

Sexualität rund um die Geburt

Miriam M. Mottl

Es existieren viele Mythen rund um die Sexualität der Frau, vor allem in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt. Die Autorin des vorliegenden Beitrags ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und berät Frauen und Paare rund um Sexualität, Kinderwunsch und Schwangerschaft. Nachfolgend beleuchtet sie das Thema Sexualität vor, während und nach der Schwangerschaft aus wissenschaftlicher Sicht und aus ihrer Beratungserfahrung heraus und leitet Tipps für die Praxis ab.

Ab dem Kinderwunsch

Bereits die Phase vor der Schwangerschaft kann für Paare mit Störungen ihrer Sexualität einhergehen. Dies gilt insbesondere für Paare, die ungewollt kinderlos bleiben. Die Prävalenz von Infertilität liegt bei ca. 9–15 %, wobei nur etwa 55 % der Paare professionelle Hilfe suchen [5]. Dies bedeutet, dass im Schnitt jedes zehnte Paar Probleme beim Schwangerwerden hat.

Je nach Studie geben 1–60 % der betroffenen Paare an, vorübergehende sexuelle Probleme während der Kinderwunschzeit bzw. der Kinderwunschbehandlung zu haben [17][12]. Als wichtiger Grund wird dabei benannt, dass der Druck, fruchtbare Zeiten und den Tag des Eisprungs zu nutzen und an den entsprechenden Tagen Sex haben zu „müssen“, Spontanität und Lustgefühle beeinträchtigen kann. Der Geschlechtsakt kann dann als primär zweckgebunden erlebt werden. Hinzu kommt, dass der Mann zur Verbesserung der Spermienqualität vor dem Eisprung der Frau eine sexuelle Karez von 3–5 Tagen einhalten sollte [29]. Diese rationalen Planungen können nachfolgend zu transienten Erektionsstörungen führen, die sich für die Paarbeziehung und den Kinderwunsch als zusätzlich belastend auswirken [4].

Ab Beginn der Schwangerschaft

Das Erleben der Sexualität kann sich mit einer Schwangerschaft verändern und betrifft nicht nur die Frau, sondern auch ihren Partner oder die Partnerin.

Laut einer Studie aus dem Jahr 2005 [8] sind 49 % der Frauen verunsichert, ob sexuelle Aktivität in der Schwangerschaft schädlich für das Kind ist. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass sich etwa jede zweite Frau Sorgen macht, ob sexuelle Handlungen eine Gefahr für die Schwangerschaft darstellen. Trotz dieser Unsicherheiten sprechen sie die Fragen aber sehr selten beim

Frauenarzt beziehungsweise bei der Frauenärztin oder der Hebamme an. Es ist eine gemeinsame Aufgabe aller in die Versorgung von Schwangeren eingebundenen Professionen, für Paare Raum für Fragen zum Thema Sexualität zu schaffen.

„Sexuelle Aktivität in der Schwangerschaft ist erlaubt – aber nur, wenn es gefällt.“

Jedoch ist das Wesentlichste eine gute Kommunikation des Paares über seine Sexualität. Um Konflikte und Probleme zu verhindern, sollten Paare Ängste und nicht erfüllte Bedürfnisse miteinander besprechen.

Sexualität in der Schwangerschaft

Im ersten Trimester einer Schwangerschaft sind öfter Lustlosigkeit und Müdigkeit prägend, nicht zuletzt wegen einer möglichen Hyperemesis, den Spannungen in der Brust und den allgemeinen körperlichen und hormonellen Veränderungen [14]. Mit fortschreitendem Gestationsalter und Anpassung nehmen diese Effekte ab und es entsteht häufig wieder mehr Raum für Sexualität und Erotik.

Die Schwangerschaft führt zu vielen Veränderungen im Körper einer Frau und für einige Frauen zu Unsicherheiten über das eigene Körperbild. Es ist jedoch auch der Effekt bekannt, dass Frauen sich durch die Schwangerschaft befreiter in ihrem Körper fühlen, da sie aufhören, sich über die Ästhetik ihres Körpers Gedanken zu machen [15].

Ein Teil der Frauen verspürt in der Schwangerschaft deutlich mehr sexuelle Lust. Die Gründe dafür sind unter anderem die gesteigerte Durchblutung im Genital. Dadurch können Berührungen intensiver wahrgenommen werden. Frauen sind in dieser Zeit deutlich empfänglicher für Reize jeglicher Art [11].

PRAXIS-TIPP**Wie können Frauen lernen, mit den körperlichen Veränderungen umzugehen?**

Paare und auch die Frauen alleine können die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft nutzen, um sich selbst und sich gemeinsam neu kennenzulernen. Eine Übung ist, sich bewusst Zeit für intensive Berührungen zu nehmen. So kann sich die Schwangere beispielsweise Zeit nach dem Duschen oder Baden nehmen und ihren Körper sehr bewusst eincremen oder einölen. Dabei sollte sie sich in die verschiedenen Bereiche ihres Körpers einfühlen und diese erspüren. Gerne kann dies auch gemeinsam mit dem Partner und gegenseitig gemacht werden. Mit Verlauf der Schwangerschaft kann die Dammassage mit eingebunden werden.

Ein Mythos rund um die Sexualität in der Schwangerschaft ist außerdem, dass Orgasmen Wehen erzeugen und dadurch geburtsauslösend wirken können. In Studien wurde jedoch bislang kein Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Orgasmus und geburtsauslösenden Kontraktionen des Uterus gefunden, die zu einer Fehlgeburt oder Frühgeburt führen könnten [6]. Zwar sind im Sperma Prostaglandine enthalten, jedoch in so niedriger Konzentration, dass sie vor der 37. SSW keine Wehen auslösen können. Es ist jedoch beschrieben, dass es durch diese Prostaglandine zu einer Kontraktion am Uterus kommen kann, welche meist nach einigen Minuten nachlässt [30]. Trotzdem finden sich in der Literatur relative Kontraindikationen für penetrativen Geschlechtsverkehr in der Schwangerschaft (s. Info).

INFO**Relative Kontraindikationen für den Koitus in der Schwangerschaft [14][11][6]**

- Plazenta praevia, Vasa praevia
- vorzeitige Wehentätigkeit bzw. Frühgeburtsbestrebungen
- vaginale Blutungen
- vorzeitiger Blasensprung
- bei Frauen mit Abortus habitus (mehr als drei Aborte in der Vorgeschichte)
- bei Frauen mit Frühgeburten in der Vorgeschichte
- nach Operationen am Gebärmutterhals z. B. Cerclage, Konisation

Die Durchblutung im Bereich des Muttermundes ist während der Schwangerschaft physiologisch erhöht. Dadurch kann es beim oder nach dem Geschlechtsverkehr zu einer leichten Kontaktblutung kommen. Dies verunsichert viele Schwangere und führt dazu, dass ein Koitus

gänzlich vermieden wird. Eine Kontaktblutung ist aber ohne das Vorliegen von Risikofaktoren harmlos und kein Grund, sexuelle Vorlieben zu ändern [3][14]. Gegebenenfalls können andere Formen von Sexualität ohne Koitus gelebt werden. Auch hier ist eine offene Kommunikation innerhalb der Partnerschaft von größter Bedeutung.

Merke**Nur sexuelle Aktivität alleine löst keine Wehen aus!**

In der Schwangerschaft ändert sich bei den meisten Paaren die Häufigkeit, mit der Geschlechtsverkehr praktiziert wird. Laut einer Studie von Sydow, Ullmeyer und Happ (2001) liegt die Frequenz des Geschlechtsverkehrs zu Beginn der Schwangerschaft durchschnittlich bei 8- bis 10-mal pro Monat [24]. Diese sinkt im Lauf der Schwangerschaft auf 3- bis 4-mal im letzten Trimester und bis durchschnittlich 1- bis 3-mal pro Monat nach der Geburt. Im Rahmen der Studie wurde auch deutlich, dass circa 3-5% der Paare auch 2 Jahre nach Geburt des Kindes keinen Geschlechtsverkehr hatten. Diese Zahlen machen deutlich, wie wichtig eine einfühlsame und offene Beratung in Schwangerschaft und Wochenbett zum Thema Sexualität ist, da davon ausgegangen werden kann, dass ein Fehlen von Sexualität von den Paaren als konfliktuell erlebt wird.

Die Schwangerschaft kann zu einer Zeit werden, in der das Paar sich neu entdecken kann und in der es mit den körperlichen Veränderungen gemeinsame und neue Erfahrungen macht. Dies bezieht auch die Stellungen während der Penetration mit ein. So wird mit Wachsen des Bauches eine seitlich liegende Stellung von vielen Paaren als „angenehmer“ empfunden [24]. Eine neue Form der Erotik und der Zärtlichkeit kann Einzug halten und die Sexualität des Paares langfristig erweitern, ergänzend zum klassischen „penetrativen Geschlechtsverkehr“.

Sexualität nach der Geburt

In der Studie von Sydow (2012) wird dargelegt, dass 12% der Väter eine posttraumatische Belastungsstörung nach der Anwesenheit während der Geburt ihres Kindes entwickeln und 13% über eine negative Auswirkung auf ihre Sexualität berichten. Umgekehrt scheint die Anwesenheit des Partners für die Frau keinen Effekt auf ihr postpartales sexuelles Erleben zu haben [26]. Auf Wunsch und bei Unsicherheit des Paares kann über mögliche Effekte der Anwesenheit des Partners bei der Geburt aufgeklärt werden. Dies erleichtert auch ein nachgeburtliches Gespräch über das Erleben. Fragen oder Probleme des Paares bezüglich der Anwesenheit des Partners sollten immer ernst genommen und besprochen werden. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil die Anwesenheit des Partners oftmals nicht mehr hinterfragt wird,

► **Tab. 1** Positive und negative Einflüsse einer Schwangerschaft auf die gelebte Sexualität [24][11][6]

| Positive Einflüsse | Negative Einflüsse |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ emotionale Nähe zum Partner ▪ gesteigerte genitale Durchblutung und Lubrifikation (Befeuchtung) ▪ Entlastung durch Wegfall von Kontrazeption ▪ neue Bewertung von Zärtlichkeiten und Berührungen ▪ Entdeckung neuer sexueller Praktiken und Stellungen ▪ Lust an dem neuen Körperbild (durch die Frau selber und / oder den Partner / die Partnerin) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ körperliche Beschwerden der Schwangerschaft ▪ Dyspareunie ▪ partnerschaftliche Konflikte in Bezug auf Kinderwunsch ▪ ambivalente Gefühle in Bezug auf Schwangerschaft oder Partnerschaft ▪ Notwendigkeit, bewährte Stellungen während des Geschlechtsverkehrs aufgrund des wachsenden Bauches zu ändern ▪ Sorge und Ängste in Bezug auf Geburt, Kind und Zukunft ▪ Probleme mit dem neuen Körperbild (durch die Frau selber und / oder den Partner / die Partnerin) |

sondern als selbstverständlich angesehen und als Erwartung formuliert wird.

In mehreren Studien wurde untersucht, ob die unterschiedlichen Geburtsmodi einen Einfluss auf die postpartale Sexualität des Paares haben [7][10][16][27][23][7]. Das Risiko von Schmerzen beim penetrativen Geschlechtsverkehr ist nach Zangen- und Saugglockengeburt am größten. Die geringsten Beschwerden werden nach Kaiserschnitt beschrieben. 40% der Frauen mit Dammschnitt berichten von Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, aber auch jede zehnte Frau ohne Geburtsverletzungen gibt Beschwerden bei den sexuellen Begegnungen bis nach der Wochenbettzeit an.

Merke

Während der Stillzeit kann es zu einem unbeabsichtigten Milchfluss während der sexuellen Begegnung und des Orgasmus kommen.

Auch Effekte des Stillen auf die postpartale Sexualität wurden in mehreren Studien untersucht [2][7][9][16][19]. Das diesbezüglich größte Tabuthema in Bezug auf Stillen und Sexualität ist, dass ca. ein Drittel der Frauen das Stillen als eine erotische Erfahrung beschreibt. Um die Frauen zu entlasten, sollte ihnen vermittelt werden, dass dieses Empfinden biologisch durch die Stimulation der Brustwarzen begründet ist.

Bei stillenden Frauen ist das sexuelle Interesse geringer als außerhalb der Stillzeit. Die Wiederaufnahme des koitalen Geschlechtsverkehrs nach der Geburt dauert in der Regel länger und die Frequenz des Geschlechtsverkehrs ist meist seltener als bei nicht stillenden Frauen.

Bekannt ist, dass während der Stillzeit hormonelle Ursachen zu negativen Effekten des sexuellen Erlebens führen. Dies sind insbesondere der hohe Prolaktin- und der niedrige Östrogenspiegel [14]. Besonders der niedrige

Östrogenspiegel hat als Folge, dass es zu weniger Lubrifikation und dadurch zur vermehrten Dyspareunie der Frau kommt. Auch kann ein „spontaner“ Milchfluss während der sexuellen Begegnung zu Irritationen beider Partner führen.

PRAXIS-TIPP

Wie können Paare sich wieder begegnen?

Oft fragen sich Paare, ab welchem Zeitpunkt nach der Geburt sie wieder ihre gewohnten sexuellen Praktiken ausüben dürfen. Hierzu gibt es kein Richtig oder Falsch. Das Paar darf gemeinsam entscheiden, wann der Zeitpunkt für beide Partner passend ist. Kommunikation und Geduld sind der Schlüssel, wenn es darum geht, sich wieder sexuell zu begegnen. Oft sind die gegenseitigen Erwartungen unterschiedlich und die Unkenntnis der Bedürfnisse des anderen kann zu Kränkungen oder Verunsicherungen führen. Als Einstieg kann sich das Paar bewusst Zeit für den jeweils anderen nehmen und sich wieder „ohne Kind“ körperlich begegnen, streicheln, zusammenliegen, sich berühren, etc.

Das Leben von Sexualität ist auch trotz Lochialfluss möglich. Der Lochialfluss besteht aus Blut und Entzündungsekret vom Wundbereich der Plazenta am Uterus [14]. Wie zur Zeit der Menstruation herrscht ein leicht erhöhtes Risiko für Infektionen, die jedoch nicht so relevant sind, dass sie eine Kontraindikation für Geschlechtsverkehr darstellen.

Merke

Stillen ist keine sichere Verhütung!

Oftmals muss in der Betreuung der Frauen und Paare angesprochen werden, dass der Mythos, Frauen könnten in der Stillzeit nicht schwanger werden, falsch ist, und dass

weiterhin zu Verhütungsmaßnahmen geraten werden muss. Hier empfehlen sich insbesondere Barrieremethoden wie Kondome, aber auch eine hormonelle Verhütung mittels einer gestagenhaltigen Pille (Minipille) ist möglich und hat keinen Einfluss auf das Stillen [13].

PRAXIS-TIPP

Wie können Frauen mit Geburtsverletzungen Ängste in Bezug auf Sex abbauen?

Aufgrund der hormonellen Veränderungen oder der Wundheilung der Geburtsverletzung sind viele Frauen verletzlich im Intimbereich. Viele berichten in der Praxis noch während der Stillzeit „trockener“ zu sein, obwohl sie Lust empfinden. Hier können Gleitgel oder andere Gleitmittel empfohlen werden. Es muss beachtet werden, dass diese Gleitmittel oder auch Öle die Wirksamkeit von Kondomen nicht beeinträchtigen dürfen. Die Frauen alleine oder das Paar können sich langsam wieder „vortasten“. Das bedeutet, dass bei Berührungen erstmal äußerlich und dann langsam auch im Dammbereich, an der Vulva und am Scheideneingang nachempfunden wird, was angenehm ist. Im Verlauf kann dann mit den Fingern, einem Gegenstand oder dem Penis wieder vorsichtig penetriert werden. Einigen Frauen hilft es, sich ihr Genital mit einem Spiegel anzuschauen. Oftmals sind die Fantasien bezüglich der Folgen von Geburtsverletzungen größer als real sichtbar. Dies kann das Vertrauen in ein erneut intaktes Körperbild und damit auch das Verhältnis zur eigenen Sexualität fördern.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich für eine realistische Aufklärung über Sexualität in Schwangerschaft und Wochenbett plädieren. In der Schwangerschaft sind sowohl sexuelles Desinteresse und Inaktivität als auch „normale“ oder geisterte Lust normal [19][23][22]. Es sollten Ängste abgebaut und es sollte wissenschaftlich fundiert aufgeklärt werden. Insbesondere soll auf die Gründe für eine relative Kontraindikation für penetrativen Geschlechtsverkehr aufmerksam gemacht werden. Zusätzlich ist es „normal“, dass mehr als die Hälfte der Paare nach der Geburt für eine kurze Zeit Probleme in der partnerschaftlichen Sexualität haben. Daher sollte auch hier eine Aufklärung entlastend wirken. Die Frequenz der sexuellen Aktivität (unabhängig vom Kinderwunsch) liegt in Langzeitbeziehungen meistens bei ca. 2-mal pro Monat [1].

Damit die Sexualität nach der Wochenbettzeit wieder wie gewohnt gelebt werden kann, sollte sich die Frau wieder körperlich gesund und geheilt fühlen. Für beide Partner sollte Raum geschaffen werden,

um erneut ihre eigenen (Grund-)Bedürfnisse wahrzunehmen. Auch gemeinsame Paarzeit sollte zeitlich und räumlich geschaffen werden. In diesem Zusammenhang kann auch der „positive“ Effekt des Abstillens nach der empfohlenen Stilldauer (laut WHO von 2 Jahren) auf die Sexualität diskutiert werden [14][28].

Autorinnen/Autoren



Miriam M. Mottl ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Zusatz Sexualmedizin und Psychosomatische Medizin. Sie ist Oberärztin an der Frauenklinik des Kepler Universitätsklinikums in Linz, Oberösterreich mit Schwerpunkt Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und Sexualmedizin. Sie berät im Klinikum und in eigener Praxis Frauen und Paare zum Thema Kinderwunsch, Sexualität und Partnerschaft.

Korrespondenzadresse

Miriam M. Mottl

Kepler Universitätsklinikum
Universitätsklinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Gynäkologische Endokrinologie
Med Campus IV.
Krankenhausstraße 26-30
4020 Linz
Österreich
E-Mail: miriam.mottl@kepleruniklinikum.at

Literatur

- [1] Ahlborg T, Dahlöf LG, Hallberg LR. Quality of intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *J Sex Res* 2005; 42(2):167–174, doi: 10.1080/00224490509552270
- [2] Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding. *J Midwifery Womens health* 2000; 45(3):227–237
- [3] Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF). Sex während und nach der Schwangerschaft (11.05.2001). <https://www.bvf.de/aktuelles/pressemitteilungen/meldung/news/sex-waehrend-und-nach-der-schwangerschaft>; Stand: 20.11.2020
- [4] Byun JS, Lyu SW, Seok HH et al. Sexual dysfunctions induced by stress of timed intercourse and medical treatment. *BJU Int* 2013; 111(4 Pt B): E227–234, doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11577.x Epub 2012 Oct 26. PMID: 23107357
- [5] Datta J, Palmer MJ, Tanton C et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction* 2016; 31(9):2108–2118, doi: 10.1093/humrep/dew123
- [6] Elger T, Krause J, Hasenburg A et al. Sport und Sexualität in der Schwangerschaft. *Frauenheilkunde up2date* 2019; 13(4):383–394
- [7] Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British J Obstet Gynecol* 1997; 104: 330–335

- [8] Gökyıldız S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(3):201–215, doi: 10.1080/00926230590513410
- [9] Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research* 1996; 33: 143–151
- [10] Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171 (3):591–598
- [11] Kossat J. Sexualität: Das Wichtigste für Ärzte aus aller Fachrichtungen. 1. Aufl. München: Elsevier; 2018
- [12] Mendonça CR, Arruda JT, Noll M. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 215: 153–163, doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.013. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28628848
- [13] Pih Holder KL. Contraception and Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2015; 58(4):928–935, doi: 10.1097/GRF.000000000000157. PMID: 26457854
- [14] Rath W, Gembruch U, Schmidt S. Geburtshilfe und Perinatalmedizin. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2010
- [15] Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(2):514–519, doi: 10.1016/0002-9378(93)90484-z. PMID: 8438920
- [16] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 881–90
- [17] Smith NK, Madeira J, Millard HR. Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *J Sex Med* 2015; 12(4): 985–993, doi: 10.1111/jsm.12824. Epub 2015 Jan 30. PMID: 25639162
- [18] Sullivan-Pyke CS, Senapati S, Mainigi MA, Barnhart et al. In Vitro fertilization and adverse obstetric and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology* 2017; 41: 345–353, doi:10.1053/j.semperi.2017.07.001
- [19] Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47(1):27–49
- [20] Sydow K. Sexualität während der Schwangerschaft und nach der Geburt. In: Künzel W, Kirschbaum M, Hrsg. Gießener Gynäkologische Fortbildung. Berlin: Springer; 2000: 199–206
- [21] Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2002; 23(3):147–155
- [22] Sydow K. Pregnancy, childbirth and the postpartum period. In: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM, Ed. Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment. London, New York: Taylor & Francis; 2006; 282–289
- [23] Sydow K. Sexuality during pregnancy and postpartum. *Sexuologie* 2006; 13(2 / 4): 148–152
- [24] Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22(1):29–40, doi: 10.3109/01674820109049948. PMID: 11317607
- [25] Sydow K, Behr S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. Die Wirksamkeit Systemischer Therapie / Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007
- [26] Sydow K, Happ N. "Da lag sie eben da, wie Jesus am Kreuz..." – Die Erfahrungen von Vätern bei der Geburt ["There she was - lying like Jesus on the cross ..." - Fathers' experiences of childbirth]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2012; 58(1): 26–41. German. doi: 10.13109/zptm.2012.58.1.26. PMID: 22427123
- [27] Wenderlein JM, Merkle F. Beschwerden infolge Episiotomie: Studie an 413 Frauen mit komplikationsloser Spontangeburt. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1983; 43(10):625–628
- [28] World Health Organization (WHO). Feeding and nutrition of infants and young children (15.12.2020). Im Internet: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf; Stand: 2003
- [29] World Health Organization (WHO). Laboratory Manual for the Examination and Processing of human semen, Fifth Edition (03.01.2021). Im Internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44261/9789241547789_eng.pdf;jsessionid=53193D8442FB52695A48D1A52413C653?sequence=1; Stand: 2010
- [30] Yost NP, Owen J, Berghella V. National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. Effect of coitus on recurrent preterm birth. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4): 793–997, doi: 10.1097/01.AOG.0000206757.92602.b5. PMID: 16582114

Bibliografie

Die Hebamme 2021; 34: 35–39
 DOI 10.1055/a-1332-8175
 ISSN 0932-8122
 © 2021. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany