

Schriftfassung vom 21.03.2005.  
Es gilt das gesprochene Wort.

**Überblicksreferat  
von Prof. Dr. Elisabeth Merkle  
Gynäkologin**

**Gesundheit von Müttern und Kindern  
Erfolge und Defizite**

Die Gesundheit von Müttern und Kindern war in Deutschland noch nie so gut wie derzeit. Betrachten wir die Müttersterblichkeit und die perinatale Mortalität, so sehen wir, dass in Deutschland 12 Frauen pro 100.000 Geburten versterben, die perinatale Mortalität ist bei 4,4 pro Tausend Geburten.

Aufgrund der Verbesserung der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden sowie der Verbesserung intensivmedizinischer Maßnahmen haben sich diese Zahlen in den letzten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich verbessert.

So ist es heute durchaus möglich, dass mit intensivmedizinischen Maßnahmen auch Kinder mit einem Geburtsgewicht von 500g und darunter überleben können. Ziel ist es jedoch, nicht nur ein Überleben der Kinder sondern ein gesundes Überleben der Kinder zu gewährleisten. Das Bestreben geht also dahin, möglichst Frühgeburten zu vermeiden oder bei drohender Frühgeburt, die Geburt in einem Perinatalzentrum mit Anwesenheit von Neonatologen zu betreuen.

Die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sind in Deutschland sehr gut ausgebaut und erfahren eine hohe Akzeptanz durch die Schwangeren. So umfasst die Schwangerenvorsorge neben der Beratung der Schwangeren zu Lebensstil, Ernährung, Geburtsvorbereitungskursen, Krebsvorsorge und Leitung der Geburt auch regelmäßige Untersuchungen, Blutcheck auf Blutgruppe und Rhesusfaktor, Nachweis bzw. Ausschluss von Infektionserkrankungen wie Lues, Chlamydien, Hepatitis B und HIV. Bei Verdacht auf Rhesusunverträglichkeit wird bereits in der Schwangerschaft entsprechend geimpft, um einer Rhesusinkompatibilität und einer Erkrankung eines weiteren Kindes vorzubeugen. Der Nachweis von Chlamydien, einer der häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen, erfordert eine Behandlung während der Schwangerschaft, um eine Infektion des Kindes unter der Geburt zu verhindern. Eine Antibiotikatherapie bei Lues verhindert eine Erkrankung des Kindes.

Bei Nachweis von HIV - diese Untersuchung wird immer nur nach entsprechender Aufklärung der Mutter durchgeführt -, erfolgt ebenfalls eine Behandlung, in diesem Falle eine Kombinationsbehandlung und die entsprechende Geburtsplanung. Bei Hepatitis B ist eine Impfung des Kindes nach der Geburt erforderlich, um eine Erkrankung des Kindes zu verhindern.

Regelmäßige Ultraschalluntersuchungen geben Hinweis auf ein zeitgerechtes Wachstum des Kindes und können eine eventuelle Mangelversorgung früh erkennen lassen, wodurch frühzeitig Risikoschwangerschaften erkannt und entsprechend betreut werden können.

Auch Gewicht, Blutdruck und Urinbefund der Mutter geben Hinweise auf Risiken, zum Beispiel auf eine Gestose, also eine schwangerschaftsbedingte Erkrankung der Mutter, die für die Mutter und das Kind gefährlich werden kann und entsprechende medizinische Maßnahmen zur Folge hat. Untersuchungen des Blutes zum Ausschluss oder zur Behandlung einer Anämie sowie weitere gezielte Untersuchungen im Einzelfall führen zu einer Sicherheit der Schwangerenbetreuung, wie sie beispielhaft ist.

Durch die optimale Schwangerenvorsorge aber auch durch eine Optimierung der Betreuung der Gebärenden mit intrapartaler Überwachung des Kindes mit der Möglichkeit, bei Geburtsrisiken zeitnah eine Kaiserschnittentbindung oder vaginal operative Entbindung durchzuführen haben sich die Chancen für Mutter und Kind deutlich verbessert.

Bei all diesen medizinisch notwendigen Untersuchungen und Betreuungsangeboten darf jedoch nicht vergessen werden, dass eine Schwangerschaft und Geburt im Leben einer Frau immer etwas besonderes ist und auch die psychische Betreuung der werdenden Eltern, die Unterstützung im Hinblick auf das Vertrauen in den eigenen Körper, die Berücksichtigung

individueller Wünsche und Meinungen unendlich wichtig ist. Hier kann durch die Zusammenarbeit von Frauenarzt/Frauenärztin und Hebamme der werdenden Mutter viel Sicherheit und Geborgenheit gegeben werden.

Die hohe Akzeptanz der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen und die gute medizinische Betreuung unter der Geburt haben zu einem stetigen Rückgang der Mütter- und Kindersterblichkeit und zu einem enormen Anstieg der Mütter- und Kindergesundheit geführt. Perinatalerhebungen in Deutschland mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und Evaluierung der Ergebnisse der medizinischen Betreuung überprüfen regelmäßig jedes Jahr den Erfolg dieser Bemühungen. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe setzen Standards, die für jede Frau gewährleistet werden.

Es muss jedoch auch kritisch angemerkt werden, dass das Bemühen um ein gesundes Kind nicht dem Recht auf ein gesundes Kind entspricht und hier zum Teil eine Anspruchshaltung entsteht, die gesellschaftlich nicht akzeptiert werden darf. Gerade die Annahme von behinderten Kindern, den schwächsten Gliedern unserer Gemeinschaft, ist ein Maß für die Ethik und Moral einer Gesellschaft.

Auch die Tendenz zum Wunschkaiserschnitt muss kritisch hinterfragt werden. Oft stehen hinter dem „Wunsch“ nach einem Kaiserschnitt die Angst vor einer natürlichen Geburt und/oder traumatische Erlebnisse bei vorausgehenden Geburten. Dies ist sicher nachzuvollziehen. Oft kann aber durch ausreichende Aufklärung und optimale Betreuung der Schwangeren und Gebärenden eine Sicherheit für die Frau gewährleistet werden, die diese Ängste abbaut. Ein Wunschkaiserschnitt aus Termingründen oder weil es derzeit „in“ ist, wie von vielen Seiten propagiert und auch von einigen Prominenten vorgelebt wird, ist meines Erachtens nicht zu akzeptieren. Ein Kaiserschnitt ist für ein Kind nicht per se die schonendste Entbindungsmethode und es muss auch darauf hingewiesen werden, dass sich nach einem Kaiserschnitt das Risiko für eine weitere Geburt erhöhen kann.

Ein großes Problem bei der Betreuung der Schwangeren stellen Schwangerschaftsrisiken dar, die vermieden werden könnten. So ist es nicht zu akzeptieren, dass in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert wird mit allen negativen Folgen für die Gesundheit des Kindes. Besonders bedrückend erscheint, dass die Zahl der rauchenden Frauen in Deutschland zunimmt, während die Zahl der männlichen Raucher erfreulicherweise etwas zurückgeht. Unabhängig von den enormen Risiken für Erwachsene ist es gerade in der Schwangerschaft zum Wohle des Kindes unbedingt zu fordern, dass das Rauchen sofort aufgegeben wird. Neugeborene von rauchenden Schwangeren haben durchschnittlich ein niedrigeres Geburtsgewicht, die Versorgung mit Nährstoffen leidet, die Funktion der Plazenta ist häufig eingeschränkt, so dass mangelversorgte Kinder, also Kinder mit einem zu geringen Geburtsgewicht, zur Welt kommen. Über 30% der Schwangeren rauchen zu Beginn der Schwangerschaft (DÄK).

Nach Schätzungen der Deutschen Krebshilfe hören lediglich 25% der Raucherinnen während der Schwangerschaft auf zu rauchen. Kinder von rauchenden Schwangeren sind im Durchschnitt 200-300 g leichter bei der Geburt, sie entsprechen 30-40% aller Mangelgeborenen. Bis zu 14% aller Frühgeburten sind auf das Rauchen zurückzuführen (DKG). Da über 80% aller Raucher bereits vor ihrem 20. Lebensjahr begonnen haben, zu rauchen, ist hier neben Raucherentwöhnungsprogrammen speziell auch für Schwangere, vor allem zu fordern, bereits bei Jugendlichen präventiv tätig zu werden.

Auch der Drogenkonsum in der Schwangerschaft ist ein noch ungelöstes Problem, führt er doch oft zu schwer geschädigten Kindern, die nach der Geburt einen Drogenentzug durchmachen müssen.

Ungesunde Lebensführung, zu wenig Bewegung, Übergewicht und ungesunde Ernährung sind weitere Schwangerschaftsrisiken, die die Verantwortung der Schwangeren für sich und das Ungeborene fordern.

Wir müssen leider feststellen, dass die Zahl der Geburten in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat. So hat nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Deutschland neben Slowenien die niedrigste Geburtenrate in Europa. An der Spitze der Geburtenrate in Europa steht Irland mit 15,4 Geburten pro tausend Einwohner. Demgegenüber sind in Deutschland nur 8,7 Geburten je 1.000 Einwohner. Die Zahl der Geburten nimmt in Deutschland seit den

geburtstarken Jahrgängen der 50er und 60er Jahre kontinuierlich ab. Demgegenüber nimmt das Alter der Mütter bei der Geburt des Kindes zu. So waren im Jahr 2003 über 55% der Mütter über 30 Jahre und über 20% der Mütter über 35 Jahre bei Geburt ihres Kindes (Qualitätsbericht Geburtshilfe, Bayer. Landesärztekammer).

Erfreulich ist die gestiegene Lebenserwartung, die derzeit bei 81 Jahren bei Frauen und bei 75 Jahren für Männer liegt. Aufgrund der niedrigen Geburtenzahl von durchschnittlich 1,3 Kindern pro Paar hat sich die Wachstumsrate in den negativen Bereich von  $-0,1\%$  verschoben. Nur noch 16% unserer Bevölkerung ist unter 15 Jahren, das entspricht dem Anteil der Menschen über 65 Jahren. Die niedrige Geburtenrate entspricht jedoch nicht dem Wunsch der Frauen. So wünschen sich nach Auskunft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die 20-34-jährigen Frauen unabhängig vom Bildungsgrad durchschnittlich 1,8 Kinder, während die Wirklichkeit zeigt, dass die 35-39-jährigen Frauen durchschnittlich 1,3 Kinder geboren haben, wobei bei Frauen mit hohem Bildungsgrad die Zahl der Geburten geringer ist als bei Frauen mit niedrigem Bildungsgrad. Frauen mit hohem Bildungsgrad haben in Deutschland durchschnittlich nur noch 1,1 Kinder, Frauen mit niedrigem Bildungsgrad 1,5 Kinder.

Dies bedeutet, dass zwischen Wunsch und Realität eine Diskrepanz ist. Offensichtlich besteht für viele Frauen ein Problem der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf. Fehlende Kinderversorgung während der Arbeitszeit, Verhinderung von Karrierechancen durch Kinder, sozialer Abstieg und finanzielle Probleme spielen eine Rolle. Es ist für viele Frauen unmöglich, der gewünschten Berufstätigkeit nachzugehen, wenn die Kindergartenöffnungszeiten teilweise so gestaltet sind, dass sie nicht mit den Arbeitszeiten der Mütter zusammenpassen.

Wir haben immer mehr den Trend zu Kleinfamilien. Familienangehörige, die Kinder in den Kindergarten bringen oder aus dem Kindergarten abholen können oder die Versorgung der Kleinkinder übernehmen können, stehen immer weniger zur Verfügung. Gerade Mütter mit Kindern müssen häufig enorme Anstrengungen unternehmen, um Familie und Berufstätigkeit vereinbaren zu können. 59,2% der Mütter mit Kindern unter 18 Jahren sind berufstätig, 21,3% in Vollzeitbeschäftigung. Bei Müttern mit Kindern unter 3 Jahren sind 31,2% berufstätig, 12,5% in Vollzeitbeschäftigung.

Betriebskindergärten, Änderung der Öffnungszeiten von Kindergärten aber auch Nachbarschaftshilfe und insgesamt bessere Akzeptanz berufstätiger Mütter sind hier gefordert. Maßnahmen sind die Schaffung von optimalen Rahmenbedingungen durch Politik und Gesellschaft, Aufklärung der Bevölkerung über bereits bestehende Hilfen, die Akzeptanz unterschiedlicher Lebensplanungen, aber auch die Stärkung von Eigenverantwortung und die bessere Akzeptanz von Kindern und kinderreichen Familien im täglichen Leben.

Es ist heute immer noch erschreckend, dass kinderreiche Familien häufig diskriminiert werden und Kinder oft als Störfaktor in der Öffentlichkeit angesehen werden. Durch die Zunahme der Anzahl von Ehescheidungen steigt naturgemäß auch die Zahl Alleinerziehender, die diese Probleme besonders betreffen. Auch hier ist gesellschaftliche Akzeptanz und Förderung notwendig. Die Zahl der Ehescheidungen hat auch 2003 erneut zugenommen. In der Hälfte der geschiedenen Ehen leben Kinder unter 18 Jahren. In Deutschland lebten im Mai 2003 insgesamt 2,5 Millionen Alleinerziehende mit Kindern. Dies bedeutet, dass etwa jede fünfte (19%) Eltern-Kind Gemeinschaft alleinerziehend war (Statistisches Bundesamt).

Diese Zahl hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Unverändert ist der prozentuale Anteil von 84% Frauen unter den Alleinerziehenden. Gerade hier ist gesellschaftliche Hilfe notwendig, um die Chancen für diese Mütter und Kinder zu verbessern.

Nicht genug zu betonen ist auch die Notwendigkeit, gerade ältere Menschen in die Gesellschaft besser zu integrieren. Im Gegensatz zu Männern, die denen die Quote an Alleinlebenden erst ab 75 Jahren deutlich ansteigt, steigt bei Frauen mit zunehmendem Alter die Quote der Alleinlebenden stark und auch rasch an. So leben über 64% aller Frauen im Alter von 75 Jahren und mehr alleine, das sind 2,7 mal so viel wie bei gleichaltrigen Männern. Dort ist die Alleinlebequote in diesem Alter 24%. Ausschlaggebend für diese hohe Diskrepanz ist die deutlich höhere Lebenserwartung der Frau. Während jedoch früher verwitwete alte Menschen in eine

Familie integriert wurden, ist dies heute aufgrund des Trends zur Kleinfamilie und der häufig unterschiedlichen Wohnorte von Alten und ihren erwachsenen Kindern, nicht mehr der Fall. Die Verantwortung der Familie und auch der Gesellschaft für die alten Menschen ist unbedingt zu fordern, sehen wir uns doch in Zukunft einer Gesellschaft gegenüber, die wesentlich mehr alte Einwohner hat als jemals zuvor. Sofern es nicht gelingt, hier eine gemeinsame Basis für Alt und Jung zu schaffen, wird der Generationenkonflikt forciert. Dies kann nicht im Sinne unserer Gesellschaft sein. Hier sind die Bemühungen aller Altersgruppen gefordert.

Wenden wir nun den Blick weg von Deutschland und betrachten die Mütter- und Kindersterblichkeit weltweit, so eröffnet sich ein grausames Szenario. Jede Minute stirbt weltweit mindestens eine Frau an Folgen von Schwangerschaft und Geburt, das sind circa 530.000 Frauen jährlich. 99% der Müttersterblichkeit findet sich in den Entwicklungsländern. Es ist erschreckend, dass in Zentralafrika eine von 13 Frauen an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt verstirbt. Zum Vergleich hierzu: In Westeuropa stirbt eine von 4.085 Frauen an den Folgen der Gravidität oder der Geburt. Die Weltgesundheitsorganisation nennt dieses Sterben der Mütter eine „unsichtbare Epidemie“. Ursache für die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit in den Entwicklungsländern sind mangelnde medizinische Betreuung, fehlendes sauberes Wasser, fehlende Hygiene, fehlende Impfungen, Untergewicht und Unterernährung, Hungersnot, fehlende Bildungsmöglichkeiten, marode Wirtschaftslage mit unvorstellbarer Not und Armut. Forscht man nach den Ursachen der hohen Müttersterblichkeit im Einzelnen, so zeigt sich, dass 70% der Todesursachen durch fünf Ursachen bedingt sind: Blutungen (24%), 5 Infektionen (15%), unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche (13%), hoher Blutdruck (23%) und Geburtsstillstand (8%) (Quelle: WHO).

Weltweit sind mehr als ein Drittel aller Schwangerschaften ungewollt, davon 99% in den Entwicklungsländern. Es erfolgen jährlich schätzungsweise 20 Millionen unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche, wobei hieran etwa 78.000 Frauen versterben. Allein 13% aller Fälle von Müttersterblichkeit sind auf unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche in den Entwicklungsländern zurückzuführen. Es ist unbedingt zu fordern, dass die medizinische Betreuung in den Entwicklungsländern verbessert wird.

In Somalia wird beispielsweise nur jede 3. Frau bei der Geburt betreut (DSW). Nach Angaben der WHO werden nur 61% der Geburten weltweit durch ausgebildete Geburtshelfer/innen betreut, wobei der Durchschnitt in einigen armen Ländern unter 34% liegt. Durch ausreichende medizinische Betreuung könnte die Müttersterblichkeit bereits zu einem wesentlichen Teil reduziert werden. Ausgebildete Geburtshelfer, die Möglichkeit der Notfallversorgung unter der Geburt oder zumindest ein funktionierendes Transportsystem, um die Mütter bei Notfällen einer adäquaten Versorgung zuzuführen, sind unbedingt erforderlich.

Aber auch eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse zur Reduktion von Infektionskrankheiten ist unbedingt zu fordern. Langfristiges Ziel muss es jedoch sein, Armut und Not zu lindern und den Menschen in den Entwicklungsländern Bildungschancen zu eröffnen, da Mütter- und Kindersterblichkeit zu einem wesentlichen Anteil auch vom sozialen Stand und von der Bildung abhängt.

Wir wissen auch, dass sich das Sterberisiko für Kinder bis 5 Jahren verdoppelt, sofern die Mutter bei der Geburt stirbt (DSW). 98% aller Totgeburten, circa 4 Millionen pro Jahr, betreffen die Entwicklungsländer. Weitere vier Millionen Neugeborene sterben in den ersten vier Lebenswochen. Jährlich sterben weltweit fast 11 Millionen Kinder unter fünf Jahren. Die häufigsten Todesursachen sind Infektionskrankheiten, wie Lungenentzündung, Durchfall mit Austrocknung, Malaria, Masern und zunehmend auch AIDS. Etwa 60% der verstorbenen Kinder hatten eine Mangelernährung (UNICEF). Mehr als 3 Millionen Kinder unter fünf Jahren versterben weltweit allein durch Krankheiten, die in direktem Zusammenhang mit verschmutztem oder fehlendem Wasser stehen (DSW). In jeder Minute sterben 20 Kinder unter fünf Jahren, dies bedeutet, dass täglich 30.000 und jährlich 10,6 Millionen Kinder sterben (WHO).

Nach Angaben der WHO wären 70% aller Todesfälle bei Kindern durch Vorbeugung und Behandlung zu verhindern. Es muss unser Ziel sein, die medizinische Betreuung in den Entwicklungsländern zu verbessern, Fachpersonal auszubilden, die Armut zu bekämpfen und hierdurch den sozialen Status zu verbessern, das Stillen zu fördern, die Hygiene zu verbessern und durch Impfungen den Schutz vor Infektionen auszubauen.

Bei der Betrachtung der Mütter- und Kindergesundheit muss auch auf die weltweit steigende Zahl von Infektionen hingewiesen werden. So waren 2003 39,4 Millionen Menschen an HIV infiziert, davon allein 2,2 Millionen Kinder unter 15 Jahren. Allein im Jahr 2004 waren 4,9 Millionen Neuinfektionen an HIV zu verzeichnen, davon 640.000 an Kindern. 3,1 Millionen Menschen, davon 510.000 Kinder sind 2004 an AIDS verstorben (UNAIDS WHO 2004).

Täglich versterben 4.250 junge Menschen unter 25 Jahren an AIDS. Weltweit gehört AIDS heute zu den fünf häufigsten Todesursachen (Medicine Worldwide). In Deutschland sind von circa 67.500 HIV Infizierten 23.500 Menschen verstorben. Etwa 44.000 Menschen leben derzeit in Deutschland mit HIV (Medicine Worldwide).

Auch die Zahl der Erkrankungen an Hepatitis und sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) ist erschreckend hoch. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die Industrienationen und jeder Einzelne ist hier in der Verantwortung. Aufklärungskampagnen sind unumgänglich. Die weltweiten Maßnahmen der WHO sind hier vorbehaltlos zu unterstützen.

Ein weiteres Problem mit drastischen Ausmaßen ist die weibliche Genitalverstümmelung, auch Beschneidung genannt. Die WHO unterscheidet vier Formen von Genitalverstümmelung: Die umfassendste Form der Genitalverstümmelung ist die pharaonische Beschneidung, auch Infibulation genannt. Hierbei wird die Klitoris entfernt, die kleinen Schamlippen ganz oder teilweise weggeschnitten und die großen Schamlippen ausgeschabt. Sie werden dann mit Dornen zusammengeheftet, so dass nur noch eine kleine Öffnung zum Abfließen von Urin und Menstruationsblut verbleibt. Diese Art der Verstümmelung macht etwa 15% aller Fälle aus. Die Excision oder Klitoridektomie beinhaltet eine vollständige oder teilweise Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen. Die Sunna ist eine Entfernung der Vorhaut der Klitoris. Sie kommt relativ selten vor. Die vierte Form beinhaltet verschiedene Varianten der Beschneidung der weiblichen Genitalorgane. Die weibliche Genitalverstümmelung wird vor allem in vielen afrikanischen Ländern praktiziert, ist jedoch zum Teil auch auf der arabischen Halbinsel (Oman, Jemen) und in Asien (Indien, Indonesien, Malaysia) verbreitet (terres des femmes). Im Nord Sudan sind 98% aller Mädchen und Frauen beschnitten. Die Mädchen werden meist in einem Alter zwischen vier und acht Jahren beschnitten. Der Eingriff wird von Beschneiderinnen, oft auch Hebammen, durchgeführt. Die Begründungen für diese Maßnahmen sind unterschiedlich. Sie stützen sich auf Tradition und Überlieferung, Unkenntnis medizinischer Fakten und, wie terres des femmes betont, auf religiöse Gründe.

Unbeschnittenen Mädchen finden in vielen Regionen keinen Ehemann. Die Missachtung dieser gesellschaftlichen Norm wird vielerorts mit Ächtung bestraft. Die Beschneidungen betreffen auch Mädchen, die in Deutschland leben und zu diesem Ritual von ihren Eltern in die Heimatländer gebracht werden. Weltweit sind von der Genitalverstümmelung circa 150 Millionen Frauen betroffen. Jährlich werden mehr als 2 Millionen Mädchen beschnitten, das sind 6.000 Mädchen täglich.

Die WHO, UNICEF, TERRES DES FEMMES und andere Organisationen kämpfen weltweit gegen diese Maßnahme. Auch die Vereinten Nationen haben die Genitalverstümmelung verurteilt. Unmittelbare Folgen der Genitalverstümmelung sind starke Schmerzen, hoher Blutverlust, Infektionen (u.a. Tetanus, HIV) und Schockzustände. Schätzungen zufolge liegt die Sterberate bei der pharaonischen Beschneidung bei 30%. Langzeitfolgen sind immer wieder kehrende Infektionen, andauernde chronische Schmerzen, Inkontinenz, also unwillkürlicher Abgang von Urin, Schmerzen bei der Miktion und Sterilität. Des Weiteren treten Schmerzen beim Sexualverkehr auf. Besonders gravierend sind auch die erhöhten Risiken bei einer Geburt. Neben diesen körperlichen Folgen sind auch die seelischen und psychischen Folgen oft sehr belastend. Libidoverlust, Schlafstörungen, Depressionen bis hin zum Suizid sind keine Seltenheit.

Aufklärungsarbeit, Ausbildung von weiblichen Vertrauenspersonen, medizinische Hilfe und weitere Maßnahmen sind hier dringend geboten. Verbote allein genügen hier sicher nicht. Ohne Aufklärung und Förderung der Akzeptanz der Frauen, die nicht beschnitten sind, wird sich hier nichts Wesentliches ändern. Dies ist eine Aufgabe, die möglichst kurzfristig und weltweit gefördert werden muss.

Doch wenden wir uns wieder Europa und insbesondere Deutschland zu.

Wir haben uns damit beschäftigt, dass die perinatale Morbidität und Mortalität in Deutschland

aufgrund unseres guten Gesundheitssystems deutlich zurückgegangen ist. Wir haben jedoch bei der Kindergesundheit nun mit weiteren Problemen zu kämpfen. 40% aller Todesfälle im Kindesalter sind nach einer Studie der UNICEF auf tödliche Verletzungen zurückzuführen.

Die niedrigste Anzahl tödlicher Unfälle in Europa ist in Schweden. Würde man Schweden zum Maßstab nehmen, so könnten europaweit 12.000 kindliche Todesfälle durch Unfälle vermieden werden (UNICEF). Die Unfallmortalität in Deutschland bei Kindern unter 15 Jahren ist seit 1980 (18,8 getötete Kinder je 100.000) um mehr als ein Drittel gesunken (2002: 3,9 getötete Kinder je 100.000). Deutschland erreicht damit bei den tödlichen Unfällen sowohl bei Kleinkindern als auch bei Schulkindern einen niedrigen Stand im internationalen Vergleich. Gründe hierfür sind sicher ein gutes Rettungssystem, aber auch Verkehrsunfallprävention und persönliche Schutzmaßnahmen.

Vor der Einschulung passieren die häufigsten Unfälle zu Hause oder in der nächsten Umgebung, später dann Verkehrsunfälle. Das höchste Risiko haben Säuglinge und Kleinkinder, wobei bei ersteren vor allem Erstickten, Stürze und Verbrennungen, im Kleinkindesalter vor allem Ertrinken als Todesursache verzeichnet werden muss. Erst im Schulalter und dann im Jugendlichenalter sind Verkehrsunfälle und Fahrradunfälle an erster Stelle.

Nach dem Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ereignen sich etwa 1/3 aller Unfälle zuhause, 55% im Zusammenhang mit der Schule und 12% im Straßenverkehr. Im Jahr 2002 sind 489 Kinder in Deutschland durch einen Unfall ums Leben gekommen, über 200.000 Kinder mussten im Krankenhaus wegen Verletzungen behandelt werden (Todesursachenstatistik; Krankenhausdiagnosestatistik). Die Verletzungen im Straßenverkehr mit und ohne Todesfolge bei Kindern nehmen in den letzten Jahren kontinuierlich ab. Die Maßnahmen der Verkehrserziehung haben offensichtlich Wirkung gezeigt, wenngleich weitere Aufklärungsarbeit nötig ist.

Nach Einschätzung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales Gesundheit und Frauen in Brandenburg wären durch bessere Aufklärung und Prävention 60% aller Unfälle von Kindern und Jugendlichen vermeidbar. Gerade im Hinblick auf die Unfallsprävention im Haushalt bei Säuglingen und Kleinkindern sind weitere Aufklärungskampagnen erforderlich.

Bei Betrachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weist das Robert Koch Institut auf neue Risiken hin:

Chronische Erkrankungen, Allergien, Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis nehmen an Häufigkeit zu. Die Exposition von Umweltgiften ist hier sicher ein großes Problem.

Ein weiteres Problem stellt die Konfrontation von Kindern mit Tabakrauch dar. Kinder verbringen Schätzungen zufolge etwa 80% ihrer Zeit in Innenräumen. Circa 50% aller Kinder leben in Raucherhaushalten (RKI). Hier ist unbedingt ein Umdenken erforderlich, da Kinder durch Tabakrauch wesentlich mehr geschädigt werden als Erwachsene und sie auch nicht die Möglichkeit haben, dieser Exposition in Raucherfamilien zu entkommen. Häufig ist auch das negative Beispiel der Eltern der Grund für eine eigene Raucherkarriere.

Besonders problematisch erscheint, dass sich bereits 2% der 12-13 jährigen und 10% der 14-15 jährigen als ständige Raucher bezeichnen. Bei den über 16 jährigen rauchen bereits über 40% (Repräsentativerhebung der BZgA durch forsa Berlin).

Hinweisen möchte ich auch auf Bewegungsmangel und Übergewicht. In Deutschland sind 10-20% aller Kinder und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös einzustufen (RKI). Zeitgleich mit der Zunahme der Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher zeigt sich auch eine Zunahme von Jugendlichen mit Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimie.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem bei Kindern und Jugendlichen stellt der Alkoholkonsum dar. So geben bereits 16% der Kinder zwischen 14 und 15 Jahren und 37% der Jugendlichen zwischen 18 und 19 Jahren an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken (BZgA 2001).

Wir stehen also in Deutschland vor der Situation, dass vermeidbare Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht, fehlende Bewegung etc. bei Jugendlichen bestehen. Hier ist die Aufklärungsarbeit zu forcieren.

Ein großes Problem ist die hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Die Zahl

der Schwangerschaftsabbrüche bei Erwachsenen ist in den letzten Jahren leicht rückläufig. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen bei Jugendlichen eingehen. Diese haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2003 7.645 Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen unter 18 Jahren zu verzeichnen. Jährlich werden circa 14.000 Mädchen unter 18 Jahren schwanger. Eine ungewollte Teenagerschwangerschaft ist immer eine große Belastung für das junge Mädchen, unabhängig davon, ob es sich für oder gegen das Kind entscheidet.

Obwohl es scheint, dass die Jugendlichen durch Presse, Rundfunk, Fernsehen, Elternhaus, Schule etc gut aufgeklärt sind, sieht die Realität anders aus. So wissen 25% der 15 -16 jährigen Mädchen nicht, ab wann man schwanger werden kann. 82% kennen die fruchtbaren Tage nicht und 68% gaben an, dass im Unterricht noch nie das Thema „Frauenarzt/Frauenärztin“ angesprochen wurde (ÄGGF und Robert-Koch-Institut).

Weder bei den Jungen noch bei den Mädchen hat sich in den letzten Jahren die Kenntnis über den richtigen Empfängniszeitpunkt verbessert. 67% der Mädchen und 36% der Jungen glauben, den richtigen Zeitpunkt zu kennen, jeweils ein Drittel liegt jedoch mit ihrer Vermutung falsch. Interessant in diesem Zusammenhang ist jedoch auch, dass bei den Eltern tendenziell die gleichen Defizite bestehen. Von den Vätern geben mehr als 20% zu, den Empfängniszeitraum nicht zu kennen, von denen, die ihn zu kennen glauben, gibt ein Drittel einen falschen Zeitraum an. Die Mütter sind zwar besser informiert, trotzdem wissen auch hier 22% nicht den richtigen Empfängniszeitpunkt. Dieses falsche Wissen wird an die nächste Generation weitergegeben.

Trotz dieser fehlenden Aufklärung hatten 38% der Mädchen und 29% der Jungen zwischen 14 und 16 Jahren bereits Geschlechtsverkehr, wobei 12% der Mädchen und 16% der Jungen beim ersten Mal keinerlei Verhütungsmittel anwandten. Interessant erscheint, dass Mädchen einen Frauenarzt/eine Frauenärztin zur Verhütungsberatung umso eher aufsuchen, je älter sie beim ersten Geschlechtsverkehr waren. Nur 27% der Mädchen, die mit 14 Jahren bereits Verkehr hatten, suchten vor dem ersten Sexualverkehr einen Arzt/eine Ärztin auf, um sich beraten zu lassen. Bei den 17 jährigen Mädchen waren dies immerhin schon 63% (BZgA).

Bei der Frage, weshalb nicht verhütet wurde, gaben 43% der Mädchen und 44% der Jungen an: „es kam zu spontan“, 32% der Mädchen hatten die Pille vergessen, 28% der Mädchen und 21% der Jungen meinten „es wird schon nichts passieren, bei 19% der Mädchen und 22% der Jungen waren Alkohol oder Drogen im Spiel, 15% der Mädchen und 12% der Jungen hatten „kein Verhütungsmittel zur Hand“, 14% der Mädchen und 15% der Jungen „wollten aufpassen“ und schließlich getrauten sich 10% der Mädchen und 6% der Jungen das Thema nicht anzusprechen. (BZgA)

Hier sind die Eltern, die gesamte Familie, die Medien, die Schulen und vor allem auch wir Frauenärzte/innen gefordert. Ich bitte Sie, den jungen Mädchen und Jungen in vertrauensvoller Atmosphäre die notwendigen Informationen zu geben und ihnen auch die Scheu vor dem Frauenarzt/der Frauenärztin zu nehmen.

Aufgeklärte Jugendliche gehen verantwortungsvoll mit ihrer Sexualität um. Es hat keinen Sinn, die Tochter nicht zum Frauenarzt zu schicken mit der Hoffnung, sie werde keinen Verkehr haben, wenn sie keine Pille bekommt und nicht über Verhütung aufgeklärt wird. Gerade die körperliche und seelische Gesundheit der Jugendlichen muss uns allen am Herzen liegen und daher appelliere ich an alle, diese Situation ernst zu nehmen und verantwortungsvoll die nächste Generation zu betreuen.

Die Jugendlichen haben ein Recht darauf, objektiv aufgeklärt zu werden, mit ihren Sorgen und Nöten ernst genommen zu werden, in ihren Ängsten angenommen zu werden und konkrete Empfehlungen zur Verhütung sowie Antworten auf ihre Fragen zur Sexualität zu erhalten.

Befassen wir uns mit der körperlichen und seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, so ist unbedingt auch auf den Sozialstatus zu verweisen. Nach Angaben der UNICEF wächst in den reichen Ländern die Kinderarmut. Die Kinderarmut ist in Deutschland mit 2.7% seit 1990 stärker gestiegen als in den meisten Industrienationen. Über 45 Millionen Kindern in OECD Staaten wachsen in Familien auf mit weniger als der Hälfte des Durchschnittseinkommens. In Deutschland lebt jedes 10. Kind in relativer Armut, wobei die Kinderarmut schneller wächst als die Erwachsenenarmut. Sie betrifft 1,5 Millionen Kinder unter 18 Jahren, hier sind vor allem Zuwandererfamilien und Kinder von Alleinerziehenden betroffen. Im Jahre 1998 waren 12,6% der

Familien mit einem Einkommen unter 60% des mittleren Einkommens in Deutschland, 2003 waren dies bereits 13,9%. Armut grenzt aus: schlechte Wohnverhältnisse, mangelnde Hygiene, weniger Zugang zu Bildungsmaßnahmen, häufigere gesundheitliche Probleme, unzureichende soziale Angebote in den entsprechenden Wohnvierteln sind ein Pulverfass. Hier sind neben sozialpolitischen Maßnahmen vor allem auch alle Mitglieder der Gesellschaft gefordert.

Die Politik kann nur die Rahmenbedingungen verbessern, jeder Einzelne jedoch kann durch Integrationsbemühungen, Akzeptanz dieser Kinder und ihrer Eltern, Hilfsmaßnahmen und vieles mehr zur Verbesserung der Situation beitragen.

Kommen wir zurück auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. Unser Gesundheitssystem bietet uns nicht nur Hilfe bei Krankheit. Es gibt auch zahlreiche präventive Leistungen.

Betrachten wir die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, so sehen wir, dass die Akzeptanz vor allem in den ersten Lebensjahren bei einer Teilnahmequote von über 90% sehr hoch ist. Bei den älteren Kindern nimmt diese Quote deutlich ab. Insgesamt nehmen Kinder, deren Eltern einen mittleren oder hohen sozialen Status haben, deutlich häufiger an den Vorsorgeprogrammen teil. Auch hier ist dringend Aufklärungsarbeit vor allem bei den niedrigeren Bildungsschichten nötig. Werfen wir nun einen Blick auf die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen, so ist hier ein deutliches Defizit zu verzeichnen. Insgesamt nehmen wesentlich mehr Frauen als Männer an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil. So haben im Jahr 2001 48,6% der Frauen, jedoch nur 19,9% der Männer an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen. Bei den Frauen nimmt jedoch die Bereitschaft zu Vorsorgeleistungen ab einem Lebensalter von circa 60 Jahren deutlich ab.

Diese Frauen müssen motiviert werden, weiter zur Vorsorge zu gehen, nimmt doch gerade Brustkrebs in diesem Lebensalter zu. Es kann nicht genug betont werden, dass eine Früherkennung von Krebs Leben retten kann. Jede neunte Frau in Deutschland erkrankt statistisch gesehen an Brustkrebs. Durch Früherkennung ist Brustkrebs heilbar. Heute können über 70% der Frauen mit dieser Erkrankung brusterhaltend operiert werden. Die Verbesserung der systemischen Therapie, Hormontherapie und/oder Chemotherapie sowie der Einsatz von Strahlentherapie verbessert die Chancen der Patientinnen. Der Gebärmutterhalskrebs konnte durch konsequente Früherkennungsuntersuchungen in seiner Häufigkeit drastisch reduziert werden. Die Erfolge der Krebsfrüherkennung sind ein wesentlicher Grund, diese Maßnahmen weiter zu propagieren.

Anspruch auf Krebsfrüherkennungsmaßnahmen haben in Deutschland bereits Frauen ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich. Unabhängig von der Krebsvorsorgeuntersuchung kann jedoch jede Frau und jedes junge Mädchen auch öfter den Frauenarzt aufsuchen, wenn Bedarf besteht.

Die Vorsorgeuntersuchungen ergeben für die Frauen auch die Gelegenheit, mit dem Frauenarzt/der Frauenärztin andere Themenbereiche, wie sexuelle Probleme, Blutungsstörungen, Antikonzeption, Wechseljahrsbeschwerden, Beschwerden mit Inkontinenz und vieles mehr zu besprechen.

Bestürzend ist die Tatsache, dass im letzten Jahr die Zahl der Patienten, die ihren Arzt zu Vorsorgeuntersuchungen aufgesucht haben, drastisch zurückgegangen ist. Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Vereinigung sind 2004 die Fallzahlen in den Arztpraxen um durchschnittlich 8,4% zurückgegangen, teilweise lag der Fallzahlrückgang im zweistelligen Bereich.

Wichtig bei der Gesundheit von Müttern und Kindern erscheint neben der Aufklärung über Vorsorgeuntersuchungen auch die Aufklärung über die Verantwortung für den eigenen Körper und die Gesundheit der Familie. Änderung der Lebensgewohnheiten, Beendigung des Rauchens, Reduzierung von Genussgiften wie Alkohol und Koffein, Verbesserung der Hygiene, Vermehrung sportlicher Aktivitäten, gesunde Ernährung mit frischen vitaminhaltigen Lebensmitteln, Verbesserung der sozialen Kontakte innerhalb der Familie und im Umfeld, Übernahme von Verantwortung und positive Lebenseinstellung sind Schritte auf dem Weg zu besserer Familiengesundheit in den Industriestaaten.

In den Entwicklungsländern mit den enormen Defiziten der Mütter- und Kindergesundheit sind neben politischen Maßnahmen, Entwicklungshilfeprogrammen, Programmen zur Selbsthilfe, medizinischen Betreuungsprogrammen auch Hilfen durch Spenden durch die Bevölkerung der

Industrienationen notwendig.

Wir dürfen uns in Zeiten der Globalisierung unserer Verantwortung für die Gesundheit und die Verbesserung des sozialen Status in den Entwicklungsländern nicht entziehen.  
Gesunde Mütter, gesunde Väter und gesunde Kinder sind erforderlich für die Fortentwicklung jeder Gesellschaft. Dies muss daher unser aller Anliegen sein.

Prof. Dr. Elisabeth Merkle  
Luitpoldstrasse 1  
83435 Bad Reichenhall  
Tel.: 08651-1501  
Fax: 08651-766241  
Email: [e.merkle@web.de](mailto:e.merkle@web.de)  
21.03.2005