
Sexuelle und reproduktive Gesundheit

KAPITEL 7

▶ *Sexualität findet meist in festen Beziehungen statt; im jungen und mittleren Lebensalter folgen häufig mehrere (monogame) Beziehungen aufeinander.*

▶ *Zur Verhütung nutzen sexuell aktive erwachsene Frauen am häufigsten die Pille und das Kondom; dabei ist die Anwendung der Pille insbesondere bei jungen Frauen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.*

▶ *Das reproduktive Verhalten in Deutschland ist durch ein niedriges Geburtenniveau, den Aufschub der ersten Geburt in ein höheres Alter und eine verbreitete Kinderlosigkeit gekennzeichnet; die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau beträgt 1,57.*

▶ *Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist seit 2001 rückläufig; 2019 gab es 100.893 Schwangerschaftsabbrüche.*

▶ *Im Jahr 2018 haben 775.916 Frauen Kinder geboren. 30,5% der Geburten 2017 waren Kaiserschnitte, rund 17.500 Geburten erfolgten nach künstlicher Befruchtung.*

7 Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird sexuelle Gesundheit in engem Zusammenhang und in Anlehnung an den allgemeinen Gesundheitsbegriff definiert. Die Definition aus dem Jahr 2015 lautet: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen“ [1]. Demnach sind eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, einschließlich Gewalt- und Diskriminierungsfreiheit, Voraussetzungen für sexuelle Gesundheit [1]. Neben sexueller Selbstbestimmung, sexueller Bildung, sexueller Zufriedenheit und Wohlbefinden umfasst sexuelle Gesundheit auch die Möglichkeit, eine sexuelle Identität zu entwickeln und zu leben [2].

Die Themen Familienplanung, ungewollte Kinderlosigkeit, Schwangerschaftsabbruch sowie Schwangerschaft und Geburt sind eng mit Sexualität verknüpft [3]. Neben der sexuellen Gesundheit ist daher auch die reproduktive Gesundheit von zentraler Bedeutung. In der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo wurde sexuelle und reproduktive Gesundheit erstmals definiert als „körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sexualität und Fortpflanzung“ (siehe auch [Kapitel 3.3](#)) [4]. Dies markierte einen Wendepunkt von einem überwiegend demografisch ausgerichteten zu einem am Individuum orientierten und menschenrechtsbasierten Ansatz. Sexualität und Reproduktion sind ineinander verschränkt und gleichzeitig voneinander unabhängig. Sexuelle Gesundheit ist als eigenständige Dimension zu begreifen, die auch nicht-reproduktionsbezogene Sexualität und Gesundheit erfasst [4]. So stehen die meisten sexuellen Aktivitäten nicht in direktem Zusammenhang mit der Fortpflanzung und sind während der gesamten Lebensdauer einer Person von Bedeutung [5]. Auch die Reproduktion enthält von Sexualität losgelöste Aspekte: Die menschliche Fortpflanzung ist heute auch ohne Sexualität möglich [4].

Die 1960er- und 1970er-Jahre gelten als prägende Zeit der „sexuellen Revolution“ und Liberalisierung der Sexualität. Der Sexualkonservatismus der 1950er-Jahre wurde abgelöst durch das Leitbild des partnerschaftlichen, ggf. auch nicht-ehelichen Geschlechtsverkehrs [6]. Hinzu kam, dass mit der Pille ein sicheres Verhütungsmittel zugänglich war, in der damaligen Bundesrepublik Deutschland ab 1961 für verheiratete Frauen, ab 1966 auch außerhalb der Ehe. In der ehemaligen DDR wurde die Pille 1965 eingeführt [6, 7].

Innerhalb eines Jahrzehnts kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einer Vorverlegung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr um durchschnittlich vier Jahre und zu einem Anstieg der Anzahl von Sexualpartnerinnen bzw. Sexualpartnern im Lebensverlauf. Die Veränderungen des Sexualverhaltens waren vor allem bei Mädchen und Frauen ausgeprägt. Auswirkungen auf das reproduktive Verhalten zeigten sich z. B. in einem Aufschub der Geburt des ersten Kindes [8]. Weitere Meilensteine der jüngeren Sexualgeschichte sind das Aufkommen von AIDS in den 1980er- und der Beginn des Internetzeitalters in den 2000er-Jahren. Digitale Medien werden nicht nur für das Chaten, Online-Flirten und die Partnersuche, sondern auch für vielfältige sexuelle Erfahrungen genutzt, beispielsweise den Austausch erotischer Text- oder Bildnachrichten (Sexting) [9]. Aus heutiger Sicht sind in den letzten Jahrzehnten Restriktionen zurückgegangen, individuelle Freiräume entstanden und geschlechtsbezogene Benachteiligungen beginnen sich aufzulösen. Dennoch scheint auf beiden Geschlechtern ein neuer Druck zu lasten, sexuell kompetent und erfolgreich zu handeln. Selbstbestimmte Sexualität und neue Freiheit dürfen also nicht nur gelebt werden, sie werden als soziales Muss wahrgenommen [10].

In diesem Kapitel werden ausgewählte Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen dargestellt. Hierzu gehören die Sexualität von Frauen, Menstruation, Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, Kinderwunsch sowie Schwangerschaft und Geburt. Gutartige Erkrankungen der Gebärmutter und gynäkologische Operationen werden in [Kapitel 2.1.8](#) behandelt. Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen

sind in Kapitel 2.1.4 und zu sexuell übertragenen Infektionen in Kapitel 2.1.9 zu finden.

7.1 Sexuelle Gesundheit

Nach einer Definition der Deutschen STI-Gesellschaft (STI: sexually transmitted infections) und der Deutschen Gesellschaft für Sexuelle Gesundheit kann die Sexualität jedes Menschen als „Schlüsselement für die eigene Identität“ betrachtet werden [11]. Sexualität wird somit als „zentrale Lebensäußerung, Ausdruck erfüllten Lebens und Grundbestandteil der Gesundheit in einem umfassenden Sinn“ verstanden [11]. Sexuelle Gesundheit, körperliche Gesundheit, mentale Gesundheit und allgemeines Wohlbefinden sind positiv mit sexueller Befriedigung, sexuellem Selbstwertgefühl und sexueller Lust assoziiert [12].

Zur Beschreibung der sexuellen Gesundheit von Frauen werden verschiedene Datenquellen herangezogen. Neben den repräsentativen Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Deutschland [13], die regelmäßig von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhoben werden, wird die Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ [14] der BZgA einbezogen, in der die Familienplanung im Lebenslauf von 20- bis 44-jährigen Frauen untersucht wird. Umfassende repräsentative Studien zur Sexualität von Erwachsenen ab dem mittleren Lebensalter fehlen in Deutschland bisher. Daher wurde von 2018 bis 2019 vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), gefördert von der BZgA, eine Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) durchgeführt [2]. In Vorbereitung fand 2017 die Pilotstudie „Liebesleben“ statt, in der Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen befragt wurden. Weitere Datenquellen sind Krankenkassendaten der BARMER und der Techniker Krankenkasse sowie Abrechnungsdiagnosen aus gynäkologischen Praxen [15], die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellt wurden. Diese basieren auf Abrechnungsdatensätzen, die quartalsweise von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelt werden.

7.1.1 Sexualität von Frauen

Sexualität wird überwiegend in festen Beziehungen gelebt. Dies gilt bereits im Jugendalter. Studien zeigen, dass Beziehungen von Jugendlichen häufig eng, romantisch und durch die Ideale Liebe und Treue geprägt sind [16, 17]. Single-Sein ist im Jugendalter meist als temporäre Phase zwischen zwei Beziehungen anzusehen, die oftmals sexuell eher zurückhaltend verbracht wird [17]. Mädchen beginnen im Durchschnitt früher damit, sexuell aktiv zu sein als Jungen. Das mittlere Alter für den ersten Geschlechtsverkehr beträgt bei Frauen 17,4 und bei Männern 18,3 Jahre [8]. Einer Befragung von Studierenden aus dem Jahr 2012 zufolge finden rund 90 % der von ihnen berichteten Sexualakte in festen Beziehungen statt. Unter „serieller Monogamie“ wird Dauerhaftigkeit im Beziehungsleben verstanden, trotz regelmäßiger Trennungen. Dabei werden immer neue, feste und treue Beziehungen eingegangen [8].

Dauerhaftigkeit und Treue in einer Partnerschaft werden auch im mittleren Lebensalter hoch bewertet. Die „Liebesleben“-Studie gibt Hinweise darauf, dass die Jüngeren überwiegend in mehreren, eher kurzen, meist nicht-ehelichen Beziehungen sexuell aktiv sind; Ältere dagegen in wenigen, eher langen und meist ehelichen Beziehungen. Eine längere Beziehungsdauer ist häufig mit einer geringeren sexuellen Frequenz verbunden. Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs sinkt in den ersten sechs Beziehungsjahren deutlich ab und bleibt dann in den folgenden 15 Beziehungsjahren relativ stabil [17]. Zudem deuten die Ergebnisse einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2002 darauf hin, dass Frauen und Männer am Anfang der Beziehung ein gleich starkes Verlangen nach Sexualität und Zärtlichkeit haben. Bei Paaren, die länger zusammen sind, ist der Wunsch nach Sexualität bei den Männern größer als bei ihren Partnerinnen. Der Wunsch nach Zärtlichkeit ist dagegen bei den Frauen ausgeprägter [18].

Auch im höheren Lebensalter haben viele Paare noch Geschlechtsverkehr. Es ist davon auszugehen, dass Zärtlichkeit lebenslang von hoher Bedeutung ist [19, 20]. Auch wenn die sexuellen Interessen und Bedürfnisse von Frauen mit zunehmendem Alter grundsätzlich erhalten bleiben, so ist bei einigen Frauen ein Rückgang der sexuellen Lust und eine Abnahme der sexuellen

Aktivität festzustellen. Hier können psychische, soziale und partnerschaftliche Gründe, aber auch hormonelle Umstellungsprozesse und Allgemeinerkrankungen [21], Harnwegsbeschwerden [19] sowie Operationen oder Krebserkrankungen [22] eine Rolle spielen. Studien deuten darauf hin, dass sexuelle Probleme älterer Frauen vor allem in einem Mangel an Zärtlichkeit oder einem Mangel an sexuellen Kontakten bestehen, die beispielsweise durch Partnerlosigkeit, aber auch durch Unlust, Potenzprobleme oder Krankheit des Mannes bedingt sein können. Hinzu kommt, dass sich viele Frauen Sorgen um die eigene Attraktivität und andere Auswirkungen des körperlichen Alterungsprozesses machen [23]. Insgesamt gesehen, gewinnen sowohl im mittleren als auch im höheren Alter Beziehungsaspekte für die sexuelle Zufriedenheit an Bedeutung. Kommunikative und partnerschaftliche Aspekte sind für die sexuelle Zufriedenheit genauso bedeutend wie die sexuelle Aktivität [24].

Trotz der Veränderungen seit der sexuellen Revolution scheint weibliches und männliches Sexualverhalten immer noch anhand unterschiedlicher Standards bewertet zu werden (sogenannter „sexueller Doppelstandard“) [25]. Darunter versteht man, dass z. B. vorehelicher Geschlechtsverkehr und Sex außerhalb von festen Beziehungen bei Frauen anders beurteilt wird als bei Männern. Im Allgemeinen ist dies zwar für beide Geschlechter akzeptiert [25], jedoch scheint ein Großteil der Menschen die Wahrnehmung zu haben, dass das gesellschaftliche Wertesystem viele wechselnde Partnerschaften bei Männern eher toleriert als bei Frauen. Zudem wird Männern ein stärkerer, aktiver Drang zur Sexualität zugeschrieben, während Frauen als eher passiv angesehen werden, die auf den Wunsch der Männer reagieren [26]. Bedingt durch diesen Doppelstandard fühlen sich Frauen möglicherweise gehemmt, ihre sexuellen Wünsche zu äußern. Einige Frauen priorisieren das sexuelle Vergnügen des Mannes und stellen es über ihr eigenes Lusterleben [27, 28]. Es wird vermutet, dass der sexuelle Doppelstandard so u. a. dazu beitragen kann, bei Frauen sexuelle Lust und deren Ausleben einzuschränken [29, 30]. Neben vielen weiteren Faktoren wird er als ein Grund dafür diskutiert, dass Frauen seltener als Männer davon berichten, während sexueller Aktivitäten einen Orgasmus zu bekommen.

Sexuelle Orientierung beschreibt, zu Menschen welchen Geschlechts sich eine Person hingezogen fühlt, mit wem sie sexuelle Kontakte pflegt und ob dies auch einen Teil ihrer Identität ausmacht (siehe [Infobox 7.1.1.1](#)). Es werden drei Dimensionen der sexuellen Orientierung unterschieden: die sexuelle Identität (z. B. hetero-, bi- oder homosexuell), die sexuelle Attraktion oder Anziehung sowie das sexuelle Verhalten. Die drei Dimensionen müssen nicht übereinstimmen. Zum Beispiel muss sich eine Frau, die Sex mit Frauen hat, nicht unbedingt als lesbisch oder bisexuell begreifen. Auch handelt es sich bei den verschiedenen Dimensionen nicht um starre Kategorien, sondern vielmehr um wandelbare und über die Lebenszeit veränderliche Phänomene [31]. Bei der Geschlechtsidentität geht es dagegen um die Frage, ob sich ein Mensch selbst mit dem ihm zugewiesenen Geschlecht identifiziert, ob es ihn passend und ausreichend beschreibt. Die Geschlechtsidentität sagt nichts über die sexuelle Orientierung aus [32]. Die Vielfalt der Geschlechter (siehe [Infobox 7.1.1.2](#)), sexuellen Orientierungen und Lebensweisen ist Teil der gesellschaftlichen Diversität.

Zur sexuellen Orientierung von Frauen in Deutschland gibt es nur wenige Daten. Eine 1966 begonnene und bis heute laufende Studie zur Sexualität von Studierenden zeigt im Zeitverlauf nur geringe Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung: Der Anteil der ausschließlich oder vorwiegend homosexuellen Frauen liegt bei 1 % bis 2 % (Männer: 2 % bis 4 %). Bisexualität ist bei Frauen mit 2 % bis 4 % geringfügig häufiger als bei Männern (1 % bis 2 %) [8]. In einer Befragungsstudie zum Sexualverhalten aus dem Jahr 2016 beschrieben sich 82 % der Frauen als ausschließlich, weitere 4 % als überwiegend heterosexuell [43]. Erste Ergebnisse der Pilotstudie „Liebesleben“ zur Sexualität von Erwachsenen zeigen, dass sich 88,1 % der befragten Frauen als heterosexuell definieren, 1,8 % als bisexuell, 1,4 % als homosexuell und 0,5 % als asexuell. 8,2 % der Frauen haben sich keiner der vorgegeben Antwortalternativen zugeordnet [17]. Ähnliche und teilweise höhere Angaben finden sich in der Untersuchung zur Jugendsexualität der BZgA (siehe [Kapitel 3.3](#)): 3 % der 21- bis 25-jährigen Frauen gaben an, homosexuell zu sein, 6 % identifizierten sich als bisexuell und 14 % berichteten von gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Die Zahlen zeigen, dass viele Menschen gleichgeschlechtliche Sexualkontakte erleben,

ohne sich als homo- oder bisexuell zu verorten [13]. Insgesamt scheint die Variabilität zwischen sexueller Identität, Attraktion und sexuellem Verhalten bei Frauen etwas größer zu sein als bei Männern. Möglicherweise trägt eine zumeist größere gesellschaftliche Offenheit gegenüber gleichgeschlechtlicher Intimität und Sexualität von Frauen [30, 44] dazu bei, dass es bei Frauen einen größeren Erlebnis- und damit auch Antwortspielraum bei Befragungen gibt [31].

Infobox 7.1.1.1

Definitionen zur sexuellen Orientierung und Lebensweise (in Anlehnung an [33, 34])

Asexuell: Als asexuell definieren sich vor allem Menschen, die kein Interesse an sexuellen Kontakten verspüren [35].

Bisexuell: Bisexuelle Menschen haben Liebesbeziehungen sowohl mit Männern als auch mit Frauen. Manche benutzen den Begriff bisexuell auch, um zu beschreiben, dass sie Menschen verschiedener Geschlechter begehren. Neben Männern und Frauen können das z. B. auch trans- oder intergeschlechtliche Menschen (siehe [Infobox 7.1.1.2](#)) sein. Geschlechtsunabhängiges Begehren wird auch mit dem Begriff Pansexualität bezeichnet.

Coming-out: In einer Gesellschaft, in der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität die dominierende Norm ist, erleben viele LSBTIQ-Menschen eine längere Phase des innerlichen Bewusstwerdens ihrer geschlechtlichen Identität und/oder sexuellen Orientierung. Dies anderen Menschen mitzuteilen, wird als Coming-out beschrieben.

Heterosexuell: Als heterosexuell werden Menschen beschrieben, die sich als Frauen oder als Männer verstehen und sich zu Personen des jeweils anderen Geschlechts romantisch und sexuell hingezogen fühlen.

Homosexuell: Homosexuelle Menschen fühlen sich romantisch und sexuell zu Menschen des gleichen Geschlechts hingezogen. Die Bezeichnung homosexuell wird teilweise abgelehnt, weil sie zu stark auf Sexualität fokussiert und weniger emotionale Aspekte und Lebensweisen einbezieht. Gleichgeschlechtlich lebende Menschen bezeichnen sich daher häufig eher als lesbisch bzw. als schwul.

LSBTIQ: Unter der Abkürzung LSBTIQ werden unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Lebensweisen sowie geschlechtliche Identitäten zusammengefasst: lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen.

Lesbisch: Lesbisch beschreibt das romantische und sexuelle Hingezogen-Sein von Frauen zu Frauen.

Queer: Queer ist ein Sammelbegriff, der geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen umfasst, die sich nicht an einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit orientieren. Gerade jüngere LSBTIQ-Personen bezeichnen sich eher als queer.

Schwul: Schwul beschreibt das romantische und sexuelle Hingezogen-Sein von Männern zu Männern.

Infobox 7.1.1.2

Vielfalt der Geschlechter [34]

Geschlecht umfasst eine soziale und eine anhand von biomedizinischen Merkmalen konstruierte Dimension [36, 37]. Beide Dimensionen beeinflussen sich wechselseitig [38]. Die biologische Geschlechterdimension umfasst genetische, anatomische, physiologische und hormonelle Merkmale. Die soziale Geschlechterdimension bezieht sich auf gesellschaftliche Vorstellungen von Geschlecht, die kulturelle Konventionen, soziale Rollen und Identitäten beeinflussen. Auf der individuellen Ebene können sich Menschen in Einklang mit oder auch in Modifikation und Abgrenzung zu gesellschaftlichen Vorstellungen einem oder keinem Geschlecht zugehörig fühlen. In beiden Geschlechterdimensionen finden sich große Variationen [39–41], sodass Geschlecht als nicht binär begriffen wird.

Intergeschlechtliche Menschen werden mit genetischen, anatomischen oder hormonellen Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren [42]. Diese Variationen können bereits bei Geburt sichtbar sein, sich erst im Laufe des Lebens zeigen oder zeitlebens unerkannt bleiben. Bei Intergeschlechtlichkeit handelt es sich nicht um ein drittes Geschlecht, sondern um eine Vielzahl angeborener Variationen der Geschlechtsmerkmale. Intergeschlechtliche Menschen können unterschiedliche geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen haben [34].

Ein Mensch kann, aber muss sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das bei der Geburt zugewiesen wurde. Die geschlechtliche Identität beschreibt die individuell empfundene geschlechtliche Zugehörigkeit z.B. als Frau, als Mann, als ein Geschlecht dazwischen, außerhalb dieser beiden Kategorien (z. B. questioning, nicht binär) oder auch zu keinem Geschlecht (z. B. agender). Für die unterschiedlichen geschlechtlichen Identitäten gibt es unterschiedliche Selbstbezeichnungen. Transgeschlechtlichkeit ist eine Sammelbezeichnung für sehr unterschiedliche geschlechtliche (Selbst-)Verortungen von Menschen, die sich nicht oder nicht vollständig mit ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren (z. B. transident, transgender, Trans-Frau, Trans-Mann) [34].

Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, werden cisgeschlechtlich oder cisident genannt [32].

7.1.2 Menstruation und Wechseljahre

Der Menstruationszyklus ist eine spezifisch weibliche Erfahrung für Frauen im gebärfähigen Alter [45]. Bei den meisten Mädchen und Frauen dauert die Menstruation drei bis fünf Tage. Knapp die Hälfte der Mädchen (46 %) hat mit zwölf Jahren die erste Regelblutung (Menarche). 15 % sind elf Jahre und jünger (siehe [Kapitel 3.3.1](#)) [13]. Mit dem Beginn der Wechseljahre werden die Regelblutungen bei den meisten Frauen unregelmäßig, dann hören sie schließlich ganz auf. Die letzte Regelblutung wird als Menopause bezeichnet und findet etwa im Alter von 50 Jahren statt [46]. Insgesamt zählen eine zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation sowie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus zu den häufigsten Gründen, weshalb Frauen gynäkologische Praxen aufsuchen. Zu diesen wichtigen gynäkologischen Themen liegen jedoch nur wenig belastbare Daten vor.

Menstruationsschmerzen

Viele Mädchen und Frauen haben während ihrer Regelblutung Beschwerden wie Krämpfe oder Unterleibsschmerzen. Bei einigen Frauen lösen

die Krämpfe zudem Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall aus. Schmerzhaftes Regelbluten wird als Dysmenorrhoe bezeichnet [47]. 2017 wurde bei 8,7 % der bei der BARMER versicherten Frauen die Diagnose „Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus“ (ICD-10: N94) mindestens einmal in der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet. Vor allem jüngere Frauen waren betroffen: 27,9 % der 15- bis 24-Jährigen und 18,1 % der 25- bis 39-Jährigen erhielten diese Diagnose [48]. Mit 7,1 % der Behandlungsfälle im Jahr 2018 zeigen die durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten der KVen eine Häufigkeit in ähnlicher Größenordnung (siehe auch [Kapitel 2.3.4](#)) [15]. Behandlungen von Frauen in gynäkologischen Praxen aufgrund von Beschwerden in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus waren in den jüngeren Altersgruppen am häufigsten ([Abb. 7.1.2.1](#)). Am höchsten sind die Fallzahlen bei Frauen im Alter von 20 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter ist eine kontinuierliche Abnahme zu beobachten. In einer internationalen Studie wurde geschätzt, dass 5 % bis 20 % der Frauen im reproduktiven Alter durch die Beschwerden in ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt sind [49].

Zyklusstörungen

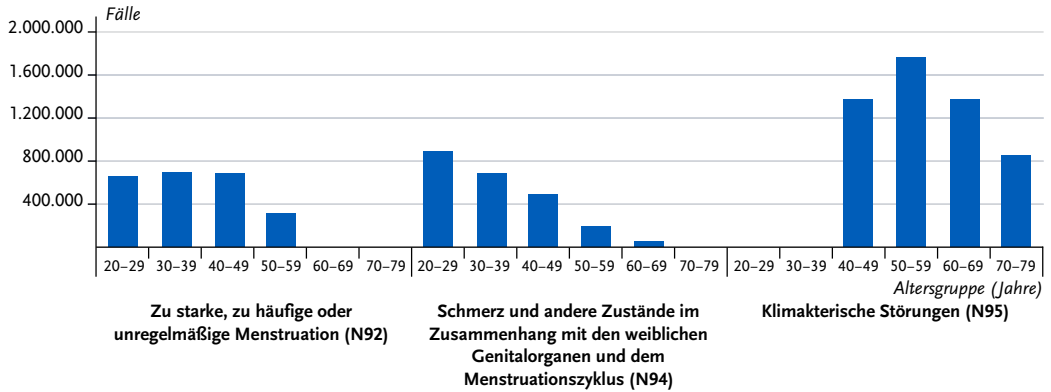
Zyklusstörungen können die Stärke oder die Dauer der Blutung sowie die Länge des Zyklusintervalls (Blutungsrythmik) betreffen [50]. Unter einer verlängerten Blutung (Menorrhagie) wird eine Regelblutung verstanden, die länger als fünf bis sieben Tage andauert. Eine zu starke Regelblutung (Hypermenorrhoe) liegt vor, wenn der Blutverlust während der Menstruation mehr als 80 ml beträgt (als normal gelten etwa 60 ml) [51]. Starke oder verlängerte Blutungen können auch ein Hinweis auf Endometriose oder Myome sein (siehe [Kapitel 2.1.8](#)), in vielen Fällen ist allerdings keine Ursache bekannt oder feststellbar [52]. Mögliche Folgen einer zu starken Regelblutung sind infolge eines Eisenmangels bzw. einer Eisenmangelanämie Beeinträchtigungen im Alltag, Müdigkeit und mangelnde körperliche Belastbarkeit [51].

Der Anteil der bei der BARMER versicherten Frauen mit der Diagnose „Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation“ (ICD-10: N92)

Abbildung 7.1.2.1

Anzahl der Frauen, bei denen im Rahmen eines Kontakts mit einer gynäkologischen Praxis mindestens einmal die Diagnose Menstruationsstörungen (ICD-10: N92), Menstruationsschmerzen (N94) bzw. Wechseljahresbeschwerden (N95) kodiert wurde, 2018

Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) [15]



im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung lag 2017 bei 7,7%. In den Altersgruppen 15 bis 24 und 25 bis 39 Jahre gehörte sie mit jeweils etwa 16% zu den zehn häufigsten Diagnosen [48]. Nach den Abrechnungsdaten der KVen 2018 wurde die Diagnose bei 6,8% der Patientinnen dokumentiert (siehe auch Kapitel 2.3.4) [15]. Die Fallzahlen für Behandlungen von Frauen aufgrund zu starker, zu häufiger oder unregelmäßiger Menstruation liegen in den Altersgruppen 20 bis 29, 30 bis 39 und 40 bis 49 Jahre auf einem ähnlichen Niveau (Abb. 7.1.2.1). Bei den 50- bis 59-Jährigen ist eine Abnahme zu verzeichnen.

Wechseljahre

Die Wechseljahre sind ein natürlicher Prozess im Leben von Frauen, der durch hormonelle Umstellungen gekennzeichnet ist. Im weiblichen Körper verringert sich in dieser Lebensphase u. a. die Produktion des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen. Damit werden die Regelblutungen unregelmäßig und hören schließlich ganz auf [53]. Nach Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) beträgt das mittlere Alter bei der letzten Regelblutung (Menopause) in Deutschland 49,7 Jahre. Frauen aus jüngeren Geburtsjahrgängen kommen später im Leben in die Wechseljahre als ältere Frauen [54]. Nach internationalen Studien wird der Eintritt der Menopause für Frauen in Industrieländern mit

51 Jahren angegeben. Während Rauchen mit einem früheren Eintritt in die Menopause in Verbindung gebracht wird, zeigt sich ein Zusammenhang von moderatem Alkoholkonsum und einem späteren Eintritt [55, 56]. Die Assoziationen mit sportlicher Aktivität und Body-Mass-Index (BMI) sind dagegen nicht eindeutig [57].

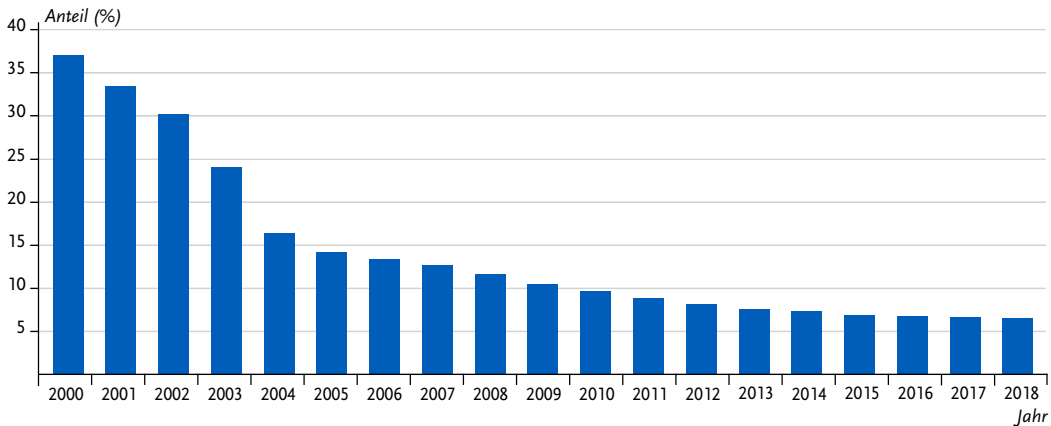
Die Wechseljahre werden von der überwiegenden Zahl der Frauen als natürliche Lebensphase wahrgenommen, die mit mehr oder weniger starken Beeinträchtigungen einhergehen kann [58]. Nach der aktuellen Studienlage werden jedoch nicht alle körperlichen und psychischen Beschwerden, die von Frauen in Zusammenhang mit den Wechseljahren berichtet werden, zwangsläufig auch durch diese verursacht [59]. Am häufigsten werden vasomotorische Symptome wie Hitzewallungen und Schweißausbrüche berichtet. Der Zusammenhang weiterer Beschwerden wie Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Ängste, sexuelle Probleme und Gelenksbeschwerden mit den hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren ist nicht eindeutig belegt, kann aber auch nicht ausgeschlossen werden [60].

Wechseljahresbeschwerden sind bei Frauen über 50 Jahren der häufigste Grund für das Aufsuchen einer gynäkologischen Praxis. Nach KV-Daten liegen vor allem bei den 50- bis 59-jährigen Frauen die Fallzahlen mit der Abrechnungsdiagnose „Klimakterische Störungen“ in gynäkologischen Praxen auf hohem Niveau (Abb. 7.1.2.1). Mit zunehmendem

Abbildung 7.1.2.2

Anteil an 45- bis 65-jährigen Frauen, denen eine Hormontherapie verordnet wurde im Zeitverlauf

Datenbasis: Zusatzauswertungen zum Gesundheitsreport 2019 der Techniker Krankenkasse [64]



Alter sinken die Fallzahlen stetig. Auch in einem Alter von über 70 Jahren wird bei Frauen die Diagnose „Klimakterische Störungen“ abgerechnet [15].

Mitte der 1960er-Jahre kamen erstmalig Hormonpräparate zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden auf den Markt. Dies trug dazu bei, dass diese Lebensphase zunehmend aus medizinisch-biologischer Perspektive betrachtet und als medizinisches Problem definiert wurde [58]. Zur Therapie von Wechseljahresbeschwerden, aber auch als Schutz vor koronarer Herzkrankheit oder Osteoporose wurden der Hormontherapie zahlreiche gesundheitliche Vorteile zugeschrieben. In der Women's Health Initiative (WHI)-Studie zeigte sich im Jahr 2002 jedoch, dass Östrogene und Östrogen-Gestagen-Kombinationen mit zunehmender Dauer der Einnahme eine Reihe von Nachteilen haben: Sie erhöhten u. a. die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Blutgerinnseln (Thrombosen), für Schlaganfälle und Brustkrebs [53]. 2013 und 2016 wurden die Ergebnisse der WHI-Studie neu bewertet; bei Frauen unter 60 Jahren schien demnach das absolute Risiko für koronare Herzkrankheit, Blutgerinnsel, Schlaganfälle und Brustkrebs sehr gering und die Mortalität unter einer Hormontherapie neutral oder geringer zu sein [61]. In einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2019 wurde dagegen gezeigt, dass eine Hormontherapie mit Östrogenen (vor allem in der Kombination mit einem Gestagen) das Risiko für Brustkrebs erhöht. Das Risiko ist bei jüngeren Frauen höher als bei älteren: Frauen,

die im Alter von 40 bis 59 Jahren mit einer 5- bis 14-jährigen Hormontherapie begannen, hatten ein höheres Risiko als Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren [62].

Nach der aktuellen S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ sollte sich die Therapie von Wechseljahresbeschwerden an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen und der sich im Verlauf ändernden Symptome orientieren. Eine Hormontherapie kann gesunden Frauen mit behandlungsbedürftigen Wechseljahresbeschwerden nach Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. Die Beratung zur Hormontherapie sollte auch Informationen darüber enthalten, dass je nachdem, wie lange die Behandlung dauert und welche Hormone eingesetzt werden, eine Erhöhung des Brustkrebsrisikos möglich ist [63].

Die beschriebene Entwicklung spiegelt sich auch in der Anwendungshäufigkeit der Hormontherapie wider. Nach Daten der Techniker Krankenkasse nimmt der Anteil der Frauen, die Hormonpräparate gegen Beschwerden in den Wechseljahren einnehmen, kontinuierlich ab (Abb. 7.1.2.2). Die Zusatzauswertungen zum Gesundheitsreport 2019 zeigen einen stetigen Rückgang von 37 % im Jahr 2000 bis auf 6,6 % im Jahr 2018. Besonders auffällig ist der Rückgang ab dem Jahr 2003.

7.1.3 Infektionen der Scheide und der Harnwege

Zu den häufigsten Infektionen der Scheide (Kolpiden) gehören Pilzinfektionen und Infektionen mit Trichomonaden. Ebenfalls eine große Rolle spielt die bakterielle Vaginose – diese ist aber eigentlich keine Infektion, sondern eine Störung der Scheidenflora (sogenannte Dysbiose) [65]. Normalerweise ist die Scheide von Milchsäurebakterien besiedelt, die mit anderen Bakterien die Scheidenflora bilden und einen bestimmten Säuregrad (pH-Wert) in der Scheide bewirken. Durch eine Schädigung der Scheidenflora (z. B. durch Antibiotika), Veränderungen des sauren Scheidenmilieus oder Östrogenmangel werden Scheideninfektionen begünstigt [66]. Schätzungen aus wissenschaftlichen Studien zufolge wird bei Frauen mit Beschwerden im Bereich der Scheide in 22 % bis 50 % eine bakterielle Vaginose, in 17 % bis 39 % eine Pilzinfektion und in 4 % bis 35 % eine Infektion mit Trichomonaden festgestellt [67].

Bei der bakteriellen Vaginose siedeln sich vermehrt Bakterien in der Scheide an, die dort sonst nur vereinzelt vorkommen, vor allem sogenannte Gardnerellen und andere anaerob wachsende Bakterien [65, 66, 68]. Ursache ist eine Veränderung der Scheidenflora. Bakterielle Vaginosen können durch Geschlechtsverkehr ausgelöst werden, gehören aber nicht zu den sexuell übertragbaren Infektionen. Das bedeutet, dass die Erkrankung auch ohne vorangegangenen Sexualkontakt auftreten kann [69]. Bei Frauen, die Sex mit Frauen haben, gibt es Hinweise auf häufigere bakterielle Vaginosen [70, 71]. Einziges Symptom ist in der Regel grau-weißlicher dünnflüssiger Ausfluss mit fischartigem Geruch.

Eine genitale Pilzinfektion wird in etwa 80 % der Fälle durch den weitverbreiteten Pilz *Candida albicans* verursacht. *Candida*-Subtypen gehören aber auch zur normalen Scheidenflora. Erst bei hoher Keimzahl oder Abwehrschwäche kommt es zu einer symptomatischen Entzündung. Zu den typischen Beschwerden gehören Juckreiz und brennendes Gefühl sowie Rötungen und grau-weißliche Beläge mit krümeligem Ausfluss [66]. Etwa drei Viertel aller Frauen haben irgendwann in ihrem Leben eine Pilzinfektion [72, 73].

Trichomonaden sind einzellige Parasiten; eine Infektion mit ihnen wird Trichomoniasis genannt. Die Übertragung erfolgt vorwiegend sexuell, daher

wird die Infektion zu den sexuell übertragbaren Erkrankungen gezählt. Zu den Krankheitssymptomen gehören stark riechender, dünnflüssiger Ausfluss und Juckreiz [66].

Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten bakteriell bedingten Erkrankungen [74]. Zu den unkomplizierten Harnwegsinfektionen gehören die Blasenentzündung (akute Zystitis) und die Nierenbeckenentzündung (akute Pyelonephritis). Von einer wiederkehrenden Harnwegsinfektion wird gesprochen, wenn zwei oder mehrere Blasenentzündungen pro Halbjahr (oder drei oder mehr pro Jahr) vorliegen [74]. Vor allem Frauen sind von Harnwegsinfektionen betroffen, da bei ihnen die Harnröhre kürzer ist und Bakterien leichter als bei Männern bis in die Blase gelangen können. Eine untere Harnwegsinfektion (Zystitis) wird angenommen, wenn sich die Symptome nur auf den unteren Harntrakt begrenzen, z. B. Schmerzen beim Wasserlassen, schwer beherrschbarer Harndrang und häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen. Wenn zusätzlich weitere Beschwerden wie Schmerzen im Nierenlager oder Fieber auftreten, kann auch eine obere Harnwegsinfektion (Pyelonephritis) vorliegen [75].

Nach Auswertungen von Routinedaten für Versicherte der BARMER wurde 2013 bei 9 % der Mädchen und Frauen ab zwölf Jahren die Diagnose einer Harnwegsinfektion gestellt. In der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen beträgt die Abrechnungsprävalenz dieser Diagnose etwa 12 %. Dies könnte mit dem Beginn eines regelmäßigen Sexualverkehrs zusammenhängen. Geschlechtsverkehr erhöht das Risiko für eine Blasenentzündung, weil dabei Bakterien in die Harnröhre gelangen können. In der Menopause treten Blasenentzündungen durch die Veränderung der Scheidenflora häufiger auf. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen sind 17 %, in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen 11 % der Frauen betroffen. Mit etwa 20 % liegt die Prävalenz bei den 80-Jährigen und Älteren am höchsten [74].

7.1.4 Sexuelle Funktionsstörungen

Über die Lebensspanne betrachtet ist Sexualität mit Veränderungen verbunden. So berichtet die Mehrzahl der Frauen von Phasen mit weniger ausgeprägtem sexuellen Verlangen oder einer Abnahme sexueller Lust, vor allem in längeren Beziehungen [29]. Körperliche Erkrankungen wie

eine Gebärmutterensenkung, aber auch Endometriose (siehe Kapitel 2.1.8), Diabetes mellitus, Hormonveränderungen in den Wechseljahren oder psychische Erkrankungen wie Depressionen können das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen. Auch Operationen aufgrund einer Krebserkrankung wie die Entfernung der Brust oder der Gebärmutter können bei Frauen das eigene Körperempfinden verändern und sich negativ auf die Sexualität auswirken. Organische Ursachen für sexuelle Funktionsstörungen können, müssen aber nicht vorhanden sein.

International werden sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen als „female sexual disorders“ bezeichnet. Hierzu zählen ein vermindertes sexuelles Verlangen, sexuelle Aversion, sexuelle Erregungsstörung, Orgasmusstörungen oder Schmerzstörungen wie Vaginismus (Verkrampfung der Scheide) und Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr). Eine sexuelle Funktionsstörung besteht per Definition nur dann, wenn die Frau unter ihr leidet [76]. Können die betroffenen Frauen mit den beschriebenen Phänomenen gut leben, dann besteht keine behandlungsbedürftige Funktionsstörung [77]. Laut Studien berichten 25 % bis 63 % der Frauen über ein sexuelles Problem; sexuelle Funktionsstörungen, die einer klinischen Diagnose entsprechen, sind jedoch deutlich seltener [78]. Diagnosedaten der Krankenhausstatistik zeigen bei Frauen einen Rückgang der stationären Behandlungen aufgrund von sexuellen Funktionsstörungen als Hauptdiagnose. Eine weitaus höhere Zahl an Krankenhauspatientinnen weist eine Nebendiagnose auf, wobei spezifische Diagnosen und behandelnde Fachdisziplinen den Daten nicht zu entnehmen sind. Möglicherweise wird ein größerer Anteil der Nebendiagnosen in den psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fächern gestellt (z. B. sexuelle Funktionsstörungen in Verbindung mit Depressionen) [79].

Sexuelle Schwierigkeiten kommen in allen Alters- und Bildungsgruppen vor. Einer Befragung von Studierenden aus dem Jahr 2012 zufolge berichten viele heterosexuelle Studentinnen in Beziehungen über sexuelle Probleme, z. B. dass sie zu selten Lust auf Sex haben (46 %), von Orgasmusschwierigkeiten (45 %), Schmerzen beim Sex (40 %) oder Erregungsproblemen (39 %). Männer geben dagegen häufiger an, zu schnell zum Orgasmus zu kommen (49 %) oder häufiger Sex zu wollen als ihre Partnerin (47 %). 14 % der befragten

Frauen gaben an, stark oder sehr stark unter den sexuellen Schwierigkeiten in der Partnerschaft zu leiden [80]. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Sexualität in festen Beziehungen von belastenden Lebensumständen, Stress, Zeitmangel, Erkrankungen, Verhütungsproblemen, Ängsten, Erwartungen und anderen Faktoren beeinflusst sein kann [80].

Wie bereits im Kapitel 7.1.1 beschrieben, hat sich die Bedeutung der Sexualität, bedingt durch die sogenannte sexuelle Revolution, im zeitlichen Verlauf deutlich gewandelt. Im Zuge der sexuellen Liberalisierung ist offenbar auch der Druck auf Frauen gestiegen, neuen sexuellen Normen zu entsprechen und Sexualität als etwas Lust- und Genussvolles zu erleben. Dies kann mit Frustration einhergehen und somit das Risiko für die Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen erhöhen [78]. Die in der oben genannten Studie befragten Studentinnen formulierten aber auch Erwartungen: Viele gaben an, dass es für sie nicht ausreicht, beim partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr nur selten zum Orgasmus kommen. Sie sahen es als Frage der Gleichberechtigung, den weiblichen Orgasmus nicht hinter den männlichen zurückzustellen [80].

Exkurs: Körpermodifikationen und Schönheitsoperationen

Physische Schönheit ist ein Ideal, das von vielen Menschen angestrebt wird. Dies äußert sich z. B. im Streben nach und in der Arbeit an der eigenen Attraktivität. Eine besondere Form der Veränderungen des menschlichen Körpers aus ästhetischen Gründen sind sogenannte Körpermodifikationen, zu denen z. B. Tätowierungen oder Piercings gehören. Körpermodifikationen scheinen als Mittel zum Ausdruck der Persönlichkeit, aber auch zur Steigerung der sexuellen Attraktivität und als Quelle für sexuelles Vergnügen angesehen zu werden [81]. Eine repräsentative Erhebung der Prävalenz von Tätowierungen von in Deutschland lebenden Personen ab 14 Jahren zeigt, dass Tätowierungen vor allem bei Frauen zugenommen haben: Der Anteil an Frauen mit mindestens einem Tattoo stieg von 6 % im Jahr 2003 auf 11 % (2009) an und verdreifachte sich im Jahr 2016 auf 18 %. Bei den jungen Frauen ist der Anstieg noch deutlicher: Während 2003 13 % der Frauen im Alter von 25 bis 34 Jahren tätowiert waren, waren es 2009 bereits 26 % und 2016 44 % [82].

Die ästhetisch-plastische Chirurgie umfasst formverändernde Eingriffe am menschlichen Körper. Zu den ästhetisch-plastischen Operationen zählen z. B. die Brustvergrößerung mit Implantat, die Augenlidkorrektur und die Fettabsaugung. Nicht-operative Methoden sind die Injektionstherapien, z. B. die Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin oder Hyaluronsäure [81].

Nach Ergebnissen der jährlichen Mitgliederbefragung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) wurden 2018 insgesamt 77.485 gemeldete Eingriffe durchgeführt; im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Steigerung von etwa 9 %. Der Großteil (86,3 %) derjenigen, die diese Eingriffe durchführen ließen, waren Frauen. Die häufigsten Anwendungen bei Frauen sind Behandlungen mit Botulinumtoxin und Hyaluronsäure. Es folgen Lippenkorrektur, Brustvergrößerung sowie Oberlidstraffung [83].

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der Statistik 2018 der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), die auf einer Befragung der Patientinnen und Patienten der DGÄPC-Mitglieder basiert. Das Durchschnittsalter der befragten Frauen, die sich für eine ästhetisch-plastische Behandlung entschieden hatten, lag bei 41,2 Jahren (Männer: 41,4 Jahre). Gefragt nach der Motivation, gaben sowohl Frauen als auch Männer als Hauptgrund an, dass sie sich von dem ästhetisch-plastischen Eingriff eine körperliche Verbesserung erhofften. Im Vergleich zu Männern wünschten sich Frauen häufiger sowohl eine körperliche als auch eine psychische Veränderung zum Positiven [84]. Aktuelle Daten der DGÄPC zeigen, dass auch bearbeitete Fotos der eigenen Person, sogenannte Selfies, die Ansprüche an den eigenen Körper verändern können. So berichteten etwa zwei Drittel der befragten Fachärztinnen und Fachärzte der ästhetisch-plastischen Chirurgie, dass Patientinnen und Patienten mit einem über ein Bildbearbeitungsprogramm veränderten Selfie als Vorlage für eine Behandlung in ihre Praxis gekommen sind. Dies betraf vor allem Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren [85].

Der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers aus ästhetischen Gründen kann auch den Intimbereich betreffen. Intimmodifikationen bei Frauen reichen von Scheidenverengung, plastischer Neugestaltung der Schamlippen bis hin zur Verkleinerung der inneren und Vergrößerung der äußeren Schamlippen [81]. Nach Daten der DGÄPC sind 1,2 % der Eingriffe bei Frauen Operationen im Intimbereich [85]. Als Grund für Intimmodifikationen wird u. a. genannt, dass sich neue Schönheitsideale entwickeln; es entstehen normative Vorstellungen vom Genitalbereich, nicht zuletzt durch die Internetpornografie [81].

Sowohl bei Körpermodifikationen als auch bei operativen und nicht-operativen ästhetisch-plastischen Eingriffen können Komplikationen auftreten. So zeigte eine englische Studie, dass bei Piercings in etwa ein Drittel der Fälle Komplikationen wie Schwellungen, Infektionen oder Blutungen auftraten [86]. Unerwünschte Effekte im Bereich der nicht-operativen Methoden kommen vor allem bei Unterspritzungen mit sogenannten Fillern (z. B. mit Hyaluronsäure) vor; hierzu zählen stärkere Lokalreaktionen, Knötchenbildung und Ulzerationen [87]. Laut einem Forschungsbericht der Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft aus dem Jahr 2007 zählen Schwellungen, Blutergüsse und Taubheitsgefühle zu häufigeren Komplikationen bei ästhetisch-plastischen Operationen [88]. Aktuelle belastbare Daten zu dieser Thematik liegen nicht vor.

7.2 Familienplanung und Verhütung

Eine wichtige Forderung im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit ist, dass Menschen frei entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie haben möchten. Dazu gehört auch der Zugang zur Empfängnisverhütung. Familienplanung im weiteren Sinn wird nicht als separater Lebensabschnitt der Familiengründungsphase aufgefasst, sondern als integraler Bestandteil der gesamten Lebensplanung verstanden [14].

Insgesamt ist die Familienplanung in Deutschland von einem niedrigen Geburtenniveau, dem Aufschub der ersten Geburt in ein höheres Alter, einer verbreiteten Kinderlosigkeit und vergleichsweise wenigen kinderreichen Familien geprägt

(siehe Kapitel 7.4 und 7.5) [89]. In den vergangenen Jahren sind sowohl ein leicht ansteigender Trend beim Geburtenniveau als auch eine steigende Geburtenhäufigkeit bei Frauen ab 40 Jahren zu beobachten [90]. Im folgenden Abschnitt werden Kennzahlen zu Familienplanung und -realisierung sowie zur Empfängnisverhütung vorgestellt. Als Datenquellen werden vor allem die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Statistischen Bundesamtes [91] und Studien der BZgA herangezogen. Zu nennen sind hier die Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Deutschland [13], die Studie „frauen leben 3“ [14] sowie die repräsentative Studie Verhütungsverhalten Erwachsener 2018 [92].

7.2.1 Familienplanung und -realisierung

Acht von zehn Mädchen und jungen Frauen im Alter von 14 bis 25 Jahren wünschen sich Kinder. Lediglich 10 % sprechen sich in der Repräsentativbefragung Jugendsexualität 2015 explizit gegen Kinder aus. Einen großen Einfluss auf den Kinderwunsch hat das Alter (Abb. 7.2.1.1). Mit 14 oder 15 Jahren ist noch etwa ein Fünftel der Mädchen unentschieden, im Alter von 21 bis 25 Jahren liegt dieser Anteil bei 9 % [13].

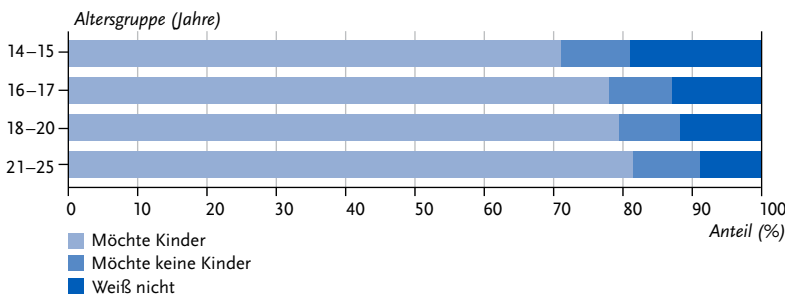
Gefragt nach der gewünschten Kinderzahl, spricht sich etwa die Hälfte der Frauen und Männer ab 18 Jahren für zwei Kinder aus. Etwa ein Fünftel konnte sich noch nicht auf eine Zahl festlegen, 13 % hätten gerne drei, 3 % vier oder mehr Kinder und 7 % gaben an, ein Kind bekommen zu wollen. Junge Erwachsene mit Migrationshintergrund

können sich tendenziell vorstellen, auch mehr als zwei Kinder zu bekommen. Dies gilt ebenfalls für Frauen und Männer mit höherer Schulbildung [13].

Zum idealen Zeitpunkt der Familiengründung gefragt, gibt ein Großteil der 18- bis 25-jährigen Frauen und Männer mit Kinderwunsch an, dass sie vor dem ersten Kind zunächst eine Ausbildung abschließen und mehrere Jahre Berufserfahrung sammeln möchten [13]. Dies führt zu einem Aufschub der ersten Geburt bis zu einem Zeitpunkt, an dem eine finanzielle Absicherung zumindest in Aussicht gestellt ist. Weitere Gründe für die Zurückstellung eines Kinderwunsches können eine unsichere berufliche Zukunft, die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Beruf und vor allem das Fehlen einer festen Partnerschaft sein [89]. Da die erste Menstruation immer früher eintritt, ist die Tendenz festzustellen, dass der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der körperlichen Möglichkeit zur Mutterschaft und ihrer Erwünschtheit größer wird [93].

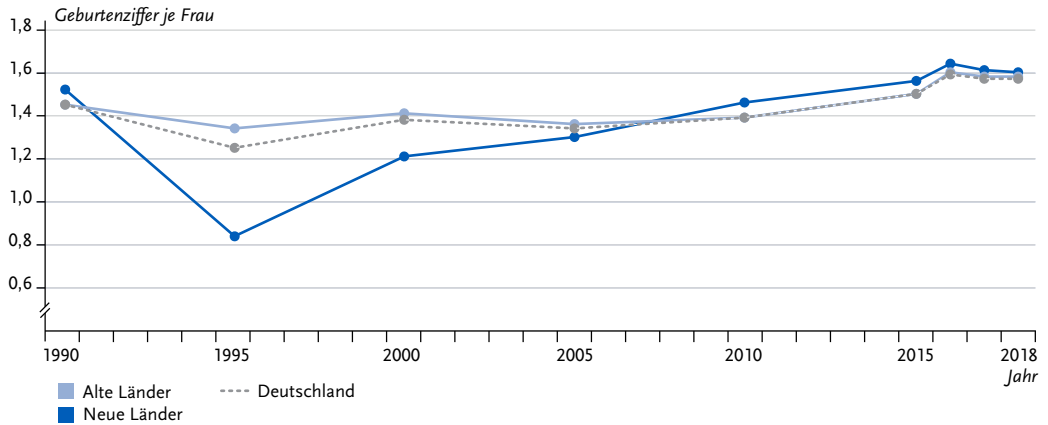
Im Jahr 2018 wurden in Deutschland 787.523 Kinder lebend geboren [94]. Die durchschnittliche Kinderzahl (zusammengefasste Geburtenziffer) betrug 1,57 Kinder je Frau. Die zusammengefasste Geburtenziffer gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr [90]. Von 1990 bis 2010 lag die Geburtenziffer auf einem Niveau von ungefähr 1,4 Kindern je Frau [91]. In der ehemaligen DDR war sie vor der Wende 1989 deutlich höher (1980: 1,94 [95]), brach dann ein und stieg bis 2016 auf einen Wert von 1,64 an [96]. In den letzten Jahren ist ein leicht ansteigender Trend bei der zusammengefassten Geburtenziffer

Abbildung 7.2.1.1
Grundsätzlicher Kinderwunsch* bei 14- bis 25-jährigen Mädchen
Datenbasis: Studie Jugendsexualität 2015 [13]



*Frage: Möchten Sie einmal Kinder haben, sind Sie bzw. ist Ihre Freundin zurzeit schwanger oder haben Sie bereits ein Kind?

Abbildung 7.2.1.2
Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer im Zeitverlauf
(alte Länder ohne Berlin-West, neue Länder ohne Berlin-Ost)
 Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]



zu beobachten. Derzeit liegt sie in den neuen Ländern (ohne Berlin-Ost) mit 1,60 Kindern je Frau etwas höher als in den alten Ländern (ohne Berlin-West) mit 1,58 (Abb. 7.2.1.2). Insgesamt gehört Deutschland seit den 1970er-Jahren zu den Ländern mit einem sehr niedrigen Geburtenniveau [89].

Das Geburtengeschehen sollte jedoch nicht nur anhand von Geburtenraten beschrieben werden, sondern auch anhand der Zahlen, wie viele Kinder Frauen jeweils zur Welt bringen (Paritäten), da sonst die dahinterliegenden Unterschiede im Zusammenhang mit der Kinderzahl verdeckt werden [97]. Die endgültige Kinderzahl je Frau wird bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung betrachtet. Dabei zeigt sich, dass die Kinderlosenquote zwischen den Jahrgängen 1937 und 1967 kontinuierlich zunahm und sich von 11% auf 21% fast verdoppelt hat. Dieser Anstieg scheint sich jedoch bei den zwischen 1967 und 1974 geborenen Frauen nicht weiter fortzusetzen [98]. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus lebten 2016 mehr als die Hälfte der Familien mit einem Kind im Haushalt (52%), entweder weil (noch) keine Geschwister hinzugekommen sind oder weil ältere Geschwister das Elternhaus bereits wieder verlassen haben. Mit 36% lebte etwa ein Drittel der Familien mit zwei Kindern und 12% mit drei oder mehr Kindern unter einem Dach [99]. Insgesamt gesehen zeigt sich, dass das Geburtenniveau in Deutschland sowohl durch den Anteil an kinderreichen Familien als auch durch Kinderlosigkeit geprägt ist. Die Häufigkeit, mit der

zwei Kinder geboren werden, verändert sich hingegen kaum [97].

Paare, die drei oder mehr gemeinsame Kinder haben, oder Personen mit drei oder mehr leiblichen Kindern werden im Allgemeinen als kinderreich bezeichnet [100]. Für Deutschland werden unterschiedliche Gruppen von kinderreichen Familien beschrieben. Neben Eltern mit geringer Bildung und mit Migrationshintergrund können dies auch einkommensstarke Eltern oder Stieffamilien sein (Familien, in welche die Partnerin oder der Partner Kinder aus einer früheren Beziehung mitgebracht haben). Nach einer Trennung, Scheidung oder Verwitwung entscheiden sich Personen zunehmend für ein weiteres Kind mit ihrer neuen Partnerin oder ihrem neuen Partner. Betrachtet man dabei Bildungsunterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht, so zeigt sich, dass kinderreiche Frauen deutlich häufiger ein niedriges Bildungsniveau haben als kinderreiche Männer [100].

Im europäischen Vergleich ist der Anteil an kinderreichen Familien in Deutschland eher gering [100]. Auch ist die Kinderlosigkeit in Deutschland weiter verbreitet als in anderen europäischen Ländern, obwohl dieser Trend mittlerweile für die meisten europäischen Länder gilt [101]. Dies hängt u. a. mit einem kontinuierlich steigenden Alter bei der ersten Geburt zusammen. Als Gründe für den Aufschub der ersten Geburt werden die Länge der Ausbildung und unsichere Zukunftsbedingungen diskutiert. Vor allem gut ausgebildete Frauen reagieren

auf Unsicherheit auf dem Arbeitsmarkt mit einer Verschiebung der ersten Geburt. Dagegen erhöhen sich bei Frauen mit geringerem Bildungsstand die Geburtenziffern in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit oder bleiben erhalten [89].

7.2.2 Verhütung

Über drei Viertel der Frauen in Deutschland wenden Methoden zur Empfängnisverhütung an. Je nach Lebensform und Partnerschaft sind Gründe, nicht zu verhüten, z. B. das Fehlen einer Beziehung oder sexueller Kontakte, ein Kinderwunsch oder eine Schwangerschaft [89].

Beim ersten Geschlechtsverkehr verhüten laut der Repräsentativbefragung der BZgA etwa drei Viertel der 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen mit dem Kondom und 48% mit der Pille (siehe Kapitel 3.3.3). Mit zunehmender sexueller Erfahrung werden Kondome seltener und die Pille häufiger genutzt. Auch werden Pille und Kondom häufig kombiniert. Die übrigen eingesetzten Verhütungsmethoden sind in Deutschland derzeit eher von untergeordneter Bedeutung [13]. Ähnliches zeigen Daten der Techniker Krankenkasse: Demnach lag der Anteil an Anwenderinnen der Pille unter den 14-jährigen Versicherten im Jahr 2013 bei etwa 6,5%. Mit zunehmendem Alter stieg er auf rund 40% bei den 16-Jährigen und bis zu 74% bei den 19-Jährigen [102].

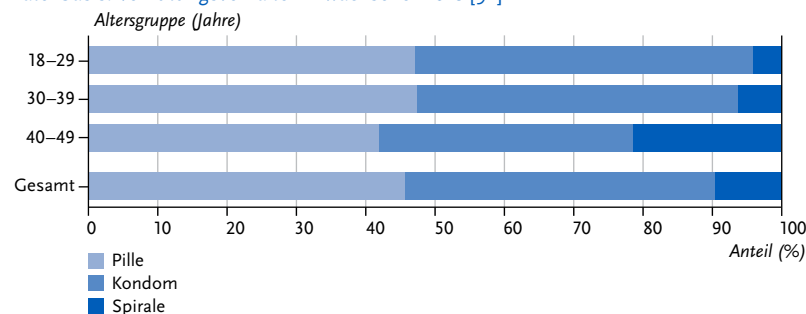
Daten der BZgA zum Verhütungsverhalten Erwachsener aus dem Jahr 2018 zeigen, dass die Pille und das Kondom die wichtigsten Verhütungsmittel sexuell aktiver Frauen und Männer im Alter von 18 bis 49 Jahren sind [92]. 47% der Frauen und Männer gaben an, dass mit der Pille verhütet

wurde, 46% nutzten das Kondom. Während in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen und 30- bis 39-Jährigen das Kondom ebenso häufig wie die Pille genutzt wird und die Intrauterinspirale (mit 5% bis 6%) eine eher untergeordnete Bedeutung hat, ändert sich dies bei den 40- bis 49-Jährigen. In dieser Altersgruppe wird die Spirale mit 20% deutlich häufiger genutzt (Abb. 7.2.2.1). Dabei zeigt sich ein Anstieg in der Nutzung der Spirale von sieben Prozentpunkten im Vergleich zur vorhergehenden Studie aus dem Jahr 2011 [92].

Im Vergleich zur Studie von 2011 wird das Kondom deutlich häufiger als Verhütungsmittel genutzt (Anstieg von 37% auf 46%). Dagegen ging der Anteil der Frauen, die die Pille nutzen, von 53% auf 47% zurück. Dies zeigt sich vor allem bei den 18- bis 29-Jährigen: In dieser Altersgruppe nahm die Nutzung der Pille von 72% auf 56% ab. Als Grund für diesen Rückgang wird in der Studie eine eher kritische Einstellung zu hormonellen Verhütungsmethoden angeführt. So stimmten 48% der Befragten der Aussage zu, dass eine hormonelle Verhütung negative Auswirkungen auf Körper und Seele habe. 43% lehnten die Aussage ab, dass die Pille auch für sehr junge Mädchen geeignet sei, und 55% die Aussage, man könne die Pille über Jahre hinweg unbedenklich anwenden. Je jünger die Altersgruppe, desto höher war der Anteil derjenigen mit einer eher kritischen Einstellung [92].

Für die BZgA-Studie „frauen leben 3“ wurden 20- bis 44-jährigen Frauen in vier Ländern (Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Sachsen) zum Thema Familienplanung befragt. Es zeigt sich, dass die Wahl des Verhütungsmittels von verschiedenen Faktoren wie dem Alter, der partnerschaftlichen Lebensform (und damit der sexuellen Aktivität)

Abbildung 7.2.2.1
Genutzte Verhütungsmittel bei 18- bis 49-jährigen Frauen und Männern
Datenbasis: Verhütungsverhalten Erwachsener 2018 [92]



oder der Zahl vorhandener Kinder abhängt [14]. Oftmals wird die Verhütungsmethode im Lebenslauf gewechselt. Alleinstehende und junge Frauen entscheiden sich häufig für das Kondom als Verhütungsmethode, um zusätzlich vor Geschlechtskrankheiten geschützt zu sein, vor allem, wenn sie den Partner noch nicht gut und lange genug kennen. Die Pille wird dagegen am häufigsten von jungen Frauen genutzt, die in einer Beziehung ohne Kinder leben und erst zu einem späteren Zeitpunkt Kinder haben möchten [14]. Weitere Kriterien für die Wahl der Verhütungsmethode sind die Regelmäßigkeit des Geschlechtsverkehrs, die Sicherheit der Methode sowie deren Reversibilität (die Möglichkeit, die Verhütung vergleichsweise einfach absetzen und dann schwanger werden zu können). Andere Gründe betreffen z. B. gesundheitliche Aspekte oder die Anwendung [14].

Es zeigt sich, dass Anwendungsprobleme bei der Pille und beim Kondom verbreitet sind. In der „frauen leben 3“-Studie gaben 39 % der Frauen an, die Einnahme der Pille in den letzten zwölf Monaten einmal vergessen zu haben, 12 % nahmen die Pille bei auswärtigen Übernachtungen nicht mit und weitere 11 % waren sich aufgrund von Erbrechen oder Durchfall unsicher über die Wirksamkeit. Auch bei Kondomen kommt es zu Anwendungsproblemen: 25 % der Frauen berichten von geplatzten, gerissenen oder abgerutschten Kondomen [14].

Wenn Verhütungspannen passiert sind oder die Verhütung vergessen wurde, steht mit der „Pille danach“ ein Notfallverhütungsmittel zur Verfügung. Seit März 2015 ist die „Pille danach“ in Apotheken rezeptfrei erhältlich. Dort wird auch eine Beratung angeboten [102]. Seitdem ist ein deutlicher Anstieg der Nutzung von Notfallkontrazeptiva zu verzeichnen. Nach Daten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sind die Absatzzahlen in der Selbstmedikation seit 2015 stark angestiegen, während es einen deutlichen Rückgang ärztlicher Verordnungen der „Pille danach“ gab. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 835.000 Packungen abgegeben; es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg seit 2015 (662.000 Packungen) [103].

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung können Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (einschließlich der Spirale) sowie die „Pille danach“ auf Kassenrezept erhalten [104]. Sexuell

aktive Frauen mit geringerer Bildung oder in einer schlechten finanziellen Situation nutzen häufiger keine Verhütungsmittel, obwohl sie keinen Kinderwunsch haben [14]. In der Studie „frauen leben 3“ berichteten 8,1 % der Frauen, schon einmal aus Kostengründen auf die Pille oder die Spirale verzichtet zu haben. Bei Frauen, die ihre finanzielle Situation (eher) schlecht einschätzen, aber keine staatliche Unterstützung erhalten, beträgt der Anteil 14,4 %. Bei Frauen, die staatliche Unterstützung beziehen, liegt der Anteil mit 22,4 % noch höher [14]. In einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Modellprojekt wurde von 2016 bis 2019 an sieben Standorten in Deutschland ein Zugang zu einer Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel auch für sozial benachteiligte Frauen im Alter von über 20 Jahren (die damalige Altersgrenze für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse) erprobt und empfohlen. Die Ergebnisse zeigten, dass ein Bedarf besteht an Kostenübernahmen von Verhütung für Frauen, die über wenig Geld verfügen. Hierzu zählen nicht nur Frauen in der Ausbildungsphase und Frauen, die staatliche Unterstützung erhalten, sondern auch Frauen, die berufstätig sind, aber wenig verdienen, sowie Empfängerinnen von Unterstützung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG). Der Bedarf an Kostenübernahme der Verhütung besteht vor allem bei Frauen, die bereits Kinder haben [105].

Insgesamt gesehen sind Verhütungsmittel in Deutschland gut zugänglich und werden häufig genutzt. Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine niedrige Verhütungslücke (sogenannter „unmet need“) [14]. Allerdings können die Kosten offenbar eine Zugangsbarriere für Frauen mit niedrigem Einkommen darstellen.

7.3 Schwangerschaftsabbruch

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt Frauen vor eine Entscheidung, die grundsätzliche Fragen zur weiteren Lebensplanung aufwerfen kann [106]. Die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch ist eine sehr persönliche, der meist eine intensive Auseinandersetzung vorausgeht. In diesem Abschnitt werden Daten und Studienergebnisse zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland dargestellt. Wesentliche Datengrundlagen

sind die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes [107] sowie die Studie „frauen leben 3“ der BZgA [14].

7.3.1 Gesetzliche Regelungen

In Deutschland ist nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig und somit strafbar [108, 109]. § 218a legt drei Ausnahmen fest: die sogenannte Beratungsregelung sowie die medizinische und die kriminologische Indikation (siehe [Infobox 7.3.1.1](#)). Die Beratungsregelung lässt nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung einen Abbruch innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate zu; dieser ist dann zwar straffrei, bleibt jedoch rechtswidrig. Wird ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation vorgenommen, ist er nicht rechtswidrig. Ein auffälliger pränataldiagnostischer Befund (z. B. eine Fehlbildung oder Chromosomenabweichung, siehe [Kapitel 7.5.2](#)) stellt keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Ein Abbruch aufgrund einer medizinischen Indikation ist in einem solchen Fall aber möglich, wenn nach ärztlicher Einschätzung die körperliche oder seelische Gesundheit der Frau durch das Austragen der Schwangerschaft ernsthaft gefährdet wäre [108, 109].

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) regelt u. a. Inhalt und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB sowie

Infobox 7.3.1.1 Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs

Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt nach § 218a Absatz 1 (Beratungsregelung) strafflos, wenn

- die Schwangere den Abbruch der Schwangerschaft verlangt,
- die Schwangere eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB nachweisen kann und eine dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff eingehalten wurde,
- der Schwangerschaftsabbruch durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig im Falle einer

- medizinischen Indikation (§ 218a Absatz 2 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen und ist unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse aus ärztlicher Sicht notwendig, um eine Gefahr für das Leben oder für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu verhindern; für Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation gibt es keine zeitliche Begrenzung. Zwischen der Mitteilung der ärztlichen Diagnose und der schriftlichen Indikationsstellung müssen drei volle Tage liegen, es sei denn, das Leben der Schwangeren ist in unmittelbarer Gefahr. Vor der Ausstellung der Indikation muss die Schwangere ärztlicherseits über die medizinischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs beraten und über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung informiert werden und sie muss die Durchführung der Beratung schriftlich bestätigen; auf ihren Wunsch müssen Kontakte zu Beratungsstellen vermittelt werden (§ 2a Absatz 2 SchKG).
- kriminologischen Indikation (§ 218a Absatz 3 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen. An der Schwangeren wurde nach ärztlicher Erkenntnis eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176–178 StGB (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch von Kindern, sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung) begangen und es sprechen dringende Gründe dafür, dass die Schwangerschaft auf dieser Tat beruht. Seit der Empfängnis dürfen nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein. Es gibt keine Beratungspflicht, allerdings einen Anspruch auf Beratung, falls die Schwangere dies wünscht.

Für beide Indikationen gilt, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht von der Ärztin oder dem Arzt durchgeführt werden darf, die oder der die Indikation gestellt hat.

die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Frau aus (§ 5 Absatz 1 SchKG). Die Beratung

kann nur in staatlich anerkannten Beratungsstellen erfolgen. Beratungen werden von verschiedenen öffentlichen und freien Trägern, zum Teil auch von Gesundheitsämtern oder Ärztinnen und Ärzten angeboten [108]. Auf der BZgA-Webseite www.familienplanung.de sowie der Webseite der Bundesärztekammer steht eine Liste zur Verfügung, in der Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser und Einrichtungen genannt werden, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen [110, 111].

7.3.2 Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und zeitliche Entwicklung

Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen können der Schwangerschaftsabbruchstatistik [107] entnommen werden; diese erfasst alle unter den Voraussetzungen von § 218a Absatz 1–3 StGB durchgeführten und je Quartal gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche. Neben der absoluten Zahl der Schwangerschaftsabbrüche werden im Folgenden auch die Anzahl je 10.000 Frauen und die Anzahl je 1.000 Lebend- und Totgeborene (wenn dazu keine Daten vorliegen, je 1.000 Lebendgeborene) berichtet. Erstere ermöglicht Aussagen darüber, in welchen Altersgruppen sehr viele oder sehr wenige Abbrüche stattfinden, letztere über das Verhältnis der ausgetragenen zu den abgebrochenen Schwangerschaften und damit über die Wahrscheinlichkeit für den Abbruch einer Schwangerschaft.

Tabelle 7.3.2.1
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (bezogen auf alle Wohnsitze) und Abbruchquoten (bezogen auf Frauen mit ständigem Wohnsitz im Inland) je 10.000 Frauen nach Alter, 2019
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107], Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

Altersgruppe	Abbrüche	Abbrüche je 10.000 Frauen
15–17 Jahre	2.392	21,3
18–24 Jahre	24.453	80,9
25–29 Jahre	23.511	94,3
30–34 Jahre	24.043	90,0
35–39 Jahre	18.134	69,0
40–44 Jahre	7.444	30,3
45–49 Jahre	607	2,2

Tabelle 7.3.2.2
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (bezogen auf alle Wohnsitze) und Abbruchquoten (bezogen auf Frauen mit ständigem Wohnsitz im Inland) je 1.000 Lebendgeborenen nach Alter, 2019
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107], Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

Altersgruppe	Abbrüche	Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene ¹
Unter 18 Jahre	2.686	823,7
18–24 Jahre	24.453	286,1
25–29 Jahre	23.511	114,7
30–34 Jahre	24.043	82,2
35–39 Jahre	18.134	110,1
40–44 Jahre	7.444	223,0
45 Jahre und älter	622	276,5

¹ Daten zu den Totgeborenen nach dem Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Schwangerschaft stehen nicht zur Verfügung.

Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 100.893 Schwangerschaftsabbrüche [107]. Dies entspricht 45,2 Abbrüchen je 10.000 Frauen und 128,3 Abbrüchen je 1.000 Lebendgeborenen [96, 107]. Bei unter 18-Jährigen sind die Anzahl der Abbrüche und die Abbruchquote je 10.000 Frauen sehr niedrig; dagegen zeigt sich eine hohe Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Das bedeutet, dass unter 18-Jährige selten schwanger werden, sich aber im Falle einer Schwangerschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch entscheiden. Auch bei über 40-Jährigen sind die Anzahl der Abbrüche und die Abbruchquote je 10.000 Frauen niedrig. Verbunden mit einer hier ebenfalls niedrigen Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene bedeutet dies, dass auch über 40-Jährige selten schwanger werden, dann aber eher die Schwangerschaft austragen als die unter 18-Jährigen (Tab. 7.3.2.1, Tab. 7.3.2.2).

Die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ist seit 2001 rückläufig, von 134.964 auf 100.893 im Jahr 2019 (Tab. 7.3.2.3) [107, 112]. Dies entspricht einem Rückgang von rund 25%. Die auf Frauen im gebärfähigen Alter bezogenen Abbruchraten sind ebenfalls rückläufig, von etwa 66 Abbrüchen je 10.000 Frauen 1997 auf rund 59 Abbrüche je 10.000 Frauen 2019. Auch die Abbruchrate bezogen auf die Lebend- und Totgeborenen ist zurückgegangen. Das bedeutet, dass in dem betrachteten Zeitraum von 1997 bis 2019 die Schwangerschaftsabbrüche stärker abgenommen haben als die Geburten (Tab. 7.3.2.3).

Tabelle 7.3.2.3

Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche und Abbruchquoten im Zeitverlauf

Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107],
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

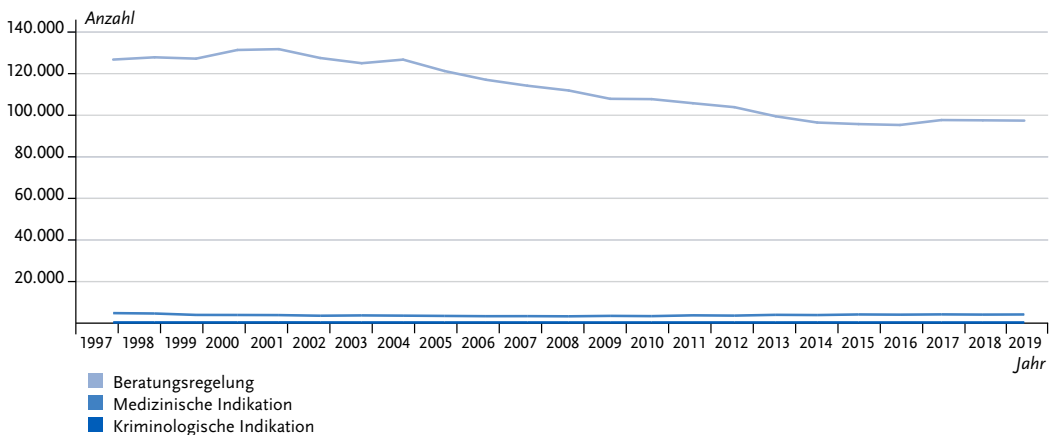


Jahr	Abbrüche	Abbrüche je 10.000 Frauen (15 – 49 Jahre)	Abbrüche je 1.000 Lebend- und Totgeborene (Frauen gesamt)
1997	130.890	65,8	159,9
1998	131.795	66,3	166,7
1999	130.471	65,8	168,0
2000	134.609	68,0	174,3
2001	134.964	68,1	182,4
2002	130.387	65,7	180,0
2003	128.030	64,6	179,7
2004	129.650	65,6	182,3
2005	124.023	62,9	179,4
2006	119.710	61,1	176,6
2007	116.871	60,1	169,3
2008	114.484	58,1	166,1
2009	110.694	58,3	164,9
2010	110.431	58,7	160,9
2011	108.867	59,5	162,2
2012	106.815	58,9	156,4
2013	102.802	57,2	148,6
2014	99.715	56,0	137,2
2015	99.237	56,0	132,5
2016	98.721	56,1	123,0
2017	101.209	58,0	127,1
2018	100.986	58,4	126,4
2019	100.893	58,8	127,7

Abbildung 7.3.2.1

Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung im Zeitverlauf

Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107, 112]



Betrachtet man die Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2019 nach rechtlicher Begründung, zeigt sich, dass bei der großen Mehrheit der Frauen (96,1%) der Abbruch nach der Beratungsregelung erfolgte [107]. Bei 3,8% der Frauen bestand eine medizinische und bei 0,02% eine kriminologische Indikation. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung nahm von 2001 bis 2014 ab und blieb seitdem in etwa stabil (Abb. 7.3.2.1) [107, 112].

Eine weitere Einteilung der Schwangerschaftsabbrüche erfolgt nach der Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft [107]. Nach Beratungsregelung und bei kriminologischer Indikation ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Woche nach Konzeption möglich (siehe Infobox 7.3.1.1) [108]. 2019 fanden 97,1% der Schwangerschaftsabbrüche innerhalb dieses Zeitraums statt, 2,9% erfolgten danach [107]. 648 Schwangerschaftsabbrüche (0,6%) waren sogenannte Spätabbrüche, d. h. sie wurden nach der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt [107].

7.3.3 Hintergründe zum Schwangerschaftsabbruch

In der Studie „frauen leben 3“ der BZgA gaben rund 4.000 Frauen zwischen 20 und 44 Jahren Auskunft über ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche [14]. Rund jede sechste der befragten Frauen war bisher mindestens einmal ungewollt schwanger (17,0%). Im Alter zwischen 25 und 34 Jahren wurden die meisten Frauen schwanger und die wenigsten Schwangerschaften waren ungewollt. Bei Frauen unter 20 und über 35 Jahren war ein größerer Teil der Schwangerschaften nicht gewollt; bei den unter 20-Jährigen war es rund die Hälfte [14]. Dies entspricht den in Kapitel 7.3.2 dargestellten Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Rund jede zwölfte Frau (8,2%) gab in der Studie „frauen leben 3“ an, mindestens einmal eine Schwangerschaft abgebrochen zu haben. Als Hauptgrund für einen Schwangerschaftsabbruch wurde von den Frauen eine „schwierige Partnerschaftssituation“ (34,0%) genannt. Weitere Gründe waren „berufliche oder finanzielle Unsicherheit“ (20,3%), „gesundheitliche Bedenken“ bezogen auf die Frau selbst, den Partner oder das Kind (19,7%),

„in Ausbildung oder Studium“ (17,6%) und „jung, unreif“ (16,4%). Während eine schwierige Partnerschaftssituation und berufliche oder finanzielle Unsicherheit von jüngeren wie älteren Frauen als wichtigste Gründe angegeben wurden, variiert die Häufigkeit der anderen Antworten mit dem Alter: Jüngere Frauen gaben häufiger an, dass sie sich nicht reif für ein Kind fühlten oder dass sie die Ausbildung oder das Studium noch nicht abgeschlossen hätten. Ältere Frauen berichteten dagegen häufiger von gesundheitlichen Bedenken, die zum Abbruch der Schwangerschaft führten [14].

Hinweise darauf, dass die Partnerschaftssituation einen Einfluss darauf hat, ob eine Schwangerschaft abgebrochen wird, ergeben sich auch aus den Daten der Schwangerschaftsabbruchstatistik [107]. 2018 waren 57,8% der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, ledig, 38,3% waren verheiratet, 3,7% geschieden und 0,2% verwitwet. 40,0% der Frauen hatten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs keine Kinder, jeweils fast ein Viertel der Frauen ein oder zwei Kinder (22,8% bzw. 23,8%) und 13,4% der Frauen hatten drei oder mehr Kinder [107].

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch hängt darüber hinaus vom Bildungsstatus ab: Je höher die Bildung, desto häufiger wurden ungewollte Schwangerschaften abgebrochen. Dabei ist der Anteil der Frauen, die ungewollt schwanger wurden, unter Frauen mit höherem Bildungsstatus deutlich geringer als unter Frauen der unteren Bildungsgruppe [14]. Darüber hinaus sind Unterschiede nach Migrationshintergrund festzustellen [113]. In der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ der BZgA, in der Frauen mit türkischem und osteuropäischem (vor allem aus den europäischen, aber auch asiatischen Nachfolgestaaten der Sowjetunion) Migrationshintergrund befragt wurden, zeigten sich im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund für diese beiden Gruppen von Migrantinnen höhere Abbruchprävalenzen [113].

7.3.4 Versorgung, Komplikationen und Verarbeitung

Im Jahr 2018 wurden 97,0% aller Schwangerschaftsabbrüche ambulant durchgeführt. Von diesen erfolgten 82,0% in einer gynäkologischen

Praxis und 18,0 % ambulant im Krankenhaus [107]. Dabei wurden am häufigsten operative Verfahren eingesetzt: 60,8 % der ambulanten Abbrüche wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration), 14,7 % durch eine Ausschabung der Gebärmutter (Kürettage) und 23,3 % medikamentös mit dem Wirkstoff Mifepriston (Handelsname Mifegyne) durchgeführt (andere Methoden: 1,2 %). Bei 3,0 % der Frauen fand der Abbruch stationär im Krankenhaus statt. Von diesen wurden 65,4 % medikamentös (außer mit Mifepriston/Mifegyne) durchgeführt [107]. Hierunter fallen u. a. Abbrüche nach der 14. Woche, die in der Regel stationär mit weheneinleitenden Medikamenten (Prostaglandinen) erfolgen [109]. In Deutschland existieren keine Leitlinien zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die WHO empfiehlt die Vakuumaspiration oder den medikamentösen Abbruch [114].

Die Länder sind nach § 13 Absatz 2 SchKG gesetzlich verpflichtet, ausreichend und professionell ausgestattete Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung zu stellen. Da die Schwangerschaftsabbruchstatistik keine Daten zur regionalen Versorgung unterhalb der Länderebene bereithält [107], können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob entsprechende Versorgungsangebote flächendeckend und wohnortnah vorhanden sind [109]. Allerdings zeigen die länderbezogenen Daten, dass 2018 rund ein Drittel der Frauen aus Rheinland-Pfalz (31,1 %) und etwa ein Fünftel der Frauen aus Niedersachsen (18,3 %) einen Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Land durchführen ließen, meist im Saarland bzw. in Bremen [107].

Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden von der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann übernommen, wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt [109]. Frauen können bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Kostenübernahme für Abbrüche nach der Beratungsregelung beantragen, wenn ihr Einkommen unterhalb einer bestimmten, jedes Jahr neu festgelegten Einkommensgrenze liegt (§§ 19 bis 24 SchKG). Ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung kostet je nach gewählter Methode (operativ oder medikamentös) zwischen 350 und 600 Euro [115]. Sämtliche Kosten, die vor oder nach dem Schwangerschaftsabbruch anfallen und damit im Zusammenhang stehen, wie

Beratung oder die Nachbehandlung bei Komplikationen, werden von den Krankenkassen übernommen [109].

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Eingriff, der bei fachgerechter Durchführung ein geringes Risiko für Komplikationen aufweist [116]. Laut Schwangerschaftsabbruchstatistik gab es im Jahr 2018 272 gemeldete Komplikationen [107], das entspricht 0,27 % der Eingriffe. Am häufigsten wurden Blutverluste von mehr als 500 ml sowie Nachblutungen berichtet (in 20,9 bzw. 26,8 % der Fälle mit Komplikationen) [107].

Ob sich ein Schwangerschaftsabbruch negativ auf die psychische Gesundheit der Frauen auswirken kann, wurde in verschiedenen internationalen Studien untersucht. Die Studien mit hoher Aussagekraft kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch kein höheres Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen haben als Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen haben [117–124]. Eine der Studien zeigte, dass die Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch von betroffenen Frauen durch die Entscheidungsfindung sowie die Angst vor dem Eingriff häufig als belastend empfunden wird, die Belastung nach dem Eingriff aber abnimmt [121]. Dennoch gibt es Frauen, die aufgrund ihrer Abbrucherfahrung psychische Probleme entwickeln [122, 125]. Dies kann der Fall sein, wenn sich Frauen zu dem Schwangerschaftsabbruch gedrängt fühlten oder sie einen Abbruch eigentlich moralisch ablehnen. Auch können belastende Lebensumstände wie Armut, Gewalterfahrungen oder vorangegangene psychische Erkrankungen seelische Probleme nach einem Abbruch wahrscheinlicher machen [122, 125]. Die psychosoziale Situation vor dem Schwangerschaftsabbruch wird als zentraler Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen nach dem Abbruch angesehen [118, 122, 125].

7.4 Ungewollte Kinderlosigkeit

Wenn eine gewünschte oder erhoffte Schwangerschaft nicht eintritt, führt dies oft zu starken emotionalen Belastungen [126]. Lässt sich der Wunsch nach einem biologisch eigenen Kind nicht verwirklichen, kann dies ein Anlass sein, medizinische Hilfe zu suchen und ggf.

eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die reproduktionsmedizinischen Techniken bieten die Chance, einen Kinderwunsch zu erfüllen, werfen aber auch ethische, soziale und rechtliche sowie Kostenfragen auf [127–129]. Hinzu kommt, dass Familienformen einem ständigen Wandel unterworfen sind und neben den konventionellen zunehmend auch andere Formen existieren, „Familie zu leben“ [130].

Aus medizinischer Sicht wird das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach zwölf Monaten mit regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr als Infertilität (Unfruchtbarkeit) bezeichnet [131]. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, dass die Frauen zu einem späteren Zeitpunkt schwanger werden [132]. Die sozialwissenschaftliche Definition von ungewollter Kinderlosigkeit ist weiter gefasst: Sie sieht ungewollte Kinderlosigkeit als Selbsteinschätzung von Personen mit Kinderwunsch, die bisher keine Kinder haben und schließt damit z. B. auch Personen ein, die nicht in einer Partnerschaft leben [133].

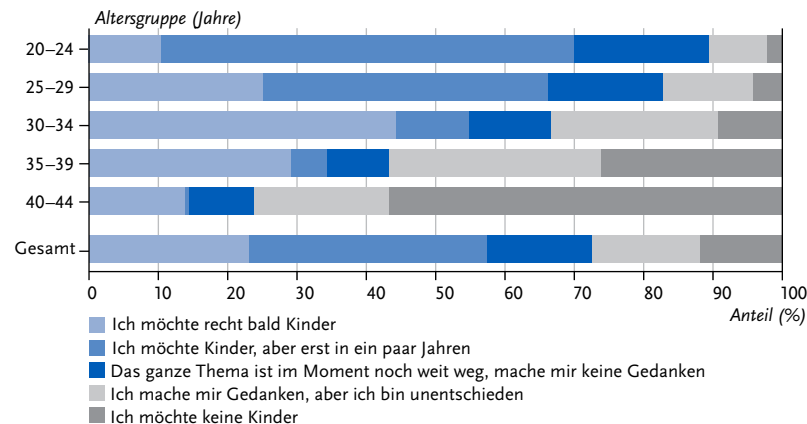
Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die Häufigkeit und Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit in Deutschland sowie medizinische Behandlungsmöglichkeiten und deren Inanspruchnahme. Wesentliche Datengrundlagen sind die 2014 veröffentlichte Untersuchung „Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebensverlauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“ des BMFSFJ [133], die Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ mit dem Schwerpunkt

ungewollte Schwangerschaften der BZgA [14] sowie das Jahrbuch 2018 des Deutschen IVF-Registers, in dem Daten aus 127 (von 135) deutschen Kinderwunschzentren enthalten sind [134].

7.4.1 Häufigkeit und Ursachen

Der Anteil der Frauen, die kinderlos sind, unterscheidet sich nach Geburtsjahrgängen und beträgt bei den Frauen, die ihre Familienplanung vor kurzem abgeschlossen haben (Jahrgänge 1967 bis 1979), etwa 20 % (siehe auch Kapitel 7.2) [99]. Welcher Anteil der kinderlosen Frauen ungewollt kinderlos ist, lässt sich anhand der BZgA-Studie „frauen leben 3“ und der Kinderlosenstudie des BMFSFJ abschätzen. In der BMFSFJ-Studie hatten 26 % der kinderlosen Frauen zwischen 20 und 50 Jahren einen aktuell bestehenden Kinderwunsch. 30 % wollten aktuell keine Kinder, aber ganz sicher in einigen Jahren. 19 % sagten, dass sie in einigen Jahren vielleicht Kinder haben wollten [133]. Ähnlich äußerten sich die 20- bis 44-jährigen kinderlosen Frauen in der „frauen leben“-Studie: 23,0 % gaben an, dass sie recht bald, und 34,4 %, dass sie in einigen Jahren Kinder haben wollten (Abb. 7.4.1.1) [14]. Der Kinderwunsch ist vor allem vom Alter abhängig: In der Altersgruppe 30 bis 34 Jahre ist der Anteil der Frauen, die bald ein Kind haben möchten, mit 44,3 % am höchsten; dies gilt insbesondere für verheiratete Frauen (62,1 %) und Frauen in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften

Abbildung 7.4.1.1
Kinderwunsch der kinderlosen Frauen nach Alter
 Datenbasis: Studie „frauen leben 3“ 2016 [14]



Infobox 7.4.1.1**Medizinische Ursachen für Unfruchtbarkeit bei Frauen** (nach [135, 136])**Störungen an Eierstöcken und Eileitern**

- Funktionsstörungen der Eierstöcke (Zyklusstörungen, Störungen der Eireifung), z. B. aufgrund von Hormon- und Stoffwechselstörungen wie Hyperandrogenämie, Hyperprolaktinämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, polyzystischem Ovarsyndrom (PCO-Syndrom)
- Verschluss der Eileiter (komplett oder teilweise), z. B. aufgrund von Entzündungen, vorherigen Eileiterschwangerschaften, Operationen, Endometriose (siehe [Kapitel 2.1.8](#))

Störungen der Gebärmutter (siehe auch [Kapitel 2.1.8](#))

- Myome
- Endometriose
- Störungen am Gebärmutterhals (z. B. Vernarbungen, mangelnde Durchlässigkeit des Zervixschleims für Spermien)

Fehlbildungen der Fortpflanzungsorgane

Immunologische Ursachen (Verhinderung einer Schwangerschaft durch die eigene Immunabwehr)

Wiederholte Fehlgeburten

Weitere Informationen zu Ursachen von Unfruchtbarkeit bei Frauen und Männern werden z. B. auf den Internetseiten www.familienplanung.de/kinderwunsch der BZgA und www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ zur Verfügung gestellt.

(58,1%) [14]. Jüngere Frauen tendieren dazu, die Familiengründung aufzuschieben, ab 35 Jahren steigt der Anteil derer, die keine Kinder (mehr) möchten.

Medizinische Ursachen für Unfruchtbarkeit können zu etwa 55 % bei der Frau und zu etwa 30 % beim Mann gefunden werden. In etwa 40 % der Fälle besteht eine Störung bei beiden, in etwa 25 % lässt sich keine Ursache finden (sogenannte idiopathische Infertilität) [132]. Bei Frauen führen überwiegend hormonelle Probleme, aber auch Veränderungen der Eileiter und der Gebärmutter zu Fruchtbarkeitsstörungen (siehe [Infobox 7.4.1.1](#)) [135, 136].

Auch das Gesundheitsverhalten hat Einfluss auf die Fruchtbarkeit: Nikotinkonsum, Unter- und Übergewicht mindern die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Schwangerschaft [132]. Dagegen werden psychische Faktoren (Stress) im Allgemeinen als (Mit-)Ursachen überschätzt [126, 136]. Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist das Alter: Bereits im Alter von 25 Jahren beginnt die Fertilität bei Frauen allmählich abzunehmen. Spätestens mit 35 Jahren nimmt das Risiko von Infertilität deutlich zu [137, 138]. Somit trägt das Aufschieben von Schwangerschaften in spätere Lebensjahre auch zum Anstieg der reproduktionsmedizinischen Behandlungen bei [138]. Eine repräsentative Studie zum Wissen über Fertilität und Reproduktionsmedizin von 2012 zeigt, dass viele sich der Risiken dieses Aufschiebens nicht bewusst sind: Nur 3,4 % der Frauen und 2,6 % der Männer wussten über den Beginn der Fertilitätsabnahme mit 25 Jahren Bescheid, 26,6 % der Frauen schätzten ihn auf 35 und 28,2 % auf 40 Jahre [139].

Ungewollte Kinderlosigkeit bedeutet für viele Frauen (und Männer) nicht nur die fehlende Möglichkeit, für Kinder zu sorgen, sie wird auch als Ursache von Diskriminierung oder Stigmatisierung wahrgenommen. In der Studie des BMFSFJ zu Kinderlosigkeit sahen 48 % der kinderlosen Frauen (und 46 % der kinderlosen Männer) Mutterschaft als tragendes und notwendiges Element des Frauenseins; fehlende Mutterschaft kann demnach mit dem Stigma einer nicht vollständigen Geschlechtsidentität einhergehen. Dagegen ist Vaterschaft nur für jeweils 36 % der kinderlosen Frauen und Männer ein Kernelement für vollständiges Mannsein [133]. 41 % der kinderlosen Frauen sind der Meinung, kinderlose Frauen würden in unserer Gesellschaft als egoistisch gelten [133].

7.4.2 Versorgungsangebote, Inanspruchnahme und Ergebnisse

Wird aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches medizinische Hilfe in Anspruch genommen, so werden zunächst verschiedene diagnostische Tests durchgeführt (bei Frauen z. B. Zyklusbeobachtung, Ultraschalluntersuchung und Hormonanalysen, bei Männern Untersuchung der Spermien) [135]. Je nach Befund sind unterschiedliche Verfahren geeignet, um eine Schwangerschaft

herbeizuführen. Diese reichen von der Zyklusbeobachtung, um einen optimalen Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr zu bestimmen, bis hin zur künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers

Infobox 7.4.2.1 Medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei Fertilitätsstörungen (nach [136, 140])

Hormonstimulation: Anregung der Reifung von Eizellen und Auslösen des Eisprungs durch Gabe von Hormonen, um bestmögliche Voraussetzungen für eine natürliche Befruchtung (optimaler Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr) oder eine Insemination zu schaffen.

Insemination: Samenübertragung mit einem dünnen Schlauch (Katheter) in die Gebärmutter.

In-vitro-Fertilisation (IVF): Befruchtung außerhalb des Körpers (in einer sogenannten Petrischale) nach Hormonstimulation und Entnahme der reifen Eizellen unter Ultraschallkontrolle mit einer feinen Nadel durch die Scheide (Punktion). Wenn eine Befruchtung stattfindet, werden ein bis maximal drei Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt (Embryotransfer).

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Wie IVF, mit dem Unterschied, dass eine Samenzelle mit einer extrem feinen Nadel direkt in die Eizelle injiziert wird. Dieses Verfahren wird bei Samenstörungen angewendet und kann möglicherweise helfen, wenn die IVF erfolglos bleibt.

Kryokonservierung: Einfrieren von Embryonen-Vorstadien (sogenannte imprägnierte Eizellen, Zellen im Vorkern- oder Pronukleusstadium), um sie zu einem späteren Zeitpunkt in die Gebärmutter zu transferieren. Auch das Einfrieren von Eierstockgewebe, Eizellen, Samenzellen oder Hodengewebe ist möglich. So kann beispielsweise Frauen vor einer Krebsbehandlung Eierstockgewebe oder Eizellen entnommen und konserviert werden, um die Möglichkeit, biologisch eigene Kinder zu bekommen, zu erhalten (Fertilitätsprotektion). Auch die Kryokonservierung von Eizellen als „Reserve“ für eine eventuelle spätere Kinderwunschbehandlung wird angeboten („Social egg freezing“) [142].

Weitere Informationen zur medizinischen Kinderwunschbehandlung gibt es z. B. auf den Internetseiten www.familienplanung.de/kinderwunsch der BZgA und www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ.

Infobox 7.4.2.2 Embryonenschutzgesetz (ESchG) (nach [152, 153])

Das Embryonenschutzgesetz regelt die Anwendung von Fortpflanzungstechniken und den Umgang mit menschlichen Embryonen.

Bestimmte Handlungen stehen demnach unter Strafe, u. a.:

- Künstliche Befruchtung menschlicher Eizellen zu einem anderen Zweck als dem, eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt
- Künstliche Befruchtung von mehr Eizellen, als in einem Zyklus übertragen werden sollen, und Übertragung von mehr als drei Embryonen in einem Zyklus
- Übertragung fremder Eizellen (Eizellspende)
- Leihmutterchaft
- Veräußerung, Abgabe und Erwerb und Verwendung eines Embryos zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck
- Eine Geschlechterauswahl bei Spermien (außer bei schwerwiegenden geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten)
- Präimplantationsdiagnostik (PID; zu den Ausnahmen siehe Text)
- Verwendung von Samen bereits Verstorbener
- Experimente an Embryonen (einschließlich Klonen).

Folgende nach dem Gesetz nicht verbotene Methoden können durch Ärztinnen und Ärzte angewendet werden:

- In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit Übertragung von bis zu drei befruchteten Eizellen oder Embryonen in einem Zyklus
- Homologe Insemination (Übertragung von Samen des Partners)
- Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium
- Heterologe Insemination (Übertragung von Samen eines Spenders) unter bestimmten Voraussetzungen.

(siehe Infobox 7.4.2.1) [140]. Als assistierte Reproduktion (ART) wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung eines Kinderwunsches bezeichnet, welche die Handhabung menschlicher Keimzellen oder Embryonen beinhaltet, um eine Schwangerschaft herbeizuführen [127]; damit zählen die alleinige

Hormonstimulation und die ausschließlich durchgeführte Insemination nicht zur ART. Gesetzliche Grundlage für reproduktionsmedizinische Verfahren ist das Embryonenschutzgesetz (siehe [Infobox 7.4.2.2](#)). Weitere rechtliche Grundlagen sind die Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer [127] sowie die Richtlinie über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [141].

Die Kosten für künstliche Befruchtungen werden zum Teil von den Krankenkassen übernommen. Bei gesetzlich krankenversicherten verheirateten Paaren tragen die Krankenkassen seit 2004 die Hälfte der Kosten für maximal drei Behandlungszyklen, wenn die Frau zwischen 25 und 40 Jahre, der Mann zwischen 25 und 50 Jahre alt ist. Die weiteren Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung regelt § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Darüber hinaus übernehmen einige Krankenkassen zusätzlich einen weiteren Teil der Behandlungskosten. Im Rahmen der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ gewährt der Bund in Förderkooperation mit aktuell neun Ländern unter bestimmten Voraussetzungen weitere Zuschüsse zu den Behandlungskosten. Informationen zu den Fördervoraussetzungen und den beteiligten Ländern sind auf der Internetseite www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ zu finden.

Gesetzlich Krankenversicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe (siehe [Infobox 7.4.2.1](#)) sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um später medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können.

Die Zahl der künstlichen Befruchtungen – In-Vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit direkter Embryonenübertragung oder Übertragung nach Kryokonservierung – ist seit 1982, dem Jahr der Geburt des ersten durch IVF entstandenen Kindes in Deutschland, deutlich gestiegen. Nach den Daten des Deutschen IVF-Registers wurden im Jahr 2018 insgesamt 106.890 Behandlungszyklen dokumentiert, davon

wurden 105.421 (98,6 %) als plausibel gewertet. 61.114 Frauen nahmen eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch, dies entspricht im Mittel 1,7 Behandlungszyklen pro Frau [134]. Die Zahl der plausiblen Behandlungszyklen stieg von 742 im Jahr 1982 auf 105.854 im Jahr 2003. Danach kam es zu einem Einbruch (2004: 59.448), der darauf zurückzuführen ist, dass statt 100 % nur noch 50 % der Behandlungskosten durch die Krankenkassen erstattet wurden. 2018 wurde der Stand von 2003 wieder erreicht [126, 134].

Da für 2017 Daten zu den resultierenden Geburten („Baby-take-home-Raten“) zur Verfügung stehen, werden im Folgenden die Zahlen aus diesem Jahr berichtet. Es wurden 64.247 Behandlungszyklen von IVF und ICSI durchgeführt, davon waren rund drei Viertel ICSI-Behandlungen. In 18.012 Fällen (28,0 %) kam es zu einer Schwangerschaft, woraus wiederum 12.813 Geburten resultierten (20,4 %, 1.435 Fälle mit unklarem Schwangerschaftsausgang wurden aus der Berechnung ausgeschlossen). In 5,6 % der Behandlungen hatten die Frauen eine Fehlgeburt, in 0,4 % eine Eileiterschwangerschaft. Von den Geburten waren 78,0 % Einlings-, 21,3 % Zwillings- und 0,7 % Drillingsgeburten [134]. Diese Zahlen beziehen sich auf die direkt transferierten Embryonen; nach Behandlungszyklen mit Kryotransfer gab es 4.808 dokumentierte Geburten und die Geburtenrate pro Behandlungszyklus lag mit 18,4 % niedriger [134]. Lässt eine Frau mehrere Behandlungszyklen durchführen, steigen die Erfolgchancen: Im Zeitraum 2014 bis 2017 lag die kumulative Schwangerschaftsrate nach drei Zyklen mit Embryotransfer bei 60,7 und nach vier Zyklen bei 67,7 % (im Vergleich zu 29,6 % nach einem Zyklus) [143]. Das bedeutet aber auch, dass nach vier Versuchen der künstlichen Befruchtung ein Drittel der Frauen nicht schwanger geworden sind und noch mehr Frauen kein Kind bekommen haben (siehe auch [126]). Als Komplikationen der Behandlung kam es 2018 in 0,3 % der Fälle zu schweren hormonellen Überstimulationen und in 1,0 % zu Komplikationen bei der Eizellentnahme wie vaginalen oder (seltener) intraabdominalen Blutungen [134].

Die Erfolgsraten bei künstlicher Befruchtung sind nicht nur von der angewendeten Methode, sondern maßgeblich vom Alter der Frau abhängig – wie die Wahrscheinlichkeit, auf natürlichem Weg schwanger zu werden. Ab dem 37. Lebensjahr nimmt die Schwangerschaftsrate ab und die Fehlgeburtsrate

zu. 2017 betrug die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer bei 40-jährigen Frauen 25,8% und die Geburtenrate 15,0%, bei 45-jährige Frauen waren es 5,0% und 1,7% [134]. 2018 betrug das Durchschnittsalter der Frauen, die IVF oder ICSI durchführen ließen, 35,2 Jahre, 20 Jahre zuvor lag es bei 32,8 Jahren [134]. Ähnlich wie die Fertilität werden auch die Erfolgsraten der künstlichen Befruchtung in der Bevölkerung eher zu hoch eingeschätzt: Nach der oben angeführten Studie zum Wissen über Reproduktionsmedizin schätzten 32,9% der Frauen und 29,7% der Männer Schwangerschaftsraten von 26% bis 50%. 25,8% der Frauen nahmen an, die Schwangerschaftsraten lägen zwischen 51% und 80% [139]. Aus demografischer Sicht spielen Geburten nach Kinderwunschbehandlungen keine wesentliche Rolle [138].

Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung ist es möglich, eine Präimplantationsdiagnostik (PID), d. h. eine genetische Untersuchung der Zellen eines Embryos vor dem Einsetzen in die Gebärmutter, durchzuführen [144]. Nach dem Embryonenschutzgesetz (§ 3a Absatz 1 ESchG) ist die PID grundsätzlich verboten, allerdings werden zwei Ausnahmen zugelassen (§ 3a Absatz 2 ESchG): Besteht auf Grund der genetischen Disposition der Frau, von der die Eizelle stammt, oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden für deren Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit, ist die Durchführung einer PID nicht rechtswidrig. Gleiches gilt für die Durchführung einer PID zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird. In beiden Fällen muss die Frau schriftlich in die PID eingewilligt haben. Weitere gesetzliche Voraussetzungen für die Vornahme einer PID sind insbesondere die Aufklärung und Beratung der Frau vor Einholung ihrer schriftlichen Einwilligung, die zustimmende Bewertung durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission für PID sowie die Durchführung durch eine hierfür qualifizierte Ärztin bzw. einen hierfür qualifizierten Arzt in einem zugelassenen Zentrum für PID (§ 3a Absatz 3 ESchG). Alle vier Jahre berichtet die Bundesregierung über die Erfahrungen mit der PID, der erste Bericht wurde 2015, der zweite 2020 veröffentlicht. Seit 2015 ist die Anzahl der Anträge auf Durchführung einer PID angestiegen. Für das Jahr 2018 sind 319 Anträge mit

zustimmender Bewertung dokumentiert sowie 23 abgelehnte Anträge [145, 146].

Wenn beim Mann keine Spermien vorliegen (Azoospermie) oder schwere Spermatörungen bestehen, besteht die Möglichkeit einer Samenspende (donogene Insemination). Auch von lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen (Solo-Mütter, „single mothers by choice“) werden Samenspenden in Anspruch genommen [130, 136]. Mit Spendersamen kann auch eine IVF oder ICSI durchgeführt werden. Es wurde geschätzt, dass bis zum Jahr 2017 etwa 100.000 Kinder in Deutschland nach einer Samenspende geboren wurden [136]. Am 1.7.2018 ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) in Kraft getreten. Zweck des Samenspenderregisters ist es, für Personen, die durch heterologe Verwendung von Samen bei einer ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtung gezeugt worden sind, die Verwirklichung des Rechts auf Kenntnis ihrer Abstammung sicherzustellen (§ 1 Absatz 2 Satz 1 SaRegG). Auch wurde eine Regelung ins Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen, nach der Samenspender nicht als rechtliche Väter gelten, also von Ansprüchen des Sorge-, Unterhalts- oder Erbrechts freigestellt sind [147].

Im Gegensatz zur Samenspende sind Eizellspende und Leihmutterschaft in Deutschland verboten. Einige Paare lassen diese im Ausland durchführen („reproduktives Reisen“) [148, 149]; Spanien und Tschechien sind bevorzugte Länder für eine IVF mit gespendeten Eizellen [126, 136]. Die nichtkommerzielle Spende von Embryonen und Embryonen-Vorstadien ist nach dem Embryonenschutzgesetz möglich, wenn diese während einer Kinderwunschbehandlung entstanden sind und der Frau, von der die Eizellen stammten, nicht übertragen werden konnten. Seit 2013 gibt es das Netzwerk Embryonenspende Deutschland, ein Zusammenschluss reproduktionsmedizinischer Zentren mit dem Ziel der Vermittlung von zur Spende freigegebenen Embryonen an ungewollt kinderlose Paare [150]. Der Verein gibt an, dass bis Mitte 2019 36 Kinder nach von ihm vermittelter Embryonenspende geboren wurden [151]. Kinder, die durch eine Gametenspende (Samen-, Eizell- oder Embryonenspende) gezeugt wurden, sollten möglichst frühzeitig über ihre Herkunft aufgeklärt werden, um eine stabile Identitätsbildung zu ermöglichen. Allerdings gibt es in Deutschland dazu bisher nur wenig Aufklärungsmaterial [126, 149].

7.4.3 Psychosoziale Belastungen, Folgen

Nicht nur eine Fruchtbarkeitsstörung, sondern auch die reproduktionsmedizinische Behandlung kann mit starken emotionalen Belastungen einhergehen [154]. Bei vielen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch bestehen eine erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrte körperliche Beschwerden, die vor allem als Folgen der Diagnostik und medizinischen Behandlung angesehen werden [155]. Als besonders belastend wird die Wartezeit zwischen Embryotransfer und Schwangerschaftstest empfunden [156]. Hinzukommen können körperliche Belastungen vor allem durch die hormonelle Stimulation [140]. Auch das Sexualleben kann als Folge der Diagnosestellung und der medizinischen Behandlung beeinträchtigt sein [157].

Eine psychosoziale Kinderwunschberatung kann helfen, eine durch den unerfüllten Kinderwunsch bedingte emotionale Krisensituation zu bewältigen. Ziele sind, Entscheidungshilfen mit Blick auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten zu geben, bei Paarkonflikten zu unterstützen und zur Verbesserung der Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärztinnen und Ärzten sowie dem sozialen Umfeld beizutragen. Zu den Aufgaben der Beratung gehören auch, die typischen Belastungsfaktoren der Behandlung vorab zu besprechen, frühzeitig alternative Lebenspläne zu thematisieren und Perspektiven außerhalb des Kinderwunsches zu entwickeln [126, 155]. Nach gegenwärtigem Forschungsstand bestehen langfristig gesehen hinsichtlich der Lebensqualität und Lebenssituation nur geringe Unterschiede zwischen ungewollt kinderlosen Paaren, gewollt kinderlosen Paaren und Eltern. Als günstig im Bewältigungsprozess des unerfüllten Kinderwunsches erweist es sich, wenn die Kinderlosigkeit akzeptiert wird und es gelingt, sich neuen Lebenszielen zuzuwenden [156].

Die psychosoziale Entwicklung der nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung geborenen Kinder stellt sich nach derzeitiger Studienlage insgesamt gesehen unauffällig bis positiv dar [126]. Medizinisch besteht für die Kinder ein erhöhtes Risiko von (auch größeren) Fehlbildungen. Ob dies durch die reproduktionsmedizinischen Techniken bedingt ist oder mit erhöhten Risiken bei von Fruchtbarkeitsstörungen betroffenen Paaren zusammenhängt, ist noch nicht abschließend geklärt [158, 159]. Das größte gesundheitliche Risiko

für die Kinder ergibt sich daraus, dass nach IVF und ICSI Mehrlingsschwangerschaften häufiger vorkommen, die mit einer erhöhten Frühgeburtlichkeit und daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen einhergehen (siehe Kapitel 7.5.3) [126]. Durch die Übertragung nur eines Embryos bei der reproduktionsmedizinischen Behandlung (sogenannter Single-Embryo-Transfer, SET) können Mehrlingsschwangerschaften vermieden werden; allerdings ist die gezielte Auswahl eines Embryos für den Transfer (elektive SET) nach dem Embryonenschutzgesetz nicht möglich [134, 136]. Die Zulässigkeit des elektiven Single-Embryo-Transfer und der Eizellspende in Deutschland sind die beiden wesentlichen Aspekte von Forderungen nach neuen gesetzlichen Regeln für die Fortpflanzungsmedizin [160, 161].

7.5 Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaften und Geburten sind für Frauen und Männer bedeutende biografische Ereignisse, die Freude und Hoffnung mit sich bringen, aber auch Herausforderungen und Schwierigkeiten bedeuten können. Junge Eltern erleben dabei nicht nur direkte körperliche und psychische Veränderungen – auch die sozialen Rollen verändern sich, und nicht zuletzt die persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen [162]. Vor allem die Geburt des ersten Kindes bedeutet für viele Paare auch heute noch einen Übergang in traditionelle Rollenmuster (siehe Kapitel 4) [163, 164].

Über den Bereich der Gesundheit und Gesundheitsversorgung hinaus sind neben den persönlichen Lebensumständen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entscheidend für einen guten Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, beispielsweise familienfreundliche Arbeitsbedingungen und familienfreundliche kommunale Räume. Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen für Schwangerschaft und Geburt gehören das Mutterschutzgesetz (MuSchG) und die Mutterschutz-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Mutterschutzgesetz gilt für alle (werdenden) Mütter, die in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehen, und soll den Gesundheitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit gewährleisten. Die Mutterschafts-Richtlinien regeln die ärztliche und Hebammenbetreuung der

Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Dies betrifft z. B. den Umfang und Zeitpunkt von Vorsorgeuntersuchungen und die Dokumentation der Befunde im Mutterpass [165].

In diesem Abschnitt werden nach einem einleitenden Blick auf die Geburtenentwicklung in Deutschland wichtige Kenngrößen der mütterlichen Gesundheit in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorgestellt. Dabei werden jeweils zwei Themen besonders hervorgehoben. Als Orientierung dient das 2017 veröffentlichte nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ [166]. Als Datengrundlagen werden vor allem die Bevölkerungsstatistik und die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, die Perinatalstatistik (Daten der externen stationären Qualitätssicherung) des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) verwendet.

7.5.1 Geburtenentwicklung

Im Jahr 2018 haben in Deutschland 775.916 Frauen Kinder geboren. 14.099 Frauen hatten Zwillingsgeburten, 260 Drillingsgeburten und sechs Vierlings- und höhere Mehrlingsgeburten. 787.523 Kinder wurden lebend geboren [167]. Im Durchschnitt bekamen Frauen mit 30 Jahren ihr erstes Kind. Bei Geburt des zweiten Kindes waren sie 32, beim dritten Kind 33 Jahre alt [168]. Frauen mit hoher Bildung bekommen ihre ersten Kinder später und haben im Durchschnitt weniger Kinder als Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung. Auswertungen des Mikrozensus 2012–2014 zeigen, dass von den Akademikerinnen mit Kindern 36,4 % ihr erstes Kind ab 35 Jahren bekommen; bei den Nicht-Akademikerinnen liegt dieser Anteil bei 9,4 % [169].

Bei 3.668 Geburten im Jahr 2017 waren die Mütter unter 18 Jahre alt. Das entspricht einem Anteil von 0,5 % an allen Geburten. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch 0,9 %. 32.230 Kinder wurden von Müttern geboren, die 40 Jahre und älter waren. Deren Anteil an allen Geburten ist seit dem Jahr 2000 von 2,1 % auf 4,4 % angestiegen [168].

Mütter- und Säuglingssterblichkeit gehören zu den wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der

medizinischen Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen sowie der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung allgemein [170, 171]. 2017 starben in Deutschland 22 Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, das entspricht 2,8 Müttersterbefällen je 100.000 Lebendgeborene; 1980 lag die Müttersterblichkeit noch bei 19,8 [172]. Die Säuglingssterblichkeit (Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder je 1.000 Lebendgeborene) ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland sehr stark gesunken. Sie lag 2017 bei 3,3 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen, 1990 betrug sie 7,0 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburten [173]. In Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status ist die Säuglingssterblichkeit erhöht [174, 175]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Risikofaktoren wie Rauchen während der Schwangerschaft in diesen Gruppen häufiger vorkommen [170, 176].

7.5.2 Schwangerschaft

Die Schwangerschaft geht mit vielen Umstellungen einher, häufig auch mit einer erhöhten Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten zu verändern, z. B. sich gesünder zu ernähren sowie auf Tabak, Alkohol und andere Drogen zu verzichten. Da die ersten Weichen für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes bereits vor und während der Schwangerschaft gestellt werden, kommt dies nicht nur der mütterlichen, sondern auch der kindlichen Gesundheit zugute. Studien zeigen, dass das Risiko für verschiedene Gesundheitsprobleme durch pränatale (der Geburt vorausgehende) und frühe postnatale (nach der Geburt auftretende) Einwirkungen bereits sehr früh beeinflusst wird, wie etwa für Adipositas oder Atemwegserkrankungen [177–180].

Nach den Daten der Perinatalstatistik nahmen Schwangere 2017 an durchschnittlich 11,3 Untersuchungen der Schwangerenvorsorge teil. 1,7 % der Schwangeren nutzten weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen und gelten damit als unterversorgt. 37,7 % der Schwangeren nahmen mehr als zwölf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, was auf eine Überversorgung hindeutet [181]. Da Schwangerschafts- und Geburtsrisiken bei Schwangeren mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger auftreten, sollte diesen in

der Schwangerenvorsorge besondere Beachtung geschenkt werden [176, 182, 183].

Geburtsvorbereitungskurse werden meist von Hebammen angeboten und von vielen werdenden Müttern und Paaren genutzt. Die Inanspruchnahme ist während der ersten Schwangerschaft am höchsten: Eine 2017 im Rahmen einer Studie zur Hebammenversorgung in Bayern durchgeführte Mütterbefragung ergab, dass 81,2 % der Erstgebärenden und 39,9 % der Mehrgebärenden an einem Geburtsvorbereitungskurs in der Gruppe teilnahmen [184]. Mütter mit hohem Bildungsstatus besuchen Geburtsvorbereitungskurse deutlich häufiger als Mütter aus der niedrigen Bildungsgruppe [185].

Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft

Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sind besondere Risiken für die kindliche Entwicklung. Kinder von Raucherinnen haben u. a. ein niedrigeres Geburtsgewicht und tragen ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit sowie angeborene Fehlbildungen [186]. Nach Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) des Robert Koch-Instituts (RKI) rauchten 10,9 % der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern während der Schwangerschaft. Rund zehn Jahre vorher (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) betrug dieser Anteil 19,9 % (siehe Kapitel 2.2.4). Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status und Mütter, die bei der Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, rauchen deutlich häufiger [187].

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann für Kinder gravierende Folgen haben, vor allem Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Langfristig können auch Verhaltensstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen auftreten. Der Begriff fetale Alkoholspektrumstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) fasst diese Folgen zusammen; die schwerste Ausprägungsform ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS) (siehe Kapitel 2.2.5) [186, 188]. Die KiGGS-Basiserhebung zeigte, dass etwa 14 % der befragten Mütter in der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol zu sich nahmen. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kommt in der Gruppe mit hohem Sozialstatus häufiger vor [189]. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei Selbstangaben der tatsächliche Konsum von Tabak oder Alkohol eher unterschätzt wird.

Auch starkes Übergewicht (Adipositas) kann gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind haben; u. a. besteht ein höheres Risiko für Schwangerschaftsdiabetes und kindliche Fehlbildungen. Zudem werden adipöse Schwangere häufiger per Kaiserschnitt entbunden [190, 191]. Übergewicht und Adipositas werden in der Regel anhand des Body Mass Index (BMI) bestimmt (siehe Kapitel 2.2.3). Laut Perinatalstatistik waren 2017 21,9 % der Mütter zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig ($\text{BMI} \geq 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) und 14,7 % adipös ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) [181]. Diese Zahlen sind seit Beginn der bundesweiten Perinatalerhebung deutlich angestiegen: 2002 hatten 16,1 % der Mütter bei Schwangerschaftsbeginn Übergewicht und 8,2 % Adipositas [192]. Ein Schwangerschaftsdiabetes wurde bei 5,9 % der Mütter festgestellt [181]; auch hier hat die Prävalenz im Zeitverlauf zugenommen (siehe Kapitel 2.1.5).

Pränataldiagnostik

Der Begriff Pränataldiagnostik (vorgeburtliche Diagnostik) bezeichnet Untersuchungen, mit denen gezielt nach Hinweisen auf Fehlbildungen oder Störungen beim ungeborenen Kind gesucht wird. Eine Übersicht über die angebotenen Untersuchungen gibt Infobox 7.5.2.1. Fehlbildungen von Organen wie Herz, Nieren oder dem zentralen Nervensystem können durch Ultraschalluntersuchungen erkannt werden, während genetische Tests (z. B. Ersttrimester-Screening, nichtinvasiver Bluttest, Fruchtwasseruntersuchung) eingesetzt werden, um Chromosomenabweichungen festzustellen. Die häufigste Chromosomenabweichung ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom), die in etwa 0,2 % aller Schwangerschaften vorkommt. Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer Trisomie 21 zu bekommen, steigt mit dem Alter der Frau: Bei einer 25-Jährigen beträgt sie am Ende der Schwangerschaft 1:1.400, bei einer 35-Jährigen 1:360 und bei einer 40-Jährigen 1:100 [193].

Allerdings ist nur ein kleiner Teil aller Behinderungen angeboren (siehe Kapitel 9.3) und nur ein kleiner Teil der gefundenen Fehlbildungen ist therapierbar. Hinzu kommt, dass bei den invasiven Untersuchungsmethoden auch das Risiko einer Fehlgeburt besteht [193]. Werdende Eltern müssen also entscheiden, welche der angebotenen Untersuchungen sie nutzen wollen und wie sie eventuell mit einem auffälligen Befund umgehen.

Infobox 7.5.2.1**Pränataldiagnostik – angebotene Tests**
(nach [193])

Nicht-invasive Untersuchungsmethoden:

Ultraschalluntersuchung: Zusätzlich zu den in der Schwangerenvorsorge vorgesehenen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen kann eine sogenannte Feindiagnostik (auch Organ- oder Fehlbildungs-Ultraschall) und/oder ein Doppler-Ultraschall durchgeführt werden.

Ersttrimester-Test (Ersttrimester-Screening): Aus verschiedenen Blutwerten und einer Ultraschalluntersuchung zur Messung der Nackenfalte (Nackentransparenz) kann die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Chromosomenabweichungen beim Ungeborenen berechnet werden.

Nicht-invasiver Bluttest (NIPT): Bluttest zur Analyse des im Blut der Schwangeren vorhandenen kindlichen Erbguts auf die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Chromosomenabweichungen.

Invasive Untersuchungsmethoden:

Chorionzottenbiopsie und Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese): Entnahme von Plazentagewebe oder Fruchtwasser zur Chromosomenanalyse der kindlichen Zellen; hierbei können Abweichungen der Chromosomenzahl (wie Trisomien) sowie bestimmte vererbte Krankheiten festgestellt werden.

Nabelschnurpunktion (Chordozentese): Entnahme von Blut aus der Nabelvene des Ungeborenen zur Untersuchung auf Blutarmut, Rhesus-Unverträglichkeit oder Infektionen; auch Chromosomen- und Genanalysen sind möglich.

Bei den invasiven Untersuchungsmethoden besteht, anders als bei den nicht-invasiven, das Risiko einer Fehlgeburt.

Informationen zum Ablauf der Tests, Aussagekraft, Risiken und Kosten sind auf der Internetseite www.familienplanung.de der BZgA oder im BZgA-Faltblatt „Pränataldiagnostik – Beratung, Methoden und Hilfen. Ein Überblick“ zu finden [193]. Eine detaillierte Darstellung bietet der Bericht „Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik“ des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag [194].

Nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) dürfen vorgeburtliche genetische Untersuchungen nur zu medizinischen Zwecken und bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen vorgenommen werden (§15 GenDG). Ärztinnen und Ärzte sind zu einer umfassenden Beratung und Aufklärung verpflichtet. Liegt ein auffälliger Befund vor, müssen sie über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung informieren und der Schwangeren mit ihrem Einverständnis Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden vermitteln (§ 2a SchKG) sowie Informationsmaterial der BZgA aushändigen. In der Regel wird die Pränataldiagnostik von den Krankenkassen nur bezahlt, wenn es Anzeichen gibt, dass die Entwicklung des Ungeborenen beeinträchtigt sein könnte.

Zur Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik existieren nur wenige Daten. In der Perinatalstatistik wurde von 2002 bis 2014 die Häufigkeit von Chorionzottenbiopsie und Amniozentese bei Müttern, die ihre Kinder im Krankenhaus geboren haben, berichtet. Es zeigt sich eine deutliche Abnahme bei der Nutzung der invasiven Methoden: 2002 ließen 8,2 % der Mütter eine Amniozentese durchführen, 2014 lag der Anteil bei 1,1 %. Eine Chorionzottenbiopsie wurde 2002 von 0,9 % und 2014 von 0,4 % der Mütter in Anspruch genommen [192, 195]; da diese Daten vom Dokumentationsverhalten im Mutterpass abhängen, ist vermutlich von einer Unterschätzung der Inanspruchnahme auszugehen. Diese Entwicklung wird auf die Verbesserungen der nicht-invasiven Methoden, vor allem im Bereich des Ultraschalls, und die Einführung des nicht-invasiven Bluttests (NIPT) zurückgeführt [194]. Laut Perinatalstatistik haben 2017 13,0 % der Frauen nicht-invasive Pränataldiagnostik genutzt (2015: 9,5 %) [181, 196]; allerdings wird nicht angegeben, welche Untersuchungen darunter verstanden werden.

Eine repräsentative Befragung Schwangerer der BZgA von 2003/2004 ergab, dass 85 % der Frauen pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch genommen hatten. Über 70 % nutzten mehr als die drei in den Mutterschafts-Richtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen. Fast ein Drittel der 35- bis 39-jährigen Frauen und 44 % der über 39-jährigen ließen eine Amniozentese durchführen (insgesamt: 11,5 % der befragten Frauen) [197]. In der Befragung wird auch das Dilemma deutlich, dem die Schwangeren ausgesetzt sind: 82 % der

Befragten gaben an, dass die Pränataldiagnostik zu einer Entlastung führe, weil sie die Sorge vor einer Erkrankung des Kindes nehmen könne; zugleich sahen 62 % Pränataldiagnostik als Belastung für Frauen, weil sie Entscheidungen über Leben und Tod ihres ungeborenen Kindes fällen müssten [197].

Zur Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nach auffälligen Befunden der Pränataldiagnostik gibt es keine deutschlandweiten Daten. In der Datenbank von EUROCAT (European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies) stehen u. a. Daten aus den Fehlbildungsregistern Mainz und Sachsen-Anhalt zur Verfügung. Nach den Registerdaten aus Sachsen-Anhalt wurde 2013 bis 2017 bei 72,1 % aller Kinder mit Trisomie 21 diese Chromosomenabweichung pränatal diagnostiziert. In 14,3 % der Fälle wurden die Kinder lebend geboren, in 1,7 % kam es zu einer Totgeburt und in 84,0 % wurde die Schwangerschaft abgebrochen [198]. Seit den 1990er-Jahren hat der Anteil der Schwangerschaften mit Trisomie 21, die abgebrochen werden, zugenommen (siehe auch [Kapitel 7.3](#)) [194, 199].

Im September 2019 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss, dass die Anwendung von NIPT zur Bestimmung des Risikos der Trisomien 13, 18 und 21 in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung eingesetzt werden kann und die Kosten dann von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Zur Unterstützung der ärztlichen Beratung sollen Informationsmaterialien vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entwickelt werden. Erst wenn diese Versicherteninformationen vorliegen, wird der Beschluss in Kraft treten [200]. Dies ist voraussichtlich Ende 2020 der Fall.

Der Umgang mit der pränatalen Diagnostik ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil die Verfahren ständig weiterentwickelt und in Zukunft genetische Untersuchungen in weit größerem Umfang möglich sein werden [194]: Jetzt schon können nicht-invasive pränataldiagnostische Tests weitere chromosomale Abweichungen mit hoher Wahrscheinlichkeit korrekt angeben und das Angebot wird sich voraussichtlich deutlich ausweiten [201].

7.5.3 Geburt

Etwa 98 % aller Geburten in Deutschland finden im Krankenhaus statt, rund 2 % außerhalb, meist in Geburtshäusern oder zu Hause [202, 203]. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, zu einer Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. 2017 wurden bei Geburten im Krankenhaus 89,2 % der Frauen von in der Klinik angestellten und 10,7 % von externen Hebammen betreut [181]. Auch angesichts des Fachkräftemangels (siehe [Kapitel 2.3.9](#)) und der Schließung geburtshilflicher Abteilungen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung von großer Bedeutung [204–206]. Die WHO empfiehlt, in einen normal verlaufenden Geburtsprozess nur aus triftigen Gründen einzugreifen [207]. Dem entspricht das Teilziel 2.1 des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, nach dem eine interventionsarme Geburt gefördert und gesundheitliche Ressourcen der Gebärenden gestärkt werden sollen [166]. Zu einem frauenzentrierten Betreuungskonzept gehört auch, dass Frauen nach der Geburt die Möglichkeit haben, sich mit den an der Geburt beteiligten Professionellen über das von ihnen Erlebte auszutauschen. Solche Nachbesprechungen werden von vielen Frauen gewünscht, finden aber bisher eher selten statt [208].

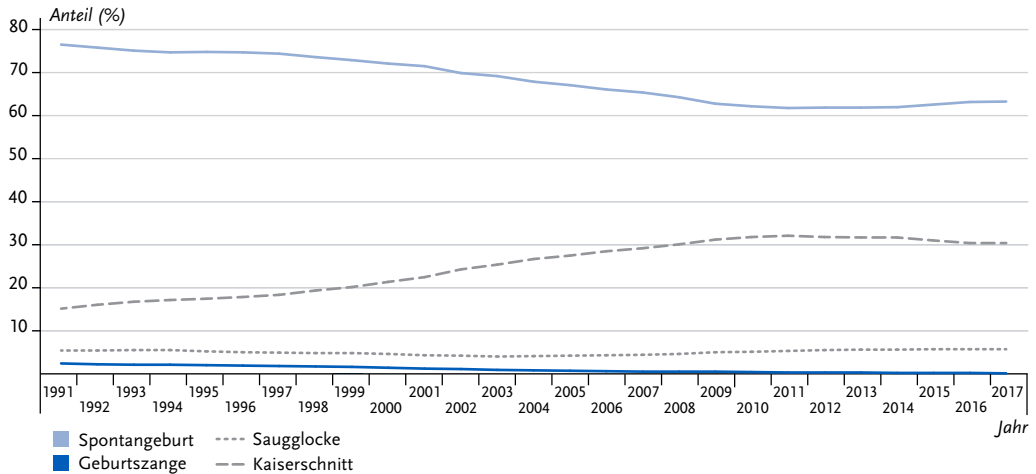
Frühgeburt

90,9 % der 2017 im Krankenhaus geborenen Kinder wurden am Termin, d. h. mit 37 bis 41 Schwangerschaftswochen (SSW) geboren. 8,5 % waren Frühgeborene (unter 37 SSW), darunter rund 7.000 frühe (28 bis 31 SSW; 0,9 % der Geburten) und knapp 4.500 extrem frühe Frühgeborene (unter 28 SSW; 0,6 %) [181]. Der Anteil der Frühgeborenen hat in Deutschland zwar in den letzten Jahren abgenommen, befindet sich aber immer noch auf einem im europäischen Vergleich eher hohen Niveau [171]. Bei zu früh geborenen Kindern besteht im Vergleich zu reif geborenen ein erhöhtes Risiko für körperliche und kognitive Beeinträchtigungen [209–211] und die Familien haben nach der Geburt häufig einen besonderen Unterstützungsbedarf. Die Prävention von Frühgeburten stellt somit eine wichtige Aufgabe dar [166]. Unabhängig von einer Frühgeburtslichkeit kann auch ein zu niedriges Geburtsgewicht durch ein

Abbildung 7-5.3.1

Anteil der verschiedenen Entbindungsarten an den Geburten im Zeitverlauf

Datenbasis: Krankenhausstatistik [214]



verlangsamtes fetales Wachstum zu Gesundheitschäden und einem höheren Sterberisiko führen [212]; allerdings wird das Geburtsgewicht seit 2013 nicht mehr in der amtlichen Statistik erfasst [213], sodass es beispielsweise nicht mehr möglich ist, auf kleinräumiger Ebene eventuelle Handlungsbedarfe zu erkennen.

Entbindungsart

63,2 % der Geburten im Jahr 2017 erfolgten auf „natürlichem“ Wege (Spontangeburt), 30,5 % waren Kaiserschnitte und bei 6,3 % wurden vaginal-operative Methoden (Saugglocke oder Geburtiszange) eingesetzt. Nach einem starken Anstieg der Kaiserschnitttraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich seit 2012 ein leichter Rückgang ab (Abb. 7.5.3.1) [214].

Bei den Gründen für einen Kaiserschnitt wird zwischen sogenannten absoluten und relativen Indikationen unterschieden. Eine absolute Indikation besteht, wenn Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet sind. Dies ist bei weniger als 10 % der Kaiserschnitte der Fall, z. B. bei Querlage des Kindes, vorzeitiger Plazentalösung oder (drohendem) Riss der Gebärmutter (Uterusruptur). Rund 90 % aller Kaiserschnitte werden aufgrund einer relativen Indikation, nach Abwägung der geburtshilflichen Risiken für Mutter und Kind, vorgenommen. Gründe sind z. B. vorhergehende Entbindungen durch Kaiserschnitt,

Beckenendlage des Kindes, ein relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, eine an den Herztönen ablesbare Gefährdung des Kindes (pathologisches CTG) oder eine sehr verzögert verlaufende (protrahierte) Geburt [215]. 2017 wurden 31,8 % der Kaiserschnitte aufgrund eines vorherigen Kaiserschnittes oder einer anderen Gebärmutteroperation, 20,6 % wegen eines pathologischen CTG und 7,6 % wegen eines relativen Missverhältnisses durchgeführt (Mehrfachnennungen waren möglich) [181]. Rund 43 % der Kaiserschnitte waren in der Perinatalstatistik als primäre (geplante) Kaiserschnitte dokumentiert, die Hälfte als sekundäre (ungeplante) Kaiserschnitte [181].

Zwar gelten Kaiserschnitte aufgrund verbesserter Operations- und Narkosetechniken inzwischen als immer weniger risikoreich und die Risiken geplanter Kaiserschnitte unterscheiden sich nur sehr geringfügig von denen geplanter vaginaler Entbindungen [216]. Risiken für die Mütter bestehen jedoch insbesondere in der Einnistung der Plazenta an einer falschen Stelle bei einer erneuten Schwangerschaft (sogenannte Plazentationsstörungen), einer Uterusruptur und dem allerdings noch geringeren Risiko für eine Gebärmutterentfernung infolge einer starken Blutung nach der Geburt [216–218]. Auch gehen Schwangerschaften nach Kaiserschnitten mit einem erhöhten Risiko für einen weiteren Kaiserschnitt einher. Als Langzeitriskien von

Kaiserschnittenbindungen für die Kinder werden Asthma, Typ-1-Diabetes, Nahrungsmittelallergien und Adipositas diskutiert [219].

Neben dem bis 2011 andauernden Anstieg der Kaiserschnittraten sind vor allem die regionalen Unterschiede bemerkenswert [220–222]. 2013 bewegten sich die Kaiserschnittraten auf Kreisebene zwischen 19,5 % und 48,9 %. Kreise mit sehr hohen Kaiserschnittraten befanden sich vor allem in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die Kreise mit sehr niedrigen Raten lagen fast alle in den neuen Ländern [222]. Der Anstieg und die regionalen Variationen werden vor allem auf Veränderungen der Risikobewertung der relativen Indikationen durch die geburtshilflich Tätigen, Aspekte der Klinikorganisation (Personalmangel, höhere Kaiserschnittraten in Belegabteilungen) sowie Kaiserschnitte in Folge einer vorangegangenen Schnittentbindung zurückgeführt [221]. Die Vergütung bietet dagegen keinen Anreiz mehr zur Durchführung eines Kaiserschnitts; auch der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ ist mit 2 % bis 3 % recht niedrig [223]. Eine medizinische Leitlinie (S3) zum Kaiserschnitt [224] wurde im Juni 2020 veröffentlicht, eine zur vaginalen Geburt am Termin [225] befindet sich in Vorbereitung und soll ebenfalls 2020 veröffentlicht werden.

7.5.4 Wochenbett

Das Wochenbett ist die Zeit von etwa sechs bis acht Wochen nach der Geburt, in der sich die Mutter von der Geburt erholt und sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen zurückbilden. Diese Zeit spielt für die sich entwickelnde Bindung zwischen Eltern und Kind eine große Rolle [226, 227].

Frauen haben Anspruch auf Hebammenhilfe in den ersten zwölf Wochen nach der Geburt, bei Bedarf auch bis zum Ende der Stillzeit. Zu den Aufgaben der Hebammen gehören z. B. die Überwachung der Rückbildung, Stillberatung, Anleitung zur Versorgung des Säuglings sowie die Förderung des Bindungsaufbaus. Der größte Teil der Mütter nimmt eine aufsuchende Wochenbettbetreuung in Anspruch: Befragungsstudien auf Länderebene zeigen Inanspruchnahmeraten zwischen 94 % und 99 % [184, 228–230]. Dennoch bestehen in einigen Regionen Versorgungsgespässe,

die in Zukunft zunehmen könnten – auch, weil viele Hebammen ihre Arbeitsbelastung insgesamt (Geburtshilfe, Schwangeren- und Wochenbettbetreuung) als sehr hoch empfinden und überlegen, Arbeitszeiten zu reduzieren (siehe auch Kapitel 2.3.9) [184, 229–231].

Stillen

Das Stillen hat gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind [232]. Bei der Mutter fördert es die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt und senkt das Risiko für Brustkrebs, Eierstockkrebs und Typ-2-Diabetes [233–236]. Auch fördert es die Bindung zwischen Mutter und Kind und verringert beim Kind das Risiko z. B. für Adipositas und allergische Erkrankungen [233]. Die zweite Folgeerhebung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2, 2014–2017) zeigt, dass 87,3 % der 2013/2014 geborenen Kinder jemals gestillt wurden. 72,4 % wurden jemals voll gestillt (d. h. sie erhielten außer der Muttermilch nur Flüssigkeiten wie Wasser oder Tee). Damit zeigt sich im Vergleich zum Geburtsjahrgang 2009/2010 für jegliches Stillen eine leicht ansteigende Tendenz (allerdings statistisch nicht signifikant), während die Prävalenz des vollen Stillens gleich geblieben ist [237]. Ab dem zweiten Lebensmonat fallen die Stillquoten deutlich ab: 46,4 % der Kinder wurden vier Monate voll gestillt, 14,8 % sechs Monate [237], wie es den WHO-Empfehlungen entspricht [238]. Auch werden Kinder von Müttern mit niedrigem Sozialstatus und von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten oder bei denen nach der Geburt Probleme auftraten, deutlich seltener gestillt [239]. Es besteht also weiterhin ein Bedarf für Stillförderung [240]. Studien zeigen, dass stillfördernde Maßnahmen sich positiv auf die Dauer des Stillens und den Anteil der Mütter, die voll stillen, auswirken [241].

Postpartale Depression

Depressionen sind häufige psychische Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.7) und gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Wochenbett. Schätzungen zufolge sind nach der Geburt (postpartal) etwa 10 % bis 15 % der Mütter von einer Depression betroffen [242]. Die Symptomatik ist ähnlich wie bei Depressionen in andere Lebensphasen, typischerweise kommen jedoch Symptome mit Bezug zur Mutterschaft hinzu, beispielsweise

das Gefühl, keine gute Mutter zu sein oder keine „richtigen“ Muttergefühle zu empfinden [242]. Mit der Erkrankung geht eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Mütter einher und es ergeben sich negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und die psychische Gesundheit der Kinder. Auch ist die Suizidgefahr für die Mütter erhöht. Depressionen im Wochenbett sind gut behandelbar, werden jedoch häufig nicht oder zu spät erkannt [242]. Dies liegt vermutlich u. a. daran, dass es betroffenen Müttern schwer fällt, über ihre Beschwerden zu sprechen, da von ihnen Mutterglück erwartet wird. Außerdem ist die Unterscheidung zwischen einer postpartalen Depression und dem bei vielen Frauen vorübergehend vorhandenen Stimmungstief nach der Entbindung („Baby Blues“) nicht einfach [243, 244]. Eine Möglichkeit der Diagnostik ist der Edinburgh Postnatal Depression Scale-Fragebogen (EPDS), der z. B. bei einem Verdacht auf eine postpartale Depression beim ersten Vorstellungstermin nach der Geburt in der gynäkologischen Praxis eingesetzt werden kann [242].

7.6 Fazit

Das Kapitel zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen bildet eine Vielzahl von Einzelthemen ab, zwischen denen vielfältige Verbindungen existieren. Sexualität und Reproduktion sind miteinander verknüpft, aber es finden – z. B. durch Methoden der Schwangerschaftsverhütung oder der assistierten Reproduktion – auch Auflösungen dieser Verknüpfung statt. Das Kapitel schlägt einen weiten Bogen von medizinisch-praktischen Themen über Fragen der individuellen Entscheidung und Selbstbestimmung hin zu ethischen Diskursen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden die wesentlichen Aussagen zusammengefasst und anschließend übergreifende Aspekte herausgearbeitet.

Sexualität findet meist in festen Beziehungen statt. Dauerhaftigkeit und Treue in einer Partnerschaft werden in allen Lebensphasen hoch bewertet. Über die Lebensspanne betrachtet gibt es Phasen mit mehr und weniger ausgeprägtem sexuellen Verlangen; vor allem in längeren Beziehungen ist oftmals einer Abnahme sexueller Lust festzustellen.

In Folge der sexuellen Revolution sind Restriktionen zurückgegangen und individuelle Freiräume entstanden. Die Veränderungen des Sexualverhaltens betrafen vor allem Mädchen und Frauen. Dennoch scheint in der heutigen Zeit auf beiden Geschlechtern ein neuer Druck zu lasten, im Sinne einer sexuellen Selbstoptimierung sexuell kompetent und erfolgreich zu sein.

Die reproduktive Phase umfasst bei Frauen die Zeit zwischen dem Beginn (Menarche) und dem Ende der Regelblutungen (Menopause). Knapp die Hälfte der Mädchen hat mit zwölf Jahren die erste Regelblutung. Der Eintritt der Menopause liegt in Deutschland im Durchschnitt bei 49,7 Jahren. Eine zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation sowie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus sind häufige Diagnosen in gynäkologischen Praxen. Die Inanspruchnahme von Hormontherapie in den Wechseljahren ist seit Anfang der 2000er-Jahre deutlich zurückgegangen.

Der Anteil der Mädchen und jungen Frauen, die sich irgendwann im Leben ein Kind wünschen, liegt bei über 90%. Nach wie vor überwiegt der Wunsch nach einer Zwei-Kind-Familie. In der Realität wird die erste Geburt häufig in ein höheres Alter aufgeschoben und das reproduktive Verhalten insgesamt ist durch ein niedriges Geburtenniveau und eine verbreitete Kinderlosigkeit geprägt. In den vergangenen Jahren sind ein leicht ansteigender Trend beim Geburtenniveau sowie eine steigende Geburtenhäufigkeit bei Frauen ab 40 Jahren zu beobachten.

Die Mehrzahl der Frauen wendet Methoden zur Empfängnisverhütung an. Während Jüngere vor allem mit dem Kondom oder der Pille verhüten, nimmt mit steigendem Alter der Gebrauch der Spirale zu. Vor allem bei den 18- bis 29-Jährigen geht der Anteil an Frauen, die die Pille nutzen, im Zeitverlauf zurück. Dies könnte an einer kritischeren Einstellung zu hormonellen Verhütungsmethoden liegen. Bei einkommensschwachen Frauen können finanzielle Gründe eine Hürde für den Zugang zur Verhütung mit der Pille oder Spirale sein.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist seit 2001 zurückgegangen. Die meisten Abbrüche finden nach der sogenannten Beratungsregelung innerhalb von zwölf Schwangerschaftswochen nach Empfängnis statt. Im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in

Deutschland sehr gering. Neben guter Sexuaufklärung und guten Gesundheitsinformationen ist auch ein niedrigschwelliger Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln von Bedeutung, um die Anzahl ungewollter Schwangerschaften und damit einhergehend auch die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen weiter zu reduzieren.

Etwa ein Viertel der kinderlosen Frauen im reproduktiven Alter ist ungewollt kinderlos. Die häufigsten medizinischen Gründe für Fruchtbarkeitsstörungen bei Frauen sind hormonelle Probleme sowie Veränderungen der Eileiter und der Gebärmutter. 2018 wurden fast 107.000 Behandlungszyklen von künstlicher Befruchtung durchgeführt, bei einem starken Anstieg in den letzten 15 Jahren. Das Erleben und die Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen können mit starken emotionalen Belastungen einhergehen. Eine psychosoziale Kinderwunschberatung kann helfen, diese zu bewältigen. Kinderwünsche existieren in allen Familienformen; dies sollte bei den Versorgungs- und Beratungsangeboten berücksichtigt werden.

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Prozesse. Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist es, sie möglichst optimal zu unterstützen. 2018 wurden in Deutschland 787.523 Kinder lebend geboren. Etwa 98% aller Geburten finden im Krankenhaus statt. 30,5% der Klinikgeburten 2017 waren Kaiserschnitte. Nach einem starken Anstieg der Kaiserschnittraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich mittlerweile ein leichter Rückgang ab und es gibt zahlreiche Initiativen zur Förderung einer natürlichen Geburt. Die Frühgeburtenrate liegt mit 8,5% im europäischen Vergleich eher hoch, sodass die Prävention hier weiterhin eine wichtige Aufgabe darstellt. Gleiches gilt für die Stillförderung und das Erkennen von Depressionen im Wochenbett. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ nennt Maßnahmen, mit denen eine gute Betreuung rund um die Geburt erreicht werden kann.

Die Zusammenschau zeigt, dass gute Gesundheitsinformationen, Selbstbestimmung, Prävention sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen wichtige Voraussetzungen für eine gute sexuelle und reproduktive Gesundheit sind.

Die Bereitstellung und Verbreitung von umfassenden Informationen zu Sexualität und Fortpflanzung

ermöglichen eine Auseinandersetzung und einen offenen Umgang mit dem Thema Sexualität sowie eine informierte Entscheidungsfindung, etwa im Hinblick auf Verhütung, ungewollte Schwangerschaft, Kinderwunsch, Schwangerenvorsorge oder die Wahl des Geburtsortes. Dabei sind nicht nur Informationen zu Methoden, Erfolgsraten und Kosten beispielsweise von Verhütung oder reproduktionsmedizinischer Behandlung von Bedeutung, sondern auch zur Fortpflanzung allgemein und speziell zu Risiken des Aufschiebens von Geburten; letzteres wäre auch eine Maßnahme zur Prävention von Fruchtbarkeitsstörungen [126]. Informationsbedarfe zum Schwangerschaftsabbruch stellte beispielsweise die BZgA in der Studie Jugendsexualität 2015 fest: Mehr als ein Drittel der Mädchen und jungen Frauen ist an Informationen zu diesem Thema interessiert [245].

Selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln ist die wesentliche Voraussetzung für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Neben einer selbstbestimmten Sexualität sind hier vor allem eine gute Zugänglichkeit medizinischer Angebote (z. B. zur Verhütung oder zum Schwangerschaftsabbruch) und die Existenz realer Wahlmöglichkeiten (etwa im Hinblick auf Pränataldiagnostik oder den Geburtsort) hervorzuheben. Für die Realisierung von Wahlmöglichkeiten spielen nicht nur die Angebote der Gesundheitsversorgung, sondern vor allem die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Rolle. Zu diesen gehören z. B. familienfreundlichkeit (von Arbeitsbedingungen, kommunalen Räumen), die Unterstützung von Familien mit von einer Behinderung betroffenen Kindern sowie die Akzeptanz und Wertschätzung der verschiedenen Lebens- und Familienformen.

Die medizinisch-technischen Möglichkeiten, die sich auch in Zukunft immer weiter entwickeln werden, werfen Fragen nach ethischer Zulässigkeit und gesellschaftlichen „Nebenwirkungen“ auf: Unter welchen Bedingungen sollten diagnostische und therapeutische Verfahren gesetzlich erlaubt sein? Was dient wirklich der Gesundheit von Frauen und wo spielen andere, z. B. wirtschaftliche Interessen eine Rolle? Welche gesellschaftlichen Folgen und Zwänge können sich für Frauen aus Techniken wie Eizellspende, Leihmutterchaft und Social (egg) freezing ergeben? Wie wirken sich die technischen Möglichkeiten auf das Erleben von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt aus? Diese Fragen

bedürfen wissenschaftlicher Untersuchungen und eines gesellschaftlichen Diskurses.

Insgesamt zeigt das Kapitel auch Datenlücken auf. So gibt es bisher keine repräsentativen Studien zur Sexualität von Erwachsenen ab dem mittleren Lebensalter. Auch existieren, ähnlich wie bei den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.8), keine belastbaren Daten zu Prävalenzen von Menstruationsproblemen und gynäkologischen Entzündungen, obwohl diese für die Frauengesundheit eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Einen Teil dieser Lücken wird die Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) schließen [2].

Die WHO stellt fest, dass die Voraussetzung für sexuelle Gesundheit die Achtung und Wahrung der sexuellen Rechte aller Menschen ist [1]. Dies gilt für die Frauengesundheit in besonderem Maße und bleibt ein wichtiger Auftrag an Gesundheitspolitik und Gesundheitspraxis.

Literatur

1. World Health Organisation, Regionalbüro für Europa (2015) Definition Sexuelle Gesundheit. www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition (Stand: 01.04.2020)
2. Matthiesen S, Dekker A, von Rueden U et al. (2017) Sexsurveyforschung in Deutschland und Europa: Die Studie Liebesleben: Pilotstudie zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 60(9):971–978
3. Jansen K, Bremer V, v Rueden U et al. (2013) Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Bundesgesundheitsbl 56(7):913–921
4. Recher A (2017) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und diesbezügliche Rechte. Eine Bestandsaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz. Sexuelle Gesundheit Schweiz, Bern. www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2018/01/Sexuelle-und-reproduktive-Gesundheit-und-Rechte_1.pdf (Stand: 01.04.2020)
5. World Health Organisation (Hrsg) (2010) Developing sexual health programmes: a framework for action. WHO, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501> (Stand: 01.04.2020)
6. Stiftung Männergesundheit (Hrsg) (2017) Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychozial-Verlag, Gießen
7. Malich L (2012) Vom Mittel der Familienplanung zum differenzierenden Lifestyle-Präparat. NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 20(1):1–30
8. Dekker A, Matthiesen S (2015) Studentische Sexualität im Wandel: 1966–1981–1996–2012. Z Sex Forsch 28(03):245–271
9. Dekker A, Koops T (2017) Sexting als Risiko? Zum konsensuellen und nichtkonsensuellen Versand persönlicher erotischer Fotos mittels digitaler Medien. Bundesgesundheitsbl 60(9):1034–1039
10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Jugendsexualität im Internetzeitalter: sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. BZgA, Köln
11. Deutsche STI-Gesellschaft e. V., Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (Hrsg) (2012) Sexuelle Gesundheit: Definition und Positionierung der Deutschen STI-Gesellschaft. DSTIG, Bochum
12. Anderson RM (2013) Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsbl 56(2):208–214
13. Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln
14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2016) Frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38. BZgA, Köln
15. Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (2018) Bundesweite Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Sonderauswertung
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013) Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 37. BZgA, Köln
17. Matthiesen S, Dekker A, Brunner F et al. (2018) Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Erwachsenensexualität. www.gesid.eu/wp-content/uploads/2018/09/Endbericht-Pilotstudie-2017.pdf (Stand: 01.04.2020)
18. Schmidt G, Matthiesen S, Meyerhof U (2004) Alter, Beziehungsform und Beziehungsdauer als Faktoren sexueller Aktivität in heterosexuellen Beziehungen. Eine empirische Studie an drei Generationen. Z Sex Forsch 17(2):116–133
19. von Sydow K (2003) Sexuelle Realitäten älterer Frauen. BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2:12–15
20. Gatterer G (2017) Sexualität im Alter. In: Likar R, Bernatzky G, Pinter G et al. (Hrsg) Lebensqualität im Alter: Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 81–87
21. Schultz-Zehden B (2003) Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte – Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren. Sexuologie 10(2-3):85–89
22. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Weibliche Sexualität und Krebs. dkfz, Heidelberg
23. Schultz-Zehden B (2003) Das Sexualleben der älteren Frau – ein tabuisiertes Thema? BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2:31–33
24. Bucher T (2006) Altern und Sexualität. Bundesgesundheitsbl 49(6):567–574
25. Bordini GS, Sperb TM (2013) Sexual Double Standard: A Review of the Literature Between 2001 and 2010. Sex Cult 17(4):686–704
26. Armstrong EA, England P, Fogarty ACK (2012) Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. Am Sociol Rev 77(3):435–462
27. Fahs B, Frank E (2014) Notes from the back room: gender, power, and (In)visibility in women's experiences of masturbation. J Sex Res 51(3):241–252
28. Bell SN, McClelland SI (2018) When, If, and How: Young Women Contend With Orgasmic Apathy. J Sex Res 55(6):679–691
29. Klein V, Briken P (2016) Ungedekter medizinischer Bedarf? Kommentar zu dem erneuten Versuch, die sexuelle Unlust der Frau zu medikalisieren. Z Sex Forsch 29(02):158–169

30. Klein V, Brunner F (2018) Zwischen Liberalität und Retraditionalisierung – Einstellungen zu sexualitätsbezogenen Themen in Deutschland. *Z Sex Forsch* 31(03):250–262
31. Cerwenka S, Brunner F (2018) Sexuelle Identität, sexuelle Attraktion und sexuelles Verhalten – Dimensionen sexueller Orientierungen in der Survey-Forschung. *Z Sex Forsch* 31(03):277–294
32. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020) Geschlechtliche Vielfalt. www.liebesleben.de/fuer-alle/geschlechtsidentitaet/geschlechtliche-vielfalt (Stand: 01.04.2020)
33. Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg, Bildungsinitiative QUEERFORMAT (Hrsg) (2012) Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Handreichung für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. SFBB, Berlin
34. Pöge K, Demnert G, Koppe U et al. (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring* 5(51): 2–30. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6534> (Stand: 01.04.2020)
35. Nieder TO, Strauß B (2019) S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Z Sex Forsch* 32(02):70–79
36. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine* 74(11):187–1824
37. Schellenberg D, Kaiser A (2018) The Sex/Gender Distinction: Beyond F and M. In: Travis CB, White JW, Rutherford A et al. (Hrsg) APA handbooks in psychology series APA handbook of the psychology of women: History, theory, and battlegrounds. American Psychological Association, Washington, S. 165–187
38. Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal Epidemiol Community Health* (59):350–355
39. Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Sage, Los Angeles, S. 85–101
40. Johnson JL, Repta R (2012) Sex and Gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*. Sage, Los Angeles, S. 17–37
41. Bolte G, David M, Dębiak M et al. (2018) Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET). *Bundesgesundheitsbl* 61(6):737–746
42. Ghattas DC, Kromminga IA, Matthigack EB et al. (2015) Inter & Sprache – Von » Angeboren « bis » Zwitter «. Eine Auswahl inter*relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TriQ-Projekt » Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*«. In Kooperation mit IVIM / OII Deutschland, Berlin
43. Haversath J, Gärtner KM, Kliem S et al. (2017) Sexual Behavior in Germany. Results of a Representative Survey. *Dtsch Arztebl Int* 114(33-34):544–550
44. Petersen JL, Hyde JS (2011) A Meta-Analytic Review of Research on Gender Differences in Sexuality, 1993–2007. *J Sex Res* 48(2-3): 149–165
45. Bitzer J, Tschudin S, Stadlmayr W (2005) Die Menstruation und ihre Bedeutung für die Frauengesundheit. *Zentralbl Gynakol* 127(5):282–287
46. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) Wie funktioniert der weibliche Zyklus? www.gesundheitsinformation.de/wie-funktioniert-der-weibliche-zyklus.2480.de.html (Stand: 01.04.2020)
47. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) Regelschmerzen. www.gesundheitsinformation.de/regelschmerzen.2182.de.html (Stand: 01.04.2020)
48. Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2019) Arztreport 2019 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14. BARMER, Berlin. www.barmer.de/blob/192572/d716a1cabc5e45894a3f47b62145e5e/data/dl-arztreport2019-komlett.pdf (Stand: 01.04.2020)
49. Latthe PM, Champaneria R (2014) Dysmenorrhoea. *BMJ Clin Evid* 10:813
50. Anthuber S, Deppe C (2014) Blutungsstörungen. In: Oppelt PG, Dörr HG (Hrsg) *Kinder- und Jugendgynäkologie*. Thieme, Stuttgart, S. 218–243
51. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017) Starke Regelblutung. www.gesundheitsinformation.de/starke-regelblutung.2133.de.html (Stand: 01.04.2020)
52. Prütz F, von der Lippe E (2014) Hysterektomie. *GBE kompakt* 5(1). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3114> (Stand: 01.04.2020)
53. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2016) Hormontherapie gegen Wechseljahrsbeschwerden. www.gesundheitsinformation.de/hormontherapie-gegen-wechseljahrsbeschwerden.2171.de.html?part=behandlung-02 (Stand: 01.04.2020)
54. von der Lippe E, Prütz F (2016) Age at natural menopause: Results from the German Health Interview and Examination Survey. *Eur J Public Health* 26 (Suppl 1)
55. Sapre S, Thakur R (2014) Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *J Midlife Health* 5(1):3–5
56. World Health Organization (Hrsg) (2010) Gender, women, and the tobacco epidemic. WHO, Geneva
57. Schoemaker DA, Jackson CA, Rowlands JV et al. (2014) Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol* 43(5):1542–1562
58. Kolip P (2004) Was ist dran an den Wechseljahren? Eine Einführung. In: Jahn IH (Hrsg) *Wechseljahre multidisziplinär: Was wollen Frauen – was brauchen Frauen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Asgard-Verlag, St. Augustin, S. 33–45
59. Dören M, Beckermann MJ (2010) Menopausale Beschwerden und ihre Behandlung. *Gynäkologie* 43(4):282–286
60. Ortmann O (2019) S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. AWMF-Registernummer: 015-062. *Forum* 34(6):502–505
61. The North American Menopause Society (2017) The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 24(7):728–753
62. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2019) Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet* 394(10204):1159–1168
63. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg) (2020) Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 015-062 www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-062.html (Stand: 01.04.2020)
64. Techniker Krankenkasse (2019) Sonderauswertung zum TK-Gesundheitsreport 2019: Hormontherapie

65. Mendling W (2019) Gynäkologische Infektionen. Frauenheilkunde up2date 13(02):123–141
66. Dathé O, Grubert T (2013) Gynäkologische Entzündungen und sexuell übertragbare Erkrankungen. In: Weyerstahl T, Stauber M (Hrsg) Duale Reihe Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme, Stuttgart, S. 172–207
67. Hainer BL, Gibson MV (2011) Vaginitis. Am Fam Physician 83(7):807–815
68. Centers for Disease Control and Prevention (2015) 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Bacterial Vaginosis. www.cdc.gov/std/tg2015/bv.htm (Stand: 01.04.2020)
69. Hoyme UB (2001) Bakterielle Vaginose. In: Petzoldt D, Gross G (Hrsg) Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten: Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 3–5
70. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ et al. (2007) Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. Sex Transm Infect 83(6):470–475
71. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS (2015) Factors Associated with Bacterial Vaginosis among Women Who Have Sex with Women: A Systematic Review. PLoS One 10(12):e0141905
72. Centers for Disease Control and Prevention (2015) 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Vuovovaginal Candidiasis. www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm (Stand: 01.04.2020)
73. Martin Lopez JE (2015) Candidiasis (vulvovaginal). BMJ Clin Evid
74. Glaeske G, Schicktanzen C (2015) BARMER GEK Arzneimittelreport 2015 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. BARMER GEK, Berlin. www.barmert.de/blob/37954/60143006d7108440f02512a6a80fcaea/data/pdf-arzneimittelreport-2015.pdf (Stand: 01.04.2020)
75. Deutsche Gesellschaft für Urologie (Hrsg) (2017) Interdisziplinäre S3 Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten. Langversion 1.1-2, AWMF Registernummer: 043/044. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-044_L_S3_Harnwegsinfektionen_2017-05.pdf (Stand: 01.04.2020)
76. Friedrich C, Ahrendt HJ (2015) Funktionelle Sexualstörungen der Frau. In: Ahrendt HJ, Friedrich C (Hrsg) Sexualmedizin in der Gynäkologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 41–63
77. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Frauengesundheitsportal: Sexuelle Störungen. <http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/sexuelle-gesundheit/sexuelle-stoerungen> (Stand: 01.04.2020)
78. Schmidt HM, Höhna C, Widmeier E et al. (2017) Psychosoziale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. Z Sex Forsch 30(03):213–247
79. Brunner F, Koops T, Nieder TO et al. (2017) Stationäre Krankenhausbehandlungen ausgewählter sexueller Störungen. Eine Analyse der Daten des Statistischen Bundesamts von 2000 bis 2014. Bundesgesundheitsbl 60(9):987–998
80. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. BZgA, Köln
81. Stirn AV, Zannoni R (2017) Körpermodifikation und sexuelle Gesundheit. Einfluss von Tattoo, Piercing und ästhetisch-plastischer Chirurgie im Genitalbereich auf die sexuelle Gesundheit von Frauen und Männern. Bundesgesundheitsbl 60(9):1009–1015
82. Borkenhagen A, Mirastschijski U, Petrowski K et al. (2019) Tattoos in der deutschen Bevölkerung – Prävalenzen, Soziodemografie und Gesundheitsorientierung. Bundesgesundheitsbl 62(9):1077–1082
83. Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2019) VDÄPC-Statistiken. Behandlungsstatistik gesamt. www.vdaepc.de/aktuelles-presse/statistiken (Stand: 01.04.2020)
84. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Hrsg) (2019) DGÄPC-Statistik 2018: Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2018/10/DGAEP-Statistik_2018.pdf (Stand: 01.04.2020)
85. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Hrsg) (2019) DGÄPC-Statistik 2018–2019: Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2019/11/dgaepc-statistik-2019.pdf (Stand: 01.04.2020)
86. Bone A, Ncube F, Nichols T et al. (2008) Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. BMJ 336(1426)
87. Hibbeler B, Siegmund-Schultze N (2011) Ästhetisch-kosmetische Medizin – Schönheit hat ihren Preis. Dtsch Arztebl 108(26)
88. Korczak D (2007) Forschungsprojekt Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen (Abschlussbericht). <https://www.dgpraec.de/wp-content/uploads/2019/08/Abschlussbericht-Schoenheitsoperationen.pdf> (Stand: 01.04.2020)
89. Helfferich C (2013) Reproduktive Gesundheit. Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56(2):192–198
90. Statistisches Bundesamt (2018) Geburtenziffer 2017 leicht gesunken. Pressemitteilung Nr. 420. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18_420_122.html (Stand: 01.04.2020)
91. Statistisches Bundesamt (2019) Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html (Stand: 01.04.2020)
92. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018 (Stand: 01.04.2020)
93. Flaake K (2019) Die Jugendlichen und ihr Verhältnis zum Körper. Kohlhammer, Stuttgart
94. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der Geburten. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html> (Stand: 01.04.2020)
95. Statistisches Bundesamt (2018) Zusammengefasste Geburtenziffern in West- und Ostdeutschland 1945 bis 2016. www.bib.bund.de/Permalink.html?id=10241784 (Stand: 01.04.2020)
96. Statistisches Bundesamt (2018) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
97. Lück D, Panova R, Naderi R et al. (2016) Kinderlosigkeit und Kinderreichtum – Ein differenzierter Blick auf das Geburten-geschehen in Deutschland. Bevölkerungsforschung Aktuell 1:2–10
98. Pötsch O (2018) Aktueller Geburtenanstieg und seine Potenzial. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2018/03/aktueller-geburtenanstieg-032018.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)

99. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2017) Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Destatis, Wiesbaden
100. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) (2019) Kinderreiche Familien in Deutschland. Auslaufmodell oder Lebensentwurf für die Zukunft? BIB, Wiesbaden
101. Kreyenfeld M, Konietzka D (2017) Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences
102. Boesch D, Günther J, Chytrek D et al. (2015) Pillenreport 2015. Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva. Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Techniker Krankenkasse, Bremen
103. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (Hrsg) (2019) Die Apotheke 2019. Zahlen, Daten, Fakten – Versorgung mit Verhütungsmitteln. ABDA, Berlin, S. 54
104. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Rezeptpflicht und Kostenübernahme. www.familienplanung.de/verhuetung/rezeptpflicht-und-kostenuebernahme (Stand: 01.04.2020)
105. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2019) Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme. Abschlussbericht. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
106. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe, Band 209. Kohlhammer, Stuttgart
107. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2018. Fachserie 12, Reihe 3. Destatis, Wiesbaden
108. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2019) Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. BMFSFJ, Berlin. www.bmfsfj.de/blob/95282/ed384270cbdeco132e2c-cfb335561982/schwangerschaftsberatung---218-data.pdf (Stand: 01.04.2020)
109. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2017) Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
110. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Schwangerschaftsabbruch – Informationen nach § 13a Abs. 1 SchKG. Liste von Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und Einrichtungen. www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/praxen-kliniken-und-einrichtungen (Stand: 01.04.2020)
111. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Beratungsstellen-Datenbank: Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden. www.familienplanung.de/no_cache/beratung/beratungsstelle-finden (Stand: 01.04.2020)
112. Statistisches Bundesamt (2018) Schwangerschaftsabbruchstatistik. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
113. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2012) Frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. BZgA, Köln
114. World Health Organization (Hrsg) (2014) Clinical practice handbook for Safe abortion. WHO, Geneva
115. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs. www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/kosten-schwangerschaftsabbruch (Stand: 01.04.2020)
116. World Health Organization (Hrsg) (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. WHO, Geneva
117. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK et al. (2008) Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 78(6):436–450
118. National Collaborating Centre for Mental Health (Hrsg) (2011) Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. NCCMH, London. www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced-Abortion-Mental-Health_1211.pdf (Stand: 01.04.2020)
119. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. (2011) Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 364(4):332–339
120. Foster DG, Steinberg JR, Roberts SC et al. (2015) A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med* 45(10):2073–2082
121. Rocca CH, Kimport K, Roberts SC et al. (2015) Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. *PLoS One* 10(7):e0128832. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128832> (Stand: 01.04.2020)
122. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE et al. (2017) Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 74(2):169–178
123. Gomez AM (2018) Abortion and subsequent depressive symptoms: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Psychological Medicine* 48:294–304
124. Jenneke van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R (2018) Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study *J Psychiatr Res* (102):132–135
125. Major B, Appelbaum M, Beckman L et al. (2008) Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. www.reproductiverights.org/document/report-of-apa-task-force-on-mental-health-and-abortion (Stand: 01.04.2020)
126. Wischmann T (2012) Einführung Reproduktionsmedizin. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
127. Bundesärztekammer (Hrsg) (2018) Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. BÄK, Berlin. www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf (Stand: 01.04.2020)
128. Deutscher Ethikrat (Hrsg) (2011) Präimplantationsdiagnostik. Deutscher Ethikrat, Berlin
129. Deutscher Ethikrat (Hrsg) (2016) Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Deutscher Ethikrat, Berlin
130. Wischmann T (2018) Kinderwunsch in konventionellen und neuen Familienformen: Ethische und psychosoziale Aspekte. *Gynakol Prax* 43:252–258
131. World Health Organization (2020) Sexual and reproductive health. Multiple definitions of infertility. www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en (Stand: 01.04.2020)
132. National Institute for Health and Care Excellence (2017) Fertility problems: assessment and treatment. NICE Clinical guideline 156. www.nice.org.uk/guidance/cg156 (Stand: 01.04.2020)

133. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Kinderlose Frauen und Männer. Unge- wollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. BMFSFJ, Berlin
134. Deutsches IVF-Register (2019) Jahrbuch 2018. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Sonderheft 1/2019)
135. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht... – Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit. BZgA, Köln
136. Kentenich H (2017) Chance und Risiken der Reproduktions- medizin. In: Wischmann T, Thorn P (Hrsg) Kinderwunsch? Beratung! Perspektiven der psychosozialen Kinderwunsch- behandlung in Deutschland – Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, Hamburg, 12/13 Mai 2017. FamART Verlag, Mör- felden, S. 17–24
137. Homan GF, Davies M, Norman R (2007) The impact of life- style factors on reproductive performance in the general pop- ulation and those undergoing infertility treatment: a review. Hum Reprod Update 13(3):209–223
138. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) (2018) Policy Brief: Reproduktionsmedizin & Familienplanung. Bessere Aufklärung und klarer Rechtsrahmen notwendig. www.bib.bund.de/DE/Aktuelles/2018/2018-11-21-Policy-Brief- Reproduktionsmedizin-und-Familienplanung.html (Stand: 01.04.2020)
139. Stoebel-Richter Y, Geue K, Borkenhagen A et al. (2012) What Do You Know about Reproductive Medicine? – Results of a German Representative Survey. PLoS One 7(12):e5013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.005013> (Stand: 01.04.2020)
140. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Sehnsucht nach einem Kind – Möglichkeiten und Grenzen der Medizin. BZgA, Köln
141. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2017) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärzt- liche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“). www.g-ba.de/downloads/62-492-1402/KB-RL_2017-03-16_ iK-2017-06-02.pdf (Stand: 01.04.2020)
142. Seyler H (2014) Kryokonservierung von Eizellen aus sozia- len Gründen – „Social Freezing“. pro familia medizin – der familienplanungsrundbrief 3:1–9. www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/fami- lienplanungsrundbrief/pro_familia_medizin-2014-3-WEB. pdf (Stand: 01.04.2020)
143. Deutsches IVF-Register (2018) Jahrbuch 2017. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Sonderheft 1/2018)
144. Albrecht S, Grüber K (2019) Aktueller Stand und Entwicklun- gen der Pränatalimplantationsdiagnostik. Arbeitsbericht Nr. 182. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Berlin. www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/ TAB-Arbeitsbericht-182.pdf (Stand: 01.04.2020)
145. Deutscher Bundestag (Hrsg) (2015) Erster Bericht der Bun- desregierung über die Erfahrungen mit der Präimplantati- onsdiagnostik. Bundestagsdrucksache 18/7020. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/07018/0701807020.pdf> (Stand: 01.04.2020)
146. Deutscher Bundestag (2020) Zweiter Bericht der Bundes- regierung über die Erfahrungen mit der Präimplantations- diagnostik. Bundestagsdrucksache 19/16925. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/16919/16925.pdf> (Stand: 01.04.2020)
147. Bundesministerium für Gesundheit (2018) Glossar: Samen- spenderregister. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe- von-a-z/s/samenspenderegister.html (Stand: 01.04.2020)
148. Shenfield F, d Mouzon J, Pennings G et al. (2010) Cross border reproductive care in six European countries. Hum Reprod 25(6):1361–1368
149. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2008) Expertise – Repro- duktives Reisen. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
150. Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V. (2018) Sat- zung Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V. <http://www.netzwerk-embryonenspende.de/ziele/satzung- netzwerk-embryonenspende-deutschland-ev.pdf> (Stand: 01.04.2020)
151. Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V. (Hrsg) (2019) Presseerklärung des „Netzwerk Embryonenspende Deut- schland e.V.“ zu den Forderungen der Leopoldina nach einem Fortpflanzungsmedizinergesetz. www.netzwerk-embryonenspende.de/aktuell/20190629- Presseerklarung-NW-ES-zur-Stellungnahme-Leopoldina- FMedG.pdf (Stand: 01.04.2020)
152. Bundeszentrale für politische Bildung (2015) Embryonen- schutzgesetz. www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22088/embryo- nenschutzgesetz (Stand: 01.04.2020)
153. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) Die rechtlichen Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin. www.familienplanung.de/kinderwunsch/recht-und-finan- zen/was-erlaubt-ist (Stand: 01.04.2020)
154. Wischmann T, Thorn P (2017) Ausgangssituation. In: Wisch- mann T, Thorn P (Hrsg) Kinderwunsch? Beratung! Perspek- tiven der psychosozialen Kinderwunschbehandlung in Deutschland – Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, Hamburg, 12/13 Mai 2017. FamART Verlag, Mörfelden, S. 7–8
155. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Psychosoziale Kinderwunschbera- tung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bes- sere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. BMFSFJ, Berlin
156. Kentenich H, Brähler E, Kowalcek I et al. (2014) Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen, AWMF-Register Nr. 016/003, Klasse S2k. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html> (Stand: 01.04.2020)
157. Wischmann T (2009) Sexualstörungen bei Paaren mit uner- fülltem Kinderwunsch. Sexuologie 16(3–4):111–121
158. Hansen M, Kurinczuk JJ, Milne E et al. (2013) Assisted repro- ductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 19(4):330–353
159. Qin J, Sheng X, Wang H et al. (2015) Assisted reproduc- tive technology and risk of congenital malformations: a meta-analysis based on cohort studies. Arch Gynecol Obstet 292(4):777–798
160. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Natio- nale Akademie der Wissenschaften –, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e.V. (2019) Fortpflanzungs- medizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. Leopoldina, Union der deutschen Akademien der Wissen- schaften, Halle (Saale)
161. Bujard M, Thorn P (2018) Leihmutterchaft und Eizellspende. Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr. Der Gynäkologe 51(8):639–646

162. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland, Kapitel 6. Reproduktive Biographien und Reproduktive Gesundheit. Schriftenreihe, Band 209. Kohlhammer, Stuttgart, S.275–368
163. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. BMFSFJ, Berlin
164. Schulz F, Blossfeld HP (2006) Wie verändert sich die häusliche Arbeitsteilung im Eheverlauf. Eine Längsschnittstudie der ersten 14 Ehejahre in Westdeutschland. *Kolner Z Soz Sozpsychol* 58(1):23–49
165. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2019) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). G-BA, Berlin. www.g-ba.de/downloads/62-492-1829/Mu-RL_2019-03-22_iK_2019-05-28.pdf (Stand: 01.04.2020)
166. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2017) Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. BMG, Berlin
167. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Geburten und Mehrlingsgeburten. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Destatis, Wiesbaden
168. Statistisches Bundesamt (2019) Lebendgeborene. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
169. Bujard M, Diabaté S (2016) Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? Neue demografische Trends und ihre Ursachen. *Der Gynäkologe* 49(5):393–404
170. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin
171. EURO-PERISTAT Project (2018) European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. www.europeristat.com (Stand: 01.04.2020)
172. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, nach ICD-10). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
173. Statistisches Bundesamt (2019) Säuglingssterblichkeit. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
174. Zitzmann B (2012) Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Reihe NRW kurz und informativ. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum. www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/nrw-kurz-und-informativ/12-11_saeuglingssterblichkeit_in_nrw_nrw-kurz-und-informativ_lzg-nrw.pdf (Stand: 01.04.2020)
175. Singh GK, Kogan MD (2007) Persistent socioeconomic disparities in infant, neonatal, and postneonatal mortality rates in the United States, 1969–2001. *Pediatrics* 119(4):e928–939
176. Schneider S, Maul H, Freerksen N et al. (2008) Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health* 122(11):1210–1216
177. Day NL, Leech SL, Richardson GA et al. (2002) Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcohol Clin Exp Res* 26(10):1584–1591
178. Boney CM, Verma A, Tucker R et al. (2005) Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics* 115(3):e290–e296
179. Bergmann RL, Bergmann KE, Plagemann A et al. (2006) Prävention chronischer Krankheiten des Kindes während der Schwangerschaft und Stillzeit. In: Schauder P, Berthold H, Eckel H et al. (Hrsg) Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 521–531
180. Lozoff B, Georgieff MK (2006) Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol* 13(3):158–165
181. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) (2018) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 – Geburtshilfe. IQTIG, Berlin. www.iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16mgebh/QSKH_16m1-GEBH_2017_BUAW_Vo2_2018-08-01.pdf (Stand: 01.04.2020)
182. Schneider S, Höft B, Röhrig S et al. (2010) Gesundheitliche Benachteiligung beginnt lange vor der Geburt – Aktuelle Analysen zur prä- und perinatalen Gesundheit und deren Determinanten auf Basis der deutschen Perinataldaten. *Gesundheitswesen* 72(08/09):P67
183. Goeckerjan M, Ramsauer B, Hänel M et al. (2009) Soziales Risiko – geburtshilfliches Risiko? *Der Gynäkologe* 42(2):102–110
184. Sander M, Albrecht M, Loos S et al. (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut, Berlin. www.stmnp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf (Stand: 01.04.2020)
185. Eickhorst A, Schreier A, Brand C et al. (2016) Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsbl* 59(10):1271–1280
186. Rasenack R, Zink M (2011) Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 427–432
187. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):47–54. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3035> (Stand: 01.04.2020)
188. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) (2015) Factsheet: Alkohol in der Schwangerschaft. www.dhs.de/infomaterial/factsheet-alkohol-in-der-schwangerschaft-stand-dezember-2015 (Stand: 01.04.2020)
189. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U et al. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50(5-6):670–676
190. Torloni MR, Betrán AP, Horta BL et al. (2009) Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 10(2):194–203
191. Voigt M, Straube S, Zygmunt M et al. (2008) Obesity and Pregnancy – A Risk Profile. *Z Geburtshilfe Neonatol* 212(6):201–205
192. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2003) Bundesauswertung 2002, Modul 16/1: Geburtshilfe. BQS, Düsseldorf
193. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Pränataldiagnostik – Beratung, Methoden und Hilfen. Ein Überblick. www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/praenataldiagnostik-beratung-methoden-und-hilfen (Stand: 01.04.2020)

194. Kolley A, Sauter A (2019) Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik. Arbeitsbericht Nr. 184. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Berlin.
www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-abi84.pdf (Stand: 01.04.2020)
195. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg) (2015) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014. 16/1 – Geburtshilfe. www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16Ni-GEbH_2014.pdf (Stand: 01.04.2020)
196. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) (2016) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015 – Geburtshilfe. IQTIG, Berlin.
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16nigebh/QSKH_16Ni-GEbH_2015_BUAW_Vo2_2016-07-07.pdf (Stand: 01.04.2020)
197. Renner I (2007) Pränataldiagnostik: Eine repräsentative Befragung Schwangerer. BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1:7–13
198. European Commission (2019) EUROCAT data – Prenatal detection rates charts and tables.
https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prenatal-screening-and-diagnosis_en (Stand: 01.04.2020)
199. European Commission (2019) EUROCAT data – Prevalence charts and tables.
https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en (Stand: 01.04.2020)
200. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Methodenbewertung: Nicht-invasiver Test zum Vorliegen von Trisomien als mögliche Alternative zu invasivem Eingriff. Pressemitteilung vom 19. September 2019.
www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/810 (Stand: 01.04.2020)
201. aerzteblatt.de (2019) Neuer pränataler Bluttest auf Einzelerkrankungen kommt auf den Markt.
www.aerzteblatt.de/nachrichten/106504/Neuer-praenataler-Bluttest-auf-Einzelerkrankungen-kommt-auf-den-Markt (Stand: 01.04.2020)
202. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (Hrsg) (2018) Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Verlag Wissenschaftliche Scripten, Auerbach/Vogtland
203. zu Sayn-Wittgenstein F (2007) Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Hans Huber, Bern
204. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2019) Eckpunktepapier – Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Eckpunktepapier_Sofortmassnahmen_Geburtshilfe.pdf (Stand: 01.04.2020)
205. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Hrsg) (2018) Pressemitteilung – Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. DGGG, Berlin.
www.dggg.de/fileadmin/documents/pressemitteilungen/2018/2018_01_23/PM_Neujahrsgespraech_DGGG_BVF_BLFG_DHV_BfHD_DGHWi.pdf (Stand: 01.04.2020)
206. Mother Hood e. V. (2020) Infoblatt zur aktuellen Situation in der Geburtshilfe.
www.mother-hood.de/sichere-geburt/aktuelle-situation-der-geburtshilfe.html (Stand: 01.04.2020)
207. Technical Working Group, World Health Organization (1997) Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 24(2):121–123
208. Braun B, Kolip P (2014) hkk Gesundheitsreport 2014: Schwangerschaft und Geburt. Ergebnisse einer Befragung von Müttern. hkk Erste Gesundheit, Bremen.
www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport (Stand: 01.04.2020)
209. Singer D (2012) Langzeitüberleben von Frühgeborenen. *Bundesgesundheitsbl* 55(4):568–575
210. Dong Y, Yu JL (2011) An overview of morbidity, mortality and long-term outcome of late preterm birth. *World J Pediatr* 7(3):199–204
211. Saigal S, Doyle LW (2008) An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet* 371(9608):261–269
212. The United Nations Children's Fund, World Health Organization (Hrsg) (2004) Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates. UNICEF, WHO, New York City, Geneva
213. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebendgeborene nach Geburtsgewicht.
www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
214. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Grunddaten, Entbindungen in Krankenhäusern.
www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
215. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (Hrsg) (2010) Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. AWMF 015/054 (S1). www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/leitlinie/absolute-und-relative-indikationen-zur-sectio-caesarea-287 (Stand: 01.04.2020)
216. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) Caesarean section. NICE Clinical Guideline 132.
www.nice.org.uk/guidance/cg132 (Stand: 01.04.2020)
217. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al. (2006) Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 107(6):1226–1232
218. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU (2005) Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 192(5):1458–1461
219. Steer PJ, Modi N (2009) Elective caesarean sections – risks to the infant. *Lancet* 374(9691):675–676
220. Kolip P, Nolting HD, Zich K (2012) Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
221. Grote-Westrick M, Zich K, Klempner D et al. (2015) Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
222. Robert Koch-Institut (2015) Schwangerschaft und Geburt. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 102–110
223. Lutz U, Kolip P (2006) Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Asgard-Verlag, St. Augustin
224. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2020) Sectio caesarea. AWMF-Registriernummer 015-084, Leitlinienklasse S3.
www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084_L3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (Stand: 01.04.2020)
225. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2015) Angemeldetes Leitlinienvorhaben: Die vaginale Geburt am Termin. S3-Leitlinie, Registriernummer 015-083.
www.awmf.org/leitlinien/detail/015-083.html (Stand: 15.07.2020)

226. Brisch KH (2005) Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In: v Suchodoletz W (Hrsg) Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Hogrefe, Göttingen, S. 23–43
227. Mercer RT (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 36(3):226–232
228. Tscheulin DK, Geppert-Orthofer U (2016) Hebammenversorgung in Baden-Württemberg. Pilotstudie zur Versorgungssituation werdender und junger Mütter mit Hebammenhilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Hebammenverband Baden-Württemberg e. V. Universität Freiburg, Freiburg. www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/5_1_161107_Studie_HebVernorgungBW.pdf (Stand: 01.04.2020)
229. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E (2019) Hebammenstudie Sachsen. Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. IGES Institut, Berlin. www.publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33820 (Stand: 01.04.2020)
230. Loos S (2015) Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. IGES Institut, Berlin. www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Familie_und_Geburt/gutachten_hebammenversorgung_in_thueringen.pdf (Stand: 01.04.2020)
231. Sander M, Temizdemir E, Albrecht M (2018) Hebammenstudie Sachsen-Anhalt. Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. IGES Institut, Berlin. https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Aktuelles_Gesundheit/IGES_Hebammenstudie_Sachsen-Anhalt_11-2018.pdf (Stand: 01.04.2020)
232. United Nations Children's Fund (2005) Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand: 01.04.2020)
233. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 387(10017):475–490
234. Much D, Beyerlein A, Kindt A et al. (2016) Lactation is associated with altered metabolomic signatures in women with gestational diabetes. *Diabetologia* 59(10):2193–2202
235. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ et al. (2015) Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 104(467):96–113
236. Abou-Dakn M (2018) Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. *Bundesgesundheitsbl* 61(8):986–989
237. Brettschneider AK, von der Lippe E, Lange C (2018) Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGs Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 61(8):920–925
238. World Health Organization (Hrsg) (2001) Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding. World Health Assembly, 54. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78801/e954id4.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Stand: 01.04.2020)
239. von der Lippe E, Brettschneider AK, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):849–859
240. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hrsg) (2019) Empfehlungen zur Stillförderung in Deutschland. Handlungsansätze des Forschungsvorhabens Becoming Breastfeeding Friendly. www.gesund-ins-leben.de/_data/files/bbf_empfehlungen.pdf (Stand: 01.04.2020)
241. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ et al. (2017) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2:Cdo0141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD00141.pub5> (Stand: 01.04.2020)
242. Dorsch VM, Rohde A (2016) Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde up2date* 10(04):355–374
243. Dennis CL, Chung-Lee L (2006) Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 33(4):323–331
244. Knudson-Martin C, Silverstein R (2009) Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *J Marital Fam Ther* 35(2):145–158
245. Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln

