häufigsten genannt (60%), Empfehlungen der Hebamme spielen dagegen kaum eine Rolle (13%). Weitere wichtige oder sehr wichtige Gründe waren ungünstige Lage/Steißblage des Kindes (41%) und Angst um das Kind (39%). Die im Kontext der Diskussion um den Wunschkaiserschnitt angeführten Argumente der besseren Planbarkeit, der Bequemlichkeit und der Schnelligkeit spielen mit etwa 3% eine deutlich untergeordnete Rolle.

Entscheidungsfindung bei der primären Sectio

Mit mehreren Fragen wurde die Einstellung der Beteiligten zum Kaiserschnitt im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung erfasst. Neben der Meinung des Arztes bzw. der Ärztin und – falls vorhanden – der die Schwangere betreuenden Hebamme, interessierte auch die Meinung der Frauen selbst und ihrer Partner.

Der betreuende Arzt in der Schwangerenvorsorge hat maßgeblich Einfluss auf die Entscheidung zum Kaiserschnitt. Fast 60% der Frauen gaben an, dass der Arzt bzw. die Ärztin einen Kaiserschnitt empfohlen hatte, und nur bei 2,6% der Frauen war er oder sie dagegen. Gering ist auch der Anteil von Frauen, die angaben, der Arzt hätte lieber abgewartet oder er sei uneindeutig in seiner Meinung gewesen. Die Einflussnahme der Hebamme ist deutlich geringer. In nur 27% der Fälle hatte die Hebamme einen Kaiserschnitt empfohlen, aber insgesamt 43% der Frauen hatten keine Hebamme in der Vorsorge oder hatten dazu keine Angabe gemacht. In diesem Zusammenhang interessierte uns auch die Frage, inwieweit die Meinung des Arztes/der Ärztin und der Hebamme übereinstimmen. Aus Sicht der befragten Frauen stimmen Hebamme und Arzt nur in zwei Drittel der Fälle überein. Empfiehlt ein Arzt einen Kaiserschnitt, würden Hebammen in 6,9% der Fälle lieber abwarten, in 13,5% der Fälle sind sie sogar dagegen.

Interessanterweise folgen die Frauen zwar der Empfehlung der GynäkologInnen, sind sich ihrer Entscheidung aber häufig nicht sicher. 62,5% der befragten Frauen geben an, dass sie ebenfalls für einen Kaiserschnitt waren, 13,8% waren sich nicht sicher, 3,7% hätten lieber abgewartet, 14,7% waren gegen eine Sectio.

Informationen über Ablauf und die Folgen einer primären Kaiserschnittgeburt

Frauen, die einen primären Kaiserschnitt erhalten, sind sehr zufrieden mit den Informationen, die sie im Vorfeld über den Ablauf einer Kaiserschnittgeburt erhalten haben. Dem Arzt bzw. der Ärztin kommt auch in diesem Kontext eine große Bedeutung zu. Nur knapp 13% der Frauen bezeichnen die Informationen über den Ablauf einer Sectio durch den Arzt und 18% durch die Hebamme als schlecht oder mittelmäßig.

Über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt fühlen sich die Frauen weniger gut aufgeklärt. Ein Viertel der Frauen bewertete die Information darüber, sowohl durch den Arzt als auch durch die Hebamme, als schlecht oder mittelmäßig. Dies zeigt sich auch in den Freitext-Äußerungen. Berichte zur mangelhaften Aufklärung über Ablauf und Folgen einer Kaiserschnittentbindung sind hier häufig.

„Ich finde, dass die Frauen besser darüber informiert werden sollten, wie es einem unter Umständen nach der Entbindung geht. Es sollte wirklich vor Augen geführt werden, dass der Kaiserschnitt keinesfalls eine schmerzfreie Geburt darstellt! Im Gegenteil, die Schmerzen treten zu dem Zeitpunkt auf, bei dem man (Frau) sich viel lieber um das Baby kümmern würde. Bei mir wurde das nicht wirklich direkt angesprochen bzw. wirklichkeitsgetreu dargestellt.“

Verbesserung der Betreuung in der Schwangerschaft

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen die Beratung von Frauen in der Schwangerschaft verbessert werden kann. Insbesondere ist die Betreuung durch Hebammen zu stärken, denn viele Frauen scheinen noch zu wenig darüber informiert zu sein, dass sie die Vorsorge auch durch eine Hebamme durchführen lassen können. Wir fragten im Fragebogen verschiedene Meinungen zum Kaiserschnitt ab. Fast 50% der befragten Frauen stimmen der Aussage zu, dass Ärzte Frauen zu schnell zu einem Kaiserschnitt raten. 42% sind der Ansicht, dass weniger Frauen mit einem Kaiserschnitt entbinden würden, wenn die Betreuung unter der Geburt besser wäre (z.B. durch Hebammen). Eine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft als Einflussfaktor wurde an dieser Stelle nicht erfragt, aber die freien Äußerungen von Frauen auf die Frage, was sich aus ihrer Sicht in der Betreuung in der Schwangerschaft verändern sollte und wo

sie Aufgaben für die Krankenkasse sehen, sprechen da eine deutliche Sprache:

"Informationen über Leistungen von freien Hebammen. Sie geben das Gefühl von Sicherheit bei der Geburt."

„Man sollte publik machen, dass Hebammen schon weit vor der Geburt die werdende Mutter begleiten. Hebammen nehmen durch Erfahrung und Wissen die Angst und können gezielte Fragen beantworten.“

Es gibt aber auch kritische Stimmen zur Rolle der Hebammen:

"In der Geburtsvorbereitung wird der Kaiserschnitt zu wenig berücksichtigt, in mindestens einer Vorbereitungseinheit sollte objektiv über den Kaiserschnitt aufgeklärt werden. Gerade Hebammen neigen zum Schwarz-Weiß Denken, die normale Geburt wird hochstilisiert, der Kaiserschnitt als zweitklassige Geburt vermittelt".

Die Frauen, die in der Schwangerschaft durch eine Hebamme betreut wurden oder diese gezielt in die Beratung eingebunden haben, fühlen sich besser informiert und sind sich häufig sicherer in der Entscheidung. Dies gilt noch mehr für Frauen, die mit einer Beleghebammen in das Krankenhaus gegangen sind. Frauen wünschen sich eine gute Beratung, die sie in ihren Potenzialen stärkt und die ein offenes Ohr für Ängste und Befürchtungen hat. Es ist zu wünschen, dass die Krankenkassen dieses Potenzial erkennen und Frauen stärker ermuntern, Hebammen zur Schwangerschaftsvorsorge aufzusuchen.

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Prävention und Gesundheitsförderung
Petra.kolip@uni-bielefeld.de

Literatur

Lutz, U. & Kolip, P. (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42*. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Der Originalartikel ist im Hebammenforum des Deutschen Hebammenverbandes e.V. erschienen.

Wir danken dem Deutschen Hebammenverband und Petra Kolip für die Abdruckerlaubnis.

Pille danach

Aktuelle Information der WHO zur Sicherheit der Pille danach verfügbar

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat ein aktuelles Informationsblatt zur Sicherheit der Pille danach mit Levonorgestrel-(LNG-EC⁸) herausgegeben. Die Inhalte werden von Organisationen wie dem International Consortium Emergency Contraception ICEC, der Internationalen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe FIGO und der International Planned Parenthood Federation IPPF mitgetragen.

Die zentralen Aussagen der WHO-Information

Die Empfehlungen beschränken sich auf LNG-EC, weil diese Notfallmethode (back-up) in den meisten Ländern der Welt zugänglich ist. Notfallverhütung wird auch als besonders nützlich im Falle von Vergewaltigung und Nötigung angesehen.

Die Sicherheit in der Anwendung

LNG-EC –Präparate können von allen Frauen ohne Einschränkungen angewendet werden. Für LNG gibt es umfassende Erfahrungen aus der Anwendung seit mehr als 30 Jahren. Es ist gut verträglich, wirkt nicht allergen, verbleibt nur kurze Zeit nach der Einnahme im Körper und hat weder eine suchterzeugende noch toxische Wirkung. Es besteht keine Gefahr der Überdosierung, es gibt keine bedeutenden medikamentösen Wechselwirkungen und Gegenanzeigen sind nicht bekannt. Selbst die mehrfache Einnahme innerhalb eines Zyklus birgt keine ernsthaften Probleme. Studien zeigen keinen Zusammenhang mit der Entstehung von Krebserkrankungen. Auch das bei der Pilleneinnahme⁹ leicht erhöhte Risiko eines Schlaganfalls oder eines thromboembolischen Ereignisses besteht bei der Einnahme von LNG zur Notfallverhütung nicht.

Nebenwirkungen

LNG-EC verursacht keine ernsthaften Nebenwirkungen. Leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als einer von fünf Frauen auf, meist Unregelmäßigkeiten bei der Menstruationsblutung,

⁸ Levonorgestrel- Emergency Contraception

⁹ Hierbei handelt es sich um die hormonelle Kombinationsmethoden auf Östrogen/Gestagen-Basis

Müdigkeit, Beschwerden im Bauchraum oder Übelkeit.

Risiko einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter (Extrauterin gravidität, EUG)

Das Risiko einer EUG ist niedriger bzw. vergleichbar mit dem Risiko¹⁰ ohne Verhütung.

Einfluss auf die spätere Fruchtbarkeit

Es ist kein Einfluss auf die Fruchtbarkeit bekannt. Für Mädchen und Frauen, die die Pille danach auf LNG-Basis angewendet haben, besteht bereits beim nächsten ungeschützten Sexualverkehr wieder das Risiko einer Schwangerschaft.

Einfluss auf eine bestehende Schwangerschaft

Bei versehentlicher Einnahme in der Frühschwangerschaft besteht keine Gefahr einer Schädigung der Schwangerschaft bzw. der Embryonalentwicklung.

Kann die Methode einen Schwangerschaftsabbruch verursachen?

Da die Anwendung der Pille danach auf LNG-Basis nicht zu einer Schädigung der Schwangerschaft führt, kann sie auch keine bereits bestehende Schwangerschaft abbrechen. Die verfügbaren wissenschaftlichen Informationen zeigen darüber hinaus, dass die LNG-Methode die Einnistung einer befruchteten Eizelle nicht beeinflusst. Die wesentliche Wirkung besteht in der Verzögerung oder Verhinderung des Eisprungs. Darüber hinaus könnte verhindert werden, dass sich Ei und Spermium treffen.

Information und Anwendung der Pille danach ohne Rezeptpflicht

Die Anwendung der LNG-EC Methode ist einfach und eine ärztliche Betreuung ist für eine korrekte Anwendung nicht erforderlich. Die Methode ist in zahlreichen Ländern ohne Rezept erhältlich und Studien haben gezeigt, dass sowohl erwachsene als auch jugendliche Frauen die Informationen zur Anwendung leicht verstehen. Mädchen und junge Frauen, die mehrere Packungen auf einmal

erhielten, benutzten sie nicht wiederholt anstelle von regulärer Verhütung.

Führt eine leichte Verfügbarkeit der Methode zu häufigeren ungeschützten Sexualkontakten?

Verschiedene Studien konnten belegen, dass ein leichter Zugang zur Pille danach auf LNG-Basis nicht zu einer Zunahme von sexuellem Risikoverhalten führt. Frauen, die die Pille danach bereits zu Hause vorrätig hatten, nutzen sie häufiger in der ersten 12 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr und in dem Zeitfenster, in dem die Methode die höchste Wirksamkeit verspricht. Eine Studie aus Großbritannien konnte belegen, dass bei Jugendlichen kein Zusammenhang zwischen der Kenntnis bzw. dem Zugang zur Pille danach und der Wahrscheinlichkeit der Aufnahme sexueller Aktivität besteht. Darüber hinaus haben Mädchen und junge Frauen, die bereits die Pille danach angewendet haben, kein höheres Risiko für eine sexuell übertragbare Infektion im Vergleich zu Nichtnutzerinnen.

Fazit

Die sorgfältige evidenz-basierte Bewertung zeigt, dass die Nachverhütungsmethode auf der Basis von LNG sehr sicher ist. Sie wirkt nicht abortiv oder schädigend auf eine bereits bestehende Schwangerschaft. Nebenwirkungen sind selten und verlaufen in der Regel mild.

Quelle:

UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP): Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills. 2010.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_RHR_10_06/en/
Das Fact sheet ist in Englisch, Französisch und Spanisch verfügbar

¹⁰ Die Wahrscheinlichkeit einer Eileiterschwangerschaft gegenüber einer in der Gebärmutter eingenisteten Schwangerschaft wird i.d. Fachliteratur mit ca. 1–2 Prozent abgegeben. Unter Anwendung von LNG-EC liegt das Risiko laut WHO unter einem Prozent.

Hinweise

Frauen und Rauchen - Bewusstsein schaffen für die Aspekte Gender¹¹ und gesundheitliche Ungleichheit

Ende des Jahres 2009 veranstaltete die Organisation FACT Frauen aktiv contra Tabak e.V. einen Workshop zum Thema „Frauen und Rauchen: Schwangere und Gesundheitsberufe im Fokus“. Ziel des Workshops war es, die aktuelle Datenlage zu diesem Thema darzustellen und konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie Lücken und Defizite in der Tabakprävention und in der Beratung und Behandlung von Schwangeren beseitigt werden können. Dabei wurde als wichtiges Ziel formuliert, die Sozial- und Gesundheitsberufe für die Bedeutung der geschlechtersensiblen Tabakprävention in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu sensibilisieren.

Fakten aus Deutschland

Birgit Höft vom Mannheimer Institut für Public Health und der Universität Heidelberg wertete Daten der „Deutsche Perinatalerhebung 2005“¹² aus und untersuchte, welche Schwangeren rauchen, welche Faktoren protektiv bzw. förderlich für Tabakkonsum sind und welche Auswirkungen das Rauchen für die Gesundheit des Säuglings hat.

Im Jahr 2005 rauchten insgesamt 12,44% der schwangeren Frauen. Diese Zahl ist im Vergleich zu 2001 (13,21 %) leicht rückläufig, große Veränderungen gibt es aber in den letzten Jahren nicht. Differenziert nach Nationalitäten rauchen Frauen aus den Mittelmeerländern mit 14 % und deutsche Frauen mit 13 % am häufigsten, Frauen aus Mittel- und Nordeuropa sowie Nordamerika mit 8% am seltensten.

Es zeigen sich auch Unterschiede im Rauchverhalten mit der Zahl der Kinder: Je mehr Kinder eine Frau bereits hat, desto häufiger raucht sie. (11,3 % der Schwangeren ohne Kinder rauchen, im Vergleich zu 18,3 % der Frauen mit 3 oder mehr Kindern).

Als mögliche Gründe werden genannt: Sorglosigkeit wegen vorausgegangener unkomplizierter Schwangerschaften, familiärer Stress, Nikotinsucht durch langjährige Gewöhnung und soziale Faktoren.

Außerdem zeigt sich ein Zusammenhang mit der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen: Je weniger Vorsorgeuntersuchungen eine Frau in Anspruch genommen hat, desto häufiger raucht sie in der Schwangerschaft (bei 4 oder weniger Vorsorgeuntersuchungen rauchen in 26,3% der Frauen). In Bezug auf den Berufsstatus rauchen Schwangere am häufigsten, wenn sie un- oder angelernten Arbeiterinnen (20,34 %), Auszubildenden/ Studentinnen (19,68%) und Hausfrauen (16,57%) sind. In der Gruppe der „höheren Angestellten“ rauchen am wenigsten Frauen (3,85%).

Die Daten des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) bestätigen diese Ergebnisse. Während seit Mitte der 80er Jahre der Anteil der rauchenden Männer zurückgeht, war der Trend bei den Frauen lange gegenteilig. Erst in den letzten Jahren ist bei jüngeren Frauen ein deutlicher Rückgang der Zahl der Raucherinnen zu beobachten.

Das DKFZ beschreibt die sozialpolitische Relevanz des Rauchens anhand der Zahlen in unterschiedlichen Sozialschichten. In der Altersgruppe der 20-39-jährigen Frauen rauchen Frauen mit Hauptschulabschluss doppelt so oft wie Frauen mit Abitur. Auch der Familienstand spielt eine Rolle: drei von vier Frauen rauchen in dieser Altersgruppe, wenn sie Hauptschulabschluss haben und geschieden sind. Eine wichtige Risikogruppe sind laut DKFZ alleinerziehenden Mütter, von ihnen rauchen 52 %. Bei verheirateten Müttern sind es dagegen 28%. Diese Unterschiede stellt das DKFZ auch für Schwangere fest: Der Anteil der Raucherinnen unter ledigen und geschiedenen Frauen ist mehr als dreimal so hoch wie bei verheirateten Frauen. Anders als bei den Männern nimmt der Trend, dass Frauen aus sozial benachteiligten Schichten mehr rauchen zu.

Auswirkungen des Rauchens auf die Schwangerschaft

Die Schadstoffe des Tabaks können Mutterkuchen (Plazenta) und Fetus schädigen. Rauchen erhöht das Risiko einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter (Extrauterinschwangerschaft), einer vorzeitigen Ablösung des Mutterkuchens und für einen vorzeitigen Blasensprung. Das Risiko für eine Früh- und Totgeburt steigt ebenfalls.

¹¹ Der Begriff Gender hat im Deutschen kein direktes Äquivalent. Er bezeichnet die soziale Geschlechtsrolle bzw. die sozialen Geschlechtsmerkmale. Gender bezeichnet alles, was in einer Kultur als typisch für ein bestimmtes Geschlecht angesehen wird. (Quelle: Internet, Wikipedia)

¹² Bundesweite Vollerhebung aller Krankenhausgeburten eines Kalenderjahres

Auswirkungen des Rauchens auf den Säugling

Mit der Menge der gerauchten Zigaretten steigt das Risiko, ein Kind mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g zu gebären deutlich an.

Der Workshop stellte Präventionsansätze auf unterschiedlichen Ebenen vor. Außerdem wurde die Bedeutung der Fort- und Weiterbildung in Sozial- und Gesundheitsberufen betont, um dort ein Problembewusstsein zu schaffen.

Rauchen im Kontext der pro familia-Angebote

Beratungsinstitutionen wie pro familia erreichen Mädchen insbesondere durch sexualpädagogische Programme und bei Beratungen zu Verhütungsfragen. Diese Kontakte können geeignet sein, um die Zielgruppe der Mädchen und jungen Frauen frühzeitig über die Problematik des Rauchens und die Gefahren für eine Schwangerschaft zu informieren. Obwohl Rauchen ausdrücklich kein originäres Beratungsthema ist, sind Interventionen möglich, die Verhaltensreflexionen bzw. -änderungen anregen können. Hierfür ist zunächst ein noch stärkeres Problembewusstsein bei den Professionellen erforderlich. Dies war Ziel des Workshops. Die Ergebnisse sind im Internet als ausführliche Dokumentation abrufbar.

„Gender und Tabak mit dem Schwerpunkt der Vermarktung von Tabakprodukten an Frauen“ war in diesem Jahr auch das Thema des Welt Nichtrauchertags der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat als Kooperationspartner der WHO im Zusammenhang mit diesem Motto die Publikation „Schutz der Familie vor Tabakrauch“ erstellt. Diese kann neben anderen Materialien zum Thema Rauchen und Jugend auf der Internetseite der BZgA (www.frauenportal.de) heruntergeladen werden kann.

Quellen:

Internetinformationen des deutschen Krebsforschungszentrums DKFZ unter www.tabakkontrolle.de

Internetinformation www.fact-antitabak.de

Entscheidung des Bundesgerichtshofs: Die Präimplantationsdiagnostik zur Entdeckung schwerer genetischer Schäden des extrakorporal erzeugten Embryos ist nicht strafbar

Aus der Pressemitteilung zum Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 6. Juli 2010 – 5 StR 386/09

In den Jahren 2005 und 2006 wandten sich drei Paare mit dem Ziel einer extrakorporalen Befruchtung¹³ an den Angeklagten. In allen Fällen wies einer der Partner genetische Belastungen auf. Aufgrund dessen bestand die Gefahr, dass auch die erzeugten Embryonen genetisch belastet sein würden, was einen Abort, eine Totgeburt, ein Versterben des Neugeborenen nach der Geburt oder die Geburt eines schwerkranken Kindes höchwahrscheinlich machte.

Im Hinblick auf die Gefahrenlage und dem Wunsch seiner Patienten entsprechend führte ein Berliner Arzt jeweils eine sog. Präimplantationsdiagnostik (im Folgenden: PID) an pluripotenten, d.h. nicht zu einem lebensfähigen Organismus entwicklungsfähigen Zellen¹⁴ durch. Die Untersuchung diente dem Zweck, nur Embryonen ohne genetische Anomalien übertragen zu können. Dies geschah in allen Fällen. Embryonen mit festgestellten Chromosomenanomalien wurden hingegen nicht weiter kultiviert und starben in der Folge ab.

Der 5. ("Leipziger") Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat das freisprechende Urteil des Landgerichts bestätigt und die Revision der Staatsanwaltschaft demgemäß verworfen. Der Senat ist in Übereinstimmung mit dem Landgericht zu der Auffassung gelangt, dass der Angeklagte § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG (missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken) und § 2 Abs. 1 ESchG (missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen) nicht verletzt hat.

„Dem mit dem Gesetz verfolgten Zweck des Schutzes von Embryonen vor Missbräuchen läuft die PID nicht zuwider. Das Embryonenschutzgesetz erlaubt die extrakorporale Befruchtung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ohne weitere Einschränkungen. Ein strafbewehrtes Gebot, Embryonen auch bei genetischen Belastungen der Eltern ohne Untersuchung zu übertragen, birgt hohe Risiken in sich; vor allem ist zu besorgen, dass sich die Schwangere im weiteren Verlauf nach einer ärztlicherseits angezeigten und mit denselben Diagnosemethoden durchgeführ-

¹³ Befruchtung im Reagenzglas, IVF

¹⁴ Zellen des Embryos

ten Pränataldiagnostik, hinsichtlich derer eine ärztliche Aufklärungspflicht besteht, für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet. Die PID ist geeignet, solch schwerwiegende Gefahren zu vermindern. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber sie verboten hätte, wenn sie bei Erlass des Embryonenschutzgesetzes schon zur Verfügung gestanden hätte. Dagegen spricht auch eine Wertentscheidung, die der Gesetzgeber in § 3 Satz 2 des Embryonenschutzgesetzes getroffen hat. Dort ist eine Ausnahme vom Verbot der Geschlechtswahl durch Verwendung ausgewählter Samenzellen normiert worden. Mit dieser Regelung ist der aus dem Risiko einer geschlechtsgebundenen Erbkrankheit des Kindes resultierenden Konfliktlage der Eltern Rechnung getragen worden, die letztlich in einen Schwangerschaftsabbruch einmünden kann. Eine gleichgelagerte Konfliktlage hat in den zu beurteilenden Fällen bestanden. Der Bundesgerichtshof hat betont, dass Gegenstand seiner Entscheidung nur die Untersuchung von Zellen auf schwerwiegende genetische Schäden zur Verminderung der genannten Gefahren im Rahmen der PID sei. Einer unbegrenzten Selektion von Embryonen anhand genetischer Merkmale, etwa die Auswahl von Embryonen, um die Geburt einer "Wunschtochter" oder eines "Wunschsohnes" herbeizuführen, wäre damit nicht der Weg geöffnet."

Die Einschätzung des pro familia-Bundesverbands

Der pro familia Bundesverband hat zu dem Urteil eine Pressemeldung herausgegeben, in der er bestätigt, dass das Urteil des Bundesgerichtshofs die Autonomie betroffener Frauen und Paare stärkt. Sie können ihrem Kinderwunsch künftig eine größere Chance geben, wenn sie durch schwere Erbkrankheiten vorbelastet sind. Nach Jahren der Unsicherheit ist es nun - strafrechtlich unangreifbar - erlaubt, die Übertragung eines extrakorporal erzeugten Embryos, bei dem schwere genetische Risiken durch die PID ausgeschlossen wurden, durchzuführen. pro familia teilt die Sicht des BGH, dass die PID geeignet ist, einen Schwangerschaftsabbruch zu verhindern, zu dem sich Betroffene "nach einer ärztlicherseits angezeigten und mit denselben Diagnosemethoden durchgeführten Pränataldiagnostik, hinsichtlich derer eine ärztliche Aufklärungspflicht besteht" - so das BGH - entscheiden.

pro familia würdigt das Urteil des BGH als Ausdruck der Reproduktionsfreiheit und des Re-

spekts vor der besonderen Lebenssituation und den verantwortlichen Entscheidungen von Frauen und Paaren in derartigen Problemlagen sowie der moralischen und rechtlichen Verpflichtung, schwerwiegende Gefahren und Belastungen zu minimieren. Das Urteil des BGH definiert enge Grenzen der Anwendung von PID auf den Verdacht auf schwerwiegende genetische Schädigungen des Embryos und schließt dezidiert selektive Ansprüche oder Wege zum "Designerbaby" aus.

In der Diskussion um das BGH-Urteil zu PID wird vorgeblich mit einer wachsenden Diskriminierung von Menschen mit Behinderung argumentiert. "Aber es sind die einzelnen betroffenen Frauen und Paare, die entscheiden müssen, ob sie ein möglicherweise schwerstbehindertes Kind zur Welt bringen wollen und die Folgen dieser Entscheidung tragen können. Probleme bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung sind politisch, ihre Zugehörigkeit nur gesellschaftlich zu lösen. Es wäre zynisch, diese Verantwortung auf Frauen und Paare mit Kinderwunsch zu verlagern", wird die Vorsitzende der Bundesvorstands Prof. Hahn zitiert.

Quelle:

<http://www.bundesgerichtshof.de> Pressemitteilung 2010, Urteil des 5. Strafsenats vom 6.7.2010 - 5 StR 386/09 – Nummer 137/10

Pressemeldung: pro familia begrüßt Klärung der Präimplantationsdiagnostik durch BGH-Urteil. 15. Juli 2010. Im Internet unter www.profamilia.de

Veröffentlichungen

Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz - Selbstbestimmungsrechte - heutige Wertkonflikte, Hartmut Kreß. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage W. Kohlhammer Vlg. Stuttgart 2009.

Von dem Buchrücken: „Die moderne Medizin hat den alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit stark verändert. Der medizinische Fortschritt verändert sogar den Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Für die Ethik und die Rechtsordnung sind gravierende Wertkonflikte aufgebrochen – durch prädiktive Medizin, Stammzellenforschung, Fortpflanzungsmedizin, Transplantationsmedizin oder Sterbehilfe, darüber hinaus durch Rationierungen im Gesundheitswesen“.

Die Neuauflage der „Medizinischen Ethik“ wurde inhaltlich stark erweitert und aktualisiert.“

Sie ist in folgende zwei Teile untergliedert:

1. Medizinethik heute: Kulturelle Grundlagen – normative Zeitlinien
2. Ethische Wertkonflikte an den Grenzen des Lebens.

Hierbei geht Kreß umfassend auf die aktuelle Diskussion um die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen, die Fortpflanzungsmedizin, den Status des Embryos ein. Er berücksichtigt hierbei theologische, kulturgeschichtliche und philosophische Ansätze. In seiner sorgfältigen und fundierten Abwägung der gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Lage unter Berücksichtigung von Kindeswohl und Gesundheitsschutz bezieht er Stellung, die einer liberalen Werteargumentation folgt. Schlüssig weist er auf Defizite in der Gesetzgebung und auf moralische Doppelstandards in unserer Gesellschaft hin.

Prof. Dr. Hartmut Kreß lehrt Ethik an der Evangelisch-Theologische Fakultät der Universität Bonn. Auf der Fachtagung des pro familia-Bundesverbands „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“ im Mai 2005 hat er zum Thema „Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin“ referiert. Die Dokumentation dieser Fachtagung ist über die Bundesgeschäftsstelle der pro familia erhältlich.

Newsletter zur Gesundheitsförderung Impulse Nr 67, 2010

Thema: ›Sex und mehr...‹ Sexualität und Gesundheit

Hsg.: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Aus dem Inhalt:

Kurzbeiträge u.a. zu

Gegen die Hänger im Leben-Lifestyle- Medikalisierung

Die Bedeutung von Sexualität für ein gesundes Leben

So treiben es die Erwachsenen- ›Die Risiken des Pornokonsums für Kinder‹

Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz

Sexualassistenz bei Menschen mit Beeinträchtigung

Sexualität in Zeiten des Internet: Spektrum, Chancen und Risiken

Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche
Sexuell süchtiges Verhalten

Zu bestellen kostenlos per mail als pdf oder per Post als Druckexemplar unter folgender E Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de

Pharma-Brief Spezial, Nr. 1/2010 Schöne neue Pharmawelt

Arzneimittelwerbung und Desinformation in Nord und Süd

Hsg.: Buko Pharma-Kampagne, Bielefeld

Aus dem Inhalt:

Arzneimittelwerbung wirkt

Was Werbung kostet

Für jede Beschwerde eine Pille?

Werben mit Stars

Im Internet—Dschungel

VerbraucherInnen unter Einfluss

Verschreibungen unter Einfluss

Arzneimittelwerbung in Europa

Kontrolle mangelhaft

Informationswüste Afrika

Zu bestellen: info@bukopharma.de oder pharmabrief@bukopharma.de

Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities

Hsg.: World Health Organization WHO, Department of Reproductive Health and Research. United Nations Population Fund (UNFPA)

Ca 10 % der Weltbevölkerung lebt mit einer Beeinträchtigung. Bezüglich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit haben sie die gleichen Bedürfnisse wie alle anderen Menschen, aber sind bisher häufig mit Hindernissen beim Zugang zu Informationen und Dienstleistungen konfrontiert. Mit Bezugnahme auf das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit [Behinderungen der Vereinten Nationen](#) (UN-Behindertenrechtskonvention) geht die Publikation auf die defizitäre Situation ein und benennt die Schritte, die notwendig sind um die sexuellen und reproduktiven Rechte beeinträchtigter Menschen als Menschenrecht anzuerkennen und konsequent umzusetzen. Hierfür bietet die die Publikation Rahmenbedingungen und bezeichnet sie insbesondere für die Themenbereiche Familienplanung, Müttergesundheit, Adoleszenz, HIV und AIDS und gender-basierte Gewalt als besonders hilfreich.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/index.html>

Why I don't test for HIV

Die Haltung und das Verhalten der Umwelt bestimmen maßgeblich die Lebensqualität von Menschen mit HIV mit. In ihrem offenen Brief, der auf der Webseite Open Democracy veröffentlicht wurde, thematisiert Harriet Langanke anlässlich der in diesem Juli stattfindenden Welt-Aids-Konferenz, unter dem Titel „Why I don't test for HIV“ (Warum ich mich nicht auf HIV testen lasse) das Thema der Stigmatisierung. Sie formuliert sehr anschaulich mit dem Stilmittel des persönlichen Briefs die Problematik, wie die gesellschaftliche Haltung, die von Angst, Intoleranz und Ausgrenzung geleitet wird, erfolgreiche Präventionsansätze konterkariert und gibt Beispiele aus der jüngeren Zeit aus Deutschland.

Harriet Langanke leitet die Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit in Köln. Sie ist Journalistin und seit 1991 mit besonderem Einsatz zu Themen der sexuellen Gesundheit und HIV tätig. Sie ist Herausgeberin des Deutschen Zeitschrift DHIVA, die sich an Frauen mit HIV-Infektion wendet.

Quelle: <http://www.opendemocracy.net/harriet-langanke/why-i-dont-test-for-hiv>

Veranstaltungen

Fachtagung der AG Gender und Depression im Bündnis gegen Depression
NIEDER GESCHLAGEN? Gewalt, Trauma und Depression

am 23.8.2010 in Hannover

Anmeldung: info@gesundheit-nds.de

Rückfragen an Birgit Robel: 0511/168-44703 oder-43502, Teilnahmegebühr 25 €

IFFS (International Federation of Fertility Societies):

20th World Congress on Fertility and Sterility

12.-16.09. 2010 in München

Auskunft und Anmeldung über die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin DGRM. Tel: 0231-56763181.

Internetankündigung über

<http://www.iffs2010.com/>

Im Rahmen des IFFS-Kongresses finden statt Die Jahrestagung des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland

BKID- Tagung Herbst 2010

10.09.2010 in München

Informationen über <http://www.bkid.de>

Workshop der International Infertility Counselling Organisation IICO

“Globalization in ART and its Impact on Psychosocial Care”

11.09.2010 in München

Informationen und Programm im Internet unter <http://www.bkid.de/tagungen.html>