



Gesundheitsberichte Spezial.

Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen

Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt.

Gesundheitsberichte Spezial.

Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen

Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt.



Vorwort

Es ist ein Verdienst der geburtshilflichen Betreuung, dass die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken ist. Dazu beigetragen haben die Fortschritte der Medizintechnik, doch dürfen wir darüber nicht vergessen, dass Geburten ein natürlicher Vorgang sind und nicht jede Schwangerschaft eine Risikoschwangerschaft. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Schwangerenbetreuung, die sich in erster Linie auf mögliche Risiken konzentriert und alle medizinischen Möglichkeiten ausschöpft, eher verunsichert und Ängste verstärkt.

Neben einer guten medizinischen Versorgung brauchen Frauen während der Schwangerschaft und auch noch in der Zeit nach der Geburt ganzheitliche Beratungs- und Betreuungsangebote, auch und gerade als psychologische Unterstützung. Dafür muss die Beratungsarbeit auch die soziale Lebenssituation der Frauen berücksichtigen.

Hinzu kommt: Frauen wollen wählen, in welchem Rahmen sie ihr Kind zur Welt bringen. Ob im Geburtshaus, zu Hause oder doch auf einer besonderen Geburtsstation im Krankenhaus – dem Wunsch nach Wahlfreiheit müssen wir durch Angebotsvielfalt Rechnung tragen.

Der vorliegende „Gesundheitsbericht Spezial“ widmet sich vor allem drei Gruppen, die von den Beratungs- und Betreuungsangeboten oft nicht gut erreicht werden: Frauen mit Gewalterfahrung in der Schwangerschaft, schwangere Teenager sowie Frauen mit Migrationsgeschichte. Während manche Frauen schon von einem Zuviel an Untersuchungen während der Schwangerschaft sprechen, werden wichtige Vorsorgeuntersuchungen und Beratungstermine von Frauen mit Migrationsgeschichte, schwangeren Mädchen oder Frauen in schwierigen sozialen Lagen nicht oder nur sehr selten in Anspruch genommen. Es ist darum notwendig, Angebote noch passgenauer und zielgruppengerechter auszugestalten. Dabei müssen das Gesundheitssystem und andere begleitende Institutionen wie Sozial- und Jugendämter, Schulen und Einrichtungen der Familienhilfe enger zusammenarbeiten. Eine besondere interdisziplinäre Aufgabe kommt den Familienhebammen zu.

Mit dem vorliegenden „Gesundheitsbericht Spezial“ wurden erstmals statistische Daten zu den unterschiedlichen Ausgangslagen und Risikofaktoren zusammengetragen. Daraus wurden Vorschläge entwickelt, wie wir den Anforderungen an die zukünftige geburtshilfliche Versorgung gerecht werden können.

Barbara Steffens

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Gravidogramm

Bemerkungen

I. Screening 9 - 12 SSW

Datum	SSW	SSE	Intrauteriner Sitz Embryo darstellbar	Herzaktion	V.a. Mehrlinge	Auffälligkeit	Kindslage	Kindsgröße	Gewicht	Hb
1.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
4.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sonstige

SSL	BPD

II. Screening 19 - 22 SSW

Datum	SSW	SSE	Einling	Lebenszeichen	Plazentalok	Zeitgerechte Entwicklung	Kindsgröße	Gewicht	Hb
5.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kontrolbedürftige Befunde hinsichtlich

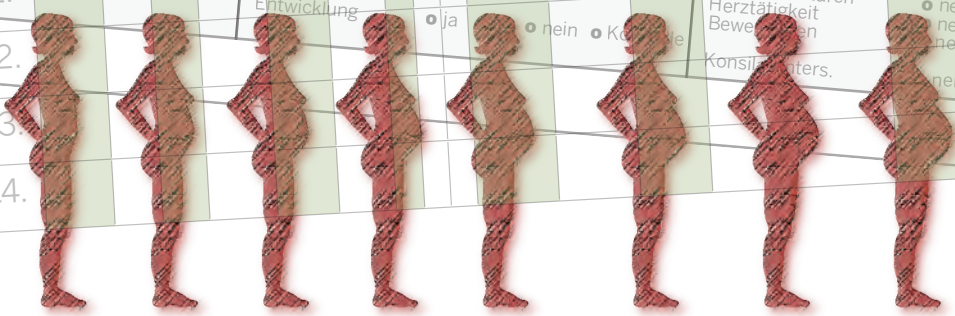
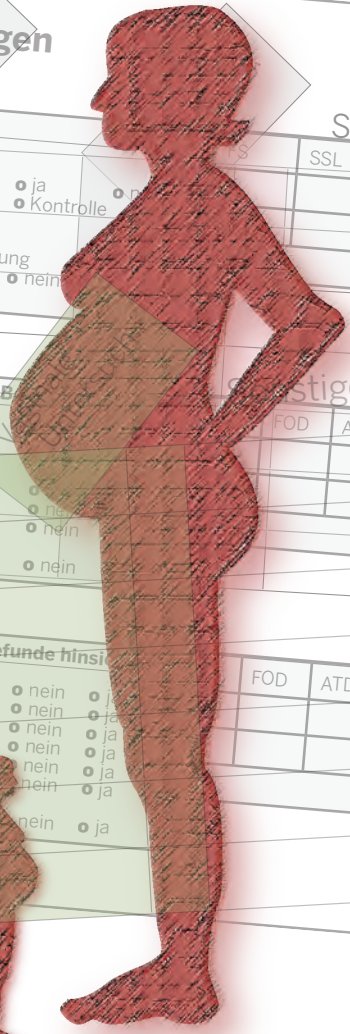
Fruchtwassermenge	körperl. Entwicklung	Körperumriss	fetale Strukturen	Herztätigkeit	Bewegungen	Konsiliarunters.
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

III. Screening 29 - 32 SSW

Datum	SSW	SSE	Einling	Kindsgröße	Lebenszeichen	Plazentalok	Zeitgerechte Entwicklung	Kindsgröße	Gewicht	Hb
9.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
10.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
11.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
12.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Kontrolbedürftige Befunde hinsichtlich

Fruchtwassermenge	körperl. Entwicklung	Körperumriss	fetale Strukturen	Herztätigkeit	Bewegungen	Konsiliarunters.
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

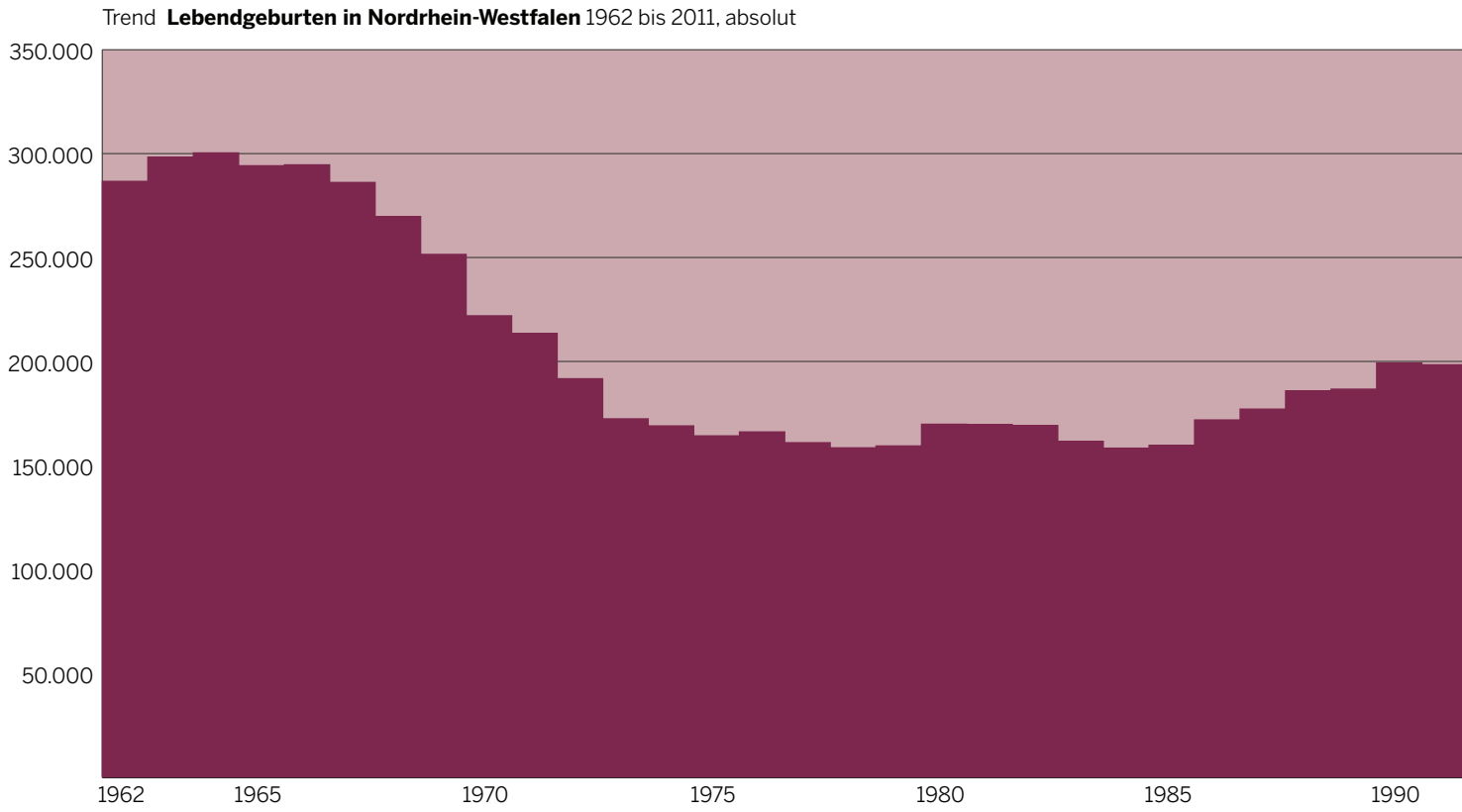


Inhaltsangabe

Einleitung	11
1. KAPITEL Geburtenrate und Säuglingssterblichkeit	17
1.1. Geburtenrate	17
1.2. Säuglingssterblichkeit	17
2. KAPITEL Schwangerschaft	21
2.1. Schwangerenvorsorge	21
2.1.1. Gesetzliche Grundlagen und Struktur	21
2.1.2. Inanspruchnahme der Vorsorge	22
2.1.3. Nutzen und Erreichbarkeit	23
2.2. Schwangerschaftsberatung	25
2.3. Schwangerschaftsabbrüche	25
2.4. Schwangerschaftsrisiken	26
2.5. Gesundheitsriskantes Verhalten in der Schwangerschaft	27
2.5.1. Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum	27
2.5.2. Übergewicht und Adipositas	27
3. KAPITEL Geburt	29
3.1. Alter der Mütter	29
3.2. Mehrlingsgeburten	30
3.3. Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht	30
3.4. Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke und Zangengeburt: Zahlen zum Geburtsmodus	32
3.5. Geburtshilfliche Versorgung	34
3.5.1. Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen	34
3.5.2. Geburtshilfliche Abteilungen in Kliniken	37
3.5.3. Geburtshäuser	39
3.6. Geburtsrisiken und Geburtskomplikationen	39
3.7. Geburtshilfliche Interventionen	41



4. KAPITEL Ausgangslage und Bedarf unterschiedlicher Zielgruppen	43
4.1. Frauen mit Gewalterfahrung in der Schwangerschaft	43
4.1.1. Statistische Angaben	43
4.1.2. Risikofaktoren	44
4.1.3. Gesundheitliche Folgen von Gewalt	44
4.1.4. Das Kölner Netzwerk „Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt“	45
4.1.5. Das GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN	46
4.2. Als Teenager schwanger sein	47
4.2.1. Statistische Angaben	47
4.2.2. Risikofaktoren	48
4.2.3. Risiken einer Teenager-Schwangerschaft	49
4.2.4. Projekt „Steps“ Herford	50
4.3. Frauen mit Geburtsangst und Kaiserschnittwunsch	51
4.3.1. Statistische Angaben	52
4.3.2. Risikofaktoren	52
4.3.3. Gesundheitliche Auswirkungen eines Kaiserschnitts	53
4.3.4. Psychologische Beratung bei Wunsch nach geplantem Kaiserschnitt in Berlin/Westend	54
4.4. Zugangsbarrieren für Frauen mit Migrationshintergrund	54
4.4.1. Statistische Angaben	54
4.4.2. Gesundheitliche Risiko- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationshintergrund	55
4.4.3. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge durch Frauen mit Migrationshintergrund	56
4.4.4. Geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund	58
4.4.5. Das Nürnberger Modellprojekt „Verbesserung präventiver Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen“	58
5. KAPITEL Perspektiven und Handlungsanregungen	61
Literatur und Datenquellen	65



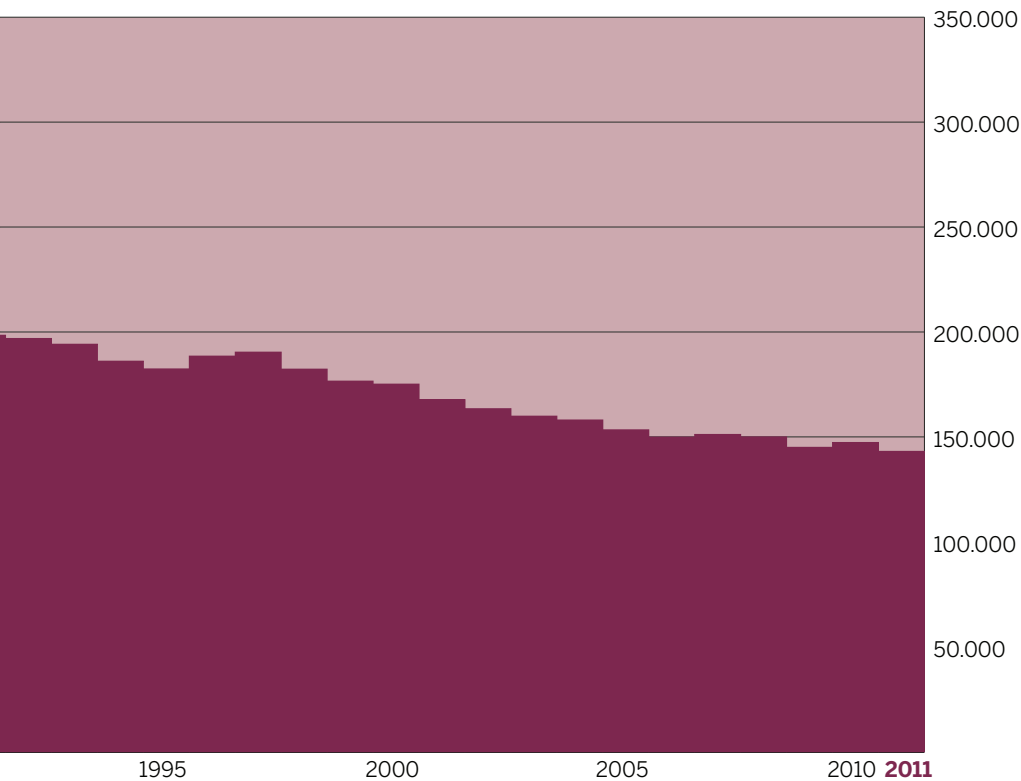


Abbildung 1 | Lebendgeburten insgesamt in Nordrhein-Westfalen seit 1962 | Landesdatenbank Nordrhein-Westfalen, LZG.NRW

Einleitung

Im Jahr 2011 wurden in Nordrhein-Westfalen 143.097 Kinder lebend geboren, rund 4.200 weniger als im Vorjahr (IT.NRW, 2012c). Die Geburten in Nordrhein-Westfalen sind – wie im gesamten Bundesgebiet – in der Tendenz rückläufig (Statistisches Bundesamt, 2012a): Zehn Jahre zuvor kamen noch gut 175.000 Kinder auf die Welt, in den 1960er Jahren waren es um 300.000 jährlich (vgl. Abbildung 1).

Die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken: Starben 1980 noch knapp 15 von 1.000 Neugeborenen, so waren es 2011 vier je 1.000. Vor allem zu früh geborene Kinder tragen ein hohes Risiko, im ersten Lebensjahr zu versterben, aus diesem Grund gilt der Verhinderung von Frühgeburten eine besondere Aufmerksamkeit in der Geburtsmedizin.

Auch die Müttersterblichkeit hat sich verringert. Im Jahr 2011 sind in Nordrhein-Westfalen zwei Frauen im Zusammenhang mit der Geburt gestorben (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Damit liegt die Müttersterblichkeit bei 1,4 pro 100.000 Lebendgeburten. Zwanzig Jahre zuvor lag sie deutschlandweit noch bei 8,7 pro 100.000 Lebendgeburten (OECD Statistics, 2012).

Die geburtshilfliche Betreuung hat sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer im internationalen Raum hohen Säuglings- und Müttersterblichkeit wurden im Jahr 1966 die Mutterschaftsrichtlinien eingeführt. Diese sind bezüglich ihrer Inhalte am Risikofaktorenmodell orientiert und sollen helfen, potenzielle

Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen. Schwangerschaft und Geburt sind zwar zunächst einmal physiologische Prozesse, die in den meisten Fällen ohne bedeutsame Komplikationen verlaufen. Der Erhalt ihrer Gesundheit und der Gesundheit des Ungeborenen steht daher bei der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden auch heute im Vordergrund. Aber auch das Erkennen von potenziellen und manifesten Abweichungen und Problemlagen ist ein Ziel der Versorgung, um den betroffenen Frauen frühzeitig eine wirksame Hilfestellung anbieten zu können. Die Einführung der Mutterschaftsrichtlinien hatte eine stärkere Risikoorientierung zur Folge, die noch immer mit einer Ausweitung von Kontrolluntersuchungen und einem steigenden Technikeinsatz in der Schwangerschaft und unter der Geburt einhergeht. Diese Grundorientierung der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe hat auch negative Konsequenzen (Kolip & Lademann, 2010): Die Fülle der Kontrolluntersuchungen kann Mütter verunsichern und sie in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigen. Zahlreiche medizinische Interventionen werden (oft mit unklarem Nutzen und ohne ausreichende Information durch die betreuenden Gynäkologinnen und Gynäkologen) durchgeführt (Di Mario et al., 2005, Banta, 2003).

In den vergangenen Jahren mehrten sich die Hinweise, dass die Technikorientierung in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe die Säuglings- und Müttersterblichkeit nicht weiter verbessert hat, aber eine zunehmende Entfremdung der Frauen von den normalen schwangerschafts- und geburtsbedingten Vorgängen und Veränderungen nach sich zieht (Davis-Floyd, 2002). Sie geraten so in Abhängigkeit von weiteren Untersuchungen, die nicht selten in geburtshilfliche Interventionen münden. Zudem wird die Vermutung formuliert, dass es spezifische Gruppen gibt, die von dem insgesamt guten Angebot der Schwangerenvorsorge und geburtshilflichen Versorgung nicht genug profitieren, weil es nicht auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. So haben Frauen mit geringem Einkommen deutlich häufiger Frühgeburten und Migrantinnen nehmen seltener Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Anspruch (Koller et al., 2009).

Vor diesem Hintergrund sind aus gesundheits- und familienpolitischer Perspektive die Fragen interessant, wie es um die Gesundheit von Mutter und Kind bestellt ist, wie sich die geburtshilfliche Versorgung entwickelt hat und wo es gesundheitliche Problemlagen und spezifische Personengruppen gibt, die besondere Aufmerksamkeit verdienen. Diesen Fragen widmet sich der vorliegende Spezialbericht der nordrhein-westfälischen Gesundheitsberichterstattung.

- ➔ In **Kapitel 1** werden zunächst Zahlen zur Geburtenrate und Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen dargestellt.
- ➔ In **Kapitel 2** werden verschiedene Aspekte der Schwangerschaft beleuchtet. Dabei geht es zunächst um Inanspruchnahme, Nutzen und Erreichbarkeit der in den Mutterschaftsrichtlinien verankerten Schwangerenvorsorge. Das Kapitel liefert darüber hinaus Informationen zur Schwangerschaftsberatung und zu möglichen Schwangerschaftskomplikationen.
- ➔ In **Kapitel 3** steht die Geburt im Zentrum, insbesondere Frühgeburten und Mehrlingsschwangerschaften sowie der Geburtsmodus (Kaiserschnitt und Spontangeburt) und Geburtskomplikationen. Anschließend werden

geburtshilfliche Interventionen betrachtet (z. B. Geburtseinleitung) und die geburtshilfliche Versorgungssituation rund um die Geburt untersucht.

→ In **Kapitel 4** werden Ausgangslage und Bedarf unterschiedlicher Zielgruppen in den Blick genommen. Hier werden auch Modelle guter Praxis vorgestellt, bei denen vorbildhaft auf Zugangsbarrieren und auf die jeweiligen Risikokonstellationen reagiert wird. In diesem Kapitel musste eine Auswahl vorgenommen werden. Ausgewählt wurden folgende Gruppen, da sich ihre Situation aufgrund ihrer zahlenmäßigen Gewichtung bzw. der Dringlichkeit und langfristigen Auswirkungen ihres Problems als besonders relevant erweist: 1. Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt ausgesetzt sind, 2. minderjährige Schwangere, 3. Frauen mit Kaiserschnittwunsch und 4. Frauen mit Migrationshintergrund.

Allerdings stellen auch folgende Gruppen besondere Anforderungen an die Versorgungskonzepte: Schwangere mit Substanzmissbrauch, psychisch kranke Schwangere, Schwangere nach einer Sterilitätsbehandlung, adipöse Schwangere und Schwangere mit Behinderung.

Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt ausgesetzt sind: Das Erleben von häuslicher Gewalt durch den eigenen Partner ist für Frauen in extremem Maße belastend und beeinträchtigt ihre soziale, physische und psychische Gesundheit nicht nur akut, sondern häufig auch nachhaltig. Während der Schwangerschaft sind Frauen durch Gewalt in besonderem Maße gefährdet. Auch das Ungeborene ist (beispielsweise durch die erhöhte Gefahr einer Frühgeburt) von den Auswirkungen einer Gewaltexposition während der Schwangerschaft betroffen. Zudem liegen deutliche Hinweise vor, dass sich der von der Mutter während der Schwangerschaft erlebte Stress langfristig negativ auf die Gesundheit des Kindes auswirken kann. Obwohl erste Studien (z. B. Stöckl et al., 2010) zeigen, dass 6 bis 7% der Schwangeren von Gewalt betroffen sind und dieses Risiko damit höher liegt als andere bereits häufiger diskutierte schwangerschaftsbezogene Gefährdungen, hat das Thema Gewalt während der Schwangerschaft bisher wenig Aufmerksamkeit erfahren. Gegenwärtig existieren nur wenige Betreuungskonzepte, die sich speziell der besonderen Problemlage schwangerer Frauen mit Gewalterfahrung widmen. Von daher erscheint es sinnvoll, dieses Thema verstärkt in den Fokus zu rücken.

Frauen, die als Teenager schwanger werden: Eine Schwangerschaft in jungen Jahren birgt körperlich gesehen für die werdende Mutter nicht mehr Risiken als für ältere Frauen (eine Ausnahme bilden allerdings aufgrund der körperlichen Unreife sehr junge Schwangere im Alter von unter 15 Jahren). Ein besonderer Betreuungsbedarf ergibt sich für minderjährige Schwangere jedoch vor allem durch die häufig bestehende soziale Benachteiligung und psychosoziale Belastung, die mit einer erhöhten Rate von Frühgeburten und Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (z. B. aufgrund eines höheren Tabakkonsums in der Schwangerschaft) einhergeht. Nicht selten haben die betroffenen Mädchen die Schule noch nicht abgeschlossen oder haben keinen Ausbildungsplatz. Den ersten Kontakt zum gesundheitlichen Versorgungssystem haben Teenager – möglicherweise aus Unwissenheit oder weil sie die Schwangerschaft verdrängen –

meist erst spät, zudem nehmen sie das Vorsorgeangebot im Vergleich zu älteren Frauen seltener in Anspruch.

Im Jahr 2011 brachten 1.036 Frauen in einem Alter von unter 18 Jahren in Nordrhein-Westfalen ein lebendes Kind zur Welt, darunter waren 288 Mütter im Alter von 16 Jahren, 110 Mütter waren 15 Jahre, 30 Mütter waren jünger als 15 Jahre alt. Hier sind, auch im Hinblick auf das Kindeswohl, Betreuungskonzepte gefragt, die die Schwellen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen senken und eine enge, gut vernetzte, möglichst frühzeitige und kontinuierliche Begleitung durch verschiedene Berufsgruppen während der Schwangerschaft bis hin zur Kleinkindphase möglich machen.

Frauen mit Kaiserschnittwunsch: Im Zuge der zunehmenden Nutzerinnen- (oder auch Kundinnen-)orientierung der Krankenhäuser und anderer Gesundheitseinrichtungen lässt sich beobachten, dass Frauen vermehrt medizinische Leistungen angeboten bekommen, nachfragen und auch erhalten, die nicht medizinisch oder geburtshilflich begründet sind. So wird in einigen geburtshilflichen Abteilungen auch ein Kaiserschnitt als Serviceleistung begriffen, auf der Homepage angeboten und auf Veranlassung der Frau ohne Vorliegen einer medizinischen oder geburtshilflichen Notwendigkeit vorgenommen. Eine nicht ausreichend medizinisch begründete Schnittentbindung ist auf jeden Fall kritisch zu sehen, unabhängig davon ob sie auf Wunsch der Frau oder z. B. aus Gründen des organisatorischen Arbeitsablaufs oder der rechtlichen Absicherung durchgeführt werden. Denn aus einem Kaiserschnitt ergeben sich zusätzliche Risiken bei folgenden Geburten und es gibt Hinweise dafür, dass die kindliche Gesundheit langfristig infolge einer Schnittentbindung beeinträchtigt werden kann.

Der eigene Wunsch der Schwangeren, eine vaginale Geburt zu umgehen und stattdessen das Kind mithilfe eines Kaiserschnitts auf die Welt zu bringen, ist überwiegend auf Befürchtungen und Ängste der Gebärenden angesichts der bevorstehenden Geburt zurückzuführen. Für diese Situation stehen hierzulande bisher so gut wie keine Betreuungskonzepte zur Verfügung, obwohl Studien vor allem aus dem skandinavischen Raum gezeigt haben, dass ein psychologisch/psychotherapeutisch ausgerichtetes Beratungsangebot in Verbindung mit einer fundierten Aufklärung über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Geburtsmodi Frauen darin bestärken kann, eine vaginale Geburt anzustreben. Hier gilt es, solche Angebote verstärkt zu etablieren.

Frauen mit Migrationshintergrund: Frauen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe, so dass kaum allgemeingültige Aussagen zum Betreuungsbedarf getroffen werden können. Trotz dieser Heterogenität zeichnen sich aber Aspekte der Unter-, Über- und Fehlversorgung ab. Häufig stellen sich für Frauen aus einem nichtdeutschen Herkunftsland sprachliche Barrieren, jedoch kann auch die Angst vor der Entdeckung eines möglicherweise nicht abgesicherten Aufenthaltsstatus der Kontaktaufnahme mit geburtshilflichen Fachpersonen im Wege stehen und somit die Chancen zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit mindern. Nicht zuletzt können jedoch auch unterschiedliche Konzepte von Krankheit und Gesundheit die Inanspruchnahme von Versor-

gungsleistungen erschweren. Mit einem Anteil von 23,2% an allen Frauen, die im Jahr 2011 in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen ein Kind zur Welt gebracht haben, sind schwangere Frauen mit Migrationshintergrund zahlenmäßig eine bedeutsame Gruppe, deren mögliche Risiken, aber auch Ressourcen hier genauer betrachtet werden sollen.

Nach diesem Blick auf Frauen mit besonderem Betreuungsbedarf schließt der Bericht

→ in **Kapitel 5** mit Perspektiven und Handlungsanregungen.

Geburten je 1000 15- bis 44-jährige Frauen

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Indikator Nr. 2.10_01

2011

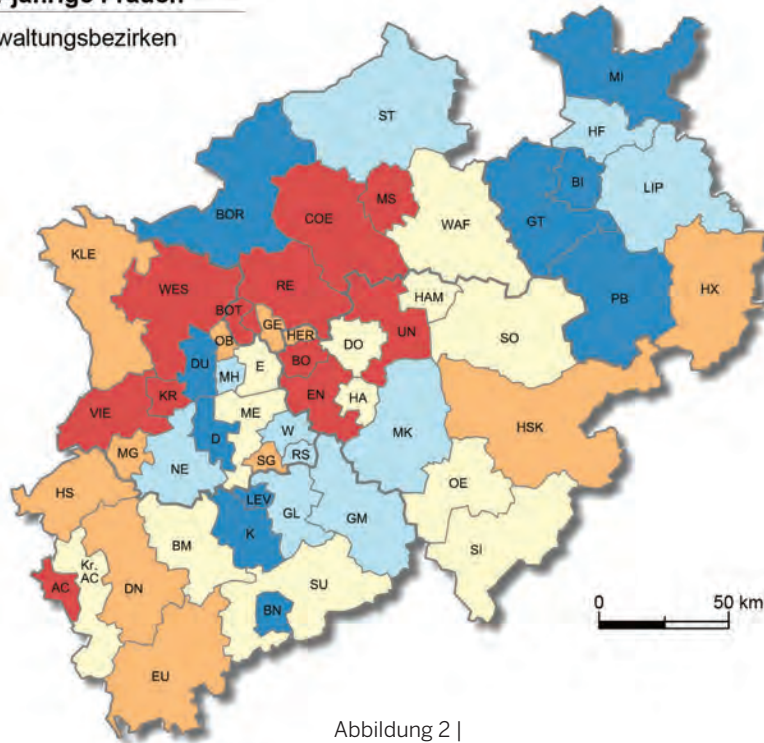
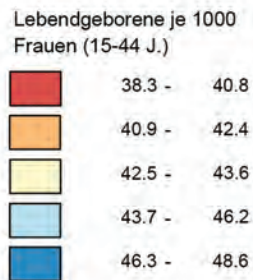


Abbildung 2 |

Geburten je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen.
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken |
IT.NRW, Indikator 2.10_01: LZG.NRW

1. KAPITEL Geburtenrate und Säuglingssterblichkeit

1.1. Geburtenrate

Die allgemeine Geburtenziffer, also die Zahl der Geburten je 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren, war bis 2006 rückläufig, steigt seitdem aber wieder an und liegt für 2011 in Nordrhein-Westfalen bei 43,5 je 1.000 Frauen. Die allgemeine Geburtenziffer ist bei deutschen Frauen mit 40,8 niedriger als bei ausländischen Frauen (57,9). Während die allgemeine Geburtenziffer bei deutschen Frauen in Nordrhein-Westfalen bereits seit 2006 wieder ansteigt, war sie bei ausländischen Frauen bis 2009 rückläufig und steigt seit 2010 wieder leicht an.

Bei der regionalen Verteilung der Geburtenrate fallen in den letzten Jahren niedrige Raten in den nordwestlichen Landesteilen auf (vgl. Abbildung 2).

1.2. Säuglingssterblichkeit

Die Zahl der Säuglingssterbefälle wie auch der Anteil der Totgeburten an allen Geburten ist seit den 1980er Jahren deutlich gesunken. 2011 starben 611 Kinder in Nordrhein-Westfalen im ersten Lebensjahr, das entspricht 4,3 Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene. Zum Vergleich: 1980 starben 14,6 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Die meisten Säuglinge (317; 52 % aller Säuglingssterbefälle) sind am Tag der Geburt oder innerhalb der ersten sechs Tage gestorben, 93 (15%) in der 2. bis 4. Woche. 201 (33%) sind im 2. bis 12. Monat gestorben.

Ländervergleich **Säuglingssterbefälle 2011**

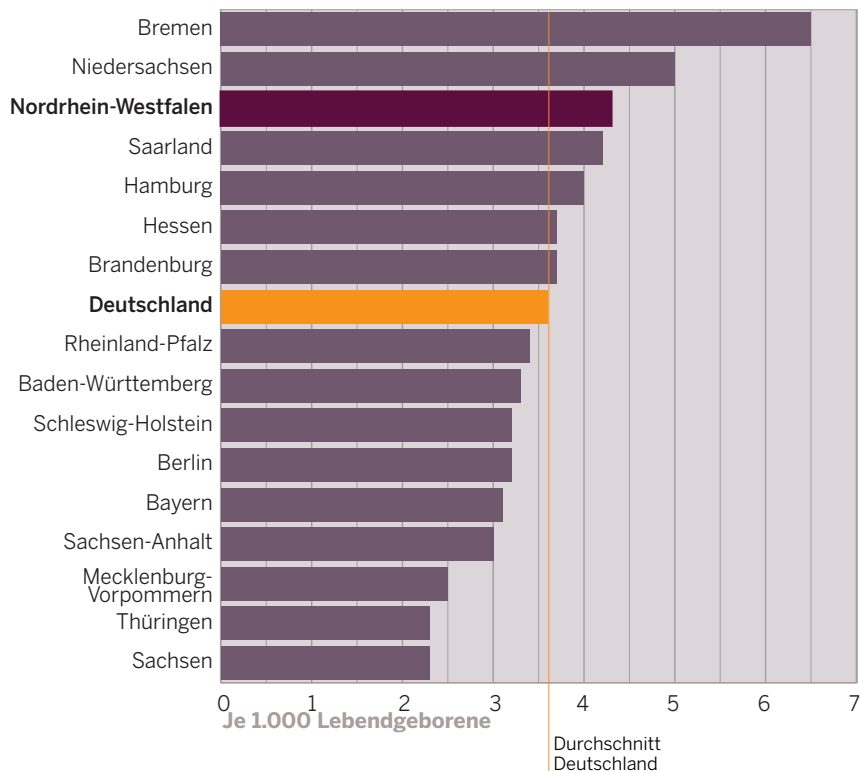


Abbildung 3 | Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene in Deutschland | gbe-bund.de, LZG.NRW

Die Säuglingssterblichkeit liegt in Nordrhein-Westfalen höher als in den meisten anderen Bundesländern: Nordrhein-Westfalen liegt nach Bremen und Niedersachsen auf dem dritten Platz (vgl. Abbildung 3).

Dass ein Säugling im ersten Lebensjahr stirbt, ist ein seltenes Ereignis, deshalb werden für regionale Analysen mehrere Jahre zusammengefasst (3-Jahres-Mittelwert). Die Analysen zeigen, dass die Säuglingssterblichkeit in den kreisfreien Städten Gelsenkirchen und Mönchengladbach am höchsten (jeweils über 6 je 1.000 Lebendgeburten), in den Kreisen Rheinisch-Bergischer Kreis, Heinsberg, Höxter und Paderborn sowie in den

Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2009 - 2011
Indikator Nr. 3.54

2009-2011

Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene

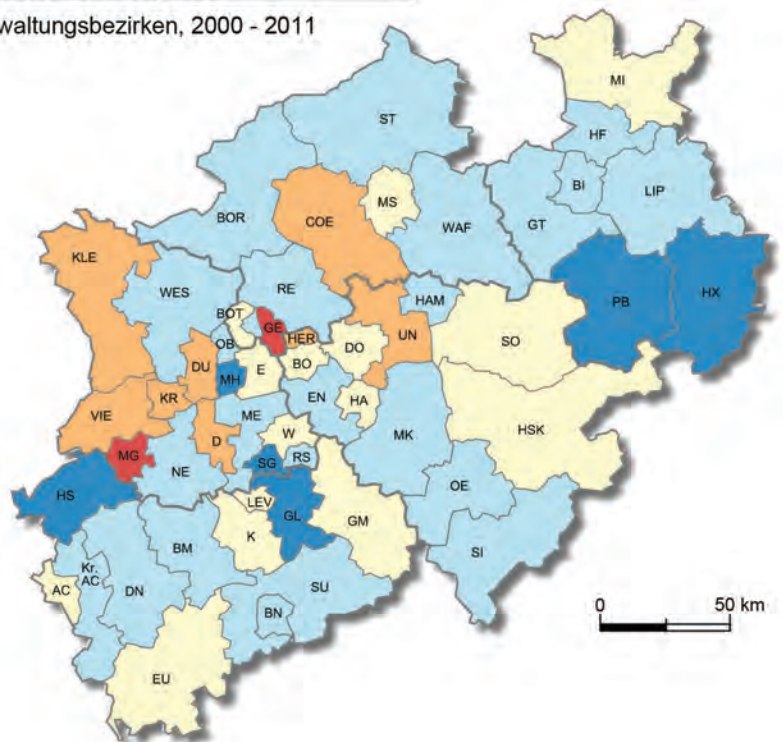
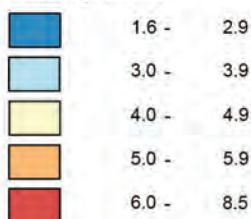


Abbildung 4 | Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken 2009-2011 | IT.NRW, Indikator 3.54: LZG.NRW

Plötzlicher Kindstod



Die Zahl der in Nordrhein-Westfalen am Plötzlichen Kindstod verstorbenen Säuglinge ist in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen. Starben 1995 noch 280 Säuglinge, waren es 2011 nur noch 22 Fälle. Nordrhein-Westfalen hat sich damit im Vergleich der Bundesländer stark verbessert. Hintergrund dieser Entwicklung sind die vielfältigen Aktivitäten der Landesregierung, die von den Kommunen aufgegriffen und verstärkt wurden. Exemplarisch sei das Aktionsprogramm „GESunder Start ins Leben“ der Stadt Gelsenkirchen genannt, das sich durch eine ressortübergreifende Kooperation auszeichnet. Explizit zur Vermeidung des Plötzlichen Kindstods erhalten seit 2009 alle Eltern bei der Entlassung aus der Geburtsklinik einen Babyschlafsack.

http://stadt.gelsenkirchen.de/de/Rathaus/Gesundheit/Gesundheitskonferenz/Gesunder_Start/default.asp?Z_highmain=17&Z_highsub=5&Z_highsubsub=2

kreisfreien Städten Solingen und Mülheim a.d. Ruhr am niedrigsten ist (jeweils niedriger als 3 je 1.000 Lebendgeborene) (vgl. Abbildung 4).

Die Sterblichkeit ist bei den männlichen Säuglingen mit 4,5 je 1.000 Lebendgeborene höher als bei den weiblichen (3,8 je 1.000) – ein Ergebnis, das sich auch bundesweit zeigt und für eine größere biologische Empfindlichkeit des männlichen Geschlechts in den ersten Lebenstagen spricht (Waldron, 2002). Bei männlichen Frühgeborenen ist z. B. das Lungengewebe oft unreifer als bei weiblichen, so dass Atemanpassungsstörungen bei ihnen häufiger sind.

10 % der verstorbenen Säuglinge waren Frühgeburten mit einem niedrigen Geburtsgewicht. Dies ist die wichtigste Todesursache im ersten Lebensjahr (siehe auch Abschnitt 3.3). An zweiter Stelle der Todesursachen stehen Schädigungen des Un- oder Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta (Mutterkuchen), Nabelschnur und Eihäuten. Im Jahr 2010 waren davon 7 % der verstorbenen Neugeborenen betroffen. Am plötzlichen Kindstod verstarben 22 Säuglinge, das entspricht 3,6 % der Säuglingssterbefälle. Diese Todesursache ist von besonderem Interesse, denn sie gilt als vermeidbar, da die Risikofaktoren bekannt sind:

- ➔ Passivrauchen in der Schwangerschaft und nach der Geburt,
- ➔ Überwärmung des Säuglings,
- ➔ Schlafen in Bauchlage und
- ➔ ungenügende Luftzirkulation

erhöhen das Risiko. Stillen und das Schlafen im eigenen Kinderbett im Zimmer der Eltern reduzieren dagegen das Risiko für plötzlichen Kindstod.

Dass sich der Anteil des plötzlichen Kindstods an allen Säuglingssterbefällen seit 2002 (15 %) deutlich verringert hat, kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass die Präventionsbemühungen Erfolge zeigen (siehe Kasten).

Äußere Ursachen (Verletzungen, Vergiftungen) sind als Todesursache sehr selten, im Jahr 2011 kamen 33 Säuglinge unter einem Jahr in Nordrhein-Westfalen durch diese Ursache ums Leben. Trotzdem erhalten sie zu Recht eine besondere Aufmerksamkeit, und nicht alle Todesfälle dieser

Anonyme Geburt und Babyklappen

1999 wurde das erste Angebot zur anonymen Kindsabgabe in Deutschland initiiert. Ziel war es, Kindstötungen und Aussetzungen zu verhindern. Darüber hinaus sollten Mütter in prekären Lebenssituationen unterstützt werden. Mit der anonymen Geburt ist gewährleistet, dass Mutter und Kind während und nach der Geburt medizinisch versorgt sind.

Nach einer Erhebung des Deutschen Jugendinstituts (Coutinho & Krell, 2011) gab es im Jahr 2011 in Nordrhein-Westfalen 21 Jugendamtsbezirke mit Babyklappen, zehn mit anonymer Geburt und vier mit anonymer Übergabe (hierbei übergibt die abgebende Person ihr Kind bei einem persönlichen Treffen). Zahlen über die Nutzung der Babyklappen und über die Effekte (z. B. verhinderte Kindstötungen) liegen nicht vor.

Am 1. Mai 2014 wird das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt in Kraft treten. Danach können sich Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft vertraulich beraten lassen und unter Pseudonym in einer Geburtsklinik entbinden. So wird zum einen die medizinische Betreuung von Mutter und Kind gewährleistet. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass das Kind mit vollendetem 16. Lebensjahr Informationen über seine Herkunft erhalten kann. Ob Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft von diesem Angebot Gebrauch machen und ob die Nutzung von Babyklappen zurückgeht, wird evaluiert.

Gruppe sind auf Unfälle zurückzuführen. Die Verhinderung von Kindstötungen ist ein wichtiges sozial- und gesundheitspolitisches Ziel und erfordert eine enge Kooperation der verschiedenen Hilfebereiche. Neben der Prävention von Kindeswohlgefährdung gelten auch anonyme Geburten und Babyklappen als wichtige Instrumente der Verhinderung von Kindstötungen.

2. KAPITEL Schwangerschaft

Wie viele Schwangerschaften es in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011 gab, lässt sich nur indirekt erschließen: Es kamen 143.097 Kinder lebend zur Welt, 557 wurden tot geboren. Für das Jahr 2011 sind darüber hinaus 22.230 Schwangerschaftsabbrüche dokumentiert. Da Fehlgeburten nicht dokumentiert werden, ist die Gesamtanzahl an Schwangerschaften unbekannt. Im Folgenden soll zunächst ein Blick auf die Schwangerenvorsorge geworfen werden, die von nahezu allen schwangeren Frauen in Anspruch genommen wird.

2.1. Schwangerenvorsorge

2.1.1. Gesetzliche Grundlagen und Struktur

Nach § 24c Sozialgesetzbuch V haben Schwangere Anspruch auf die Betreuung durch Ärztinnen oder Ärzte sowie durch Hebammen. Die Inhalte dieser Betreuung sind durch die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“, Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012) festgelegt, die für Ärztinnen und Ärzte bindend sind, aber auch im Rahmen der Hebammenbetreuung weitgehend Anwendung finden. Ihr Ziel besteht vorrangig darin, Risikoschwangerschaften und -geburten frühzeitig zu erkennen, der Schwerpunkt liegt daher auf dem Screening.

Die Kosten aller für den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit von Mutter und Ungeborenem als erforderlich angesehenen Untersuchungen und Maßnahmen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, auch die bislang zu entrichtende Praxisgebühr entfällt für diese Leistungen. Während eines regulären Schwangerschaftsverlaufs sind, wenn der Beginn der Vorsorge etwa um die 8. Schwangerschaftswoche (SSW) einsetzt, zehn bis elf Termine mit insgesamt ca. 120 verschiedenen Tests und Untersuchungen vorgesehen (Bernloehr et al., 2005). Die Schwangere kann und muss dabei selbst entscheiden, welche Untersuchungen sie vornehmen lassen will und ob sie für ihre Betreuung eine niedergelassene Gynäkologin, einen niedergelassenen Gynäkologen oder eine freipraktizierende Hebamme aufsuchen möchte. Im Fall einer Abweichung vom regulären Schwangerschaftsverlauf erfolgt in der Regel die Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes. Sollte die Frau Untersuchungen des Kindes per Ultraschall wünschen, ist dies ebenfalls nur in einer ärztlichen Praxis möglich.

Zusätzlich zu den nach den Richtlinien vorgesehenen Untersuchungen wird in ärztlichen Praxen mittlerweile auch eine Vielzahl an individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten, die privat finanziert werden müssen. Diese fallen überwiegend in den Bereich der pränatalen Diagnostik beim Kind, umfassen jedoch auch diagnostische Maßnahmen bei der Mutter, wie beispielsweise die Bestimmung des Toxoplasmose-Antikörper-Status. Insbesondere der Ultraschall übt für die werdende Mutter (und ihren Partner) eine große Faszination aus und wird über die rein medizinische



Diagnostik hinaus von vielen Frauen (und ihren Partnern) als „Babyfernsehen“ im Rahmen der IGeL nachgefragt. Für die Ärztinnen und Ärzte ergibt sich hierdurch eine lukrative Einnahmequelle: Eine 3D/4D-Aufnahme des Ungeborenen inklusive gebrannter CD oder Papierabzug kostet als IGeL etwa 40-100 Euro.¹

2.1.2. Inanspruchnahme der Vorsorge

Schwangere Frauen in Nordrhein-Westfalen nutzen die Vorsorge in der Regel kurz nach Bekanntwerden der Schwangerschaft: Rund die Hälfte der Frauen (51 %), die zur Geburt ein Krankenhaus aufsuchen, hat bis zur 9. SSW bereits die erste Untersuchung wahrgenommen. Ein weiteres Drittel findet sich spätestens bis zur 13. SSW zur Vorsorge ein, sodass sich zu Beginn des zweiten Trimesters 84 % der Schwangeren in fachlicher Betreuung befinden (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Hierin unterscheiden sich die Frauen in Nordrhein-Westfalen wenig vom Bundesdurchschnitt (AQUA, 2012).

Obwohl keine Daten darüber vorliegen, welche Berufsgruppe die Frauen während der Schwangerschaft betreut, ist davon auszugehen, dass die professionelle Begleitung der Frauen vornehmlich durch Frauenärztinnen und Frauenärzte erfolgt, da bis in die 1990er-Jahre hinein Hebammen kaum in der Vorsorge tätig waren und diese Möglichkeit vielen Frauen nicht vertraut oder nicht bekannt ist. Vor allem Frauen, die eine außerklinische Geburt planen, lassen sich jedoch vermehrt durch eine Hebamme betreuen (in der Regel ist dies auch die geburtsbegleitende Hebamme), häufig parallel zur ärztlichen Betreuung. Die Kontaktaufnahme mit Hebammen erfolgt meistens zu einem späteren Zeitpunkt: 10 % der Frauen mit außerklinisch geplanter Geburt haben bis zur 8. SSW eine Hebamme kontaktiert. Bis zur 29. SSW sind aber 85 % dieser Frauen in Betreuung einer Hebamme (Loytved, 2012).

Die Akzeptanz der Schwangerenvorsorge ist hoch: Der Großteil der Frauen (45 %) nutzt die Vorsorge in dem laut Richtlinien angebotenen Umfang (8 bis 11 Untersuchungstermine). Nur 1,8 % aller Frauen in Nordrhein-Westfalen mit einer Krankenhausgeburt nehmen vier oder weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Dem steht ein hoher Anteil an Frauen (38 %) gegenüber, die zwölf oder mehr Untersuchungstermine wahrnehmen und damit nach der Definition der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung als überversorgt gelten. Auch in der Nutzung der Ultraschalluntersuchungen zeigt sich eine (häufig von den Frauen selbst initiierte) Überversorgung: Jede vierte Frau in Nordrhein-Westfalen lässt im Verlauf ihrer Schwangerschaft mehr als fünf Ultraschalluntersuchungen vornehmen (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Für einen regulären Schwangerschaftsverlauf sind laut Richtlinien nur drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Vielen Frauen, die sich häufiges „Babyfernsehen“ wünschen, ist nicht bewusst, dass es neben schönen und beruhigenden Erlebnissen und sinnvoller Diagnostik auch die Gefahr unnötiger Verunsicherung bei geringen Normabweichungen oder durch falsch positive Befunde beinhaltet.

1 Siehe z. B. www.frauenarzt-dr-koehler.de/Schwangerschaft/Schwangerschaft_IGel/schwangerschaft_igel.html [14.07.2012]

2.1.3. Nutzen und Erreichbarkeit

Der Nutzen einer Betreuung und Begleitung von Schwangeren durch gesundheitliches Fachpersonal ist unumstritten. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben Beobachtungsstudien gezeigt, dass ein solches Angebot gesundheitlichen Problemen von Mutter und Kind vorbeugt, ohne dass jedoch geklärt ist, welche Aspekte der Betreuung zu diesem Effekt beitragen (Banta, 2003).² Die Wahrscheinlichkeit, dass das Angebot der Schwangerenbetreuung nicht oder unter der laut Richtlinien empfohlenen Frequenz genutzt wird, ist allerdings in bestimmten Bevölkerungsgruppen erhöht. Dies sind insbesondere Frauen mit sozialer und/oder psychischer Belastung: alleinstehende Schwangere, Schwangere mit Migrationshintergrund, Schwangere mit niedrigem Bildungsstatus und junge Schwangere.

So lag der Anteil der Frauen, die das Angebot der Schwangerenvorsorge höchstens im Rahmen von fünf Terminen nutzten, im Jahr 2001 insgesamt bei 2,25%. Betrachtet man nur die Frauen, die entweder gar nicht oder nur einmal die Schwangerenvorsorge aufsuchten (0,25% aller Frauen), zeigt sich, dass der Anteil unter Frauen mit einer sozialen Belastung im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv 12-fach höher liegt (3%). In der Gruppe der Frauen, die nur zwei bis fünf Vorsorgetermine nutzten, liegt der Anteil unter Frauen mit sozialer Belastung gegenüber dem Gesamtkollektiv etwa um das 5-fache höher (ca. 11% vs. 2%) (Simoès et al., 2003). Zudem geht eine hohe Sozialhilfedichte am Wohnort der Schwangeren mit einer geringeren Inanspruchnahme der Schwangerenbetreuung einher (Günter et al., 2007; Koller et al., 2009; Simoès et al., 2003).

Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass bei Frauen, die weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen nutzen, eine signifikant höhere Rate an Totgeburten, perinataler Mortalität, Verlegungen von Neugeborenen in eine Kinderklinik, Frühgeborenen und Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, schweren postpartalen Blutungen und Anämien zu verzeichnen ist (Günter et al., 2007; Koller et al., 2009; Simoès et al., 2003). Hier wird deutlich, dass gerade Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf die Schwangerenvorsorge seltener in Anspruch nehmen.

Bei der Betreuung von Schwangeren zeichnen sich demnach zwei unbefriedigend gelöste Situationen ab: Ein Großteil der Frauen, die mit einem guten Gesundheitsstatus in die Schwangerschaft gehen und ein niedriges Risiko aufweisen,³ ist überversorgt. So hat der in den Richtlinien verwendete, nur in wenigen Punkten evidenz-basierte Risikokatalog (Schild & Schling, 2009) dazu geführt, dass 75% aller schwangeren Frauen in Nordrhein-Westfalen das Vorliegen von mindestens einem der 52 Schwangerschaftsrisiken des Mutterpasses bescheinigt wird (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Dies führt zu zusätzlichen Untersuchungen und Interventionen, die weitere Eingriffe nach sich ziehen (Interventionskaskade). Frauen mit erhöhtem Risiko und Betreuungsbedarf werden jedoch

2 So gibt es durchaus auch Kritik an der Qualität der ärztlichen Schwangerenvorsorge: Beispielsweise werden nur 30% der intrauterin mangelentwickelten Säuglinge und 40% der angeborenen Fehlbildungen durch Ultraschalluntersuchungen erkannt (Jahn et al., 1999).

3 Dies sind 70-80% der Frauen (WHO, 1996).

vom Angebot der Schwangerenvorsorge viel zu häufig nicht oder nicht in ausreichendem Maße erreicht und sind unterversorgt.

Die WHO schlägt für schwangere Frauen mit niedrigem Risiko ein Betreuungsmodell vor, welches sich in mehreren Merkmalen von der in Deutschland umgesetzten Form der Vorsorge unterscheidet: Es definiert das Ziel der Schwangerenvorsorge über die Identifikation von Risiken hinaus auch darin, die Frau und ihre Familie in der Übergangsphase zur Elternschaft zu unterstützen (Di Mario et al., 2005). Dies beinhaltet, die Frau in ihren beruflichen und familiären Zusammenhängen wahrzunehmen und die dort vorhandenen Ressourcen für die Förderung ihrer Gesundheit zu nutzen. Das Modell der WHO sieht vor, die Betreuung der Schwangeren primär durch Hebammen vornehmen zu lassen. Eine solche Vorgehensweise ist nicht nur kostengünstiger, sondern bewirkt darüber hinaus, dass Frauen mit der Vorsorge zufriedener sind und sich im Hinblick auf Geburt und Säuglingspflege besser vorbereitet fühlen. Ein solches Modell führt auch zu einem besseren Ergebnis im Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind (Di Mario et al., 2005). Als ebenso effektiv wie das in Deutschland übliche Schema von regulär zehn bis elf Vorsorgeterminen hat sich laut WHO für eine normale Schwangerschaft (gesunde Schwangere ohne psychosoziale Risikofaktoren) eine Anzahl von vier Vorsorgeterminen erwiesen, wobei die betreuten Frauen jedoch einen häufigeren Kontakt wünschen. Die Akzeptanz des Modells kann jedoch gesteigert werden, wenn gleichzeitig die Möglichkeit einer telefonischen Beratung besteht (Deverill et al., 2010).

Um die Unterversorgung von Frauen mit psychosozialer Belastung zu überwinden, sind jedoch besondere Formen der Betreuung notwendig. Hier greifen vor allem Modelle, die unter Einbezug auch nicht-medizinischer Berufe eine aufsuchende Versorgungsstruktur anbieten. Zudem erweist es sich für Schwangere mit Migrationshintergrund als sinnvoll, verstärkt Frauen in die Versorgung einzubinden und Lösungen für sprachliche Barrieren zu finden (Terzioglu et al., 2006). Junge Frauen wiederum finden eher

**Loveline –
Internetportal
der BzgA,**
(www.loveline.de)

The screenshot shows the Loveline.de website interface. At the top, there is a navigation bar with links: HOME, THEMEN, EURE FRAGEN, LEXIKON, MITMACHEN, TESTE DICH, CHAT. Below this is a search bar and a menu with categories like Verhütung, Mädchen, Jungen, Liebe, Sex & Co, Aussehen, Frauenarzt, Sex & Internet. The main content area features an article titled "Schwangerschaft Bin ich schwanger?" with a sub-section "Zweifel". The article text discusses irregular periods and pregnancy tests. On the right side, there are sections for "Rat & Hilfe", "LOVELINE-COMMUNITY" with a login form, "Service" with various options like "Loveletter abonnieren" and "Broschüren downloaden", and "Eure Fragen" with a featured question "Milli, 16 Jahre: Wie funktioniert die 'Pille danach?'".

den Kontakt zu einer Fachperson, wenn die Ansprechpartnerinnen oder -partner bereits vor einer Schwangerschaft bekannt sind. In Schweden existieren beispielsweise spezielle Jugendkliniken, in denen eine Beratung zu Verhütung, Geschlechtskrankheiten o. ä. stattfindet und die als erste Anlaufstelle bei einer Schwangerschaft dienen (Kateman & Herschderfer, 2005). Ein vergleichbares Modell existiert in Deutschland bisher nicht, jedoch bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Internet-Portal an, in dem Jugendliche sich zu Themen wie Sexualität, Schwangerschaft und Verhütung informieren und chatten können und bei Bedarf an Beratungseinrichtungen weitergeleitet werden.⁴ Das Problem der mangelnden Betreuungskontinuität wird hierdurch jedoch nicht gelöst.

2.2. Schwangerschaftsberatung

Für Frauen, die sich anlässlich der Verhütung einer Schwangerschaft, im Fall eines Schwangerschaftskonflikts oder allgemein zu Schwangerschaft und Geburt persönlich beraten lassen wollen, existiert in Deutschland ein flächendeckendes kostenloses Angebot an Schwangerschaftsberatungsstellen in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, der Kommunen, der evangelischen Kirche und von donum vitae. Diese Einrichtungen bieten neben der Konfliktberatung nach §5 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) auch eine allgemeine Beratung zu Schwangerschaft und Geburt nach §2 SchKG an. Einige bieten auch in kleinerem Rahmen medizinische Beratungen und Untersuchungen durch Ärztinnen oder Ärzte an. Für die psychosoziale Versorgung und für die konkrete Unterstützung von Schwangeren in prekären Lebenslagen spielen diese Beratungsstellen eine entscheidende Rolle. Im Jahr 2010 gab es in Nordrhein-Westfalen 217 landesgeförderte Beratungsstellen, in denen in 34.509 Fällen eine Beratung nach §5 SchKG und in 93.317 Fällen eine Beratung nach §2 SchKG durchgeführt wurde.

2.3. Schwangerschaftsabbrüche

Im Jahr 2011 wurden 22.230 Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen, damit kommen auf 1.000 Lebendgeborene 155 Abbrüche. Der Anteil hat sich gegenüber 2000 (157 Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene) kaum verändert.⁵ Die meisten Abbrüche werden bei Frauen zwischen 18 und 34 Jahren durchgeführt. Bei 880 Abbrüchen war die Schwangere jünger als 18 Jahre, hierunter waren 78 Schwangere im Alter von unter 15 Jahren (vgl. Tabelle 1).

In Nordrhein-Westfalen existiert ein gut ausgebautes Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft (siehe ausführlicher Abschnitt 2.2). Hier können auch Beratungen in Anspruch genommen werden, wenn aufgrund eines pränataldiagnostischen Befundes eine Entscheidung bezüglich der Fortführung der Schwangerschaft getroffen werden muss.

4 <https://www.loveline.de/index.php> [28.09.2012]

5 gbe-bund.de, Ambulante und stationäre Schwangerschaftsabbrüche, Auswahl NRW, 2000

Alter der Mutter in Jahren	Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	je 1.000 Lebendgeborene
10 – 14	78	0,5
15 – 17	802	5,6
18 – 24	7.243	50,6
25 – 29	4.994	34,9
30 – 34	4.299	30,0
35 – 39	3.252	22,7
40 – 44	1.430	10,0
45 – 54	132	0,9
Insgesamt	22.230	155,3
darunter 15 – 44	22.020	153,9

Tabelle 1 | **Schwangerschaftsabbrüche** in Nordrhein-Westfalen 2011, nach Alter der Mutter in Jahren (ambulante und stationäre Abbrüche) | gbe-bund.de, Indikator 7.02: LZG.NRW

2.4. Schwangerschaftsrisiken

Seit Einführung der Mutterschaftsrichtlinien im Jahr 1966 werden Schwangerschaftsrisiken gut dokumentiert. Der Katalog der Risiken wurde ebenso wie die Bandbreite und Häufigkeit der Untersuchungen beständig ausgeweitet und umfasst heute 52 Befunde, die im Mutterpass festgehalten werden (siehe auch 2.2.). Bei der Fülle an Untersuchungen verwundert es nicht, dass nur bei 24,7% der Schwangeren kein Risiko festgestellt wurde (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die häufigsten Risiken. Aufgeführt sind jene Risiken, die bei mindestens 5% der untersuchten Frauen dokumentiert wurden.

Allergie	22,5
Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie etc.)	21,8
Schwangere über 35 Jahren	15,9
Zustand nach Sectio	12,9
Frühere eigene schwere Erkrankung	10,5
Adipositas	10,4
Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	5,7

Tabelle 2 | **Im Mutterpass dokumentierte Schwangerschaftsrisiken in Nordrhein-Westfalen 2011** (Angaben in Prozent, Mehrfachangaben möglich; Risiken mit einer Prävalenz $\geq 5\%$) | GS QS Nordrhein-Westfalen 2012, 5.7

Die häufigsten Schwangerschaftsrisiken sind Allergien oder Erkrankungen in der Herkunftsfamilie, von denen jeweils jede fünfte Frau betroffen ist. Bereits an dritter Stelle liegt das Alter: 15,9% aller Schwangeren sind laut Mutterpass über 35 Jahre alt. Der an vierter Stelle aufgeführte Risikofaktor „Zustand nach Sectio“ (vorheriger Kaiserschnitt), der bei 12,9% der Frauen dokumentiert wird, verweist auf ein zentrales Problem, auf das später noch einzugehen sein wird (siehe Abschnitt 4.3.): Ein Kaiserschnitt erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch eine spätere Geburt mit einem Kaiserschnitt beendet wird, da das Risiko für schwerwiegende Komplikationen (z. B. Einreißen der Gebärmutter an der Narbe) erhöht ist.

2.5. Gesundheitsriskantes Verhalten in der Schwangerschaft

2.5.1. Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum

Das gesundheitsriskante Verhalten von schwangeren Frauen verdient aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ebenfalls Aufmerksamkeit. Drogen- und Alkoholkonsum schädigen das Ungeborene. Im schlimmsten Fall kann es zu Fetalen Alkohol-Spektrumsstörungen (FAS) kommen, die mit körperlichen und kognitiven Entwicklungsstörungen verbunden sind. Tabakkonsum und Passivrauchen erhöhen das Risiko für eine Frühgeburt und/oder ein niedriges Geburtsgewicht sowie Verhaltensauffälligkeiten. Während zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Nordrhein-Westfalen keine Zahlen vorliegen, wird der Tabakkonsum im Rahmen der Vorsorge erfragt. Ein Viertel (26,0 %) der Befragten macht hierzu keine Angabe und zwei Drittel (64,4 %) geben an, nach Bekanntwerden der Schwangerschaft nicht oder nicht mehr geraucht zu haben. Etwa jede zehnte Frau (9,4 %) gibt an, weiterhin zu rauchen (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

2.5.2. Übergewicht und Adipositas

Adipositas während der Schwangerschaft ist mit verschiedenen Komplikationen für Mutter und Kind verbunden. So treten kindliche Fehlbildungen (Spina bifida,⁶ Herzfehler und Zwerchfell-Hernie) wie auch ein mütterlicher Bluthochdruck und Gestationsdiabetes häufiger auf. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind ein überdurchschnittliches Geburtsgewicht hat, ist erhöht. Diese Faktoren können wiederum weitere Komplikationen nach sich ziehen: Dazu gehören ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt sowie für eine Geburtseinleitung, eine Schulterdystokie⁷ und einen (ungeplanten) Kaiserschnitt. Kinder, deren Mütter adipös sind, werden zudem häufiger in der Neugeborenen-Intensiv-Station versorgt (Buschur & Kim; 2012, Hildingson & Thomas, 2012).

Die Klassifizierung des Körpergewichts erfolgt üblicherweise über den Body-Mass-Index (BMI). Bei einem BMI von 25,0 bis 29,9 spricht man von Übergewicht, bei einem BMI ab 30,0 von Adipositas. Laut RKI (2012) sind in Deutschland 15,2 % der Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren übergewichtig und 5,5 % adipös. Im Alter zwischen 30 und 44 Jahren sind dies 23,7 % bzw. 12,9 %. Bei der ersten Untersuchung während der Schwangerschaft wurde in Nordrhein-Westfalen bei 21 % der Frauen Übergewicht festgestellt, bei 13,7 % eine Adipositas. 14,2 % der Schwangeren nehmen während der Schwangerschaft mehr als 30 % ihres ursprünglichen Körpergewichts zu (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Für einen gesunden Schwangerschaftsverlauf sind sowohl der Ausgangs-BMI als auch die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft von Bedeutung. Adipöse Frauen sollten nach Möglichkeit nicht mehr als 5 bis 9 kg an Gewicht zulegen, bei Normalgewichtigen liegt dieser Bereich bei 11,5 bis 16 kg (Hastreiter et al., 2012).

6 Neuralrohrdefekt, „Offener Rücken“

7 Schwere Geburtskomplikation, bei der der Austritt des kindlichen Schultergürtels erschwert ist.

Frauen mit Ernährungsproblemen in der Schwangerschaft benötigen gezielte, am Lebensalltag orientierte Beratungen durch qualifiziertes Fachpersonal.

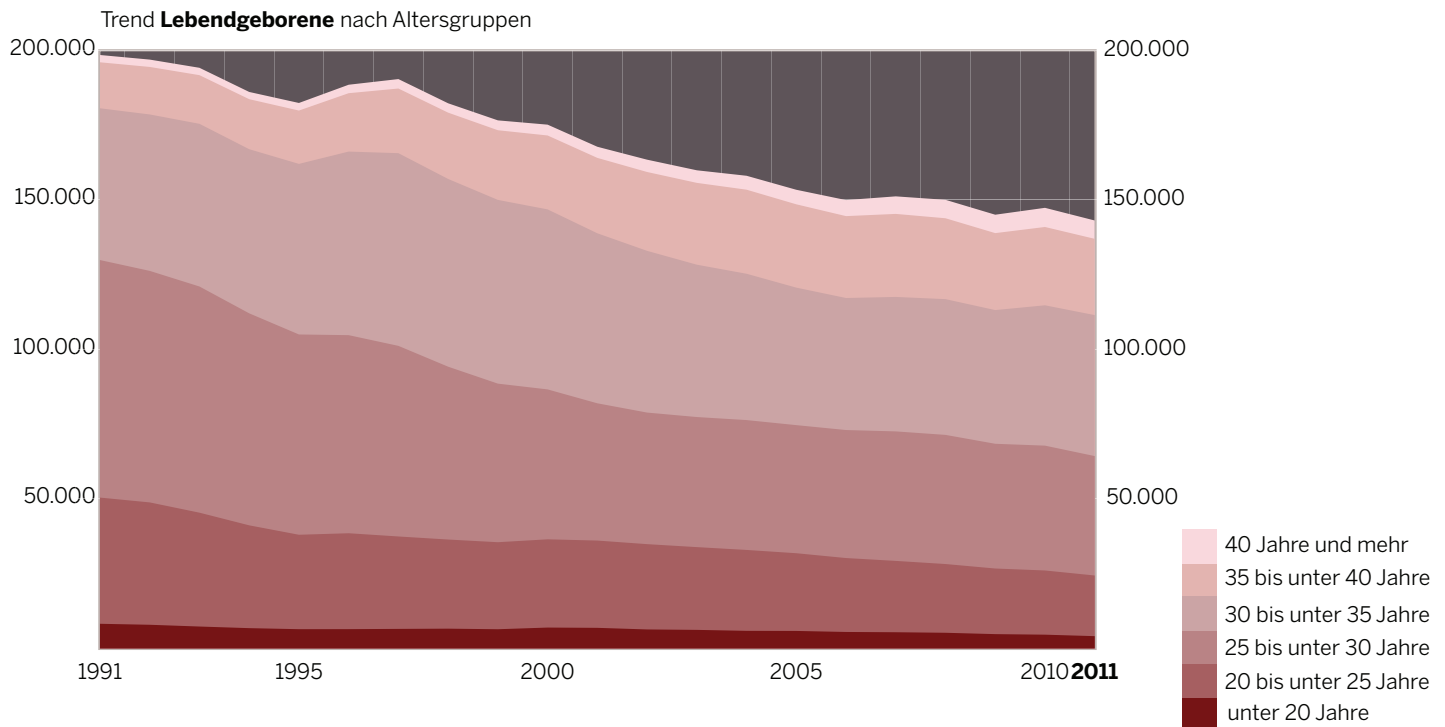


Abbildung 5 |
Lebendgeborene nach
 Alter der Mutter |
 Landesdatenbank
 NRW, LZG.NRW

3. KAPITEL **Geburt**

Im Jahr 2011 wurden in Nordrhein-Westfalen 143.097 Kinder geboren, ca. 5% mehr Jungen (73.255) als Mädchen (69.842) (IT.NRW, 2012c). Ein Drittel der Schwangeren hat bereits ein, jede fünfte Frau hat bereits zwei oder mehr Kinder (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Die Mehrheit der Kinder, etwa zwei Drittel, kommt spontan auf die Welt (Vaginalgeburt), ein wachsender Anteil (mittlerweile liegt er bei knapp 34%) erblickt mit Hilfe eines Kaiserschnitts das Licht der Welt.

3.1. Alter der Mütter

In Nordrhein-Westfalen verschiebt sich, wie im restlichen Bundesgebiet, das Alter der Mütter nach oben. Die meisten Mütter sind zwischen 25 und unter 35 Jahre (60%) alt, der Anteil der Mütter im Alter von 35 und mehr Jahren steigt kontinuierlich und liegt im Jahr 2011 bei 22,1%⁸ (vgl. Abbildung 5). Zum Vergleich: Im Jahr 2000 lag der Anteil der Mütter im Alter von 35 und mehr Jahren bei 16,2%.

Im Mutterpass wird ein Alter über 35 gesondert dokumentiert. Mit dem Alter steigt das Risiko für einige angeborene Fehlbildungen, Bluthochdruck und Diabetes (Cleary-Goldman et al., 2005; Huang et al., 2008; Luke & Brown, 2007).

⁸ eigene Berechnungen auf der Basis der Tabelle „Lebendgeborene nach Altersgruppen der Mutter (6) – Gemeinden – Jahr, Landesdatenbank NRW

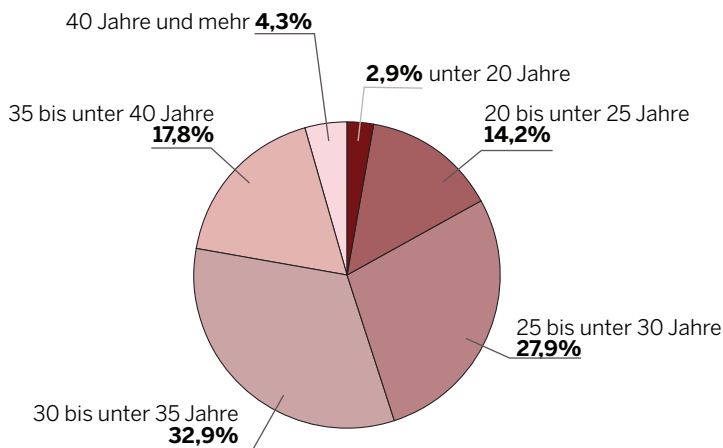
Lebendgeborene nach Altersgruppen 2011

Abbildung 6 |
Lebendgeborene nach
 Alter der Mutter 2011 |
 Landesdatenbank NRW,
 LZG.NRW

Eine Geburt vor dem 18. Lebensjahr verdient ebenfalls Aufmerksamkeit, weniger aus biologisch-medizinischen, denn aus sozialen Gründen, weil hier in der Regel nach der Geburt Unterstützung benötigt wird, um der jungen Mutter z. B. einen Schulabschluss zu ermöglichen. Im Jahr 2011 hatten 1.036 Neugeborene eine Mutter unter 18 Jahren, darunter waren 288 Mütter im Alter von 16 Jahren, 110 Mütter waren 15 Jahre, 30 Mütter waren jünger als 15 Jahre (IT.NRW, 2012c) (siehe auch Kapitel 4.2.).

3.2. Mehrlingsgeburten

Seit der Einführung reproduktionsmedizinischer Verfahren (u. a. In vitro-Fertilisation, Intracytoplasmatische Spermajektion (ICSI)) hat sich der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften erhöht, liegt aber mittlerweile bundesweit stabil bei 1,7 % (Hullen, 2004). Nach künstlicher Befruchtung werden häufig mehrere (bis zu drei) Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt, um die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Schwangerschaft zu erhöhen (DIR, 2011). Im Jahr 2011 brachten in Nordrhein-Westfalen 2.432 Frauen Zwillinge und 45 Frauen Drillinge zur Welt.⁹ Mehrlingsschwangerschaften sind mit höheren Risiken für die Kinder und die Mutter verbunden. Insbesondere ist das Risiko erhöht, dass die Kinder zu früh und/oder mit einem niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt kommen (siehe Kapitel 3.3.).

3.3. Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht

Kommt ein Baby vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) auf die Welt, gilt es als Frühgeburt. Frühgeburten haben häufig (aber nicht immer) ein geringes Geburtsgewicht (unter 2.500 g). Auch reif geborene Kinder (also nach der vollendeten 37. Woche Geborene) erreichen nicht immer ein Geburtsgewicht von 2.500 g („Small for gestational age-Babys“), wenn sie in der Schwangerschaft nicht ausreichend mit Nährstoffen versorgt werden (z. B. weil die Mutter unter einer Erkrankung leidet oder raucht).

Je früher das Baby geboren wird und je weniger es wiegt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Probleme, da die Organe noch nicht ausgereift sind. Besonders bedeutend ist die Lungenreife: Kommen Neugeborene mit unreifer Lunge auf die Welt, können sie am lebensgefährlichen Atemnotsyndrom leiden. Auch Nierenstörungen und

⁹ Tabelle „Lebendgeborene nach Art der Mehrlingsgeburt – Land – Jahr“, Landesdatenbank NRW

Hirnblutungen sind – besonders bei sehr kleinen Frühgeborenen – häufig (DGGG 2010a).

Auslöser für eine Frühgeburt sind vorzeitige Wehen, ein vorzeitiger Blasensprung oder eine Cervixinsuffizienz. Auch wenn die Gründe hierfür nicht immer klar sind, so sind doch einige Risikofaktoren bekannt. Infektionen der Mutter und bestimmte Schwangerschaftskomplikationen können ebenso eine Frühgeburt verursachen wie psychosozialer Stress. Auch eine Mehrlingsschwangerschaft ist mit dem Risiko einer Frühgeburt verbunden.

2011 kamen in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern 8,5% der Kinder zu früh zur Welt. Während 7,0% zwischen der 32. und 37. Woche geboren wurden, lag der Anteil der Frühgeburten zwischen der 28. und 32. Woche bei 0,9% und der Anteil der Frühgeburten vor der 28. Woche bei 0,6% (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Bundesweit steigt der Anteil der Kinder mit geringem Geburtsgewicht. In Nordrhein-Westfalen kamen im Jahr 2011 10.737 Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 g zur Welt, darunter 2.345 Kinder mit einem Gewicht unter 1.500 g. Das entspricht einem Anteil von 7,6% bzw. 1,6% an allen Klinikgeburten (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Im Jahr 2002 lag der Anteil noch bei 7,0% (Geburten unter 2.500 g) bzw. 1,3% (Geburten unter 1.500 g).

Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2011

Indikator Nr. 3.51

bis 1.499 g

Anzahl je 1.000
Lebendgeborene

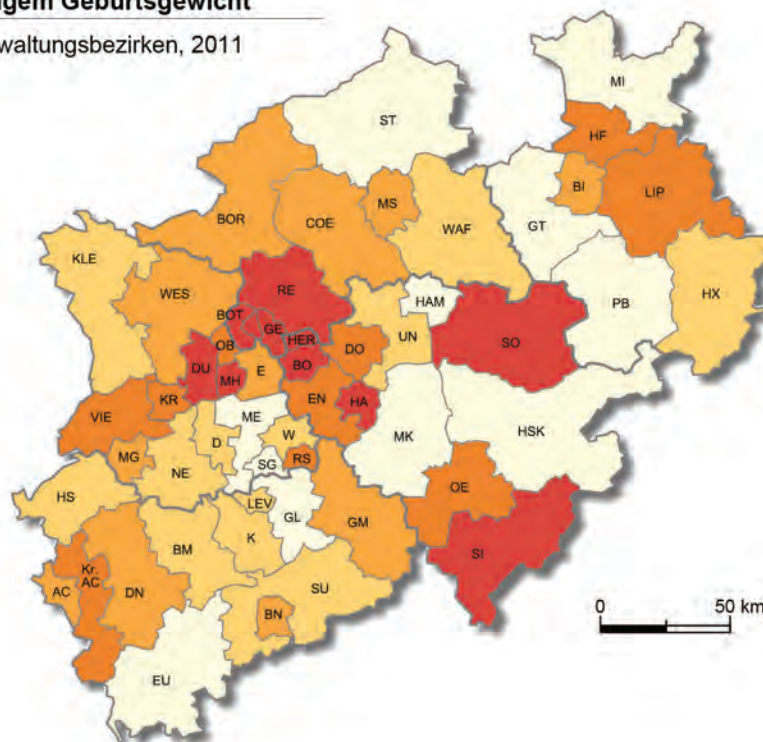
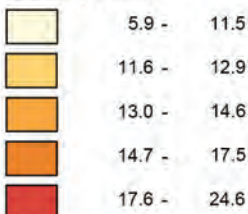


Abbildung 7 | Lebendgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, NRW nach Verwaltungsbezirken | IT.NRW, Indikator 3.5.1.: LZG.NRW

Hierbei finden sich deutliche regionale Unterschiede. So ist der Anteil an Geburten mit niedrigem Geburtsgewicht im Ruhrgebiet und einigen weiteren Kreisen höher als im Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 7).

Aufgrund der oft nachhaltigen gesundheitlichen Beeinträchtigung der zu klein und/oder zu früh geborenen Kinder sind vermehrte Präventionsanstrengungen in diesem Bereich dringend notwendig.

3.4. Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke und Zangengeburt: Zahlen zum Geburtsmodus

Detaillierte Angaben zum Geburtsmodus bei Geburten, die im Krankenhaus stattfinden, finden sich in der Perinatalstatistik. In Nordrhein-Westfalen kamen im Jahr 2010 146.282 Kinder in einem Krankenhaus zur Welt.¹⁰ Bezogen auf alle in Nordrhein-Westfalen geborenen Kinder machen sie damit einen Anteil von 98,9% aus. Von den außerklinisch geborenen Kindern (in Nordrhein-Westfalen: ca. 1.600 Kinder) kommen 99,5% spontan auf die Welt, 0,5% durch eine vaginal-operative Entbindung (mit Hilfe von Saugglocke oder Zange). Allerdings werden von den außerklinisch geplanten Geburten 15,6% während der Geburt in ein Krankenhaus verlegt. Unter diesen Geburten finden 47,4% spontan statt, 14,3% werden mit Hilfe von Saugglocke oder Zange und 38,3% durch einen Kaiserschnitt beendet (Loytved, 2012).

Auffällig ist die Entwicklung der Kaiserschnittentbindungen: Ihr Anteil stieg von 22,5% im Jahr 2000 auf 33,6% im Jahr 2010. Nordrhein-Westfalen liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 31,9%.¹¹ Innerhalb von Nordrhein-Westfalen gibt es große regionale Unterschiede. Im Jahr 2010 hatte der Kreis Olpe mit 43,1% die höchste und der Rhein-Sieg-Kreis mit 23,8% die niedrigste Kaiserschnitttrate. Variationen bei mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren (z. B. Durchschnittsalter der Mütter, Geburtsgewicht der Kinder) können den starken Anstieg und die deutlichen regionalen Unterschiede nicht erklären (Bertelsmann Stiftung, 2012).

Kaiserschnitttrate

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2010

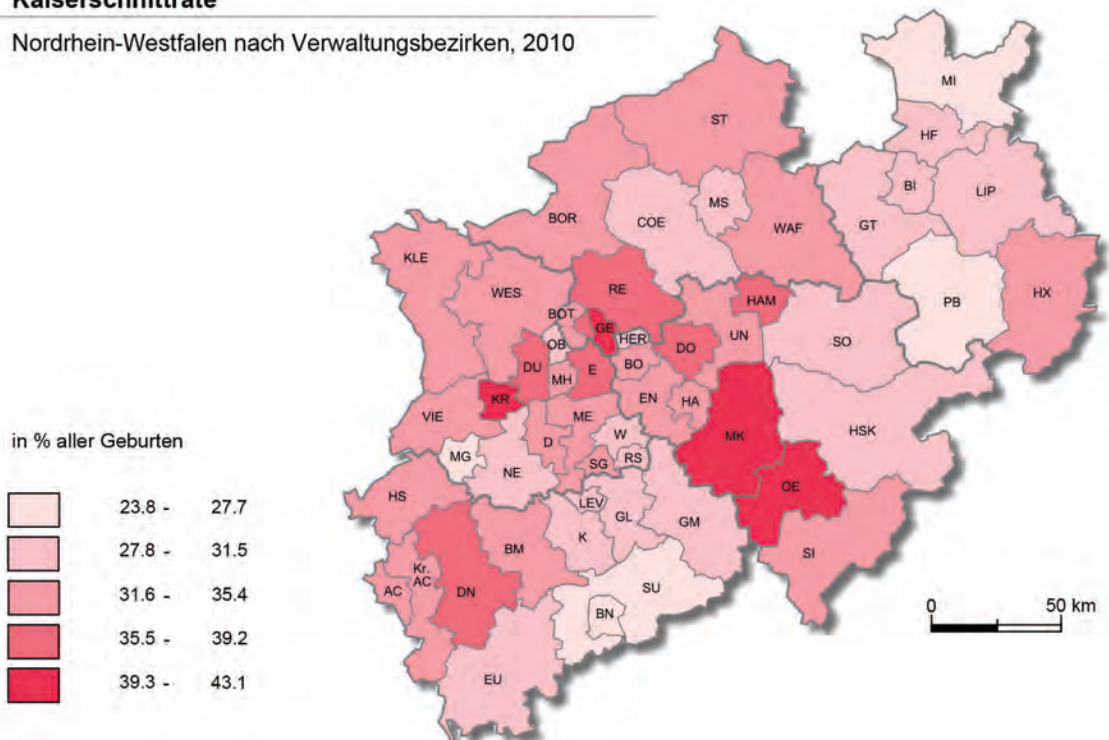


Abbildung 8 |
Kaiserschnitttrate
2010 | Bertelsmann
Stiftung, LZG.NRW

¹⁰ gbe-bund.de: In Krankenhäusern geborene Kinder (Anzahl) nach Jahren, Region, lebendgeboren/totgeboren

¹¹ gbe-bund.de: Entbindungen in Krankenhäusern nach Jahren, Region, Art der Entbindung

Die regionalen Unterschiede verweisen darauf, dass es gerade die nicht-medizinischen Faktoren sind, die das Kaiserschnittgeschehen beeinflussen. So zeigen aktuelle Analysen, dass weder das gestiegene Alter der Mütter noch Vorerkrankungen der Mütter für den Anstieg der Raten und die regionale Variation verantwortlich zu machen sind. Auch eine Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften, Beckenendlagegeburten oder Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht über 4.000 g lässt sich nicht feststellen (ausführlicher siehe Lutz & Kolip, 2006, Bertelsmann Stiftung, 2012). Vielmehr sind es strukturelle Faktoren, die hier relevant sind. So sind beispielsweise die Kaiserschnittraten in Belegkliniken höher als in anderen Kliniken. Das derzeitige Vergütungssystem scheint keine Anreize zu setzen, eine physiologische Geburt zu fördern. Die Befunde stützen die Vermutung, dass auch die Personalsituation (keine 1:1-Betreuung unter der Geburt) und die risikoorientierte Ausbildung von Geburtshelferinnen und Geburtshelfern, die auf Interventionen ausgerichtet ist und mit geringen Fähigkeiten in geburtshilflich schwierigen Situationen (Beckenendlage, Zwillingsgeburten) einhergeht, zu einer interventionsreichen Geburtsmedizin geführt hat. Hintergrund hierfür sind nicht zuletzt haftungsrechtliche Überlegungen, die die Sorge vor Geburtskomplikationen nähren und ihren Niederschlag in hohen Haftpflichtprämien gefunden haben.

Geburten mit Unterstützung durch eine Zange (0,9%) oder durch eine Saugglocke (4,9%) sind hingegen selten geworden. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Hauptgründe, die zu einem Kaiserschnitt führen. Der häufigste Grund für einen Kaiserschnitt ist eine vorherige Schnittbindung, gefolgt von „schlechten“ Herztönen des Kindes (pathologisches CTG).

Zustand nach Kaiserschnitt oder Uterusoperation	26,3
Pathologisches CTG	20,4
Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase	12,2
Beckenendlage	12,0
Absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	9,4
Vorzeitiger Blasensprung	8,9
Mehrlingsschwangerschaft	6,4
Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsphase	6,4
Mütterliche Erkrankung	5,6
Frühgeburt	5,5

Tabelle 3 | **Indikationen zum Kaiserschnitt** (Klinikgeburten 2011; nur Indikationen mit einer Häufigkeit von mindestens 5%; Mehrfachangaben sind möglich) | GS QS Nordrhein-Westfalen 2012, 5.34

Selbst wenn eine Mutter nur mit einem Kind schwanger ist (Einlingsschwangerschaft), das Ungeborene mit dem Kopf voran liegt und es sich weder um eine Frühgeburt, noch um eine Übertragung handelt (die Schwangerschaft also zwischen 37+0 und 42+0 Wochen dauerte), wird häufig ein Kaiserschnitt durchgeführt, nämlich bei 28 von 100 Geburten (28,4%; GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Mehrlinge (knapp 2% aller Geburten) kommen noch häufiger per Kaiserschnitt auf die Welt. Eine Zwillingschwangerschaft ist nicht per se ein

Grund für einen Kaiserschnitt (siehe hierzu die Empfehlung des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011)), aber meist sind weitere Risiken mit einer Mehrlingsschwangerschaft assoziiert (z. B. Frühgeburtlichkeit). Liegt der erste Zwilling in Schädellage und liegen keine weiteren Risiken vor, so empfiehlt das NICE eine vaginale Geburt (NICE, 2011). Diese britische Empfehlung wird in Deutschland nur selten umgesetzt: In fast 8 von 10 Fällen wird die Mehrlingsschwangerschaft mit einem Kaiserschnitt beendet (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Auch Beckenendlagen („Steißlagen“), die etwa 5 % aller Geburten ausmachen, kommen überwiegend mit einer Schnittentbindung auf die Welt. In mehr als 9 von 10 Fällen¹² wird hier ein Kaiserschnitt durchgeführt (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Eine vaginale Geburt aus Beckenendlage birgt Risiken für das Kind und sollte nach allgemeiner Meinung nur von entsprechend erfahrenen Geburtshelferinnen/-helfern und Hebammen begleitet werden. Um eine Geburt aus Beckenendlage zu verhindern, kommt eine „äußere Wendung“ in Betracht, bei der durch manuelle, äußere Eingriffe versucht wird, das Kind vor Geburtsbeginn in eine regelrechte Schädellage zu drehen. Der Versuch einer äußeren Wendung wird ab der 36./37. Schwangerschaftswoche empfohlen (NICE, 2011); erfahrene Geburtshelferinnen und -helfer haben eine Erfolgsquote zwischen 60 und 80 %, jedoch treten in 3 % der Fälle Komplikationen auf (Schneider & Husslein, 2006).

In jüngster Zeit wird der Anstieg der Kaiserschnitttraten auch aus politischer Perspektive diskutiert. Es ist unstrittig, dass bei ca. 10 % der Schnittentbindungen das Leben von Mutter und/oder Kind in Gefahr oder die vaginale Geburt unmöglich ist, etwa weil das Ungeborene quer liegt oder die Mutter zu verbluten droht, weil eine alte Narbe an der Gebärmutter einreißt („Uterusruptur“) (so genannte „harte/absolute Indikationen“, DGGG, 2010b). In diesen Fällen ist ein Kaiserschnitt zwingend geboten. In der Diskussion stehen „weiche/relative Indikationen“, bei denen ein Entscheidungsspielraum besteht und der häufig aus nicht-medizinischen Gründen (z. B. Personalmangel, mangelnde Kompetenzen des geburtshilflichen Personals) zugunsten einer Schnittentbindung ausgeschöpft wird (ausführlicher siehe Lutz & Kolip, 2006; Bertelsmann Stiftung, 2012).

3.5. Geburtshilfliche Versorgung

3.5.1. Ärztinnen und Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen

In Nordrhein-Westfalen gab es im Jahr 2011 insgesamt 3.975 Ärztinnen und Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, darunter 2.392 Frauen. Unter allen Frauenärztinnen und -ärzten arbeiteten 2.516 im ambulanten Bereich (1.482 Frauen). Im stationären Bereich waren 1.302 Ärztinnen und Ärzte tätig (792 Frauen). Es liegen keine Angaben darüber vor, wie viele dieser Ärztinnen und Ärzte an der geburtshilflichen Versorgung beteiligt sind.

Es ist schwierig, zu der Anzahl der praktizierenden Hebammen in Deutschland eine genaue Aussage zu treffen, da es über Hebammen bisher keine Statistik gibt und für Hebammen in den einzelnen Bundesländern

¹² Die Zahlen beziehen sich auf Kinder über 1.500g.

Familienhebammen

Als besondere Untergruppe der Hebammen sind die Familienhebammen zu erwähnen. Familienhebammen haben die Ausbildung zur Hebamme durchlaufen und sind durch eine Fortbildung besonders für die Betreuung von Frauen und Familien in psychosozialen und/oder sozioökonomischen Notlagen im Rahmen einer aufsuchenden Tätigkeit qualifiziert. Sie können ihre Hausbesuche über den für freiberufliche Hebammen durch die Gebührenverordnung gesteckten Rahmen hinweg vornehmen (bis zum ersten Geburtstag des Kindes). Die Vergütung ihrer Leistungen erfolgt daher auch nicht über Krankenkassen, sondern z. B. über Wohlfahrtsverbände, Jugend- oder Gesundheitsämter. Die Tätigkeit einer Familienhebamme umfasst u. a. die Hilfestellung zur Bewältigung des Alltags, die Vernetzung mit weiteren sozialen Unterstützungsangeboten und die Begleitung bei Behördengängen. Familienhebammen sind insofern in ihrer Funktion als Lotsinnen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Sozialwesen sowie dem Gesundheitswesen wichtige Kooperationspartnerinnen.

Der Bund unterstützt im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes mit der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ den Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der Netzwerke Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen in den Kommunen, auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen. Das Land Nordrhein-Westfalen erhält für diese Förderbereiche in 2013 rd. 9 Mio. Euro, 2014 und 2015 jeweils rd. 10,3 Mio. Euro. Ab 2016 wird mit der Einrichtung eines aus Bundesmitteln finanzierten Fonds die psychosoziale Unterstützung von Familien mit Kleinkindern in den Ländern und Kommunen dauerhaft sichergestellt.

Das Land Nordrhein-Westfalen engagiert sich stark in der Ausbildung von Hebammen. So existieren hier zehn Hebammenschulen, in denen pro Jahr etwa 450 Schülerinnen ausgebildet werden. Zudem bietet die Hochschule für Gesundheit Bochum seit dem Wintersemester 2010/2011 den grundständigen Modellstudiengang „Bachelorstudiengang Hebammenkunde“ an. Das Vollzeitstudium umfasst acht Semester inklusive der Bachelorarbeit und beinhaltet die komplette Hebammenausbildung. Mit bestandenerm Examen mit Staatlicher Prüfung zur Hebamme erhalten die Studierenden die Berufszulassung. Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums und dem Erstellen der Bachelorarbeit wird der akademische Abschluss „Bachelor of Science“ erlangt. Pro Jahrgang werden 30 bis 40 Studierende in den Studiengang aufgenommen.

Seit dem 1. Januar 2013 bietet die Katholische Hochschule – Abteilung Köln – einen dualen Studiengang in der Hebammenkunde an. Dieser schließt mit dem „Bachelor of Science Midwifery“ ab.



unterschiedliche Meldepflichten existieren. Die wenigen vorhandenen Daten sind zudem schwierig zu interpretieren, da Hebammen nicht selten zugleich angestellt wie auch freiberuflich tätig sind und klinisch wie auch außerklinisch arbeiten. Albrecht et al. (2012) beziehen sich in ihren Angaben auf die Berechnung der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes. Demnach waren in Deutschland im Jahr 2010 etwa 21.000 Hebammen beschäftigt, davon ca. 11.000 im stationären und teilstationären und ca. 10.000 im ambulanten Bereich, wobei hier von

Überschneidungen auszugehen ist. Die Hebammenverbände wiederum geben ihre Mitgliedszahlen mit rund 17.500 (Deutscher Hebammenverband, 2012), 1.000 (Bund freiberuflicher Hebammen, 2012) und 70 (Deutscher Fachverband der Hausgeburtshilfe, Loytved, 2012) an. Nicht alle in den Verbänden gemeldeten Hebammen sind jedoch aktiv, zudem ist es in den beiden erstgenannten Verbänden auch möglich, als Schülerin oder berufsfremdes Fördermitglied beizutreten.

Der überwiegende Anteil der im Krankenhaus tätigen Hebammen (ca. 6.000) übt den Beruf in Teilzeit oder im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung aus, nur ca. 2.400 Hebammen sind in Vollzeit angestellt. Zudem gibt es etwa 2.000 Hebammen, die als Beleghebammen freiberuflich in einer Klinik tätig sind. Die Anzahl der freiberuflich arbeitenden Hebammen wird auf 15.000-17.000 im Jahr 2010 geschätzt. Ein erheblicher Anteil der Hebammen übt also die freiberufliche Tätigkeit neben einer Tätigkeit als angestellte Hebamme im Krankenhaus aus. Von den Hebammen, die ausschließlich freiberuflich arbeiten, bietet etwa ein Drittel Geburtshilfe an, die zum Teil zu Hause, zum Teil in hebammengeleiteten Einrichtungen oder in Kliniken erbracht wird (Albrecht et al., 2012). Das Land wird einen Runden Tisch Geburtshilfe einrichten, um sicherzustellen, dass in Nordrhein-Westfalen trotz immer schwieriger werdender Rahmenbedingungen für die Hebammen auch weiterhin das Recht auf freie Wahl bei der Geburtshilfe gewährleistet wird. Damit leistet Nordrhein-Westfalen einen Beitrag gegen die Fehlentwicklung der steigenden Kaiserschnitttrate (Koalitionsvertrag 2012 – 2017, NRW SPD-Bündnis 90 Die Grünen NRW-Randnummern 6425-6427, 6430-6431). Im Jahr 2011 haben 566 Hebammen in Deutschland außerklinische Geburten dokumentiert (Loytved et al., 2012), allerdings besteht nicht in jedem Bundesland die Pflicht, sich an der Perinatalerhebung zu beteiligen.

Hebammenkreißsaal

Ein Hebammenkreißsaal ist in Deutschland noch ein relativ neues Versorgungsangebot, das sich in anderen Ländern (z. B. Skandinavien, Großbritannien) breit etabliert hat. In diesen Kreißsälen, die parallel zu ärztlich geleiteten Kreißsälen in Geburtskliniken eingerichtet werden, leiten Hebammen eigenverantwortlich risikoarme Geburten. Kommt es zu Komplikationen, werden die Gebärenden in einen ärztlich geleiteten Kreißsaal weiter geleitet (Sayn-Wittgenstein et al., 2005). Der Deutsche Hebammenverband hat 2012 ein „Positionspapier Hebammenkreißsaal“ erstellt (<http://www.hebammenverband.de/nachrichten/datum/2013/01/07/artikel/erfolgsmodell-hebammenkreissaal/>). Es existieren allerdings bisher keine verbindlichen Standards zur Einrichtung von Hebammenkreißsälen.

Für Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2010 2.235 im Krankenhaus festangestellte Hebammen und 2.723 ambulant tätige gemeldet. Zudem üben 220 Hebammen ihre Tätigkeit als freiberufliche Beleghebammen aus. Durch die derzeitigen Probleme im Zusammenhang mit der Vergütung von Hebammenleistungen bei steigenden Berufshaftpflichtprämien ist perspektivisch mit einer Unterversorgung an freiberuflich tätigen Hebammen zu rechnen (Albrecht, 2012).

Nach § 24 c Sozialgesetzbuch V hat eine gebärende Frau Anspruch auf ärztliche oder Hebammen-Versorgung. Nach § 4 des Hebammengesetzes sind zur Geburtshilfe (Notfälle ausgenommen) nur Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen berechtigt, wobei Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (auch bei einem Kaiserschnitt ist immer eine Hebamme anwesend). Diese Vorschrift gilt jedoch nicht umgekehrt: Für Hebammen besteht nur im Fall einer Abweichung vom regulären Geburtsverlauf die Verpflichtung, eine Ärztin oder einen Arzt hinzuzuziehen. Eine schwangere Frau kann also wählen, ob sie zur Geburt nur durch eine Hebamme oder zusätzlich auch ärztlich betreut werden möchte. Zudem kann die Frau auch entscheiden, an welchem Ort ihr Kind zur Welt kommen soll. Möglich wäre dies in ihren eigenen vier Wänden als Hausgeburt, in einer hebammengeleiteten außerklinischen Einrichtung (Geburtshaus, Entbindungsheim, Hebammenpraxis), in einem hebammen- oder in einem ärztlich geleiteten Kreißsaal innerhalb einer Klinik. Verlässt die Frau bereits wenige Stunden nach der Geburt die Klinik, spricht man von einer ambulanten klinischen Geburt.

Die verschiedenen Modelle unterscheiden sich hauptsächlich durch das Ausmaß der zur Verfügung stehenden medizintechnischen Ausstattung und den Entscheidungsspielraum der Gebärenden. Den größten Grad an Selbstbestimmung haben Frauen bei einer Hausgeburt, wo die Abstimmung über das Vorgehen allein zwischen der Hebamme und der Frau erfolgt. In einem Geburtshaus hingegen und noch eher in einer klinischen Einrichtung ist die Betreuung der Frau auch durch strukturelle und organisatorische Aspekte (z. B. Schichtdienst) oder institutionelle Regelungen (z. B. Leitlinien für bestimmte Situationen) bestimmt. Zudem lassen sich die Modelle dadurch unterscheiden, ob eine Betreuungskontinuität über den Zeitraum von Schwangerschaft und Geburt gegeben ist. Dies ist im Fall einer Hausgeburt die Regel und trifft auch auf die meisten Geburtshausgeburten zu. Auch bieten einige freiberuflich im Belegschaftssystem arbeitende Hebammen für klinische Geburten Betreuungskontinuität an. Das in Kliniken festangestellte geburtshilfliche Personal leistet jedoch überwiegend keine Schwangerenvorsorge,¹³ sodass die Entscheidung für eine Klinikgeburt normalerweise bedeutet, dass der gebärenden Frau die ihre Geburt betreuenden Personen nicht bekannt sind und sie auch aufgrund des Schichtdienstes auf die Frage, wer ihre Geburt betreut, keinen Einfluss hat.

3.5.2. Geburtshilfliche Abteilungen in Kliniken

Im Jahr 2011 gab es in Nordrhein-Westfalen 179 Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung (LZG.NRW, Indikator 6.13). Ein wachsender Anteil dieser Kliniken bietet neben einem ärztlich geleiteten auch einen hebammengeleiteten Kreißsaal an (z. B. Universitätsklinikum Bonn, St. Vinzenz-Hospital Köln, Klinikum Niederberg in Velbert, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, St. Johannisstift Paderborn und Klinikum Essen Süd).

In einem ärztlich geleiteten Kreißsaal erfolgt die Betreuung der Frau primär durch die Hebamme, jedoch ist von Beginn an auch eine Ärztin oder

13 Eine Ausnahme bilden hier manche der angestellten Hebammen, die neben der Klinik-tätigkeit auch freiberuflich Schwangerenvorsorge anbieten.

ein Arzt über den Verlauf der Geburt informiert und auf jeden Fall bei der Geburt des Kindes anwesend. In einem Hebammenkreißsaal liegt die Betreuung der Geburt vollständig in der Verantwortung einer Hebamme. Der Einbezug einer Ärztin oder eines Arztes erfolgt hier nur bei Abweichungen von einem normalen Geburtsverlauf.

Laut Krankenhausplan aus dem Jahr 2001 stehen in Nordrhein-Westfalen neben den Kliniken für die geburtshilfliche Regelversorgung 16 Perinatalzentren¹⁴ und 26 Kliniken mit geburtshilflich-neonatologischem Schwerpunkt¹⁵ für die Versorgung von Neugeborenen mit besonderem Behandlungsbedarf zur Verfügung (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, 2001). Am 23.7.2013 wurde der neue Krankenhausplan NRW 2015 in Kraft gesetzt, daher können sich die angegebenen Zahlen zukünftig ändern (www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php). In den Fachabteilungen für Frauenheilkunde/Geburtshilfe gab es im Jahr 2011 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 8.925 Betten, davon 3.615 Betten in rein geburtshilflich ausgerichteten Abteilungen. Im Durchschnitt stehen in Nordrhein-Westfalen in den Abteilungen für Frauenheilkunde/Geburtshilfe 110 Betten pro 100.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren zur Verfügung [LZG.NRW, Indikator 6.13]. Die Kreise Rhein-Erft, Coesfeld, Rhein-Sieg und Höxter sowie die Stadt Bochum erweisen sich jedoch als vergleichsweise gering mit Betten in den Fachabteilungen für Frauenheilkunde/Geburtshilfe ausgestattet (54,7; 56,7; 64,2; 65,8 bzw. 61,4 Betten pro 100.000 Frauen ab 15 Jahren), wobei die Bettennutzung (durchschnittliche Belegungsrate) im Bereich von 45-82 % liegt.

Die Erreichbarkeit der klinischen geburtshilflichen Abteilungen ist erwartungsgemäß in Ballungsräumen größer als in ländlichen Gebieten. So können deutschlandweit betrachtet 97 % der Frauen in Kernstädten eine geburtshilfliche Klinik innerhalb eines Radius von weniger als 5 km erreichen, im ländlichen Raum liegt die durchschnittliche Entfernung hingegen bei etwa 9 km (Albrecht et al., 2012). In Bezug auf die Erreichbarkeit klinischer geburtshilflicher Abteilungen in Nordrhein-Westfalen gibt es unterschiedliche Angaben: Laut Albrecht et al. (2012) besteht in keinem Kreis eine größere Entfernung zur nächsten geburtshilflichen Abteilung als 15 km (Luftlinie). Nach Angaben der Landesregierung sind als weiteste Entfernung im Regierungsbezirk Detmold 50 (Straßen-)km und im Bezirk Köln 40 (Straßen-)km zur nächsten klinischen geburtshilflichen Abteilung zurückzulegen (Landtag Nordrhein-Westfalen, 2011).

Die durchschnittliche Verweildauer nach einer Geburt ist in den letzten zehn Jahren deutlich zurückgegangen: Sie lag 1991 noch bei 7,4 Tagen und wird für das Jahr 2010 mit 4,3 Tagen angegeben. Nordrhein-Westfalen weist zusammen mit Thüringen im Vergleich der Bundesländer dabei mit 4,5 Tagen noch die längste Verweildauer auf (im Jahr 2011 ist die

14 Enger organisatorischer und räumlicher Verbund einer oder mehrerer Geburtskliniken und einer Kinderklinik mit mindestens zehn Intensivbehandlungsplätzen bei einem Einzugsgebiet mit jährlich mindestens 5.000 Geburten und einem hohen Anteil an Risikogeburten.

15 Organisatorischer Verbund zwischen geburtshilflicher Klinik und Kinderklinik mit mindestens vier neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen und eigenem Neugeborenen-Notfallarzt-Dienst zur Betreuung von mindestens 3.000 Geburten jährlich in einem Radius bis zu 50 km.

Verweildauer nach der Geburt in NRW auf 4,4 Tage gesunken, LZG.NRW, Indikator 7.29). Die kürzere Verweildauer in Verbindung mit dem allgemeinen Geburtenrückgang bewirkt einen relativ geringen Bettennutzungsgrad: Dieser beträgt deutschlandweit durchschnittlich für die geburtshilflichen Abteilungen 65,8 %. Nordrhein-Westfalen liegt mit einem Nutzungsgrad von 53 % vor dem Saarland an vorletzter Stelle (Albrecht et al., 2012).

3.5.3. Geburtshäuser

Für die Betreuung von Geburten stehen in Nordrhein-Westfalen auch 22 Geburtshäuser zur Verfügung, 6 davon in Nordrhein und 16 in Westfalen-Lippe (Landtag Nordrhein-Westfalen, 2011). Geburtshäuser sind selbständige, von Hebammen geführte Einrichtungen, in denen die Betreuung der Schwangeren und Gebärenden unter der Leitung von Hebammen erfolgt. Die Wochenbettbetreuung findet dann in der Regel im Haus der Frau statt. Für die Frauen können in diesem Modell zusätzliche Kosten entstehen, da die Rufbereitschaftspauschale für die freiberuflich arbeitenden Hebammen (zurzeit ca. 300-400 Euro) bisher nur von wenigen Krankenkassen erstattet wird. Dies gilt auch für Hausgeburten.

3.6. Geburtsrisiken und Geburtskomplikationen

Unter der Geburt werden – auch aus forensischen Gründen – Komplikationen häufig dokumentiert, nur bei 21,4 % der Geburten wird kein Risiko in der Dokumentation genannt (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Tabelle 4 zeigt die Geburtsrisiken bei reifen Einlingen in Schädellage, die zwischen der 37+0 und 42+0 Schwangerschaftswoche geboren werden (und damit weder Frühgeburten sind noch übertragen wurden). Die Tabelle zeigt auch, wie häufig diese Komplikationen unter der Geburt zu einem Kaiserschnitt führen.

Ein vorangegangener Kaiserschnitt erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch die nachfolgende Geburt mit einer Sectio beendet wird, denn über zwei Drittel der Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt erhalten eine Schnittentbindung (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Der Grund für die häufigen Schnittentbindungen nach einem vorherigen Kaiserschnitt ist die Annahme, dass eine vaginale Geburt nach einer Sectio zu gefährlich sei. In der Tat steigt nach einer Sectio das Risiko für schwerwiegende Komplikationen (z. B. ein Aufreißen der Gebärmutter), diese sind jedoch sehr selten.

Risiken	Anzahl	%	davon Kaiserschnitt
Reifgeborene Einlinge in Schädellage	119.955	100,0	
Pathologisches CTG	20.503	17,1	38,3 %
Zustand nach Sectio oder Uterus-OP	17.670	14,8	68,2 %
Geburtsdauer >= 12 Stunden	8.200	6,9	22,6 %
Protrahierte Geburt (Eröffnungsperiode)	6.100	5,1	78,5 %
Absolutes oder relatives Missverhältnis Kopf – Becken	4.921	4,1	89,6 %

Tabelle 4 | **Dokumentierte Geburtsrisiken bei reifen Einlingsgeburten in Schädellage in Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011** (Mehrfachangaben sind möglich)
| GS QS Nordrhein-Westfalen 2012, 3.16

NICE (2011) spricht deshalb in seiner jüngsten Leitlinie die Empfehlung aus, Frauen mit bis zu vier vorherigen Schnittentbindungen bei ansonsten unkomplizierter Schwangerschaft angemessen über die Risiken zu informieren und ihnen eine Überwachung der kindlichen Herztöne unter der Geburt anzubieten, zudem als Geburtsort eine Klinik zu wählen, in der ggf. eine Bluttransfusion möglich ist. Ein routinemäßiger Kaiserschnitt wird hingegen nicht empfohlen. Ähnlich formuliert es die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, 2007) in ihrer S1-Leitlinie zur Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt: „Eine vaginale Entbindung bei Zustand nach Sectio ist in vielen Fällen möglich und erfolversprechend“ (DGGG, 2007, S. 7).

Jedes zehnte Kind liegt nicht in der „einfachsten“ Geburtsposition: 4,6 % liegen mit dem Becken voran (Beckenendlage, „Steißgeburt“), 0,4 % liegen quer und bei weiteren 5,2 % gibt es eine Komplikation der Kopfeinstellung im Becken (so genannte „regelwidrige Schädellage“, GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Kinder in Beckenendlage, bei denen keine weiteren Risiken vorliegen, kommen bei vier von fünf Geburten (83,5 %) mit einem geplanten Kaiserschnitt auf die Welt (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012), obwohl auch hier die DGGG unter Berücksichtigung der Qualifikation der Geburtshelferinnen und -helfer und Ausschluss weiterer Risiken zu einer vaginalen Geburt rät (DGGG, 2010c).

Trotz der Vielzahl an dokumentierten Risiken und Komplikationen kommen die meisten Kinder gesund zur Welt. Nur zwei von 10.000 Kindern sterben unter der Geburt, drei bis vier von 1.000 Kindern werden tot geboren. In den meisten Fällen handelt es sich um Geburten deutlich vor dem errechneten Geburtstermin (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Sechs von 1.000 Kindern kommen mit einer Anpassungsstörung der Atmung oder des Kreislaufsystems auf die Welt, besonders betroffen sind auch hier Frühgeborene. Acht von 1.000 Kindern werden mit einer Fehlbildung geboren (besonders häufig des Kreislauf- oder des Nervensystems), zwei von 1.000 leiden an einer Infektion oder kommen mit einer Lungenentzündung auf die Welt (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Auch auf mütterlicher Seite sind Geburtsverletzungen relevant. Bei 39,5 % der Frauen, die spontan gebären, werden Geburtskomplikationen berichtet (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Besonders häufig sind Dammrisse unterschiedlichen Schweregrades (als leichtere Verletzungen: Grad I: 16,4 %, Grad II: 18,9 %, als schwerere Verletzungen: Grad III: 1,9 %, Grad IV: 0,2 %), andere Weichteilverletzungen (z. B. Scheidenriss; insgesamt 27,1 %) und Störungen der Lösung der Plazenta (3,2 %; Mehrfachangaben sind möglich). Abgesehen von höhergradigen Dammrissen sind meist keine weitergehenden Behandlungen notwendig, die genannten Störungen können aber mit einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens, Schmerzen, Inkontinenz und weiteren Komplikationen einhergehen (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

3.7. Geburtshilfliche Interventionen

Interventionen unter der Geburt sind im Krankenhaus häufig und sie beginnen bereits zu einem frühen Zeitpunkt. Bei 8,2% der Geburten wird die Reifung des Muttermundes medikamentös unterstützt, jede fünfte Geburt (22,7%) wird medikamentös eingeleitet und/oder die Fruchtblase wird geöffnet. Der Hauptgrund für die Geburtseinleitung liegt in der Überschreitung des Geburtstermins (bei 32,8% der eingeleiteten Geburten als Grund angegeben), ein weiterer wichtiger Grund liegt im vorzeitigen Blasensprung (24,3%) (zu den weiteren Gründen siehe Tabelle 5).

Mehr als zwei Drittel aller Geburten (68,7%) erfolgen unter Anästhesie. Während die Vollnarkose (7,0%) selten ist und in der Regel nur bei einem Notkaiserschnitt erfolgt, werden Epi-/Peridural- und Spinalanästhesien häufig durchgeführt (32,0%/22,4%; GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

Risiken	Anzahl	%
Überschreiten des Termins	10.301	32,8
Vorzeitiger Blasensprung	7.641	24,3
Plazentainsuffizienz	2.246	7,1
Gestose/Eklampsie	1.497	4,8
Intrauteriner Fruchttod	251	0,8

Tabelle 5 | **Gründe für die Geburtseinleitung** | GS QS Nordrhein-Westfalen 2012, 1.3

Auf die Häufigkeit von Kaiserschnitten, der wohl gravierendsten geburtshilflichen Intervention, wurde bereits eingegangen. Mehr als jede dritte Geburt in Nordrhein-Westfalen endet mit einem Kaiserschnitt. Aber auch andere Eingriffe sind häufig. So wird bei jeder vierten Frau, die ihr Kind im Krankenhaus vaginal auf die Welt bringt, ein Dammschnitt gemacht (25,5%; GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Bei außerklinischen Geburten (Hausgeburten, Geburtshaus) beträgt der Anteil 5,1% (Loytved, 2012).

Eine Intervention, die nur selten als solche wahrgenommen wird, ist die Überwachung der Geburt mit einem Herzton-Wehenschreiber (CTG, Cardiotokografie). Fast alle Frauen (94,5%), die in einer Klinik gebären, werden an ein CTG angeschlossen (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Bei zwei Dritteln läuft das CTG dauerhaft – je nach verwendeter Technik mit erheblichen Konsequenzen für die Bewegungsfreiheit (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass Mütter ihr Kind im Krankenhaus überwiegend im Kreißbett zur Welt bringen (71,2% aller Spontangeburt). Eine Spontangeburt auf dem Gebärhocker (3,2%) oder eine Wassergeburt (1,8%) sind in Kliniken recht selten (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012, 5.33), auch weil das Klinikpersonal diese Geburtsformen selten fördert. In der außerklinischen Geburtshilfe hingegen bringt die Hälfte der Frauen ihr Kind hockend oder im Vierfüßlerstand zur Welt, 17,5% im Wasser und nur 23,0% in Rücken- oder Seitenlage (Loytved, 2012).

Die dauerhafte Überwachung der kindlichen Herztöne ist aus einem weiteren Grund problematisch: Die korrekte Interpretation eines CTGs ist schwierig und zeigt intra- und interpersonell eine große Variationsbreite. Aus forensischen Gründen wird bei Unsicherheiten schnell zugunsten einer Intervention entschieden. Expertinnen und Experten sehen hierin einen

der Gründe für die steigenden Kaiserschnittraten (AKF, 2012; Niino, 2011), da die Geburtshilfe aus forensischen und haftungsrechtlichen Gründen bei Anzeichen von Pathologien eine hohe Interventionsrate hat („Interventionskaskade“, Lutz & Kolip, 2006).

4. KAPITEL **Ausgangslage und Bedarf unterschiedlicher Zielgruppen**

4.1. Frauen mit Gewalterfahrung in der Schwangerschaft

Die WHO bezeichnet Gewalt, vor allem häusliche Gewalt, als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder weltweit (Krug et al., 2002, zit. n. Hornberg et al., 2008). Obwohl keine einheitliche Definition von Gewalt existiert, wird in Studien zur Gewaltprävalenz in der Regel zwischen körperlicher, psychischer und sexualisierter Gewalt unterschieden. Zu psychischer Gewalt werden neben Formen emotionaler Gewalt wie Einschüchterungen, Drohungen und Demütigungen durch den Partner oder Personen aus dem nahen Umfeld auch Phänomene wie Stalking oder Mobbing am Arbeitsplatz gezählt. Unter sexuelle Gewalt fallen außer den strafrechtlich relevanten Formen der Gewalt (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung) auch schwere Formen sexueller Belästigung und ungewollte sexuelle Handlungen (Hornberg et al., 2008).

Schwangere Frauen sind durch Gewalt in besonderem Maße gefährdet. Dies ist nicht nur durch die verstärkte körperliche Schutzbedürftigkeit begründet, sondern zudem dadurch, dass eine Schwangerschaft immer auch emotionale und psychische Anpassungen erfordert, deshalb besteht auch in dieser Hinsicht eine besondere Vulnerabilität. Ist eine werdende Mutter Gewalt ausgesetzt, kann das Kind zu früh oder mit zu niedrigem Geburtsgewicht geboren werden, mit entsprechenden nachteiligen kurz- und langfristigen Konsequenzen im Hinblick auf seine Entwicklung. Darüber hinaus lassen neuere Studien vermuten, dass sich der während der Schwangerschaft erfahrene, mütterliche Stress langfristig negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. So gibt es Hinweise darauf, dass eine pränatale mütterliche Stressexposition mit epigenetischen Veränderungen der kindlichen Stressrezeptoren korreliert, die sich auch noch im Erwachsenenalter nachweisen lassen und langfristige Beeinträchtigungen der psychologischen Funktion zur Folge haben (Radtke et al., 2011).

4.1.1. Statistische Angaben

Nach Schätzung einer repräsentativen Studie des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ist etwa jede vierte Frau in Deutschland im Laufe ihres Erwachsenenlebens von Gewalt durch den Partner betroffen, jede zweite bis dritte Frau erfährt sexuelle oder körperliche Gewalt im häuslichen oder außerhäuslichen Kontext. Jede fünfte Frau zwischen 16 und 85 Jahren hat Verletzungen in Folge körperlicher Gewalt erlitten und jede siebte Frau gibt an, seit einem Alter von über 16 Jahren strafrechtlich relevante Übergriffe erlebt zu haben (Müller & Schröttle, 2004).

Für Deutschland allgemein und für Nordrhein-Westfalen im Speziellen liegen zur Gewalterfahrung in der Schwangerschaft kaum Daten vor. Eine Münchener Studie zeigt, dass 6,7 % der Frauen, die während der Schwangerschaft in einer Münchener geburtshilflichen Abteilung stationär aufgenommen wurden, Gewalt ausgesetzt waren (5,2 % psychischer, 2,2 %

physischer und 0,7 % sexueller Gewalt). In 44 % der Fälle ging die Gewalt von den Vorgesetzten oder Kollegen aus, gefolgt von den Partnern oder Ex-Partnern (33 %) und fremden Personen (11 %). In 7 % der Fälle waren Familienmitglieder involviert (Stöckl et al., 2010).

4.1.2. Risikofaktoren

Die Risikofaktoren für Gewalt finden sich auf der Beziehungsebene, auf der Ebene des nahen Wohnraums wie auf gesellschaftlicher Ebene. Dies gilt auch für Gewalt in der Schwangerschaft. So erhöhen finanzielle Probleme, aber auch eine kurze Beziehungsdauer, eine unbeabsichtigte Schwangerschaft, eine Kinderzahl über drei und ungenügende soziale Unterstützung das Risiko, während der Schwangerschaft Gewalt ausgesetzt zu sein (Stöckl et al., 2010).

Unklarheit besteht darüber, ob eine Schwangerschaft einen Risiko- oder einen Schutzfaktor für Gewalt darstellt. Nicht selten bildet eine Schwangerschaft den Auslöser für Gewalt: 23 % der Frauen, die über Gewalt in ihrer letzten Partnerschaft berichten, geben an, dass sie diese zum ersten Mal im Kontext von Schwangerschaft und/oder Geburt erfahren haben (Müller & Schröttle, 2004). Jedoch geben auch ein bis zwei Drittel der Frauen, die vor der Schwangerschaft Gewalt ausgesetzt waren, an, während der Schwangerschaft keine Gewalt mehr erfahren zu haben (Brownridge et al., 2011). Vor der Schwangerschaft bestehende Gewalt korreliert jedoch mit während der Schwangerschaft erfahrener Gewalt: So ist die Wahrscheinlichkeit, während der Schwangerschaft physische oder sexuelle Gewalt zu erfahren, bei Frauen höher, die auch bereits vor der Schwangerschaft physischer, sexueller oder psychischer Gewalt ausgesetzt waren (Stöckl et al., 2010).

4.1.3. Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Als Folge von Gewalterfahrungen, insbesondere denen, die schon in der Kindheit gemacht und/oder im Lebensverlauf kumuliert wurden, sind kurz-, mittel- und langfristige körperliche, psychische und psychosomatische Auswirkungen feststellbar. Neben akuten Verletzungen, funktionellen Beeinträchtigungen und dauerhaften Behinderungen werden Angst- und Bedrohungsgefühle, Leistungs- und Konzentrationsschwierigkeiten, Depressionen, der Verlust der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls sowie Suizidalität genannt, aber auch chronische Schmerzsyndrome, Magen-Darm-Störungen, Harnwegsinfektionen sowie gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien wie übermäßiger Alkohol-, Zigaretten- und Medikamentenkonsum oder selbstverletzendes Verhalten (Hornberg et al., 2008). Von den Frauen, die Verletzungsfolgen durch körperliche oder sexuelle Gewalt davontragen, weisen die meisten (89 %) Hämatome oder Prellungen auf. 4 % der Frauen berichten über Fehlgeburten (Müller & Schröttle, 2004).

Das Ausmaß der Auswirkungen von Gewalt ist nicht nur von der Schwere der Misshandlungen abhängig, sondern auch davon, ob Gewaltbetroffene und -ausübende in einer engen sozialen und emotionalen Beziehung zueinander stehen (Hornberg et al., 2008). Insofern weisen schwangere Frauen auch in dieser Hinsicht eine besondere Vulnerabilität auf, da

davon ausgegangen werden muss, dass sich Frauen während einer Schwangerschaft sowohl in emotionaler wie auch in sozialer und ökonomischer Hinsicht als stärker vom Partner abhängig erleben. Als Folge von aktueller, aber auch zurückliegender häuslicher Gewalt besteht eine stark erhöhte Gefahr, dass das Kind zu früh oder mit einem niedrigen Geburtsgewicht auf die Welt kommt (Shah et al., 2010). Die betroffenen Frauen haben häufiger die Befürchtung, das Kind könne im Mutterleib gestorben sein, weisen häufiger eine Präeklampsie¹⁶ oder eine Thrombose auf und haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für übermäßige Gewichtszunahme. Schwangere Frauen, die häusliche Gewalt erleben, weisen vermehrt gesundheitsschädliches Kompensationsverhalten wie Alkoholkonsum oder Rauchen auf. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit von Blutungen, einer Fehlgeburt und von selbstverletzendem Verhalten (Stöckl et al., 2010).

Der sich hier abzeichnende, vermehrte Betreuungsbedarf der von Gewalt betroffenen, schwangeren Frauen lässt sich nicht mit dem vorhandenen Angebot der ärztlichen Schwangerenvorsorge abdecken. Zum einen zeigt sich, dass betroffene Frauen die Schwangerenvorsorge erst später und in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen, aber auch die Qualifikation der gesundheitlichen Professionellen im Erkennen von Gewaltfolgen und im adäquaten Umgang mit der Problematik oft unzureichend ist (Hornberg et al., 2008). Ein routinemäßiges Screening auf Gewaltexposition ist nach den deutschen ärztlichen Mutterschaftsrichtlinien nicht vorgesehen,¹⁷ obwohl schwangere Frauen sich damit einverstanden zeigen oder zum Teil auch erwarten, nach Gewalterfahrung gefragt zu werden (Bailey, 2010). In Deutschland gibt es erste Ansätze, geburtshilfliches Personal (in der Schwangeren- und Geburtsbetreuung) für die Thematik zu sensibilisieren (siehe hierzu z. B. das S.I.G.N.A.L.-Projekt an der Charité, hier wird in der Geburtsklinik routinemäßig nach Gewalterfahrung gefragt). Zum anderen kann der in der ärztlichen Schwangerenvorsorge umgesetzte, hauptsächlich auf somatische Therapie ausgerichtete Ansatz den Bedarfen der von Gewalt betroffenen schwangeren Frauen kaum gerecht werden. Ansätze zu ihrer angemessenen Versorgung sind von daher darin zu suchen, Barrieren im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten für die Frauen abzubauen, eine stärkere Sensibilisierung gesundheitlicher Professioneller für die Thematik und Sicherheit im Umgang mit den Frauen zu erreichen sowie der Problematik entsprechende Unterstützungssysteme bereitzustellen.

4.1.4. Das Kölner Netzwerk „Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt“

Das Kölner Netzwerk „Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt“ ist eines der wenigen Projekte zur Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrung, die ihr Angebot explizit an schwangere Frauen richten. Es verfolgt das Ziel, Frauen, die in Verbindung mit körperlicher, sexueller

¹⁶ Schwangerschaftsbedingte Erkrankung, die mit erhöhtem Blutdruck, Eiweißausscheidung und Wassereinlagerung einhergeht.

¹⁷ In den USA besteht eine entsprechende Empfehlung z.B. durch die American Medical Association, das American College of Obstetricians and Gynecologists, das American College of Nurse-Midwives. Auch die WHO spricht sich für ein generelles Screening aus (Bailey, 2010).

oder psychischer Gewalt schwanger wurden, Gewalt während der Schwangerschaft erleben und/oder unter früheren Traumata leiden (z. B. aufgrund eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit), schnell und unkompliziert Hilfe und Unterstützung anbieten zu können. Dies wird erreicht durch den Zusammenschluss mehrerer Organisationen, Institutionen und Berufsgruppen, die in ihren Arbeitszusammenhängen mit den Themen Schwangerschaft und Gewalt in Berührung kommen. So sind in das Netzwerk zum einen die Berufsgruppen integriert, die die Schwangerenvorsorge und/oder andere Versorgungsleistungen während der Schwangerschaft anbieten (Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen), jedoch auch Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ebenso gehören auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Frauenberatungsstellen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Familienberatungsstellen und anderen psychosozialen Beratungsdiensten zum Netzwerk. Zudem stehen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte zur Klärung rechtlicher Fragestellungen zur Verfügung.

Durch die Netzwerkstruktur ist eine unkomplizierte Vermittlung an die im individuellen Fall am ehesten für die Unterstützung einer betroffenen Frau geeignete Fachperson möglich. Neben der Kontaktaufnahme durch die beteiligten Berufsgruppen wird jedoch auch über einen Internetauftritt¹⁸ auf das Betreuungsangebot aufmerksam gemacht. Besteht bei einer Frau noch kein Kontakt zu einer der teilnehmenden Personen oder Institutionen, kann sie sich an eine der drei auf Homepage oder Flyer genannten Beratungsstellen wenden und wird von dort an die adäquate Betreuungsperson weitervermittelt. Das Beratungsangebot kann auch anonym und zunächst nur telefonisch erfolgen. Über das Angebot der Krisenintervention hinaus ist im Rahmen des Netzwerks auch geplant, Informations- und Fachveranstaltungen durchzuführen und aktiv über das Thema aufzuklären und für das Thema zu sensibilisieren.

4.1.5. Das GESINE-Netzwerk Gesundheit.EN

Ein Versorgungsangebot, welches sich an alle gewaltbetroffenen Frauen wendet, ist das 2004 gegründete GESINE-Netzwerk im Ennepe-Ruhr-Kreis.¹⁹ Ähnlich wie bei dem Kölner Netzwerk steht auch bei diesem Projekt die niedrighschwellige und unkomplizierte Kontaktaufnahme und Vernetzung verschiedener Berufsgruppen zur Unterstützung und gesundheitlichen Versorgung der Frauen im Mittelpunkt. Angestrebt wird dies durch die Sensibilisierung der Professionellen im Gesundheitswesen für Art, Ausmaß und Folgen von Gewalt gegen Frauen, durch die Umsetzung grundlegender Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen sowie durch die Schaffung eines Unterstützungsnetzes für Frauen und ihre Kinder.

Vor dem Hintergrund, dass einzelne Einrichtungen und Personen mitunter mit der Unterstützung und Versorgung gewaltbetroffener Frauen überfordert sind, wird angestrebt, dass die verschiedenen Professionen aus dem Gesundheitswesen und der psychosozialen Versorgung im Rahmen der Netzwerkarbeit voneinander Kenntnis erhalten, um so eine Vermittlung

18 <http://www.schwanger-und-gewalt.de/index.html> [04.07.2012]

19 <http://www.gesine-intervention.de/> [30.09.2012]

betroffener Frauen an geeignete Betreuungspersonen über kurze Wege gewährleisten zu können.

Alle an dem Netzwerk Beteiligten verpflichten sich, sich an die folgenden grundlegenden Standards in der Versorgung gewaltbetroffener Frauen zu halten: Offenheit für das Thema signalisieren, wahrnehmen, ansprechen, adäquat reagieren und informieren. Für die Netzwerkpartnerinnen und -partner stehen Angebote zur Qualifizierung, Fortbildung und Qualitätsentwicklung zum Thema Gewalt gegen Frauen und deren Auswirkungen auf die mitbetroffenen Kinder zur Verfügung. Die Koordinierungsstelle bietet zudem eine Kommunikationsplattform zum Austausch an. Auch finden neben der Netzwerkarbeit multidisziplinäre Fachtagungen statt. Zudem ist das Netzwerk als ständiges Mitglied in die kommunale Gesundheitskonferenz sowie den „Runden Tisch zur Bekämpfung häuslicher Gewalt“ eingebunden. Von 2008 bis 2010 war das GESINE-Netzwerk gemeinsam mit Signal e. V. (Berlin) und der Rechtsmedizin der Universität Düsseldorf Träger des Bundesmodellprojektes MIGG (Medizinische Intervention gegen Gewalt), dessen Ziel die Unterstützung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für das Erkennen, die Dokumentation und den sachgerechten Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen ist.

4.2. Als Teenager schwanger sein

Mit der „sexuellen Revolution“ Ende der 1960er bis Anfang der 1970er Jahre hat sich das Sexualverhalten Jugendlicher verändert. Waren es bis dahin nur um die 10 % der Frauen und 20 % der Männer, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 18 Jahren oder darunter hatten, sind es heute etwa 60 bis 70 % der Frauen und 50 bis 60 % der Männer. Seitdem hat sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr nicht mehr wesentlich verändert: Bei mehr als 80 % der Jugendlichen liegt es im Bereich zwischen 15 bis 19 Jahren (Schmidt, 2009). Die Verhinderung unerwünschter Schwangerschaften hat gerade für junge Menschen, die sich sowohl im Hinblick auf die Persönlichkeit als auch auf die berufliche Perspektive noch in der Entwicklung befinden, eine zentrale Bedeutung.

4.2.1. Statistische Angaben

Wie zu vermuten, ist der Großteil der Schwangerschaften bei minderjährigen Frauen nicht geplant: Etwa 90 % der Schwangerschaften im Jugendalter sind über alle Altersgruppen und Bildungshintergründe hinweg ungeplant und nicht gewollt, nur etwa 2 bis 7 % der jungen Frauen geben ausdrücklich an, dass die Schwangerschaft geplant war (Block & Schmidt, 2009).

Das Verhütungsverhalten der Jugendlichen hat sich seit den 1970er Jahren wesentlich verbessert. Im Jahr 2005 benutzten 80 % der jungen Frauen beim „ersten Mal“ die Pille und/oder ein Kondom, 95 % gaben dies für den jüngsten Geschlechtsverkehr an. 1970 lagen die entsprechenden Werte noch bei 40 bzw. 60 % (Schmidt, 2009). In Nordrhein-Westfalen gaben im Jahr 2009 75 % der Mädchen und 69 % der Jungen, die mit 15 Jahren bereits sexuell aktiv waren, an, bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr mit Hilfe der Pille verhütet zu haben. Ein Kondom benutzten 72 % der

Mädchen und 77% der Jungen (WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, 2012). Dieser Tatsache ist es zu verdanken, dass in Deutschland Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei minderjährigen Frauen, verglichen mit anderen westlichen Industriestaaten, relativ selten sind (BZgA, 2009).

Die Anzahl der jungen Frauen und Mädchen, die in einem Alter unter 18 Jahren schwanger werden, lässt sich annähernd berechnen, indem man die Zahl der Lebendgeburten und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zusammenfasst. Die tatsächliche Anzahl der Teenager-Schwangerschaften ist jedoch etwas höher anzusetzen, da Fehlgeburten, die statistisch nicht erfassbar sind, und Totgeburten noch hinzugerechnet werden müssen.

Im Jahr 2010 gab es deutschlandweit 4.598 Lebendgeborene von Müttern in einem Alter unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2011b) und 4.484 Schwangerschaftsabbrüche (Statistisches Bundesamt, 2011a). Damit ist von einer Anzahl von mindestens etwa 9.100 Teenager-Schwangerschaften in ganz Deutschland auszugehen. In Nordrhein-Westfalen brachten im Jahr 2010 1.110 Frauen in einem Alter von unter 18 Jahren ein Kind lebend zur Welt (IT.NRW, 2012a). Es wurden jedoch auch 990 Abbrüche bei Frauen unter 18 Jahren vorgenommen, die ihren Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen hatten, 82 davon bei Mädchen unter 15 Jahren. Insgesamt sind also im Jahr 2010 in Nordrhein-Westfalen mindestens etwa 2.100 Teenager-Schwangerschaften zu verzeichnen gewesen. Bei einer Anzahl von 733.098 junger Frauen und Mädchen in der Altersgruppe zwischen 10 bis unter 18 Jahre im Jahr 2010 (IT.NRW, 2012b) macht dies einen Anteil von 0,29% aus.

Es sind vor allem die älteren Teenager, die schwanger werden. So sind drei Viertel der jungen Frauen 16 und 17 Jahre alt, nur 1% ist 13 oder jünger. Im Jahr 2006 wurden etwa 0,05‰ der 12-Jährigen und 7,3‰ der 15 bis 17-Jährigen schwanger. 4,3‰ entschieden sich für einen Abbruch. Diese Zahlen haben sich gegenüber jenen von 1996 kaum verändert. In diesem Jahr wurden 6,9‰ schwanger und 3,3‰ entschieden sich für einen Abbruch. Allerdings war bis zum Jahr 2001 ein Anstieg sowohl der Schwangerschafts- als auch der Abbruchraten zu verzeichnen, seitdem sind die Werte jedoch rückläufig. Insgesamt sind vor ihrem 18. Geburtstag im Jahr 2006 etwa 2,4% der Mädchen und jungen Frauen mindestens einmal schwanger gewesen und 1,4% haben einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen (Schmidt, 2009). Das bedeutet, dass heute etwa 60% aller Teenager-Schwangerschaften mit einem Abbruch beendet werden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schwangerschaft ausgetragen wird, steigt zum einen mit dem Alter der Mutter, vor allem jedoch auch mit dem Alter des Partners. Zudem wird seltener ein Abbruch durchgeführt, wenn eine geringe Schulbildung der Frau und ihres Partners vorliegt: Gymnasias-tinnen entscheiden sich häufiger dafür, die Schwangerschaft zu beenden als dies Hauptschülerinnen tun (Matthiesen & Schmidt, 2009a).

4.2.2. Risikofaktoren

Im Vergleich zu den südlichen Bundesländern sind die Geburts- und Abbruchraten bei minderjährigen Frauen in den großen Städten und den

Stadtstaaten sowie in den neuen Bundesländern relativ hoch. Die Wahrscheinlichkeit, minderjährig schwanger zu werden, wird entscheidend durch die soziale Lage beeinflusst, in der sich die Jugendlichen befinden: So ist das Risiko einer Hauptschülerin, minderjährig schwanger zu werden, etwa fünf bis sechs mal so hoch wie das einer Gymnasiastin. Darüber hinaus sind jugendliche Schwangere häufiger ohne Arbeit oder Ausbildungsplatz und haben häufiger arbeitslose Eltern. Ca. zwei Drittel der Partner von jugendlichen Schwangeren sind Hauptschüler, ca. ein Drittel ist arbeitslos. Hauptschülerinnen beginnen im Durchschnitt etwa 7 bis 8 Monate früher mit dem Geschlechtsverkehr und es wird bei ihnen ein weniger konsistentes Verhütungsverhalten vermutet als bei Gymnasiastinnen (Block & Schmidt, 2009).

Ein weiterer Risikofaktor für eine Teenager-Schwangerschaft besteht in einem nicht egalitären Geschlechterverhältnis. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft erhöht, wenn der Partner deutlich älter ist oder aus einem Kulturkreis mit traditionellen Geschlechterrollen stammt. Aber auch die Unvertrautheit mit dem Partner im Fall einer erst kurz bestehenden Beziehung macht das Auftreten einer Schwangerschaft wahrscheinlicher (Matthiesen & Schmidt, 2009b).

4.2.3. Risiken einer Teenager-Schwangerschaft

Wird eine Frau zum ersten Mal in einem Alter unter 18 Jahren schwanger, gilt die Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien als mit einem Risiko behaftet und wird im Mutterpass als Risikoschwangerschaft dokumentiert. In Nordrhein-Westfalen war dies im Jahr 2011 bei 1.115 Frauen der Fall (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012). Etwa zwei Jahre nach der Menarche²⁰ ist die Größe und die knöcherne Beckenstruktur der jungen Frauen ausgereift, ein gesundheitliches Risiko scheint sich daher vor allem für die sehr jungen Schwangeren (< 15 Jahren) zu ergeben, bei denen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Anämie, ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes und Frühgeburtlichkeit nachgewiesen wurde (Gibbs et al., 2012). Dies wird einerseits darauf zurückgeführt, dass sehr junge Mädchen in der Wachstumsphase einen vermehrten Kalorienbedarf aufweisen und bei ungenügender Nahrungszufuhr eine eingeschränkte Versorgung des Kindes im Mutterleib die Folge ist. Ein niedriges Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit wird jedoch auch mit der schwierigen Lebenslage erklärt, in der sich die jungen Mädchen befinden (Gibbs et al., 2012).

Neben Bemühungen, das Verhütungsverhalten auf hohem Niveau zu halten und möglichst zu verbessern, sollten sich im Fall einer Teenager-Schwangerschaft die Unterstützungsangebote daher vor allem auf die soziale Situation der jungen Mädchen und Frauen richten.

In Nordrhein-Westfalen existieren zahlreiche Angebote, die sich an junge Mütter in prekären Lebenslagen wenden. Vor allem über die 217 Schwangerschaftsberatungsstellen soll den betroffenen Mädchen und Frauen ein niedrigschwelliger Zugang zu den Projekten ermöglicht werden. Zudem wurde vom Landesverband der Mütterzentren ein Expertinnen-Netzwerk für Teenagermütter gegründet (www.teenagermuetter.de),

20 Erste Regelblutung

welches vom MFKJKS (Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport) in Nordrhein-Westfalen gefördert wird. Das folgende Beispiel wurde als „Modell guter Praxis“ ausgezeichnet und soll daher beispielhaft für weitere Angebote in diesem Bereich vorgestellt werden.

4.2.4. Projekt „Steps“ Herford

Das Projekt „Steps“ in Herford²¹ verfolgt das Ziel, die Selbstsicherheit, Eigenverantwortung und Handlungskompetenz von jungen Schwangeren und Müttern sowie Müttern in sozialen Problemlagen ressourcenorientiert zu stärken, um einer Überforderung vorzubeugen und mögliche negative, soziale und gesundheitliche Folgen sowohl für die Eltern als auch für die Kinder zu reduzieren. Dieses wird erreicht, indem durch die unbürokratische und schnelle Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure den Frauen frühzeitig ein kontinuierliches Gerüst zur Unterstützung angeboten wird, durch welches sie bereits während der Schwangerschaft bis in die Grundschulzeit des Kindes begleitet werden können. Als besondere Schwerpunkte der Arbeit werden drei Bereiche angesehen:

- ➔ Das frühe Erkennen von Familien mit Hilfebedarf,
- ➔ ein zeitnaher Zugang zu bestehenden und neu zu entwickelnden Hilfen,
- ➔ die Stärkung von Interesse, Kompetenzen und Verantwortung bei den Familien.

Im Rahmen von sieben Schritten („steps“) werden je nach der aktuellen Bedarfslage verschiedene Berufsgruppen in die Betreuung eingebunden, die durch die Netzwerkstruktur des Projektes in enger Zusammenarbeit tätig werden.

So ist in einem ersten Schritt angestrebt, junge Schwangere über die Betreuung durch Gynäkologinnen und Gynäkologen hinaus in eine Betreuung durch eine Hebamme zu vermitteln, um bereits während der Schwangerschaft den Grundstein für eine kontinuierliche Begleitung über die Geburt hinaus legen zu können, da Hebammen auch noch im Wochenbett tätig sind.

Im zweiten Schritt wird die Kooperation mit Klinikhebammen gesucht, um jungen Frauen, bei denen sich im Rahmen der klinischen Geburts- und Wochenbettbetreuung verstärkter Unterstützungsbedarf zeigt, weitergehende Begleitungs- und Betreuungsmaßnahmen anzubieten, beispielsweise auch durch eine „Beratungsanfrage“ an das Jugendamt.

In einem dritten und vierten Schritt werden verbindliche Gruppentreffen für die Zeit unmittelbar nach der Geburt bzw. für die sich anschließende Kleinkindzeit angeboten, die sich speziell an die jungen Mütter und Väter richten und in welchen z. B. aktuelle Fragen zu der Versorgung des Kindes, Veränderung der Partnerschaft u. ä. besprochen werden können.

Der fünfte Schritt besteht in dem Angebot von mindestens wöchentlichen Hausbesuchen durch ehrenamtlich tätige Familienbesucherinnen. Sie sollen in Fragen der Erziehung und des Alltags beratend zur Seite stehen und werden auf Wunsch der Frauen und Eltern durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes vermittelt und begleitet.

Als sechster Schritt wird ein Alleinerziehenden-Treff angeboten, in welchem Elternteile, die allein in der Erziehungsverantwortung stehen,

21 <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/steps/>[07.07.2012]

sowohl in der Gruppe als auch in Einzelgesprächen eine Beratung zur Stärkung der Erziehungskompetenz in Anspruch nehmen können und zur selbstständigen Problemlösung (beispielsweise bei Behördengängen, bei der Alltagsbewältigung, in Trennungssituationen) befähigt werden.

In einem siebten Schritt wird Kindern im Vorschulalter aus belasteten familiären Verhältnissen bis längstens zum Ende der zweiten Grundschulklasse in Einzel- oder Kleingruppensituationen zweimal wöchentlich eine Frühförderung angeboten, und ihre Entwicklung wird durch parallele Elterngespräche begleitet.

Dieses Projekt zeichnet sich vor allem durch die enge Vernetzung verschiedener Berufsgruppen und Institutionen aus: Entsprechend den unterschiedlichen Bedarfslagen ist hierdurch im lokalen Kontext eine enge Kooperation von Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialbereich möglich (Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte und Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik und Sozialarbeit). Auf diese Weise kann eine kontinuierliche, auf die individuellen Bedarfe junger Schwangerer und Mütter abgestimmte Begleitung angeboten werden. Zur Gewährleistung der Vernetzung erfolgen regelmäßige Arbeitstreffen aller Projektbeteiligten.

4.3. Frauen mit Geburtsangst und Kaiserschnittwunsch

Die meisten schwangeren Frauen sehen der bevorstehenden Geburt wohl mit gemischten Gefühlen entgegen. Nicht selten steht die Angst im Vordergrund, das Kind könne während der Geburt einen Schaden erleiden, doch sorgen sich Frauen auch, den Anstrengungen einer Geburt nicht gewachsen zu sein, Schmerzen erleiden zu müssen oder einen notfallmäßigen, medizinischen Eingriff zu erleben. Viele Frauen haben auch Befürchtungen, die sich auf die Betreuungsaspekte während einer Geburt beziehen: 58 % nennen Angst vor fachlichen Fehlern der Geburtshelferinnen und -helfer und fast die Hälfte der Frauen (48 %) weist Angst vor der Aussicht auf, während der Geburt hilflos und fremden Menschen ausgeliefert zu sein (Neuhaus & Scharkus, 1994).

Schwangere Frauen versuchen auf verschiedene Weise, ihre Befürchtungen zu bewältigen, z. B. durch den Austausch mit anderen geburtserfahrenen Frauen, Informationen über Printmedien und Internet oder auch im Rahmen einer Kreißsaalführung. Manche Frauen weisen jedoch derart ausgeprägte Ängste vor einer vaginalen Geburt auf, dass sie einen Kaiserschnitt als Geburtsmodus vorziehen, selbst wenn es keine medizinischen Gründe hierfür gibt. Nicht zuletzt wegen der Konkurrenzsituation der geburtshilflichen Abteilungen sind zahlreiche Klinikärztinnen und -ärzte bereit, eine Schnittentbindung auf Veranlassung der Schwangeren durchzuführen (s. hierzu Ausführungen im Kapitel 3.4., S. 32). So geben laut einer Studie von Habiba et al. (2006) 75 % der Geburtshelferinnen und -helfer an, eine Schnittentbindung ohne Vorliegen einer geburtshilflichen Komplikation vorzunehmen. Ein nicht geburtshilflich begründeter Kaiserschnitt wird von Kliniken mittlerweile auch als „Serviceleistung“, ähnlich einer Wannengeburt

oder einer Schmerzerleichterung durch PDA²², auf der Homepage angepriesen²³ und ebenfalls von manchen Frauen so verstanden und nachgefragt.

Starke Ängste vor der Geburt sind ärztlicherseits als Indikation für einen Kaiserschnitt akzeptiert. Die Sectio stellt in diesen Fällen den Versuch dar, durch eine technische Lösung ein psychologisches Problem zu bewältigen (Baumgärtner & Schach, 2010).

4.3.1. Statistische Angaben

Die Angaben darüber, bei wie vielen Frauen sich Geburtsängste in einem klinisch relevanten Ausmaß zeigen, bewegen sich in Abhängigkeit von Definition und Messzeitpunkt zwischen 6 bis 11 % aller Schwangeren, wobei die Angstwerte im Durchschnitt bei Erstgebärenden höher liegen (Waldenström et al., 2006; Geissbühler et al., 2005; Areskog et al., 1981). Allerdings sind es häufiger Mehrgebärende, die eine Sectio bevorzugen, z. B. wenn eine vorangegangene vaginale Geburt negativ erlebt wurde, aber auch, wenn eine vorherige Geburt mit einer Schnittentbindung beendet wurde (Hildingsson et al., 2002).

Bestehen während der Schwangerschaft starke Geburtsängste, so ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Frauen einen Kaiserschnitt anstreben und ein Kaiserschnitt auch tatsächlich durchgeführt wird (Waldenström et al., 2006; Hellmers, 2005). Der Anteil der Frauen mit Kaiserschnittpräferenz, die letztendlich auch mittels Sectio entbinden, wird mit 44 bis 67 % angegeben. 20 bis 50 % dieser Kaiserschnitte finden dabei als geplante Sectiones statt (Karlström et al., 2011; Hellmers, 2005). In Deutschland äußern 3 bis 4 % der erstgebärenden Frauen während der Schwangerschaft, dass sie eine Schnittentbindung als Geburtsmodus bevorzugen würden. Als Grund hierfür werden vor allem Ängste angegeben (Hellmers, 2005).

4.3.2. Risikofaktoren

Bestimmte soziobiographische Merkmale sowie die geburtshilfliche Vorgeschichte beeinflussen die Entscheidung für einen Kaiserschnitt. So ist die Wahrscheinlichkeit, eine Schnittentbindung als Geburtsmodus vorzuziehen, nach internationalen Studien bei Frauen im Alter von über 35 Jahren, arbeitslosen, alleinstehenden bzw. unverheirateten Frauen, bei Raucherinnen und bei Frauen, die im Ausland geboren sind, erhöht (Karlström et al., 2011; Hildingsson et al. 2002). Sie ist ebenfalls bei Frauen erhöht, deren Schwangerschaft nicht geplant war, die einen Schwangerschaftsabbruch erwogen haben, die im Rahmen der Familiengründung nur ein Kind planen, die negative Gefühle im Hinblick auf eine vorangegangene Geburt haben und die ihre Gesundheit weniger positiv einschätzen (Karlström et al., 2011; Hildingsson et al., 2002). Auch korrelieren depressive Symptome während der Schwangerschaft, ein geringes Selbstwertgefühl und Unzufriedenheit mit dem

22 Periduralanästhesie

23 Siehe Flyer des Helios Klinikums Berlin-Buch „Geburt in Berlin-Buch“: <http://www.helios-kliniken.de/klinik/berlin-buch/fachabteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtshilfe/kreisssaal.html> oder auch die Webseite des Krankenhauses Salem, Heidelberg: <http://gynaekologie-im-salem.de/index.php?id=116> [12.7.2012]

Leben und der Partnerschaft mit der Bevorzugung einer Sectio (Fuglenes et al., 2011; Hildingsson et al., 2002). Die Kaiserschnittpräferenz wird darüber hinaus häufiger von Frauen geäußert, die in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch und/oder Gewalt erlitten haben (Kringeland et al., 2009).

4.3.3. Gesundheitliche Auswirkungen eines Kaiserschnitts

Die Mortalität von Mutter und Kind bewegt sich sowohl bei einer vaginalen Geburt wie auch bei einem Kaiserschnitt auf äußerst niedrigem Niveau. Durch Verbesserungen im Hinblick auf die Operations- und Nahttechnik, die Anästhesie, durch Infektions- und Thromboseprophylaxe ist die Durchführung eines geplanten Kaiserschnitts für Mutter und Kind mittlerweile mit Blick auf kurzfristige Outcomes als fast so sicher wie eine vaginal angestrebte Geburt einzuschätzen (NICE, 2011). Zu zahlreichen mittel- wie langfristigen Auswirkungen – auch auf die psychische Gesundheit von Mutter und Kind – liegen jedoch keine soliden Ergebnisse vor.

Die wichtigsten nachteiligen Auswirkungen einer Schnittentbindung beziehen sich auf Risiken bei folgenden Schwangerschaften und Geburten: So besteht nach einem Kaiserschnitt aufgrund von Narbenbildung in der nächsten Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für eine Einnistungsstörung und Störungen der Plazentaentwicklung und -lösung. Das Risiko für Fertilitätsstörungen ist daher erhöht und das Risiko für eine Totgeburt ist nach einem Kaiserschnitt im Vergleich zu dem Zustand nach einer vaginalen Geburt verdoppelt. Bei nachfolgenden Geburten kommt es vermehrt zu Blutungen, Bluttransfusionen und Hysterektomien,²⁴ auch ist das mütterliche Mortalitätsrisiko erhöht. Zudem ist das Risiko für eine Uterusruptur,²⁵ die ohne eine vorangegangene Schnittentbindung äußerst selten vorkommt, nach einer Sectio um mindestens das 8,5-Fache erhöht (Jackson et al., 2011). Im Hinblick auf die Kindergesundheit nach Sectioentbindung liegen Hinweise darauf vor, dass infolge einer Schnittentbindung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von immunologischen Krankheiten (Asthma, Allergie, Diabetes Typ 1, Leukämie während der Kindheit) und Hodenkrebs besteht (Schlinzig et al., 2009), allerdings liegen hier nur wenige Studien vor, sodass derzeit keine zuverlässigen Aussagen getroffen werden können.

Im Vorfeld eines jeden Kaiserschnitts müssen Frauen über die Risiken der geplanten Operation und mögliche Alternativen informiert und aufgeklärt werden, um ihnen eine Entscheidung in Kenntnis der Vor- und Nachteile des geplanten Vorgehens zu ermöglichen. Anders als in anderen Ländern (z. B. Großbritannien, siehe NICE, 2011) liegen derzeit kaum evidenzbasierte Informationsmaterialien dafür vor. Aufgrund der oben beschriebenen nachteiligen Folgen einer Sectio sollte die Interventionsrate so niedrig wie möglich gehalten werden. Selbst wenn die Entscheidung für einen Kaiserschnitt durch Geburtsängste der Frau begründet ist, sollten Frauen die Möglichkeit erhalten, eine Alternative zur Durchführung einer Schnittentbindung in Erwägung zu ziehen. Denkbar wäre z. B., den betroffenen Frauen eine (bei Bedarf psychotherapeutisch ausgerichtete) Beratung anzubieten (siehe hierzu auch die Empfehlungen des NICE, 2011).

24 Gebärmutterentfernungen

25 Zerreißen der Gebärmutter

4.3.4. Psychologische Beratung bei Wunsch nach geplantem Kaiserschnitt in Berlin/Westend

Vor einem geplanten Kaiserschnitt ist ein medizinisches Aufklärungsgespräch durch das ärztliche Personal im Rahmen der Geburtsplanung obligat und in allen geburtshilflichen Kliniken üblich. Eine psychologische oder psychotherapeutische Beratung im Fall eines angstbegründeten Kaiserschnittwunsches hingegen bieten bisher nur äußerst wenige Kliniken an.²⁶ In der DRK Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Berlin/Westend wird dieser Ansatz umgesetzt (Rosemeyer et al., 2009). Nach dem Betreuungskonzept der DRK Klinik Berlin/Westend werden alle Frauen, die beim Aufnahmegespräch zur Geburtsplanung (dies findet etwa acht Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin statt) ohne geburtshilfliche Notwendigkeit einen Kaiserschnitt als Geburtsmodus anstreben, psychologisch beraten. Das Beratungsangebot erfolgt durch die klinikinterne Psychologin und/oder den Chefarzt der Klinik. Das Ziel des Beratungsgesprächs besteht darin, die individuelle Motivation der Frau zur Schnittentbindung zu klären und sie zu einer Spontangeburt zu motivieren. Alle Frauen erhalten die Zusicherung, dass sie beim Versuch einer vaginalen Geburt diese jederzeit abbrechen und sich für eine Sectio entscheiden können, wenn sie ihre physische oder psychische Belastbarkeitsgrenze erreicht sehen. Zeichnet sich in der Beratung ab, dass die Geburtsängste bestehen bleiben, wird ein geplanter Kaiserschnitt aus psychischer Indikation durchgeführt.

Von 57 Frauen, die in einem Zeitraum von 18 Monaten beraten wurden, entschieden sich fünf für eine Geburt in einer anderen Klinik. Vier Frauen erhielten einen geplanten Kaiserschnitt aus medizinischer Indikation, bei 24 Frauen wurde eine Sectio aus psychischer Indikation durchgeführt. 24 Frauen entschlossen sich nach der Beratung, eine vaginale Geburt zu versuchen, davon brachten letztendlich 18 ihr Kind auch vaginal auf die Welt. Bei den übrigen sechs Frauen, die einen ungeplanten Kaiserschnitt erhielten, waren drei medizinisch und drei psychisch veranlasst. Bei einer nachfolgenden Befragung zur Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot schätzten 59 % der Frauen diese als sinnvoll ein und 86 % fühlten sich ernstgenommen. Die Mehrheit der Frauen, die ihr Kind vaginal auf die Welt brachten, wollten dies bei der nächsten Geburt wieder tun (Rosemeyer et al., 2009).

4.4. Zugangsbarrieren für Frauen mit Migrationshintergrund

4.4.1. Statistische Angaben

Im Jahr 2011 betrug der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland (Personen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen) ca. 9 % (7.37 Mio.), nicht ganz die Hälfte davon waren Frauen (48,8 %). Knapp zwei Millionen Frauen zählen dabei zu der Altersgruppe in der reproduktiven Phase zwischen 15 und 45 Jahren. Mit einem Anteil von 10,6 %

²⁶ Ein solches Angebot gehört hingegen in allen schwedischen Kliniken zur Regelversorgung schwangerer Frauen (Waldenström et al., 2006)

ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern (insgesamt 1,38 Mio.) liegt Nordrhein-Westfalen zwar über dem bundesweiten Durchschnitt, aber immer noch hinter den Stadtstaaten Berlin, Hamburg, Bremen und auch hinter Baden-Württemberg und Hessen. Die größte Gruppe innerhalb der ausländischen Bevölkerung bilden in Nordrhein-Westfalen Mitbürgerinnen und Mitbürger aus der Türkei, gefolgt von Polen, Italien, Serbien, Montenegro und Kosovo. Zum Stichtag 31.12.2011 lebten in Nordrhein-Westfalen ca. 261.000 Frauen mit türkischer, 65.200 mit polnischer und 50.000 mit italienischer Staatsangehörigkeit (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012; Statistisches Bundesamt, 2012b).

In der bundesweiten Perinatalerhebung wird allerdings nicht die Staatsbürgerschaft, sondern lediglich das Herkunftsland und somit ein möglicher Migrationshintergrund der Frauen erfragt, da allein dieses Kriterium (und nicht die Staatsbürgerschaft) auf die Möglichkeit von sprachlichen oder kulturellen Problemen in der Betreuung der Frauen hinweist, die das geburtshilfliche Outcome beeinflussen können.

Verglichen mit anderen Bundesländern gibt es demnach in Nordrhein-Westfalen einen deutlich höheren Anteil an Müttern mit einem Migrationshintergrund: 23,2% der Frauen kommen laut Perinatalerhebung aus einem anderen Herkunftsland. Unter diesen stammen 36,6% aus Nordafrika und dem Mittleren Osten (in diese Ländergruppe fällt auch die Türkei), 27,6% aus Osteuropa und 15,9% aus den Mittelmeerländern (GS QS Nordrhein-Westfalen, 2012).

4.4.2. Gesundheitliche Risiko- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationshintergrund

Die Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen. Die Frauen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihres Herkunftslandes, sondern auch danach, ob sie freiwillig migriert sind, wie lange sie bereits in Deutschland leben und welchen Aufenthaltsstatus sie haben. Aufgrund der Heterogenität lassen sich kaum allgemeine Aussagen treffen, dennoch soll hier versucht werden, in Kürze einen Überblick über die verfügbaren Daten anzubieten. Mit einem Migrationshintergrund können für die betreffenden Personen Risiken einhergehen, die ohne den Migrationsstatus möglicherweise nicht aufgetreten wären und sich insbesondere während der vulnerablen Phase von Schwangerschaft und Geburt negativ auswirken können. Eine psychosoziale Belastung ist für betroffene Frauen allein schon durch die veränderten Lebensumstände gegeben (z. B. Trennung von der Herkunftsfamilie, Fremdenfeindlichkeit, ggf. ungeklärter Aufenthaltsstatus, Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen, niedriger Sozialstatus). Auch sind Mütter mit Migrationshintergrund häufiger sehr jung oder in fortgeschrittenem Alter und Vielgebärende und zudem eventuell durch Infektionskrankheiten aus dem Herkunftsland (z. B. Tuberkulose) oder auch bestimmte erbliche Hämoglobin- und Stoffwechselerkrankungen gefährdet. Durch sprachliche Barrieren oder auch ein anderes kulturelles Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Versorgung wird z. T. der Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen erschwert, sodass das Angebot der Schwangerenvorsorge seltener in Anspruch genommen wird (Reime et al., 2012; Reeske et al., 2011a; David et al., 2006).

Gleichzeitig ergeben sich durch den Migrationshintergrund auch gesundheitliche Schutzfaktoren. So findet sich unter den Schwangeren und Müttern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Frauen eine geringere Anzahl an Raucherinnen, Alleinstehenden sowie an Frauen mit Übergewicht, Zustand nach Sterilitätsbehandlung und chronischen Erkrankungen (Reime et al., 2012). Allerdings zeigen sich in Bezug auf das Rauchen während der Schwangerschaft Unterschiede in Abhängigkeit von Herkunftsregion und kulturellem Hintergrund: So ist die Wahrscheinlichkeit, während der Schwangerschaft zu rauchen, unter Frauen aus Mittelmeerländern im Vergleich zu deutschen Frauen erhöht, jedoch unter Frauen aus Osteuropa niedriger (Koller et al., 2009). Schwangere mit Migrationshintergrund konsumieren während der Schwangerschaft zudem seltener Alkohol (Bergmann et al., 2007). Auch liegt der Anteil der Frauen, die ihre Kinder erst in einem Alter von 35 Jahren oder älter bekommen, bei deutschen Frauen höher als bei Frauen mit Migrationshintergrund (25 % vs. 16 %) und der Anteil der Erstgebärenden (bei denen häufiger Geburtskomplikationen auftreten) ist unter deutschen Frauen höher als unter Frauen aus einem anderen Herkunftsland (42,5 % vs. 33,0 %) (Reeske et al., 2011b). Trotz der mit der Migration einhergehenden Belastungen liegt der Anteil der Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht (< 2.500 g) bei Frauen mit nicht-deutscher Herkunft unter dem der deutschen Frauen (6,6 % vs. 7,1%). Ähnlich ist es mit der Frühgeborenenrate (< 35 SSW): Hier liegt der Anteil bei Müttern ausländischer Herkunft bei 5,7 %, bei deutschen Müttern hingegen bei 6,2 % (Reeske et al., 2011b; David et al., 2006). Auch die Stillrate ist unter Frauen mit Migrationshintergrund höher als unter deutschen Frauen und sie stillen im Durchschnitt länger (Lange et al., 2007).

4.4.3. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge durch Frauen mit Migrationshintergrund

Über 80 % der deutschen wie auch der Frauen nicht-deutscher Herkunft nehmen bis zur 12. SSW den ersten Vorsorgetermin wahr, die empfohlenen 8 bis 11 Termine erreichen mehr als 40 % der Frauen aus beiden Gruppen (Reeske et al., 2011b). Allerdings suchen schwangere Frauen mit Migrationshintergrund die Schwangerenvorsorge häufig erst später auf als deutsche Frauen und sie weisen vermehrt nur wenige (0-5) Vorsorgetermine auf (David et al., 2006; Simoes et al., 2003). Reeske et al. (2011b) stellen fest, dass Frauen mit ausländischer Herkunft doppelt so häufig erst nach der 16. SSW zum ersten Untersuchungstermin gehen wie deutsche Frauen (6,9 % vs. 3,1%). Der Anteil ist dabei unter Frauen aus Asien (9,3 %) und Osteuropa (8,2 %) besonders hoch. Der Anteil der Frauen, die insgesamt weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, ist unter Frauen nicht-deutscher Herkunft etwa doppelt so hoch wie bei dem Durchschnitt aller Frauen (2,25 %). Bei unverheirateten nicht-deutschen Frauen liegt dieser Anteil sogar bei 8 % (Simoes et al., 2003). Der Anteil der Frauen, die keinerlei Vorsorgetermine in Anspruch nehmen, beträgt bei Frauen mit Migrationshintergrund 4,4 %, unter deutschen Frauen hingegen nur 1%. Dabei sind es vor allem Frauen aus Osteuropa (9,3 %) und den Mittelmeerländern (4,7 %), die die Schwangerenvorsorge nicht nutzen (Günter et al., 2007). Als Hauptgrund für die geringere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge

unter Frauen mit Migrationshintergrund gelten sprachliche Barrieren, psychosoziale Faktoren, niedrigere Bildung und die Unvertrautheit mit dem Versorgungssystem (Reeske, 2011). Aber auch die Befürchtung, durch die Einbindung in das gesundheitliche Versorgungssystem einen unklaren Aufenthaltsstatus aufdecken zu müssen, kann Frauen vom Besuch der Schwangerenvorsorge abhalten.

Die Vermutung, dass eine vermehrte und frühere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge zu einem besseren Schwangerschaftsverlauf führt, bestätigt sich jedoch bei Frauen mit Migrationshintergrund nicht in jeder Hinsicht: Das Risiko für eine Totgeburt ist bei Frauen nicht-deutscher Herkunft mit wenigen Vorsorgeterminen geringer als bei Deutschen, hingegen 1,3fach höher, wenn 12 oder mehr Vorsorgetermine wahrgenommen wurden. Auch ist das Risiko einer Totgeburt bei diesen Frauen geringer

Frauen mit unklarem Aufenthaltsstatus („Sans-papiers“)

Personen, die sich ohne einen geklärten legalen Aufenthaltsstatus in einem Land aufhalten (dies sind nach Schätzungen in Deutschland zwischen 500.000 bis 1 Mio. Menschen; Brenn, 2010), werden auch als „Sans-papiers“ („ohne Papiere“) bezeichnet. Aus Angst, ihren unklaren Status preisgeben zu müssen und abgeschoben zu werden, wagen es betroffene Menschen häufig nicht, im Krankheitsfall gesundheitliche Versorgungseinrichtungen aufzusuchen, obwohl sie bei akuten und/oder schmerzhaften Krankheiten einen Anspruch auf medizinische Behandlung haben. Nicht anders ist dies bei Frauen im Fall einer Schwangerschaft. Für Ärztinnen/Ärzte und Hebammen gilt die Verpflichtung zur Hilfeleistung bei gleichzeitig bestehender Schweigepflicht, die auch die Nichtweitergabe der Kenntnis über den Aufenthaltsstatus einschließt (Brenn, 2010). Um eine gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere zu sichern, gibt es mittlerweile rund 30 Anlaufstellen, in denen betroffene Personen durch ehrenamtliche Mitglieder an Arztpraxen, Hebammen und auch Kliniken vermittelt werden, wo sie eine kostenlose Behandlung erhalten können. In Nordrhein-Westfalen existiert in acht Städten eine Anlaufstelle: Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster. Siehe hierzu <http://medibueros.m-bient.com/startseite.html> [30.09.2012]

als bei deutschen, wenn die Vorsorge erst nach der 16. SSW begonnen wurde, jedoch 1,3fach höher, wenn der erste Besuch vor der 9. SSW erfolgt (Reeske et al., 2011b). International wird dieses Phänomen unter dem Stichwort „Latina Paradox“ diskutiert, denn auch in internationalen Studien zeigt sich eine geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei gleichzeitig gleich gutem Schwangerschaftsverlauf. Die Gründe hierfür werden u. a. in dem niedrigeren Durchschnittsalter und in der durchschnittlich höheren Kinderzahl von Frauen mit Migrationshintergrund gesucht, die mit geringeren Geburtskomplikationen assoziiert sind (Gissler et al., 2009).

Zwischen deutschen Frauen und Frauen ausländischer Herkunft werden jedoch Unterschiede in der Qualität der Schwangerenvorsorge aufgezeigt. So ist die Vollständigkeit der Anamnese bei Frauen mit Migrationshintergrund geringer als bei Deutschen, die Beratung wird häufiger unvollständig dokumentiert, und die Möglichkeit des Screenings auf erbliche

Hämoglobin Erkrankungen, die gehäuft unter Personen aus dem Mittelmeerraum auftreten, wird selten angeboten (Tadesse et al., 1999, zit. n. Reeske et al., 2011b).

4.4.4. Geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund

Im Hinblick auf die geburtshilfliche Versorgung zeigt sich, dass bestimmte Interventionen seltener bei Frauen ausländischer Herkunft angewandt werden. So liegen die Rate der Geburtseinleitungen, die Rate der Periduralanästhesien und die Kaiserschnitttrate (sowohl der geplanten als auch nicht geplanten) von Frauen mit Migrationshintergrund unter denen von deutschen Frauen (David et al., 2006). Differenziert man jedoch nach den Herkunftsländern, so zeigt sich, dass bei Frauen aus Mittel- und Nordeuropa bzw. Nordamerika, aus Afrika sowie aus den Mittelmeerländern häufiger eine Schnittentbindung durchgeführt wird als bei deutschen Frauen, Frauen aus Osteuropa und Asien hingegen seltener einen Kaiserschnitt erhalten (Binias, o.J.). Die Dammschnitttrate unterscheidet sich nur bei den Mehrgebärenden: Auch sie ist bei Frauen mit Migrationshintergrund niedriger (David et al., 2006).

Unterschiede zwischen deutschen Frauen und Frauen nicht-deutscher Herkunft werden auch in Bezug auf das geburtshilfliche Outcome deutlich. So ist das Risiko für eine geburtsbedingte Sepsis unter Frauen mit einem Herkunftsland im Mittleren Osten, in Afrika und Lateinamerika erhöht. Zudem haben Frauen aus Asien, Afrika und Lateinamerika ein erhöhtes Risiko für eine Gebärmutterentfernung in Folge der Geburt (Reime et al., 2012). Im Hinblick auf die Totgeburtenrate und die perinatale Mortalität zeigt sich, dass dieses Risiko bei Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Frauen 1,2fach höher liegt, wobei es unter Frauen aus dem mittleren Osten und Nordafrika mit 4,26 ‰ am höchsten ist. Allerdings zeigen sich diese Unterschiede erst bei Frauen ab einem Alter von 30 Jahren (Reeske et al., 2011b).

4.4.5. Das Nürnberger Modellprojekt „Verbesserung präventiver Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen“

Die oben aufgeführten Daten lassen die Schlussfolgerung zu, dass es vorrangig mit zwei Ansätzen gelingen kann, die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund zu fördern und zu erhalten: Zum einen gilt es, die interkulturelle Kompetenz des gesundheitlichen Fachpersonals zu stärken und damit die Qualität der Schwangerenbetreuung zu verbessern (Reeske, 2011). Zum anderen geht es darum, sprachliche Barrieren abzubauen und Frauen mit Migrationshintergrund mit den Angeboten der gesundheitlichen Versorgung vertraut zu machen, um ihnen die gleichen Chancen für die Inanspruchnahme für Versorgungsleistungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu ermöglichen (Sievers, 2011).

Am Nürnberger Klinikum für Frauenheilkunde werden seit 1998 in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg und der evangelischen Familienbildungsstätte verschiedene Maßnahmen durchgeführt, die vorrangig das Ziel verfolgen, schwangeren Migrantinnen durch spezielle Angebote in der Muttersprache zu erleichtern, präventive Maßnahmen in

Anspruch zu nehmen. Als weitere Ziele wurden die Senkung der perinatalen Mortalität und die Verstärkung der Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen wie Rückbildungsgymnastik und Früherkennungsuntersuchungen des Neugeborenen definiert (Terzioglu, 2006). Hierzu wurden Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal durch ethnomedizinische Schulungen für die Bedürfnisse der ausländischen Frauen hinsichtlich Herkunft, Kultur, Religion und des unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses sensibilisiert. Zudem wurden Geburtsvorbereitungskurse neben der deutschen auch in türkischer, englischer und polnischer Sprache und eine frauenärztliche Sprechstunde in türkischer und englischer Sprache in dem Stadtteil mit der höchsten Migrantinnen- und Migrantendichte angeboten.

Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund, die die Schwangervorsorge erst nach der 12. SSW aufsuchen, konnte von 20 % im Jahr 1998 auf 15 % im Jahr 2002 reduziert werden. Auch wurde der Anteil der Frauen, die weniger als sechs Vorsorgeuntersuchungen wahrnahmen, in demselben Zeitraum von 7 % auf 3 % gesenkt. Die perinatale Mortalität unter den Neugeborenen mit Müttern aus nicht-deutschen Herkunftsländern sank von 14‰ auf 12‰ und entsprach im Jahr 2001 annähernd den Werten der deutschen Bevölkerung (10‰) (Terzioglu, 2006). Angaben zum geburtshilflichen Outcome der Gebärenden mit Migrationshintergrund liegen jedoch nicht vor.

5. KAPITEL Perspektiven und Handlungsanregungen

Aus dem vorliegenden Bericht lassen sich zahlreiche Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems in Richtung frauen- und familienzentrierter Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe ableiten. Es ist deutlich geworden, dass das derzeitige Versorgungssystem einerseits von einer hohen medizinischen Versorgungsdichte mit einer Tendenz zur Überversorgung und Pathologisierung eines physiologischen Prozesses bei risikoarmen Schwangeren, zugleich aber auch von Unterversorgung bei besonders vulnerablen Gruppen gekennzeichnet ist. Deutlich wird auch eine wenig ausgebaute sektoren- und professionenübergreifende Zusammenarbeit. Dies gilt sowohl für die gemeinsame Betreuung von Schwangeren durch Hebammen und Ärztinnen und Ärzte, als auch für die Zusammenarbeit von Sozial-/Familienhilfe und Geburtshilfe im Falle einer Schwangerschaft in besonders problembelasteten Familien. Erste Ansätze zur Verbesserung sind zu erkennen und sollten systematisch gefördert werden.

Neben einer langfristigen politischen Unterstützung zur Entpathologisierung und Entmedikalisierung der Geburtshilfe wären folgende Entwicklungsrichtungen denkbar:

➔ **Stärkung einer sektoren- und professionsübergreifenden Vernetzung**

Die Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist nach wie vor sehr medizinfokussiert, obwohl Hebammen in manchen Bereichen weitgehende Betreuungskompetenzen haben, die über jene von Ärztinnen und Ärzten hinausgehen (Stichwort: „Familienhebamme“). Einzelne gynäkologische Praxen nutzen die Möglichkeit einer engen Kooperation mit Hebammen und berichten von guten Erfahrungen (siehe z. B. das Positionspapier des AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft vom September 2010 „Es ist höchste Zeit, den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überdenken“).

Vor diesem Hintergrund sei erwähnt, dass sich derzeit die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Hebammen (z. B. durch steigende Haftpflichtprämien) verschlechtert haben, so dass ein (weiterer) Rückgang geburtshilflicher Versorgung durch Hebammen zu erwarten ist (DHV, 2013).²⁷ Dadurch ist die Wahlfreiheit für Frauen im Bereich der Geburtshilfe deutlich eingeschränkt.

Eine sich gegenseitig ergänzende interprofessionelle Betreuung käme aber dem Bedürfnis vieler Frauen nach individueller Beratung entgegen. In diesem Zusammenhang wäre auch überlegenswert, in die Ausbildung von Hebammen einerseits und Geburtshelferinnen und -helfern andererseits eine interprofessionelle Hospitation zu integrieren, um wechselseitig ein Verständnis für die unterschiedlichen geburtshilflichen Perspektiven zu fördern. Der Aspekt der interprofessionellen und intersektoralen Kooperation

²⁷ Der Rückzug von Hebammen aus der Geburtshilfe betrifft nicht nur freiberufliche Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe, sondern auch Beleghebammen. Berufshaftpflichtversicherer haben angekündigt, auch die Haftpflichtprämien für die Wochenbettbetreuung zu erhöhen, so dass perspektivisch auch in diesem Bereich mit einer Unterversorgung durch Hebammen zu rechnen ist.

betrifft auch die Betreuung von Geburts- und Jugend-/Familienhilfe bei Familien in prekären und problembelasteten Lebenssituationen. Auch hier hat sich in den vergangenen Jahren viel verbessert, nicht zuletzt durch die Etablierung von Familienhebammen. Gleichwohl sind nach wie vor Schnittstellenprobleme zu erkennen (SGB VIII und SGB V im Bereich der Frühen Hilfen).

➔ **Entwicklung und Verbreitung frauen- und familienzentrierter Versorgungsangebote**

Der vorliegende Bericht zeigt, dass die heutige Geburtshilfe interventionsreich ist und dass durch eine technikorientierte Geburtshilfe Interventionskaskaden in Gang gesetzt werden, die u. a. die Wahrscheinlichkeit für einen Kaiserschnitt erhöhen. Ziel einer frauengerechten Geburtshilfe muss es sein, Frauen in ihrer Gebärfähigkeit zu unterstützen, ihre Ängste zu reduzieren und ihnen Wahlmöglichkeiten zu bieten, damit sie das für sie – und damit auch für das Kind – passende Geburtssetting wählen können.

In den vergangenen Jahren hat sich das geburtshilfliche Versorgungsangebot einerseits verbessert (z. B. durch die Einführung von Hebammenkreißsälen), andererseits sind mit dem Rückgang der Hausgeburtshilfe aber auch Einschränkungen im Versorgungsangebot zu beobachten. Als Alternative zur Entscheidung zwischen Klinikgeburt und außerklinischer Geburt in einem Geburtshaus oder als Hausgeburt ist die Geburt in einem Hebammenkreißsaal getreten. Dieses innovative Versorgungskonzept bietet schwangeren Frauen die Möglichkeit, in einem Setting ihr Kind zu gebären, das einerseits von wenig Interventionen geprägt ist und so zur Entpathologisierung der Geburtshilfe beiträgt, andererseits aber auch die Möglichkeiten einer Klinik bietet (z. B. schneller Einbezug ärztlicher Unterstützung bei Komplikationen). Neue Versorgungsangebote sind insbesondere da notwendig, wo es um die Betreuung von Frauen mit Risikokonstellationen geht, also etwa mit Beckenendlagen, Zwillingsschwangerschaften, vorherigem Kaiserschnitt oder Wunsch nach einem Kaiserschnitt. Hier ist z. B. an die Aufrechterhaltung bzw. Entwicklung von spezifischen Beratungsangeboten von Kliniken zu denken, die sich in diesen Bereichen spezialisiert haben.

Darüber hinaus ist auch für den vorgeburtlichen Bereich an die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte zu denken, insbesondere was den Bereich der psychosozialen Begleitung (nicht nur, aber auch) in problembelasteten Schwangerschaften betrifft. Im Fokus sollten hier sozial benachteiligte Frauen stehen, die häufig ein höheres Risiko für Geburtskomplikationen tragen. Ebenso benötigen Frauen, die als Teenager schwanger werden – neben den Einzel- und Gruppenberatungen der Schwangerschaftsberatungsstellen – eine intensivere Betreuung, die sich vor allem auf den psychosozialen Bereich konzentrieren muss. Es ist weiterhin notwendig, dass Professionelle in der Geburtshilfe für kulturelle Vielfalt und das Thema Gewalt sensibilisiert werden. Die Entwicklung frauengerechter Angebote ist nicht ohne eine Stärkung der Hebammenhilfe denkbar, nicht zuletzt, um die Wahlfreiheit von Frauen zu garantieren. Wie das Gutachten des BMG zur Hebammenversorgung zeigt (Albrecht et al., 2012), ist perspektivisch mit einer Unterversorgung an Hebammenbetreuung, vor allem in der Begleitung von außerklinischen Geburten zu rechnen. Eine aktive Beteiligung der

politischen Akteurinnen und Akteure (z. B. in der Gesundheitsministerinnen und -ministerkonferenz) könnte sich als hilfreich erweisen. Das Land Nordrhein-Westfalen unterstützt die Initiativen der Berufsverbände der Hebammen zur Verbesserung der Einkommenssituation.

➔ **Herstellung von Transparenz über Versorgungsangebote**

Für Frauen ist es nicht immer leicht, das für sie passende Angebot der Schwangerschaftsbetreuung und der geburtshilflichen Versorgung zu identifizieren. Hier wäre eine größere Transparenz z. B. durch unabhängige Informationsangebote im Internet wünschenswert. Derzeit wird unter der Federführung der Bertelsmann Stiftung eine Internetseite zum Thema Kaiserschnitt entwickelt, die u. a. Frauen bei der Suche nach einer Klinik unterstützt, die vaginale Geburten fördert. Ein Ausbau dieses Angebotes wäre denkbar; dieses auszuloten könnte eine Aufgabe des Kompetenzzentrums Frauen und Gesundheit (www.frauenundgesundheit-nrw.de) sein. Transparenz ist auch in Bezug auf die Angebote in der Schwangerschaft notwendig. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) haben sich zu einem umsatzstarken Markt entwickelt und Gynäkologinnen und Gynäkologen gehören zu der Berufsgruppe, die besonders häufig Leistungen zur Selbstzahlung anbieten. Frauen können oftmals nicht beurteilen, ob die angebotene Untersuchung sinnvoll ist. Die Erarbeitung einer Broschüre zur informierten Entscheidungsfindung unter Einbeziehung des IGeL-Monitors (www.igel-monitor.de/) des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) wäre sinnvoll, ebenso die Verbreitung vorhandener Informationsmaterialien (z. B. IGeL-Flyer des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft). Diese Entscheidungshilfe sollte auch die regulär im Rahmen der Vorsorge angebotenen Untersuchungen einbeziehen. Die Informationsangebote müssen insbesondere auch auf Frauen mit geringem Bildungsstand oder unzureichenden Deutschkenntnissen zugeschnitten sein.

➔ **Leitlinienentwicklung**

Verschiedene Studien zur Kaiserschnittproblematik weisen darauf hin, dass forensische Gründe oftmals ausschlaggebend für die großzügige Auslegung des Indikatorenkatalogs sind. Leitlinien, die die aktuelle, wissenschaftliche Evidenz aufbereiten (ähnlich wie es das NICE – National Institute of Health and Clinical Excellence in Großbritannien im November 2011 getan hat), sind hier ein wichtiger Einflussfaktor. Es wird immer wieder formuliert, dass auch die Schwangerenbetreuung in Deutschland wenig evidenzbasiert ist und dass über das Angebot Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) die Problematik einer wenig evidenzbasierten Betreuung noch verschärft wird.

Die derzeitige parallele Leitlinienlandschaft (Gynäkologie und Geburtshilfe auf der einen, Hebammenwissenschaften auf der anderen Seite) trägt nicht zu einer frauengerechten Geburtshilfe bei. Die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien, an der alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (und ggf. auch Vertreterinnen der Zielgruppe) beteiligt sind, ist notwendig. Um die interprofessionelle Entwicklung zu gewährleisten, sind daher Gremien zu schaffen, in denen gemeinsame Leitlinienentwicklungen erfolgen können.

Im Juni 2012 hat das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit Nordrhein-Westfalen auf dem Gesundheitscampus in Bochum seine Arbeit aufgenommen. Die Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen im Hinblick auf die angeführten Entwicklungsbereiche und eine verstärkte Nutzerinnenorientierung gehört zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums, welches vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert wird.

Literatur und Datenquellen

- AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft** (2012). Kampagne zur Senkung der Kaiserschnitttrate in Deutschland. Aufruf vom 26.6.2012.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A., Wolfschütz, A.** (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES-Institut.
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH** (2012). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2012. 16/1 – Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Verfügbar unter: www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16NI-GEBH_2011.pdf [26.07.2012].
- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B.** (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12, 262-266.
- BÄK – Bundesärztekammer** (2012). Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.10275.10276 [21.06.2012]
- Bailey, B.A.** (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183-197.
- Banta, D.** (2003). What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Verfügbar unter: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74662/E82996.pdf [15.06.2012]
- Baumgärtner, B., Schach, C.** (2010). Wunschkaiserschnitt – ein Tabubruch? In: Kolip P., Lademann J. (Hrsg.): *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz* (S. 108-123). Weinheim: Juventa.
- Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Ellert, U., Dudenhausen, J.W.** (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 670-676.
- Bernloehr, A., Smith, P., Vydellingum, V.** (2005). Antenatal care in the European Union: A survey on guidelines in all 25 member states of the Community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 122, 22-32.
- Bertelsmann Stiftung** (2012). Kaiserschnittgeburten in Deutschland. Faktencheck Gesundheit. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Binias, U.** (o.J.). Schwangerenversorgung im interkulturellen Kontext. In: Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.): *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem* (S. 28-30). Verfügbar unter: www.gesundheit-nds.de/downloads/doku.ikoeg.pdf [26.07.2012].
- Block, K., Schmidt, G.** (2009). Jugendliche Schwangere und ihre Partner. In: Matthiesen S., Block K., Mix S., Schmidt G. (Hrsg.): *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA* (S. 41-57). Köln: BZgA.
- Brenn, J.** (2010). Krank und ohne Papiere. *Rheinisches Ärzteblatt*, 9, 21. Verfügbar unter: www.aekno.de/downloads/archiv/2010.09.021.pdf [30.09.2012]
- Brownridge, D.A., Taillieu, T.L., Tyler, K.A., Tiwari, A., Chan, K.L., Santos, S.C.** (2011). Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women*, 17, 858-881.
- Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands** (2012). Der BfHD stellt sich vor. Verfügbar unter: www.bfhd.de/der-bfhd-stellt-sich-vor.html [18.09.2012]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge** (2012). Das Bundesamt in Zahlen. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration.
- Buschur, E., Kim, C.** (2012). Guidelines and interventions for obesity during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. doi:10.1016/j.ijgo.2012.04.025
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie des Bundesverbands der pro familia, gefördert durch die BZgA. Forschungsbericht, 4., aktualisierte Auflage. Köln: BZgA.
- Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H. et al.** (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 105, 983-990.
- Coutinho, J., Krell, C.** (2011). Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland. Fallzahlen, Angebote, Kontexte. München: Deutsches Jugendinstitut.
- David, M., Pachaly, J., Vetter, K.** (2006). Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274(5), 271-8.
- Davis-Floyd, R. E.** (2002). Der technokratische Körper. Geburt in den USA als kulturelle Ausdrucksform. In: Duden B., Noeres D. (Hrsg.): *Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt* (S. 319-357). Opladen: Leske & Budrich.
- Deverill, M., Lancsar, E., Snaith, V.B.A., Robson, S.C.** (2010). Antenatal care for first time mothers: a discrete choice experiment of women's views on alternative packages of care. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 151, 33-37.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (2007). Schwangerenbetreuung und Geburtseinleitung bei Zustand nach Kaiserschnitt. AWMF 015/021 (S 1)
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (2010a). Antenatale Kortikosteroide zur Lungenreifung (ACS). AWMF 015/069 (S1)
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (2010b). Absolute und relative Indikation zur Sectio caesarea. AWMF 015/054 (S1)
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** (2010c). Geburt bei Beckenendlage. AWMF 015/051 (S1)
- DHV – Deutscher Hebammenverband** (2012). Geschichte des DHV. Verfügbar unter: www.hebammenverband.de/index.php?id=778 [18.09.2012].
- DHV – Deutscher Hebammenverband** (2013). Pressemitteilung vom 30.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/aktuell/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2013/01/30/artikel/der-petitionsausschuss-kreisste-und-gebar-eine-maus-1/> [13.05.2013]
- Di Mario, S. et al.** (2005). What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Verfügbar unter: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf [15.06.2012].

- DIR** (2011). Deutsches IVF-Register Jahrbuch 2010. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 8(4), 253-280. Verfügbar unter: www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2010-d.pdf [19.4.2012].
- Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Øian, P., Kristiansen, I.P.** (2011). Why do some pregnant women prefer caesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 205, 45.e1-9.
- Geissbühler, V., Zimmermann, K., Eberhard, J.** (2005). Geburtsängste in der Schwangerschaft – Frauenfelder Geburtsstudie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 65, 873-880.
- Gemeinsamer Bundesausschuss** (2012): Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Verfügbar unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/ [11.06.2012].
- GS QS Nordrhein-Westfalen – Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen** (2012). Jahresauswertung 2011 Geburtshilfe 16/1 – Nordrhein-Westfalen Gesamt. Hamburg: BQS.
- Gibbs, C.M., Wendt, A., Peters, S., Hogue, C.J.** (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 26, Suppl. 1, 259-284.
- Gissler, M., Alexander, S., MacFarlane, A., Small, R., Stray-Pedersen, B., Zeitlin, J. et al.** (2009). Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 88, 134-148.
- Günter, H.H., Scharf, A., Hillemanns, P., Wenzlaff, P., Maul, H.** (2007). Schwangerschaften ohne Vorsorgeuntersuchungen – Welche Frauen sind potenziell betroffen, welche Risiken ergeben sich für das Kind? Analyse der Niedersächsischen Perinataldatenerhebung der Jahre 1987 bis 1999. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 211, 27-32.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Libroero, J. et al.** (2006). Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113(6), 647-656.
- Hastreiter, J., Amann-Gassner, U., Hauner, H.** (2012): Optimale Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. CardioVasc 2012/3 o.S.
- Hellmers, C.** (2005). Geburtsmodus und Wohlbefinden. Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch)Kaiserschnittes. Aachen: Shaker Verlag.
- Hildingsson, I., Thomas, J.** (2012). Perinatal outcomes and satisfaction with care in women with high body mass index. Journal of Midwifery and Women's Health, 57, 336-344.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., Waldenström, U.** (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109, 618-623.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Khelaifat, N., Pauli, A., Bohne, S.** (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, herausgegeben vom Robert Koch-Institut. Berlin: RKI
- Huang, L., Sauve, R., Birkett, N., Fergusson, D., van Walraven, C.** (2008). Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, 178, 165-172.
- Hullen, G.** (2004). Was verursacht die Zunahme der Mehrlingsgeburten? Zeitschrift für Familienforschung, 16, 72-88.
- IT.NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen** (2012a). Lebendgeborene nach Geschlecht und Alter der Mutter (unter 15 bis 50 Jahre und mehr). Interaktive Statistik. Verfügbar unter: www.IT.NRW.de/statistik/a/index.html [04.07.2012].
- IT.NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen** (2012b). Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht. Interaktive Statistik. Verfügbar unter: www.IT.NRW.de/statistik/a/index.html [04.07.2012].
- IT.NRW Information und Technik Nordrhein-Westfalen** (2012c). Lebendgeborene nach Geschlecht – Gemeinden – Jahr. Interaktive Statistik. Verfügbar unter: www.IT.NRW.de/statistik/a/index.html [17.09.2012].
- Jackson, S., Fleege, L., Fridman, M., Gregory, K., Zelop, C., Olsen, J.** (2011). Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206(2):139.e1-5.
- Jahn, A., Razum, O., Berle, P.** (1999) Routine-Ultraschall in der deutschen Schwangerenvorsorge: Ist die Effektivität gesichert? Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 59, 97-102.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., Hildingsson, I.** (2011). Behind the myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. Midwifery, 27, 620-627.
- Kateman, H., Herschderfer, K.** (2005). Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study. International Confederation of Midwives.
- Kolip, P., Lademann, J.** (Hrsg.) (2010). Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim: Juventa.
- Koller, D., Lack, N., Mielck, A.** (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht der Neugeborenen. Empirische Analyse auf der Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. Gesundheitswesen, 71, 10-18.
- Kringeland, T., Daltveit, A.K., Møller, A.** (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? Scandinavian Journal of Public Health, 37, 364-371.
- Landtag Nordrhein-Westfalen** (2011). Situation der Hebammen und Entbindungspfleger in Nordrhein-Westfalen. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 3 der Fraktion DIE LINKE, Drucksache 15/2148.
- Lange, C., Schenk, L., Bergmann, R.** (2007). Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50, 624-633.
- Loytved, C.** (2012). Qualitätsbericht 2010. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Herausgegeben von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.). Auerbach: Verlag Wissenschaftlicher Scripten. Verfügbar unter: www.quag.de/content/publikationen.htm [21.06.2012].
- Luke, B., Brown, M.B.** (2007). Elevated risk of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. Human Reproduction, 22, 1264-1272.

- Lutz, U., Kolip, P.** (2006). Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. St. Augustin: Asgard.
- Matthiesen, S., Schmidt, G.** (2009a). Ausgang der Schwangerschaft. In: Matthiesen, S., Block, K., Mix, S., Schmidt, G. (Hrsg.): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA (S. 59-67). Köln: BZgA.
- Matthiesen, S., Schmidt, G.** (2009b). Das Scheitern der Verhütung. In: Matthiesen, S., Block, K., Mix, S., Schmidt, G. (Hrsg.): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA (S. 69-111). Köln: BZgA.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen** (2001). Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenvorgaben. Verfügbar unter: www.kgnw.de/print/service/download/gesetzverordnungen [23.07.2012].
- Müller, U., Schröttle, M.** (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=20560.html [27.06.2012].
- Neuhaus, W., Scharkus, S.** (1994). Wünsche, Erwartungen, Ängste – Schwangere Frauen vor der Geburt. Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie, 198, 27-32.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence** (2011). Caesarean section. Clinical Guideline 132. Manchester: NICE. Verfügbar unter: <http://guidance.nice.org.uk/CG132> [13.07.2012].
- Niino, Y.** (2011). The increasing caesarean rate globally and what we can do about it. BioScience Trends, 5, 139-150.
- OECD StatExtracts** (2012). Maternal mortality. Interaktive Statistik. Verfügbar unter: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116#> [27.09.2012].
- Pro Familia Bundesverband** (2007). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Zusammenfassung unter <http://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=468> [23.9.2012].
- Radtke, K.M., Ruf, M., Gunther, H.M., Dohrmann, K., Schauer, M., Meyer, A. et al.** (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. Translational Psychiatry, 1, e21, doi:10.1038/tp.2011.21.
- Reeske, A.** (2011). Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge – Literaturübersicht. In: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.): Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health, Band 59 (S. 31-44). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Reeske, A., Spallek, J., Razum, O.** (2011a). Migration und Gesundheit. In: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.): Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health, Band 59 (S. 15-30). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Reeske, A., Spallek, J., Kutschmann, M., Razum, O.** (2011b). Ausgewählte Schwangerschafts- und Geburtsergebnisse im Vergleich zwischen Frauen ausländischer und deutscher Herkunft. In: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.): Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health, Band 59 (S. 73-92). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Reime, B., Janssen, P.A., Farris, L., Borde, T., Hellmers, C., Mye-zwa, H., Wenzlaff, P.** (2012). Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 91, 824-829.
- RKI – Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI. Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile [13.09.2012].
- Rosemeyer, M., Utz-Billing, I., Friebe, S., Kentenich, H.** (2009). Psychologische Beratung bei Wunsch nach geplantem Kaiserschnitt: Medizinisches Outcome und Sicht unserer Patientinnen. In: Siedentopf, F., David, M., Siedentopf, J.P., Thomas, A., Rauchfuß, M. (Hrsg.): Zwischen Tradition und Moderne. Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. Beiträge zur Jahrestagung 2008 der DGPF (S. 363-367). Frankfurt/Main: Mabuse.
- Sayn-Wittgenstein, zu F.** (2007). Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Hans Huber.
- Schild, R.L., Schling, S.** (2009). Evidenzlage im Anamnesekatalog des deutschen Mutterpasses. Gynäkologie, 42, 87-92.
- Schlinzig, T., Johansson, S., Gunnar, A., Ekström, T.J., Norman, M.** (2009). Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. Acta Paediatrica, 98, 1096-1099.
- Schmidt, G.** (2009). Jugendsexualität und Jugendschwangerschaften: Zeitliche Trends. In: Matthiesen, S., Block, K., Mix, S., Schmidt, G.: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes der pro familia, gefördert durch die BZgA (S. 13-17). Köln: BZgA.
- Schneider, H., Husslein, K.-T.** (Hrsg.) (2006). Die Geburtshilfe. 3. Aufl. Berlin: Springer.
- Shah, P.S., Shah, J., Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births** (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. Journal of Women's Health, 19, 2017-2031.
- Sievers, E.** (2011). Säuglingssterblichkeit und Migration – Ansätze für verbesserte Prävention? In: Razum, O., Reeske, A., Spallek, J. (Hrsg.): Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund. Challenges in Public Health, Band 59 (S. 97-111). Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkgenks, M., Schwoerer, P., Schmahl, F.W.** (2003). Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge – ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 63, 538-545.
- Statistisches Bundesamt** (2011a). Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche 2010. Fachserie 12 Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt** (2011b). Natürliche Bevölkerungsbe-
wegung. Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt** (2012a). Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt** (2012b). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Friese, K., Stöckl, D.** (2010). Partner, workplace, and stranger abuse during pregnancy in Germany. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 136-139.
- Terzioglu, N.** (2006). Migration – Ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft? In: BZgA (Hrsg.): Migration, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, Heft 3 (S. 8-11.). Köln: BZgA.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Ryding, E.L.** (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 638-646.
- Waldron, I.** (2002). Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern. In: Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 159-178). Bern: Hans Huber.
- WHO** (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf [26.07.2012].
- WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion** (2012). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“. Bielefeld: WHO CC.
- ZQ – Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen** (2001). Jahresauswertung 2000, Geburtshilfe. Verfügbar unter: www.zq-aekn.de/ [26.07.2012]. Quelle: Landesdatenbank Nordrhein-Westfalen, 12612-05ir.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 02 11 - 86 18 - 50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Jürgen Schiffer, Referatsleiter
Referat „Grundsatzfragen,
Palliativversorgung, Organspende“
Telefon: 02 11 - 86 18 - 34 74
E-Mail: juergen.schiffer@mgepa.nrw.de

Autorinnen

Prof. Dr. Petra Kolip und Dr. Barbara Baumgärtner
Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Wissenschaftliche Begleitung

Prof. Dr. med. Martina Rauchfuß
Prof. Dr. Nicola Bauer
Mag. Dr. Anna Maria Dieplinger
Dr. med. Antje Huster-Sinemillioglu
Dr. Claudia Terschüren

Redaktion

Dr. Brigitte Borrmann, Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Bielefeld

Gestaltung

Evi Buschlinger, Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Titelfoto: © Noel Tovia Matoff
Portraitfoto: © MGEPA NRW/von Wiecken

Druck

Industrie+werbedruck,
Hermann Beyer GmbH & Co.KG, Herford

© 2013 / MGEPA 145

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service
- telefonisch: **Nordrhein-Westfalen direkt**
02 11 - 837 - 10 01*

*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz –
maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz.

Bitte die Veröffentlichungsnummer **145** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.