

FORUM

SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

01_2026

Frauengesundheit

» Fachartikel » Projektskizzen » Infothek



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

Inhalt

Fachartikel

- 4 **Wie geht es den Frauen in Deutschland?**
Franziska Prütz, Anke-Christine Saß
- 11 **Menarche und Sexuelle Bildung – Jugendsexualität 10. Welle**
Luise Dinger, Sara Scharmanski
- 19 **»Welche Verhütung passt zu mir?« Eine digitale Entscheidungshilfe und ihre Evaluation**
Anastasia Doré, Sara Scharmanski
- 26 **Peripartale psychische Erkrankungen**
Sabine Surholt
- 31 **Endometriose als gesundheitliches und gesellschaftliches Problem**
Matthias Korell
- 35 **Der Kaiserschnitt. Eine Bewertung aus Perspektive der Geburtshilfe**
Markus Schmidt
- 42 **Der Beckenboden nach der Geburt: Probleme nicht verschweigen, sondern behandeln!**
Rainer Lange
- 48 **Verhütungsbedarf und Verhütungspraxis bei Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren**
Tilman Knittel, Laura Olejniczak
- 55 **Die Menopause als biopsychosozialer Übergang – Herausforderungen für die ärztliche Versorgung**
Katja Brenk-Franz
- 67 **Alles Menopause oder was?! Kulturhistorische und psychosomatische Aspekte**
Silke Koppermann
- 73 **Frauengesundheit und FemTech: Zwischen Innovationspotenzial und systemischen Hürden**
Interview mit Olena Ivanova

Projektskizzen

- 79 **Projekt zu Menstruation und Früherkennung von Endometriose: Menstruationsschmerzen sind nicht normal und sollten behandelt werden**
Sylvia Mechsner
- 82 **Projekt »Wahl des Geburtsortes«: Eine Orientierungshilfe für werdende Eltern**
Felicitas Rixgens, Anastasia Doré, Sonja Siegert
- 85 **Leipzig Reproductive Health Research Center (LE-REP): Kinderwunschbehandlungen: Auswirkungen auf Frauen und Kinder**
Noura Kabbani, Ines Christoph
- 87 **Forschungsprojekt »WECHSELZEIT«: Psychosoziale Perspektiven auf eine unterschätzte Lebensphase**
Claudia Rahnfeld
- 89 **Pilotprojekt zur Frage rassistischer Diskriminierung in der Geburtshilfe: Wie Rassismus thematisieren?**
Milena Wegelin, Lea Graf, Paola Origlia, Isabelle Zinn
- 92 **Eine Studie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen: Begleitung und Unterstützung in der Schwangerschaft:**
Anna Neumann, Ilona Renner, Juliane van Staa

Infothek

- 95 **Studien, Projekte, Arbeitshilfen, Fortbildungen, Kampagnen, Dokumentationen, Zeitschriften, Institutionen, Digitale Angebote, Internetseiten**

Frauengesundheit hat viele Facetten

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit BIÖG (zuvor Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) stärkt als zentrale Institution die öffentliche Gesundheit in ganz Deutschland mit klaren, verständlichen Informationen und evidenzbasierten Strategien – eine wichtige Grundlage für vertrauensvolle Zusammenarbeit und nachhaltige Gesundheitskommunikation in der Zukunft.

Anhand großer repräsentativer Wiederholungsbefragungen – wie beispielsweise der Jugendsexualitätsstudie oder der Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener – liefert das BIÖG faktenbasiertes Wissen über das derzeit aktuelle Sexual- und Verhütungsverhalten sowie über Medien und Quellen der Informationsgewinnung junger Menschen und Erwachsener zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Aktuelle Ergebnisse dieser Studien werden seit Langem auch in dieser Reihe »FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung« (www.forum.sexualaufklaerung.de) publiziert – eine Publikation, die den Austausch und den Wissenstransfer zwischen Praxis und Wissenschaft unterstützt und fördert.

Die erste Ausgabe in diesem Jahr behandelt aktuelle Forschungs- und Praxisprojekte im Themenfeld Frauengesundheit. Mehr als 35 Millionen erwach-

sene Frauen leben in Deutschland. Die Gesundheit von Frauen im reproduktiven Alter stellt einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsforschung dar. In dieser Lebensphase, die durch komplexe hormonelle, körperliche und psychische Dynamiken geprägt ist, beeinflussen zahlreiche Faktoren das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Diese Ausgabe widmet sich der evidenzbasierten Darstellung aktueller Erkenntnisse aus multi- und interdisziplinärer Perspektive.

Auf allgemeine Daten zur Gesundheit von Frauen folgen Beiträge zur psychischen und körperlichen Gesundheit, zu Schwangerschafts- und Geburtsmedizin. Erfahren Sie Neues aus Studien zu Menarche und Menopause oder den psychosozialen Konsequenzen einer Kinderwunschbehandlung.

Die Zukunft von Frauengesundheit kann gemeinsam gestaltet werden. Wie der internationale Verband femtech die Förderung von Forschung, Innovation und Wissenstransfer im Bereich der Frauen- und Gesundheitstechnologie unterstützt und dazu Wissenschaft und Wirtschaft zusammenbringt, ist Thema unseres aktuellen Interviews.

**Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Redaktion**

Wie geht es den Frauen in Deutschland?

Franziska Prütz, Anke-Christine Saß

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer, nehmen aber ihre Gesundheit als schlechter wahr und sind häufiger von psychischen Störungen betroffen. Sie nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch bei im Durchschnitt gesundheitsbewussterem Verhalten als Männer. Frauengesundheit hat viele Facetten und ist nicht frei von (scheinbaren) Widersprüchen. Der umfassende Frauengesundheitsbericht des RKI 2020 und die Kurzfassung in einer Broschüre (2023) sind Grundlage für einen kurzen Abriss der Frauengesundheit in Deutschland, der ausgewählte Themen mit aktuellen Daten illustriert und zeigt, dass es noch viel Forschungsbedarf gibt.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit ist vielfach untersucht und empirisch gut belegt. Sowohl in seiner biologischen Dimension (Sex) als auch in der soziokulturellen Dimension (Gender) (Krieger, 2003) ist Geschlecht ein wichtiger Einflussfaktor von Gesundheit. Gesundheitschancen und -risiken sind zwischen Frauen, Männern und genderdiversen Personen ungleich verteilt (Robert Koch-Institut, 2014, 2020). Dies betrifft nicht nur unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten, sondern auch Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten und der Gesundheitsversorgung.

Der erste »Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland« wurde 2001 als Verbundprojekt von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus fünf Forschungseinrichtungen in Deutschland veröffentlicht, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Bundesmi-

nisterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001). 2020 erschien der Bericht »Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland« der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut (RKI), in Auftrag gegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, 2023 eine Kurzfassung dieses Berichts (Robert Koch-Institut, 2020, 2023). Der vorliegende Beitrag enthält eine Auswahl von Themen aus dem Frauengesundheitsbericht bzw. der Kurzfassung, wenn möglich mit aktualisierten Daten.

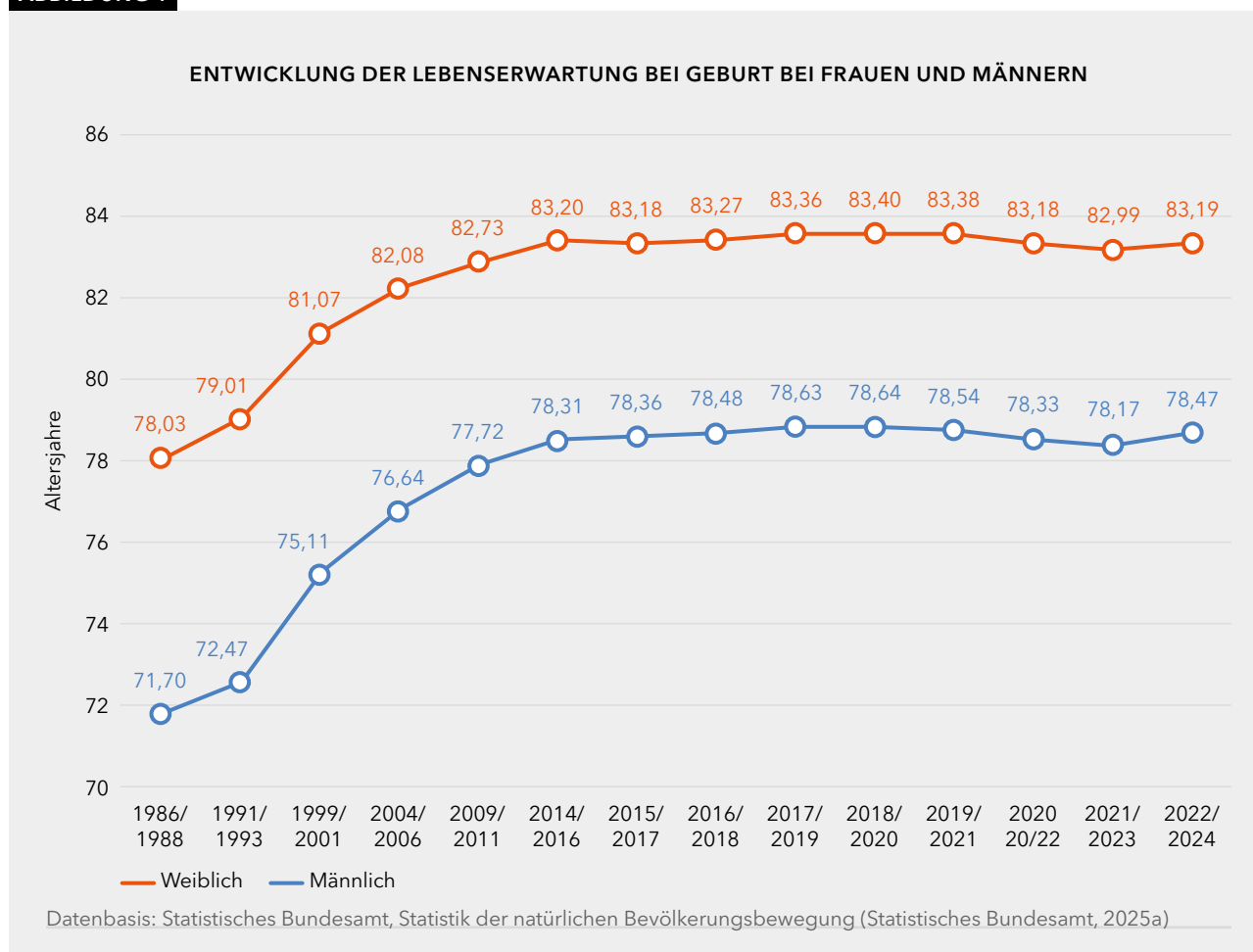
Gesundheitliche Lage von Frauen – ausgewählte Themen

Körperliche und psychische Gesundheit

Die Lebenserwartung von Frauen steigt seit vielen Jahrzehnten. Für 2022 bis 2024 lag sie bei 83,2 Jahren und damit fast fünf Jahre über der von Männern

(78,5 Jahre) (Statistisches Bundesamt, 2025a). Im Zeitverlauf nehmen die Geschlechterunterschiede ab (siehe Abbildung 1). Das Zusammenwirken vieler verschiedener – struktureller, sozialer, biologischer und lebensstilbezogener – Faktoren bedingt die Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung. Hauptsächlich tragen dazu nicht-biologische Faktoren bei, wie sich auch aus der sogenannten »Klosterstudie« ableiten lässt. Diese zeigte, dass in bayerischen Klöstern unter annähernd gleichen verhaltens- und umweltbezogenen Lebensbedingungen Nonnen im Durchschnitt nur etwa ein Jahr länger lebten als Mönche (Luy, 2003). Eine große Bedeutung für Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung haben Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern. Riskantes Gesundheitsverhalten tritt bei Frauen in geringerem

Umfang auf. Dabei spielt der Tabakkonsum eine besondere Rolle, aber auch Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und riskantes Verhalten (u. a. erhöhte Unfallgefahr; Robert Koch-Institut, 2020). Daneben kommt auch strukturellen und materiellen Faktoren wie Erwerbsbeteiligung und (gesundheitsschädigenden) Arbeitsbedingungen eine bedeutende Rolle bei der Erklärung von Geschlechterunterschieden in der Lebenserwartung zu; diese Faktoren leisten zur Erklärung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung sogar einen größeren Beitrag als verhaltensbezogene Faktoren. Entsprechend findet sich die kürzeste Lebenserwartung bei Personen in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen, insbesondere bei Männern zeigt sich dieser Effekt (Hoebel et al., 2025).

ABBILDUNG 1


Die selbst wahrgenommene Gesundheit bildet ab, wie Menschen ihre eigene Gesundheit erleben. 61,8% der Frauen in Deutschland bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut; dieser Anteil ist etwas niedriger als bei Männern (66,6%). Mit höherem Alter wird die Gesundheit als schlechter eingeschätzt: Gut die Hälfte (55,5%) der 65- bis 79-jährigen und ein Drittel der 80-jährigen und älteren Frauen (34,1%) nimmt die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut wahr (Robert Koch-Institut, 2025c). Die Geschlechterunterschiede sind aus vielen nationalen und internationalen Studien bekannt (Boerma et al., 2016; Sperlich et al., 2019). Es wird angenommen, dass Frauen in der Regel körperliche Veränderungen bewusster wahrnehmen, da sie mehr auf ihren Körper achten (Sieverding, 1998; Wiedemann, 1986) und psychischen Aspekten in ihrem Gesundheitsverständnis eine größere Rolle zukommt (Perig-Chiello, 2007).

Die häufigste Todesursache bei Frauen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, auf die 2024 rund ein Drittel (35%) aller Todesfälle zurückzuführen waren (Statistisches Bundesamt, 2026c). Trotzdem gelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin als eher »männliche« Erkrankungen und Frauen unterschätzen häufig ihr Erkrankungsrisiko. Am Beispiel des Herzinfarkts lassen sich die Geschlechterunterschiede illustrieren: Frauen bekommen hormonell bedingt im Durchschnitt später einen Herzinfarkt als Männer. Ihr Herzinfarktrisiko wird durch Bluthochdruck, Rauchen und Diabetes stärker erhöht. Sie haben zudem eher »unspezifische« Herzinfarktsymptome wie Luftnot, Übelkeit oder Oberbauchschmerzen, was sich auf die medizinische Versorgung auswirken kann. Zudem können medikamentöse Therapien, etwa von Bluthochdruck, bei Frauen andere Nebenwirkungen haben als bei Männern. Sterblichkeit und Neuerkrankungen an Herzinfarkt bzw. koronarer Herzkrankheit sind insgesamt aufgrund verbesserter Therapien und eines gesundheitsbewussteren Verhaltens bei Frauen und Männern zurückgegangen.

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache bei Frauen. Im Jahr 2024 gab es bei Frauen 18537 Sterbefälle an Brustkrebs (ICD-10: C50), 18716 an Lungenkrebs (C33-34) und 10082 an

Darmkrebs (C18-20; Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, 2025). Die häufigste Krebsdiagnose bei Frauen ist Brustkrebs mit jährlich mehr als 75000 Neuerkrankungen (ebd.). Dabei haben sich in den letzten 25 Jahren die Überlebenschancen für von Brustkrebs betroffene Frauen erheblich verbessert (Robert Koch-Institut, 2023). Die Neuerkrankungs- und Sterberaten an Krebserkrankungen sind insgesamt rückläufig. Jedoch gab es bei Frauen einen Anstieg bei Lungenkrebs, der auf bereits länger zurückliegende Änderungen der Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden kann (Robert Koch-Institut & Deutsche Krebsregister e.V., 2025).

Frauen sind von psychischen Störungen wie Depression, Angststörungen oder Essstörungen häufiger betroffen als Männer. Bei jeder fünften Frau (20,4%) wurde 2024 eine Depression ärztlich diagnostiziert (Männer: 12,8%) (Robert Koch-Institut, 2025b). Nach Ergebnissen aus dem Panel »Gesundheit in Deutschland« des RKI lag 2024 bei 24,4% der Frauen eine depressive Symptomatik vor (erfasst mit dem PHQ-9), bei 16,5% eine Angstsymptomatik (erfasst mit dem GAD-7); besonders belastet waren Frauen der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre. Männer wiesen mit 19,0% und 11,9% deutlich niedrigere Werte auf (Walther et al., 2025). Als mögliche Gründe für die Geschlechterunterschiede werden sowohl biologische (z.B. hormonelle und gehir physiologische) Unterschiede als auch Zusammenhänge mit Geschlechterrollen sowie mit (ungleich verteilten) sozialen Stressoren und belastenden Lebensereignissen diskutiert (Cohrdes, Hapke, Nübel & Thom, 2022). Zudem sind unterschiedliche Manifestationen von depressiven bzw. Angstsymptomen bei Frauen und Männern und ein unterschiedlicher Grad ihrer Erfassung durch Screening-Instrumente vorstellbar (Erhardt et al., 2023). Suizidversuche sind bei Frauen häufiger als bei Männern, die Anzahl der vollzogenen Suizide ist jedoch bei Männern höher. Dies kann darauf hinweisen, dass Depressionen bei Männern zu selten diagnostiziert werden (Robert Koch-Institut, 2020). So gibt es Hinweise darauf, dass Ärztinnen und Ärzte bei gleichen Symptomen bei Frauen häufiger psychische Störungen diagnostizieren, während sie bei Männern eher körperliche Ursachen annehmen (Sieverding & Kendel, 2012).

Gynäkologische Erkrankungen wie Endometriose, Myome der Gebärmutter und die Gebärmutter senkung haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und das Körpererleben von Frauen. Zwar sind sie häufig, jedoch gibt es nur wenige belastbare Daten zu Prävalenz, Einflussfaktoren und Versorgung. So wird geschätzt, dass 10 bis 15 % der Frauen zwischen 15 und 50 Jahren von Endometriose betroffen sind, 20 bis 25 % der Frauen über 30 Jahre von Myomen und knapp ein Drittel der Frauen von einer Gebärmutter senkung (Robert Koch-Institut, 2020).

Gesundheitsverhalten

Frauen rauchen im Vergleich zu Männern nicht nur seltener täglich oder gelegentlich, sie rauchen auch seltener stark (Robert Koch-Institut, 2020). 2019 betrug die Prävalenz des aktuellen Rauchens 24,0 % bei Frauen und 33,9 % bei Männern (Robert Koch-Institut, 2024e). Geschlechterunterschiede entstehen zum einen durch unterschiedliche soziokulturell bedingte Verhaltensweisen, weil das Rauchen aufgrund von gesellschaftlichen Normen bei Frauen lange Zeit tabuisiert war. Zum anderen reagieren Frauen und Männer biologisch unterschiedlich auf die im Tabakrauch enthaltenen Stoffe: Aufgrund ihrer höheren Empfindlichkeit sind Frauen stärker gefährdet für tabak-assoziierte Folgeerkrankungen (Robert Koch-Institut, 2020).

Frauen trinken weniger Alkohol als Männer und sind seltener von alkoholbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit betroffen (Robert Koch-Institut, 2020). Drei Viertel der Frauen in Deutschland konsumierten 2019 alkoholische Getränke, bei Männern waren es über 80 % (Richter, Starker & Schienkiewitz, 2025). 24,1 % der Frauen konsumierten drei oder mehr alkoholische Getränke pro Woche, was einem moderaten oder höheren gesundheitlichen Risiko entspricht (Männer: 44,3 %) (Robert Koch-Institut, 2025a).

Zudem ernähren sich Frauen ausgewogener: 45,1 % aßen nach Daten aus dem Jahr 2019 täglich Obst und Gemüse (Männer: 24,1 %; Robert Koch-Institut, 2024d). Sie sind allerdings in der Freizeit seltener sportlich aktiv und legen seltener alltägliche Wege (z. B. zur Arbeit) mit dem Fahrrad zurück, während es

beim Zufußgehen keine Geschlechterunterschiede gab (Robert Koch-Institut, 2024b). 44,8 % der Frauen erreichten die Bewegungsempfehlung zur Ausdaueraktivität, 33,7 % die Empfehlung zur Muskelkräftigung. Sowohl die einzelnen Empfehlungen als auch die Kombination wurde von Frauen (23,3 %) seltener erreicht als von Männern (29,4 %) (Robert Koch-Institut, 2024c).

Lebensstilfaktoren wie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflussen das Körpergewicht. Während im Jahr 2019 Frauen seltener von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen waren als Männer (46,6 % bzw. 60,5 %), waren die Geschlechter mit jeweils rund 19 % gleich häufig adipös (Robert Koch-Institut, 2024a). Gesellschaftlich etablierte und durch Medien vermittelte Schönheitsideale können dazu beitragen, den eigenen Körper negativ zu bewerten. Eine 2008 bis 2011 durchgeführte Studie zeigte, dass mehr als ein Drittel der normalgewichtigen Frauen sich für »zu dick« hielten (Robert Koch-Institut, 2023).

Soziale Einflussfaktoren

Die Gesundheit von Frauen hängt stark von sozialen und lebensweltlichen Faktoren ab. Frauen aus sozial benachteiligten Gruppen leiden häufiger an chronischen Erkrankungen und haben mehr gesundheitliche Einschränkungen im Alltag (Robert Koch-Institut, 2020). Ihre Lebenserwartung ist im Vergleich zu besser gestellten Frauen geringer: Im Zeitraum 2021 bis 2023 lag die Lebenserwartung von Frauen in Regionen mit der höchsten sozioökonomischen Deprivation 4,3 Jahre niedriger als in Regionen mit der niedrigsten Deprivation (Robert Koch-Institut, 2026). Mit steigendem Bildungsniveau rauchen Frauen seltener, bewegen sich mehr und ernähren sich gesünder, zudem fällt es ihnen leichter, Gesundheitsinformationen zu verstehen. Gleichzeitig trinken Frauen höherer Bildungsgruppen häufiger riskante Mengen an Alkohol (Robert Koch-Institut, 2020).

Frauen mit Migrationsgeschichte – rund 30 % der Frauen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2026a) – sind eine heterogene Gruppe. Sie haben seltener chronische körperliche Erkrankungen, sind

aber z.B. häufiger von depressiven Symptomen betroffen. Ihr Alkoholkonsum ist meist geringer, allerdings sind sie seltener sportlich aktiv. Sprachliche und bürokratische Hürden können ihren Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren (Robert Koch-Institut, 2020).

Auch Erwerbs- und Familienarbeit haben großen Einfluss auf die Gesundheit von Frauen. Viele Frauen sind berufstätig und kümmern sich parallel um Kinder oder pflegen Angehörige. Erwerbsarbeit in Teilzeit ist verbreitet. 2024 waren 74 % der Frauen und 71 % der Mütter erwerbstätig. 2005 betrug die Erwerbstätigenquote von Müttern noch 60 %. Knapp 50 % der erwerbstätigen Frauen arbeiteten im Jahr 2024 in Teilzeit, von den erwerbstätigen Müttern waren es knapp 70 % (Statistisches Bundesamt, 2025b). Wenn es Konflikte zwischen Beruf und Familie gibt, ist dies häufig mit schlechterer Gesundheit verbunden. Besonders belastet sind junge Mütter, Alleinerziehende, Arbeitslose und pflegende Frauen (Robert Koch-Institut, 2020). 2024 waren rund 2,3 Millionen Mütter alleinerziehend, etwa 80 % aller Alleinerziehenden (Statistisches Bundesamt, 2026b).

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass drei von fünf Frauen in Deutschland ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten. Mit knapp 84 Jahren ist die Lebenserwartung hoch, wenn auch etwas niedriger als der europäische Durchschnitt (Eurostat, 2026). Frauen verhalten sich oftmals gesundheitsbewusster als Männer und nutzen häufiger als Männer Angebote der Prävention und der Gesundheitsversorgung. Jedoch gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen: So haben u.a. Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund, Behinderungen, Alter, Familienform und sexuelle Orientierung großen Einfluss auf die Gesundheitschancen.

Einige wichtige Themen sind in der vorliegenden Übersicht nicht enthalten: Sexuelle und reproduktive Gesundheit sind ebenso zentral für die Frauengesundheit wie das Vorhandensein von Beeinträch-

tigungen und Behinderungen, gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt, aber auch die Betrachtung von Lebensphasen wie dem Mädchenalter und der Gesundheit älterer Frauen. Andere Themen wie Arzneimittelgebrauch und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommen nur am Rande vor. Daten und Informationen zu all diesen Themen sind im Frauengesundheitsbericht enthalten (www.rki.de/frauengesundheitsbericht).

Um die Gesundheit von Frauen zu fördern, braucht es zunächst belastbare Daten. Existierende Datenlücken, u.a. zur Gesundheit von Migrantinnen, hochaltrigen Frauen, Frauen mit Behinderungen und queeren Frauen, aber auch zur Häufigkeit gynäkologischer Erkrankungen und Beschwerden, sollten gefüllt werden. Frauen brauchen zudem passgenaue Angebote zu Information, Prävention und Versorgung, beispielsweise sollte die Wirkung von Arzneimitteln bei Frauen besser berücksichtigt, Geschlechterwissen stärker in Studium und Ausbildung von Gesundheitsberufen integriert und mehr Präventionsangebote für Frauen im Betrieb zur Verfügung gestellt werden. Nicht zuletzt wirken sich Familien-, Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Steuerpolitik, Stadtplanung und Verkehrspolitik konkret auf die Frauengesundheit aus. Daher müssen, um die Gesundheit von Frauen zu verbessern und soziale und geschlechterbezogene Ungleichheiten abzubauen, neben der Gesundheitspolitik auch weitere Politikfelder eingebunden werden (Health in all Policies).

Autorinnen

Franziska Prütz, Dr. med. MPH, Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsschwerpunkte: Frauengesundheit, Gesundheitsversorgung, Redaktion *Journal of Health Monitoring*.
Kontakt: PruetzF@rki.de

Anke-Christine Saß, Dr. MPH, Kommunikations- und Gesundheitswissenschaftlerin, stellvertretende Leiterin der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut. Arbeitsschwerpunkte: Frauengesundheit, Geschlecht und Gesundheit, Unfallepidemiologie, Redaktion *Journal of Health Monitoring*.
Kontakt: SassA@rki.de

Literatur

Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., & Chatterji, S. (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*, 16, 675. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Kohlhammer.

Cohrdes, C., Hapke, U., Nübel, J., & Thom, J. (2022). *Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1 – Erwachsenenalter*. RKI.

Erhardt, A., Gelbrich, G., Klinger-König, J., Streit, F., Kleineidam, L., Riedel-Heller, S. G., . . . Deckert, J. (2023). Generalised anxiety and panic symptoms in the German National Cohort (NAKO). *World J Biol Psychiatry*, 24(10), 881–896.
<https://doi.org/10.1080/15622975.2021.2011409>

Eurostat (2026). *Life expectancy by age and sex*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Hoebel, J., Michalski, N., Baumert, J., Nowossadeck, E., & Tetzlaff, F. (2025). The life expectancy gap: Socioeconomic differences in life expectancy between areas in Germany. *J Health Monit*, 10(1), e13026. <https://doi.org/10.25646/13026>

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol*, 32(4), 652–657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>

Luy, M. (2003). Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Popul Dev Rev*, 29(4), 647–676.

Perig-Chiello, P. (2007). Altert Eva anders? Zur gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung – betrachtet aus der Genderperspektive. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 32, 163–167.

Richter, A., Starker, A., & Schienkiewitz, A. (2025). Reassessment of alcohol consumption in Germany – Which population groups are at increased risk of disease? *J Health Monit*, 10(3), e13457. <https://doi.org/10.25646/13457>

Robert Koch-Institut (2024a). *Adipositas und Übergewicht (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2024b). *Aktive Mobilität (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2024c). *Bewegungsverhalten (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2024d). *Obst- und Gemüsekonsum (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2024e). *Rauchen (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2025a). *Alkoholkonsum in Risikostufen (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2025b). *Depression: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2025c). *Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2026). *Lebenserwartungslücke. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de>

Robert Koch-Institut (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI.

Robert Koch-Institut (2020). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI.

Robert Koch-Institut (2023). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick, Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI.

Robert Koch-Institut & Deutsche Krebsregister e. V. (2025). *Krebs in Deutschland für 2021–2023*. 15. Ausgabe. RKI.

Sieverding, M. (1998). Sind Frauen weniger gesund als Männer? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50(3), 471–489.

Sieverding, M., & Kendel, F. (2012). Geschlechter(rollen)-aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsbl*, 55(9), 1118–1124.

Sperlich, S., Tetzlaff, J., & Geyer, S. Trends in good self-rated health in Germany between 1995 and 2014: do age and gender matter? *Int J Public Health*, 64, 921–933 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01235-y>

Statistisches Bundesamt (2025a). *Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person*. www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (2025b). *Pressemitteilung: Fast jede zweite erwerbstätige Frau arbeitet in Teilzeit*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/05/PD25_175_13.html

Statistisches Bundesamt (2026a). *Statistischer Bericht. Mikrozensus – Bevölkerung nach Einwanderungsgeschichte. Erstergebnisse 2025*.

Statistisches Bundesamt (2026b). *Statistischer Bericht. Mikrozensus – Haushalte und Familien. Endergebnisse 2024*.

Statistisches Bundesamt (2026c). *Sterbefälle, Sterbeziffern (ab 1998). GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Retrieved from www.gbe-bund.de

Walther, L., Vogelgesang, F., Rosario, A. S., Kersjes, C., Thom, J., Peitz, D., . . . Mauz, E. (2025). Depressive and anxiety symptoms among adults in Germany: Results from the RKI Panel »Health in Germany: 2024. *J Health Monit*, 10(4), e13573. <https://doi.org/10.25646/13573>

Wiedemann, P. (1986). Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In E. Brähler (Hg.), *Körpererleben – Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin*, 199–219. Springer.

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (2025). *Datenbankabfrage mit Schätzung der Inzidenz, Prävalenz und des Überlebens von Krebs in Deutschland auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten*. Mortalitätsdaten bereitgestellt vom Statistischen Bundesamt. www.krebsdaten.de/abfrage

Zitierweise

Prütz, F., & Saß, A. C. (2026). Wie geht es den Frauen in Deutschland? *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 4–10. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_frauengesundheit-deutschland

Menarche und Sexuelle Bildung - Jugendsexualität 10. Welle

Luise Dinger, Sara Scharmanski

Mehr als die Hälfte (59 %) der weiblichen Jugendlichen erlebt ihre erste Regelblutung (Menarche) heutzutage mit 12 Jahren oder jünger. Das ist eines der aktuellen Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung Jugendsexualität 10. Welle des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags zur Prävention ungewollter Schwangerschaften (§ 1 SchKG) durchgeführt wird. Damit setzt sich die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte fort, wonach die Menarche immer früher beginnt. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über das Einsetzen sexueller Reifemerkmale (Menarche und Ejakularche) von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland sowie das Vorwissen junger Menschen über diese körperlichen Veränderungsprozesse. Im Fokus des vorliegenden Beitrags steht die Menarche als wichtiges Thema der Mädchen- und Frauengesundheit.

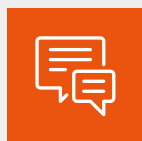
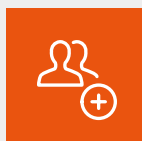
Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemalige BZgA) führt seit 1980 im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags (§ 1 SchKG) in regelmäßigen Abständen die repräsentative Wiederholungsbefragung zum Thema Jugendsexualität durch. Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 25 Jahren werden zu ihren ersten sexuellen Kontakten, zu ihrem Verhütungswissen und -verhalten sowie zu ihrer Sexualaufklärung in Schule, Elternhaus und Internet befragt (Scharmanski & Dinger, 2026). Da es sich bei der Studie um eine

Wiederholungsbefragung handelt, ist es möglich, Entwicklungen und Veränderungen über die Zeit zu dokumentieren. 2025 wurde die Befragung zum zehnten Mal durchgeführt (siehe Abbildung 1, ausführlich zu Methodik und Ergebnissen siehe Scharmanski & Dinger, 2026). Sie knüpft an die Vorläuferstudien aus den Jahren 1980 bis 2019 an (Hessling & Bode, 2017; Hessling & Scharmanski, 2021).

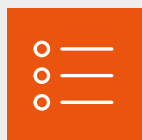
Im Fokus dieses Beitrags steht das Einsetzen sexueller Reifemerkmale von Jugendlichen im Alter

ABBILDUNG 1

STUDIENSTECKBRIEF JUGENDSEXUALITÄT 10. WELLE

**Befragungsgebiet**Bundesrepublik
Deutschland**Grundgesamtheit**Deutschsprachige
Bevölkerung im Alter
von 14 bis 25 Jahren**Auswahlverfahren**Quotenstichprobe, nach
Alter, Geschlecht und
Migrationshintergrund
disproportional angelegt**Methode**Computergestützte
kombinierte mündlich-
schriftliche Befragung**Stichprobengröße**3 514 Jugendliche
(14-17 Jahre) und
2 341 junge Erwach-
sene (18-25 Jahre)**Fragebogenlänge**

Circa 35 Minuten

**Themen**Sexualaufklärung | Sexuelle Kontakte | Verhütung |
Gesundheitskommunikation und -information | Beratung | Sexualisierte Gewalt**Einhaltung ethischer Richtlinien**Die Studie wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
geprüft und genehmigt (Ethikvotum vom 05.11.2024).
Alle Teilnehmenden wurden über die Ziele der Studie informiert und haben freiwillig teilgenommen.

von 14 bis 17 Jahren in Deutschland sowie deren Vorwissen über diese körperlichen Veränderungsprozesse. Insbesondere die Menarche wird in den Blick genommen und mit den Daten früherer Erhebungswellen verglichen (Scharmanski & Hessling 2022). Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Angaben der Teilnehmenden, die sich dem weiblichen bzw. dem männlichen Geschlecht zugeordnet haben. 43 Personen haben eine andere Selbstzuschreibung genutzt.¹ Aufgrund der geringen Fallzahl und des Fehlens amtlicher Referenzstatistiken zum Zeitpunkt der Auswertung können aktuell keine belastbaren Teilanalysen erfolgen. Die

Befragung der jungen Menschen wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) geprüft und genehmigt (Ethikvotum vom 05.11.2024).

Aufbauend auf den Daten können bestehende Angebote der Sexualaufklärung bzw. Sexuellen Bildung zu körperlichen Veränderungsprozessen in der Pubertät weiterentwickelt, den aktuellen Lebensrealitäten junger Menschen angepasst sowie neue zielgruppenspezifische Maßnahmen evidenzbasiert geplant werden.

Die erste Regelblutung setzt immer früher ein

Erster Zeitpunkt der Menarche bei Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren

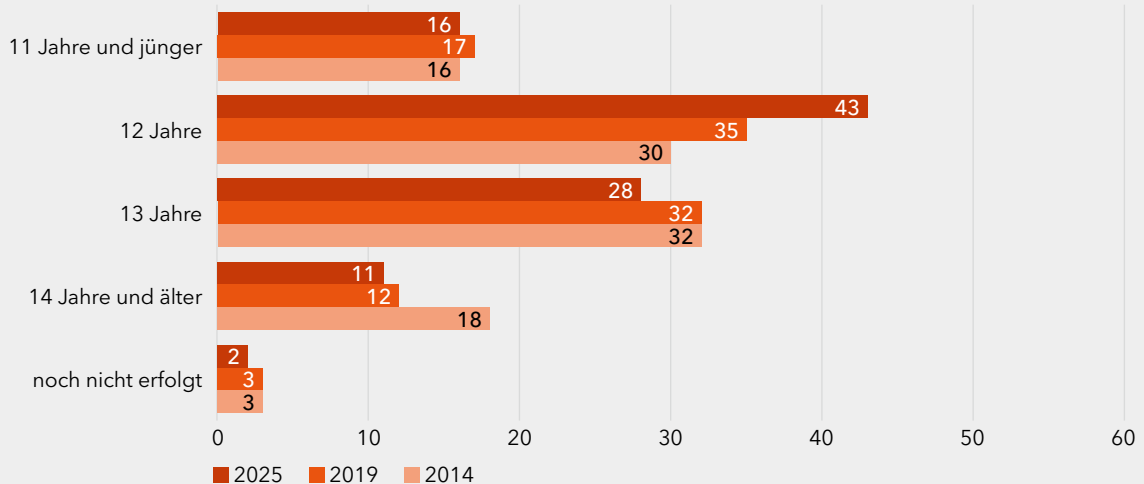
Mehr als die Hälfte (59 %) der weiblichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren hat ihre erste

¹ Zur Erfassung des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts sowie des Geschlechts, mit dem sich die befragten Personen identifizieren, wurde sich an der DIVERGes-TOOL-Toolbox der Universität Bremen orientiert; <https://www.uni-bremen.de/divergestool-projekt/divergestool-toolbox> [Zugriff: 18.05.26].

ABBILDUNG 2

ZEITPUNKT DER MENARCHE VON 14- BIS 17-JÄHRIGEN MÄDCHEN IM TREND

Frage: Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Regelblutung/Periode bekamen?



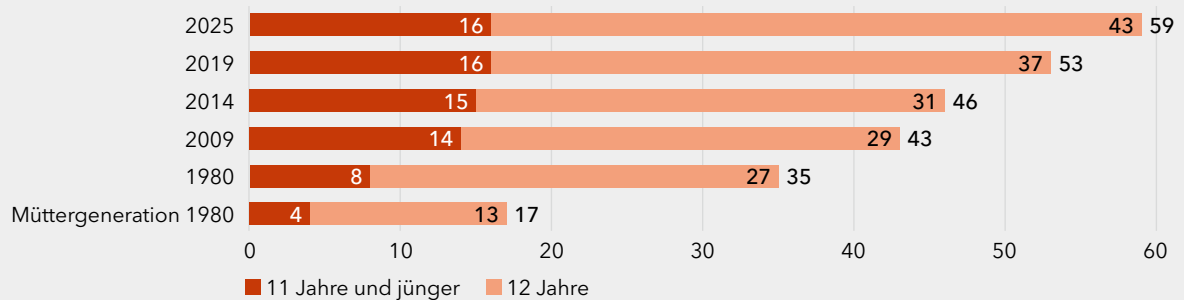
Quelle: BIÖG, Datensatz Jugendsexualitätsstudie 10. Welle

Basis: 14- bis 17-jährige Mädchen (2025: n = 2 006, 2019: n = 2 024, 2014: n = 2 032) | Darstellung: Angaben in Prozent

ABBILDUNG 3

ZEITPUNKT DER ERSTEN MENARCHE IM LANGZEITTREND

Frage: Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Regelblutung/Periode bekamen?



Quelle: BIÖG, Datensatz Jugendsexualitätsstudie 10. Welle

Basis: 14- bis 17-jährige Mädchen deutscher Staatsangehörigkeit/ab 2014: Herkunft sowie 1980: Mütter der 14- bis 17-jährigen Mädchen (2025: n = 1 498, 2019: n = 1 510, 2014: n = 1 495, 2009: n = 1 456, 1980: n = 1 030/Müttergeneration: n = 963) | Darstellung: Angaben in Prozent

Regelblutung mit 12 Jahren oder jünger erlebt (siehe Abbildung 2). Vergleicht man dies mit den vorangegangenen Erhebungen 2014 und 2019, zeigt sich, dass sich der Zeitpunkt der ersten Menarche immer weiter nach vorne verschiebt. Während 2014 noch bei fast jedem dritten Mädchen (30%) die ers-

te Regelblutung im Alter von 12 Jahren eingesetzt hat, ist dies 2025 bereits bei 43% der Mädchen der Fall. 2014 wiederum haben noch 18% der Mädchen angegeben, bei der ersten Menarche 14 Jahre oder älter gewesen zu sein – deutlich mehr als 2025 mit 11%. Nur selten ist die Regelblutung zum Befra-

gungszeitpunkt noch nicht eingetreten (2 % der 14- bis 17-jährigen Mädchen).

Dieser Trend hin zu einem früheren Einsetzen der Menarche zeigt sich noch einmal deutlicher mit Blick auf den Langzeittrend (siehe Abbildung 3). Dieser kann aufgrund von Modifizierungen in der Stichprobenanlage über die verschiedenen Erhebungswellen hinweg nur für 14- bis 17-jährige Mädchen mit deutscher Staatsangehörigkeit bzw. ohne Migrationshintergrund ausgewiesen werden. In der ersten Erhebungswelle 1980 wurden außerdem die Mütter der damaligen weiblichen Jugendlichen retrospektiv zum Eintritt ihrer ersten Menarche gefragt.

Der Zeitpunkt der ersten Regelblutung hat sich über die letzten vier Jahrzehnte hinweg immer weiter nach vorne verlagert. Während 1980 nur jedes dritte Mädchen mit 12 Jahren oder früher die erste Regelblutung erlebte, hat dies heutzutage mehr als jedes zweite Mädchen hinter sich (35 % gegenüber 59 %). Noch deutlicher zeigt sich diese Entwicklung, wenn man die Angaben der Mütter der damaligen

14- bis 17-jährigen Mädchen 1980 berücksichtigt. Nur bei 17 % der Mütter hat die Regelblutung im Alter von 12 Jahren oder jünger eingesetzt. Schon bei ihren Töchtern lag der Anteil mit 35 % doppelt so hoch, 2025 hat er sich mehr als verdreifacht.

In der Zusammenfassung zeigen die Ergebnisse damit deutlich, dass die erste Menarche bei der Mehrheit der Mädchen noch vor ihrem Eintritt ins Jugendalter einsetzt.

Die Mehrheit der Mädchen fühlt sich gut vorbereitet auf die Regelblutung

Aufklärung über die Menarche

Alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 25 Jahren, die ihre Menarche oder Ejakularche bzw. den Stimmbruch zum Erhebungszeitpunkt erlebt hatten, wurden auch danach gefragt, inwieweit sie über diese körperlichen Veränderungen aufgeklärt wurden. Die deutliche Mehrheit (71 %) der weiblichen Jugendlichen und

EXKURS: ERSTER ZEITPUNKT DER EJAKULARCHE UND DES STIMMBRUCHS BEI JUNGEN IM ALTER VON 14 BIS 17 JAHREN

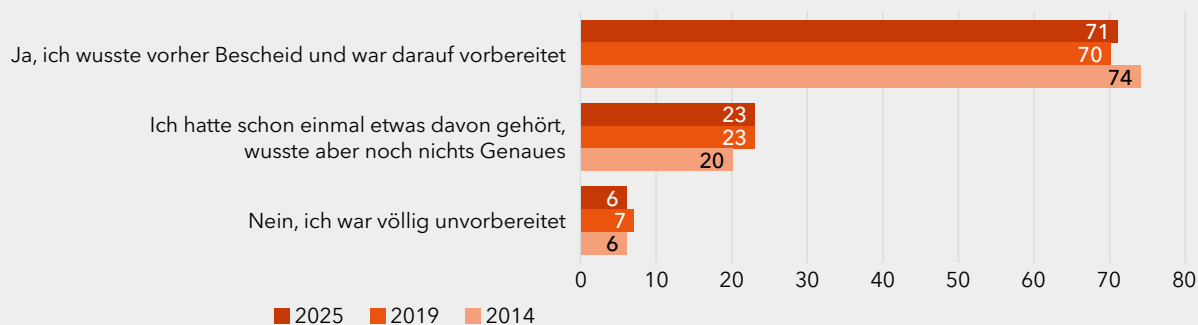
Jungen erleben ihren ersten Samenerguss in der Regel etwas später als Mädchen ihre erste Regelblutung. Bei 42 % der männlichen Jugendlichen hat die erste Ejakularche mit 12 Jahren oder früher stattgefunden (gegenüber 59 % bei den Mädchen). Fast jeder dritte Junge (30 %) hat den ersten Samenerguss mit 12 Jahren erlebt – ein Zuwachs zu den Vorjahren 2014 und 2019 zwischen 6 und 8 Prozentpunkten (2019: 24 %, 2014: 22 %). Bei etwas weniger als der Hälfte (48 %) der Jungen tritt der erste Samenerguss im Alter von 13 Jahren oder älter ein. Nur 6 % der männlichen Jugendlichen geben an, dass die Ejakularche zum Befragungszeitpunkt noch nicht erfolgt ist. Der Blick auf den Langzeittrend der Jungen deutscher Staatsangehörigkeit bzw. ohne Migrationshintergrund seit 1980 zeigt, dass auch Jungen immer früher ihren ersten Samenerguss erleben – wenn auch weniger deutlich als bei den Mädchen. So hat die Ejakularche 1980 bei 21 % der Jungen mit 12 Jahren oder jünger eingesetzt (gegenüber 44 % im Jahr 2025).

Das Einsetzen des Stimmbruchs bei männlichen Jugendlichen erfolgt in einem ähnlichen Altersbereich wie die Ejakularche. 9 % der Jungen erlebten ihren Stimmbruch im Alter von 11 Jahren oder jünger. Bei 34 % setzte der Stimmbruch mit 12 Jahren ein, bei weiteren 27 % mit 13 Jahren. 23 % gaben an, den Stimmbruch im Alter von 14 Jahren oder später erlebt zu haben. 5 % der männlichen Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch vor dem Stimmbruch.

ABBILDUNG 4

VORBEREITUNG AUF MENARCHE DER WEIBLICHEN JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN IM TREND

Frage: Wenn Sie daran zurückdenken, als bei Ihnen zum ersten Mal die Regelblutung eingesetzt hat:
Waren Sie darauf vorbereitet worden?



Quelle: BIÖG, Datensatz Jugendsexualitätsstudie 10. Welle

Basis: 14- bis 25-jährige weibliche Befragte, wenn Menarche bereits erfolgt (2025: n = 3500, 2019: n = 3529, 2014: n = 3499) | Darstellung: Angaben in Prozent

jungen Erwachsenen gibt an, dass sie sich im Vorhinein informiert gefühlt haben. Wiederum 23 % der weiblichen Befragten hatten schon einmal davon gehört, wussten aber nichts Näheres, und nur 6 % berichten, in keiner Weise vorbereitet gewesen zu sein. Im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen 2014 und 2019 zeigen sich diesbezüglich kaum Veränderungen, d.h., die Mehrheit der weiblichen Befragten fühlt sich fortlaufend gut informiert über das erstmalige Einsetzen der Menarche (siehe Abbildung 4).

Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen den weiblichen und männlichen Befragten. So gibt nur etwas mehr als die Hälfte (54 %) der männlichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren an, auf die Ejakularche vorbereitet gewesen zu sein, 66 % fühlten sich auf den Stimmbruch vorbereitet. Bei den weiblichen Jugendlichen sind es mit 74 % deutlich mehr. Bezogen auf den ersten Samenerguss hatte fast jeder dritte Junge (32 %) »schon einmal etwas davon gehört, wusste aber noch nichts Genaues«, beim Stimmbruch waren es 26 % (gegenüber 20 % bei den weiblichen Jugendlichen). 13 % der männlichen Jugendlichen traf der Samenerguss »völlig unvorbereitet« - mehr als doppelt so viel wie bei den Mädchen mit 6 %. Auf den Stimmbruch fühlten sich 8 % der Jungen nicht

vorbereitet. Für die Ejakularche zeigen sich im Vergleich zu 2014 und 2019 insgesamt nur leichte Veränderungen. Der Stimmbruch wurde 2025 erstmals in die Befragung aufgenommen, sodass keine Vergleichsdaten vorliegen.

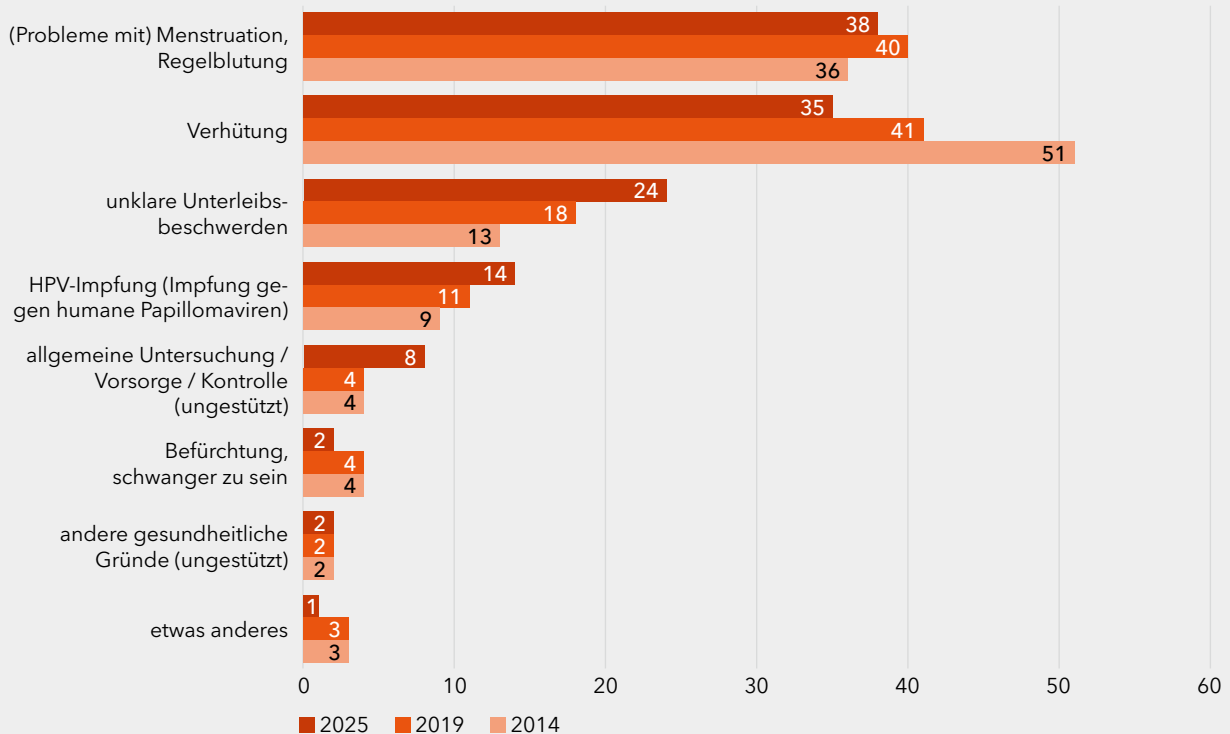
Informationsbedarfe zur Menarche und zum Erstbesuch in der gynäkologischen Praxis

In der Studie werden auch Informationsbedarfe junger Menschen zu verschiedenen Themen der Sexualaufklärung erfasst. Fast jede dritte weibliche Jugendliche und junge Erwachsene (32 %) äußert den Wunsch, weitere Informationen zu dem Thema »Regel, Eisprung, fruchtbare Tage der Frau« zu erhalten. Dies sind deutlich mehr als noch in der vorangegangenen Erhebung 2019 mit 24 %. Auch der Anteil der männlichen Befragten, die mehr zu diesem Thema wissen möchten, ist gegenüber 2019 leicht angestiegen von 22 % auf 25 % im Jahr 2025. Insgesamt zeigen sich für beide Geschlechter bei fast allen Themen der Sexualaufklärung (u.a. Geschlechtskrankheiten, Verhütung, Schwangerschaft) höhere Informationsbedarfe als noch 2019 (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die Menarche ist außerdem ein häufiger Anlass für Mädchen und junge Frauen, erstmalig den Frauenarzt bzw. die Frauenärztin aufzusuchen (siehe Abbil-

ABBILDUNG 5

ANLASS FÜR DEN ERSTBESUCH IN EINER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS VON WEIBLICHEN JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN IM TREND
Frage: Was war der Anlass für diesen ersten Besuch beim Frauenarzt/bei der Frauenärztin?



Quelle: BIÖG, Datensatz Jugendsexualitätsstudie 10. Welle

Basis: 14- bis 25-jährige Mädchen und junge Frauen, die beim Frauenarzt/bei einer Frauenärztin waren (2025: n = 2 426, 2019: n = 2 797, 2014: n = 2 768) | Mehrfachnennungen | Darstellung: Angaben in Prozent

dung 5). 38% der weiblichen Befragten im Alter von 14 bis 25 Jahren, die bereits einmal eine gynäkologische Praxis aufgesucht haben, geben an, dass »(Probleme mit) Menstruation, Regelblutung« der Grund für den Erstbesuch waren (Mehrfachnennungen waren möglich). Der Anteil liegt auf einem vergleichbaren Niveau wie in den beiden vorangegangenen Erhebungswellen 2019 (40%) und 2014 (36%).

Implikationen für die Sexualaufklärung bzw. Sexuelle Bildung

Der Beginn der Menarche markiert einen wichtigen Moment im Rahmen der körperlichen Veränderungsprozesse in der Pubertät und ist damit

ein zentrales Thema der Mädchen- und Frauengesundheit (RKI, 2020; RKI, 2023). Seit 2022 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Menstruationsgesundheit als Gesundheits- und Menschenrechtsthema anerkannt und entsprechende Information und Aufklärung gefordert (WHO, 2022). Menstruationsgesundheit beschreibt in diesem Ansatz den Zustand des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Menarche und geht damit weit über die reine Abwesenheit körperlicher Beschwerden und Störungen hinaus (Döring et al., 2026). Sie wird maßgeblich mitbeeinflusst durch den jeweiligen soziokulturellen Kontext, das Vorhandensein bezahlbarer und sicherer Menstruationsprodukte sowie den Zugang zu Aufklärung (Döring et al., 2024; Döring et al., 2026).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich der Zeitpunkt der ersten Menarche immer weiter nach vorne bis ins Kindesalter der Mädchen verschiebt. Wie die Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung des BIÖG zeigen, erlebt heutzutage über die Hälfte (59%) die erste Regelblutung im Alter von 12 Jahren oder jünger. Auch andere nationale und internationale Studien dokumentieren einen frühen Beginn der Menarche (u.a. Gottschalk et al., 2020; Wang et al., 2024; Gaiswinkler et al., 2024). Als mögliche Erklärungen werden unter anderem verbesserte Lebensbedingungen und ein besserer Ernährungszustand bei Mädchen angeführt (Gottschalk et al., 2020). Ein frühes Einsetzen der Regelblutung kann jedoch auch mit gesundheitlichen Risiken (Lee et al., 2022; Döring et al., 2024; Wang et al., 2024), stärkeren Menstruationsschmerzen (Döring et al., 2024; Bartley et al., 2021; Armour et al., 2019) und größeren Unsicherheiten (RKI, 2020) verbunden sein. Es bedarf daher einer möglichst frühzeitigen Aufklärung über die anstehenden körperlichen Veränderungsprozesse, bestenfalls schon im Grundschulalter. Die deutliche Mehrheit (74%) der Mädchen fühlt sich auf die erste Menarche gut vorbereitet – weitaus mehr als bei den Jungen (54%).

Autorinnen

Luise Dinger ist wissenschaftliche Referentin im Referat S3 – Aufgabenkoordination, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemalige BZgA).
Kontakt: luise.dinger@bioeg.de

Dr. Sara Scharmanski ist Referatsleitung des Referats S3 – Aufgabenkoordination, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemalige BZgA).
Kontakt: sara.scharmanski@bioeg.de

Literatur

- Armour, M., Parry, K., Manohar, N., et al.** (2019). The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21.573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Womens Health* 28(8), 1161–1171.
- Bartley, J., & Voss-Heine, I.** (2021). Blutungsstörungen, Dysmenorrhö und Endometriose im Jugendalter. *Gynäkologie* 54(9), 640–649.
- Döring, N., Shevtsova, A., & Schumann-Doermer, C.** (2026). Die Menstruation auf YouTube, Instagram und TikTok. Eine Inhalts- und Qualitätsanalyse. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 69, 473–482.
- Döring, N., Shevtsova, A., & Schumann-Doermer, C.** (2024). Der aktuelle Forschungsstand zur Menstruationsgesundheit: Überblick über 20 bio-psycho-soziale Aspekte. *Z Sex Forsch* 37(03), 151–166. <https://doi.org/10.1055/a-2343-4279>
- Gaiswinkler, S., Wahl, A., & Antony, D., et al.** (2024). Menstruationsgesundheitsbericht 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.). Wien. https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=803&attachmentName=Menstruationsgesundheitsbericht_2024.pdf
- Gottschalk, M. S., Eskild, A., & Hofvind, S. et al.** (2020). Temporal trends in age at menarche and age at menopause: a population study of 312 656 women in Norway. *Hum Reprod* 35(2), 464–471. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez288>
- Hessling, A., & Scharmanski, S.** (2021). Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung Jugendsexualität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 64, 1372–1381.
- Hessling, A., & Bode, H.** (2017). Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher im Wandel. Ausgewählte Ergebnisse der Studien zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 60, 937–947.
- Lee, J.-S., Lee, Y. A., & Shin, C. H. et al.** (2022). Long-Term Health Outcomes of Early Menarche in Women: An Umbrella Review. *QJM* 115(12), 837–847.

- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.)** (2020). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick*. Berlin. <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/Gesundheitliche-Lage-Frauen.html>
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.)** (2023). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/Gesundheitliche-Lage-Frauen.html>
- Scharmanski, S., & Hessling, A.** (2022). *Sexualaufklärung, die erste Regelblutung und der erste Samenerguss. Jugendsexualität, 9. Welle*. BZgA-Faktenblatt. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/sexualaufklaerung-die-erste-regelblutung-und-der-erste-samenerguss/>
- Scharmanski, S., & Dinger, L.** (2026). Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Aktuelle Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung »Jugendsexualität«. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 69, 391–399. <https://doi.org/10.1007/s00103-026-04203-z>
- Wang, Z., Asokan, G., Onnela, J.-P., et al.** (2024). Menarche and Time to Cycle Regularity Among Individuals Born Between 1950 and 2005 in the US. *JAMA Network Open*. 7(5), e2412854. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.12854>
- World Health Organization (WHO)** (2022). *WHO statement on menstrual health and rights*. <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>

Zitierweise

- Dinger, L., & Scharmanski, S.** (2026). Menarche und Sexuelle Bildung – Jugendsexualität 10. Welle. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 11–18. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_menarche-juse10

»Welche Verhütung passt zu mir?« Eine digitale Entscheidungshilfe und ihre Evaluation

Anastasia Doré, Sara Scharmanski

Laut aktuellen Studiendaten hat sich das Verhütungsverhalten in Deutschland verändert: Vermehrt werden nicht-hormonelle Verhütungsmethoden präferiert. Basierend auf dem Auftrag durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz hat das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) die Entscheidungshilfe »Welche Verhütung passt zu mir?« entwickelt und anschließend evaluiert.

Repräsentative Studienergebnisse des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zeigen eine Veränderung des Verhütungsverhaltens von sexuell aktiven Menschen in Deutschland: Insbesondere lässt sich ein Rückgang der Nutzung der Pille bei gleichzeitiger Zunahme hormonkritischer Einstellungen beobachten (Mannebach et al., 2026; Scharmanski & Hessling, 2024; Scharmanski & Hessling, 2025a). Im Gegensatz dazu gewinnt das Kondom an Bedeutung. Andere Verhütungsmittel werden im Vergleich dazu seltener genutzt, wobei die Sterilisation und die Spirale gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich häufiger angewendet werden als noch vor einigen Jahren (Scharmanski & Dinger, 2026; Scharmanski & Hessling, 2021). Die zunehmende Popularität der Spirale in der jungen Altersgruppe könnte mit der neuen Empfehlung der World Health Organization (WHO) (2026) zusammenhängen, die sich für die Nutzung

der Spirale explizit auch bei Jugendlichen und nulliparen¹ Personen ausspricht.

Als Gründe für die Auswahl der Verhütung geben die Befragten vor allem Sicherheit und in den letzten Jahren zunehmend Verträglichkeit an. Frauen bewerten den Kostenaspekt als relevanter als Männer, vor allem in jungem Alter und bei geringen Einkommen (Scharmanski & Hessling, 2024). Entscheidend dafür könnte sein, dass die meisten in Deutschland zugelassenen Verhütungsmethoden für Frauen und Menschen mit Uterus konzipiert sind. Dabei geben Studien Hinweise, dass die Kosten mehrheitlich von der Person getragen werden, die das Verhütungsmittel nutzt (Janssens et al., 2024; Pflügler, 2021;

¹ Personen, die noch kein Kind geboren haben.

Scharmanski & Hessling, 2024). Zudem geben mehr Frauen als Männer an, dass sie die alleinige Verantwortung für die Verhütung tragen (Scharmanski & Hessling, 2022). Neben öffentlichen Institutionen und persönlichen Gesprächen stellt das Internet eine relevante Informationsquelle für sexuelle und reproduktive Gesundheitsthemen dar (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit [BIÖG], 2026; Scharmanski & Hessling, 2025b). Zentrale Motive für die Nutzung des Internets sind unter anderem die leichte und niedrigschwellige Zugänglichkeit sowie die Anonymität bei möglicherweise schambehafteten Themen (Döring & Conde, 2021). Zudem könnten multimedial aufbereitete Formate wie z.B. Videos oder interaktive Elemente die Verständlichkeit steigern. Allerdings bietet das Internet eine große Bandbreite an Informationsangeboten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, wodurch qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Inhalte schwer identifizierbar sind (Döring & Conde, 2021).

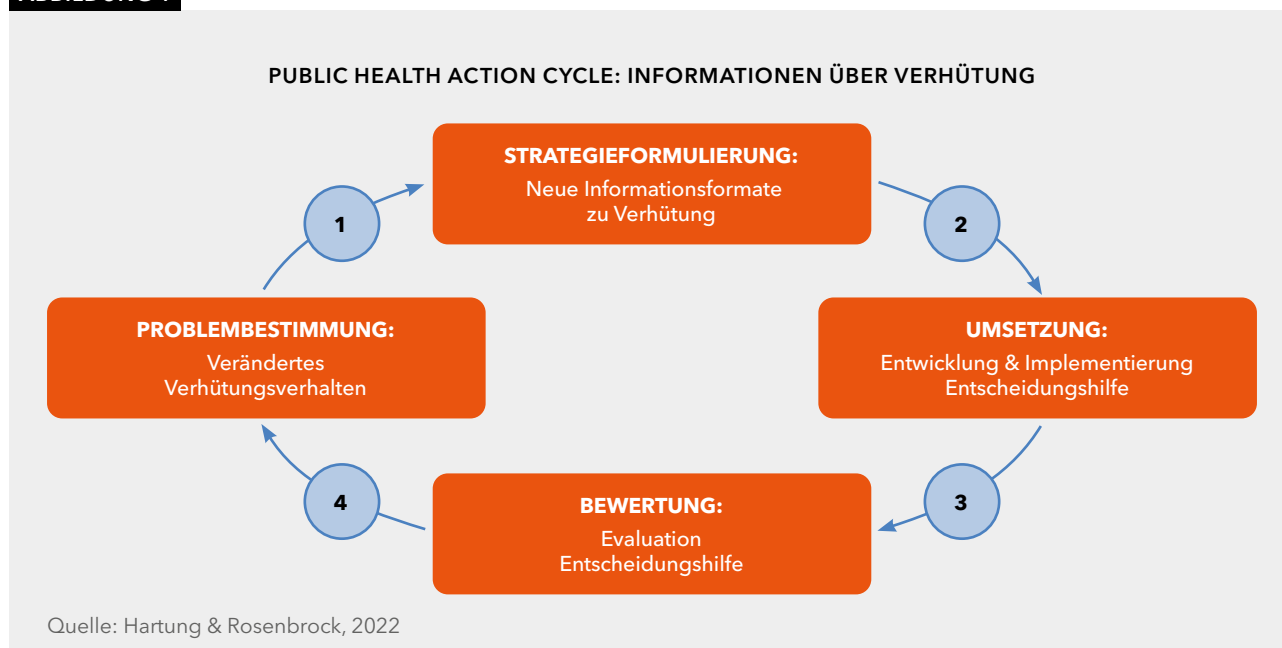
Entscheidungshilfen zur Auswahl der Verhütung

Sogenannte Entscheidungshilfen (engl. *decision aids*) können bei der Wahl der individuell passen-

den Verhütungsmethode unterstützen. Entscheidungshilfen sind evidenzbasierte Werkzeuge, die Personen spezifische und informierte Entscheidungen zwischen verschiedenen Optionen der Gesundheitsversorgung ermöglichen. Beim Thema Verhütung könnten sie ein hilfreiches Mittel darstellen, weil es keine »beste Wahl« gibt, sondern die verschiedenen Methoden in Abhängigkeit von den individuellen Lebensumständen und Präferenzen abgewogen werden müssen (Stacey et al., 2017). Somit können Entscheidungshilfen als Unterstützung in der Beratungspraxis genutzt werden, um die Klärung von persönlichen Präferenzen zu erleichtern.

Entsprechend sind Entscheidungshilfen zur Unterstützung der Auswahl einer geeigneten Verhütung auch im internationalen Raum verbreitet. Beispiele dafür sind »Contraception Choices« (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, o.D.) aus Großbritannien oder »Birth Control« (Planned Parenthood, o.D.) aus den USA. Studien weisen auf teils widersprüchliche Befunde für die Wirksamkeit von Entscheidungshilfen zur Verhütungsauswahl hin (Goueth et al., 2022; Stephenson et al., 2020). Somit bleibt unklar, welchen Mehrwert Entscheidungshilfen zur Auswahl der Verhütung haben, sowohl für den Beratungskontext als auch für die individuelle Nutzung.

ABBILDUNG 1



Entscheidungshilfe des BIÖG: »Welche Verhütung passt zu mir?«

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) verfolgt das Ziel, Menschen dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben und Gesundheitsrisiken zu vermeiden (BIÖG, o. D., a). Dafür ist das BIÖG unter anderem durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (§ 1, Absatz 2) beauftragt, bundeseinheitliche Aufklärungsmaterialien zu Verhütungsmitteln und Verhütungsmethoden bereitzustellen. Um die Informationen wirksam zu gestalten und Menschen bei einer selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen, kann der Public Health Action Cycle (Hartung & Rosenbrock, 2022) herangezogen werden (siehe [Abbildung 1](#)). In Anlehnung an die aktuellen Daten zum Verhütungsverhalten (Mannebach et al., 2026; Scharmanski & Hessling, 2024; Scharmanski & Hessling, 2025a) hat das BIÖG die auf evidenzbasierten Informationen beruhende Entscheidungshilfe "Welche Verhütung passt zu mir?"² (BIÖG, o. D., b) entwickelt (siehe [Abbildung 2](#)). Die Entscheidungshilfe soll Nutzende dabei unterstützen, aus den aktuell in Deutschland zugelassenen Verhütungsmethoden die individuell passende auszuwählen. Der niedrigschwellige digitale Zugang soll das Interesse an faktenbasierten Informationen zum Thema Verhütung wecken. Durch die ausgewogene Darstellung wird zudem die Vielfalt der Verhütungsmethoden aufgezeigt. Zur Bestimmung der individuellen Präferenzen können bis zu sieben Filter an- und abgewählt werden:

- Verhütung mit oder ohne Hormone?
- Wie sicher soll die Methode verhüten?
- Darf die Methode Nebenwirkungen haben?
- Willst du eine Methode, die du nur in dem Moment benutzt, in dem du Sex hast?
- Soll der Eisprung mit Menstruation erhalten bleiben?
- Soll die Methode auch vor sexuell übertragbaren Infektionen (STI) schützen?
- Soll die Methode auch für die Stillzeit geeignet sein?

2 <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden>

ABBILDUNG 2

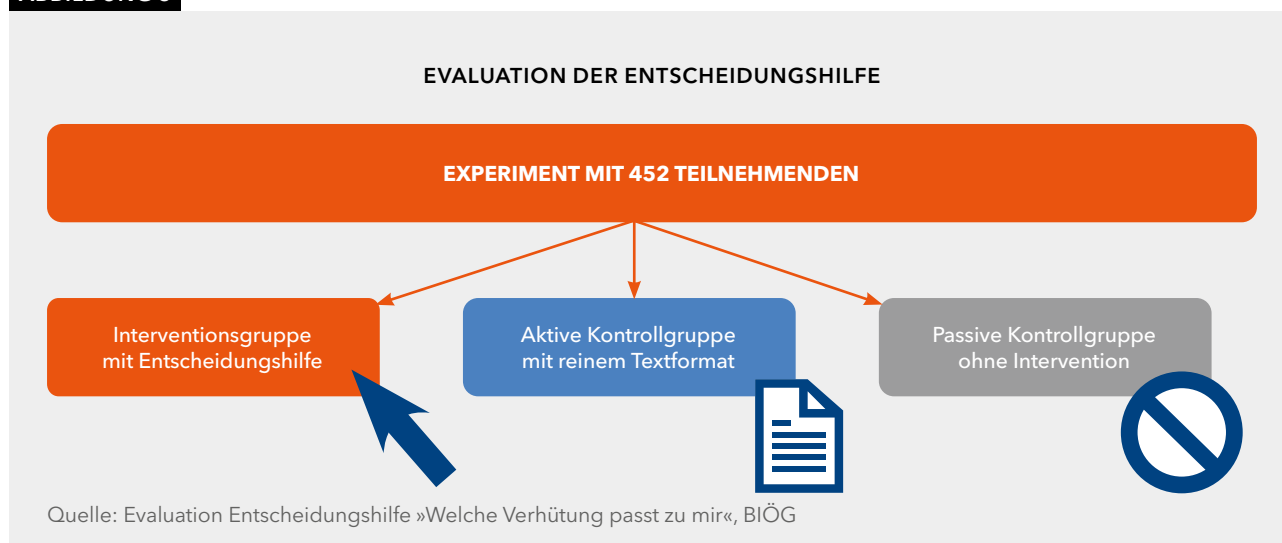


Währenddessen wird angezeigt, wie viele Verhütungsmethoden bei den aktuellen Filtereinstellungen zur Auswahl stehen. Über einen Ergebnis-Button oder den Live-Ticker kann die Ergebnisliste aufgerufen werden. Hier gibt es zur ersten Orientierung Kurzinfos zu den Verhütungsmethoden, die den Filterkriterien entsprechen. Über einen weiteren Button wird zur Detailseite der jeweiligen Verhütungsmethode auf dem Portal familienplanung.de geleitet. Führt die Filterauswahl zu keinem Ergebnis, folgt ein ausführlicher Hinweis darauf, dass es nicht möglich ist, alle Präferenzen zu berücksichtigen, und die Prioritäten neu überdacht werden müssen.

Evaluation der Entscheidungshilfe

Im Sinne des Public Health Action Cycles (Hartung & Rosenbrock, 2022) adressiert die Evaluation die Frage, welchen Effekt die Entscheidungshilfe »Welche Verhütung passt zu mir?« im Vergleich zu rein textbasierten Informationen zum Thema Verhütung und keiner Intervention hat. Dazu wurde eine experimentelle Studie mit $N = 452$ sexuell aktiven Erwachsenen im reproduktiven Alter (18 bis 49 Jahre) durchgeführt (siehe [Abbildung 3](#)). Konkret wurde

ABBILDUNG 3



verglichen, ob sich die unterschiedlichen Informationsformate (Entscheidungshilfe, textbasierte Informationen, keine Informationen) auf die folgenden psychologischen Gesundheitsvariablen auswirken, die für die Auswahl der Verhütung relevant sind: Verhütungswissen, Intention, die Verhütungsmethoden zu wechseln, Einstellungen zur Verhütung, Entscheidungskonflikt in Bezug auf Verhütung, Selbstwirksamkeit im Umgang mit Verhütung.

Sowohl die Entscheidungshilfe als auch die textbasierten Informationen tragen stärker zur Erhöhung des Wissens und der Veränderung der Intention bei, die Verhütungsmethoden zu wechseln. Zwischen der Entscheidungshilfe und den Textinformationen gibt es keine signifikanten Unterschiede. Jedoch zeigt sich ein leichter Trend, dass die Entscheidungshilfe die Selbstwirksamkeit eher steigern könnte. Zudem wurde die Entscheidungshilfe bei gleicher Effektivität im Schnitt kürzere Zeit genutzt als die Informationen in Textform.

Diskussion

Das BIÖG verfolgt das Ziel, Menschen dazu zu befähigen, selbstbestimmte und informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen. Die zu diesem Zwecke entwickelte und evaluierte Entscheidungshilfe »Welche Verhütung passt zu mir?« soll in

den folgenden Abschnitten hinsichtlich Chancen, Grenzen und Implikationen diskutiert werden.

Praktische Implikationen

Die Resultate geben Hinweise darauf, dass die Entscheidungshilfe auch in gynäkologischen Praxen und Beratungsstellen eine effektive und zeitökonomische Unterstützung in der Verhütungsberatung sein kann. Durch den niedrigschwelligen Ansatz kann das Werkzeug dazu beitragen, einen Dialog auf Augenhöhe zu fördern und eine informierte und präferenzsensitive Entscheidung zu unterstützen. Gleichzeitig greift die Entscheidungshilfe durch den digitalen Zugang und die Integration von spielerischen und interaktiven Elementen aktuelle Mediennutzungsgewohnheiten von insbesondere jungen Menschen auf (we are social & Meltwater, 2025). Zudem berücksichtigt die Entscheidungshilfe zentrale Informationsquellen für sexuelle und reproduktive Gesundheitsthemen (BIÖG, 2026; Scharmanski & Hessling, 2025b), da sie sowohl im digitalen Raum als auch in persönlichen Gesprächen eingesetzt werden kann.

Konkret kann die Entscheidungshilfe zum einen als Vorbereitung auf die Beratung, z. B. in der gynäkologischen Praxis, genutzt werden, um eine an die Bedarfe angepasste und zeiteffiziente Kommunikation zu erleichtern. Zum anderen kann das Werkzeug auch von der Fachkraft und beratungssuchenden

Person im Gespräch verwendet werden, um Klarheit über die persönlichen Prioritäten zu erreichen. Da nur die Verhütungsmethoden thematisiert werden, die für die interessierte Person relevant sind, kann die Verständlichkeit des komplexen Themas Verhütung erhöht werden. Darüber hinaus kann die Entscheidungshilfe auch im Rahmen der Sexualaufklärung in Schulen Anwendung finden, wobei möglicherweise geringfügige Anpassungen vorgenommen werden müssten, z.B. hinsichtlich der Filter »Sicherheit« und »Eignung in der Stillzeit«. Folglich sollte eine weitere Bekanntmachung durch das BIÖG angestrebt werden: Beratungsfachkräfte können durch entsprechende thematische Veranstaltungen und geeignete Medienformate adressiert werden, während sich für die Ansprache der End-Zielgruppe vor allem soziale Medien anbieten.

Neben Printmedien legt das BIÖG vermehrt einen Fokus darauf, Informationen auch in digitaler Form bereitzustellen. Die Evaluation legt dabei nahe, dass interaktive Formate eine zeitsparende und effektive Alternative zu rein textbasierten Formaten sind. Folglich sollten die Chancen von Entscheidungshilfen auch für andere Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit – insbesondere im Beratungskontext – erörtert werden.

Limitationen

Neben dem Nutzen sollten auch mögliche Einschränkungen sowohl der Entscheidungshilfe als auch der Evaluation betrachtet werden. Zunächst wird der Aspekt der Kosten in der Entscheidungshilfe aus Komplexitätsgründen nicht abgebildet: Ein Grund sind unterschiedliche regionale Förderungen bei Verhütungsmitteln (z.B. in Berlin). Darüber hinaus bestehen komplexe Vorschriften für die Kostenübernahme von Verhütungsmethoden bei jungen Frauen und unterschiedliche Regelungen bei gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Zudem ist die Entscheidungshilfe aktuell nur in deutscher Sprache verfügbar, was die praktische Anwendbarkeit einschränkt. Nach Übersetzung in mehrere Sprachen könnte die Entscheidungshilfe ins Portal zanzu.de (BIÖG, o.D., c) integriert werden, das Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund in aktuell 14 Sprachen bereitstellt.

Eine zentrale Limitation der Evaluation sind Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe. Weiterhin wurde lediglich die Wechselintention erfasst und nicht das tatsächliche Verhalten der Auswahl der Verhütung mit zeitlichem Abstand zur Intervention.

Zukünftige Forschung

Basierend auf den aufgezeigten Grenzen lassen sich Implikationen für die zukünftige Forschung ableiten. Zunächst wäre es hilfreich, die Entscheidungshilfe in heterogenen Zielgruppen zu untersuchen. Dabei sollten insbesondere Gruppen einbezogen werden, die Barrieren beim Zugang zu Informationen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit aufweisen wie Personen mit Migrationshintergrund und niedriger formaler Bildung. Mithilfe unterschiedlicher Forschungsdesigns könnte evaluiert werden, welche Charakteristika die Wirksamkeit von Entscheidungshilfen und die Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Verhütung steigern.

Fazit

Verhütung ist ein zentrales Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und gleichzeitig ein wichtiger Aspekt der Frauengesundheit, da die Mehrzahl der aktuell zugelassenen Verhütungsmethoden für Frauen und Menschen mit Uterus entwickelt wurden. Die Evaluation weist auf die Wichtigkeit von evidenzbasierten Informationen hin, um eine selbstbestimmte und präferenzsensitive Entscheidung zu treffen. Entscheidungshilfen stellen ein zeiteffizientes Format dar und greifen durch die digitale Einbettung aktuelle Mediennutzungsgewohnheiten und Informationsbedürfnisse in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit auf. Als niedrigschwellige Informationsalternative kann die Entscheidungshilfe zudem einen Dialog auf Augenhöhe sowohl mit der Beratungsfachkraft als auch mit (Sexual-)Partnerinnen und -Partnern stärken und auf diese Weise eine selbstbestimmte Verhütungsentscheidung unterstützen.

Autorinnen

Dr. Anastasia Doré ist Referentin im Referat S2 – Familienplanung, Verhütung und wissenschaftliche Referentin im Referat S3 Aufgabenkoordination, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
Kontakt: Anastasia.dore@bioeg.de

Dr. Sara Scharmanski ist Referatsleiterin im Referat S3 Aufgabenkoordination, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
Kontakt: Sara.scharmanski@bioeg.de

Literatur

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (2026, 22. Januar). *Erste sexuelle Erfahrungen: Jugendliche warten länger und verhüten sicher* [Pressemitteilung]. <https://www.bioeg.de/presse/pressemitteilungen/2026-01-22-erste-sexuelle-erfahrungen-jugendliche-warten-laenger-und-verhueten-sicher/>

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (o. D., a). *Leitbild*. <https://www.bioeg.de/ueber-uns/leitbild/>

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (o. D., b). *Welche Verhütung passt zu mir?* <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/?start>

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (o. D., c). *Zanzu – Mein Körper in Wort und Bild*. <https://www.zanzu.de>

Döring, N., & Conde, M. (2021). Sexual health information on social media: a systematic scoping review. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(11), 1416.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (o. D.). *What's right for me? Contraception Choices*. <https://www.contraceptionchoices.org/ContraceptionChoices/Whats-Right-for-Me.aspx>

Goueth, R. C., Maki, K. G., Babatunde, A., Eden, K. B., & Darney, B. G. (2022). Effects of technology-based contraceptive decision aids: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 227(5), 705–713.

Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2022). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0>

Janssens, W., Ketel, N., & Zwiers, E. (2024, 8. Mai). *Women in committed relationships largely pay for contraception themselves*. University of Amsterdam. <https://www.uva.nl/en/shared-content/faculteiten/en/faculteit-economie-en-bedrijfskunde/news/2024/05/women-in-committed-relationships-largely-pay-for-contraception-themselves.html?cb>

Mannebach, S., Olejniczak, L., Glaser, S., & Knittel, T. (2026). Rückgang der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva bei Frauen: Genese kritischer Einstellungen in reproduktiven Biografien. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 69(4), 400–409.

Pflügler, C. (2021). *Die Bedeutung der Partnerschaft für den Umgang mit Verhütungskosten von Frauen im Sozialleistungsbezug – eine qualitative Analyse. Sonderauswertung der Studie »frauen leben 3 Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Phase 3 / 2018*. Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen SoFFI F. https://www.soffi-f.de/wp-content/uploads/2024/05/Die-Bedeutung-der-Partnerschaft-fuer-die-Verhuetungskosten_2018.pdf

Planned Parenthood (o. D.). *Birth control*. <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control>

Scharmanski, S., & Dinger, L. (2026). Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Aktuelle Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung »Jugendsexualität«. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 1–9.

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2022). *Partnerschaft und Beziehungen. Jugendsexualität, 9. Welle*. BZgA-Faktenblatt. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). https://doi.org/10.17623/BZGA_SRH:fb_JUS9_partnerschaft

- Scharmanski, S., & Hessling, A.** (2021). Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung »Jugendsexualität«. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(11), 1372.
- Scharmanski, S., & Hessling, A.** (2024). *Verhütungsverhalten Erwachsener 2023. Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung* (Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung). BZgA. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:st_verhuetung2023
- Scharmanski, S., & Hessling, A.** (2025a). *Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024*. Im Fokus: 18- bis 49-Jährige. BIÖG-Faktenblatt. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:fb_verhuetung2024-trend
- Scharmanski, S., & Hessling, A.** (2025b). Verhütungsinformationen im Internet. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung zum Verhütungsverhalten 2024, *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 2, 71–78.
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ... Trevena, L.** (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Stephenson, J., Bailey, J. V., Gubijev, A., D'Souza, P., Oliver, S., Blandford, A., ... Copas, A.** (2020). An interactive website for informed contraception choice: randomised evaluation of Contraception Choices. *Digital Health*, 6, 2055207620936435.
- we are social & Meltwater.** (2025). *Digital 2025: Global overview report*. <https://wearesocial.com/wp-content/uploads/2025/02/GDR-2025-v2.pdf>
- World Health Organization** (2026, 22. Januar). *Intra-uterine devices (IUDs)* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/intrauterine-devices>

Zitierweise

Doré, A., & Scharmanski, S. (2026). »Welche Verhütung passt zu mir?« Eine digitale Entscheidungshilfe und ihre Evaluation. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 19–25. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_eval-entscheidungshilfe-verhuetung

Peripartale psychische Erkrankungen

Sabine Surholt

Viele Mütter und Väter erleiden rund um die Geburt ihres Kindes eine peripartale psychische Erkrankung. Zu diesen Erkrankungsformen gehören peripartale Depression, Angst-, Zwangsstörung und Psychose, deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten hier kurz vorgestellt werden.

Sehr viele, nämlich etwa 10 bis 15% der Mütter – das sind jährlich etwa 100 000 Mütter in Deutschland – und nach neueren Erkenntnissen auch etwa 5 bis 10% der Väter erleiden eine peripartale (rund um die Geburt ihres Kindes auftretende) psychische Erkrankung. Zu diesen peripartalen psychischen Erkrankungsbildern gehören peripartale Depression, Angst-, Zwangsstörung und Psychose. Überwiegend betreffen diese Störungsbilder die Mütter, da aber auch viele Väter peripartal psychisch erkranken, sollen sie im Folgenden mitgedacht werden.

Das postpartale Stimmungstief

Vielen Eltern werden die Anzeichen des »Baby-blues« durch Hebammen und Gynäkolog*innen¹ frühzeitig vermittelt. Dieses postpartale Stimmungstief tritt in den ersten 10 bis 14 Tagen nach der Entbindung auf, sollte aber über diesen Zeitraum nicht hinausgehen. Zwischen 50 und 80% aller Mütter leiden darunter.

Typische Kennzeichen sind:

- Empfindsamkeit und Stimmungsschwankungen
- Traurigkeit und häufiges Weinen
- Müdigkeit und Erschöpfung
- Schlaf- und Ruhelosigkeit
- Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen
- Ängstlichkeit und Reizbarkeit

Das postpartale Stimmungstief kann durch pflanzliche und homöopathische Medikamente sowie durch Fürsorge gelindert werden, bedarf nicht unbedingt einer Behandlung, verschwindet meist von selbst wieder, sollte aber nicht länger als zwei Wochen nach der Geburt andauern. Halten die Symptome länger an, deutet das auf eine behandlungsbedürftige postpartale Depression, Angst- oder Zwangsstörung hin.

Peripartale Depression, Angst- und Zwangsstörung

Dass es aber auch in der Schwangerschaft (präpartal) und sehr häufig nach der Geburt (postpartal) zu Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen kommen kann, die dringend einer Behandlung bedürfen, ist den meisten Eltern nicht bewusst. Diese

¹ Auf Wunsch der Autorin wird in diesem Beitrag der Gender-Stern verwendet.

Krankheitsbilder können jederzeit in der Schwangerschaft oder im Laufe des ersten Jahres nach der Entbindung auftreten und mehrere Wochen bis einige Monate andauern. Ohne Behandlung können sie sich auch chronifizieren. Da das Stillen depressionshemmend wirkt, können die Symptome dadurch hinausgezögert werden und erst mit dem Abstillen auftreten. Meistens nimmt der Krankheitsverlauf eine schleichende Entwicklung, sodass die ersten Anzeichen oft nicht erkannt werden, weil sie denen des Babyblues ähneln. Zu den möglichen Beschwerden des Babyblues kommen bei einer postpartalen Erkrankung Symptome hinzu wie:

- Schuld- und Versagensgefühle, vor allem in der Rolle als Mutter oder Vater
- inneres Leeregefühl, allgemeines Desinteresse, sexuelle Unlust
- zwiespältige Gefühle gegenüber dem Kind
- Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen
- Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden und andere psychosomatische Beschwerden
- Ängste, extreme Reizbarkeit, Panikattacken
- Zwangsgedanken (sich aufdrängende wiederkehrende Ideen, Impulse oder Vorstellungen, die als unfreiwillig, inakzeptabel, quälend und angstaussend empfunden werden) oder Zwangshandlungen, vor allem bezüglich der Hygiene rund um das Baby
- Suizid-, Infantizidgedanken

Vielfach versuchen die Eltern, dem Bild der glücklichen Eltern zu entsprechen, und tragen ihre Gefühle nicht nach außen. Schuld- und Schamgefühle belasten die Eltern enorm. Sie haben den Eindruck, schlechte Eltern zu sein, als Mutter oder Vater zu versagen, und fürchten sehr, dass dies Auswirkungen auf ihr Baby haben könnte. Hier ist es entscheidend, diese Ängste ernst zu nehmen, aber auch darauf hinzuweisen, dass es nun besonders wichtig ist, sich auf vielfältige Weise helfen zu lassen. Jede Unterstützung für die Eltern trägt zu deren schnellerer Genesung bei und kommt damit auch dem Baby und gegebenenfalls Geschwisterkindern zugute. Suizid- oder Infantizidgedanken treten meist dann auf, wenn keine Hilfe angeboten oder gefunden wird, weshalb die Äußerung von Suizidgedanken unbedingt immer ernst genommen und eine stationäre Aufnahme angestrebt werden sollte.

Postpartale Psychose

Die schwerwiegendste Reaktionsform ist die postpartale Psychose oder auch Wochenbett-Psychose. Sie tritt vorwiegend in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung auf. Bis zu 0,3 Prozent aller Mütter erleiden eine Psychose. Typische Symptome sind:

- starke Antriebssteigerung, motorische Unruhe in der manischen Phase
- Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit in der depressiven Phase
- extreme Angstzustände, Gedankenrasen
- Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen
- Persönlichkeitsveränderungen

Ein starker Antrieb, der sich in diversen überzogenen Aktivitäten äußern kann, bedeutet nicht, dass sich die Mutter in einer gesunden gehobenen Stimmung befindet. Die Betroffene kann in ihrem Denken stark gestört sein. Bei den Halluzinationen und Wahnvorstellungen kann die betroffene Frau Stimmen hören, Menschen, Tiere und Dinge sehen, die nicht existieren, oder Wahnvorstellungen, zum Beispiel religiöser Natur, entwickeln. Für Betroffene sind diese Erscheinungen dann real.

Die Psychose bedarf unbedingt einer stationären Behandlung. Eine vorübergehende Trennung von Mutter und Kind ist in diesem Fall leider nicht zu vermeiden. Hier ist es wichtig, dass das Baby in dieser Phase der Trennung eine stabile Bezugsperson hat, wenn möglich der Vater oder andere Verwandte.

Ursachen peripartaler psychischer Reaktionsformen

Die Ursachen für alle peripartalen psychischen Reaktionsformen sind vielfältig. Meistens führt nicht nur ein Auslöser, sondern das Zusammentreffen verschiedener Risikofaktoren zu einer peripartalen Überlastungsreaktion.

Mit-Auslöser auf körperlicher Ebene können sein: mangelnder Schlaf, Hormonumstellung (auch bei den Vätern), Mutterschaft (der Transformationsprozess

von der Frau zur Mutter) und körperliche Erkrankungen wie z. B. Schilddrüsendysfunktion und Stoffwechselstörungen oder psychische Vorerkrankungen.

Maßgeblich ist aber der Verlauf von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett. Wird eine dieser Phasen von den Eltern als belastend erlebt, kann dies ein Auslösefaktor sein. So zählen Schwierigkeiten vor der Schwangerschaft wie vorhergehende Fehlgeburt, langes Warten auf ein Wunschkind oder künstliche Befruchtung ebenso zu den Risikofaktoren wie Probleme in der Schwangerschaft, etwa wenn es sich um eine ungeplante oder aufgrund vorzeitiger Wehen angstbeladene Schwangerschaft handelt.

Häufige Risikofaktoren bei der Entbindung sind eine frühzeitige oder langwierige Entbindung, ungewollter Kaiserschnitt, unsensible Behandlung, Gewalt während der Geburt oder eine anderweitig traumatische Entbindung.

Auch die Verfassung des Kindes spielt eine Rolle. Eine Früh- oder gar Totgeburt, ein Schreibaby, Stillprobleme oder ungewolltes Abstillen belasten die Eltern enorm und führen oft zu Versagensgefühlen, die in eine Depression münden können.

Nicht vergessen sollte man, dass die Geburt eines Kindes eine gewaltige Umstellung für die Eltern bedeutet, die nicht nur physisch, sondern auch psychisch bewältigt werden muss: Abschied von der Schwangerschaft und der damit verbundenen Fürsorge, Abschied von der eigenen Kindheit, Verlust der Freiheit und Selbstbestimmung, Abschied vom eigenbestimmten, strukturierten Berufsleben. Mitunter kommen noch andere belastende Umstände dazu wie der Tod oder die Trennung von einem geliebten Menschen, Ortswechsel, finanzielle oder familiäre Probleme, Probleme in der Partnerschaft.

Viele Beziehungen ändern sich: zum Partner, zur eigenen Mutter, zu den Freund*innen, zu Kolleg*innen, und die auffangende Großfamilie gibt es nur noch sehr selten. Auch können traumatische Erlebnisse in der Kindheit wie früher Verlust der Eltern, Gewalterfahrung, Missbrauch oder das eigene schwierige Geburtserlebnis durch die Schwangerschaft und die Geburt reaktiviert werden.

Hinzu kommt als Auslösefaktor das in Werbung, Literatur und Medien völlig idealisierte Mutterbild. Dem Traumbild der allzeit lächelnden, glücklichen, gepflegten Mutter können die Mütter nicht entsprechen. Sie leiden unter Versagensgefühlen und wagen nicht, über ihre wahren Gefühle zu reden und sich Hilfe zu holen. Stattdessen versuchen sie so lange wie möglich, dem Bild der perfekten Mutter zu entsprechen, weshalb man im englischen Sprachgebrauch auch von »Smiling Depression«, der »lächelnden Depression«, spricht.

Schwangerschaft und Wochenbett sind eine Phase extremer Vulnerabilität, eine hochsensible Zeit der Umstellung, in der die Mutter einen geschützten Rahmen benötigt. Sie sollte in dieser Zeit von allen weiteren Aufgaben entlastet, selbst bemuttert werden und die Möglichkeit zu ausreichend Schlaf erhalten.

Möglichkeiten der Unterstützung und Behandlung

Die Möglichkeiten der Behandlung richten sich nach der Krankheitsform und deren Schwere. Bei einer leichten Erkrankungsform können die Unterstützung durch Mütterpflegerinnen, Doulas (nichtmedizinische Geburtsbegleiterinnen), Familienhebammen, Frühe Hilfen usw. und begleitende Gespräche durch Schwangerschafts- oder psychosoziale Beratungsstellen helfen; meist reicht das aber nicht aus. Dann sollte eine medikamentöse Begleittherapie durch Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Es gibt schwangerschafts- und stillverträgliche Medikamente, zu denen diese sich über www.embryotox.de und www.reprotox.de oder entsprechender Fachliteratur informieren können.

Da viele betroffene Eltern unter permanenter Anspannung leben, haben sich Körpertherapien als große Hilfen erwiesen. Darüber hinaus ist vor allem eine Psychotherapie wichtig, um die Auslöser der peripartalen psychischen Erkrankung herauszufinden und aufzuarbeiten. Dabei sind je nach Ursache der Erkrankungen verschiedenste Therapieformen hilfreich; häufig ist aufgrund einer als traumatisch erlebten Geburt eine Traumatherapie sehr sinnvoll.

Bei schwererer Erkrankung kann ambulante psychiatrische Pflege oder stationsäquivalente Behandlung unterstützen.

Die Behandlung einer sehr schweren postpartalen Depression mit Suizidgedanken oder einer postpartalen Psychose sollte aber in jedem Fall stationär in einer psychiatrischen Fachklinik erfolgen. Anschließend wäre die Weiterbehandlung in einer reinen Mutter-Kind-Station mit gezielten Therapieangeboten einschließlich einer Mutter-Kind-Interaktionstherapie erstrebenswert. Auf einer solchen Station kann die Mutter die Bindung zu ihrem Baby gut aufbauen, Selbstvertrauen gewinnen und die postpartale Erkrankung überwinden. Es gibt aber nur wenige solcher Einrichtungen in Deutschland; sie sind also längst nicht flächendeckend vorhanden, sodass es häufig zu einer nur notdürftigen Aufnahme in einer Mutter-Kind-Einheit auf einer allgemeinpsychiatrischen Station oder gar zu einer Trennung von Mutter und Baby und damit einer Störung der beiderseitigen Bindung kommt. Außerdem geht der Trend zu tagesklinischen Angeboten, die jedoch für viele Mütter nicht erreichbar sind. Die meisten Mutter-Kind-Einheiten nehmen auch nur Babys bis zu einem Alter von einem Jahr mit auf; für Eltern mit älteren Kindern gibt es viel zu wenige familienpsychiatrische Einrichtungen mit entsprechenden Folgen für Eltern und Kind. Bei jeder Form der Behandlung sollte das familiäre Umfeld mit einbezogen werden.

Begleitend zur fachlichen Behandlung kann die 1996 gegründete, bundesweite Selbsthilfe-Organisation Schatten & Licht e.V. mit ihren Hilfsangeboten unterstützen. Neben einer ausführlichen Website und kostenfreiem Infomaterial in Deutsch und Englisch werden über die Organisation kostenfreie Telefonberatung, regionale Selbsthilfegruppen und bundesweite Online-Selbsthilfegruppen zu diversen Schwerpunktthemen angeboten. Außerdem führt der Verein eine Liste von Fachleuten, in der zurzeit über 2.200 Personen verschiedenster Berufsgruppen aufgeführt sind, die sich auf die Behandlung von Müttern und Vätern mit psychischen Krisen rund um die Geburt spezialisiert haben.

Darüber hinaus stellt die Organisation genauere Informationen zu den deutschen Mutter-Kind-Ein-

heiten an psychiatrischen Kliniken zusammen, in die postpartal erkrankte Mütter mit ihren Kindern aufgenommen werden können.

Um auch Fachleute zu schulen, bietet der Verein Vorträge und 15 verschiedene jeweils fünfstündige (Online-) Fortbildungen rund um das Thema der peripartalen psychischen Erkrankungen an.

So vielfältig wie die Ursachen sind also auch die Behandlungsmöglichkeiten peripartaler psychischer Erkrankungen. Die Versorgungslage ist in Deutschland allerdings sehr schlecht: Es fehlt an einem proaktiven Screening, traumasensibler Geburtsmedizin, Facharztterminen, ambulanten und stationären Therapieplätzen, Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen und familientherapeutischen Angeboten. Ein flächendeckender Ausbau spezialisierter Versorgungsstrukturen ist nicht nur eine medizinische Notwendigkeit, sondern eine präventive Investition in die Gesundheit der nächsten Generation. Denn jeder Cent und jede Minute, die wir jetzt in die Familien investieren, zahlt sich in Zukunft vielfach aus.

Autorin

Sabine Surholt, Magister der Kunstgeschichte, ist Mitbegründerin und seit 1998 Erste Vorsitzende der bundesweiten Selbsthilfe-Organisation »Schatten & Licht e.V. – Initiative peripartale psychische Erkrankungen«. Kontakt: sabine.surholt@schatten-und-licht.de
www.schatten-und-licht.de

Literatur

- Asenbaum, M.** (2026). *Postpartale Depression – Störungen systemisch behandeln*. Carl-Auer-Verlag.
- Egerbacher-Anker, N., & Harms, Th.** (2026). *Postpartale Depression und andere Krisen rund um die Geburt – Familien mit Emotioneller Erster Hilfe sicher begleiten*. Psychosozial-Verlag.
- Köhler-Weisker, A.** (2023). *Postpartale Depression – Ein psychoanalytisches Modell zur Co-Therapie von Mutter und Kind*. Psychosozial-Verlag.
- Lier-Schehl, H.** (2020). *Seelische Gesundheit für Familien von Anfang an – Psychosoziale Präventionsarbeit bei peripartalen Erkrankungen*. Psychosozial-Verlag.
- Rohde, A., & Dorn, A.** (2023). *Rund um die Geburt – Depressionen, Ängste und mehr*. Kohlhammer.
- Rohde, A., & Dorn, A.** (2025). *Postpartale Depressionen und ihre vielen Gesichter*. Kohlhammer.
- Rohde, A., Schaefer, C., et al.** (2023). *Mutter werden mit psychischer Erkrankung*. Kohlhammer.
- Trautmann-Villalba, P., & Hain, S.** (2025). *Therapie-Tools Peripartalzeit*. Beltz.
- Wortmann-Fleischer, S., & Hornstein, C.** (2025). *Postpartale psychische Störungen*. Kohlhammer.

Zitierweise

- Surholt, S.** (2026). Peripartale psychische Erkrankungen. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 26–30. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_peripartal-psych

Endometriose als gesundheitliches und gesellschaftliches Problem

Matthias Korell

Endometriose ist eine sehr häufige Erkrankung, die viele Frauen in ihrer hormonell aktiven Phase betrifft. Neben den als typisch geltenden Schmerzen bei der Periode (Dysmenorrhoe) werden nicht selten sämtliche Lebensbereiche der betroffenen Frauen beeinflusst. Das macht die Endometriose gleichzeitig zu einem gesellschaftlichen Problem und einer dringenden Aufgabe.

Die Entstehung der Endometriose ist noch nicht vollständig verstanden. Grundsätzlich findet sich bei Endometriose Gebärmutter Schleimhaut-ähnliches Gewebe auch außerhalb der Gebärmutterhöhle, was durch die zyklischen Blutungen entsprechende Probleme auslöst. Wahrscheinlich gibt es für die verschiedenen Formen der Endometriose auch unterschiedliche Mechanismen der Entstehung. Die häufigste Lokalisation ist das Bauchfell (Peritoneum), wie in [Abbildung 1](#) zu sehen ist.

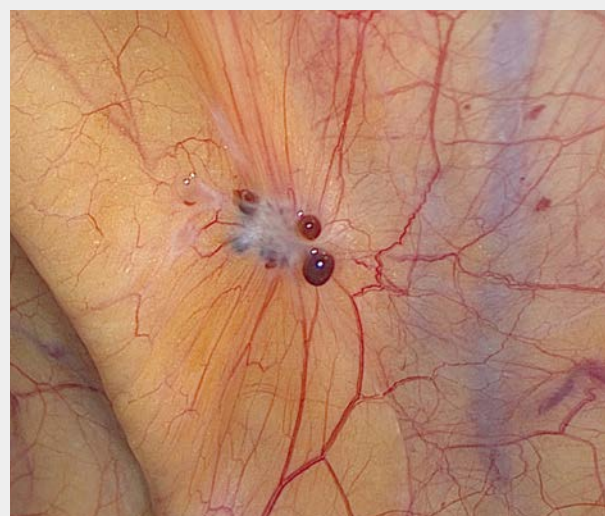
Eine der ältesten Entstehungstheorien ist die nachweisbare »retrograde Menstruation«, bei der Monatsblut während der Periode nicht nur über die Scheide nach außen, sondern auch »retrograd« über die Eileiter in den Bauchraum gelangt. Dort können sich im Bauchfell Endometrioseherde bilden (Zondervan, Becker & Missmer, 2020). Hierdurch sind nicht selten auch die Eierstöcke involviert, die mit »schokoladenartiger« Flüssigkeit gefüllte Zysten bilden.

Die Endometriose in der Gebärmutterwand (Adenomyose) entsteht wahrscheinlich durch Kontraktionen der Gebärmtermuskulatur, durch die Gebär-

ABBILDUNG 1

OPERATIONSBILD EINES »KLASSISCHEN« ENDOMETRIOSEHERDES

Man erkennt Einblutungen und Reaktionen des umliegenden Gewebes (sichtbar an dem auffälligen Gefäßverlauf in der Nähe des Endometrioseherdes)



Quelle: Eigene intraoperative Aufnahme, Einverständniserklärung liegt vor

mutterschleimhaut in die Wand gedrückt wird. Eine besondere Form ist die tief infiltrierende Endometriose (DIE – Deep Infiltrating Endometriosis), welche in Darm, Blase, Harnleiter etc. einwächst und nicht nur entsprechende Beschwerden, sondern auch Organschäden verursachen kann.

Die schmerzhafteste Periode als Hauptsymptom der Endometriose betrifft sehr häufig junge Mädchen am Beginn der Pubertät und wird multifaktoriell beeinflusst. Eine Unterscheidung zwischen »normalen« und »pathologischen« Schmerzen ist nicht einfach. Leider vergehen nicht selten viele Jahre, bis das Vorliegen einer Endometriose über eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) gesichert wird. Die Wahrscheinlichkeit, dabei Endometriose nachzuweisen, ist sehr hoch. Studien zufolge liegen die Häufigkeiten bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch bzw. mit Unterbauchschmerzen bei etwa 50 % bzw. bis zu 80 % (Van Gestel et al., 2024; American Society for Reproductive Medicine, 2012). Nimmt man die Fluoreszenz-gestützte Farbstoffmarkierung zur Unterstützung, sind diese Zahlen noch viel höher, sodass bei fast jeder Frau Endometriose gesehen werden kann (Siegenthaler et al., 2020).

Nicht bei jeder Frau, bei der Endometriose nachgewiesen wird, ist die Endometriose Ursache für ihre Beschwerden. Im Rückschluss bedeutet dies, dass ein Teil der Frauen Beschwerden hat, die nicht durch Endometriose bedingt sind, was den Behandlungserfolg erheblich beeinflusst.

Damit stellt sich die Frage, warum Endometriose bei einem Teil der Frauen Probleme verursacht, während sie bei anderen mehr oder weniger asymptomatisch bleibt. Hier scheint das Immunsystem eine ganz wesentliche Rolle zu spielen. Von den Frauen, die mit Endometriose Probleme haben, leiden signifikant bis zu 80 % häufiger unter Autoimmunerkrankungen wie Hashimoto-Thyreoiditis (Schilddrüsenentzündung), chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Rheuma etc. bis hin zur Fibromyalgie (Shiges, Harris et al., 2025; Shiges, Kvaskoff et al., 2019).

Das sind alles Erkrankungen, bei denen das Immunsystem körpereigenes Gewebe angreift. Man kann sich gut vorstellen, dass dies bei der Endometriose

ähnlich verlaufen kann – der Körper »kämpft« gegen die Endometrioseherde.

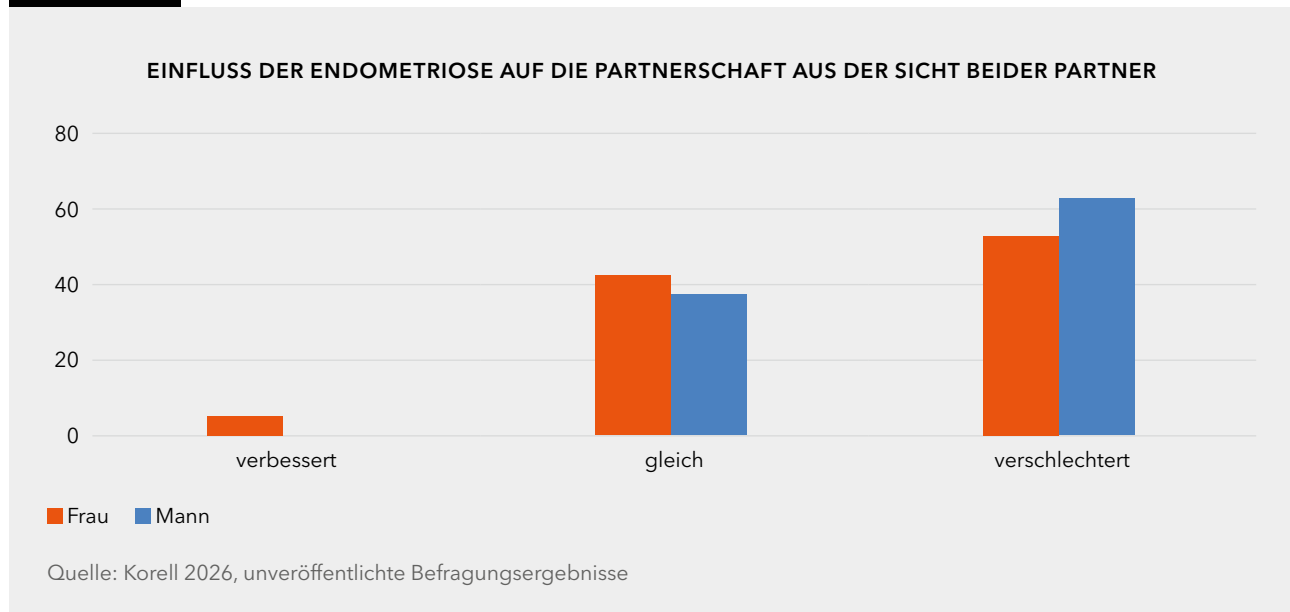
Nicht selten liegt somit bei Frauen mit Endometriose eine Mixtur aus ganz verschiedenen Beschwerden vor. Daneben gibt es Fälle, wo trotz Endometriosenachweis die klassische Behandlung durch eine Operation und/oder Hormone keine Effekte zeigt. Dies hat der Endometriose die Bezeichnung »Chamäleon« eingebracht. Daher ist es sinnvoller, individuell nach der optimalen Behandlungsstrategie zu suchen.

Gesellschaftliche Bedeutung der Endometriose

Endometriose kann mit ihren Symptomen und Einschränkungen das gesamte Leben einer Frau maximal beeinflussen und einschränken. Dies hat neben dem Einfluss auf das Privatleben eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung. Wie jede Erkrankung wirkt die Endometriose mit den Beschwerden in die Partnerschaft hinein. Hier entfaltet sie z.B. durch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder die erheblich eingeschränkten sozialen Aktivitäten häufig negative Auswirkungen auf die Beziehung, wie sich in Befragungen deutlich zeigt. Dazu kommen nicht selten noch die physischen und psychischen Nebenwirkungen der operativen und/oder hormonellen Behandlung bzw. die Belastungen durch den unerfüllten Kinderwunsch. Abbildung 2 stellt den erheblichen Einfluss der Endometriose auf die Partnerschaft aus der Sicht beider Partner dar.

Auch das Berufsleben wird durch die Endometriose erheblich beeinflusst. Untersuchungen zufolge verlieren Frauen mit Endometriose im Durchschnitt einen Arbeitstag während der Periode und erleben zusätzlich 65 % der Arbeitszeit als weniger produktiv durch die Beschwerden (Fourquet et al., 2011). Die Betroffenen verlieren hierdurch wertvolle Jahre ihrer beruflichen Karriere und nehmen signifikant seltener an Weiterbildungsmaßnahmen teil (Røssell et al., 2025). Dies schlägt sich dann auch in einem deutlich geringeren Gehalt und schlechteren Aufstiegschancen nieder (Estes et al. 2020; Sperschneider et al., 2019). Das bedeutet erhebliche Kosten für

ABBILDUNG 2



die Gesellschaft, wobei die zusätzlich erforderlichen finanziellen Aufwendungen der häufiger notwendigen Kinderwunschbehandlung noch gar nicht eingerechnet sind (Armour et al., 2019).

Gelingt es aber, die durch die Endometriose verursachten Beschwerden zu verringern, werden auch die gesellschaftlichen Kosten durch eine gestiegene Produktivität vermindert (Pokrzywinski et al., 2020). Hier muss dringend weiter angesetzt und die Situation für die betroffenen Frauen verbessert werden.

Was ist die Lösung?

Reha, Endometriosezentren ... die eine Lösung gibt es leider nicht. Wahrscheinlich ist ein Umdenken aller Beteiligten erforderlich. Weil es nicht »die eine Lösung« gibt, muss jede betroffene Frau individuell betrachtet werden. Sicher muss jeder behandelnde Arzt, jede Ärztin, mehr über Endometriose wissen und die Frauen entsprechend qualifiziert beraten. Hilfreich sind die Endometriosezentren, wobei nicht gute Werbemaßnahmen zählen, sondern die gebotene Versorgungsqualität gewährleistet sein muss.

Jede Frau mit Beschwerden durch Endometriose braucht leider viel Geduld und Durchhaltevermö-

gen. Hilfreich (aber schwierig) sind trotz aller Einschränkungen Gelassenheit und das »Offenbleiben für Neues« auf ihrem Weg mit dieser Erkrankung.

Auch die Gesellschaft muss die Problematik Endometriose in ihrer ganzen Tragweite erkennen und aktiv angehen. Hier geht die Initiative des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) in die richtige Richtung. Das BMFTR fördert die Bereiche reproduktive Gesundheit und Endometriose maßgeblich, um die Versorgung von Betroffenen durch bessere Diagnostik und neue Therapien zu verbessern. In diesem Rahmen werden deutschlandweit fünf universitätsmedizinische Zentren (u. a. in Leipzig, Ulm, Hamburg, Münster und Jena) gefördert. Dies kann den betroffenen Frauen Hoffnung geben.

Autor

Prof. Dr. med. Matthias Korell ist seit 2010 Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Johanna Etienne Krankenhaus in Neuss. Seine Schwerpunkte im Bereich der Frauenheilkunde liegen – neben der Onkologie als Leiter des Brust- und gynäkologischen Krebszentrums – in der Behandlung von Frauen mit Endometriose, Inkontinenz bzw. Senkungsbeschwerden und unerfülltem Kinderwunsch. Darüber hinaus ist er ärztlicher Psychotherapeut und Psychoonkologe.
Kontakt: m.wirtz@ak-neuss.de

Literatur

- American Society for Reproductive Medicine** (2012). Endometriosis and Infertility: A Committee Opinion. *Fertility and Sterility* 2012. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/endometriosis-and-infertility-a-committee-opinion-2012/>
- Armour, M., Lawson, K., Wood, A., Smith, C. A., & Abbott, J.** (2019). The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLOS One* 2019;14(10):e0223316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223316>
- Estes, S. J., Soliman, A. M., Yang, H., Wang, J., Freimark, J.** (2020). A Longitudinal Assessment of the Impact of Endometriosis on Patients' Salary Growth and Risk of Leaving the Workforce. *Advances in Therapy* 2020;37(5), 2144–2158. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01280-7>
- Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I.** (2011). Quantification of the Impact of Endometriosis Symptoms on Health-Related Quality of Life and Work Productivity. *Fertility and Sterility* 2011;96(1), 107–12. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>
- Pokrzywinski, R. M., Soliman, A. M., Chen, J., et al.** (2020). Achieving Clinically Meaningful Response in Endometriosis Pain Symptoms Is Associated With Improvements in Health-Related Quality of Life and Work Productivity: Analysis of 2 Phase III Clinical Trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020;222(6):592.e1-592.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1255>
- Røssell, E. L., Plana-Ripoll, O., Josiasen, M., et al.** (2025). Association Between Endometriosis and Working Life Among Danish Women. *Human Reproduction* 2025;40(3), 461–468. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae298>
- Shiges, N., Harris, H. R., Fang, H., et al.** (2025). The Phenotypic and Genetic Association Between Endometriosis and Immunological Diseases. *Human Reproduction* 2025;40(6), 1195–1209. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf062>
- Shiges, N., Kvaskoff, M., Kirtley, S., et al.** (2019). The Association Between Endometriosis and Autoimmune Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Human Reproduction Update*. 2019;25(4), 486–503. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz014>
- Siegenthaler, F., Knabben, L., Mohr, S., Nirgianakis, K., Imboden, S., & Mueller, M. D.** (2020). Visualization of endometriosis with laparoscopy and near-infrared optics with indocyanine green. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 May;99(5):591–597. doi: 10.1111/aogs.13803. Epub 2020 Jan 28. PMID: 31943126.
- Sperschneider, M. L., Hengartner, M. P., Kohl-Schwartz, A., et al.** (2019). Does Endometriosis Affect Professional Life? A Matched Case-Control Study in Switzerland, Germany and Austria. *BMJ Open* 2019;9(1):e019570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019570>
- Van Gestel, H., Bafort, C., Meuleman, C., Tomassetti, C., & Vanhie, A.** (2024). The prevalence of endometriosis in unexplained infertility: a systematic review. *Reprod Biomed Online* 2024 Sep;49(3):103848. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.103848>. Epub 2024 Feb 2. Erratum in: *Reprod Biomed Online*. 2025 Nov;51(5):105276. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2025.105276>. PMID: 38943813
- Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A.** (2020). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine* 2020;382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>

Zitierweise

Korell, M. (2026). Endometriose als gesundheitliches und gesellschaftliches Problem. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 31–34. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_endometriose

Der Kaiserschnitt. Eine Bewertung aus Perspektive der Geburtshilfe

Markus Schmidt

Die Kaiserschnittraten in Deutschland sind seit 1991 stetig angestiegen. Dieser Beitrag erörtert unter anderem, wann ein Kaiserschnitt sinnvoll ist und welche Risiken und Vorteile mit ihm verbunden sind.

Ein Kaiserschnitt ist eine Operation, bei der ein Baby durch einen Schnitt im Bauch der Mutter geboren wird. Heute ist er weltweit die häufigste Operation bei Frauen, und er wird immer öfter durchgeführt.

Früher war ein Kaiserschnitt mit größeren Risiken verbunden. Heutzutage gilt er als ein sicheres Verfahren. Trotzdem weiß man inzwischen mehr über mögliche kurz- und langfristige Auswirkungen für Mutter und Kind. Deshalb sind viele werdende Eltern unsicher, ob eine natürliche Geburt oder ein Kaiserschnitt in ihrem Fall besser ist.

Ärztinnen, Ärzte und Hebammen stehen vor der Aufgabe, jede Schwangere individuell zu beraten und gut zu informieren. Dabei helfen aktuelle medizinische Leitlinien, die das vorhandene Wissen zusammenfassen.

Dieser Beitrag erklärt unter anderem:

- wann ein Kaiserschnitt sinnvoll ist,
- wie er durchgeführt wird,
- welche Risiken und Vorteile es gibt,

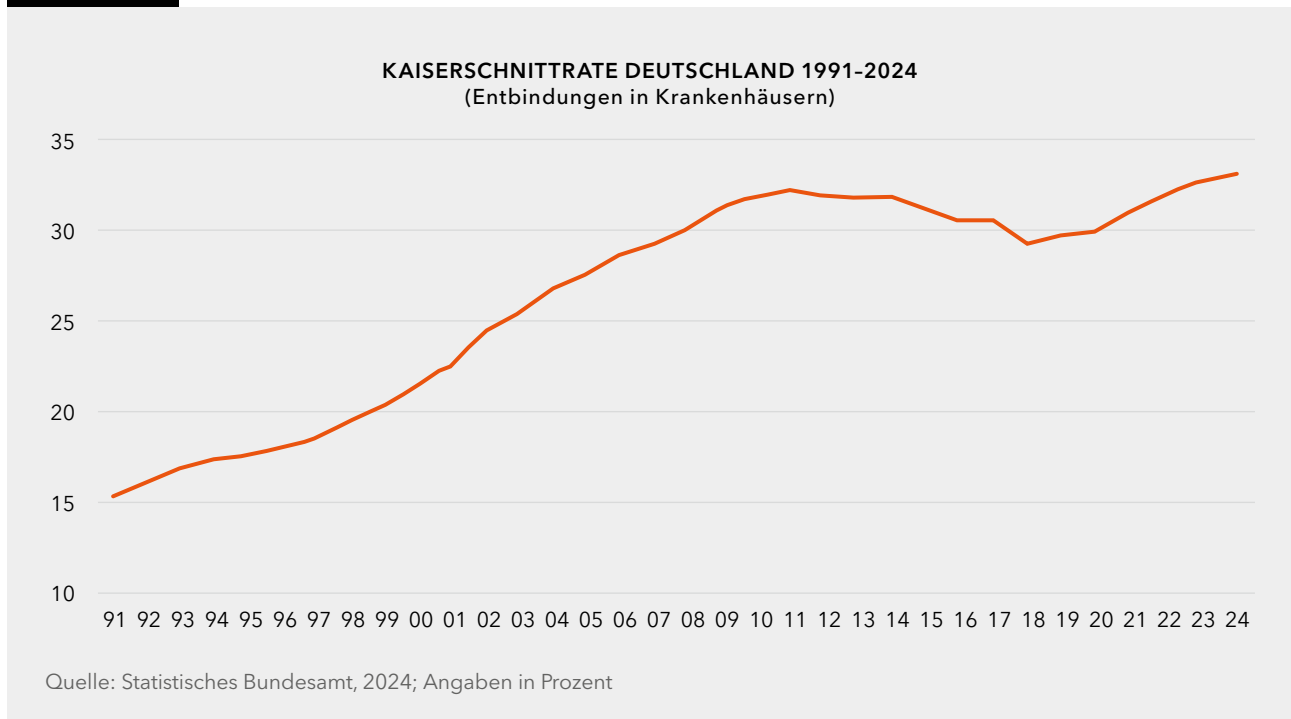
- was bei späteren Schwangerschaften nach einem Kaiserschnitt zu beachten ist.¹

Wichtig ist: Es gibt keine feste »ideale« Kaiserschnitt-Rate. Früher empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass etwa 10 bis 15% der Geburten per Kaiserschnitt erfolgen sollten (WHO, 2015). Da jedoch keine zuverlässigen Aussagen über eine optimale Sectio-Rate getroffen werden können, wurde diese Grenze in der Zwischenzeit revidiert (ebd.).

Stattdessen gilt: Die beste Entscheidung hängt immer von der individuellen Situation der Frau, den medizinischen Voraussetzungen und den vorhandenen Möglichkeiten vor Ort ab. Ziel ist es, gemeinsam mit den Eltern die für sie passende und sichere Entscheidung zu treffen.

1 Quelle aller Daten und Angaben im Text ist, soweit nicht anders angegeben, die Leitlinie »Sectio caesarea« der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084>

ABBILDUNG 1



Epidemiologie

Seit den 1990er-Jahren werden in vielen wohlhabenden Ländern immer mehr Kinder per Kaiserschnitt geboren – etwa doppelt so viele wie früher. Auch weltweit nimmt die Zahl zu. Fachleute sehen das kritisch, vor allem, wenn der Eingriff ohne medizinischen Grund erfolgt. Die WHO empfiehlt daher, unnötige Kaiserschnitte zu vermeiden.

In Deutschland lag die Kaiserschnitttrate 2012 bei etwa 32 %. Danach ist sie zunächst etwas gesunken (bis 2018 auf rund 29 %), steigt aber seitdem wieder an und lag 2024 bei etwa 33 % (siehe Abbildung 1).

Auffällig ist, dass es große regionale Unterschiede gibt: In Deutschland werden in manchen Bundesländern deutlich mehr Kaiserschnitte durchgeführt als in anderen. Insgesamt gibt es ein Gefälle zwischen Ost und West (siehe Abbildung 2).

Auch innerhalb Europas gibt es große Unterschiede: In Nordeuropa (z.B. Schweden oder Finnland) sind Kaiserschnitte seltener (etwa 15 bis 20 %). In Südeuropa und einigen osteuropäischen Ländern

sind sie deutlich häufiger (oft über 40 %, in der Türkei sogar etwa 60 %).

Gründe für einen Kaiserschnitt

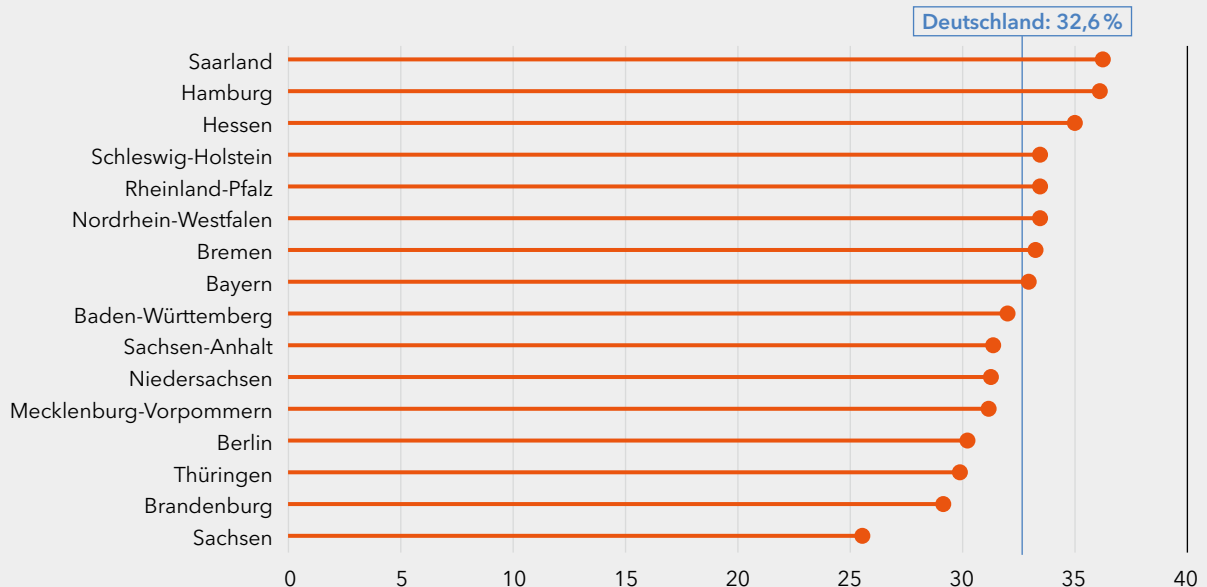
In seltenen Fällen (weniger als 10 %) ist ein Kaiserschnitt unbedingt erforderlich, dies gilt z.B. in folgenden Fällen:

- das Baby liegt quer,
- es besteht eine akute Gefahr für Mutter oder Kind,
- der Mutterkuchen liegt vor dem Muttermund (Plazenta praevia),
- es kommt zu einer vorzeitigen Ablösung der Plazenta,
- die Gebärmutter droht zu reißen.

In diesen Fällen geht es um Sicherheit für Mutter und Kind und ein Kaiserschnitt ist alternativlos. In etwa 90 % der Fälle gibt es aber keinen zwingenden Grund für einen Kaiserschnitt. Hier gilt es, Vor- und Nachteile von vaginaler Geburt und Kaiserschnitt mit den werdenden Eltern ergebnisoffen zu bespre-

ABBILDUNG 2

KRANKENHAUS-ENTBINDUNGEN DURCH KAISERSCHNITT 2023 nach Bundesländern, Anteil an allen Entbindungen in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

chen und eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen.²

Es gibt viele mögliche Gründe für einen Kaiserschnitt – aber nicht jede Situation erfordert ihn automatisch. Manche Gründe sind bereits vorzeitig absehbar, andere (wie z. B. auffällige kindliche Herz-töne oder ein fehlender Geburtsfortschritt) ergeben sich im Verlauf einer eigentlich vaginal geplanten Geburt.

Häufige Gründe für einen geplanten Kaiserschnitt sind:

Zustand nach Kaiserschnitt

Ein Zustand nach Kaiserschnitt stellt mittlerweile den häufigsten Grund für einen erneuten Kaiser-

schnitt dar. Werdende Mütter, die den Versuch einer vaginalen Geburt nach Sectio wünschen, haben eine Erfolgsrate einer vaginalen Geburt von ca. 75%.³ Dennoch birgt ein Zustand nach Sectio gewisse Risiken, sodass diese Frauen unter der Geburt engmaschig überwacht werden und vor allem in einer Klinik entbinden sollten, in der die Durchführung eines Kaiserschnitts jederzeit schnell möglich ist und Kinderärzte jederzeit das Neugeborene versorgen können.

Beckenendlage (Kind liegt »falsch herum«)

Eine Beckenendlage kommt bei etwa 4% der Schwangerschaften vor, derzeit werden in Deutschland über 90% der Kinder in Beckenendlage per Kaiserschnitt geboren. Dennoch kann in erfahrenen

2 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; S3-Leitlinie Nr. 015-084: Die Sectio caesarea. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084>

3 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; S3-Leitlinie Nr. 015-083: Vaginale Geburt am Termin. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf

Kliniken eine vaginale Geburt möglich und sicher sein. Beide Geburtswege sind also prinzipiell möglich – die Entscheidung sollte individuell und gut beraten getroffen werden (siehe Fußnote 1).

Wachstumsverzögerung des Kindes

Eine Wachstumsverzögerung des Kindes bedeutet nicht unbedingt, dass ein Kaiserschnitt erfolgen muss. Die Entscheidung hängt von vielen Faktoren ab (z. B. Durchblutung, Schwangerschaftswoche, Zustand des Babys), die mit der betreuenden Ärztin/ dem Arzt besprochen werden sollten.⁴

Mehrlinge (Zwillinge, Drillinge)

Etwa 60% der Zwillinge werden per Kaiserschnitt geboren. Dennoch ist ein Kaiserschnitt nicht immer notwendig, wenn die Situation günstig ist. Lediglich Zwillinge, die sich in einem Fruchtsack befinden, sollten grundsätzlich per Kaiserschnitt zur Welt kommen.⁵ Höhergradige Mehrlinge sollten ebenfalls per Kaiserschnitt entbunden werden.

Frühgeburt

Auch Frühgeburten, die sich in Schädellage befinden, profitieren wahrscheinlich nicht von einem Kaiserschnitt.⁶

Plazenta praevia (zu tief sitzende Plazenta)

Wenn die Plazenta den Geburtsweg blockiert, ist ein Kaiserschnitt notwendig. Dabei besteht ein höheres Blutungsrisiko, daher erfolgt die Geburt in spezialisierten Kliniken (siehe Fußnote 1).

4 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; S2k-Leitlinie Nr. 015/080: Fetale Wachstumsrestriktion. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-080>

5 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; S2e-Leitlinie Nr. 015-087 S24: Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-087l_S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingsschwangerschaften_2020-05.pdf

6 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; S2k-Leitlinie Nr. 015-025: Prävention und Therapie der Frühgeburt.

Infektionen der Mutter

Bei manchen Infektionen wie einer HIV-Infektion mit einer hohen Viruslast sowie einer frischen Herpes-Infektion wird ein Kaiserschnitt empfohlen (siehe Fußnote 1).

Wunsch-Kaiserschnitt

Manche Frauen wünschen sich einen Kaiserschnitt ohne medizinischen Grund. Häufigster Grund ist Angst vor der Geburt. Die Gründe sollten in Ruhe besprochen werden, Risiken und Vorteile beider Geburtsarten erklärt werden. Wenn der Wunsch bestehen bleibt, wird er in der Regel respektiert (siehe Fußnote 1).

Wichtig sind immer eine gute Aufklärung und eine gemeinsame Entscheidung zwischen Frau und medizinischem Team. Ärztinnen, Ärzte und Hebammen sollten daher schon früh in der Schwangerschaft mit der Frau über beide Geburtsarten, mögliche Risiken, aber auch über persönliche Wünsche und Ängste sprechen. Wichtig ist auch die Aufklärung darüber, dass spätere Schwangerschaften durch einen Kaiserschnitt beeinflusst werden können.

Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts gegenüber der vaginalen Geburt

Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind nicht immer eindeutig, aber einige Tendenzen sind erkennbar:

Akute Folgen für die Mutter

Bei geplanter vaginaler Geburt:

- insgesamt weniger schwere Komplikationen
- seltener große Operationen oder Entfernungen der Gebärmutter
- geringeres Risiko für Thrombosen
- höhere Wahrscheinlichkeit für Beckenbodenprobleme

Bei Kaiserschnitt:

- höhere Wahrscheinlichkeit für Komplikationen wie Infektionen oder Blutverlust
- längerer Krankenhausaufenthalt
- stärkere Schmerzen direkt nach der Geburt

Akute Folgen für das Kind

Bei geplanter vaginaler Geburt besteht ein etwas höheres Risiko akuter Probleme während der Geburt; beim Kaiserschnitt belegen manche Studien etwas häufiger Probleme wie z. B. Atemanpassungsstörungen.

Langzeitfolgen für die Mutter nach einem Kaiserschnitt

Es besteht ein etwas höheres Risiko bei späteren Schwangerschaften, z. B.:

- sekundäre Sterilität
- Fehllage der Plazenta mit Überdeckung des inneren Muttermunds (Placenta prævia)
- Einwachsen der Plazenta in die Muskulatur (Placenta-accreta-Spektrum)
- selten: Gebärmutterriss bei späterer Geburt

Gleichzeitig kommt es seltener zu Beckenbodenschäden (z. B. Harninkontinenz)

Langzeitfolgen für das Kind nach Kaiserschnitt

Es besteht möglicherweise ein leicht erhöhtes Risiko von Übergewicht, Asthma und bestimmten Stoffwechselerkrankungen.

Durchführung der Sectio

Wenn ein Kaiserschnitt geplant ist und kein medizinischer Grund für eine frühere Geburt vorliegt, sollte er möglichst erst ab der 39. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Der Grund: Babys, die früher per Kaiserschnitt geboren werden, haben häufiger Anpassungsprobleme – vor allem mit der Atmung – und müssen öfter auf die Intensivstation. Ab der 39. Woche ist dieses Risiko am geringsten. Für die Mutter entstehen durch das Abwarten in der Regel keine zusätzlichen Nachteile.

Wie wird die Dringlichkeit eines Kaiserschnitts eingeschätzt?

Ärztinnen, Ärzte und Hebammen nutzen ein einheitliches System mit vier Stufen, um festzulegen, wie schnell ein Kaiserschnitt durchgeführt werden muss:

Akuter Notfall

Es besteht eine unmittelbare Lebensgefahr für Mutter oder Kind → der Kaiserschnitt muss sofort erfolgen.

Dringende Situation

Es geht Mutter oder Kind nicht gut, aber es besteht noch keine akute Lebensgefahr → die Geburt sollte zeitnah beendet werden.

Schnelle Entbindung notwendig, aber keine akute Gefährdung

Zum Beispiel, wenn die Geburt nicht voranschreitet → ein Kaiserschnitt wird bald durchgeführt.

Keine medizinische Dringlichkeit

Ein geplanter Kaiserschnitt ohne akuten Grund → der Zeitpunkt kann frei geplant werden.

Dieses System hilft dem medizinischen Team, klar und schnell zu entscheiden und gut zusammenzuarbeiten. Bei einem akuten Notfall (Stufe 1) sollte das Baby möglichst innerhalb von etwa 20 Minuten nach der Entscheidung geboren werden. Studien zeigen: Eine schnelle Reaktion kann die Gesundheit des Kindes verbessern (siehe Fußnote 1). Auch wenn Schnelligkeit im Notfall entscheidend ist, wird immer sorgfältig abgewogen. In manchen Situationen kann ein überstürztes Vorgehen auch Nachteile haben. Deshalb wird immer der Zustand von Mutter und Kind individuell berücksichtigt, bevor entschieden wird.

Was passiert bei einem Kaiserschnitt?

Prinzipiell sind zwei Narkoseformen möglich: Bei den am häufigsten eingesetzten **Regionalanästhesie-Verfahren** bleibt die Mutter wach, spürt aber keinen Schmerz im Unterkörper. Darunter zählt die **Spinalanästhesie**, die häufigste Methode beim geplanten Kaiserschnitt. Sie wirkt schnell und zuverlässig. Die **Periduralanästhesie (PDA)** wird oft schon unter der Geburt gelegt und kann für den Kaiserschnitt verstärkt werden. Vorteile der regionalen Narkoseverfahren sind, dass die Mutter wach ist, ein direkter Hautkontakt zum Baby möglich ist und die regionale Narkose insgesamt weniger Risiken als eine Vollnarkose hat.

Bei der **Vollnarkose (Allgemeinanästhesie)** schläft die Mutter während der Operation. Eine Vollnarkose wird dann eingesetzt, wenn es sehr schnell gehen muss, eine Regionalanästhesie nicht möglich ist oder nicht ausreichend wirkt. Nachteile sind, dass die Mutter die Geburt nicht bewusst erlebt und das Baby kurzfristig durch die Medikamente beeinflusst sein kann.

Bei einem Kaiserschnitt mit örtlicher Betäubung (z.B. Spinalanästhesie) wird meist ein Blasenkatheter gelegt. Das liegt daran, dass die Blase vorübergehend nicht richtig arbeitet. Der Katheter hilft, Komplikationen zu vermeiden, und wird später wieder entfernt. Vor dem Hautschnitt erhält die Patientin in der Regel ein Antibiotikum. Das schützt vor Infektionen nach der Operation.

Meist wird ein waagerechter Schnitt im Unterbauch gemacht (Bikini-Schnitt). Dieser verursacht weniger Schmerzen und heilt meist schöner als ein Längsschnitt. Bei der Eröffnung der Gewebsschichten arbeiten die Ärztinnen und Ärzte möglichst schonend und oft »stumpf« (mit den Fingern statt scharfem Schneiden), um Gewebe zu schonen. Die Bauchmuskeln werden nicht durchgeschnitten, sondern zur Seite geschoben. Die Blase wird normalerweise nicht extra freigelegt, da das keinen Vorteil bringt und eher Beschwerden verursachen kann.

Die Gebärmutter wird in der Regel quer im unteren Bereich geöffnet. Das ist sicherer für spätere Schwangerschaften. Das Baby wird möglichst sanft und zügig entbunden. In sehr seltenen Fällen kann es zu kleinen, meist harmlosen Schnittverletzungen beim Baby kommen. Bei schwierigen Situationen gibt es verschiedene Techniken, um das Baby sicher zu holen.

Nach der Geburt des Babys wird es abgenabelt. Wenn möglich, wird die Nabelschnur erst nach 30 bis 60 Sekunden durchtrennt. Durch diese sogenannte »Spätabnabelung« erhält das Baby noch Blut aus der Plazenta. Die Plazenta wird meist durch Zug an der Nabelschnur geboren – nicht per Hand gelöst, da das schonender ist. Die Gebärmutter, die Muskelhülle und die Haut werden sorgfältig genäht. Da dies mit sich auflösenden Fäden geschieht, muss

typischerweise kein Faden im späteren Verlauf gezogen werden.

Nach dem Kaiserschnitt

Nach einem Kaiserschnitt wird die Schmerztherapie früh geplant und individuell angepasst. Ziel ist, dass die Schmerzen gut kontrolliert sind und die Frau sich schnell erholen kann. Frauen sollen vor der Operation darüber informiert werden, wie die Schmerzbehandlung ablaufen kann. Es werden verschiedene Medikamente kombiniert, damit starke Schmerzen möglichst vermieden werden. Dazu gehören: Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Paracetamol, aber auch stärkere Schmerzmittel (Opiode). Insgesamt gilt: Eine gute Schmerzbehandlung ist sicher – auch beim Stillen.

Überwachung nach der Operation

Nach einem Kaiserschnitt werden Mutter und Kind eng überwacht, besonders in den ersten Stunden. Dabei werden Blutdruck, Puls, Atmung und Sauerstoff kontrolliert sowie der Allgemeinzustand. Wichtig ist, dass eine gute Überwachung Komplikationen früh erkennt. Nur wenn es Mutter und Kind stabil gut geht, erfolgt die Verlegung auf die normale Station.

Vorbeugung von Komplikationen

Nach einem Kaiserschnitt gibt es ein erhöhtes Risiko für Blutgerinnsel (Thrombosen). Daher ist frühe Bewegung sehr wichtig. Je nach Risiko kann zusätzlich ein blutverdünnendes Medikament gegeben werden. Auch die Körpertemperatur und die Wunde werden regelmäßig kontrolliert, um Infektionen früh zu erkennen.

Gezielte Unterstützung wie Atemübungen, Beckenbodentraining, Bauchmuskeltraining und Anleitungen für rückschonendes Heben, Tragen und Bewegen helfen, Schmerzen zu reduzieren und den Körper wieder zu stabilisieren.

Versorgung des Neugeborenen

Bei einem Kaiserschnitt sollte immer jemand anwesend sein, der das Neugeborene im Notfall versorgen kann. Babys können nach einem Kaiserschnitt eher zu niedriger Körpertemperatur neigen und

werden deshalb warm gehalten. Frühzeitiger Hautkontakt (»Bonding«) ist sehr wichtig und sollte – wenn möglich – direkt im OP stattfinden.

Das erste Stillen des Kindes kann häufig bereits im OP-Saal erfolgen. Nach einem Kaiserschnitt kann der Milcheinschuss etwas verspätet erfolgen; hier ist es wichtig, das Kind frühzeitig und regelmäßig anzulegen. Unterstützung beim Anlegen ist besonders wichtig. Wenn das Stillen nicht sofort funktioniert, kann die Milchbildung durch Abpumpen angeregt werden. Auch nach einer Vollnarkose kann gestillt werden, sobald die Mutter wach und stabil ist.

Autor

Prof. Dr. Markus Schmidt, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Sana-Kliniken Duisburg. Arbeitsschwerpunkte: Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Er ist Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG und Mitglied und Koordinator zahlreicher Leitlinien, unter anderem Koordination Leitlinie Sectio caesarea (AWMF 015-04). Kontakt: markus.schmidt@sana.de

Literatur

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). *Kaiserschnitt-rate in Deutschland 1991–2024* [Datensatz/Grafik]. <https://www.destatis.de/>

WHO (2015). WHO Statement on caesarean section rates: World Health Organization Human Reproduction Programme, 10. April 2015 (2015). *Reproductive Health Matters*, 23(45), 149–150. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.07.007>

Zitierweise

Schmidt, M. (2026). Der Kaiserschnitt. Eine Bewertung aus Perspektive der Geburtshilfe. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 35–41. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_kaiserschnitt

Der Beckenboden nach der Geburt: Probleme nicht verschweigen, sondern behandeln!

Rainer Lange

Nach Schwangerschaft und Geburt leidet jede vierte Wöchnerin an einer Blasenschwäche und/oder an Senkungsbeschwerden. Unbehandelt, verstärken sich diese Symptome. Neue Studien zeigen, dass das nicht sein muss: Eine Behandlung ist einfach und meist erfolgreich.

Wohl jede werdende Mutter, die zur Schwangerschaftsvorsorge geht, hat eine zentrale Frage: »Geht es meinem Kind gut, wird mein Kind gesund zur Welt kommen?« Ihre eigene Gesundheit, ihr Wunsch, unversehrt Schwangerschaft und Geburt zu überstehen, steht demgegenüber oft im Hintergrund. Aber wie viele Frauen überstehen völlig unbeschadet Schwangerschaft und Geburt? Eine Forschungsgruppe der Universität von Sydney ist dieser Frage nachgegangen (Cadwell-Hall et al., 2018). Tatsächlich ist es weniger als die Hälfte der Frauen, die nach der Entbindung ihres Kindes ohne Beschwerden geblieben sind. Die häufigsten bleibenden Probleme betreffen den Beckenboden, der durch Schwangerschaft und Entbindung extrem belastet wird.

Dem primären Wunsch der werdenden Mutter, ihr Kind gesund zur Welt zu bringen, ist die Geburtsmedizin nachgekommen. Die Sterblichkeit der Kinder unter der Geburt ist in den letzten 70 Jahren um

einen Faktor Sieben gefallen¹ – ein fantastisches Ergebnis, das Deutschland in die Reihe der Top Ten in der Geburtsmedizin gebracht hat. Erzielt wurde der Erfolg durch eine intensive Mutterschaftsvorsorge. Der Mutterpass ist von einer Seite im Jahr 1975 auf acht Seiten im Jahr 2025 angewachsen. Auf der zweiten Seite im Mutterpass von 1975 (Untersuchung nach der Schwangerschaft) wurde die Nachsorgeuntersuchung eingetragen; hier fand sich ein kleines Kästchen »Untersuchungsbefund unauffällig«. Schlägt man die achte Seite des heutigen Mutterpasses auf, findet sich auch hier der Eintrag für die Nachuntersuchung (siehe Abbildung 1).

Es wird gefragt, ob die Vorsorgeuntersuchungen des Kindes durchgeführt wurden und ob die Mutter stillt, abgestillt oder nicht gestillt hat. Und dann, wie

1 <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S10-Saeuglingssterblichkeit-ab-1872.html>

ABBILDUNG 1

MUTTERPASS 1976 UND 2025

Abschluß-Untersuchung/Epikrise

Geburtsjahr 19 64 allein stehend ☒ Nationalität 1

Schwangerschaften (mit dieser) 01 Geburten (mit dieser) 01 Erst-Untersuchung in SSW 09

Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen 14 vor Entbindung in Klinik vorgestellt ☒ stat. Aufenthalt ante partum in Wochen 0

Nach Katalog A/B (Seite 5 und 6) dokumentierte wichtigste Risikofaktoren 45 52 0 0 0

Datum 06.10.72 SSW 40 extern entbunden ☒

1. Kind 2. Kind (Zwilling)

Lebendgeburt ☒ nein ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

Geschlecht ☒ m ☒ w ☒ m ☒ w

Geburtsmodus ☒ S vag. Op. ☒ sp S vag. Op. ☒ SL BEL OL ☒ SL BEL OL

Kindsgröße 32 40 9 32 40 9

Gewicht 3 3 cm 3 3 cm

Appar-Zahl 5/10' 9 10 10 9 10 10

pH-Wert (Nabelarterie) 7.4 7.6 7.6 7.4 7.6 7.6

auffällige Fehlbildung ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

Besonderheiten 0 0 0 0 0 0

Wochenbett normal ☒ nein ☒ gyn. Befund normal ☒ nein ☒ ja ☒ nein

Hb 10.1 RR 100 1 60

Anti-D-Prophylaxe ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

Besonderheiten (s. a. S. 12)

Blutgruppe und Untergruppen (nur bei Rh-neg.-Mutter; kein Ausweis) direkter Coombstest

1. Kind 2. Kind (Zwilling)

A B O AB A B O AB

Rh-pos. Rh-neg. Rh-pos. Rh-neg.

neg. pos. neg. pos.

Kind unauffällig entl. am 11.10.72 09 2

Kind verlegt am 11.10.72 09 2

Kind verstorben am 11.10.72 09 2

Deutsch
italienisch
spanisch
griechisch
jugoslawisch
russisch
sonstige

Krankenhaus St. Marienwörth
Gyn. Geburtsklinik
Kath.

Datum der Entlassungsuntersuchung 11.10.72 Unterschrift/Stempel 11.10.72

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynäkol. Befund unauffällig ☒ ja ☒ nein Hb 10.1 g %

RR 100 1 60

Urin 2 pos. 0 pos. Sediment o.B.

Besonderheiten _____

Mutter stillt ☒ hat nicht gestillt ☒ hat abgestillt ☒

2. Untersuchung nach Entbindung (s. a. S. 12)

Kind: U 3 durchgeführt ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

lebt und ist gesund ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

ist it. U 3 behandlungsbedürftig ☒ ja ☒ nein ☒ ja ☒ nein

ist verstorben am 11.10.72 09 2

Untersuchungsdatum _____ Unterschrift/Stempel _____

Quelle: privat

vor 50 Jahren, ein kleines Kästchen: »gynäkologischer Status normal«. Den körperlichen Bereich, der bei jeder vierten Wöchnerin so alteriert wird, dass er nicht mehr funktioniert, untersuchen die Gynäkologinnen und Gynäkologen von heute genauso wie vor 50 Jahren. Hier scheint die Zeit stehen geblieben zu sein. Jede vierte junge Mutter hat massive Beschwerden mit dem Beckenboden, durch Harninkontinenz oder Senkung; sie hat das Gefühl, dass »untenrum alles offen ist« (Lenzen-Schulte, 2022), und/oder verliert bei Belastung Urin, etwa beim Joggen. Den betroffenen jungen Müttern von heute, die gewohnt sind, intensiv Sport zu treiben, ist dann ein großer Teil der Lebensqualität genommen worden. Das mag früher, bei einer klassischen Rollenverteilung zur Zeit der drei »K«: Kinder, Küche, Kirche, anders gewesen sein. Aber die Zeiten haben sich geändert. Diese Frauen sind aus meiner Erfahrung sehr verzweifelt, und ihr Selbstwertgefühl hat darunter enorm gelitten.

Dabei hätten wir heute die Möglichkeiten, Defekte am Beckenboden frühzeitig zu erkennen und mit einfachen Mitteln erfolgreich zu behandeln. Stattdessen kommt ein weiteres Dilemma dazu: Ende der 1960er-Jahre wurde die konservative Behandlung, d.h. medikamentöse und physikalische Maßnahmen, aus der gynäkologischen Facharztweiterbildung herausgenommen, denn diese fand ausschließlich in Krankenhäusern statt, die nicht ambulant behandeln durften. Es vollzog sich so eine unheilvolle Trennung von Klinik und Praxis in Deutschland. So sprechen die jungen Mütter bis heute ihre Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fragen an, die diese in der Regel nicht fachkundig beantworten können. Hier haben sich alte Vorurteile wie beispielsweise die folgenden hartnäckig gehalten:

- »Inkontinenz ist bei Frauen halt normal.«
- »Warten Sie zu, das geht wieder weg.«

- »Machen Sie noch intensiver Beckenbodengymnastik.«
- »Wenn das alles nicht hilft, kann man das später genauso gut operieren.«

Dies sind alles antiquierte, falsche Vorstellungen oder einfach: Fake News.

Diskussion bestehender Vorurteile

Ist Inkontinenz bei Frauen normal?

Inkontinenz bei Frauen ist nicht normal. 80 % der Frauen haben keine Blasenschwäche und den Betroffenen ist nun ein großer Teil der Lebensqualität genommen, während man sie einfach behandeln könnte.

Geht Harninkontinenz wieder weg?

Jede dritte Erstgebärende und jede zweite Mehrgebärende ist in der Schwangerschaft inkontinent. Nach der Geburt sind es nur noch etwa 20 %. Die Inkontinenz in der Schwangerschaft bildet sich also häufig zurück, nach der Geburt jedoch nicht mehr. Das haben große epidemiologische Studien aus Skandinavien und den Niederlanden gezeigt (Hannestad et al., 2000). Die Blasenschwäche nach der Geburt nimmt nicht ab, sondern zu. Hinzu kommt die Tatsache, dass die häufigste Form der Inkontinenz nach der Geburt die sogenannte Belastungsinkontinenz ist. Wenn eine Frau sich nun keiner Belastung mehr aussetzt, nicht mehr joggt, nicht mehr aufs Trampolin geht, spürt sie die Inkontinenz auch nicht mehr. Sie darf allerdings auch zukünftig nicht mehr belasten.

Kann Beckenbodengymnastik nach der Geburt helfen?

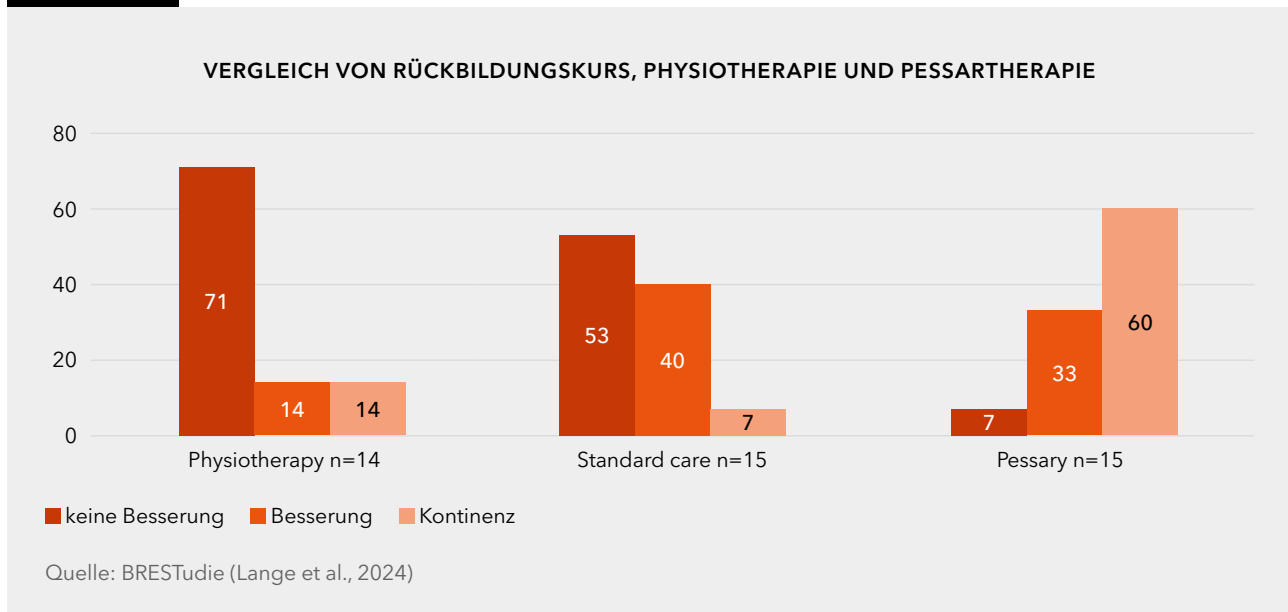
Beckenbodengymnastik ist eine gute Behandlungsmethode der Blasenschwäche. Deshalb wird sie in den Rückbildungskursen für Wöchnerinnen angeboten. Aber in den ersten sechs Monaten nach der Geburt helfen Kontraktionsübungen der Beckenbodenmuskulatur leider wenig. Das haben Wissenschaftler der Universität Oslo bereits vor zwölf Jahren festgestellt (Hilde et al., 2013). Wie ist dieser Widerspruch zu erklären?

Der Blasenverschluss der Frau ist ein komplexes Gebilde. Der Schließmuskel der Harnröhre hält die Blase bei niedrigem Drücken dicht; bei höherer Belastung wie beim Joggen und Springen greift ein zweiter Mechanismus: Die Harnröhre liegt auf einem Band, über das sie bei Belastung abgedrückt wird. Dieses Band gehört aber zum sogenannten »Hiatus«, d. h. zu der Öffnung, durch die die Kinder sich hindurchzwängen müssen. Und diese Muskeln und Bänder des Beckenbodens werden um das Zweieinhalb- bis Dreifache gedehnt (Ashton-Miller & Delancey, 2009). So ist es nicht verwunderlich, dass dieses Band häufig nach der Geburt so schlaff ist, dass es für die Harnröhre kein Widerlager mehr bildet. Durch eine stärkere Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur kann das teilweise kompensiert werden, aber eben meistens nicht, wenn das Band frisch überdehnt, teilweise sogar eingerissen ist. Mit frisch überdehnten Bändern Kraftübungen zu machen, ergibt wenig Sinn. Wenn man sich das Fußgelenk verstaucht hat, schickt einen der Orthopäde oder die Orthopädin nicht auf das Laufband, sondern stellt es ruhig durch Verband, Gips oder Schienung. In den Wöchnerinnenkursen werden aber nach wie vor Kontraktionsübungen in diesen Fällen angeboten, d. h., auf die frisch überdehnten Bänder wird ein zusätzlicher Zug ausgeübt. Später, wenn sich die Bänder wieder gefestigt haben, ist Beckenbodengymnastik natürlich wieder sehr hilfreich.

Kann man nicht einfach später operieren?

Leider nein. Um die Blase dicht zu halten, bedarf es nicht nur einer funktionierenden Mechanik, sondern auch einer entsprechenden Steuerung. Wir kommen alle mit einer Reflexblase auf die Welt und brauchen deshalb Windeln. Reflexblase heißt, die Blase ist vollkommen autonom; wenn sie voll ist oder bei Kältereiz (Windeln öffnen) entleert sie sich spontan. Etwa im Alter von drei Jahren lernen wir, die Blase unter Kontrolle zu bekommen, obwohl es keine direkte Verbindung vom Gehirn zur Blase gibt. Trotzdem schaffen wir es. Außer uns können das nur noch Hund und Katze. Schimpansen, die wesentlich klüger als Hunde sind, könnte man nur schwer als Haustiere halten, weil sie überall ihre Spuren hinterlassen würden. Nachdem wir gelernt haben, unsere Blase zu kontrollieren, lernen wir ein bis zwei Jahre später Radfahren und noch später Schreiben.

ABBILDUNG 2



Aber wir können das nicht alle gleich gut. Manche Schriftbilder sind exzellent, andere kaum lesbar. Wir weisen hier alle unterschiedliche Fertigkeiten und Anlagen auf. Und so verhält es sich auch mit der Blase. Die mechanische Blasenschwäche, die Belastungsinkontinenz, hat meist zur Folge, dass die entsprechende Steuerung mit der Zeit auch nicht mehr richtig funktioniert (Minassian et al., 2018). Niederländische Wissenschaftler konnten zeigen, dass die Hälfte der Frauen, die nach der Entbindung eine Belastungsinkontinenz haben, bereits eine Reizblase aufwiesen (Moosdorff-Steinhauser et al., 2021). Und diese wird mit der Zeit immer stärker und beeinflusst signifikant das Ergebnis einer Inkontinenzoperation (Kulseng-Hanssen et al., 2007). Einfach, d.h. ohne konservative Therapie; Abzuwarten ist also keine sinnvolle Option.

Beckenbodengymnastik ist erwiesenermaßen sehr sinnvoll vor der Geburt. Mit einem kräftigen Beckenboden ist das Risiko, eine Harninkontinenz zu bekommen, deutlich geringer. Und dass später die Physiotherapie eine sinnvolle Therapie der Blasenschwäche ist, ist durch Dutzende wissenschaftliche Studien belegt (siehe z.B. die Auswertung von 31 randomisierten Studien mit 1817 Frauen bei Dumoulin et al., 2018). Nur in den ersten Monaten nach der Geburt gibt es Besseres.

Ergebnisse der BRESTudie

In einer prospektiven Studie, an der 12 niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen aus Rheinland-Pfalz und Hessen teilnahmen, wurde zusammen mit dem Beckenbodenzentrum Rheinhessen und der Universitätsklinik für Frauenheilkunde (UFK) Wien eine Studie zur Behandlung der Harninkontinenz nach der Geburt durchgeführt (Lange et al., 2024). Hierbei wurden über 500 Wöchnerinnen befragt, ob sie vor, während der Schwangerschaft oder nach der Geburt inkontinent waren und ob sie eine Therapie wollten. Es zeigte sich, dass jede fünfte junge Mutter eine Blasenschwäche hatte, aber nur etwa jede zehnte wollte eine Therapie. Diese Patientinnen wurden prospektiv randomisiert (also rein zufällig) den drei Therapieformen (1.) Rückbildungskurs (2) Krankengymnastik und (3) Pessartherapie zugewiesen.

Nach drei Monaten Therapie waren nur etwa 30% der Teilnehmerinnen des Rückbildungskurses zufrieden; bei den Wöchnerinnen, die eine Physiotherapie hatten, waren es sogar noch etwas weniger, wohingegen zwei Drittel der Frauen, die ein Pessar bekommen hatten, angaben, kontinent zu sein. Bei einem weiteren Drittel hatten sich die Beschwerden gebessert. Insgesamt hatte die Pessartherapie also

bei über 90 % erfolgreich angeschlagen (siehe Abbildung 2).

In einer anderen großen Feldstudie (Kiefner et al., 2023) wurde über 500 Frauen ein speziell für das Wochenbett konstruiertes Vaginalpessar zur Unterstützung des Beckenbodens eingelegt. Dabei zeigte sich, dass auch Frauen, die keine Inkontinenz- oder Senkungsbeschwerden hatten, sich durch das Tragen des Pessars stabiler fühlten. Es ist also zu überlegen, ob im Prinzip jede Wöchnerin ein Pessar tragen sollte, um die normalen Rückbildungsvorgänge der überdehnten Beckenbodenstrukturen zu unterstützen und eine normale Lebensqualität zurückzubringen.

Erkrankungen des Beckenbodens sind speziell in Deutschland in den letzten Jahrzehnten stiefmütterlich behandelt worden. Dies lag auch an der medizinischen Infrastruktur. Durch die bis vor wenigen Jahren ausschließlich in Kliniken durchgeführte Facharztweiterbildung ist die konservative Therapie in Deutschland in der Facharztweiterbildung praktisch nicht mehr gelehrt worden. Die Symbiose aus der Vernachlässigung von weiblichen Bedürfnissen und Unwissenheit bremste hier den Fortschritt aus.

Inzwischen fangen Beckenbodenzentren an, spezielle Sprechstunden für Wöchnerinnen mit Inkontinenz oder Senkungsbeschwerden einzurichten. Neben einer subtilen Diagnostik des Beckenbodens, die heute sonografisch einfach durchzuführen ist, werden Pessare individuell angepasst. Wie lange eine Pessartherapie dann im einzelnen Fall durchgeführt werden sollte, kann erst in einigen Jahren beurteilt werden, wenn mehr Erfahrung auf diesem Gebiet vorliegt. Aber die Harninkontinenz nach der Geburt lässt sich in den meisten Fällen gut und einfach behandeln.

Autor

Dr. Rainer Lange ist Urogynäkologe (Senior expert der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenrekonstruktion) und seit 1986 niedergelassener Frauenarzt jetzt in der überörtlichen Gemeinschaftspraxis Die Gyn-Praxis GmbH am Standort Alzey. Er war Sektionsleiter Urogynäkologie am Beckenbodenzentrum Rheinhessen am Klinikum Worms.

Kontakt: rainer.lange@coma-ug.de

Literatur

- Ashton-Miller, J. A., Delancey, J. O.** (2009). On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. *Annu Rev Biomed Eng.* 2009;11:163-76. <https://doi.org/10.1146/annurev-bioeng-061008-124823>. PMID: 19591614; PMCID: PMC2897058.
- Caudwell-Hall J., Kamisan Atan I., Guzman Rojas R., Langer S., Shek K. L., & Dietz H.P.** (2018). Atraumatic normal vaginal delivery: how many women get what they want? *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Oct;219(4):379.e1-379.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.07.022>. Epub 2018 Jul 29. PMID: 30063899.
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., Hay-Smith, & E. J. C.** (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik H., & Hunskaar, S.** (2000). Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol.* 2000 Nov;53(11):1150-7. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00232-8). PMID: 11106889.
- Hilde, G., Stær-Jensen, J., Siafarikas, F., Ellström Engh, M., & Bø K.** (2013). Postpartum pelvic floor muscle training and urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013 Dec;122(6):1231-8. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000012>. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2014 Sep;124(3):639. PMID: 24201679.

Kiefner, B., Schwab, F., Kuppinger, M., Nacke, A., Kelkenberg, U., Schütze, S., Berger, F., Lindner, A., Hellmeyer, L., Janni, W., Metz, M., & Deniz, M. (2023). Evaluating compliance and applicability of postpartum pessary use for preventing and treating pelvic floor dysfunction: a prospective multicenter study. *Arch Gynecol Obstet.* 2023 Aug;308(2), 651–659. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07075-9>. Epub 2023 May 21. PMID: 37210701; PMCID: PMC10293351.

Kulseng-Hanssen, S., Husby, H., Schiotz, H. A. (2007). The tension free vaginal tape operation for women with mixed incontinence: Do preoperative variables predict the outcome? *Neurourol Urodyn.* 2007;26(1), 115–21; discussion 122. <https://doi.org/10.1002/nau.20248>. Erratum in: *Neurourol Urodyn.* 2008;27(4):360. PMID: 16894616.

Lange, S., Lange, R., Tabibi, E., Hitschold, Th., Müller, V. I., Naumann, G. (2024). Vergleich von Pessaren mit Standardversorgung und Beckenbodentraining zur Behandlung von postpartaler Harninkontinenz: eine pragmatische randomisierte kontrollierte Studie. *Geburtsk Frauenheilk.* <https://doi.org/10.1055/a-2243-3784> ISSN 0016-5751

Lenzen-Schulte, M. (2022). *Untenrum offen. Der Beckenboden nach der Geburt.* Eden Books.

Minassian, V. A., Yan, X., Pilzek, A. L., Platte, R., & Stewart, W. F. (2018). Does transition of urinary incontinence from one subtype to another represent progression of the disease? *Int Urogynecol J.* 2018;29(8), 1179–1185

Moosdorff-Steinhauser, H.F.A., Berghmans, B.C.M., Spaanderman, M.E.A., et al. (2021). Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and 1 year post-partum: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 32, 1675–1693 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04877-w>

Zitierweise

Lange, R. (2026). Der Beckenboden nach der Geburt: Probleme nicht verschweigen, sondern behandeln! *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 42–47. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_beckenboden

Verhütungsbedarf und Verhütungspraxis bei Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren

Tilmann Knittel, Laura Olejniczak

Im Alter ab 40 Jahren haben die meisten Frauen die Familienplanung bereits abgeschlossen, wobei die Möglichkeit für Schwangerschaften weiter besteht. Der Beitrag stellt unter Berücksichtigung der familiären Situation dar, wie Frauen in dieser Lebensphase verhüten und welche Einflüsse dabei erkennbar sind.

Der Bedarf an Verhütung, die Anforderungen an Verhütungsmethoden und die angewendeten Verhütungsmethoden verändern sich im Lebenslauf. Sie werden durch alters- und biografieabhängige Umstände und Lebenslagen und auch durch die Qualität und Verbindlichkeit von Partnerschaften beeinflusst. Sind Schwangerschaften beabsichtigt oder bereits eingetreten, verliert das Thema vorübergehend an Bedeutung. Auch gesundheitliche und biologische Faktoren wirken sich auf die Verhütung aus.

Im Rahmen dieses Artikels richtet sich der Blick spezifisch auf die Verhütungspraxis und den Verhütungsbedarf von Frauen gegen Ende der fertilen Phase. Grundlage der Darstellung bilden statistische Auswertungen von Daten der Studie »frauen leben 4«, bei der Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren befragt worden sind. Die Auswertungen im Rahmen dieses Beitrags beziehen sich aufgrund der Datenverfügbarkeit auf Frauen im Alter ab 40 bis 44 Jahre.

DATENGRUNDLAGE: DIE STUDIE »FRAUEN LEBEN 4« – FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF VON FRAUEN

Die statistischen Auswertungen dieses Artikels basieren auf Daten der vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) geförderten repräsentativen Befragung »frauen leben 4«, bei der im Jahr 2024 insgesamt 7 111 Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen zu Aspekten ihrer reproduktiven Biografie befragt wurden. Den Auswertungen der Teilgruppe der 40- bis 44-jährigen Frauen liegen die Angaben von n = 1 549 Befragten zugrunde. Weitere Informationen zur Befragung sowie Ergebnisberichte finden sich unter: <https://www.sexualaufklaerung.de/familienplanung-im-lebenslauf>

Langsam abnehmende Fertilität im Alter ab 40 Jahren

Im Alter ab etwa 40 Jahren setzt typischerweise die Prämenopause ein. Aufgrund der zurückgehenden Zahl an Eizellen, ihrer Alterung und damit einhergehender hormoneller Veränderungen im weiblichen Körper sinkt in dieser Phase die Wahrscheinlichkeit von Schwangerschaften, wobei diese – bei den meisten Frauen – weiterhin eintreten können (Schaudig & Schwenkhagen, 2023; Braun et al., 2025).

Nach den Daten der »frauen leben 4«-Befragung gehen 7 % der Frauen zwischen 40 und 44 Jahren davon aus, aus gesundheitlichen Gründen keine Kinder bekommen zu können. Frauen, die eine Sterilisation haben vornehmen lassen, sind hierbei nicht berücksichtigt. In der Altersgruppe von 20 bis 39 Jahren liegt der Anteil der nach eigener Einschätzung nicht fertilen Frauen bei 2 %.

Bei Eintritt der Menopause, ab der Schwangerschaften auf natürlichem Wege nicht mehr möglich sind und die Notwendigkeit der Anwendung von Verhütungsmethoden entfällt, sind Frauen in Deutschland durchschnittlich 51 bis 52 Jahre alt (Deutsche Menopause Gesellschaft, 2025).

Familiäre Lebenssituation und Familienplanung 40- bis 44-jähriger Frauen

Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren sind seltener alleinstehend als jüngere Frauen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren (16 % gegenüber 26 %). Mit einem Anteil von 84 % lebt der weitaus größte Teil der 40- bis 44-jährigen Frauen in einer – zumeist bereits langjährigen – Partnerschaft. Bei drei Vierteln der Frauen besteht die Partnerschaft bereits seit mindestens zehn Jahren. 3 % der Frauen leben in einer höchstens seit einem Jahr bestehenden Partnerschaft.

Etwa vier von fünf Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren haben Kinder (79 %) – entsprechend ist jede fünfte Frau ab 40 Jahren kinderlos. 20 % der Frauen haben ein Kind, 39 % zwei Kinder und 20 % drei

oder mehr Kinder. Geburten, bei denen die Mutter 40 Jahre oder älter ist, sind überwiegend keine Erst-, sondern Folgegeburten.

Gefragt nach Kinderwünschen, gibt eine Mehrheit von 81 % der 40- bis 44-jährigen Frauen an, die Familienplanung dezidiert abgeschlossen zu haben und keine weitere Schwangerschaft mehr zu beabsichtigen. 6 % der Frauen dieser Altersgruppe sagen, dass sie in näherer Zukunft ein (weiteres) Kind bekommen möchten, darunter war 1 % zum Zeitpunkt der Befragung schwanger. Die übrigen 14 % der Frauen, darunter auch Frauen ohne aktuelle Partnerschaft oder nach eigener Einschätzung nicht fertile Frauen, äußern sich indifferent oder unentschieden bei der Frage nach Kinderwünschen.

Vergleichbar hoher Verhütungsbedarf wie in jüngerem Alter

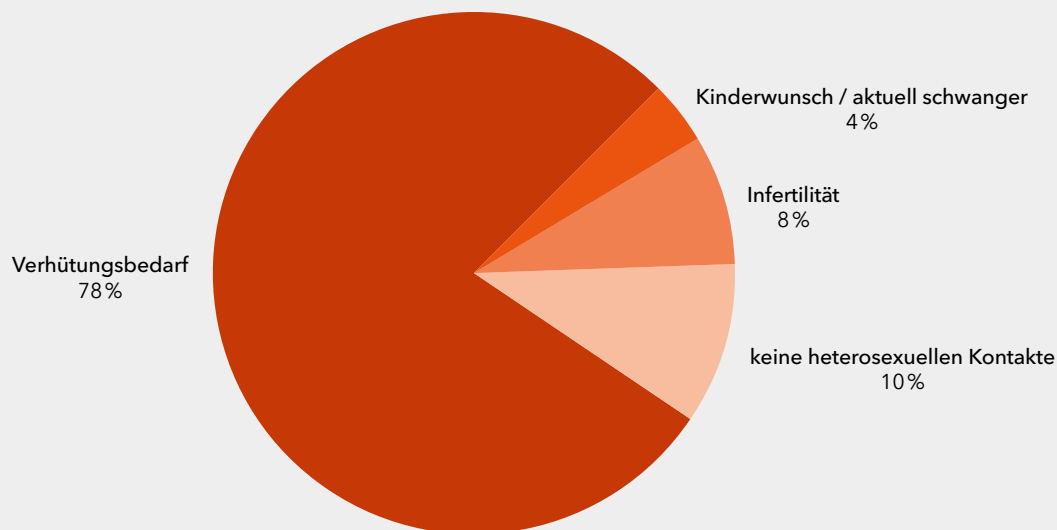
Bei 78 % der Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren besteht ein Bedarf an Verhütung. Hierzu werden alle Befragten mit heterosexuellen Kontakten gezählt, die aktuell nicht beabsichtigen, schwanger zu werden, und die davon ausgehen, dass sowohl sie selbst als auch ihre Sexualpartner fertil sind.

Der Anteil der 40- bis 44-jährigen Frauen mit Verhütungsbedarf ist vergleichbar hoch wie bei Frauen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren und etwas höher als bei 30- bis 39-jährigen Frauen (75 %). Der niedrigere Verhütungsbedarf bei letzterer Gruppe ist auf die in diesem Alter häufigeren Wünsche nach Schwangerschaft zurückzuführen.

In [Abbildung 1](#) sind der Anteil von 40- bis 44-jährigen Frauen mit Verhütungsbedarf sowie die Gründe für nicht bestehenden Verhütungsbedarf dargestellt. Insgesamt besteht bei 22 % der Frauen der Altersgruppe kein Verhütungsbedarf, darunter bei 4 % nicht, da sie beabsichtigen, schwanger zu werden oder aktuell schwanger sind. 8 % der 40- bis 44-jährigen Frauen gehen davon aus, aus gesundheitlichen Gründen zusammen mit ihrem Sexualpartner keine Kinder bekommen zu können, und wenden aus diesem Grund keine Verhütung an. Bei 10 % der Frauen besteht kein Verhütungsbedarf, da

ABBILDUNG 1

VERHÜTUNGSBEDARF UND GRÜNDE FÜR KEINEN BESTEHENDEN VERHÜTUNGSBEDARF VON 40- BIS 44-JÄHRIGEN FRAUEN



Quelle: Datensatz »frauen leben 4«, n = 1 549 Frauen von 40 bis 44 Jahren, 2024

sie üblicherweise keine oder ausschließlich gleichgeschlechtliche Sexualkontakte haben.

Angewendete Verhütungsmethoden

Die von Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren mit Verhütungsbedarf am häufigsten angewendete Verhütungsmethode ist das Kondom (33%), gefolgt von der Pille (18%, [siehe Tabelle 1](#)). Mit der Hormonspirale verhüten in dieser Altersgruppe 10% der Frauen, mit der Kupferspirale weitere 5%.

Da die Familienplanung bei dem größten Teil der Frauen ab 40 Jahren bereits abgeschlossen ist, kommt der Sterilisation als dauerhafter Verhütungsmethode eine größere Bedeutung als bei jüngeren Frauen zu. Vasektomien des Partners sind hierbei mit einem Anteil von 11% häufiger als die Sterilisation der Frau (5%).

Zyklusbasierte Methoden sind bei Frauen ab 40 Jahren etwas seltener verbreitet. Ein möglicher Grund

hierfür ist, dass mit einem zunehmend unregelmäßigen Zyklus eine zuverlässige Bestimmung der fruchtbaren Tage erschwert ist (Braun et al., 2025).

Generell nimmt die Anwendungshäufigkeit der Pille mit steigendem Alter ab (Mannebach et al., 2026). Aus medizinischer Sicht stellt das Alter allein keinen Grund für den Verzicht auf hormonelle Verhütung dar (Binder 2019; Schaudig & Schwenkhagen, 2023). Sie kann ganz im Gegenteil auch zur Linderung von Symptomen beitragen, die aufgrund hormoneller Veränderungen im weiblichen Körper bereits in der Prämenopause auftreten können. Positive Wirkungen hormoneller Kontrazeptiva werden z.B. im Zusammenhang mit Blutungsunregelmäßigkeiten (Braun et al., 2025; Tschürtz et al., 2024; Schaudig & Schwenkhagen, 2023), vasomotorischen Symptomen, also Hitzewallungen (Binder, 2019; Braun et al., 2025; Tschürtz et al., 2024), Migräne ohne Aura (Tschürtz et al., 2024) oder zur Osteoporose-Prävention (Braun et al., 2025; Tschürtz et al., 2024) diskutiert. Entscheidend ist dabei eine individuelle Risikobewertung, insbesondere hinsichtlich

TABELLE 1

ANGEWENDETE VERHÜTUNG BEI FRAUEN MIT VERHÜTUNGSBEDARF NACH ALTER
Angaben in Prozent

Altersgruppe N	20 bis 39 Jahre 4 359	40 bis 44 Jahre 1 220	Signifikanz
Angewendete Verhütung			
Kondom	49	33	***
Pille	27	18	***
Hormonspirale	5	10	***
Kupferspirale	5	5	-
zyklusbasierte Methoden	10	7	**
Coitus interruptus	6	6	-
Sterilisation der Frau	1	5	***
Sterilisation des Mannes	3	11	***
andere hormonelle Methoden	3	1	**
Sonstige	6	7	-
keine Verhütung	6	8	**

Zur Prüfung signifikanter Unterschiede zwischen den Altersgruppen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Die Ergebnisse sind wie folgt dargestellt: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Quelle: Datensatz frauen leben 4, 2024

kardiovaskulärer Erkrankungen oder einer Thrombose (Binder, 2019; Tschürtz et al., 2024; Braun et al., 2025). In solchen Fällen werden z.B. rein gestagenhaltige oder nicht hormonelle Methoden zur Verhütung empfohlen (Binder, 2019; Tschürtz et al., 2024; Braun et al., 2025).

10% der 40- bis 44-jährigen Frauen wenden mehr als eine Verhütungsmethode an – dies sind weniger als bei Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren, von denen 22% mehr als eine Verhütungsmethode nutzen. Als Grund für die seltenere Anwendung mehrfacher Verhütungsmethoden im Alter ab 40 Jahren sind die wie oben dargestellt häufig langjährigen Beziehungen zu sehen. Von jüngeren Frauen in we-

niger konsolidierten Beziehungen werden insbesondere Kondome häufig zusammen mit anderen Verhütungsmethoden genutzt, sei es zur Verhinderung von Infektionen oder zur Erhöhung der Kontrazeptionssicherheit.

Ein Anteil von 8% der 40- bis 44-jährigen Frauen mit Verhütungsbedarf – d.h. der heterosexuell aktiven fertilen Frauen ohne Kinderwunsch – wendet keine Verhütungsmethoden an. Als Gründe für den Verzicht auf Verhütung werden von den Befragten insbesondere gesundheitliche Nebenwirkungen (von 3%) und das Fehlen einer passenden Verhütungsmethode (2%) angegeben. Kostengründe werden deutlich seltener (lediglich von 0,2%) genannt. Ins-

TABELLE 2

ANGEWENDETE VERHÜTUNG BEI 40- BIS 44-JÄHRIGEN FRAUEN
MIT VERHÜTUNGSBEDARF NACH BILDUNGSSTAND
Angaben in Prozent

Bildungsstand N	niedrig/mittel 367	höher 267	hoch 570	gesamt 1 220	p-Wert (Signifikanz)
Angewendete Verhütung					
Kondom	26	35	41	33	***
Pille	23	20	13	18	***
Hormonspirale	11	11	9	10	-
Kupferspirale	5	3	6	5	-
zyklusbasierte Methoden	4	8	10	7	**
Coitus interruptus	3	3	8	6	***
Sterilisation der Frau	8	4	2	5	***
Sterilisation des Mannes	9	12	12	11	-
andere hormonelle Methoden	2	1	1	1	-
Sonstige	8	6	6	7	-
keine Verhütung	9	10	7	8	-

Zur Prüfung signifikanter Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Die Ergebnisse sind wie folgt dargestellt: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001
Quelle: Datensatz frauen leben 4, 2024

gesamt ist der Anteil der Frauen mit ungedecktem Verhütungsbedarf in der Altersgruppe von 40 bis 44 Jahre vergleichbar hoch wie bei jüngeren Frauen.

Deutlicher Einfluss der Bildung auf die Wahl der Verhütungsmethode

Bei der Anwendung von spezifischen Verhütungsmethoden von 40- bis 44-jährigen Frauen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Bildungsstand, der im Rahmen der »frauen leben«-Befragung als Kombination aus Schul- und Berufsausbildung erfasst wird. Differenziert wird hierbei nach folgenden vier Gruppen: niedrige Bildung (maxi-

mal Hauptschule mit Lehre oder Realschule ohne Berufsausbildung), mittlere Bildung (Hauptschule + Fach-/Meister-/Technikerschule), höhere Bildung (Realschule + Fach-/Meister-/Technikerschule) oder ([Fach-]Hochschulreife) sowie hohe Bildung ([Fach-]Hochschulreife mit ([Fach-]Hochschulabschluss). Die mit dem Bildungsstand zusammenhängende finanzielle Situation der Frauen wirkt sich bei der Wahl der Verhütungsmethoden weniger stark aus.
Während bei Frauen mit hohem Bildungsstand Kondome von 41 % genutzt werden und damit die mit großem Abstand häufigste Verhütungsmethode sind, wenden lediglich 26 % der Frauen mit mittlerem oder niedrigem Bildungsstand Kondome an

(siehe Tabelle 2). Umgekehrt wird die Pille von Frauen umso seltener genutzt, je höher der Bildungsstand ist: Von den Frauen mit mittlerer/niedriger Bildung nehmen 23 % die Pille, bei den gleichaltrigen Frauen mit hohem Bildungsabschluss lediglich 13 %.

Weitere signifikante Unterschiede bei der Verhütungspraxis zeigen sich bei zyklusbasierten Methoden und dem Coitus interruptus, die häufiger von Frauen mit hohem Bildungsstand angewendet werden. Dagegen unterzieht sich ein höherer Anteil der Frauen mit niedrigem/mittlerem Bildungsstand einer Sterilisation.

Bei anderen Verhütungsmethoden wie der Hormon- und der Kupferspirale, aber auch der Sterilisation des Partners zeigen sich keine Unterschiede bei der Verbreitung nach dem Bildungsstand der Frauen.

Die persönlichen Gründe für die Wahl der Verhütungsmethode wurden im Rahmen der »frauen leben 4«-Befragung nicht erfasst. Die dargestellten Unterschiede deuten jedoch darauf hin, dass Frauen mit hoher Bildung mit Kondomen und dem Coitus interruptus häufiger Methoden nutzen, deren Zuverlässigkeit stärker von der korrekten Anwendung und dem verantwortlichen Handeln des Partners abhängt. Dies passt zu weiteren Befunden der »frauen leben 4«-Befragung, nach denen Frauen mit steigendem Bildungsstand ihre Partner stärker in der (finanziellen) Verantwortung für die Verhütung sehen.

Frauen mit niedrigerer Bildung greifen mit der Pille und der eigenen Sterilisation dagegen häufiger auf Methoden zurück, deren Anwendungssicherheit als hoch gilt und deren korrekte und konsequente Anwendung ausschließlich in ihrer eigenen Verantwortung liegt. Hierzu passt, dass Frauen mit niedriger/mittlerer Bildung alternative Verhütungsmethoden zur Pille seltener als vergleichbar gut oder besser bewerten als Frauen mit hoher Bildung. Das gilt, obwohl sie die physischen und psychischen Auswirkungen der hormonellen Verhütung mit der Pille in ähnlichem Ausmaß kritisch einschätzen wie Frauen mit hohem Bildungsstand: Unabhängig vom Bildungsstand ist etwa die Hälfte der Frauen

der Meinung, dass die Anwendung der Pille mit negativen Auswirkungen für Körper und Seele einhergeht (niedrig/mittel: 51 %, hoch: 58 %). Dennoch stimmen knapp zwei Drittel (64 %) der Frauen mit niedrigem/mittlerem Bildungsstand der Aussage zu, dass es zur Verhütung mit der Pille keine gleich gute oder bessere Alternative gibt. Bei Frauen mit hohem Bildungsstand liegt die Zustimmung zur gleichen Aussage bei lediglich 42 %.

Bei Fragen der Wahl der Verhütungsmethode spielen auch Kostenaspekte eine Rolle. Im Rahmen der »frauen leben 4«-Studie wurde danach gefragt, ob im hypothetischen Falle der Kostenfreiheit von Verhütung die derzeitige Methode gewechselt oder mit einer Verhütungsmethode begonnen werden würde. Von den 40- bis 44-jährigen Befragten gaben 18 % an, bei Kostenfreiheit die Methode wechseln zu wollen. Frauen mit niedrigem/mittlerem Bildungsstand äußerten mit einem Anteil von 22 % häufiger den Wunsch zum Wechsel als Frauen mit hohem Bildungsstand (14 %). Von Frauen mit niedrigem Bildungsstand wurden als Wunschmethoden dabei am häufigsten die Hormon- oder Kupferspirale (36 %) und die Sterilisation (33 %) genannt – beides mit hohen Einmalkosten verbundene Verhütungsmethoden. Von den Frauen mit hohem Bildungsstand nannten lediglich 10 % eine Sterilisation als Präferenz im Fall einer Kostenfreiheit von Verhütung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Anteil der Frauen mit Verhütungsbedarf im Alter von 40 bis 44 Jahren vergleichbar hoch oder höher als bei jüngeren Frauen liegt, die Verhütungspraxis sich jedoch in folgenden Punkten gegenüber jüngeren Frauen unterscheidet:

- Die Verbreitung von Sterilisationen ist höher, wobei Vasektomien gegenüber Sterilisationen der Frauen überwiegen.
- Die Hormonspirale wird als langfristige Verhütung häufiger genutzt.
- Die mehrfache Anwendung verschiedener Verhütungsmethoden ist seltener – auch daher sind spezifische Kontrazeptionsmethoden weniger verbreitet.

Autor, Autorin

Tilman Knittel, Soziologe M.A., ist Geschäftsführer des Cornelia Helfferich Instituts für Geschlechter- und Familienforschung in Freiburg und forscht zu Einflüssen auf die Familienplanung.

Kontakt: knittel@cornelia-helfferich-institut.org

Laura Olejniczak, Soziologin M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cornelia Helfferich Institut für Geschlechter- und Familienforschung und forscht u. a. zur Stigmatisierung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen.

Kontakt: olejniczak@cornelia-helfferich-institut.org

Zitierweise

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2026). Verhütungsbedarf und Verhütungspraxis bei Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 48–54. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_verhuetung-frauen-40-44

Literatur

Binder, H. (2019). Kontrazeption über 40 – was ist zweckmäßig und wie lange ist sie sinnvoll. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Österreich*, 29(2), 39–44.

Braun, A.-S., Toth, B., & Böttcher, B. (2025). Kontrazeption in der Perimenopause. *gynäkologie + geburtshilfe*, 30(3), 22–25.

Deutsche Menopause Gesellschaft e. V. (2025). Was ist die Menopause? <https://www.menopause-gesellschaft.de/was-ist-die-menopause> [Zugriff: 27.05.2026]

Mannebach, S., Olejniczak, L., Glaser, S., & Knittel, T. (2026). Rückgang der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva bei Frauen: Genese kritischer Einstellungen in reproduktiven Biografien: Ergebnisse der Studie »frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf«. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 69(4), 400–409.

Schaudig, K., & Schwenkhagen, A. (2023). Kontrazeption ab 40: Sicher und risikobewusst verhüten – länger als gedacht. *Deutsches Ärzteblatt Online*.

Tschürtz, N., Schaudig, K., & Bachmann, A. (2024). Hormonelle Kontrazeption in der Perimenopause. *Gynäkologische Endokrinologie*, 22(1), 68–74.

Die Menopause als biopsychosozialer Übergang – Herausforderungen für die ärztliche Versorgung

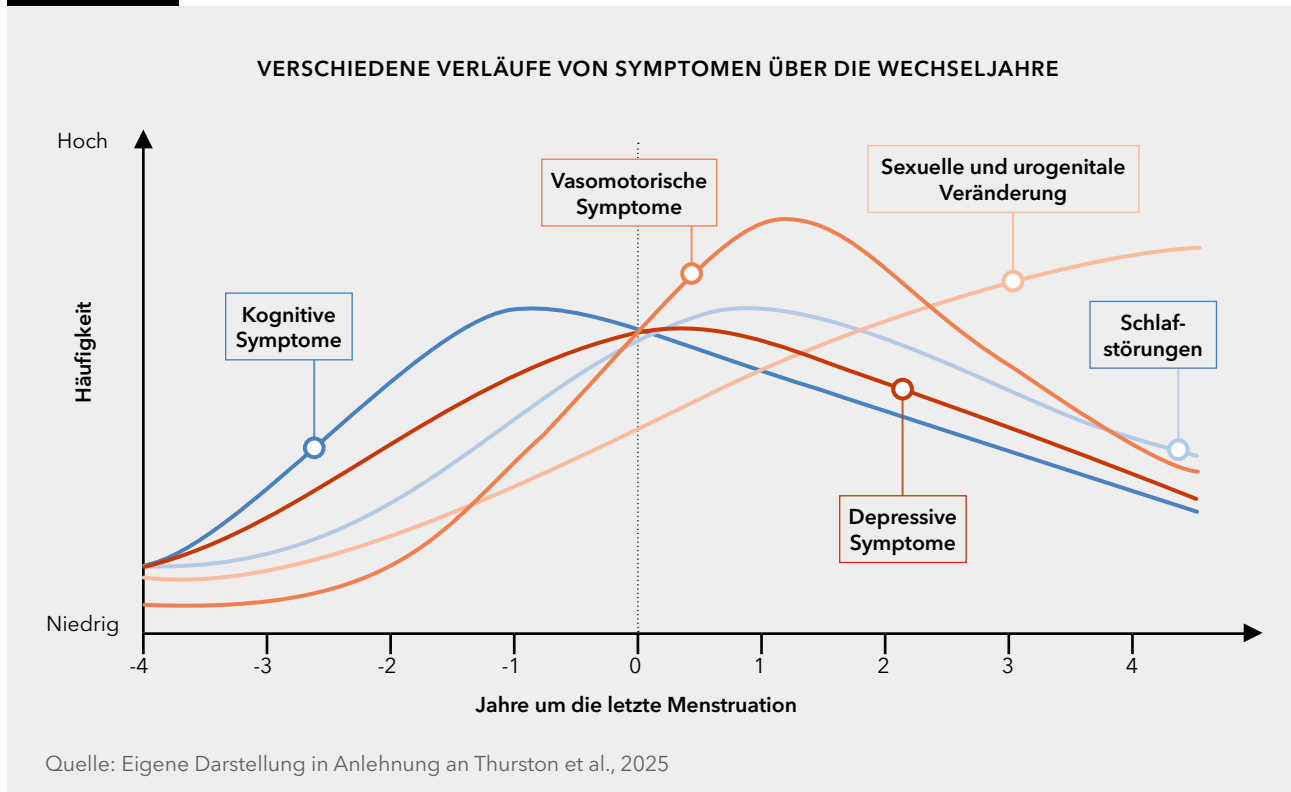
Katja Brenk-Franz

Die Menopause markiert nicht nur das Ende der reproduktiven Phase, sondern stellt einen komplexen biopsychosozialen Übergangsprozess dar, in dem biologische, psychologische und soziale Faktoren eng miteinander verflochten sind. Der Beitrag gibt einen Überblick über zentrale körperliche und psychische Veränderungen und beleuchtet anhand einer Studie mit 539 Patientinnen die aktuelle Versorgungssituation.

Die Menopause wird umgangssprachlich als »Wechsel« oder »Wechseljahre« bezeichnet, meint medizinisch aber streng genommen den Zeitpunkt der letzten Menstruation im Leben einer Frau und wird retrospektiv diagnostiziert, wenn über einen Zeitraum von zwölf Monaten keine Blutung mehr aufgetreten ist. Sie markiert das Ende der reproduktiven Phase und ist ein natürlicher Bestandteil des Alterungsprozesses. Der Begriff Menopause-Transition beschreibt hingegen den mehrjährigen Übergangsprozess, der zu diesem Zeitpunkt hinführt und durch hormonelle, körperliche und psychische Veränderungen gekennzeichnet ist. In den späten reproduktiven Jahren treten erste Veränderungen der Zyklusregulation auf. Die sogenannte Perimenopause beschreibt die Zeit zunehmender Zyklusunregelmäßigkeiten bis hin zum vollständi-

gen Ausbleiben der Menstruation. Nach der letzten Menstruation schließt sich die Postmenopause an, die durch dauerhaft veränderte Hormonspiegel geprägt ist. Die meisten Frauen erleben die Menopause zwischen dem 45. und dem 55. Lebensjahr (WHO, 2024). Die Prävalenz menopausaler Symptome ist mit 80 bis 90 % insgesamt sehr hoch, wobei Häufigkeit und Ausprägung je nach Stadium der Transition und je nach Bevölkerungsgruppe deutlich variieren können (Troia et al., 2025). Bis zu 75 % der Frauen berichten über vasomotorische Symptome wie Hitzewallungen und Nachtschweiß sowie Schlafstörungen. Darüber hinaus treten häufig körperliche Veränderungen auf, die über normale Alterungsprozesse hinausgehen, darunter Veränderungen der Herz-Kreislauf-Gesundheit, der Knochendichte, der Körperzusammensetzung (das Verhältnis von

ABBILDUNG 1



Fett- und Muskelmasse) sowie der sexuellen und urogenitalen Funktion. Neben diesen körperlichen Veränderungen sind auch kognitive und psychische Beschwerden häufig. Dazu zählen Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, Stimmungsschwankungen sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für depressive und ängstliche Symptome. Diese Beschwerden der Menopause können sich erheblich auf die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit im Alltag auswirken (Davis et al., 2023; Faubion et al., 2023; Gold et al., 2006; Kravitz et al., 2008). Leider werden diese menopausalen Veränderungen noch zu wenig in der medizinischen Versorgung hinsichtlich Anamnese, Symptombelastung und Medikation berücksichtigt. Frauen fühlen sich zum Teil wenig ernst genommen und unzureichend beraten.

Verschiedene Stadien und Veränderungen in den Wechseljahren

Die Übergangsphase aus dem fortpflanzungsfähigen Alter in eine Phase nachlassender Funktion

der Eierstöcke (Fruchtbarkeit) mit sinkender Östrogenproduktion nennt man Klimakterium. In dieser Phase des Lebens liegt der Zeitpunkt der letzten natürlichen Menstruationsblutung. Die Wechseljahre umfassen mehrere Stadien. Kennzeichnend sind vor allem Veränderungen der Sexualhormone, insbesondere ein Rückgang von Östradiol, Progesteron sowie ein Anstieg des follikelstimulierenden Hormons (FSH) (Amrani, 2023; Harlow et al., 2012).

Die **Prämenopause**, also die Fortpflanzungsphase, ist die Zeit der Fruchtbarkeit und tritt nach der Menarche und vor dem Übergang der Wechseljahre ein. Sie umfasst die Phase vor dem eigentlichen Einsetzen der Menopause. In dieser Zeit sind Frauen grundsätzlich fertil, jedoch treten am Ende erste Veränderungen des hormonellen Gleichgewichts auf. Insbesondere sinkt zunächst der Progesteronspiegel, während Östrogen noch relativ stabil bleibt. Klinisch äußert sich dies häufig in subtilen Veränderungen des Menstruationszyklus wie unregelmäßige Zykluslängen oder variierende Blutungsstärken.

Die **Perimenopause** stellt die eigentliche Übergangsphase dar und beginnt mit zunehmenden Zyklusunregelmäßigkeiten. Sie endet ein Jahr nach der letzten Menstruation. In dieser Phase kommt es zu ausgeprägten hormonellen Schwankungen, insbesondere des Östradiols, während das follikelstimulierende Hormon (FSH) kontinuierlich ansteigt. Parallel dazu nehmen ovulatorische Zyklen ab. Typischerweise treten in dieser Phase erstmals ausgeprägte menopausale Symptome auf, darunter Hitzewallungen, Schlafstörungen sowie emotionale und kognitive Veränderungen. Die Perimenopause wird daher häufig als die klinisch intensivste Phase des menopausalen Übergangs beschrieben.

Die **Postmenopause** beginnt nach zwölf aufeinanderfolgenden Monaten ohne Menstruation und kennzeichnet die Phase nach dem endgültigen Erlöschen der ovariellen Funktion. Hormonell ist sie durch dauerhaft niedrige Östradiolspiegel und erhöhte FSH-Konzentrationen charakterisiert. Während vasomotorische Beschwerden in den ersten Jahren weiterhin bestehen können, treten langfristige Veränderungen zunehmend in den Vordergrund, darunter eine Abnahme der Knochendichte, Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie urogenitale Beschwerden. Einige Symptome können sich im Verlauf abschwächen, während andere, insbesondere strukturelle Veränderungen, persistieren oder zunehmen.

Somatische und psychische Veränderungen

Während der Wechseljahre erleben Frauen eine Vielzahl von Symptomen, die sich auch gegenseitig beeinflussen können und großen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit haben (siehe Abbildung 1).

Vasomotorische Symptome

Vasomotorische Symptome gehören zu den häufigsten und charakteristischsten Beschwerden im Rahmen der Menopause. Zwischen 60% und 80% der Frauen erleben im Verlauf des menopausalen Übergangs entsprechende Symptome, wobei etwa ein Drittel diese als häufig oder als mäßig bis stark

belastend beschreibt (Freeman et al., 2014; Gold et al., 2006; Thurston & Joffe, 2011). Klinisch äußern sich vasomotorische Symptome vor allem in Form von Hitzewallungen und Nachtschweiß. Sie sind gekennzeichnet durch plötzlich auftretende intensive Wärmeempfindungen, vermehrtes Schwitzen sowie ein subjektives, sehr intensives Bedürfnis nach Abkühlung. Typischerweise zeigt sich eine Hitzewallung durch eine Rötung des Gesichts und des oberen Brustbereichs, häufig begleitet von einer erhöhten Herzfrequenz. Die Entstehung vasomotorischer Symptome ist eng mit hormonellen Veränderungen verknüpft, insbesondere mit dem Rückgang des Östradiolspiegels (E2) im Verlauf der Menopause. Gleichzeitig werden diese Symptome als Störungen der zentralen Thermoregulation verstanden. Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs zeigen vasomotorische Symptome eine hohe Variabilität. Sie treten am häufigsten in der späten Perimenopause sowie in den ersten Jahren der Postmenopause auf. Allerdings unterscheiden sich Beginn, Intensität und Dauer zwischen einzelnen Frauen erheblich. Während einige Frauen Symptome vor allem in der Übergangsphase erleben, berichten andere über ein Auftreten erst in der Postmenopause oder bereits in den späten reproduktiven Jahren. Die durchschnittliche Dauer moderater bis schwerer vasomotorischer Symptome liegt bei etwa sieben bis zehn Jahren, kann jedoch individuell deutlich länger sein. Diese Variabilität unterstreicht die Bedeutung individueller biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren für das Erleben menopausaler Beschwerden (Amrani, 2023; Avis et al., 2015; Freeman et al., 2014).

Körperliche Veränderungen

Die Phasen der Menopause sind auch mit einer Vielzahl körperlicher und kognitiver Veränderungen verbunden, die über die Einflüsse des normativen Alters hinausgehen. Wissenschaftlich belegt sind vor allem kardiovaskuläre Veränderungen wie Veränderungen im Lipidprofil, LDL-Cholesterinanstieg, Zunahme von Arteriosklerose, erhöhte Inzidenz des Metabolischen Syndroms, außerdem Zunahme der Körperfettmasse im Vergleich zur Muskelmasse und signifikante Abnahme der Knochendichte und somit eine Zunahme von Osteoporose (Amrani, 2023; El Khoudary, 2023; El Khoudary et al., 2013; Green-

dale et al., 2019; Janssen et al., 2008; Shieh et al., 2023). Der Rückgang von Östradiol (E2) sowie Veränderungen des follikelstimulierenden Hormons (FSH) sind zentrale Faktoren für den beschleunigten Knochenabbau. Insbesondere in den Jahren um die letzte Menstruation wird eine Phase raschen Verlusts an Knochenmineraldichte beobachtet. Ein weiterer zentraler Bereich sind urogenitale Veränderungen, welche einen großen Anteil postmenopausaler Frauen betreffen. Zu den häufigsten Symptomen zählen vaginale Trockenheit, Brennen, Juckreiz sowie Schmerzen, insbesondere im Zusammenhang mit sexueller Aktivität. Darüber hinaus können strukturelle Veränderungen wie eine Abnahme der Elastizität sowie eine Atrophie von Vaginal- und Vulvagewebe auftreten (Nappi & Kokot-Kierepa, 2012; Palma et al., 2016; Shifren, 2018).

Psychische Veränderungen

Depressive Symptome treten im mittleren Lebensalter relativ häufig auf. In Querschnittsstudien berichten zwischen 45 % und 68 % der Frauen über eine Zunahme depressiver Beschwerden während der Perimenopause (Fang et al., 2024; Maki et al., 2019). Longitudinale Studien zeichnen jedoch ein differenzierteres Bild: Während die Mehrheit der Frauen stabile Symptomverläufe zeigt, entwickelt ein kleinerer Anteil – etwa 9 % – eine deutliche Zunahme depressiver Symptome, insbesondere in der Perimenopause (Hickey et al., 2016). Gleichzeitig weisen prospektive Studien darauf hin, dass das Risiko für erhöhte depressive Symptome während des menopausalen Übergangs signifikant ansteigt. So wurde eine mehr als fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für depressive Symptome im Vergleich zur Prämenopause beschrieben (Freeman et al., 2006). Auch Metaanalysen zeigen, dass die Perimenopause mit einem erhöhten Risiko für depressive Symptome und depressive Episoden verbunden ist (Badawy et al., 2024). Dennoch ist zu betonen, dass depressive Symptome nicht bei allen Frauen auftreten und die Menopause keine universelle Ursache für Depression darstellt. Die Entstehung depressiver Symptome ist multifaktoriell. Neben hormonellen Veränderungen spielen insbesondere die Belastung durch menopausale Beschwerden wie vasomotorische Symptome, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsveränderungen eine zentrale Rolle. Darüber

hinaus tragen chronische Erkrankungen, psychosoziale Stressoren sowie individuelle Vulnerabilitäten bei. Ein besonders starker Risikofaktor ist eine frühere depressive Episode: Frauen mit entsprechender Vorgeschichte haben ein deutlich erhöhtes Risiko, während der Perimenopause erneut klinisch relevante depressive Symptome zu entwickeln. Auch soziale und kulturelle Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit im menopausalen Übergang. Einstellungen zum Altern, Körperbild, gesellschaftliche Rollenbilder, Stigmatisierung sowie der Zugang zu Informationen und Unterstützung können das Erleben dieser Lebensphase wesentlich prägen.

Kognitive Veränderungen

Kognitive Veränderungen werden von einem erheblichen Anteil der Frauen im mittleren Lebensalter berichtet. Zwischen 44 % und 62 % geben an, im Verlauf der Menopause kognitive Beschwerden zu erleben. Am häufigsten betreffen diese das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit, etwa Schwierigkeiten beim Erinnern von Wörtern oder Zahlen, Konzentrationsprobleme sowie das Vergessen von Terminen oder alltäglichen Ereignissen. Diese subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen werden häufig als »Nebel im Gehirn« beschrieben und treten typischerweise erstmals in der frühen Perimenopause auf (Coslov et al., 2024; Epperson et al., 2013; Gold et al., 2006; Maki & Jaff, 2022; Mitchell & Woods, 2011). Es ist wichtig, subjektive kognitive Beschwerden von objektiv messbaren Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit zu unterscheiden. Während viele Frauen über wahrnehmbare Einschränkungen berichten, zeigen neuropsychologische Untersuchungen meist nur subtile Veränderungen. Längsschnittstudien weisen jedoch darauf hin, dass insbesondere das verbale Lernen und das verbale Gedächtnis im Übergang zur Perimenopause leicht abnehmen können. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf Veränderungen in der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeit und dem Arbeitsgedächtnis, die über altersbedingte Effekte hinausgehen, jedoch weniger konsistent belegt sind. Der Verlauf dieser Veränderungen ist heterogen. Einige Studien zeigen, dass sich bestimmte kognitive Funktionen, insbesondere im Bereich des verbalen Gedächtnisses und der Verarbeitungsgeschwindigkeit, in der Postmenopause wieder stabilisieren

oder verbessern. Andere Befunde deuten darauf hin, dass einzelne Veränderungen auch über die Perimenopause hinaus bestehen bleiben können (Kilpi et al., 2020; Mitchell & Woods, 2011; Weber et al., 2021).

Schlafstörungen

Schlafstörungen zählen zu den häufigsten Beschwerden im menopausalen Übergang und betreffen etwa 40 % bis 60 % der Frauen (Fang et al., 2024). Charakteristisch sind insbesondere häufiges nächtliches Erwachen, das zu einer deutlich verminderten Schlafqualität und erhöhter Tagesmüdigkeit führt. Bei etwa einer von vier Frauen erreichen Schlafstörungen und die damit verbundenen Einschränkungen der Tagesfunktion ein Ausmaß, das klinisch als Insomnie eingeordnet werden kann (Duralde et al., 2023; Ohayon, 2006). Neben diesen typischen Ein- und Durchschlafstörungen kann auch die Häufigkeit anderer schlafbezogener Erkrankungen im Verlauf der Menopause zunehmen. Dazu zählen insbesondere die obstruktive Schlafapnoe, periodische Bewegungsstörungen der Gliedmaßen sowie das Restless-Legs-Syndrom, die vor allem in der Postmenopause häufiger auftreten (Baker et al., 2018).

Die Entstehung von Schlafstörungen in der Menopause ist multifaktoriell bedingt. Neben dem Einfluss des chronologischen Alterns spielen sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren eine zentrale Rolle. Dazu zählen altersbedingte Veränderungen der Gesundheit und des Schlaf-Wach-Rhythmus, psychosoziale Belastungen, beruflicher und familiärer Stress sowie bestehende medizinische oder psychische Erkrankungen (Nowakowski & Meers, 2021). Auch hormonelle Veränderungen tragen wesentlich zur Beeinträchtigung des Schlafs bei. Schwankungen und der Rückgang von Östradiol (E2) und Progesteron in der Peri- und Postmenopause können sowohl direkte als auch indirekte Effekte auf die Schlaf-Wach-Regulation ausüben (Haufe et al., 2022). Darüber hinaus stehen Schlafstörungen in enger Wechselwirkung mit anderen menopausalen Symptomen. Insbesondere vasomotorische Beschwerden wie nächtliche Hitzewallungen können das Durchschlafen erheblich beeinträchtigen. Umgekehrt kann eine reduzierte Schlafqualität wieder-

um die emotionale Regulation verschlechtern und das Risiko für depressive und ängstliche Symptome erhöhen.

Veränderungen der sexuellen Funktion

Die sexuelle Funktion bei Frauen umfasst mehrere miteinander verbundene Bereiche, darunter sexuelles Verlangen, Erregung, Orgasmusfähigkeit, Schmerzempfinden und sexuelle Zufriedenheit. Diese Dimensionen sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Von sexueller Dysfunktion wird erst dann gesprochen, wenn lang anhaltende Störungen in diesen Bereichen auftreten und mit einem klinisch relevanten Leidensdruck verbunden sind. Sexuelle Probleme hingegen sind im mittleren Lebensalter weit verbreitet. Etwa 48 % der Frauen berichten über Einschränkungen der sexuellen Funktion, wobei jedoch nur ein Teil dieser Frauen (etwa 15 %) diese Probleme als belastend erlebt. Dies verdeutlicht, dass nicht jede Veränderung der sexuellen Funktion zwangsläufig als behandlungsbedürftig wahrgenommen wird (Basson, 2000; Guha, 2014; Shifren et al., 2008).

Im Verlauf der Menopause kommt es bei vielen Frauen zu einer Verschlechterung der sexuellen Funktion. Besonders häufig wird ein vermindertes sexuelles Verlangen beschrieben. Auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie Veränderungen der Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit können auftreten. Diese Veränderungen stehen sowohl mit hormonellen Faktoren (insbesondere dem Rückgang von Östradiol) als auch mit psychosozialen Einflüssen in Zusammenhang (Gracia et al., 2007; Shifren et al., 2008; Thomas & Thurston, 2016).

Langzeitstudien liefern konsistente Hinweise darauf, dass sich die sexuelle Funktion mit fortschreitendem Wechseljahresstadium verändert. Ergebnisse aus großen prospektiven Kohortenstudien zeigen, dass im Verlauf der Peri- und Postmenopause insbesondere sexuelles Verlangen abnimmt und sexuell bedingte Schmerzen zunehmen, selbst unter Berücksichtigung von Alter und weiteren Einflussfaktoren (Avis et al., 2017; Dennerstein et al., 2001; Gracia et al., 2007). Gleichzeitig zeichnen qualitative Studien ein differenzierteres Bild. Hier zeigten sich verschiedene Faktoren, die zur geringen Libido

ABBILDUNG 2

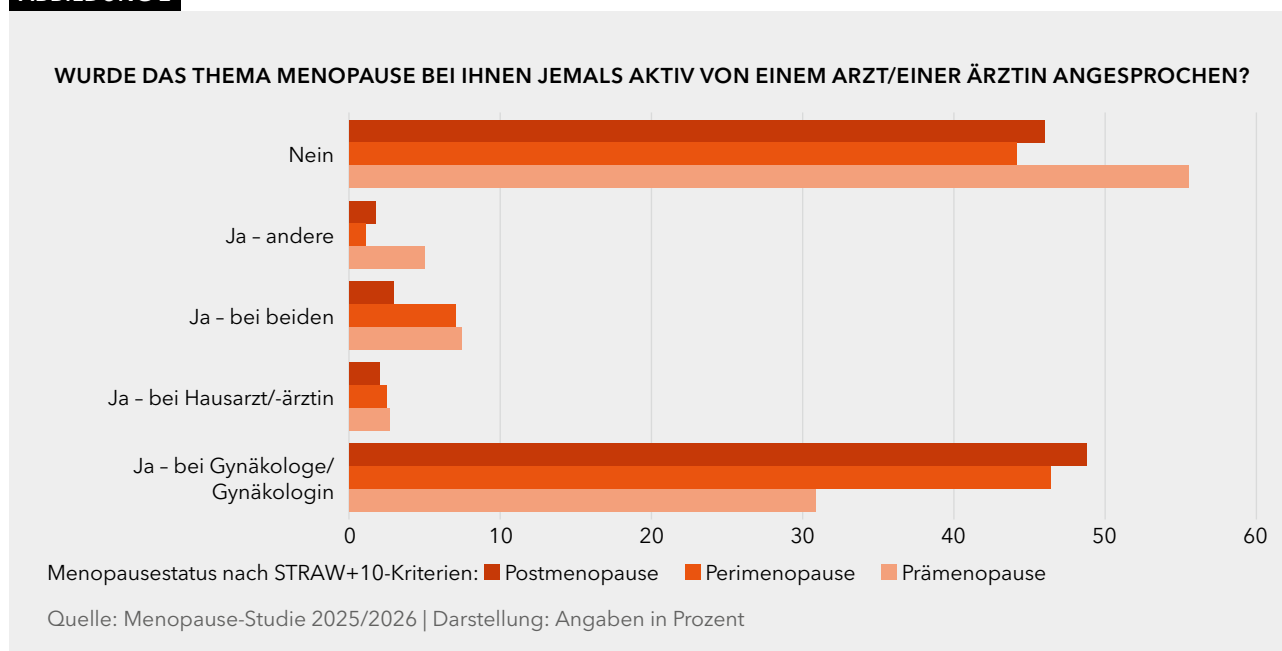
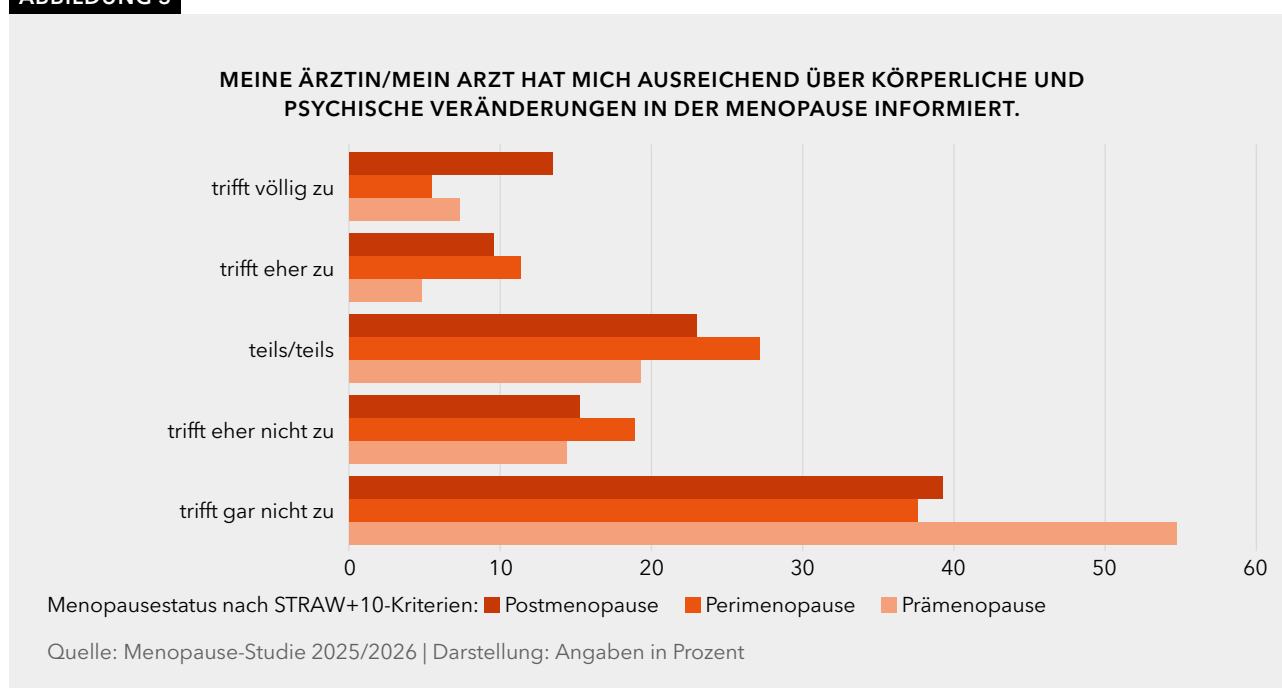


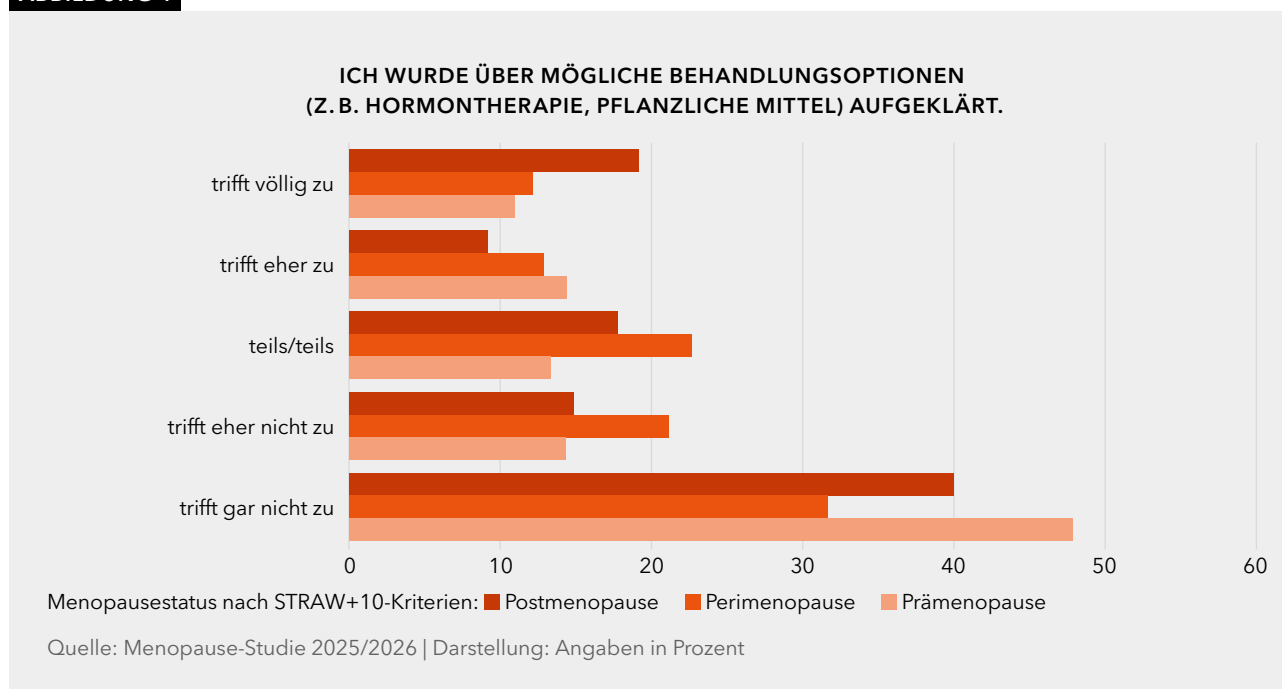
ABBILDUNG 3



beitragen. Zu den häufigsten Faktoren gehörten postmenopausale vaginale Symptome, aber auch erektile Dysfunktion bei den männlichen Partnern, Müdigkeit und körperliche Schmerzen, Lebensstressoren und Probleme mit dem Körperbild. Frauen fanden oft Wege, sich an Veränderungen anzupas-

sen. Diese Anpassungen erforderten jedoch eine offene Kommunikation zwischen Partnern bezüglich der sexuellen Bedürfnisse, welche jedoch in vielen Partnerschaften schwierig war (Thomas et al., 2020). Neben körperlichen Veränderungen berichteten einige Frauen auch über positive Entwicklungen, etwa

ABBILDUNG 4



ein gesteigertes Selbstbewusstsein, eine verbesserte Kommunikation mit dem Partner oder eine größere Klarheit über eigene Bedürfnisse und Präferenzen. Diese Aspekte können dazu beitragen, sexuelle Zufriedenheit trotz körperlicher Veränderungen aufrechtzuerhalten oder sogar zu verbessern (Thomas et al., 2020).

Befragung zur Versorgung in den Wechseljahren

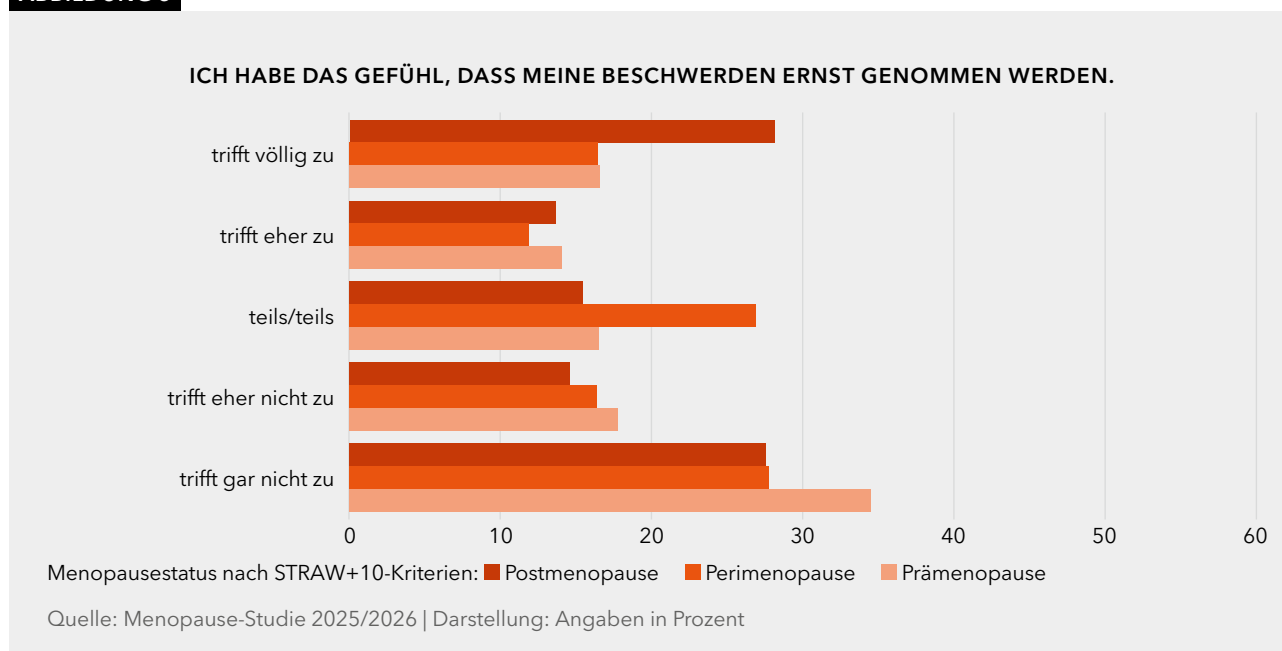
Im Rahmen unserer Menopause-Studie im Querschnittsdesign wurden 539 Frauen ab 35 Jahren ($M = 52,01$; $SD = 7,26$) in den Phasen der Prä-, Peri- und Postmenopause (22,2%/27,8%/50,0%) gemäß den STRAW+10-Kriterien (Harlow et al., 2012) umfassend befragt. Neben Fragen zur psychischen und körperlichen Gesundheit, zu klimakterischen Beschwerden, Veränderungen des Körperbildes sowie zu Herausforderungen im Bereich der Sexualität lag ein besonderer Fokus auf der Versorgungssituation und der Informationsvermittlung im Gesundheitswesen. Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen die Prozentwerte ausgewählter Versorgungsaspekte, berechnet auf Grundlage der gültigen Antwort-

ten. Zur Darstellung der Zustimmung wurden die Antwortkategorien »trifft völlig zu« und »trifft eher zu« zusammengefasst. Die Studie wurde gemäß den Richtlinien der Deklaration von Helsinki sowie mit Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Nr.: 2025-3905-Bef) durchgeführt.

Bei insgesamt 47,1 % der Frauen wurde das Thema Menopause laut eigener Aussage ärztlich nicht thematisiert (Prämenopause: 55,3 %, Perimenopause: 44,0 %, Postmenopause: 45,9 %; siehe Abbildung 2). Gleichzeitig äußerten 88,4 % der Befragten den Wunsch, dass Ärztinnen und Ärzte die Menopause aktiv thematisieren (Prämenopause: 94,0 %, Perimenopause: 94,0 %, Postmenopause: 83,2 %).

57,6 % der Frauen fühlten sich nicht ausreichend über körperliche und psychische Veränderungen informiert (Prämenopause: 69,1 %, Perimenopause: 56,4 %, Postmenopause: 54,3 %; siehe Abbildung 3). 57,3 % der Teilnehmerinnen gaben an, unzureichend über Behandlungsoptionen aufgeklärt worden zu sein (Prämenopause: 61,9 %, Perimenopause: 52,7 %, Postmenopause: 54,4 %; siehe Abbildung 4).

ABBILDUNG 5



Darüber hinaus berichteten 54,4% der Frauen in der Prämenopause, 44,3% in der Perimenopause und 42,4% in der Postmenopause (gesamt 44,8%), dass sie das Gefühl hatten, ihre Beschwerden würden nicht ernst genommen (siehe Abbildung 5). Entsprechend niedrig fällt die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung aus (gesamt: 27,5%). Zufrieden waren 31,0% der Frauen in der Prämenopause, 24,5% in der Perimenopause und 32,9% in der Postmenopause, während jeweils etwa die Hälfte der Befragten Unzufriedenheit angab (Prämenopause: 52,4%, Perimenopause: 52,6%, Postmenopause: 48,5%; siehe Abbildung 6).

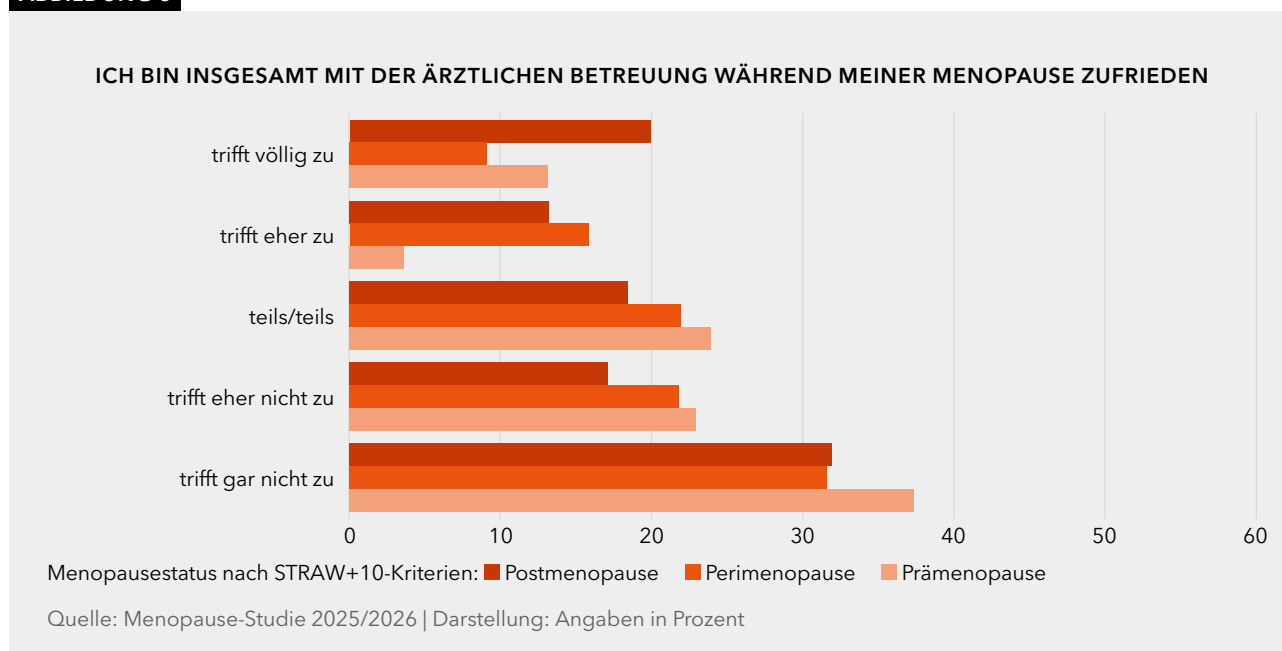
Darüber hinaus berichteten 41,7% der Frauen in der Prämenopause, 39,3% in der Perimenopause und 31,9% in der Postmenopause, dass sie mehrere Ärztinnen und Ärzte aufsuchen mussten, bevor sie eine adäquate Behandlung im Zusammenhang mit der Menopause erhielten.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Querschnittsstudie weisen auf deutlichen Optimierungsbedarf in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen in

den Wechseljahren hin. Besonders auffällig ist die Diskrepanz zwischen dem hohen Bedarf an ärztlicher Ansprache der Menopause und der tatsächlichen Versorgungspraxis. Während sich die große Mehrheit der Frauen eine proaktive Thematisierung wünscht, berichtet etwa die Hälfte, dass dies im ärztlichen Kontext nicht erfolgt. Dies deutet darauf hin, dass die Menopause im klinischen Alltag bislang unzureichend als eigenständiger Beratungsanlass berücksichtigt wird. Zudem zeigen die Ergebnisse ausgeprägte Defizite in der Informationsvermittlung. Mehr als die Hälfte der Frauen fühlt sich unzureichend über körperliche und psychische Veränderungen sowie über Behandlungsoptionen aufgeklärt. Diese Befunde deuten auf ein strukturelles Informationsdefizit hin, das sich über alle menopausalen Phasen hinweg zeigt, wobei besonders hohe Werte bereits in der Prämenopause auffallen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer frühzeitigen Aufklärung bereits vor und mit dem Eintreten der ersten hormonellen Veränderungen. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Anteil der Frauen angibt, ihre Beschwerden würden nicht ausreichend ernst genommen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Arzt-Patientinnen-Beziehung und die Inanspruchnahme von Versorgung bedeutsam, da mangelnde Validierung von Symptomen das Vertrauen in

ABBILDUNG 6



die medizinische Betreuung beeinträchtigen kann. Entsprechend niedrig fällt auch die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung aus, wobei etwa die Hälfte der Befragten unzufrieden ist. Die geäußerte Erfahrung der Patientinnen, mehrere Ärztinnen und Ärzte konsultieren zu müssen, bevor eine adäquate Behandlung erfolgt, könnte auf eine fragmentierte Versorgung, unterschiedliche Menopausen-spezifische Expertise sowie besondere Versorgungsbedarfe der Patientinnen hinweisen. Insgesamt ergibt sich ein Bild, in dem kommunikative, strukturelle und wissensbezogene Faktoren zusammenwirken und zu einer suboptimalen Versorgungssituation beitragen.

Limitationen: Aufgrund des Querschnittsdesigns können keine kausalen Zusammenhänge abgeleitet werden. Zudem basieren die Daten auf Selbstberichten, wodurch Verzerrungen wie Erinnerungs- oder Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden können. Auch ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse durch mögliche Stichprobenverzerrungen sowie fehlende Differenzierungen nach versorgungsrelevanten Kontextfaktoren limitiert. Schließlich kann die Zusammenfassung von Antwortkategorien zu einer gewissen Vereinfachung der Ergebnisse geführt haben. Trotz dieser Einschränkungen lie-

fern die Befunde wichtige Hinweise auf bestehende Versorgungslücken und unterstreichen den Bedarf an einer stärkeren Integration menopausaler Beschwerden in die medizinische Versorgung.

Fazit

Die Menopause sollte in der medizinischen Praxis nicht als isoliertes hormonelles Ereignis, sondern als bio-psycho-sozialer Übergangsprozess verstanden werden. Eine proaktive Ansprache ist dabei zentral: Ärztinnen und Ärzte sollten das Thema frühzeitig – idealerweise bereits in der späten reproduktiven Phase – aktiv in Gespräche integrieren, anstatt auf eine Thematisierung durch Patientinnen zu warten. Darüber hinaus bedarf es einer strukturierten, ganzheitlichen Anamnese, die neben körperlichen Beschwerden gezielt auch psychische Symptome (z.B. depressive Verstimmung, Angst), die Schlafqualität, kognitive Veränderungen sowie die sexuelle Gesundheit erfasst. Standardisierte Screening-Instrumente können hierbei unterstützend eingesetzt werden (Heinemann et al., 2004; Brenk-Franz & Strauß, 2021). Zukünftig sollte die Versorgung individualisiert und symptomorientiert erfolgen. Dies umfasst eine evidenzbasierte Aufklärung über nor-

male und behandlungsbedürftige Veränderungen, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu Therapieoptionen (z. B. Hormontherapie, nicht-hormonelle Ansätze, Lebensstilinterventionen) sowie die Berücksichtigung individueller Risikofaktoren und Präferenzen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hierbei sinnvoll, insbesondere bei komplexen Beschwerdebildern. Die Einbindung von Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Psychosomatik sowie gegebenenfalls Physiotherapie oder Sexualberatung kann die Versorgungsqualität deutlich verbessern. Letztlich tragen das Ernstnehmen von Beschwerden sowie eine offene Gesprächskultur wesentlich zur Zufriedenheit, Adhärenz (d. h. der aktiven Mitwirkung der Patientinnen an vereinbarten therapeutischen Maßnahmen) und zu einer adäquaten Versorgung von Patientinnen in der Menopause bei.

Autorin

Dr. Katja Brenk-Franz, Senior Researcher, ist Leiterin des Forschungsbereichs »Bindung und Sexualität« am Universitätsklinikum Jena. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Bindungsforschung und Sexualmedizin, Entwicklung und Validierung von Instrumenten, Telemedizin und Versorgungsforschung.
Kontakt: katja.brenk-franz@med.uni-jena.de

Literatur

- Amrani, M.** (2023). Menopausale Übergangsphase und Postmenopause. In *Gynäkologische Endokrinologie und Kinderwunschtherapie: Prinzipien und Praxis*, 281–302. Springer.
- Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, L. E., Brooks, M., Tepper, P. G., & Greendale, G. A.** (2017). Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, 24(4), 379–390.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., & Tepper, P. G.** (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539.
- Badawy, Y., Spector, A., Li, Z., & Desai, R.** (2024). The risk of depression in the menopausal stages: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 357, 126–133.
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P.** (2018). Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. *Sleep Medicine Clinics*, 13(3), 443.
- Basson, R.** (2000). The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jan-Mar, 26(1), 51–65.
- Brenk-Franz, K., & Strauß, B.** (2021). Sexuelle Funktionsstörungen als Teilbereich der sexuellen Gesundheit in der Primärmedizin. *PPmP – Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 71(09/10), 412–422.
- Coslov, N., Richardson, M. K., & Woods, N. F.** (2024). »Not feeling like myself“ in perimenopause – what does it mean? Observations from the Women Living Better survey. *Menopause*, 31(5), 390–398.
- Davis, S. R., Pinkerton, J., Santoro, N., & Simoncini, T.** (2023). Menopause – Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*, 186(19), 4038–4058.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H.** (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76(3), 456–460.
- Duralde, E. R., Sobel, T. H., & Manson, J. E.** (2023). Management of perimenopausal and menopausal symptoms. *British Medical Journal*, 382.
- El Khoudary, S. R.** (2023). The menopause transition: a critical stage for cardiovascular disease risk acceleration in women. *Menopause*, 30(5), 556–558.

- El Khoudary, S. R., Wildman, R. P., Matthews, K., Thurston, R. C., Bromberger, J. T., & Sutton-Tyrrell, K. (2013). Progression rates of carotid intima-media thickness and adventitial diameter during the menopausal transition. *Menopause*, 20(1), 8–14.
- Epperson, C. N., Sammel, M. D., & Freeman, E. W. (2013). Menopause effects on verbal memory: findings from a longitudinal community cohort. *The Journal of clinical endocrinology & metabolism*, 98(9), 3829–3838.
- Fang, Y., Liu, F., Zhang, X., Chen, L., Liu, Y., Yang, L., Zheng, X., Liu, J., Li, K., & Li, Z. (2024). Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1767.
- Faubion, S. S., Enders, F., Hedges, M. S., Chaudhry, R., Kling, J. M., Shufelt, C. L., Saadedine, M., Mara, K., Griffin, J. M., & Kapoor, E. (2023). Impact of menopause symptoms on women in the workplace. *Mayo Clin Proc.* 2023 Jun.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Nelson, D. B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 375–382.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., & Sanders, R. J. (2014). Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause*, 21(9), 924–932.
- Gold, E. B., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G. A., Powell, L., Sternfeld, B., & Matthews, K. (2006). Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1226–1235.
- Gracia, C. R., Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Mogul, M. (2007). Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 831–840.
- Greendale, G. A., Sternfeld, B., Huang, M., Han, W., Karvonen-Gutierrez, C., Ruppert, K., Cauley, J. A., Finkelstein, J. S., Jiang, S.-F., & Karlamangla, A. S. (2019). Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight*, 4(5), e124865.
- Guha, M. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. In: Emerald Group Publishing Limited.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., De Villiers, T. J., & Group, S. C. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105–114.
- Haufe, A., Baker, F. C., & Leeners, B. (2022). The role of ovarian hormones in the pathophysiology of perimenopausal sleep disturbances: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 66, 101710.
- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. P., Strelow, F., Heinemann, L. A., & Thai, D. M. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 45.
- Hickey, M., Schoenaker, D. A., Joffe, H., & Mishra, G. D. (2016). Depressive symptoms across the menopause transition: findings from a large population-based cohort study. *Menopause*, 23(12), 1287–1293.
- Janssen, I., Powell, L. H., Crawford, S., Lasley, B., & Sutton-Tyrrell, K. (2008). Menopause and the metabolic syndrome: the Study of Women's Health Across the Nation. *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 1568–1575.
- Kilpi, F., Soares, A. L. G., Fraser, A., Nelson, S. M., Sattar, N., Fallon, S. J., Tilling, K., & Lawlor, D. A. (2020). Changes in six domains of cognitive function with reproductive and chronological ageing and sex hormones: a longitudinal study in 2 411 UK mid-life women. *BMC Women's health*, 20(1), 177.
- Kravitz, H. M., Zhao, X., Bromberger, J. T., Gold, E. B., Hall, M. H., Matthews, K. A., & Sowers, M. R. (2008). Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi-ethnic community sample of women. *Sleep*, 31(7), 979–990.
- Maki, P., & Jaff, N. (2022). Brain fog in menopause: a health-care professional's guide for decision-making and counseling on cognition. *Climacteric*, 25(6), 570–578.
- Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, H., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., Athappilly, G., Bobo, W. V., Rubin, L. H., Koleva, H. K., & Cohen, L. S. (2019). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Journal of Women's health*, 28(2), 117–134.
- Mitchell, E. S., & Woods, N. F. (2011). Cognitive symptoms during the menopausal transition and early postmenopause. *Climacteric*, 14(2), 252–261.

- Nappi, R., & Kokot-Kierepa, M.** (2012). Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*, 15(1), 36–44.
- Nowakowski, S., & Meers, J. M.** (2021). Cognitive-behavior therapy for sleep disorders at midlife. *Menopause*, 28(7), 833–835.
- Ohayon, M. M.** (2006). Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 166(12), 1262–1268.
- Palma, F., Volpe, A., Villa, P., & Cagnacci, A.** (2016). Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas*, 83, 40–44.
- Shieh, A., Karlamangla, A. S., Karvonen-Gutierrez, C. A., & Greendale, G. A.** (2023). Menopause-related changes in body composition are associated with subsequent bone mineral density and fractures: Study of Women's health across the nation. *Journal of Bone and Mineral Research*, 38(3), 395–402.
- Shifren, J. L.** (2018). Genitourinary syndrome of menopause. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 508–516.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B.** (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970–978.
- Thomas, H. N., Hamm, M., Hess, R., Borrero, S., & Thurston, R. C.** (2020). »I want to feel like I used to feel«: a qualitative study of causes of low libido in postmenopausal women. *Menopause*, 27(3), 289–294.
- Thomas, H. N., & Thurston, R. C.** (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49–60.
- Thurston, R. C., & Joffe, H.** (2011). Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 38(3), 489.
- Thurston, R. C., Thomas, H. N., Castle, A. J., & Gibson, C. J.** (2025). Menopause as a biological and psychological transition. *Nature Reviews Psychology*, 4(8), 530–543.
- Troia, L., Garassino, M., Volpicelli, A. I., Fornara, A., Libretti, A., Surico, D., & Remorgida, V.** (2025). Sleep Disturbance and Perimenopause: A Narrative Review. *J Clin Med*, 14(5). <https://doi.org/10.3390/jcm14051479>
- Weber, M., Rubin, L., Schroeder, R., Steffenella, T., & Maki, P.** (2021). Cognitive profiles in perimenopause: hormonal and menopausal symptom correlates. *Climacteric*, 24(4), 401–407.

WHO (2024). Menopause – Fact Sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

Zitierweise

Brenk-Franz, K. (2026). Die Menopause als biopsychosozialer Übergang – Herausforderungen für die ärztliche Versorgung. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 55–66. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_menopause-biopsychsoz

Alles Menopause oder was?! Kulturhistorische und psychosomatische Aspekte

Silke Koppermann

Wie haben sich das Erleben und die Bewertung der Wechseljahre in den letzten Jahrzehnten verändert? Wie bewertet eine langjährig erfahrene Gynäkologin diese Entwicklungen und den Einsatz der Hormonersatztherapie? Ein Meinungsbeitrag auf Grundlage einer Tagung des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF).

Wir älteren Ärztinnen erleben ein Déjà-vu: In den 1990-Jahren postulierten angesehene Gynäkologen, dass Frauen mit der Menopause in eine Hormonmangelsituation gerieten, vergleichbar mit Diabetes oder Schilddrüsenunterfunktion, die mit einer Hormonersatztherapie (HET) behandelt werden müsse. Es drohten ansonsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und »Witwenbuckel« infolge von Osteoporose. Ehen bzw. Ehemänner würden unter der Reizbarkeit der Frauen leiden.

Die Pharmaindustrie warb mit Werbesprüchen offensiv für den Einsatz entsprechender Produkte. Keine Hormone zu verschreiben galt als Kunstfehler. Skeptikerinnen wurde vorgeworfen, sie würden mit der Gesundheit der Frauen spielen.

Jahre später folgte die Ernüchterung durch die WHI-Studie (WHI = Women's Health Initiative; Rossouw et al., 2002). Vieles stellte sich als falsch heraus: Zwar lindert die Therapie mit Hormonen die Hitzewallungen und auch die damit oft zusammenhängenden Schlafstörungen, aber sie erhöht das Risiko

von Schlaganfällen und Thrombosen und besonders auch für das Auftreten von Brustkrebs. Die Verordnungszahlen brachen ein – Frauen wollten die HET nicht mehr.

Heute werfen Influencerinnen der Gesellschaft und den Ärztinnen und Ärzten vor, das Thema »Wechseljahre« zu ignorieren, das Leiden kleinzureden. Die Nichtbehandlung führe zur Beeinträchtigung ihrer Arbeitskraft und damit zu einem großen wirtschaftlichen Schaden. Betroffene, die deshalb Arbeitszeit reduzierten, drohe ein Verlust von Rentenansprüchen. Sie sprechen von neun Millionen Frauen in der Menopause,¹ denen mit Hormontherapien, Nahrungsergänzungsmitteln, Anti-Aging-Medizin und Coaches geholfen werden müsse. In den Beiträgen der Influencerinnen verschwimmen häufig die Grenzen zwischen Information und Werbung. Viele Medien haben das Thema seither aufgegriffen. Es gibt darin aber auch Kritik an diesem immer

1 <https://wirsindneunmillionen.de>

wiederkehrenden Narrativ der hormongesteuerten, defizitären Frau in den Wechseljahren.

Wir älteren Gynäkologinnen wundern uns: Es ist gut, dass die Wechseljahre durch das Engagement von Aktivistinnen aus der Tabuzone herausgeholt wurden. Aber: Sind die Wechseljahre plötzlich wieder bedrohlicher geworden? Sind Frauen weniger bereit, mit Veränderungen umzugehen? Ist das Älterwerden schlimmer geworden? Gibt es tatsächlich neue Erkenntnisse zur Hormontherapie? Und woher kommt die breite Akzeptanz zur Hormoneinnahme in dieser jungen Altersgruppe, wo doch viele Jüngere jegliche Hormone, sei es zur Verhütung oder als Therapie, als ungesund und unnatürlich bewerten?

Anthropologie, Historie und kulturelle Aspekte

»Die Menopause, das irreversible Ende der weiblichen Reproduktionsfähigkeit, wird seit mehr als 150 Jahren als behandlungsbedürftige Pathologie interpretiert. Mit Einführung der Hormonersatztherapie in den 1960er-Jahren erreichte die Medikalisierung der Menopause einen neuen Höhepunkt. Kann jedoch eine Lebensphase, die jede Frau durchläuft, die etwa das 50. Lebensjahr erreicht, per se eine »Krankheit« sein? Aus Perspektive der Evolutionären Anthropologie stellt die Menopause einen natürlichen und vor allem positiv selektierten Abschnitt der weiblichen Lebensgeschichte dar.« So formuliert es Sylvia Kirchengast in ihrem Vortrag »Die Menopause aus Sicht der evolutionären Anthropologie« auf dem Fachtag des AKF.² Die immer wieder aufgestellte Behauptung, Menopause bzw. das postmenopausale Leben sei evolutionär nicht vorgesehen, ist nicht haltbar.³

In der Anthropologie gibt es die Großeltern-Theorie, die einen evolutionären Vorteil beim Vorhandensein von Großeltern postuliert (Caspari, 2012). Die durchschnittliche Lebenserwartung war in der Antike und bis ins letzte Jahrhundert selbstverständlich sehr viel geringer als heute. Gründe waren Kindersterblichkeit und Todesfälle in Zusammenhang mit Krankheiten, Verletzungen oder Schwangerschaften. Nur wer das überlebte, konnte auch älter werden und die Menopause erleben.⁴

Immer mehr Frauen erleben heute eine zunehmende Lebensspanne jenseits ihrer körperlichen Fruchtbarkeit, was wir im Wesentlichen unseren besseren Lebensbedingungen und auch der modernen Medizin verdanken. Die meisten Alten leisten in dieser Lebensphase viel für die Gesellschaft im Rahmen bezahlter und unbezahlter Arbeit in Form von Ehrenamt oder Care-Arbeit.

Das Erleben und die Bewertung der Wechseljahre und des Alterns sind historisch und kulturell geprägt. Werden nur Jugendlichkeit, Fruchtbarkeit und körperliche Leistungsfähigkeit wertgeschätzt, wird die Angst vor deren Verlust groß. Altern bedeutet dann Abwertung und Ausschluss. Werden hingegen Wissen, Erfahrung und Weisheit gewürdigt, kann das Ansehen alter Menschen sogar steigen. Ethnologische Untersuchungen zeigen, dass Beschwerden im Alter auch von der gesellschaftlichen Bewertung des Alterns abhängen (Levy et al. 2002; 2009; Wurm et al., 2013).

Aristoteles beschrieb die Menopause wegen der »Stockung des Blutes« als Ursache von Krankheit. Noch im 19. Jahrhundert wurde die Menopause (und die Menstruation) als Auslöser für Verbrechen bewertet; in jedem Fall galt alles, was mit weiblichem Blut und unkontrollierbarer Fruchtbarkeit zusammenhing, als gefährlich (Duden, 1991).

2 <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2025/12/09/alles-menopause-oder-was-akf-fachtagung-1-2-november-2025-leipzig>

3 Es ist z.B. bekannt, dass verschiedene Säugetiere wie die Wale eine postmenopausale Lebensphase haben. <https://www.wissenschaft.de/erde-umwelt/weise-orca-damen-und-der-sinn-der-menopause>

4 Schon die biblischen Figuren Sarah und Abraham waren als alte Menschen mit den Themen Fruchtbarkeit und Kinderwunsch konfrontiert.

Veränderte Lebensphasen

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich innerhalb nur einer Generation die Lebensphase verändert, in der Frauen die Wechseljahre erleben. Heute folgen auf die Geburt der Kinder später schnell die Wechseljahre. Mit steigendem Alter der Erstgebärenden treffen deren Wechseljahre mit der Pubertät ihrer Kinder zusammen. Die Hormonumstellungen zweier Generationen stoßen aufeinander.

Zunehmend wollen oder können Frauen ihre Fruchtbarkeit aber gar nicht ausleben, die Zahl der gewollt und ungewollt Kinderlosen nimmt zu. Manche Frauen setzen ihre Hoffnung in moderne Reproduktionstechnologie für eine Verlängerung ihrer Fruchtbarkeit bei noch nicht erfülltem Kinderwunsch.

Was in den Wechseljahren passiert

Mit »Menopause« wird der Zeitpunkt der letzten natürlich bedingten Regelblutung bezeichnet. Dieses Datum lässt sich erst im Nachhinein festlegen, das heißt, wenn 12 Monate lang keine uterine Blutung mehr aufgetreten ist. Manchmal ist der Zeitpunkt der Menopause allerdings gar nicht bestimmbar, weil nach einer späten Geburt und der Still-Amenorrhoe⁵ keine Blutung mehr einsetzt oder weil wegen der Einnahme von Hormonen zur Verhütung weitere Blutungen auftreten oder schon lange unterdrückt wurden. Die Zeit vor und nach der Menopause bezeichnet man als Prä- und Postmenopause oder eben: Wechseljahre. Sie kann von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen begleitet werden, mit daraus folgenden Schlafstörungen, und auch von anderen unspezifischen Beschwerden. Etwa ein Drittel der Frauen merkt kaum etwas, ein Drittel hat Symptome, von denen sie sich nicht wesentlich beeinträchtigt fühlen, ein Drittel hat stärkere Beschwerden und möchte und braucht eine Behandlung (Schultz-Zehden, 2004).

5 Amenorrhoe: das Ausbleiben der Regelblutung.

Die Menopausen-Rating-Scale (MRS) zählt zahlreiche Symptome auf, die im zeitlichen Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten können, aber nicht unbedingt durch sie verursacht werden. Welche der oft angegebenen Beschwerden werden tatsächlich von der Hormonumstellung verursacht? Um das zu klären, wurden in einer großen Studie (Weidner et al., 2012) zunächst Frauen verschiedener Altersstufen nach Symptomen befragt. Das Ergebnis: Viele der in der Menopausen-Rating-Scale aufgeführten Beschwerden sind sehr weit verbreitet, unabhängig vom Menopausen-Status. Sie nehmen mit dem Alter zu. In einer weiteren Studie gaben Männer dieselben Symptome an, auch im Wesentlichen altersabhängig (Weidner et al., 2017). Als einzig spezifische Beschwerden der Wechseljahre wurden Hitzewallungen und daraus folgende Schlafstörungen sowie die Trockenheit der genitalen Schleimhäute identifiziert.

Persönliches Erleben und Bewerten der Wechseljahre

Das Ende der Fruchtbarkeit kann für Frauen eine Erleichterung, das Ende der Verhütungsnotwendigkeit und der Angst vor ungewollten Schwangerschaften sein. Für andere kann das ein Grund zur Trauer sein, dass sich unerfüllte Kinderwünsche nun nicht mehr werden erfüllen lassen; für die meisten Frauen ist es eine Zeit der Bilanz und der Reflexion über dieses Thema. Und manche Frau hat das Thema noch nie interessiert und sie musste sich nur rechtfertigen über ihre gewollte oder ungewollte Kinderlosigkeit. Manche halten Alterserscheinungen wie neue Falten kaum aus, andere belasten derartige Veränderungen sehr wenig. Es ist auch eine Phase, in der sich Belastungen und Prädispositionen zu Krankheiten manifestieren können.

In diese Lebensphase fallen aber nicht nur körperliche Veränderungen. Beruflich kann es eine Phase der Etablierung und des gesteigerten Selbstbewusstseins sein. Für andere bringt sie den Wiedereinstieg und Neustart nach Einschränkungen durch die Familienphase. Viele reflektieren darüber, was sie (immer noch) nicht erreicht haben, und empfinden Bedauern und Zorn über die Hindernisse durch

familiäre Arbeitsteilung und gesellschaftliche Strukturen, die Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung einschränken.

Die verbreitete Erschöpfung und andere diffuse körperliche Symptome, die häufig als wechselljahrespezifisch interpretiert werden, sind zum großen Teil auch Folgen von Belastungen durch die Arbeit und im Privatleben (siehe Vortrag von Silke Raab, »Frauen – Arbeit – Menopause: Betriebliches Gesundheitsmanagement als Chance«⁶). Frauen haben in diesem Alter Doppel- und Dreifachbelastungen durch Care-Arbeit für Kinder oder zu pflegende Angehörige. Viele denken in diesem Zusammenhang über ihre beruflichen Perspektiven und möglichen Alternativen nach. Erschöpfung und Überlastung bei Frauen dieses Alters allein auf ihre hormonelle Situation zu beziehen, ist sehr verkürzt und reduziert die Frauen auf ihren Hormonstatus. Richtig ist, dass viele Frauen häufig bis über ihre Grenzen hinaus arbeiten und belastet sind und beruflich trotzdem keine Weiterentwicklung gelingt. Hier gäbe es viel Raum für Verbesserungen und eine gerechtere Arbeitsverteilung.

Anmerkungen zur Hormontherapie

Die Wechseljahre sind eine Schwellensituation, eine Zeit für Lebensentscheidungen, für die einen verbunden mit Belastungen, für die anderen mit Befreiung. Viele suchen nach Informationen über die körperlichen Veränderungen, viele wollen auch Unterstützung, brauchen Begleitung durch eine potenziell krisenhafte Zeit. Ärztinnen und Ärzte können Frauen mit evidenzbasierten Informationen, auch zur Hormontherapie, in die Lage versetzen, gut informiert über geeignete Therapien zu entscheiden.

Zur Hormontherapie liegt inzwischen viel aus Studien gewonnenes Wissen vor, für Deutschland konzentriert in der Leitlinie »Peri- und Postmenopause

– Diagnostik und Interventionen«.⁷ Die Leitlinie wurde von einem Fachgremium auf der Grundlage der vorhandenen Evidenz in einem langwierigen Prozess entwickelt und wird derzeit aktualisiert. Zentrale Empfehlung darin: Die Hormontherapie ist sehr wirksam, sie hat ihren Stellenwert bei spezifischen Beschwerden. Wegen der damit verbundenen erhöhten Risiken für eine Zahl von Erkrankungen wie Thrombose oder Brustkrebs sollte sie aber in möglichst niedriger Dosierung für einen begrenzten Zeitraum angewendet werden. Wie Pro und Kontra im Einzelnen abzuwägen sind, sollte individuell mit der Frau besprochen werden. Ein präventiver Einsatz – Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen – ist nicht indiziert. Entsprechende Präparate, meist eine Mischung aus Östrogen und Gestagen, sind bis heute Standard. Frauen mit Uterus müssen immer zusätzlich zu den Östrogenen ein Gestagenpräparat anwenden, um so eine übermäßige Bildung von Gebärmutter Schleimhaut zu verhindern, die zu Gebärmutterkrebs führen könnte. Oft wird der Eindruck vermittelt, die sogenannten »bioidentischen« Hormone könne man ohne Risiko einnehmen. Der Hype um die sogenannten bioidentischen Hormone ist eine Marketingstrategie. Sie werden längst in der Therapie verwendet, andererseits sind sie wegen der Ähnlichkeit zu den Hormonen der Frau deshalb nicht risikolos, und es fehlen noch Studien über die Risiken der niedriger dosierten Hormontherapien.

Daneben können Lebensstiländerungen, körperlicher Ausgleich, Entspannung, pflanzliche Präparate und auch kognitive Verhaltenstherapien die Symptome des Wechsels lindern bzw. den Umgang damit erleichtern. Beruhigend ist, dass die lästigen Symptome bei den allermeisten Frauen nach einigen Jahren aufhören. Es beginnt das »Senium«, die ruhige Phase des Alters – die allerdings andere körperliche Probleme mit sich bringen kann.

6 <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2025/12/09/alles-menopause-oder-was-akf-fachtagung-1-2-november-2025-leipzig>

7 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-062>

Der psychosomatische Blick in der frauenärztlichen Praxis

Die frauenärztliche oder hausärztliche Praxis ist für Frauen meist die erste Anlaufstelle. Vorrangige Aufgabe ist es zunächst, unvoreingenommen zuzuhören. Die Wechseljahre werden an den Symptomen erkannt, die Messung der Hormone (»Hormonspiegel«) ergibt keinen Sinn. Es geht darum, Frauen in dieser Zeit zu begleiten und, falls nötig und gewünscht, zu behandeln. Dazu gehört die Vermittlung von Wissen über die biologischen Vorgänge ebenso wie Kenntnisse der spezifischen Lebenssituation und der daraus entstehenden Bedürfnisse und Konflikte. Daraus können auf der Basis von Evidenz Behandlungsoptionen und Strategien gemeinsam entwickelt werden. Das ist ein Prozess und setzt vor allem Zeit, gegenseitige Akzeptanz und Vertrauen voraus. Leider ist dieses hohe Gut, die »sprechende Medizin«, in Zeiten von Ökonomisierung im Gesundheitswesen gefährdet. Die Abrechnungsregeln verlangen Diagnosen von psychischen Erkrankungen (»F-Diagnosen« nach ICD 10) zur Begründung von längeren oder wiederholten Gesprächen, was zu einer Pathologisierung von normalen Bedürfnissen in dieser Lebensphase führen kann. Das wird von den Betroffenen als kränkend und als Vertrauensbruch empfunden und kann, zusammen mit der oft tatsächlich kurzen »Sprechzeit«, ein Grund dafür sein, dass Frauen sich nicht verstanden und angenommen fühlen: »Die Ärztin hat mir nicht zugehört und hat keine Ahnung«, wird häufig von den Aktivistinnen der neun Millionen ausgesagt als Ausdruck von misslungener Kommunikation und mangelndem Vertrauen. Möglich ist auch, dass wohlmeinende Beruhigung mit dem Ziel der Entpathologisierung als Nichtwissen oder »Gaslighting« interpretiert wird.

Durchleben von Krisen ist keine psychische Störung und kann trotzdem Begleitung und Unterstützung erfordern – vom sozialen Umfeld oder auch professionell und ärztlich.

Fazit

Es ist gut und ein Verdienst der Aktivistinnen, das Thema Wechseljahre aus der Tabuzone geholt zu

haben. Die Bewertung und der Umgang mit der Menopause sind gute Beispiele für die Folgen von schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen, Belastungen und mangelnder gesundheitlicher Versorgung. Schwachstellen in unserem Gesundheitswesen werden deutlich.

Wechseljahre können anstrengend sein und Frauen sollten sie mit Selbstbewusstsein und Akzeptanz durchleben können: »Ja, ich habe eine Hitzewallung, und keiner hat zu lachen oder peinlich berührt zu sein!«

Was wir aber nicht brauchen, ist Angstmache, eine Pathologisierung und Medikalisierung der Wechseljahre. Der »Menopausal Gold Rush« mit immer neuen Angeboten für Coaching und andere Dienstleistungen, Nahrungsergänzungsmitteln und privatärztlichen Erstberatungen zu hohen Preisen nützt nur den Anbietenden und nicht den betroffenen Frauen.

Autorin

Silke Koppermann ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Psychotherapeutin. Sie ist Stellvertretende Vorsitzende des Arbeitskreises Frauengesundheit e.V. (AKF).
Kontakt: koppermann@akf-info.de

Literatur

- Anderson, G. L., Limacher, M., Assaf, A.R., et al.** (2004). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1701-1712.
- Beckermann, M.** (2020). Wechseljahre – was muss ich wissen, was passt zu mir? Hofgrefe.
- Caspari, R.** (2012). Kultursprung durch Großeltern. *Spektrum der Wissenschaft*. Nr. 4/2012. <https://www.spektrum.de/news/menschenevolution-kultursprung-durch-grosseltern/1147977>
- Duden, B.** (1987). *Geschichte unter der Haut: Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Klett-Cotta.

Leitlinie »Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen«. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-062>

Levy, B. R., et al. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270.

Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.

Mangler, M. (2024). *Das große Gyn-Buch*. Insel.

Mühlhauser, I., & Beckermann, M. (2022). Menopausale Hormontherapie: Evidenz und Eingang in die Praxis. In H. Schröder, P. Thürmann, C. Telschow, M. Schröder, R. Busse (Hrsg.), *Arzneimittel-Kompass 2022*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66041-6_7

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., et al. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321–333.

Schultz-Zehden B. Das Klimakterium als Herausforderung: Zeit des Wandels und der persönlichen Neuorientierung. *Psychotherapeut* 2004; 49, 350–356

Weber, S. (2026). *Freie Tage. Die feministische Kraft der Menopause*. Rowohlt.

Weidner, K., Richter, J., Bittner, A., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2012). Klimakterische Beschwerden über die Lebensspanne? Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2012; 62(07), 266–275. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311561>.

Weidner, K., Beckermann, M., & Neises, M. (2016). Beschwerden in den Wechseljahren: Nicht nur eine Frage der hormonellen Situation. *Deutsches Ärzteblatt PP Ausgabe* 12/2016. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/beschwerden-in-den-wechseljahren-nicht-nur-eine-frage-der-hormonellen-situation-98ce4553-b734-4165-ba56-4bb2a583d48a>

Weidner, K., Croy, I., Siepmann, T., Brähler, E., Beutel, M., & Bittner, A. (2017). Menopausal syndrome limited to hot flushes and sweating a representative survey study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2017; 38(3), 170–179. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291624>

Weidner, K. (2025). *Menopause als Schwellensituation – ein psychosomatischer Blick*. Vortrag bei der Tagung »Alles Menopause oder WAS?! – AKF-Fachtagung, 1. & 2. November 2025, Leipzig. <https://www.arbeitskreis-frauen-gesundheit.de/2025/12/09/alles-menopause-oder-was-akf-fachtagung-1-2-november-2025-leipzig/>

Wurm, S., et al. (2013). How do negative and positive age stereotypes differ in their effects on older adults' physical and mental health? *Social Science & Medicine* 2013, 95, 46–52.

Zitierweise

Koppermann, S. (2026). Alles Menopause oder was?! Kulturhistorische und psychosomatische Aspekte. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 67–72. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_menopause-histor

Frauengesundheit und FemTech: Zwischen Innovationspotenzial und systemischen Hürden

Interview mit Dr. Olena Ivanova

Das Thema Frauengesundheit erhält endlich die längst überfällige weltweite Aufmerksamkeit. Innovationen und Technologien sind, wie in anderen Bereichen, zunehmend zentrale Triebkräfte dieses Wandels. Dennoch bestehen nach wie vor erhebliche Lücken bei der wissenschaftlichen Evidenz, der Finanzierung, dem Zugang und der Integration in die bestehenden Gesundheitssysteme. Um zu verstehen, wie es aktuell um Innovationen im Bereich der Frauengesundheit steht und was als Nächstes passieren muss, sprach die Redaktion FORUM mit Dr. Olena Ivanova, einer weltweit führenden Expertin an der Schnittstelle von Forschung und Innovation im Bereich der Frauengesundheit.

Frau Dr. Ivanova, könnten Sie uns etwas über Ihren beruflichen Werdegang erzählen? Was hat Sie dazu bewegt, an der Schnittstelle zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit von Frauen, Innovation und Technologie zu arbeiten?

Ich betrachte die Frauengesundheit aus verschiedenen Blickwinkeln und beschreibe meine Arbeit oft als Brücke zwischen Forschung, Gesundheitsversorgung und Innovation. Ich habe eine Ausbildung zur Fachärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie absolviert und bin später in die Forschung gewechselt, wo ich mich auf internationale sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Chancengerechtigkeit

konzentriert habe, insbesondere auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen wie Jugendliche, Geflüchtete und Migrantinnen. Meine Arbeit umfasst Bereiche wie Sexualaufklärung, Implementierungs- und Evaluationsforschung, Infektions- und chronische Krankheiten sowie digitale Gesundheit.

Neben meiner akademischen Arbeit begann ich, FemTech-Start-ups (kurz für »Female Technologies«) zu beraten, und engagierte mich beim Aufbau von FemTech-Initiativen. FemTech ist ein schnell wachsender Sektor. Es konzentriert sich darauf, mithilfe von Technologie gezielt auf jene Gesundheitsbedürfnisse einzugehen, die Frauen auf einzigartige,

andere oder überproportionale Weise betreffen. Dazu gehören unter anderem Geräte zur Hormonüberwachung, Wearables¹, KI-gesteuerte Anwendungen, neuartige Diagnostika und etablierte Tools wie Apps zum Menstruationstracking.

Heute bringe ich diese Perspektiven bewusst zusammen, indem ich Innovation in meine Forschung integriere, Start-ups bei der Produktentwicklung, der Erarbeitung von Evidenz und der Bewertung ihrer Lösungen unterstütze und dabei helfe, Plattformen zu schaffen, die verschiedene Akteure miteinander verbinden, um Innovationen im Bereich der Frauengesundheit gemeinsam voranzutreiben.

Sie haben mehrere FemTech-Initiativen mitbegründet, darunter FemTech Germany, Women's Health & FemTech Ukraine und das SxRx Collective in Australien. Was hat Sie motiviert, diese Gemeinschaften aufzubauen, und welche Rolle spielen sie bei der Förderung der Frauengesundheit?

Meine Motivation entstand daraus, dass ich in verschiedenen Ländern immer wieder auf dieselbe strukturelle Herausforderung stieß: Innovationen im Bereich der Frauengesundheit schritten zwar voran, aber oft sehr fragmentiert und isoliert. Es gibt fundierte Forschung, neue Technologien und engagierte Einzelpersonen, aber nur wenige Räume, in denen diese Bemühungen nachhaltig und sinnvoll zusammengeführt werden konnten. Angesichts der Komplexität der Frauengesundheit hängt echter Fortschritt jedoch von Zusammenarbeit ab, nicht von isolierten Einzelinitiativen.

Organisationen und Netzwerke wie FemTech Germany², Women's Health & FemTech Ukraine³ und das SxRx Collective⁴ in Australien zielen darauf ab,

eine Infrastruktur zur Vernetzung zu schaffen. Sie bieten Plattformen für Dialog, gemeinsames Lernen und den Aufbau von Partnerschaften. Über die Zusammenarbeit hinaus tragen diese Gemeinschaften auch zur Interessenvertretung bei, indem sie die Sichtbarkeit von Prioritäten im Bereich der Frauengesundheit erhöhen und zu politischen und budgetären Veränderungen beitragen.

Wer sind die wichtigsten Akteure in diesen FemTech-Communities, was sind ihre Hauptziele, Schwerpunkte und Aktivitäten?

FemTech-Communities sind bewusst sektorübergreifend angelegt. Sie bringen Menschen aus Forschung und Bildung, dem Gesundheitswesen, Start-ups und Innovation, Personen mit eigener Erfahrung sowie Investierende, politisch Verantwortliche und Organisationen des Innovationsökosystems wie Akzeleratoren⁵ und Innovationszentren zusammen. Diese Vielfalt spiegelt eine gemeinsame Mission wider: dazu beizutragen, den Gender Health Gap⁶ zu schließen, indem mehr Innovationen im Bereich der Frauengesundheit unterstützt werden. Die Aktivitäten variieren je nach Kontext, umfassen jedoch häufig das FemTech-Ökosystem-Mapping (etwa der deutschen FemTech-Landschaft⁷), das Ausrichten von Online- und Präsenzveranstaltungen (wie Podiumsdiskussionen und Konferenzen), die Förderung der Zusammenarbeit durch Hackathons⁸ sowie den Beitrag zu gesundheitspolitischem Engagement und Advocacy durch White Papers, technische Berichte und gemeinsame Förderanträge.

1 Kleine vernetzte Computer, die am Körper getragen werden und z. B. Gesundheitsdaten messen und auswerten.

2 <https://femtechgermany.org>.

3 <https://femtech.co.ua/en>.

4 <https://www.spherecre.org/research/sxrx-collective>.

5 Akzeleratoren (engl. Accelerator: Beschleuniger) fördern bereits existierende Start-ups.

6 <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies>.

7 <https://femtechinsider.com/german-femtech-landscape-100-startups-driving-womens-health-innovation>.

8 Ein kollaboratives Veranstaltungsformat, bei dem Teilnehmende in Teams innerhalb kürzester Zeit innovative, technologiebasierte Lösungen für spezifische Herausforderungen entwickeln.

Mir ist es wichtig, an dieser Stelle auch die Arbeit von FemTech Across Borders (FAB)⁹ hervorzuheben, wo ich ebenfalls Mitglied bin. Das ist ein globales Konsortium von FemTech-Initiativen in mehr als 70 Ländern, das Innovation, Aufklärung und Gemeinschaft weltweit fördert.

Wie würden Sie aus Ihrer internationalen Perspektive den aktuellen Stand des globalen Marktes für Frauengesundheit und des FemTech-Ökosystems beschreiben? Wo gibt es bereits starke Unterstützungsstrukturen, wo liegen die größten Lücken und was muss sich dringend ändern?

Der Markt für Frauengesundheit¹⁰ wird zunehmend als einer der bedeutendsten Bereiche des Gesundheitswesens anerkannt, dessen Marktvolumen bis 2030 auf über 600 Milliarden US-Dollar ansteigen könnte. Aktuelle globale Analysen und Berichte zeigen, dass die Frauengesundheit sich von einer »Nische« zu einem wichtigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Motor entwickelt. Es setzt sich die Erkenntnis durch, dass eine bessere Gesundheit von Frauen enorme positive Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung, die Produktivität und die allgemeine Bevölkerungsgesundheit hat. Das FemTech-Ökosystem ist erheblich gereift und hat sich über die Bereiche Fruchtbarkeit und Zyklus-Apps hinaus auf Themen wie Menopause, psychische Gesundheit, chronische und Autoimmunerkrankungen, Herz-Kreislauf-Gesundheit, Krebserkrankungen und Endometriose über den gesamten Lebensverlauf hinweg ausgeweitet.

Die größten Lücken sind jedoch struktureller Natur und halten sich hartnäckig. Ein aktueller Bericht des Weltwirtschaftsforums¹¹ identifizierte drei Lücken, die den Fortschritt bei Innovationen im Bereich der

Frauengesundheit behindern: Lücken bei der Kapitalallokation, der Evidenz und der Umsetzung. Die Finanzierung bleibt eine große Herausforderung, und viele FemTech-Unternehmen sind gezwungen, schnell zu skalieren,¹² ohne über ausreichende Ressourcen für die Erarbeitung solider Evidenz, Umsetzungsforschung oder langfristige Nachhaltigkeit zu verfügen. Zudem konzentriert sich der Großteil der Forschungs- und Innovationsmittel auf wenige Erkrankungen, während Erkrankungen mit hoher Belastung, die Frauen anders oder überproportional betreffen – wie Migräne oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen –, unterrepräsentiert bleiben.

Daten- und Evidenzlücken sind ein weiteres dringendes Problem. Frauen sind in der klinischen Forschung nach wie vor unterrepräsentiert. Viele Erkrankungen, die Frauen überproportional oder anders betreffen, sind nach wie vor unzureichend erforscht, und nach Geschlecht und Gender aufgeschlüsselte Daten werden noch immer nicht einheitlich erhoben. Diese Lücken sind besonders problematisch, da KI-gestützte Tools in der Frauengesundheit zunehmend an Bedeutung gewinnen. Wenn Algorithmen auf der Grundlage unvollständiger oder verzerrter Daten trainiert werden, besteht die reale Gefahr, dass bestehende Ungleichheiten verstärkt statt beseitigt werden.

Schließlich bleibt die Integration und Einführung in die Gesundheitssysteme eine Herausforderung. Zu viele Innovationen bleiben isolierte Lösungen, die außerhalb von klinischen Leitlinien, Erstattungsregelungen und Strategien der öffentlichen Gesundheit operieren, was ihre Reichweite einschränkt.

Die Förderung der Frauengesundheit erfordert koordiniertes Handeln auf mehreren Ebenen. Auf der Forschungsseite brauchen wir inklusivere klinische Studien, bessere nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten und nachhaltige Investitionen in Erkrankungen, die lange Zeit vernachlässigt wurden. Auf der politischen und regulatorischen Ebene sind klarere Wege erforderlich, um sichere Innovationen zu un-

9 <https://femtechacrossborders.com>

10 <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/the-future-of-womens-health.html>

11 https://www.weforum.org/publications/the-women-s-health-innovation-radar-revealing-gaps-and-opportunities-across-the-science-to-patient-journey/?utm_source=linkedin&utm_medium=social

12 Skalieren bedeutet, möglichst ohne größere Investitionen oder steigende Kosten zu wachsen.

terstützen und gleichzeitig einen zeitnahen Markteintritt zu ermöglichen, sowie Erstattungsmodelle, die sicherstellen, dass wirksame Innovationen wie neue Diagnostika und Behandlungen auch jenen zugänglich sind, die diese nicht aus eigener Tasche bezahlen können. Schließlich müssen die Gesundheitssysteme selbst offener und integrationsbereit werden. Die wirkungsvollsten FemTech-Lösungen sollten in den Behandlungsverlauf und über die gesamte Lebensspanne von Frauen hinweg eingebettet werden, damit Frauen eine Kontinuität der Versorgung erleben und nicht eine Fragmentierung. Ebenso wichtig ist es, die interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Innovation, Forschung, Klinik und den Communities zu fördern und zu unterstützen, damit Lösungen nicht nur skalierbar, sondern auch sicher, wirksam, gerecht und gemeinsam mit Menschen mit eigener Lebenserfahrung entwickelt werden.

Tatsächlich wird die Finanzierung oft als großes Hindernis für Innovationen im Bereich der Frauengesundheit genannt. Wie wird FemTech derzeit finanziert und was muss sich ändern, damit wirksame Lösungen entwickelt und skaliert werden können?

Derzeit wird FemTech durch eine Mischung aus Risikokapital, Business-Angel-Investoren¹³, öffentlichen Fördermitteln und Philanthropie finanziert, aber das hinkt dem tatsächlichen Investitionsbedarf in diesem Wirkungsbereich oft weit hinterher. Die Frauengesundheit erhält nur etwa 5 bis 6 % der weltweiten Forschungs- und Entwicklungsmittel (F&E)¹⁴ sowie Investitionsmittel im Gesundheitswesen, obwohl Frauen die Hälfte der Bevölkerung ausmachen und einen Großteil der Gesundheitsausgaben bestimmen. Um wirksame Lösungen zu beschleunigen, benötigen wir zweckgebundene, stufenweise angepasste Finanzmittel. Dazu gehören öffentliche Mittel für Forschung und Pilotprojekte (zum Beispiel: eine kürzlich veröffentlichte Ausschreibung für MedTech

im Bereich Frauengesundheit in Deutschland¹⁵) sowie Investoren, die in längeren Zeiträumen denken und die Realitäten des Gesundheitssystems verstehen.

Wie sehen Sie die Entwicklung der Frauengesundheit und von FemTech in den nächsten fünf Jahren? Wie würde für Sie ein bedeutender Fortschritt aussehen?

Ich hoffe, dass Innovationen im Bereich der Frauengesundheit und FemTech in fünf Jahren fester in der allgemeinen Gesundheitsversorgung, Forschung und Politik verankert sein werden. Ein bedeutender Fortschritt wäre für mich die breite Anerkennung, dass die Gesundheit von Frauen das Fundament für das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft ist, gestützt durch nachhaltige Investitionen und politisches Engagement. Ich wünsche mir, dass mehr evidenzbasierte Innovationen den Sprung aus der Pilotphase in die Regelversorgung schaffen, unterstützt durch klare Regulierungs-, Finanzierungs- und Erstattungswege. Wenn Innovationen im Bereich der Frauengesundheit in fünf Jahren inklusiver, diverser, besser finanziert und enger an echter Evidenz ausgerichtet sind, haben wir eine tiefgreifende und dauerhafte Veränderung erreicht.

Frau Dr. Ivanova, wir danken Ihnen für das Interview.¹⁶

13 Private Geldgeber, die Start-ups in der Frühphase mit Kapital, Fachwissen und Kontakten fördern.

14 <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/the-future-of-womens-health.html>

15 <https://www.bmfr.bund.de/SharedDocs/Bekanntmachungen/DE/2026/03/2026-03-20-bekanntmachung-mt4w.html>

16 Die Fragen wurden schriftlich in englischer Sprache beantwortet. Der Text wurde mithilfe von Künstlicher Intelligenz (DeepL) bei Redaktion übersetzt und anschließend geprüft und angepasst.

Interviewpartnerin

Dr. Olena Ivanova ist Senior Research Fellow am SPHERE Centre of Research Excellence der Monash University in Australien und assoziierte Forscherin am Institut für Infektions- und Tropenmedizin, LMU Klinikum in Deutschland. Sie verfügt über einen Dokortitel in Gesundheitswissenschaften, einen medizinischen Abschluss und einen Master in Public Health von führenden europäischen Institutionen. Ihre internationale, multidisziplinäre Forschung konzentriert sich auf die Förderung von Gerechtigkeit und Innovation im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Sie ist Gründerin von Women's Health & FemTech Ukraine, Mitbegründerin von FemTech Germany sowie Gründerin des SxRx Collective in Australien. Sie treibt Veränderungen durch evidenzbasierte Forschung, den Aufbau von Gemeinschaften und strategische Beratung voran und wurde von Women of Wearables zu einer der 200 wegweisenden Führungskräfte im Bereich Frauengesundheit und FemTech ernannt.

Kontakt:
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/olenaiva>
Website: <https://ivanovaolena.com>

Zitierweise

Ivanova, O. (2026). Frauengesundheit und FemTech: Zwischen Innovationspotenzial und systemischen Hürden. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 73–77. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_femtech

Projektskizzen

- » Projekt zu Menstruation und Früherkennung von Endometriose
- » Projekt »Wahl des Geburtsortes«
- » Leipzig Reproductive Health Research Center (LE-REP)
- » Forschungsprojekt »WECHSELZEIT«
- » Pilotprojekt zur Frage rassistischer Diskriminierung in der Geburtshilfe
- » Begleitung und Unterstützung in der Schwangerschaft

Projekt zu Menstruation und Früherkennung von Endometriose

Menstruationsschmerzen sind nicht normal und sollten behandelt werden

Sylvia Mechsner

Im Zuge der veränderten gesellschaftlichen Entwicklung menstruieren Frauen etwa zehnmal häufiger als noch vor 100 Jahren. Gab es früher noch keine sicheren Verhütungsmittel, folgte für viele Frauen Schwangerschaft auf Schwangerschaft, unterbrochen von Stillzeiten. Frauen waren für die Reproduktion bestimmt, hatten wenig Möglichkeiten, ihr Leben zu gestalten, und wurden früh »in die Ehe gegeben«. Daraus ergab sich, dass Frauen nur etwa vierzigmal in ihrem ganzen reproduktiven Leben menstruieren. Aus den Veränderungen im Laufe der Zeit, dem höheren Bildungsstand, sicheren Verhütungsmethoden und einer angepassten Familienplanung folgt, dass Frauen nun rund vierhundertmal in ihrem Leben menstruieren (Crichtly et al., 2020). Der Zeitpunkt einer Familiengründung ist heute frei wählbar und hat sich weit nach hinten verschoben. Der aktuelle Gipfel der ersten ausgetragenen Schwangerschaft liegt bei 32 Jahren; noch in den 1970er-Jahren war dieser Anfang 20 (Leyendecker & Wildt, 2019). Daraus ergibt sich, dass der weibliche Körper bis zum Eintreten der ersten Schwangerschaft nicht selten bereits 200 Menstruationsblutungen durchgemacht hat.

Bei der Menstruation kommt es, wenn sich keine befruchtete Eizelle in der Gebärmutterhöhle eingenistet hat, zum Abbau des Gelbkörpers, wodurch ein Abfall des Hormons Progesteron entsteht. Dies induziert in der Gebärmutter Schleimhaut die Freisetzung von Gewebsbotenstoffen, den Prostaglandinen. Die Gebärmuttermuskulatur kontrahiert, es werden Gefäße abgedrückt, sodass es nachfolgend zu einer Minderdurchblutung der Schleimhaut kommt und diese dann abstirbt und abgestoßen wird. Ein Vorgang, der durchaus auch mit Krämpfen und Schmerzen einhergeht. Passiert diese Blutung

selten, ist es eine völlig andere Situation, als wenn dies nun monatlich über Jahre geschieht. Der veränderten Frequenz der Blutungen wurde aber in der medizinischen Versorgung von Teenagern und jungen Frauen nie Rechnung getragen (vgl. Plan International, 2022). Dass Menstruationsblutungen schmerzhaft sein können, gilt als völlig normal und wurde kaum weiter beachtet, auch wenn Schmerzen über ein normales Maß hinaus auftreten. Eine wichtige Erkrankung, die Endometriose, deren Leitsymptom schwere Regelschmerzen und zyklische Schmerzen sind, wurde so oft über Jahre verkannt. Es wird dagegen in der Regel angenommen, dass diese Beschwerden »normal« seien; Mädchen und junge Frauen sollten sich »nicht so anstellen« und mal eben eine Schmerztablette oder einfach die Pille nehmen (Plan International, 2022; Erfahrungsberichte von Patientinnen aus eigener Praxis).

Eine verbesserte Behandlung und Früherkennung

In den letzten Jahren wuchs insbesondere die Erkenntnis, dass erstens viele Menstruierende (ca. 70%) von Regelschmerzen betroffen sind, zweitens, dass repetitive Schmerzen auch zur Aktivierung des Schmerzgedächtnisses (mit nozioplastischen Veränderungen bis hin zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von chronischen Schmerzen) führen und es drittens dafür keine Regelversorgung gibt (Armour et al., 2018; 2020; Iacovides et al., 2015). Daraus ergab sich die Notwendigkeit, eine neue Versorgungsstruktur für gerade diese Problematik aufzubauen, auch mit dem Ziel, eine verbesserte Früherkennung für Endometriose zu etablieren, da hier therapieresistente Regelschmerzen deutliche

Warnhinweise sind. Ein Konsortium aus Expert*innen¹ der integrativen Medizin sowie der Gynäkologie wurde gebildet. Die Studie wurde durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (FKZ: 01NVF21111) finanziert. Um möglichst viele junge Menschen zu erreichen, haben wir in der ersten Stufe der neuen Versorgung im Rahmen der Studie eine digitale Versorgung angeboten (nVF-1). Die period.-App (<https://www.period-app.de/>) wurde erarbeitet, mit der jungen Menschen (16 bis 24 Jahre) Informationen zum Zyklus und zur Menstruation zur Verfügung gestellt werden. Wissensseinheiten beantworten die Fragen: Was ist der Zyklus? Was passiert dort eigentlich? Was ist normal, was ist nicht normal hinsichtlich der Schmerzstärke? Was ist die Gebärmutter, was sind die Genitalorgane?

Die Expert*innen haben animierte Videos, Anamnesegespräche und alles, was es an evidenzbasiertem Wissen zur Behandlung von Menstruationsschmerzen bereits gibt, zusammengestellt, angefangen bei komplementären Verfahren wie pflanzlichen Produkten, Massagen, Akupressur bis hin zur Schmerzmittelinnahme (welche und wie diese genommen werden sollten, in welcher Dosierung) und hormonellen Therapie.

Das Projekt wurde von den Krankenkassen TK, DAK und Barmer gefördert, d.h., Versicherte dieser Krankenkassen durften an der Studie teilnehmen, wenn die Versicherten Regelschmerzen auf der Schmerzskala von über 6/10 hatten oder mit Schmerzmittel 4/10. Sie sollten dann zunächst die App für drei Monate nutzen und sich mithilfe der App Wissen aneignen, um ihre Regelschmerzen selbstständig adäquat zu behandeln. Es erfolgten regelmäßige Abfragen hinsichtlich der Schmerzstärken und Schmerztage, aber auch die ergriffenen Maßnahmen wurden dokumentiert. Es wurden 3400 Studienteilnehmerinnen eingeschlossen. Denjenigen, die trotz Behandlung weiterhin Schmerzen von über 4/10 VAS hatten, wurden dann zu einer weiteren neuen Versorgungs-

form, der nVF2, eingeladen, in der dann eine intensivierte multimodale Therapie zur Anwendung kam. Hier wurde als Studiendesign eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT, genestet) gewählt. Es wurden insgesamt 220 junge Frauen in eine Interventionsgruppe (n = 160) integriert, die direkt therapiert wurde; eine Wartekontrollgruppe (n = 60) erhielt die Intervention dagegen erst nach neun Monaten.

Die Intervention umfasste zunächst eine ärztliche Schmerzanamnese, eine Evaluation der Beschwerden mit Erhebung der Schmerzstärken und auch eine körperliche Untersuchung inklusive eines erweiterten gynäkologischen Ultraschalls zur Früherkennung von Endometriose. Im Falle einer Endometriose wurden die Betroffenen dann der Regelversorgung zugeführt. Bestand kein Anhaltspunkt für eine Endometriose, wurde ein gynäkologisches Behandlungskonzept erstellt. Erstmals wurde aber auch eine Evaluation von weiteren körperlichen muskulären Beschwerden sowie von gastrointestinalen Beschwerden durchgeführt. Die Patientinnen erhielten sechs Termine mit einer Beckenbodenphysiotherapeutin sowie zwei Termin mit einer Ernährungswissenschaftlerin zur personalisierten Befunderhebung und Therapie. Zudem erfolgte ein psychologisches Assessment zu Anfang und Ende der Behandlung, um frühzeitige psychologische Komorbiditäten zu identifizieren und auch ggf. der Regelversorgung zuzuführen, aber auch, um verhaltenstherapeutische Anregungen zu geben, mit dem erlernten Wissen umzugehen und dieses auch umzusetzen. Dieses multimodale Behandlungskonzept wurde durchweg gut angenommen.

Der erste Teil der Studie (nVF1) ist abgeschlossen und wird ausgewertet: hier wird analysiert, ob die alleinige digitale Unterstützung zu einer Schmerzreduktion geführt hat. Der zweite Teil der Studie, die Nvf-2-Versorgung, ist fast abgeschlossen; es werden derzeit noch Patientinnen der Wartekontrollgruppe behandelt. Wir starten in naher Zukunft mit der Auswertung der Ergebnisse. Primärer Endpunkt der Studie war eine Reduktion der Schmerzstärke und Schmerztage sowohl in der nVF1 als auch in der nVF2. Inwieweit eine Schmerzreduktion als Folge der Intervention erreicht werden konnte, werden die anstehenden Analysen zeigen.

1 Auf Wunsch der Autorin wird der Gender-Stern verwendet.

Autorin

Mechsner, Prof. Dr. Med., Gynäkologin, Leitung Endometriosezentrum Charité, Arbeitsschwerpunkt: Endometriose und chronische Unterbauchschmerzen.
Kontakt: Sylvia.mechsner@charite.de

Literatur

- Armour, M., Parry, K., Manohar N., Holmes, K., Ferfolja, T., Curry, C., MacMillan, F., & Smith, C. A.** (2019). The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Aug;28(8):1161–1171. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7615>. Epub 2019 Jun 6.
- Armour, M., Ferfolja, T., Curry, C., Hyman, M. S., Parry, K., Chalmers, K. J., Smith, C. A., MacMillan, F., & Holmes, K.** (2020). The Prevalence and Educational Impact of Pelvic and Menstrual Pain in Australia: A National Online Survey of 4202 Young Women Aged 13–25 Years. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020 Oct;33(5), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2020.06.007>. Epub 2020 Jun 13.
- Critchley, H. O. D., Babayev, E., Bulun, S. E., Clark, S., Garcia-Grau, I., Gregersen, P. K., Kilcoyne, A., Kim, J. J., Lavender, M., Marsh, E. E., Matteson, K. A., Maybin, J. A., Metz, C. N., Moreno, I., Silk, K., Sommer, M., Simon, C., Tariyal, R., Taylor, H. S., Wagner, & G. P., Griffith, L. G.** (2020). Menstruation: science and society. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Nov;223(5), 624–664. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.004>. Epub 2020 Jul 21.
- Iacovides, S., Avidon, I., & Baker, F. C.** (2015). What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. 2015 Nov–Dec;21(6), 762–78. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>. Epub 2015 Sep 7.
- Leyendecker, G., & Wildt, L.** (2019). Evolutionäre Aspekte in der Pathogenese und Pathophysiologie von Adenomyose und Endometriose. Die Bedeutung der primären Dysmenorrhö. *J. Gynäkol. Endokrinol. AT* <https://doi.org/10.1007/s41974-019-00112-z>

Plan international (2022). Menstruation im Fokus. Erfahrungen von Mädchen und Frauen in Deutschland und weltweit. https://www.plan.de/fileadmin/website/04._Aktuelles/Kampagnen_und_Aktionen/Menstruationsumfrage/Plan-Umfrage_Menstruation-A4-2022_final.pdf

Zitierweise

Mechsner, S. (2026). Projekt zu Menstruation und Früherkennung von Endometriose. Menstruationsschmerzen sind nicht normal und sollten behandelt werden. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 79–81. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_frueherkennung-endometriose

Projekt »Wahl des Geburtsortes«

Eine Orientierungshilfe für werdende Eltern

Felicitas Rixgens, Anastasia Doré, Sonja Siegert

Jede Schwangere in Deutschland hat das Recht, den Ort für ihre Geburt selbst zu wählen. Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen übernehmen sowohl die Kosten für eine Geburt in der Klinik mit anschließendem stationärem Aufenthalt als auch für eine ambulante Geburt in der Klinik, im Geburtshaus oder zu Hause (§ 24f SGB 5; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz [BMJV], o.D.). Für die außerklinische Geburt gibt ein Risikokatalog der Krankenkassen strenge medizinische Ausschlusskriterien vor, unter welchen eine Haus- oder Geburtshausgeburt nicht möglich ist (GKV-Spitzenverband, 2020). Trifft kein Ausschlusskriterium zu, ist eine außerklinische Geburt eine sichere Alternative für Mutter und Kind (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2024).

Das nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« von 2017 benennt fünf konkrete Vorhaben zu einer verbesserten Versorgung in dieser vulnerablen Lebensphase (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2017). Das zweite Ziel fordert explizit, dass eine physiologische Geburt ermöglicht und aktiv unterstützt werden soll. Um dieses Ziel zu verwirklichen, benötigen werdende Eltern qualitätsgesicherte Informationen über die physiologische Geburt, zur geburtshilflichen Betreuung durch die verschiedenen Berufsgruppen und zu allen Geburtsorten. Die Bereitstellung von evidenzbasierten Materialien, die eine Hilfestellung zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung geben, ist eine der Kernaufgaben des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Das Referat »Familienplanung, Verhütung« informiert bereits jetzt auf seiner Website www.familienplanung.de zu unterschiedlichen Geburtsorten (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit [BIÖG], o.D.). Im Rahmen des Projekts »Wahl des Geburtsortes« sollen diese Informationen

nun ausgeweitet und interaktiver gestaltet werden, um die Frauen und Familien bestmöglich bei ihrer Entscheidung unterstützen zu können.

Austausch mit dem IQWiG

Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) setzt dieses Jahr einen Schwerpunkt auf das Thema »Geburt«. Auf der Website www.gesundheitsinformation.de des Instituts wird ein Text im Format »Mehr Wissen« zur Wahl des Geburtsortes informieren (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], o.D.). Eine Entscheidungshilfe im PDF-Format wird den werdenden Familien außerdem eine konkrete Unterstützung an die Hand geben. Die Entscheidungshilfen des IQWiG haben sich bereits bewährt und sind zu vielfältigen Themen verfügbar.

Für die Informationen zur Wahl des Geburtsorts sollen folgende Fragen im Fokus stehen:

- Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt – was sind die Unterschiede? Welche Wahlmöglichkeiten habe ich?
- Wie werde ich bei einer außerklinischen Geburt medizinisch versorgt?
- Was gibt es bei der Entscheidung, wo mein Kind zur Welt kommen soll, zu bedenken?
- Wie finde ich eine Klinik, ein Geburtshaus oder eine Hebammenbegleitung?

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte das IQWiG beauftragt, im Rahmen des Aktionsplans »Gesundheit rund um die Geburt« Entscheidungshilfen zu relevanten Entscheidungssituationen rund um Schwangerschaft und Geburt zu erstellen. Die Informationen zur Wahl des Geburtsorts werden im

Rahmen dieses Projekts erstellt. Die Informationen werden nach und nach unter www.gesundheitsinformation.de/geburt.html veröffentlicht. Weitere Informationen zum Projekt finden sich auf www.iqwig.de.

Das Referat »Familienplanung, Verhütung« des BIÖG steht dieses Jahr eng im Austausch mit dem IQWiG und entwickelt begleitend zu der textbasierten Entscheidungshilfe ein interaktives Online-Tool, das die Frauen und werdenden Eltern niederschwellig über die Unterschiede verschiedener Geburtsorte aufklären soll. Das Tool soll dabei unterstützen, Präferenzen und Wünschen für das eigene Geburtserlebnis zu reflektieren und gleichzeitig eine Orientierung geben, inwiefern diese an den unterschiedlichen Orten Berücksichtigung finden können.

Verbindung von Kompetenzen

Das IQWiG führt eine umfassende Literaturrecherche durch und stellt in seinen Informationen den aktuellen Stand der Evidenz zu den Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Geburtsorte leicht verständlich dar. Außerdem hat es die qualitative Forschung mit Blick auf potenzielle Informationsbedürfnisse und Erfahrungen von Schwangeren analysiert.

Eine der Stärken des BIÖG liegt darin, praxisnahe Informationen bereitzustellen. Im Rahmen des Projekts »Wahl des Geburtsortes« wurden daher qualitative Interviews mit Akteuren und Akteurinnen aus dem Themenfeld durchgeführt und so Perspektiven von Hebammen, Frauenärzten und Frauenärztinnen sowie der Elternvertretung »motherhood« gesammelt und ausgewertet. Die leitende Frage war hierbei: Was benötigen werdende Mütter und Familien, damit sie eine selbstbestimmte Wahl des Geburtsorts treffen können?

Diese fachlichen Perspektiven werden ergänzt mit der Sichtweise werdender Eltern und junger Familien, welche von Februar bis Mai 2026 über eine Onsite-Zielgruppenbefragung an einer Umfrage zur Wahl des Geburtsorts teilgenommen haben. Über den niederschweligen Zugang auf der Website familienplanung.de wurden fast 4500 Fragebogen

ausgefüllt, die in einem nächsten Schritt ausgewertet und mit den Ergebnissen der qualitativen Befragung zusammengebracht werden sollen. Die Daten der Online-Umfrage liefern dabei sowohl wichtige Informationen über die Wünsche der Frauen für eine bevorstehende Geburt als auch die Retrospektive von Frauen, die vor Kurzem eine Geburt erlebt haben. Es wurden unter anderem folgende Fragen beantwortet: Was ist den Frauen wichtig? Wie zufrieden sind sie im Rückblick mit ihrer Entscheidung?

Mehr Orientierung

Die Materialien von BIÖG und IQWiG bieten wissenschaftlich fundierte Informationen zur Wahl des Geburtsorts und dienen als Orientierungshilfe für werdende Eltern. Dadurch soll ein größeres Bewusstsein für die freie Wahl des Geburtsorts sowie für die Eigenschaften der einzelnen Geburtsorte geschaffen werden. Mithilfe der textbasierten Entscheidungshilfe des IQWiG und eines interaktiven Online-Tools sollen werdende Mütter außerdem dazu angeregt werden, sich über ihre Präferenzen klar zu werden. In Zeiten des Informationsüberschusses im Internet und durch Social Media bieten die Angebote somit eine wissenschaftlich fundierte Alternative und füllen eine Lücke in der Versorgungslandschaft.

Autorinnen

Felicitas Rixgens ist Werkstudentin im Referat S2 – Familienplanung, Verhütung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Kontakt: Felicitas.Rixgens@bioeg.de

Anastasia Doré, Dr., ist Referentin im Referat S2 – Familienplanung, Verhütung und wissenschaftliche Referentin im Referat S3 Aufgabenkoordinierung, Nationale und internationale Zusammenarbeit, Forschung und Fortbildung der Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Kontakt: Anastasia.dore@bioeg.de

Sonja Siegert ist stellvertretende Chefredakteurin im Ressort Gesundheitsinformation des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Kontakt: Sonja.Siegert@iqwig.de

Literatur

- Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (o. D.).** *Klinik, Geburtshaus oder Hausgeburt: wohin zur Geburt?* <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/geburt/geburtsvorbereitung/klinik-geburtshaus-oder-hausgeburt/>
- Bundesministerium für Gesundheit (2017).** *Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt* [Broschüre]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (o. D.).** § 24f SGB V – Entbindung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_24f.html
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (QUAG e. V.) (2024).** *QUAG Bericht 2024*. https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2024.pdf

GKV-Spitzenverband (2020). *Beiblatt 1: Kriterien zu Geburten im häuslichen Umfeld* (Anlage Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V) [PDF]. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20200401_Hebammen_Anlage_zur_Vereinbarung_-_Beiblatt_1_Kriterien_zu_Geburten_im_haeuslichen_Umfeld_Anlage_3_QV_final.pdf

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (o. D.). *Geburt*. Gesundheitsinformation.de <https://www.gesundheitsinformation.de/geburt.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (o. D.). *Gesundheitsinformation.de*. <https://www.gesundheitsinformation.de/>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (o. D.). *IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*. <https://www.iqwig.de/>

Zitierweise

Rixgens, F., Doré, A., & Siegert, S. (2026). Projekt »Wahl des Geburtsortes«. Eine Orientierungshilfe für werdende Eltern. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 82–84. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_wahl-geburtsort

Leipzig Reproductive Health Research Center (LE-REP)

Kinderwunschbehandlungen: Auswirkungen auf Frauen und Kinder

Noura Kabbani, Ines Christoph

Für viele Frauen und Paare ist eine Kinderwunschbehandlung ein wichtiger Schritt – oft verbunden mit großen Hoffnungen, aber auch mit Unsicherheiten. Über die Zeit danach wissen wir bislang vergleichsweise wenig. Genau hier setzt das Leipzig Reproductive Health Research Center (LE-REP) an. Von biologischen Prozessen bis zu psychosozialen Belastungen: Das LE-REP Center erforscht, was Kinderwunschbehandlungen über die Schwangerschaft hinaus bedeuten.

Unter der Leitung von Professorin Bahriye Aktas arbeiten verschiedene Fachrichtungen der Universität Leipzig interdisziplinär zusammen: Gynäkologie, Andrologie, Psychosomatik und Labormedizin. Ziel ist es, besser zu verstehen, welche körperlichen und psychosozialen Auswirkungen Kinderwunschbehandlungen haben und was das für Beratung und Versorgung bedeutet. Gefördert wird das Projekt seit Oktober 2023 durch das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR).

Derzeit entstehen die Grundlagen: Erste Teilnehmende werden bereits rekrutiert, zugleich werden Datenstrukturen aufgebaut und miteinander verknüpft. Klinische Informationen, psychosoziale Daten und biologische Proben fließen zusammen. Im Fokus stehen hormonelle, immunologische und genetische Faktoren, die für Schwangerschaft und Gesundheit relevant sind. Auch Komplikationen wie Frühgeburten oder Präeklampsie¹ werden genauer

betrachtet, um Risikokonstellationen künftig besser einordnen zu können.

Um die gesundheitliche Entwicklung besser nachvollziehen zu können, begleitet das Forschungsprojekt Frauen auch über die Schwangerschaft hinaus. Je nach Situation werden Partner oder Partnerinnen und Kinder einbezogen. Strukturen wie die LIFE Child-Studie helfen, diese Entwicklungen über längere Zeit zu erfassen.

Am Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung (UFZ) wird untersucht, welche Rolle Umwelteinflüsse spielen. Das Department Umweltimmunologie unter Professorin Ana Zenclussen geht der Frage nach, wie hormonell wirksame Schadstoffe Fruchtbarkeit und Schwangerschaft beeinflussen.

Neben körperlichen Aspekten geht es um das Erleben der Betroffenen. Kinderwunschbehandlungen gehen häufig mit Stress, Ängsten und Unsicherheiten einher – und sie wirken oft in Partnerschaft und Familienleben hinein. LE-REP greift diese Themen auf und steht dazu auch im Austausch mit dem Unterstützungsnetzwerk Infertilität und Kinderwunsch (UIK e.V.), einer bundesweit aktiven Initiative, um Erfahrungen und Perspektiven Betroffener besser in die Forschung einzubeziehen und zur Enttabuisierung beizutragen.

Noch steht das Projekt am Anfang. In den kommenden Jahren soll Schritt für Schritt ein besseres Verständnis dafür entstehen, was Kinderwunschbehandlungen langfristig bedeuten – für Frauen, für Kinder und für Familien.

¹ Präeklampsie ist eine schwere Komplikation in der zweiten Schwangerschaftshälfte, die unter anderem mit hohem Blutdruck, Kopfschmerzen, Sehstörungen und Wassereinlagerungen einhergehen kann. Umgangssprachlich wird sie auch »Schwangerschaftsvergiftung« genannt, obwohl keine Vergiftung vorliegt.

Autorinnen

Dr. med. Noura Kabbani ist Ärztin in Weiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Leipzig und seit 2024 als Clinician Scientist Teil von LE-REP.

Ines Christoph ist an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig und koordiniert das Projekt seit 2023.
Kontakt: lerep@medizin.uni-leipzig.de
Website: <https://research.uni-leipzig.de/reproductive-health>

Literatur

Münch, M. L., et al. (2025). Multidisciplinary assessment of the impact of assisted reproductive techniques on pregnancy and long-term outcomes of mother and child: Foundation of the LE-REP (Leipzig Reproductive Health Research Center). *Journal of Reproductive Immunology*, 169, 104457. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40090157/>

Zitierweise

Kabbani, N., & Christoph, I. (2026). Leipzig Reproductive Health Research Center (LE-REP). Kinderwunschbehandlungen: Auswirkungen auf Frauen und Kinder. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 85–86. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_kinderwunschbehandlung

Forschungsprojekt »WECHSELZEIT«

Psychosoziale Perspektiven auf eine unterschätzte Lebensphase

Claudia Rahnfeld

Die Wechseljahre betreffen einen großen Teil der weiblichen Bevölkerung und markieren eine zentrale biografische Übergangsphase. Dennoch wird diese Lebensphase in Deutschland bislang überwiegend medizinisch betrachtet. Der wissenschaftliche und öffentliche Diskurs konzentriert sich vor allem auf hormonelle Veränderungen, körperliche Symptome und therapeutische Ansätze. Das subjektive Erleben dieser Phase, insbesondere im Hinblick auf Identität, Selbstbild, Sexualität und gesellschaftliche Rolle, wird hingegen kaum systematisch untersucht (Deutsche Menopause Gesellschaft, 2024).

Gleichzeitig zeigen bestehende Studien, dass sich Gesundheit, Lebenszufriedenheit und soziale Teilhabe im Lebensverlauf verändern und dabei stark von sozialen Faktoren beeinflusst werden (Robert Koch-Institut, 2024). Auch arbeitsmarktbezogene Analysen weisen darauf hin, dass Erwerbsverläufe, Arbeitsbedingungen und subjektive Zufriedenheit eng miteinander verknüpft sind (DIW Berlin, 2025). Dennoch fehlt bislang eine integrierte Perspektive, die diese verschiedenen Lebensbereiche zusammenführt und die Lebensmitte als eigenständige, subjektiv bedeutsame Übergangsphase begreift.

Hier setzt das Forschungsprojekt »WECHSELZEIT« an (Laufzeit 6/2025 bis 6/2026¹). Ziel ist es, die Wechseljahre als psychosozial relevante Lebensphase zu erfassen und erstmals systematisch aus Sicht der betroffenen Frauen zu analysieren. Im

Mittelpunkt steht die Frage, wie Frauen zwischen 40 und 65 Jahren diese Zeit erleben, bewerten und biografisch einordnen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Zusammenspiel von Selbstbild, Rollenveränderungen, beruflicher Identität, Partnerschaft, Sexualität und subjektivem Sinnempfinden. Damit schließt die Studie eine zentrale Forschungslücke, da bislang vor allem einzelne Lebensbereiche isoliert betrachtet werden, nicht jedoch deren Wechselwirkungen im Kontext dieser Übergangsphase.

Erleben, Deutung und soziale Einbettung der Wechseljahre

Das Forschungsprojekt versteht die Wechseljahre als ambivalenten Prozess zwischen Abschied und Aufbruch. Denn in dieser Zeit verändern sich etablierte Rollenbilder und Selbstverständnisse, ohne dass neue gesellschaftliche Orientierungen klar vorgegeben sind. Dies kann zu Verunsicherung und dem Gefühl sozialer Unsichtbarkeit führen, zugleich aber auch neue Freiheiten und Möglichkeiten zur Neuorientierung eröffnen (Heimbach-Steins, 2012). Aktuelle Studien verdeutlichen zudem, dass die Wechseljahre auch Auswirkungen auf die Arbeitswelt haben, etwa in Bezug auf Arbeitsfähigkeit, Erwerbsentscheidungen und wahrgenommene Unterstützung im beruflichen Umfeld (Chan de Avila & Nitsche, 2025).

Methodisch basiert die Studie auf einer quantitativen Befragung von Frauen im Alter von 40 bis 65 Jahren in Deutschland. Die Stichprobe wird auf Grundlage zentraler soziodemografischer Merkmale strukturiert, um unterschiedliche Lebenslagen an-

¹ Zur Projekt-Website: <https://www.dhge.de/DHGE/Hochschule/Forschung-und-Transfer/Forschungsprojekte/Forschungsprojekt---WECHSELZEIT-.html>.

gemessen abzubilden. Im Zentrum steht die Annahme, dass das Erleben dieser Lebensphase weniger durch biologische Veränderungen allein bestimmt wird, sondern durch die Wechselwirkung zwischen individuellen Deutungen und sozialen Kontextbedingungen.

Der Fragebogen folgt damit einer lebensweltlichen Logik und erfasst zentrale Lebensbereiche in ihrem Zusammenspiel. Berufliche Erfahrungen, soziale Zugehörigkeit sowie Partnerschaft, Sexualität und Selbstbild werden nicht nur deskriptiv, sondern auch in ihrer subjektiven Bedeutung für Lebensqualität und Identität untersucht. Gesundheitliche Veränderungen werden dabei ebenfalls nicht isoliert betrachtet, sondern in ihrer individuellen Deutung und Einordnung erfasst.

Auf dieser Grundlage zielt die Studie darauf ab, typische Deutungsmuster zu identifizieren, die das Erleben der Wechseljahre strukturieren. Zentrale Annahme ist, dass insbesondere die Einbindung in soziale und berufliche Kontexte, die Bewertung des eigenen Körpers sowie die Möglichkeit, neue Sinnquellen und Rollen zu entwickeln, entscheidend sind. Verfügen Frauen in diesen Bereichen über Ressourcen, werden die Wechseljahre eher als gestaltbare Übergangsphase erlebt, während fehlende Einbindung oder negative Selbstwahrnehmung mit Belastungserleben einhergeht. Die Ergebnisse machen bislang wenig sichtbare Lebensrealitäten greifbar und liefern eine empirische Grundlage, um Anerkennung zu stärken und Maßnahmen in Gesundheitsversorgung, Arbeitswelt und Beratung gezielt weiterzuentwickeln.

Autorin

Prof. Dr. Claudia Rahnfeld ist Professorin für Angewandte Sozialwissenschaften an der Dualen Hochschule Gera-Eisenach. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Geschlechterverhältnisse, soziale Ungleichheit und biografische Entscheidungsprozesse.
Kontakt: claudia.rahnfeld@dhge.de

Literatur

- Chan de Avila, J., & Nitsche, S.** (2025). *Wechseljahre am Arbeitsplatz: Handlungskonzept für ein innovatives betriebliches Gesundheitsmanagement*. Transcript.
- Deutsche Menopause Gesellschaft.** (2024). *Menopause Übersicht*. <https://www.menopause-gesellschaft.de/menopause-%C3%BCbersicht>
- DIW Berlin** (2025). *Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)*. https://www.diw.de/de/diw_01.c.412809.de/sozio-oekonomisches_panel__soep.html
- Heimbach-Steins, M.** (2012). Verantwortung ermöglichen, Generationen- und Geschlechtergerechtigkeit fördern. In M. Heimbach-Steins (Hrsg.), *Sozialethik für eine Gesellschaft des langen Lebens* (S. 75–106). Ashendorff.
- Robert Koch-Institut** (2024). *DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/DEGS/degs_start_inhalt.html

Zitierweise

Rahnfeld, C. (2026). Forschungsprojekt »WECHSELZEIT«. Psychosoziale Perspektiven auf eine unterschätzte Lebensphase. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 87–88. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_wechselzeit

Pilotprojekt zur Frage rassistischer Diskriminierung in der Geburtshilfe

Wie Rassismus thematisieren?

Milena Wegelin, Lea Graf, Paola Origlia, Isabelle Zinn

Rassismus rückt zunehmend in den Fokus der Public-Health-Forschung. Ein Pilotprojekt des Fachbereichs Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit dem Institut »New Work« der Berner Fachhochschule (BFH) weist darauf hin, dass sowohl die Haltung als auch der Umgang damit sehr unterschiedlich ausfallen können. Im Rahmen einer explorativen Pilotstudie¹ wurden vom Oktober 2025 bis Februar 2026 semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit drei *weißen* Hebammen, einer *weißen* Gynäkologin, einer rassifizierten², in der perinatalen Versorgung komplementärmedizinisch tätigen Fachperson, einer Nutzerin der Geburtshilfe sowie einer Praktikantin in der Geburtshilfe geführt, beide ebenfalls rassifiziert. Zusätzliche Daten wurden durch ein Fokusgruppengespräch mit drei Hebammenstudierenden erhoben, von denen eine rassifiziert war. Die Daten wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Die Interviewdaten zeigen, dass die Thematiken rund um Rassismus häufig zu Verunsicherungen führen und die Benennung derselben nicht immer leichtfällt. Dies hängt auch mit der gesellschaftlich verbreiteten Vorstellung zusammen, dass rassistisch diskriminierende Handlungen intentional aufgrund einer rassistischen Haltung erfolgen. Demgegenüber steht die Erkenntnis, dass historisch gewachsene und gesellschaftlich verankerte rassistische Stereotype unser Handeln auch unbewusst beein-

flussen – eine Perspektive, die dem Konzept des strukturellen Rassismus zugrunde liegt. Dieser bezeichnet gesellschaftliche Strukturen, Normen und Praktiken, die historisch gewachsene Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen fortführen. Dabei kann rassistische Diskriminierung auch ohne bewusste rassistische Absicht entstehen, entscheidend sind die Auswirkungen auf die Betroffenen (Mugglin et al., 2022). Aus den Interviews des Pilotprojekts geht hervor, dass insbesondere die Schmerzbehandlung ein Bereich ist, in dem unbewusste rassistische Stereotype Einfluss auf die Versorgung nehmen können. Dies kann beispielsweise dann geschehen, wenn bei einer Gebärenden aufgrund ihrer zugeschriebenen Gruppenzugehörigkeit stereotype Schmerzreaktionen angenommen werden, anstatt ihre individuellen Bedürfnisse ins Zentrum der Betreuung zu stellen. Auch die evidenzbasierte Literatur weist auf diesen Zusammenhang hin (Overtoom et al., 2025). Die Interviews zeigen außerdem, dass das Verhalten rassifizierter Personen und ihrer Familien in der Geburtshilfe manchmal rassistisch bewertet wird. Das geschieht zum Beispiel, wenn fehlende Zusammenarbeit (*non-compliance*) angenommen wird, da Kommunikationsprobleme nicht als situationsbedingt verstanden, sondern auf rassistische Vorurteile und stereotype Vorstellungen zurückgeführt werden. Eine Studie zur Kommunikation in der Hebammenarbeit in Deutschland bestätigt diese Ergebnisse (Keil-Reppmann, 2024).

Die Resultate der Pilotstudie deuten darauf hin, dass eine konstruktive Auseinandersetzung mit Rassismus in der Geburtshilfe insbesondere durch ein Verständnis von Rassismus als strukturellem Phänomen unterstützt werden kann, das über alltagsbezogene Begriffsverständnisse hinausgeht. Somit wird ermöglicht, ein entsprechendes Problembewusstsein für rassistische Diskriminierungen zu fördern. Die

1 <https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2025-655-917-669>

2 Der Begriff »rassifiziert« wird in der Rassismusforschung verwendet und beschreibt den Prozess der Kategorisierung und Hierarchisierung sozialer Gruppen sowie die Aufladung bestimmter Merkmale dieser Gruppen mit Bedeutung.

erhobenen Daten zeigen zudem, dass Fachpersonen in der Geburtshilfe unterschiedliche Haltungen zum Thema Rassismus haben. Diese reichen von einer offenen Bereitschaft zur Reflexion bis hin zu Abwehrreaktionen, die im Sinne des Konzepts der *white fragility* (Ogette, 2020) eine kritische Auseinandersetzung mit unbewussten und gesellschaftlich erlernten Formen von Rassismus erschweren.

Räume für Reflexionen schaffen

Die Interviews mit Studienteilnehmerinnen aus verschiedenen Arbeitskontexten und Arbeitspositionen zeigen weiter auf, wie sich diese Dynamiken auf der Ebene der konkreten Arbeitsbedingungen verstärken. Zeitdruck und Sprachbarrieren sind zentrale erschwerende Faktoren für die diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung (Kajikhina et al., 2023). Gemäß unseren Daten können ausgeprägte Hierarchien im geburtshilflichen Kontext zudem offene Reflexionsprozesse zwischen Fachpersonen mit divergierenden Positionen verhindern. Die Thematisierung von Rassismus bleibt so innerhalb der Machtverhältnisse im Arbeitskontext oftmals unbeachtet und mit Unbehagen besetzt.

Um ohne Scham, Tabus oder Schuldzuweisungen über Rassismus sprechen zu können, braucht es einerseits ein klares Verständnis von Rassismus als greifbarem Konzept und andererseits sichere und geschützte Räume für die Selbstreflexion und den gemeinsamen Austausch im Arbeitsalltag. Voraussetzung dafür ist eine institutionelle Verankerung der Thematik, um eine konstruktive Auseinandersetzung zu etablieren und entsprechende Handlungsempfehlungen umzusetzen (Merz et al., 2026). Mit einer entsprechenden institutionellen Haltung können Berührungsängste mit der Thematik abgebaut und Negierung wie auch Unsicherheiten angesprochen werden. Wie sich ein solcher Prozess gestalten lässt, ist ein Forschungsgegenstand, der in einer partizipativen Hauptstudie sowohl mit rassifizierten Nutzer*innen als auch Hebammen untersucht werden soll. Im Fokus stehen Fragestellungen zur Förderung von Reflexions- und Dialogprozessen zu Rassismus, die Entwicklung konstruktiver Formen der Auseinandersetzung mit rassistischer Diskrimi-

nierung sowie die gemeinsame Erarbeitung praxisnaher und nachhaltiger Maßnahmen für eine diskriminierungssensible perinatale Versorgung.

Autorinnen

Milena Wegelin, Sozialanthropologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der angewandten Forschung und Entwicklung im Fachbereich Geburtshilfe der Berner Fachhochschule (BFH). Arbeitsschwerpunkte: sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Flucht- und Migrationskontext, reproduktive Gerechtigkeit, Diskriminierung in der perinatalen Versorgung.
Kontakt: milena.wegelin@bfh.ch

Lea Graf, wissenschaftliche Assistentin im Bereich Diversity, Equity & Inclusion am Institut New Work der Berner Fachhochschule (BFH). Arbeitsschwerpunkte: Diversity, Equity & Inclusion mit Fokus auf LGBTIAQ+, strukturelle Ungleichheiten, Inklusion in Organisationen, Bildung und Gesundheit, Gleichstellung und chancengerechte Teilhabe.
Kontakt: lea.graf@bfh.ch

Paola Origlia Ikhilor, Hebamme MSc, Dozentin für Geburtshilfe und Hebammenarbeit, Gruppenleiterin und Co-Verantwortliche Ressort Wissenschaftliches Arbeiten und Thesen im Bachelor-Studiengang Hebamme der Berner Fachhochschule (BFH). Themenschwerpunkte: mütterliche und kindliche Gesundheit bei sozioökonomischer Benachteiligung, Diversität und Chancengleichheit in der perinatalen Versorgung.
Kontakt: paola.origlia@bfh.ch

Isabelle Zinn, Soziologin und Professorin für Diversity, Equity & Inclusion und neue Arbeitsformen am Institut New Work der Berner Fachhochschule (BFH). Arbeitsschwerpunkte: strukturelle Ungleichheiten, Gesundheit und geschlechtsspezifisches Altern am Arbeitsplatz, Arbeits-Familie-Arrangements und Vereinbarkeit, unbezahlte Arbeit, neue Arbeitsformen und Transformation von Arbeit.
Kontakt: isabelle.zinn@bfh.ch

Literatur

Kajikhina, K., Koschollek, C., Bozorgmehr, K., Sarma, N., & Hövener, C. (2023). *Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 66(10), 1099–1108. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7>

Keil-Reppmann, L. (2024). *Kommunikation und Macht – eine Untersuchung zu Rassismus in der Hebammenarbeit*. Hebamme, 37, 26–31. <https://doi.org/10.1055/a-2287-9384>

Merz, S., Bilgic, L., Meshkova, K., Aksakal, T., Brunnett, R., Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., & Tezcan-Güntekin, H. (2026). *Rassismus abbauen, Versorgung stärken. Handlungsempfehlungen für stationäre Gesundheitseinrichtungen*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.18957444>

Mugglin, L., Efionayi-Mäder, D., & Ruedin, D. (2022). Grundlagenstudie zu strukturellem Rassismus in der Schweiz. *SFM Studies #81d*. Université de Neuchâtel, Institut SFM.

Ogette, T. (2020). *Exit RACISM*. Unrast Verlag.

Overtoom, E., Goodarzi, B., Kanu, S., Helberg-Proctor, A., de Jonge, A., & Bloemenkamp, K. (2025). »You think, like, you're neutral but you're not«: A mixed-methods study of racial/ethnic bias in pain assessment, management and treatment in maternal and newborn care in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 25(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02714-w>

Zitierweise

Wegelin, M., Graf, L., Origlia, P., & Zinn, I. (2026). Pilotprojekt zur Frage rassistischer Diskriminierung in der Geburtshilfe. Wie Rassismus thematisieren? *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 89–91. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_rassismus-geburtshilfe

Eine Studie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Begleitung und Unterstützung in der Schwangerschaft

Anna Neumann, Ilona Renner, Juliane van Staa

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) führt aktuell eine bundesweit repräsentative Studie mit Gynäkologinnen und Gynäkologen durch, die »ZuFa Gynäkologie«: »ZuFa« steht für »Zusammen für Familien« und untersucht die Kooperation zwischen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens und den Frühen Hilfen. Da die »ZuFa Gynäkologie« in regelmäßigen Abständen wiederholt wird, informiert sie über Entwicklungen, Chancen und Herausforderungen in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Frauen in der Schwangerschaft. Neu ist in der aktuellen Studie, dass zusätzlich zu den Ärztinnen und Ärzten diesmal auch die Schwangeren selbst befragt werden.

Worum geht es bei der Studie?

Die Schwangerschaft ist eine Zeit, die von Freude und Erwartung, aber auch von Sorgen geprägt sein kann – insbesondere, wenn bei der Schwangeren psychosoziale Belastungen vorliegen. Ist dies der Fall, tragen Angebote der Frühen Hilfen dazu bei, dass Familien gestärkt werden und Kinder von Beginn an gesund aufwachsen: Frühe Hilfen stehen bereits ab der Schwangerschaft zur Verfügung.

Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen sind häufig die ersten Gesundheitsakteure, denen psychosoziale Belastungen von (werdenden) Eltern auffallen können – daher sind sie besonders wichtige Partner in den Netzwerken Frühe Hilfen. Häufig entwickelt sich bereits vor einer Schwangerschaft im Kontakt mit der Patientin ein besonderes Vertrauensverhältnis. Dieses erleichtert es Schwangeren, Sorgen offen zu äußern, und unterstützt Ärztinnen und Ärzte dabei, bestehenden Hilfebedarf zu erkennen und anzusprechen.

Was wissen wir aus der Vorgängerstudie 2018?

Dass psychosoziale Belastungen in den Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen erkannt werden können, zeigte die ZuFa-Studie aus dem Jahr 2018. An dieser ersten bundesweit repräsentativen Befragung beteiligten sich über 1 000 Gynäkologinnen und Gynäkologen. Die Studie zeigte, wie herausfordernd die Versorgung belasteter Schwangerer im Praxisalltag sein kann – Zeitmangel, das Fehlen einer angemessenen Vergütung für Gespräche zu psychosozialen Belastungen sowie Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse der Schwangeren waren häufig genannte Gründe. Deutlich über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte sagte aber auch, dass die Frühen Hilfen eine Entlastung für ihren Praxisalltag seien (siehe Abbildung 1).

Warum ist die Wiederholungsbefragung jetzt wichtig?

In den letzten Jahren wurden die Angebote Früher Hilfen und die interprofessionelle Kooperation in den lokalen Netzwerken weiter ausgebaut. Zugleich kam es zu gesellschaftlichen Krisen und Veränderungen, die an den Lebensbedingungen von (werdenden) Familien und der Situation in den gynäkologischen Praxen nicht spurlos vorübergegangen sind – sei es die Corona-Pandemie, sei es der Zuzug von Geflüchteten, darunter viele Frauen. Nur wenn Veränderungen im Feld beobachtet und beschrieben werden, kann darauf adäquat reagiert werden – seit September 2025 befragt das NZFH daher erneut eine bundesweit repräsentative Stichprobe von Gynäkologinnen und Gynäkologen.

ABBILDUNG 1

»DIE FRÜHEN HILFEN SIND EINE ENTLASTUNG FÜR MEINE TÄTIGKEIT ALS GYNÄKOLOGIN/GYNÄKOLOG«

Gynäkologie 43,8 15,0 13,2 9,1 6,1 11,7 1,3

■ Stimme voll zu ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ Stimme gar nicht zu ■ Das kann ich nicht beurteilen ■ Keine Angabe

Quelle: ZuFa-Monitoring Gynäkologie 2018 | Anmerkung: N = 1 003 | Prozentwerte

Thema der Befragung 2026 sind die Entwicklungen in der Versorgung psychosozial belasteter Schwangerer: Wie stellt sich die Situation der Schwangeren und ihrer Familien aus gynäkologischer Sicht heute dar? Mit welchen aktuellen Herausforderungen arbeiten gynäkologische Praxen und wie können Frühe Hilfen hierbei unterstützen? Und zusätzlich: Wie erleben Schwangere selbst ihre Schwangerschaft? Wie fühlen sie sich und was bereitet vielleicht Sorgen? Welche Unterstützung wünschen sich Schwangere und welche Unterstützungsangebote nutzen sie?

Die Studie wird vom Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF) inhaltlich begleitet und unterstützt und soll langfristig zu einer besseren Versorgung von Schwangeren und Familien in psychosozialen Belastungslagen beitragen. Erste Ergebnisse werden Anfang 2027 erwartet.

»ZuFa Gynäkologie« reiht sich ein in die »ZuFa«-Studienreihe des NZFH, in der neben Gynäkologinnen und Gynäkologen auch Kinderärztinnen und -ärzte sowie Fachkräfte in Geburtskliniken in regelmäßigen Abständen befragt werden.

Autorinnen

Dr. Anna Neumann ist wissenschaftliche Referentin im Fachgebiet Forschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Kontakt: anna.neumann@nzfh.de

Ilona Renner leitet das Fachgebiet Forschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Kontakt: ilona.renner@nzfh.de

Juliane van Staa ist wissenschaftliche Referentin im Fachgebiet Forschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Kontakt: juliane.vanstaa@nzfh.de

Quellen

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2024): Monitoring Frühe Hilfen. Wissenschaftlicher Bericht 2023 zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:Bericht-BSFH-2023>

Weitere Informationen und Ergebnisse zur Studie finden Sie unter: www.fruehehilfen.de/Zufa-Monitoring-Gynaekologie

Zitierweise

Neumann, A., Renner, I., & van Staa, J. (2026). Begleitung und Unterstützung in der Schwangerschaft. Eine Studie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1, 92–93. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_nzfh-schwangerschaft

Infothek

- » Studien
- » Projekte
- » Arbeitshilfen
- » Fortbildungen
- » Kampagnen
- » Dokumentationen
- » Zeitschriften
- » Institutionen
- » Digitale Angebote
- » Internetseiten

STUDIEN

Psychische Gesundheit von Frauen in der reproduktiven Lebensphase

Das Internationale Graduiertenkolleg (IRTG) vereint Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universität Tübingen und der Universität Uppsala, Schweden. Im Zentrum des IRTGs steht die psychische Gesundheit von Frauen während der reproduktiven Jahre. Innerhalb des IRTGs (Laufzeit 1.1.2023 bis 31.12.2027) sollen Zusammenhänge zwischen hormonellen Übergangsphasen und der psychischen Gesundheit von Frauen über die reproduktiven Jahre hinweg mit Fokus auf den Einfluss der Sexualhormone besser erforscht werden. Die langfristige Perspektive des Projekts ist es, die Prävention, Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Frauen zu verbessern.

Kontakt:

<https://fit.uni-tuebingen.de/Project/Details?id=10053>

Fehlgeburten und andere Formen des Verlusts im Rahmen von Fertilitätsbehandlungen

Die soziologische Studie versucht, die Erfahrungen von Reproduktionsverlust und Trauer bei Eltern, die sich einer Fertilitätsbehandlung unterzogen haben, zu verstehen. Einerseits bezieht sich Reproduktionsverlust auf Fehlgeburten und andere Formen des Verlusts von Embryonen oder Babys. Andererseits geht eine fehlgeschlagene Reproduktion oft mit »sekundären Verlusten« einher, z.B. dem Verlust einer glücklichen Partnerschaft oder der Identität als zukünftige Eltern. Die Trauer über unfreiwillige Kinderlosigkeit, erfolglose Fertilitätsbehandlungen oder Schwangerschaftsverluste kann auch im Scheitern an sozialen Normen und Idealen in Bezug auf Lebensverlauf, Weiblichkeit, natürliche Elternschaft oder genetische Verwandtschaft begründet sein. Durch narrative Interviews mit betroffenen Frauen

und ihren Partnern werden die sozialen Bedingungen, Formen und Bedeutungen von Verlust und Trauer sowie Bewältigungsstrategien im Kontext der Fertilitätsbehandlung untersucht.

Kontakt:

<https://fis.leuphana.de/de/projects/reproductive-loss-and-bereavement-in-medically-assisted-reproduct/>

HealthyMom: Die mentale Gesundheit nach Schwangerschaftsverlust verstehen

Schwangerschaftsverluste sind noch immer ein gesellschaftliches Tabuthema, über welches selten offen gesprochen wird. Der Verlust des Kindes ist oft ein traumatisches Ereignis für die werdenden Eltern, dessen Tragweite häufig unterschätzt wird. So ist das Risiko für psychische Erkrankungen nach einem Schwangerschaftsverlust deutlich erhöht. Bei der Untersuchung der besonders sensiblen Phase nach einem Schwangerschaftsverlust soll das Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren, wie etwa der Genetik oder der Hormone und soziokulturellen Einflüssen, analysiert werden. Es gilt herauszufinden, wie sich diese Faktoren auf die Struktur und Funktion des Gehirns über einen gewissen Zeitraum hinweg auswirken. Die Studie soll einen Beitrag zur Verbesserung der Frauengesundheit leisten und zum besseren Verständnis des Entstehungsprozesses psychischer Erkrankungen beitragen.

Kontakt:

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/healthy-mom#>

HoPE – Unerfüllter Kinderwunsch und Fertilitätsbehandlungen in der Schweiz

Die Studie verfolgt das Ziel, die Perspektiven, Erlebnisse und Bedürfnisse von Personen, die mit Fertilitätsbehandlungen Erfahrungen haben, und Fachpersonen (Pflegefachpersonen, Hebammen und Mediziner*innen), die in diesem Gebiet aktiv sind, zu erfassen und zu beschreiben. Damit soll die derzeitige Versorgung im schweizerischen Ge-

sundheitssystem erörtert werden, um Vorschläge für mögliche Anpassungen zu formulieren. Die Studie prüft die Option der Einführung einer spezialisierten Pflege-/Hebammen-Rolle und formuliert diesbezügliche Empfehlungen.

Kontakt:

<https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/hope-unerfuellter-kinderwunsch-fertilitaetsbehandlungen-schweiz/>

Tabuthema Wechseljahre: Abschluss des Projekts »MenoSupport«

Über 7,5 Millionen berufstätige Frauen in Deutschland befinden sich in den Wechseljahren. Viele leiden unter Symptomen wie Hitzewallungen, Konzentrationsproblemen und Stimmungsschwankungen, die ihre Arbeitsleistung beeinträchtigen. Dennoch bleibt das Thema häufig ein Tabu und wird selten in betrieblichen Gesundheitsprogrammen behandelt. Das vom Institut für Angewandte Forschung (IFAF) Berlin geförderte und an der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin angesiedelte Projekt »MenoSupport« hat sich zwei Jahre mit dieser Thematik beschäftigt. Zum Projektabschluss ist 2025 eine Publikation mit den Ergebnissen im Transcript Verlag erschienen. Der folgende Link führt zur Projekt-Website.

Kontakt:

<https://www.ifaf-berlin.de/projekte/meno-support/#projektinfos>

Förderung der Beckenbodengesundheit von Schwangeren und Frauen nach der Geburt

Die Beckenbodenmuskulatur hält und schützt die Beckenorgane, gleichzeitig verschließt und öffnet sie wichtige Körperöffnungen. Das Schwangerschaftshormon Progesteron beeinflusst den Tonus des Beckenbodens, sodass dieser nachgiebiger wird. Bauchmuskelstrukturen verändern sich und die Beckenbodenmuskulatur muss in der Schwan-

gerschaft zunehmend mehr Gewicht tragen. Diese Veränderungen können den weiblichen Beckenboden nachhaltig schwächen, sodass kurz- oder auch langfristig eine Harn- oder Stuhlinkontinenz auftreten kann.

Die Studie des Universitätsklinikums Tübingen erforscht Auswirkungen der gezielten Förderung der Beckenbodengesundheit in der Schwangerschaft, sechs bis acht Wochen sowie neun Monate nach der Geburt.

Kontakt:

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/studie-beckenboden>

Studie »LeSuBiA«

Die Studie »Lebenssituation, Sicherheit und Belastung im Alltag (LeSuBiA)« untersucht Gewalterfahrungen von Menschen in Deutschland. Sie wurde durch das Bundeskriminalamt (BKA) in Kooperation mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) durchgeführt. Schwerpunkte liegen dabei auf den Themen Partnerschaftsgewalt, sexualisierte Gewalt und digitale Gewalt.

Online verfügbar:

www.bka.de/StraftatengegenFrauen2024
www.bka.de/HauslicheGewalt2024

Jugendstudie »Safe!«

Um Kinder und Jugendliche wirksam vor Gewalt zu schützen, benötigt man verlässliche Erkenntnisse darüber, wie häufig Gewalt vorkommt, in welchen Formen sie auftritt, wo Kinder und Jugendliche nach Hilfe suchen und wie sich das im Laufe der Zeit verändert. Aus diesem Grund führt das Zentrum für Forschung zu sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen (ZEFSG) im Jahr 2026 eine bundesweite Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. Klassen an Regelschulen durch. Befragt werden Jugendliche ab 14 Jahren. Ziel der Studie »Safe!

– Bundesweite Jugendstudie zu Gewalterfahrungen und deren Folgen« ist es, die bestehende Forschungslücke zu schließen und damit langfristig dazu beizutragen, dass sich Kinder und Jugendliche sicherer fühlen.

Gefördert und finanziert wird die Studie durch die Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und das Deutsche Jugendinstitut (DJI).

Kontakt:

<https://www.zefsg.de/safe-studie>

Materialien und Informationen zur Studie Jugendsexualität 10. Welle

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) führt seit 1980 regelmäßig die repräsentative Wiederholungsbefragung zum Thema Jugendsexualität durch. Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 25 Jahre) werden zu ihren ersten sexuellen Kontakten, ihrem Verhütungswissen und -verhalten sowie zu ihrer Sexuaufklärung befragt. Aufbauend auf den Daten, können Angebote der Sexuaufklärung bzw. Sexuellen Bildung evidenzbasiert (weiter) entwickelt werden. Im Jahr 2026 werden zentrale Ergebnisse der 10. Welle übersichtlich und kompakt in einem digitalen Short Report vorgestellt. Alle wichtigen Grafiken stehen dann auf sexualaufklaerung.de auch zum Download bereit – ideal für die Praxis, Workshops und Fortbildungen. Auch Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Studie finden sich dort.

Kontakt:

<https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/sr-jugendsexualitaet-10te-welle>

PROJEKTE

Endometriose: Projekt »Endofert«

Das Projekt »Endofert« hat das Ziel, das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Wirkfaktoren zu

verstehen, das für die eingeschränkte Fertilität und ungünstige Schwangerschaftsverläufe bei Endometriose verantwortlich ist. Zwischenschritte auf dem Weg zum Verständnis sind die Einrichtung einer Biobank, die Entwicklung von neuen Diagnoseformen ohne chirurgische Eingriffe (z.B. flüssige Biopsien) und die Erkundung neuer therapeutischer Ansätze mithilfe von molekularen Mechanismen. Langfristig besteht die begründete Hoffnung, dass Diagnose und Behandlung von Endometriose in der klinischen Praxis deutlich verbessert werden.

Kontakt:

<https://www.endometriose-vereinigung.de/endometriose-forschung/endofert/>

Who Cared?

Das Projekt »Who Cared« beschäftigt sich mit der Sichtbarkeit, Bedeutung und Zukunft von Care-Arbeit. Im Mittelpunkt steht der oft unsichtbare Beitrag von Frauen im Gesundheits- und Pflegebereich. Mit dem Aufbau eines digitalen Archivs sollen Geschichten von Menschen dokumentiert werden, die in jungen Jahren ihre Heimat verlassen haben, um in der Pflege zu arbeiten. Dabei fokussiert das Projekt aktuell Frauen aus dem südindischen Bundesstaat Kerala, die in den 1960er- und 70er-Jahren nach Westdeutschland kamen. Persönliche Erfahrungen, gesellschaftliche Perspektiven und innovative Erzählansätze werden zusammengebracht. Das Projekt versteht Frauengesundheit nicht nur als medizinisches Thema, sondern auch als soziale und politische Aufgabe, die eng mit Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe verbunden ist. Es macht deutlich, dass frauenspezifische Gesundheitsthemen in Forschung, Medizin und Öffentlichkeit noch immer zu wenig Aufmerksamkeit erhalten und häufig von strukturellen Ungleichheiten geprägt sind. Langfristig soll das Projekt Raum für viele weitere Geschichten rund um Care-Migration bieten. »Who Cared« möchte Bewusstsein schaffen, Wissen vermitteln und einen offenen Dialog fördern.

Kontakt:

<https://who-cared.com/>

ARBEITSHILFEN

So geht's leichter: Positionen und Bewegungen bei der Geburt

Bilder von Gebärenden, die ihr Kind in Rückenlage zur Welt bringen, haben unsere Vorstellungen von Geburten geprägt. Dabei gibt es viele andere Geburtspositionen, die vorteilhafter sind und mit denen sich viele Frauen auch wohler fühlen. Für Arztpraxen oder Beratungsstellen gibt es nun ein Plakat zu unterschiedlichen Geburtspositionen »So geht's leichter: Positionen und Bewegungen bei der Geburt« kostenfrei zum Ausdrucken oder Bestellen.

Kontakt:

<https://shop.bioeg.de/move-it-geburt-in-bewegung/>

<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/die-geburt/geburtsschmerz/geburtspositionen/>

Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller Gesundheit

Es existieren sehr heterogene Ansätze, Methoden und Ergebnisse zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI). Die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) hat Standards entwickelt, die sowohl der STI-Prävention dienen als auch die sexuelle Gesundheit fördern. Die DSTIG bettet ihre Präventionsarbeit entsprechend in breitere Konzepte der Gesundheitsförderung ein. Damit das gelingt, hat eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe innerhalb der bundesweiten Sektion »Sexuelle Gesundheit« der DSTIG Standards entwickelt, die sowohl der STI-Prävention dienen als auch die sexuelle und reproduktive Gesundheit fördern. Die im Jahr 2010 verabschiedeten Standards wurden 2024 abschließend grundlegend überarbeitet und können als Grundlage präventiven Handelns dienen. Die erarbeiteten Grundpositionen und die daraus entwickelten Standards und deren Erläuterungen werden in dem vorliegenden Bericht vorgestellt.

Online verfügbar:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12798/EB-26-2025_10-25646-13201.pdf?sequence=1&isAllowed=y

FORTBILDUNGEN

Online-Inforeihe »Kinder, Jugend und Familie«

Die Online-Inforeihe "Kinder, Jugend und Familie" des Paritätischen Wohlfahrtsverbands bietet Fachgespräche zu aktuellen kinder-, jugend- und familienpolitischen Themen. In ein- bis zweistündigen Videocalls stellen Wissenschaftler/-innen und Fachpraktiker/-innen ihre Expertisen vor und diskutieren diese mit den Teilnehmenden. Die Inforeihe wird vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Kontakt:

<https://www.der-paritaetische.de/themen/soziale-arbeit/familien-und-frauen/inforeihe-kinder-jugend-familie/#spacer>

KAMPAGNEN

#NichtWegschieben

Die Aufklärungs- und Aktivierungskampagne »Schieb deine Verantwortung nicht weg!« läuft seit drei Jahren erfolgreich und richtet sich an Erwachsene, um das Bewusstsein für ihre Verantwortung im Kinderschutz zu stärken. 2025/26 rückt die Kampagne die Frage in den Mittelpunkt, was Erwachsene konkret tun können, um sexuellen Missbrauch zu verhindern. Kernstück der Kampagne in diesem Jahr ist der WhatsApp-Messenger-Kurs »7 Wochen. 7 Tipps«, der sich an Eltern und Fachkräfte wendet. 2026/27 wird die Kampagne ihren Schwerpunkt auf digitale sexuelle Gewalt legen. Dabei soll besonders verdeutlicht werden, dass auch Online-Räume

Schutzkonzepte benötigen und Erwachsene Verantwortung tragen, Kinder und Jugendliche im Netz zu begleiten und zu schützen.

Kontakt:

<https://nicht-wegschieben.de/>

DOKUMENTATIONEN

Migrationsdebatten versus Familienrealitäten

Angesichts einer Verschärfung der gesellschaftlichen Migrationsdebatte und der vermehrten Angriffe auf Vielfalt hat der Verband binationaler Familien und Partnerschaften (iaf) eine Fachtagung durchgeführt, deren Ergebnisse als Dokumentation vorliegen.

Themen sind die Situation migrantischer und binationaler Familien in der Vergangenheit, politische und gesellschaftliche Entwicklungen und die Realität dieser Familien heute: Welche Bedürfnisse, welche Sorgen, aber auch welche Ressourcen und Potenziale bringen sie mit? Fachleute aus Wissenschaft, Beratung und Politik haben darüber im Oktober 2025 diskutiert. Die Dokumentation liegt nun gedruckt und online vor.

Kontakt:

Verband binationaler Familien und Partnerschaften (iaf) e.V.

Ludolfusstraße 2-4

60487 Frankfurt

info@verband-binationaler.de

www.verband-binationaler.de

[https://www.verband-binationaler.de/](https://www.verband-binationaler.de/fileadmin/2026PDF/iaf-informationen_WEB_2_)

[fileadmin/2026PDF/iaf-informationen_WEB_2_finakl.pdf](https://www.verband-binationaler.de/fileadmin/2026PDF/iaf-informationen_WEB_2_finakl.pdf)

ZEITSCHRIFTEN

Belastete Schwangerschaft

Das *pro familia magazin* 1/2026 behandelt das Thema »belastete Schwangerschaft«. Psychische Krisen, Gewalt unter der Geburt, Partnerschaftsgewalt während der Schwangerschaft und nach der Geburt, schwerwiegende Befunde nach PND u.v.m. belasten Schwangere und ihre Familien. Mit dieser Ausgabe richtet *pro familia* den Blick bewusst auf Schwangerschaften, die nicht dem Idealbild entsprechen. Das Magazin thematisiert Belastungen, denen Schwangere ausgesetzt sein können, und zeigt auf, welche Bedeutung frühzeitige, niedrigschwellige und fachlich fundierte Unterstützung hat. Die digitale Ausgabe des *pro familia magazins* ist für Mitglieder und Abonnent*innen für 5,10 € erhältlich.

Kontakt:

<https://www.profamilia.de/service/publikationen-und-broschueren/detail/pro-familia-magazin-012026>

Bundesgesundheitsblatt 4/2026: Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist ein hoch relevantes interdisziplinäres Public-Health-Feld. Fragen zur sexuellen Gesundheit betreffen Sexualität und Beziehungen, sexuelle Selbstbestimmung und Rechte, den Schutz vor sexualisierter Gewalt und sexuell übertragbaren Infektionen (STI). In Ausgabe 4 des *Bundesgesundheitsblatts* mit dem Schwerpunkt »sexuelle und reproduktive Gesundheit« geht es um aktuelle Datengrundlagen, Lebenslaufperspektiven und Anforderungen an Prävention und Versorgung. Aktuelle sozialwissenschaftliche und interdisziplinäre Arbeiten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Deutschland werden vorgestellt. Ziel ist es, zentrale Datengrundlagen fortzuschreiben, neue Erkenntnisse zeitnah in die Fachöffentlichkeit zu transferieren und Impulse für Forschung, Prävention, Beratung, Versorgung sowie Sexualaufklärung

und sexuelle Bildung zu geben. Damit soll zu weiteren Forschungsvorhaben und Praxisentwicklungen angeregt und dazu beigetragen werden, Zugänge, Bedarfe und Wirksamkeit von Prävention, Beratung und Versorgung sowie Sexuaufklärung weiter zu stärken.

Online verfügbar:

<https://link.springer.com/journal/103/volumes-and-issues/69-4>

Behinderung und Rassismus

In der Ausgabe 1/2026 von *Betrifft: Mädchen* (BEM) wird das Thema Behinderung erstmals konsequent in der Verflechtung mit Rassismus diskutiert. Für die MINTA-Arbeit (Mädchen*, Inter*, Nicht-binäre, Trans* und Agender* = MINTA) werden unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven in Bezug auf diese Themen zusammengeführt, um ein gemeinsames Verständnis zu fördern. Obwohl das Heft keine konkreten Handlungsempfehlungen für die MINTA-Praxis bietet, lädt es ein, Resonanzen und Einsichten als Grundlage für weitere Diskussionen und Reflexionen zu nutzen.

Kontakt:

Juventa Verlag/Beltz Medien-Service
Telefon 08191 97000-622,
medienservice@beltz.de

INSTITUTIONEN

Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF)

Der Arbeitskreis Frauengesundheit ist der größte unabhängige Zusammenschluss von Organisationen und Fachfrauen, die sich für Frauengesundheit in Deutschland engagieren. Frauen haben unterschiedliche Bedarfe, je nach Alter, körperlicher und seelischer Fähigkeit und Einschränkung, sexueller Orientierung sowie kultureller, religiöser, sozio-ökonomischer und ethnischer Erfahrung. Deshalb engagiert sich der AKF für eine frauengerechte,

bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung. Er setzt sich dafür ein, unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Lebensformen von Frauen in gesundheitlichen und gesellschaftlichen Bereichen – im Sinne des Gender Mainstreamings – Platz zu verschaffen.

Kontakt:

<https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/>

Stiftung Frauengesundheit

Vermeidung von Geburtsschäden, Brustoperationen, depressiven Verstimmungen – dies sind nur einige Bereiche, in denen keine optimalen Behandlungsstandards, weder für Ärztinnen und Ärzte noch für Patientinnen, zur Verfügung stehen. Dies möchte die Deutsche Stiftung Frauengesundheit ändern. Sie fördert die Erstellung von Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe, die Auskunft über die besten Behandlungsmethoden geben. Leitlinien erreichen alle 20000 Frauenärzte in Deutschland. Leider gibt es diese Leitlinien bisher nur für wenige Krankheitsbilder bei Frauen. Vor allem existieren nur wenige Leitlinien der höchsten Qualitätsstufe (S3-Leitlinien), die transparent und neutral erstellt wurden und durch Studien begründet sind. Daher fördert die Deutsche Stiftung Frauengesundheit: Alle wesentlichen Themen der Frauenmedizin sollen in den nächsten 15 Jahren mit S3-Leitlinien erstellt werden und so die medizinische Versorgung sicherer machen.

Kontakt:

Deutsche Stiftung Frauengesundheit
c/o Repräsentanz der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und Fachgesellschaften
Jägerstrasse 58 – 60
10117 Berlin
stiftung-frauengesundheit@dggg.de
<https://deutsche-stiftung-frauengesundheit.de/>

Schatten und Licht e.V.

Die Selbsthilfe-Organisation »Schatten & Licht e.V.« wurde 1996 als bundesweiter gemeinnütziger Verein gegründet. Er wird von betroffenen Eltern und

Fachleuten getragen und verfügt über einen wissenschaftlichen Beirat. Die Organisation befasst sich mit folgenden peripartalen Problemfeldern: die peripartale Depression, Angst- oder Zwangsstörung und die peripartale Psychose. Der Verein ist dem weltweiten Netzwerk »Postpartum Support International« (PSI), Santa Barbara/Kalifornien, und diversen medizinischen Fachgesellschaften angeschlossen. Ziel des Vereins ist es, betroffenen Eltern ein möglichst dichtes Hilfsnetz anzubieten.

Kontakt:

<https://www.schatten-und-licht.de/>

und Gesundheitsförderung bietet einen Überblick zu seriösen Organisationen und Anbietern von Selbsthilfe- und Beratungsangeboten. Die Quellen entsprechen hohen Qualitätsstandards und werden kontinuierlich aktualisiert und überprüft. Ein Ziel ist es, dass Interessierte die gesuchten Angebote möglichst leicht und schnell finden. Daher bietet das Portal hier alle Organisationen noch einmal kompakt und auf einen Blick, unterschieden nach nationalen und internationalen Institutionen und Anbietern.

Kontakt:

<https://www.frauengesundheitsportal.de/organisationen/>

DIGITALE ANGEBOTE

Portal zur Frauengesundheit und Gesundheitsförderung des BIÖG

Das Frauengesundheitsportal des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) bietet aktuelle und fachlich geprüfte frauenspezifische Gesundheitsinformationen, Tipps und Anregungen. Das Online-Angebot präsentiert einen systematischen Überblick über zahlreiche Informationen und Wissenszugänge und regt einen Austausch zu Fragen der frauenspezifischen Gesundheitsförderung an. Themenbereiche sind unter anderem Medikamente, gesunde Ernährung, Alkohol, Rauchen, Psychische Gesundheit, Stressbewältigung, Brustkrebs, Wechseljahre, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Endometriose und viele mehr. Das Internetangebot richtet sich an Frauen im mittleren Lebensalter sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Feld der Frauengesundheit.

Kontakt:

<https://www.frauengesundheitsportal.de/>

RKI: AdvanceGender

Die Website bietet konkrete Tools sowie Informationen, wie Geschlecht in seiner gesellschaftlichen und biologischen Komplexität in der Gesundheitsforschung oder Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden kann. Wie können bei der Erklärung dieser Unterschiede soziale Aspekte von Geschlecht, zum Beispiel der Einfluss traditioneller Rollenbilder, berücksichtigt werden? Wie kann die Vielfalt innerhalb der Geschlechtergruppen abgebildet werden? Welche Rolle spielen Wechselwirkungen von Geschlecht mit weiteren sozialen Dimensionen wie Bildung, Einkommen oder ethnischer Herkunft? Die Inhalte dieser Seite sollen dazu beitragen, den Einfluss von Geschlecht als komplexes sozial-biologisches Phänomen besser zu verstehen. Tools und Informationen für die geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Analyse von Studienteilnahme, für Datenerhebung, Datenanalyse sowie für die Gesundheitsberichterstattung werden vorgestellt.

Kontakt:

<https://advancegender.info/de/start>

Datenbank Frauengesundheit

Im Arbeitsfeld Frauengesundheit und Gesundheitsförderung sind zahlreiche Institutionen und Organisationen aktiv. Das Portal zur Frauengesundheit

Gesundheitsinformation.de

Diese Website des unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht den Nutzen und den Schaden von

medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Im Themenbereich »Frauengesundheit« können Interessierte Frauengesundheitsthemen von A bis Z nachschlagen.

Kontakt:

<https://www.gesundheitsinformation.de/>

Klickbarer Mutterpass

Auf familienplanung.de ist ein klickbarer Mutterpass verfügbar. Hier sind Videos und Erklärungen integriert, die den teils schwer verständlichen und manchmal auch als kompliziert empfundenen Mutterpass anschaulicher und nachvollziehbarer machen sollen.

Kontakt:

<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/der-mutterpass/>

Lernplattform des NZFH

Die Lernplattform Frühe Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bietet Fachkräften der Frühen Hilfen kostenfreie Online-Kurse zum Selbststudium in 12 Themenbereichen an. Sie ergänzt das bestehende Fort- und Weiterbildungsangebot und ermöglicht es, Inhalte im eigenen Tempo zu lernen und zu vertiefen. Die Kurse können sowohl zur individuellen Weiterbildung als auch methodisch in Qualifizierungsprozesse eingebunden werden. Die Lernangebote werden in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelt und orientieren sich an aktuellen fachlichen Erkenntnissen. Die Kurse kombinieren theoretische Grundlagen mit praxisnahen Beispielen und interaktiven Elementen. Themenbereiche sind unter anderem die bindungsbasierte Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion in den Frühen Hilfen und die Unterstützung von Kindern psychisch- und/oder suchterkrankter Eltern in den Frühen Hilfen. Für die Nutzung der Lernplattform ist eine einmalige Registrierung erforderlich. Die Bearbeitung kann dann jederzeit über das Login im persönlichen Kurs-Bereich erfolgen.

Kontakt:

<https://lernplattform.fruehehilfen.de/registrierung>

INTERNETSEITEN

Internetseiten des BIÖG im Themenfeld Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung

www.sexualaufklaerung.de
www.familienplanung.de
www.loveline.de
www.bildung.loveline.de
www.herzfröh.loveline.de
www.zanzu.de
www.fruehehilfen.de
www.liebesleben.de

Impressum

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Eine Schriftenreihe des Bundesinstituts
für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Leitung:

Kommissarische Leitung
Dr. Johannes Nießen
Abteilung S – Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung
Maarweg 149-161
50825 Köln

www.sexualaufklaerung.de/forschung/publikationsreihe-forum

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Forum Sexualaufklärung: Informationsdienst
des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit,
Abteilung S – Sexualaufklärung,
Verhütung und Familienplanung – Köln: BIÖG
Aufnahme nach 1996,I
ISSN 2192-2152

Konzeption:

Abteilung S – Sexualaufklärung, Verhütung
und Familienplanung

Verantwortlich:

Jana Gorkow, Anastasia Doré
Text und Redaktion:
Heike Lauer, Frankfurt

Redaktion

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
Heike Lauer
Anton-Burger-Weg 95
60599 Frankfurt
Telefon 069 682036
heike-lauer@t-online.de

Gestaltungskonzept:

Kühn Medienkonzept & Design GmbH,
Ruppichteroth, Köln

Satz und Gestaltung:

Uwe Otte, Brühl

Version:

PDF-Version 1.0
Erstveröffentlichung online September 2026

FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung
1/2026 ist kostenlos erhältlich unter der Bestelladresse
BIÖG, 50819 Köln
Artikelnummer 13329286
<https://shop.bioeg.de>

Alle Rechte vorbehalten.

Namentlich gekennzeichnete oder mit einem Kürzel
versehene Artikel geben nicht in jedem Fall die Meinung
der Herausgeberin wieder. Diese Zeitschrift wird vom BIÖG
kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch
die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Zitierweise:

Frauengesundheit (2026). *FORUM Sexualaufklärung und
Familienplanung: Informationsdienst des Bundesinstituts für
Öffentliche Gesundheit (BIÖG)*, 1.
[https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_frauen-
gesundheit](https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:forum_2026-1_frauen-gesundheit)

Digital informiert bleiben

Das FORUM – gedruckt oder digital

Das FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung erscheint als gedruckte Ausgabe. Auf Wunsch können Sie es zusätzlich oder ausschließlich digital erhalten.



Bezugsform wählen oder Kontaktdaten aktualisieren

<https://www.sexualaufklaerung.de/bestellformular-publikationsreihe-forum-digital>

Newsletter Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung

Neue Studien, Publikationen, Veranstaltungen und weitere Angebote des BIÖG: Der Newsletter informiert Sie per E-Mail.



Newsletter abonnieren

<https://www.sexualaufklaerung.de/ueber-das-portal/service-und-kontakt/newsletter-bestellen>



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit