

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

### Inhalt

Seite 1	Vorwort zum Sondernewsletter
Seite 2 - 7	„Pille danach“: Fast überall in der EU rezeptfrei. - In Deutschland nicht., von Dr. Elke Brüser
Seite 8 - 11	„HEBAMMEN – EIN BERUFSSTAND IN DER KRISE“, von Dr. Eva Schindele
Seite 11 - 14	Kaiserschnitt – oft nicht medizinisch notwendig, von Dr. Eva Schindele
Seite 15	Impressum

### Vorwort

Vorwort:

Liebe Kolleginnen,

wie schon angekündigt liegt nun der Sondernewsletter „Frauengesundheit“ vor. Wir haben die in diesem Jahr aktuellen Themen „Hebammen“, „Kaiserschnitt“ und „Pille danach“ aufgegriffen und zwei Journalistinnen, Dr. Eva Schindele und Dr. Elke Brüser, beauftragt, fachlich fundierte Artikel zu den genannten Themen zu schreiben. Uns ist bewusst, dass während des Entstehungsprozesses die aktuelle medizinische und politische Entwicklung schneller sein kann als das Erscheinen des Newsletter. Wir haben versucht, der aktuellen Situation in den Artikel gerecht zu werden und hoffen, dass wir Euch die Themen in ihrer Komplexität näher bringen und dabei helfen können, dass Ihr Euch im Arbeitsalltag der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten gut positionieren könnt. In Zukunft soll ca. halbjährlich im regelmäßig erscheinenden Newsletter ein Frauengesundheitsthema aufgegriffen werden. Wir freuen uns auf Eure Themenwünsche und Anregungen. Die Sprecherinnen der BAG wünschen allen Kolleginnen einen guten Stern für ´s neue Jahr.

Für die Sprecherinnen der BAG

Beate Ebeling, Susanne Löb, Katrin Morof

## **„Pille danach“: Fast überall in der EU rezeptfrei. - In Deutschland nicht.**

---

von Dr. Elke Brüser

Notfalls kann eine einzige Pille eine befürchtete Schwangerschaft verhindern.  
Welche Präparate gibt es? Was ist zu bedenken?

**Frauen sind die Leidtragenden, wenn bei der Verhütung etwas schief geht. Und das passiert: Kondom verrutscht, Antibabypille vergessen, von der Liebe überannt ... oder sogar zum Sex gezwungen. Dass dann die Angst, ungewollt schwanger zu werden, groß und quälend ist, wissen Frauen seit Generationen.**

**Heute gibt es zwei Arzneistoffe, die den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft verhindern können. Aber: In Deutschland erhält Frau beide nur auf Rezept – und manchmal nur auf bedrückenden Umwegen.**

**Fast alle EU-Staaten sind uns in der Rezeptfreiheit für den gut untersuchten Wirkstoff Levonorgestrel voraus (Präparate: PiDaNa®, Postinor®, Unofem®). Er wurde für Deutschland von der zuständigen Behörde, dem Bundestinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), im Jahr 2000 zugelassen. In Frankreich sind entsprechende Präparate seit 15 Jahren rezeptfrei!**

**2009 hat die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) einen zweiten Wirkstoff zugelassen: Ulipristal (Präparat: ellaOne®). Er ist derzeit noch EU-weit verschreibungspflichtig. Das könnte sich 2015 ändern, da die EMA kürzlich die rezeptfreie Abgabe empfohlen hat.**

Ungewollte Nachkommen wurden über Jahrhunderte entweder wider Willen geboren oder es wurde versucht, sie mit dubiosen und lebensgefährlichen Mitteln abzutreiben. Doch jeder Schwangerschaftsabbruch ist einer zu viel und für Frauen eine besondere Belastung. Die „Pille danach“ ist so gesehen ein Glücksfall: Sie ermöglicht, Ängste zu nehmen und einem Abbruch zuvorzukommen. Es gibt zwei medikamentöse Strategien.

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

### **Strategie 1: Levonorgestrel**

Seit rund 15 Jahren steht ein Arzneistoff zur Verfügung, der im Notfall Frauen hilft – ohne dass sie große gesundheitliche Risiken eingehen. Levonorgestrel-haltige Mittel können eine ungewollte Schwangerschaft verhindern, wenn sie rechtzeitig eingenommen werden. Das heißt, sobald wie möglich nach ungeschütztem Sex (je früher, desto besser; laut Indikation binnen 72 Stunden/3 Tagen).

### **Wirkweise**

Levonorgestrel-Tabletten, verwendet als „Pille danach“, sind ein hochdosiertes Hormonpräparat: Die einzelne notwendige Tablette entspricht dem Gestagengehalt von 50 Minipillen. Allerdings ist Levonorgestrel seit Jahrzehnten in verschiedenen Medikamenten enthalten und daher gut bekannt. Auch Jugendliche können es verwenden, sagt die WHO in einem lesenswerten Dokument.

Das Gestagen behindert die Befruchtung des Eis und damit den Eintritt einer Schwangerschaft, weil es den Eisprung verzögert. Und wenn das Ei sich nicht aus seiner Hülle löst und den Eileiter erreicht, kann es von Spermien nicht befruchtet werden. Womöglich hat Levonorgestrel noch andere schwangerschaftsverhindernde Effekte. – Prinzipiell handelt sich jedenfalls nicht um eine Abtreibungspille, eher um eine Anti-Befruchtungspille!

### **Unerwünschte Wirkungen**

Levonorgestrel wird im Allgemeinen gut vertragen, selbst bei zu hoher Dosierung und sogar wenn es in einem Menstruationszyklus mehr als einmal verwendet wird. (anders als bei früher üblichen Präparaten, die auch Östrogen enthielten, gibt es keine Hinweise auf ein erhöhtes Krebsrisiko).

Die unerwünschten Wirkungen sind in der Regel nicht schwer und dauern nicht lange an. Am ehesten – zumindest bei jeder zehnten Frau – kommt es zu Übelkeit, Müdigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen. Mit einer verstärkten Regelblutung oder anderen Menstruationsstörungen muss Frau ebenfalls rechnen.

Levonorgestrel wirkt sich auf die Möglichkeit, später ein Kind zu bekommen, nicht ungünstig aus. Vor allem spricht nichts dafür, dass der Arzneistoff einem Fötus schadet, falls bereits eine (unentdeckte) Schwangerschaft besteht. Auch wird diese nicht durch diese „Pille danach“ abgebrochen.

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

### **Verschreibungspflicht: ja oder nein**

In Deutschland hat die Koalition aus konservativer Politik, katholischer Religion und einem Teil der Ärzteschaft bisher verhindert, dass Levonorgestrel ohne Rezept in Apotheken erhältlich ist. Wir stehen da in einer Linie mit Polen, Ungarn und Italien. Während in 79 Staaten weltweit anders entschieden wurde.

Dabei hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sich schon 2003 dafür ausgesprochen, die „Pille danach“ mit Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht zu entlassen. Auch pro familia fordert – etwa mit dem Slogan „Pannenhilfe nach 6“ – die Rezeptfreiheit. Der Arbeitskreis Frauengesundheit (akf) setzt sich ebenfalls dafür ein. Und auch der Bundesrat hat sich für Entlassung aus der Rezeptpflicht ausgesprochen. Längst befürwortet auch die WHO die Rezeptfreiheit für Levonorgestrel als „Pille danach“. Denn die Gebrauchshinweise seien gut verständlich und umzusetzen – auch ohne ärztliche Beratung. (in Frankreich und Großbritannien erhalten Mädchen die „Pille danach“ sogar in der Schule). Zudem würden Teenager und junge Frauen die üblichen kontrazeptiven Methoden nicht vernachlässigen – selbst wenn sie schon mehr als einmal die „Pille danach“ benötigt haben, so die WHO. Und: Wenn Levonorgestrel rezeptfrei ist und nicht erst im Notfall besorgt werden muss, nehmen mehr Frauen das Medikament im optimalen Zeitraum ein. Das heißt: Innerhalb der ersten 12 Stunden nach ungeschütztem Sex.

### **Im Notfall schwierig**

Insbesondere der Bundesverband der Frauenärzte (BVF) behauptet, dass hierzulande bereits jetzt die „Pille danach“ ausreichend rasch zur Verfügung steht und engagiert sich stark für den Erhalt der Rezeptpflicht.

Aber: Eine Erhebung in pro familia-Beratungsstellen zeigte die missliche Situation im Notfall: 4 von 10 Frauen berichteten von Problemen, etwa weil Wochenende war, ein teures Privatrezept ausgestellt wurde oder medizinisches Personal sich abschätzig äußerte. In Kliniken gab es zum Teil lange Wartezeiten. Es wurden zudem überflüssige Untersuchungen oder Schwangerschaftstests durchgeführt und diese in Rechnung gestellt. Und auf dem Land sind die Wege zu Arzt oder Ärztin mit Rezeptblock manchmal weit.

Ein trauriges Kapitel deutscher Gesundheitspolitik ist, dass die SPD als Koalitionspartner der CDU sich aktuell daran beteiligt, die Rezeptpflicht zu erhalten – eine Position, die das Bundesministerium für Gesundheit vertritt. Anträge zur Entlassung aus der Rezeptpflicht wurden infolgedessen in den Gesundheitsausschuss verwiesen, statt sie endlich im Bundestag zur Abstimmung zu bringen. Das kommt nicht nur weiten Teilen der CDU und der Katholischen Kirche entgegen, sondern auch dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGKG). Beide Fachor-

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

ganisationen halten das ärztliche Beratungsgespräch für unverzichtbar – im Gegensatz zur WHO.

Es muss davon ausgegangen werden, dass Vertreter von BVF und DGKG auch monetäre Interessenkonflikte haben. Denn warum sollten Apotheker und Apothekerinnen mit profunden Arzneimittelkenntnissen Frauen in Sachen Notfallverhütung nicht beraten können? Das gilt auch für andere Berufsgruppen, die etwa im Bereich Frauengesundheit beratend tätig sind.

Gerade die „Pille danach“ mit Levonorgestrel erfordere weder eine ärztliche Überwachung noch bestehe ein Missbrauchspotenzial, urteilte kürzlich Ulrich Hagemann vom Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP), der viele Jahre die Abteilung Pharmakovigilanz beim BfArM geleitet hat.<sup>i</sup>

### **Levonorgestrel als „Pille danach“ rezeptfrei erhältlich seit**

1999 Frankreich

2000 Norwegen

2001 Belgien, Dänemark, Großbritannien und Nordirland, Schweden

2002 Finnland, Schweiz

2003 Estland, Lettland

2004 Niederlande

2005 Griechenland, Litauen, Luxemburg

2006 Island, Slowakei

2008 Türkei

2009 Österreich, Spanien

2011 Irland, Tschechien

### **Strategie 2: Ulipristal(acetat)**

Seit 2010 ist in Deutschland auch Ulipristal als „Pille danach“ (einziges Präparat: ellaOne®) im Handel. Das Medikament ist derzeit noch EU-weit rezeptpflichtig. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat es 2009 als Notfall-Kontrazeptivum für bis zu 120 Stunden/5 Tage nach ungeschütztem Sex zugelassen und kürzlich empfohlen, es rezeptfrei abzugeben. Endgültig ist darüber noch nicht entschieden.

### **Wirkweise**

Ulipristal ist kein Gestagen-Hormon im engeren Sinne, behindert aber ebenfalls den Eisprung. Möglicherweise erschwert es zusätzlich die Reifung der Gebärmutter schleimhaut, in der sich das befruchtete Ei normalerweise festsetzt. Ulipristal soll effektiver sein als

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

Levonorgestrel und noch bis vier, fünf Tagen nach ungeschütztem Sex wirken. – Solange saubere Vergleichsstudien mit beiden Wirkstoffen fehlen, sind Vorteile gegenüber Levonorgestrel nicht belegt.

Dass ärztliche Fachorganisationen wie der BfArM das Ulipristal-Präparat ellaOne® favorisieren, ist nicht im Sinne von Frauen. Denn Nutzen und Risiken sind bisher weniger gut abzuschätzen als bei der herkömmlichen „Pille danach“ mit Levonorgestrel. Diese kostet außerdem nur halb so viel wie ellaOne®.

Die Werbestrategie des Anbieters von Ulipristal umgarnt jedoch die Ärzteschaft: In einem Leserbrief beklagte sich eine Frauenärztin. Sie wurde von HRA Pharma so informiert, dass der Eindruck entstand, Ulipristal sei das wirksamere Präparat.<sup>ii</sup>

### **Unerwünschte Wirkungen**

Unter anderem wegen unerwünschter Wirkungen und nicht kalkulierbarer Risiken befürwortet es das BfArM derzeit nicht, Ulipristal aus der Verschreibungspflicht zu entlassen. Bei jeder zehnten Frau kommen Übelkeit, Kopfschmerzen oder Unterbauchschmerzen vor. Wer binnen drei Stunden nach der Einnahme erbricht, muss eine weitere Tablette nehmen. Auch Menstruationsstörungen sind eine mögliche unerwünschte Wirkung von Ulipristal. Noch fehlen Studien, die das Risiko bei Nieren- oder Leberinsuffizienz gezielt untersucht haben.

**Achtung:** Eine Frau, die Ulipristal einnimmt, darf nicht bereits schwanger sein – weder wissend noch unwissend. Denn vorläufig reichen die Studiendaten nicht aus, um schädliche Einflüsse auf das Ungeborenen auszuschließen. Ein Schwangerschaftstest vor der Einnahme von Ulipristal ist daher ratsam. Auch in der Stillzeit sollte das Mittel nicht genommen werden, da es in die Milch übertritt. (Mindestens eine Woche lang nicht stillen!)

### **Verschreibungspflicht: ja oder nein**

In der EU ist ellaOne® bisher rezeptpflichtig. Aber kürzlich hat die Europäische Arzneimittelagentur für die Aufhebung der Rezeptpflicht ausgesprochen. Stimmt die EU-Kommission dem zu, könnte das Präparat schon 2015 EU-weit rezeptfrei erhältlich sein – also auch bei uns. Das hätte nicht nur Vorteile, denn das Mittel ist teurer und weniger lange bewährt als Präparate mit Levonorgestrel. – Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass in Deutschland künftig beide Wirkstoffe rezeptfrei erhältlich sind.

Unter diesen Umständen ist nicht nur eine gute und einfühlsame Beratung in Apotheken wichtig, sondern ein Verbot der öffentlichen Werbung für jegliche „Pille danach“. Das Verbot gilt normalerweise nur für verschreibungspflichtige Präparate. Ungeklärt ist außerdem,

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

ob junge oder sozial schwache Frauen künftig die „Pille danach“ selbst zahlen müssen – oder nicht.

### **Wichtig zu wissen**<sup>iii</sup>

Für beide Arzneistoffe gilt: Bleibt die nächste erwartete Monatsblutung länger als fünf bis sieben Tage aus, sollte Frau einen **Schwangerschaftstest** machen.

Die Europäische Arzneimittel Agentur (EMA) hat im Juli 2014 festgestellt, dass beide Wirkstoffe **unabhängig vom Körpergewicht** ausreichend wirksam sind.

Zwei Punkte hält die EMA für wichtig: Dass Notfallkontrazeptiva „**so bald wie möglich nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr**“ eingenommen und auch nur als gelegentliche „Notfall“-Methode verwendet werden sollen, da sie nicht vergleichbar zuverlässig wie regelmäßige Verhütungsmethoden wirken.“

**Fazit:** Für Frauen in Deutschland muss der unkomplizierte Zugang zur „Pille danach“ selbstverständlich sein. Bei Präparaten mit Levonorgestrel liegen genügend medizinische Studien und Erfahrungen vor. Es könnte sein, dass gerade das noch nicht so lange bekannte (also weniger lange bewährte) und teurere Ulipristal bald nicht mehr verschreibungspflichtig ist. Die Konsequenzen sind momentan nicht abzusehen.

---

<sup>i</sup> Pharmazeutische Zeitung online vom 5.8.2014, [www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=53105](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=53105)

<sup>ii</sup> arznei-telegramm® 2011, 42, 22

<sup>iii</sup> BfArM Risikobewertungsverfahren 24.7.2014

[www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV\\_STP/RV/RV-levonorgestrel2.html](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/RV/RV-levonorgestrel2.html) und [www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Press\\_release/2014/07/WC500170056.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2014/07/WC500170056.pdf)

## HEBAMMEN – EIN BERUFSSTAND IN DER KRISE

---

von Dr. Eva Schindele

*Nicht nur wegen der steigenden Haftpflichtprämie verbunden mit Unterbezahlung bei gleichzeitig hoher Verantwortung sind Hebammen in die Schlagzeilen geraten. Der Berufsstand steht auch traditionell für eine physiologische Geburt ohne viele Interventionen. Doch diese Sicht kollidiert zunehmend mit einer technisierten Geburtsmedizin.*

Wie muss eine für Mutter und Kind sichere Geburtshilfe aussehen? Die ärztliche Geburtsmedizin, die das Risiko von Schwangerschaft und Geburt in den Mittelpunkt stellt und häufig medizin-technisch in den Geburtsverlauf eingreift, dominiert inzwischen den Kreißaal. Dies kollidiert mit der Sicht von Hebammen, die eine kontinuierliche Begleitung der Schwangeren und Gebärenden betonen. Fundierte Studien geben ihnen Recht. Die empathische und professionelle Begleitung der Hebammen wirkt sich auf den Geburtsverlauf günstig aus: Die Gebärenden brauchen weniger Schmerzmittel, die Geburten sind kürzer, werden seltener operativ beendet und die Frauen sind zufriedener mit der Geburt.

Aber auch die Ausbildung der Hebammen wird zunehmend vom Risikodenken und der an der Pathologie ausgerichteten Geburtsmedizin geprägt, so die Osnabrücker Hebammenwissenschaftlerin Prof. Claudia Hellmers: „Wir benötigen eine andere Hebammenausbildung, die sich stärker auf den normalen Geburtsverlauf und die salutogenetische Perspektive konzentriert, sowie die Erfahrung der außerklinischen Geburtshilfe miteinbezieht.“ Die Hebammenkunst gehe mehr und mehr verloren, befürchtet auch die Hamburger Ethnologin und Hebamme Prof. Angelica Ensel, obwohl inzwischen an mehreren deutschen Hochschulen auch Hebammenwissenschaft gelehrt wird. Sie hält die Akademisierung für wichtig, doch ist besorgt über die Situation in vielen Kliniken. „Solange die personelle Situation in den Kreißsälen so dramatisch schlecht ist, können die Standards der Hebammenbetreuung vor Ort gar nicht umgesetzt werden.“

### **Außerklinische Geburtshilfe oder Hebammenkreißaal**

98 Prozent der Kinder kommen in der Klinik zur Welt. Die restlichen zwei Prozent der Mütter gebären entweder im Geburtshaus (2012: 7.000 Geburten) oder zu Hause (2012: 3.500 Geburten). In Großstädten wie in Berlin, wo Frauen zwischen verschiedenen Angeboten wählen können, liegt die Rate der außerklinischen Geburten bei vier Prozent. Spitzenreiter mit jährlich ca. 2000 außerklinischen Geburten ist Bayern. Für die Qualitätssiche



## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

Die Organisation der außerklinischen Geburtshilfe ist die Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe (QuaG) zuständig, deren Träger der Deutsche Hebammenverband (DHV) und der Bund freiberuflicher Hebammen (BfHD) sind. (<http://www.quag.de/>)

Eine Geburtshilfe, die sowohl die Ressourcen einer Klinik nutzt, aber gleichzeitig auf die individuelle Betreuung der Gebärenden Wert legt, wird derzeit in 15 bundesdeutschen Hebammenkreißsälen betrieben. Die Hebammen arbeiten eigenverantwortlich unter dem Dach einer Klinik und holen nur bei Komplikationen ärztlichen Rat ein oder begleiten die Gebärende in den „normalen“ Kreißaal. ([www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/](http://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/))

### **Hebammenmangel**

Laut Deutschem Hebammenverband (DHV) sind bundesweit in Deutschland derzeit etwa 21.000 Hebammen tätig, davon sind 8.500 Hebammen an einer Klinik angestellt, von denen zwei Drittel in Teilzeit beschäftigt sind. Etwa 13.000 Hebammen arbeiten zusätzlich oder ausschließlich freiberuflich in der Nachsorge oder machen Geburtsvorbereitung. In der außerklinischen Geburtshilfe, also bei Hausgeburten, im Geburtshaus oder als Beleghebamme waren 2010 etwa 3.500 Hebammen tätig, 2012 waren es bereits etwa 120 weniger. Und dieser Trend setzt sich weiter fort, so dass inzwischen sogar etablierte Geburtshäuser, wie das in Kiel aus Personalnot schließen müssen. Und in verschiedenen Regionen wie zum Beispiel im bayerischen Schwabach finden die Krankenhäuser keine Beleghebammen mehr, so dass die geburtshilfliche Abteilung von Schließung bedroht ist. ([http://www.iges.de/presse/2012/hebammenhilfe/index\\_ger.html](http://www.iges.de/presse/2012/hebammenhilfe/index_ger.html))

Auch in der sensiblen Phase des Wochenbetts haben Frauen zunehmend Probleme, eine Hebamme zu finden: <http://www.hebammenverband.de/landkarte/>

Die Kliniken der Ballungszentren wie in München, Hamburg oder Frankfurt können freige-wordene Stellen nicht mehr besetzen. Das führt zu einer weiteren Verdichtung der Arbeit der Hebammen und wirkt sich auf die Betreuung der Gebärenden aus.

### **Haftpflichtsituation**

Eine freiberufliche Hebamme, die Geburten betreut, zahlte im Jahr 2002 etwa jährlich 450 Euro, 2014 sind es 5.000 Euro. Der Grund für die hohen Prämien sind nicht die Zunahme von Geburtsfehlern, sondern die höheren Schadensaufwendungen für ein geburtsgeschädigtes Kind. Um die Situation etwas zu entschärfen zahlen die Krankenkassen bereits seit 2012 pro Geburt einen pauschalen Ausgleich für die Haftpflichtterhöhungen. Das führt dazu, dass Hebammen, die weniger Geburten im Jahr durchführen, auch weniger erstattet

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

bekommen. Ab Juli 2015 soll zusätzlich ein sogenannter Sicherstellungszuschlag Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr durchführen, unterstützen.

Doch die Haftpflichtversicherer haben angekündigt, dass sie trotzdem ab 2016 die Berufsgruppe der außerklinisch tätigen Hebammen nicht mehr versichern wollen. Das würde das Ende der Hausgeburtshilfe bedeuten. Deshalb fordern die SPD Landtagsfraktion Niedersachsen, die BAG und die Hebammenverbände einen steuerfinanzierten Haftungsfonds, der mögliche Schadenszahlungen, die über Haftungshöchstgrenzen hinausgehen, ausgleicht. Dieses Modell ist aber inzwischen vom Gesundheitsministerium aus „verfassungsrechtlichen“ Gründen abgelehnt worden.

Stattdessen will das Bundesgesundheitsministerium noch dieses Jahr die Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen bei Schadensfällen an die Haftpflichtversicherungen deckeln, so dass sich die Schadenssummen für die Versicherer minimieren. Dies, so hofft ein Sprecher des BMG, führe dazu, dass Versicherer auch über 2016 hinaus bereit sind, Hebammen überhaupt zu versichern. Wenn das nicht der Fall, bedeutet das nach 2016 das Aus der außerklinischen Geburtshilfe. Der DHV wartet jetzt den konkreten Entwurf des Ministers ab: „Davor können wir schwer einschätzen, inwieweit diese Maßnahme wirklich erfolgsversprechend sein kann“, so eine Sprecherin.

### **Auswirkungen für Frauen**

Die freie Wahl des Geburtsortes, die auch der Europäische Gerichtshof Frauen zubilligt, ist in Deutschland akut bedroht. Wenn immer mehr Hebammen die außerklinische Geburtshilfe aufgeben, können Schwangere nicht mehr zu Hause oder im Geburtshaus gebären. Ebenso finden sie kaum mehr Beleghebammen, die sie in die Klinik begleiten. Aber auch im Krankenhaus führen Personalmangel und Arbeitsverdichtung zu einer mangelhaften Betreuung der Gebärenden. Dies hat Auswirkungen auf die Qualität der Geburtshilfe wie eine weitere Zunahme der Interventionen unter der Geburt und traumatische Geburtsverläufe. Auch die für frisch gebackenen Familien wichtige Betreuung im Wochenbett ist nicht mehr flächendeckend gewährleistet.

„Die Potentiale der Hebammenarbeit müssen gesellschaftlich mehr wertgeschätzt werden“, so die Hebammenforscherin Hellmers. „Dann finden sich auch Wege, die strukturellen Bedingungen für die Geburtshilfe zu verbessern.“ Schließlich ist eine gut verlaufende Geburt eine Erfahrung, die Frauen ihr ganzes Leben lang begleitet, die Mutter-Kind-Beziehung günstig prägt und die Familiengründung unterstützt.

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

Eine gute Website für weitere Infos: <http://www.hebammenfuerdeutschland.de>

### **Kaiserschnitt – oft nicht medizinisch notwendig**

---

von Dr. Eva Schindele

*Ein Kaiserschnitt kann ein Segen für Mutter und Kind sein, wenn schwerwiegende Geburtskomplikationen drohen. Die WHO schätzt, dass dies bei etwa 10 bis 15 Prozent der Geburten der Fall ist. Danach sind in Deutschland mehr als die Hälfte der Kaiserschnitte medizinisch nicht indiziert. Frauenverbände, aber auch etliche GeburtshelferInnen fordern inzwischen eine andere Geburtshilfe, die die Gebärende und ihr Neugeborenes in den Mittelpunkt stellt.*

Fast jedes dritte Kind kommt in Deutschland durch einen Bauchschnitt auf die Welt. Laut Statistischem Bundesamt hat sich die Rate damit in den vergangenen 20 Jahren mehr als verdoppelt von 15,3 Prozent (1991) auf 31,8 Prozent (2013). Seit 2012 ist der Anstieg gestoppt. Ob dieser Trend stabil ist, wird sich aber erst in den nächsten Jahren zeigen. Allerdings gibt es bei der Zahl der Kaiserschnitte große regionale Unterschiede: In Sachsen wurden 2013 mit 23,8 Prozent am wenigsten Schnittentbindungen durchgeführt, am meisten im Saarland (38,1 Prozent). Allerdings kommt es im Ländervergleich immer wieder zu deutlichen Verschiebungen: So wurden 2013 in Hamburg, das immer eine niedrige Kaiserschnitttrate hatte, fast acht Prozent mehr Schnittentbindungen durchgeführt als im Vorjahr.

Mit dem Anstieg der Kaiserschnitttrate ist aber nicht in gleichem Maße die Neugeborenen- oder Säuglingssterblichkeit gesunken. Das zeigen Vergleiche mit dem europäischen Ausland. Während die Zahl der Kaiserschnitte in Deutschland in der europäischen Spitzengruppe liegt, nimmt sie bei der Neugeborenensterblichkeit mit vier Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene einen mittleren Platz ein. In Ländern wie Skandinavien, wo traditionell die Hebammen die Geburtshilfe leiten, liegt die Kaiserschnitttrate seit Jahren stabil bei etwa 17 Prozent und das „Outcome“ wie die Zufriedenheit der Mütter ist sogar besser als in Deutschland.

#### **Harte und weiche Indikationen**

Ein Blick in die Statistik zeigt, dass vor allem die weichen Indikationen, bei denen die GeburtshelferInnen einen Entscheidungsspielraum haben, gestiegen sind. Das sind zum Beispiel Beckenendlage, Geburtsstillstand oder ein Kaiserschnitt nach einem vorhergehenden

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

Kaiserschnitt. Dies ist inzwischen der häufigste Grund für eine geplante Schnittentbindung. Dagegen haben sich die harten Indikationen, bei denen ein Kaiserschnitt zwingend geboten ist, in den letzten Jahrzehnten nicht erhöht. Solche Indikationen sind die Querlage des Kindes, ein Nabelschnurvorfal oder eine vorzeitige Plazentaablösung bei der die Mutter viel Blut verliert und das Kind nicht mehr ausreichend versorgt ist.

### **Gründe für die hohe Kaiserschnitttrate**

Die Ursachen für den Anstieg sind vielfältig: Verbesserte Operations- und Narkosetechniken reduzierten das Risiko eines Kaiserschnitts für die Mütter, was manche GynäkologInnen sogar dazu veranlasste, vom „sanften“ Kaiserschnitt zu sprechen. Kaiserschnitte sind für Kliniken besser planbar als Geburten auf natürlichem Weg und bei möglichen Schadensersatzklagen sind die GeburtshelferInnen vor Gericht auf der sicheren Seite. Auch Interventionen unter der Geburt wie zum Beispiel das Dauer-CTG oder eine regionale Narkose (PDA) führen häufiger zu einem Kaiserschnitt.

Bei einer Befragung, die der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) durchgeführt hat, nannten die (Chef)-ÄrztInnen und Hebammen noch weitere Gründe: Das geburtshilfliche Können gehe mehr und mehr verloren. Nur noch wenige GynäkologInnen können zum Beispiel eine Frau, deren Kind in Beckenendlage liegt, normal entbinden. Außerdem nannten die ExpertInnen die Risikoorientierung der Geburtshilfe sowie die Ökonomisierung und zeitliche Optimierung der Krankenhausabläufe als weitere Hemmnisse für eine natürliche Geburt.

Die Sprecherinnen der BAG der kommunalen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten vertreten die Meinung, dass Frauen sich seltener für einen Kaiserschnitt entscheiden würden, wenn nicht die Erwartungen an eine schmerzlose Entbindung in den Medien geschürt würde.

### **Der Wunschkaiserschnitt**

Der Eindruck, dass der Kaiserschnitt deshalb häufiger gemacht wird, weil die Frauen dies so wünschen, wird durch Zahlen nicht belegt. Schätzungen zu Folge entscheiden sich nur etwa vier Prozent der Frauen bewusst für einen Kaiserschnitt, ohne dass eine medizinische Indikation vorliegt. Als Beweggründe, so die Bremer Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Baumgärtner in ihrer Studie, nennen Frauen vor allem Angst vor Schmerzen oder den Kontrollverlust bei einer normalen Geburt. Außerdem fürchteten sie unbekanntem Klinikpersonal ausgeliefert zu sein, und glauben den Ablauf des Kaiserschnitts besser als die Wehenschmerzen in einer vielleicht wenig unterstützenden Klinik-

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

umgebung kontrollieren zu können. Manchmal geht der Wunsch nach einem Kaiserschnitt aber auch auf eine vorhergehende traumatische Geburtserfahrung oder sexuelle Übergriffe in der Vorgeschichte der Frauen zurück.

Inzwischen gibt es aber auch Frauen, die den Kaiserschnitt explizit befürworten. Sie fordern, dass Frauen zwischen vaginaler Geburt und Schnittentbindung frei wählen können müssen und sehen das als Zunahme der Autonomie. Die Ärztin und Medizinjaurnalistin Martina Lenzen-Schulte hat diese Position in dem Buch „Königsweg Kaiserschnitt“ beschrieben.

### **Kaiserschnittsprechstunde**

Manche Kliniken, wie das Henriettenstift in Hannover haben gute Erfahrung mit einer Kaiserschnittsprechstunde gemacht, in denen Paare über die Vor- und Nachteile einer Schnittentbindung, aber auch über die Möglichkeiten, die Geburt zu erleichtern - zum Beispiel durch Akkupunktur oder eine Rückenmarkanästhesie (kurz PDA)- informiert werden und Raum finden, über ihre Befürchtungen und Ängste zu sprechen. Die meisten Frauen entscheiden sich übrigens nach dem Beratungsgespräch für eine Spontangeburt und sind mit dieser Entscheidung auch nach der Geburt zufrieden.

### **Gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind**

Die operativen mütterlichen Risiken des Kaiserschnitts sind inzwischen gut beherrschbar. Trotzdem ist eine Schnittentbindung nach wie vor riskanter als eine Vaginalgeburt. Es kommt häufiger zu schweren Infektionen, Thrombosen, Verletzungen der Blase oder Harnleiter oder Verwachsungen im Bauchraum. Außerdem ist das Risiko erhöht, dass bei einer möglichen nächsten Schwangerschaft die Gebärmutter reißt, sich die Plazenta nicht richtig einnistet oder das Kind tot auf die Welt kommt.

Und die Schmerzen, die eine Frau während der Wehen hat, kommen beim Kaiserschnitt nach der Operation. Dies erschwert die Kontaktaufnahme zum Neugeborenen und seine Versorgung.

Welche gesundheitlichen Folgen eine Schnittentbindung für das Kind hat, sind bisher noch nicht gut erforscht. Einige Studien zeigen, dass Kinder, die vor der 38. Woche geholt worden sind, häufiger an Atemproblemen leiden und auf einer Neugeborenenintensivstation behandelt werden müssen. Weiter gibt es Hinweise, dass Kaiserschnitt-Kinder ein erhöhtes Risiko für Allergien, Asthma und Diabetes Typ 1 haben.

Auch aus diesen Gründen sollte die Indikation für einen Kaiserschnitt sorgsamer als bisher abgewogen werden, meint der Frankfurter Gynäkologieprofessor Frank Louwen. Er will als

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

Vorstandsmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ eine verbindliche wissenschaftsbasierte Richtlinie zum Kaiserschnitt auf den Weg bringen. Allerdings scheitert dieses Vorhaben bisher an der Finanzierung.

### **Forderung nach anderer Geburtshilfe**

Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) hat 2012 eine vielbeachtete Kampagne zu Senkung der Kaiserschnitttrate gestartet. Er fordert die GeburtshelferInnen auf, Schwangere besser über den Kaiserschnitt zu informieren, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können. Außerdem sollen andere Rahmenbedingungen, wie ein besserer Personalschlüssel in den Kreißsälen und die flächendeckende Einrichtung von hebammengeleiteten Kreißsälen die physiologische Geburtshilfe stärken. Die Gynäkologin Maria Beckermann, Vorsitzende des AKF: „Frauen brauchen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Wertschätzung, Zuwendung, Ruhe, Unterstützung und Schutz“ - auch um ihren Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen.

von Eva Schindele

### **Die BAG**

Die BAG unterstützt die Forderungen des AKF und sieht ebenfalls die Notwendigkeit einer flächendeckenden, umfassenden und neutralen Beratung für Schwangere um eine optimale Entscheidung über die Geburt treffen zu können. Schwangerschaft und Geburt dürfen nicht zu einer „Erkrankung“ mutieren, die automatisch in einer Operation enden muss. Auch eine vermeintlich höhere Wirtschaftlichkeit (z. B. durch eine bessere Planbarkeit) darf nicht zu einem Verdrängungsprozess der natürlichen Geburt führen.

Auch die Medizin muss sich mehr mit den Auswirkungen des Kaiserschnitts auseinandersetzen. Noch sind viele Folgen der hohen Kaiserschnitttrate nicht evaluiert. Weder ist ausreichend erhoben wie sich der Eingriff auf das Kind auswirkt noch ist geklärt wie sich der drohende Verlust an Geburtswissen der ÄrztInnen auswirken wird. Medizin und Politik müssen eine verbindliche wissenschaftsbasierte Richtlinie zum Kaiserschnitt auf den Weg bringen und die Finanzierung derselben sichern.

Für die BAG  
Katrin Morof

## SONDERNEWSLETTER Januar 2015

---

### Impressum

---

---

#### *Impressum & Kontakt*

---

ViSdP: Carmen Muñoz-Berz  
Gleichstellungsbeauftragte Stadt  
Waldbrol & Bundessprecherin

---

#### **BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen**

Kontakt:

Ramona Ebert

Geschäftsstelle, Brunnenstraße 128, 13355 Berlin

Tel. 0 30 - 41 71 54 06 / Fax 0 30 - 41 71 54 07

[bag@frauenbeauftragte.de](mailto:bag@frauenbeauftragte.de), [www.frauenbeauftragte.de](http://www.frauenbeauftragte.de)

---